

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ  
KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
PREVELANSI, TEDAVİ ALMA DURUMLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Ayşegül KILIÇLI**


**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA**

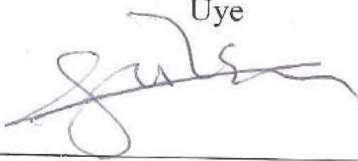
**ŞANLIURFA  
2016**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Ayşegül KILIÇLI'nın hazırladığı "Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörler" konulu çalışma, 18/02/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

  
Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA (Danışman)  
Harran Üniversitesi  
Başkan

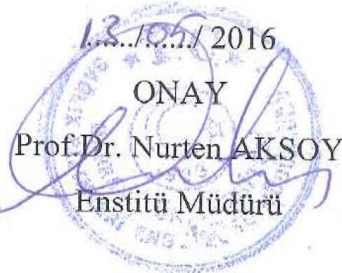
Prof. Dr. Gülşen VURAL  
Sanko Üniversitesi  
Üye



Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN  
Harran Üniversitesi  
Üye



18.02.2016  
ONAY  
Prof. Dr. Nürten AKSOY  
Enstitü Müdürü



## **TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini esirgemeyen, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'ya, araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında hoşgörüsüyle bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. İbrahim KORUK'a, yüksek lisans öğrenimim boyunca her sevinci ve zorluğu birlikte paylaştığımız çok sevdiğim yüksek lisans arkadaşlarıma ve beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ve sevgilerini hiç esirgemeyen sevgili Aileme ve değerli arkadaşım Nurullah AYDOĞAN'a, çalışmaya gönüllü katılan tüm kadın katılımcılara ve ailelerine en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Ayşegül KILIÇLI**

**2016**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri.....	5
2.2. Dünyada ve Türkiye'de Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	9
2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	11
2.4. Üriner İnkontinansın Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri.....	14
2.5. Üriner İnkontinans Tedavisi.....	17
2.6. Üriner İnkontinanslı Kadınların Tedavi Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler.....	19
2.7. Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	20
2.7.1. Dünyada ve Türkiye'de Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	20
2.7.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler.....	23
2.8. Üriner İnkontinansda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	33
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	34
3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar.....	35
3.6.1. Ön Uygulama.....	35
3.6.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	36
3.7. Tanımlar.....	36
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	38

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınları Tanıtıcı Özellikler.....	40
4.1.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınları Tanıtıcı Bazı Özellikler.....	40
4.1.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özellikleri.....	42
4.1.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörler.....	44
4.1.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Tipine İlişkin Özellikler.....	46
4.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Faktörler.....	47
4.2.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı .....	47
4.2.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	49
4.2.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	52
4.2.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli.....	54
4.3. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamaları ve Tedavi Alma Durumları.....	56
4.3.1. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamaları.....	56
4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tedavi Alma Durumları.....	58
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER	
Ek 1. Veri Toplama Formu	
Ek 2. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı	
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 4. Özgeçmiş	

## TABLolar DİZİNİ

## Sayfa No

<b>Tablo 4.1.1</b> Kadınları Tanıtıcı Özellikler-1.....	41
<b>Tablo 4.1.1</b> Kadınları Tanıtıcı Özellikler-2.....	41
<b>Tablo 4.1.2</b> Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı-1.....	43
<b>Tablo 4.1.2</b> Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı-2.....	44
<b>Tablo 4.1.3</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Dağılımı-1.....	45
<b>Tablo 4.1.3</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Dağılımı-2.....	46
<b>Tablo 4.1.4</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Tipine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	47
<b>Tablo 4.2.1</b> Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1.....	48
<b>Tablo 4.2.1</b> Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2.....	49
<b>Tablo 4.2.2</b> Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1.....	50
<b>Tablo 4.2.2</b> Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2.....	51
<b>Tablo 4.2.3</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1.....	53
<b>Tablo 4.2.3</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2.....	54
<b>Tablo 4.2.4</b> Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli.....	55
<b>Tablo 4.3.1</b> Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamalarının Dağılımı.....	57
<b>Tablo 4.3.2</b> Kadınların Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı.....	58

## **KISALTMALAR**

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSB	: Doğum Sonrası Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICS	: International Continence Society
ILO	: International Labour Organization
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KİSH	: Kas İskelet Sistemi Hastalıkları
MTİ	: Mevsimlik Tarım İşçisi
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Üİ	: Üriner İnkontinans

## ÖZET

# ŞANLIURFA'DA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI, TEDAVİ ALMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ayşegül KILIÇLI

**Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi**

Çalışma, Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi kadınlarda üriner inkontinans prevelansı, tedavi alma durumları ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 15-49 yaş arasındaki mevsimlik tarım işçisi kadınlar oluşturmuştur. Örnek seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği kullanılmıştır. Her kümede 10 kişi olmak üzere, toplamda 300 kişiye ulaşılmıştır. Veriler, Tanımlayıcı Veri Toplama Formu aracılığı ile Şubat – Mart 2015 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı, katılımcılardan ise sözlü izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden Ki-kare ve Man Whithney-U testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin üriner inkontinans üzerine birlikte etkisi çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle ile yapılmıştır. Çalışmada, kadınların yaş ortalamasının 29.2 olduğu, %53.0'ünün okur-yazar olmadığı, tarım işçiliği yapma sürelerinin 15.3 yıl ve tarlada çalışma sürelerinin günlük 12.1 saat olduğu belirlenmiştir. Kadınların %56.0'sında üriner inkontinans olduğu, bunlardan sadece %21.4'ünün tedavi aldığı, üriner inkontinansı olan kadınların %50.0'sinin bu durumu normal karşıladığı için tedavi almadığı belirlenmiştir. Tedavi alan kadınların tamamı sadece ilaç kullanmıştır. Üriner inkontinansı olan kadınların %47.0'si tıbbi tedavi dışında başka uygulamalar yapmaktadır. Lojistik regresyon analizinde, mevsimlik tarım işçisi kadınlarda üriner inkontinans riskini evli olmak 3.5 kat, öksürük şikayeti 6.7 kat ve sistoselin 2.9 kat artırdığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre kadınların yaklaşık yarısından fazlasında üriner inkontinans olduğu, ancak kadınların üriner inkontinans nedeniyle tedavi arama çabalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar



doğrultusunda bölgede yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınlara üriner inkontinans bulguları, risk faktörleri, korunma ve tedavi gibi konularda eğitim verilmesi, inkontinansı olanların tedaviye yönlendirilmeleri önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Mevsimlik tarım işçisi, kadın, üriner inkontinans, üriner inkontinans risk faktörleri.



## **ABSTRACT**

### **URINARY INCONTINENCE PREVALENCE IN SEASONAL AGRICULTURE WORKER WOMEN IN SANLIURFA, STATUS OF TREATMENT AND AFFECTING FACTORS**

**Ayşegül KILIÇLI**

**Department of Nursing Master Degree Thesis**

The study was conducted as a sectional type study with the aim of determining urinary incontinence prevalence in seasonal agriculture worker women in Sanliurfa, status of treatment and affecting factors. Universe of the consisted of seasonal agriculture worker women between ages of 15-49. 30 cluster sampling method of WHO was used in selection of sampling. Totally 300 people were reached, 10 in each cluster. Data was collected with face-to-face interview method in Şanlıurfa City Center between the dates of February-March 2015 by means of Descriptive Data Collection Form. Written permission was taken from Harran University Ethical Committee, and informed consents were taken from the participants for the study. In evaluation of the data, percentage, average, standard deviation from descriptive statistics, and Chi-square and Man Whitney-U test from one-variable analyses were used. Logistic Regression Model Backward Stepwise (Conditional) method was used from multi-variable analyses for urinary incontinence of independent variables. It was determined in the study that average age of the women was 29.2, 53.0% were not literate, they had a period of 15.3 years for being agriculture workers, and they had 12.1 hour working period in the field per day. It was determined that 56.0% of women had urinary incontinence, only 21.4% of these had treatments, and 50.0% did not have any treatment as they regarded this situation as normal. All women who had treatment was only used drug. 47.0% of women with urinary incontinence performed applications other than medical treatment. In logistic regression analysis, it was determined that urinary incontinence risk in seasonal agriculture worker women increased for 3.5 fold to be married, 6.7 fold to have suffering from cough, and 2.9 fold cystocele. According to the results of this study, it was determined that approximately more than half of the women had urinary incontinence, however, attempts to seek for

treatment due to urinary incontinence by the women was very low. In line with these results, it was suggested that an education should be provided seasonal agriculture worker women living in the area about urinary incontinence results, risk factors, protection and treatment, and those with incontinence should be directed to the treatment.

**Key Words:** Seasonal agricultural worker, woman, urinary incontinence, urinary incontinence risk factors.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner İnkontinans (Üİ) kadınlar arasında oldukça sık görülen ve hatta bu nedenle normal kabul edilip yeterince önemsenmeyen bir sağlık sorunudur. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS)'nin 1979 yılındaki terminoloji standardizasyon raporunda Üİ; "Sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali" olarak tanımlanmıştır (1). Ancak mevcut tanımın epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmayışı, araştırmacılar tarafından farklı inkontinans tanımlarının kullanılması ve buna bağlı araştırma sonuçlarının karşılaştırılamayışı nedeniyle standart bir tanım oluşturma ihtiyacı ortaya çıkmıştır (2-4). ICS'nin 2002 yılındaki en son terminoloji standardizasyon raporunda Üİ; "Her türlü idrar tutamama yakınması" olarak tanımlanmıştır (5, 6). Bu tanımda üriner inkontinansın bir teşhis değil semptom ya da bulgu olduğu vurgusu yapılmıştır (7).

Dünyada Üİ prevalansının %15 - %52 arasında değiştiği ve 200 milyondan fazla insanın Üİ sorunu yaşadığı belirtilmektedir (8-10). Üİ sıklığı İşpanya'da %23, Fransa'da %44, Almanya'da %41, İngiltere'de %42 olarak bildirilmiştir (11). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise 15 - 70 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansı %20.5 - 68.8 arasında belirtilmektedir (4, 12-28). Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalarından elde edilen sonuçlar, Üİ tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile birbirinden farklılık göstermektedir. Buna ek olarak toplumun sosyo-ekonomik durumu, araştırmada yer alan bireylerin eğitim durumu, çalışmayı yapan kişinin çalışma şekli ve kullanılan metodlar da prevalans oranlarını etkilemektedir (19, 29, 30).

Üriner inkontinansın en yaygın görülen tipleri stres, sıkışma ve mikst tiptir. Stres tipi Üİ, kadınlarda en yaygın görülen inkontinans tipidir ve herhangi bir yaşta yaklaşık %20'nin

üzerinde görülmektedir (2, 30, 31). Sıkışma tipi Üİ, stres tipi inkontinansın sonra en sık görülen inkontinans tipidir (2, 32). 50 yaş ve sonrasında sıklıkla görülmektedir. Bu tip idrar kaçırma kadınların uyku ve yaşam kalitelerini daha fazla bozmaktadır (32-36). Mikst tip Üİ; stres ve sıkışma tipi inkontinansın birlikte görüldüğü tablodur (30, 33, 36, 37). Üriner inkontinanslı hastaların 1/3'ü stres ve sıkışma tipi inkontinansın karışımına sahiptir. Hastalarda stres ya da sıkışma tipi inkontinans semptomlarından biri baskındır. Mikst tip Üİ, geriatrik popülasyonda daha sık görülmektedir (30, 32, 36, 38-40).

Dünyada Üİ tiplerinin görülme sıklığına bakıldığında; Avrupa'da stres üriner inkontinans, mikst ve sıkışma tipi inkontinansın daha sık görülmektedir. Amerika'da üriner inkontinansı olanların %45.0'inde mikst tip inkontinans, %41.5'inde stres üriner inkontinans, %13.5'inde ise sıkışma tipi inkontinans görülmektedir. Asya'da üriner inkontinansı olanların %64.0'ünde mikst tip inkontinans, %23.0'ünde ise sıkışma tipi inkontinans ve %13.0'ünde ise stres tipi üriner inkontinans görülmektedir (41). Türkiye'de ise üriner inkontinansın alt tiplerinin prevalansı, yapılan bir çok çalışmada farklı bulunmuştur. Ancak çalışmaların çoğunluğunda stres tipi inkontinans en sık karşılaşılan inkontinans tipi olarak belirlenmiştir. Daha sonra mikst ve sıkışma tipi inkontinans gelmektedir (42).

Literatürde Üİ'a neden olan pek çok faktör belirtilmektedir, bunlar yaş (14, 43, 44), cinsiyet (2, 6, 14, 45-47), ırk (48, 49), genetik yapı (17, 50-53), obezite (17, 50, 54-60) gibi sosyo-demografik özellikler; gebelik, çok sayıda ve sık doğum (50, 61-65), doğum şekli, doğum komplikasyonları, müdahaleli doğum, gebelikte alınan kilo miktarı ve bebeğin doğum kilosu (17, 63, 66-70), menopoz (17, 71, 72), perineal travma, östrojen eksikliği (73, 74) gibi jinekolojik ve obstetrik faktörler; histerektomi (69, 75, 76) gibi jinekolojik ve pelvik operasyonlar (77, 78), sistosel, uterus prolapsusu, üriner sistem enfeksiyonu, kronik sistit (2) gibi ürojinekolojik faktörler; kronik öksürük (50), sigara kullanımı (65, 73, 79), kronikleşen konstipasyon (50, 80) gibi intraabdominal basıncın kronik olarak artışına sebep olan durumlar; multiple skleroz, alzheimer, parkinson, gibi sinir harabiyetine neden olan hastalıklar (14, 81) ve diyabet gibi kronik hastalıklarla gelişen nörolojik hasarlar ve kognitif bozukluklar (73, 74), kullanılan bazı ilaçlar (72), konnektif dokunun kollajen bileşimleri (82, 83), çeşitli bağ dokusu rahatsızlıkları (Romatoit artrit vb.) (84), abdominal tümörler (76) gibi faktörlerin üriner inkontinans oluşma riskini artıran faktörler arasında yer aldığı belirtilmektedir. Ayrıca literatürde alkol, kafein ve tütün kullanımı (73, 74), düşük fiziksel

aktivite, psikososyal bozukluklar, ağır çalışma koşulları, konjenital bozukluklar ve sosyal tuvalet alışkanlıkları gibi faktörlerin de üriner inkontinans gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (2, 4, 7, 59, 69, 79, 85-90).

Üİ, kadınların mesleki ve aile yaşantısını olumsuz etkilemekle birlikte kadınların %15-30'unda sosyal, psikolojik, fiziki ve seksüel yaşamda sorunlara neden olmakta ve kadınların toplumdaki diğer bireylerle bir araya gelmesini önlemektedir (15, 91-93). Ayrıca Üİ kadınlarda, sürekli idrar kaçırma ve kötü kokma korkusu, kendini yetersiz, kirli hissetme, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma ve benzeri sorunlara yol açmaktadır. Üİ'li kadınlarda damgalanma, utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi olumsuz psikososyal etkiler de oluşturmaktadır (3). Üİ semptomu yaşayan kadınların çoğunluğu sorunları hakkında konuşmaktan kaçınma ve sorunu gizleme eğilimindedirler. Üİ'nin yaşlanmanın doğal bir sonucu ya da doğum sonrası doğal olarak geliştiği düşüncesi, utanma, sıkılma hissi, nereye başvuracaklarını bilememe, tedaviye güvenmeme, korkma gibi nedenlerle kadınların yardım arama davranışında da bulunmadıkları bilinmektedir (14, 30, 94-96). Literatürde Üİ'li kadınların Üİ'li olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları belirtilmektedir (2, 97).

Üİ risk faktörleri açısından bakıldığında mevsimlik tarım işçisi (MTİ) kadınların riskli bir grubu oluşturduğu görülmektedir. Çünkü bu kadınlarda genel sağlık düzeyi düşük, toplam doğurganlık hızı yüksek ve kadınların çalışma koşulları ağırdır. Ayrıca MTİ kadınlarda çok ve sık aralıklarla doğum, prolapsus, üriner enfeksiyon, ağır kaldırma ve tarımsal etkilenimlere bağlı olarak düşük, ölü doğum ve diğer üreme sağlığı sorunları daha fazla görülmektedir (98-100). Üstelik adölesan gebelikler, yetersiz beslenme, düşük sosyoekonomik düzey, doğum öncesi bakım (DÖB) almama/geç ya da yetersiz alma, yetersiz genital hijyen, kadınların kolay ulaşabileceği sağlık hizmetlerinin olmayışı gibi sorunlar da sık görülmektedir. Bu kadınlarda üreme sağlığı olumsuz etkilenmekte ve üriner inkontinans görülme sıklığı dolaylı olarak artmaktadır (101-108).

MTİ kadınlarda tedavisi kolay ve başarılı olan Üİ prevelansının ve risk faktörlerinin belirlenmesi, bu sağlık sorununa yönelik sağlık politikaları oluşturabilmek açısından oldukça önemlidir. Üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde hemşirelere

önemli sorumluluklar düşmektedir (109). Hemşireler Üİ'nin risk faktörlerini tanılayarak, uygun müdahalede bulunma, gelişmesi durumunda tedavi ve rehabilitasyonda bakım verici, eğitici ve danışmanlık yapıcı rol üstlenme gibi önemli fonksiyonlara sahiptir (26, 28, 110, 111).

Bu bağlamda araştırma, Şanlıurfa il merkezinde yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını, kadınların tedavi alma durumlarını ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri

Üriner İnkontinans (Üİ) kadınlar arasında oldukça sık görülen ve hatta bu nedenle normal kabul edilip yeterince önemsenmeyen bir sağlık sorunudur (112, 113). Üİ nedeniyle pek çok kadın sosyal ve ekonomik sıkıntılar yaşamakta ve kadınların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir.

Literatürde Üİ ile ilgili yapılmış bir çok tanım bulunmaktadır, fakat en kabul gören tanım Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS)'nin yapmış olduğu tanımdır. ICS, 1979 yılında yayınladığı terminoloji standardizasyon raporunda üriner inkontinansı; "Sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali" olarak tanımlamıştır (1, 6). Bu tanımda hastaların idrar kaçırmayı ciddi bir problem olarak algılama zorunluluğu vurgulanırken, şiddeti ve nedenleriyle ilgili herhangi bir sınırlama yapılmamıştır (114). Bu tanım epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmadığından, araştırmalarda farklı idrar kaçıрма tanımları kullanıldığından ve araştırma sonuçlarının karşılaştırılmasında çeşitli güçlükler yaşandığından ICS 2002 yılında üriner inkontinansı yeniden tanımlamıştır (6, 12, 114). 2002 yılında yeni bir tanım geliştirme çalışması yapan ICS, bu çalışmanın sonuçlarını yayınladığı raporda, üriner inkontinans ve tiplerini semptom, bulgu ve ürodinamik sonuçlar temelinde üç farklı kategoride tanımlamış, semptom olarak üriner inkontinansı "Miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti" bir bulgu olarak "Muayene süresince üretral ya da



ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı" şeklinde, ürodinamik olarak ise; klinik ve ürodinamik tekniklerle gösterilebilen, inkontinansa sebep olan patofizyolojik süreç (Detrüsör instabilitesi, intrensek sfinkter yetmezliği) şeklinde ifade etmiştir (5, 7, 82). Bu tanımlardan yola çıkarak ICS, Üİ'ı "Her türlü idrar tutamama yakınması" olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre üriner inkontinansın bir teşhis değil semptom ya da bulgu olduğu belirtilmiş olup, tanımda Üİ'nin neden, tip, sıklık, şiddet, hijyen, sosyal yaşam ve yaşam kalitesini etkileme durumuna göre daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (6, 12, 115).

ICS, üriner inkontinansa eşlik edebilen ve depolama semptomlarından olan diğer semptomları da tanımlamıştır. Bunlar; gündüzleri ve uyanıkken 8 kezden fazla idrar yapma/sık idrara çıkma (Frequency), aniden gelen ve ertelenemeyen şiddetli idrar boşaltma hissi/sıkışma hissi (Urgency), gece bir veya daha fazla kez idrara çıkma (Noktüri), subrapubik ağrı, ve Aşırı Aktif Mesane (AAM) sendromudur. Aşırı Aktif Mesane sendromu, sıkışma tip idrar kaçırmanın (Urge İnkontinans) eşlik ettiği ya da etmediği, genellikle artmış gündüz işeme sıklığı ve gece idrara çıkma ile birlikte olan sıkışma hissini de bulduğu bir sendromdur (5, 35).

Üriner inkontinans, mesane içi basınç maksimal üretral kapanma basıncını aştığında ortaya çıkar. Bu durum yalnız alt üriner sistemin izole bir bozukluğu olmayıp bir çok nedenle ortaya çıkabilen kompleks ve çok faktörlü bir durumdur (67). Üriner inkontinans tek bir hastalık değildir. Daha çok altta yatan bir hastalığın belirtisidir (116).

ICS üriner inkontinans tiplerini semptom, bulgu ve değerlendirme sonucuna göre ayırmış olup; stres, sıkışma (urge, acil), mikst (karma), taşma (overflow), devamlı (total) ve fonksiyonel (bilişsel) inkontinans olmak üzere 6 tipi tanımlamıştır ve bu tipler içerisinde en sık görülenin stres tipi üriner inkontinans, daha sonra sıkışma ve mikst tipi üriner inkontinans olduğunu bildirmiştir (5, 41).

**Stres Tipi Üriner İnkontinans;** karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (öksürme, gülme, hapşırma, efor, ıkınma, zorlanma, ağır kaldırma, egzersiz gibi nedenlerle) oluşan istemsiz idrar kaybıdır (6, 14, 117-121). ICS 2002 yılında yayınladığı raporda stres üriner inkontinansı; semptom olarak "Hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı" bulgu olarak "Hapşırma, öksürme, güç harcama ve egzersiz anıyla uyumlu olarak üretradan istemsiz olarak oluşan idrar kaybının gözlenmesi" olarak tanımlamıştır (2, 34, 118, 122).

Kadınlarda en yaygın görülen inkontinans tipidir ve her hangi bir yaşta yaklaşık %20'nin üzerinde görülmektedir (2, 30, 31). Stres üriner inkontinansın prevalansı yaşla artış göstermektedir, 25 - 49 yaşları arasında pik yapmakta ve daha sonra azalma göstermektedir. Stres üriner inkontinansın en sık görüldüğü yaş aralığı 30 - 50'dir (123). Stres üriner inkontinans oranları beyaz kadınlarda, siyah veya koyu esmer olan kadınlardan daha yüksektir (59).

Stres üriner inkontinansın gelişmesinin altında yatan problem, üretra ve üretral sfinkterde hasar ya da zayıflık olmasıdır Bu idrar kaybı ani olarak, stresle beraber ve genellikle hiç bir uyarı vermeden gerçekleşir (124). Stres üriner inkontinansın primer etiyolojik faktörü; kas, sinir ve bağ doku yaralanmalarının birleşimi olan vajinal doğumdur. Vajinal doğumun tek başına en önemli risk faktörü olduğu belirtilmektedir (42, 125-128). Gebelik ve doğum eylemi; mesane boynu ve üretrayı destekleyen ve çalışmasını kontrol eden nöromusküler ve konnektif dokuların yapılarında hasara neden olabildiği için stres üriner inkontinansın gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Gebelik sırasında, mesane üzerine büyüyen fetüsün artan basıncının geçici olarak idrar akışına sebep olabileceğini gösteren çalışmalar, gebelik esnasında stres üriner inkontinans prevalansının arttığını ve doğumdan sonra azaldığını göstermiştir (129). Stres üriner inkontinans doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon ve yaşlanmaya bağlı olarak sekonder de gelişebilmektedir (30, 32). Ayrıca doğum sayısı, menapoz, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik öksürük, sigara kullanımı, genetik faktörler, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle de üriner sistem anatomisinde bozulmalar oluşmakta ve stres üriner inkontinans gelişmesine neden olmaktadır. Üretra boyunun da yapısal olarak kısa olmasının stres üriner inkontinansa zemin hazırlayabildiği düşünülmektedir (7, 89, 90).

**Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans** (Urge İnkontinans-Detrusor İnstabilitesi); acil idrar yapma isteği sonrası gerçekleşen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır. Semptom olarak aniden güçlü bir işeme isteği ile gelen, bekletilmesi zor hatta mümkün olmayan istemsiz idrar kaçırmasıdır (6, 30). ICS, alt üriner sistem aktivitesi ile ilgili terminolojiyi standardize etmiş ve 2002 yılında yayınladığı rapora göre sıkışma tipi idrar kaçırma, sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissi ile birlikte oluşan idrar kaybı olarak tanımlamıştır (5).

Sıkışma tipi inkontinans ileri yaştaki kadınlarda en sık görülen inkontinans tipidir (130). Semptomlar sık idrara çıkma (günde 8'den fazla işeme), gece idrara çıkma (gece 2'den

fazla kalkma) ve genellikle şiddetli idrar yapma isteğiyle tuvalete gitme, idrar yapma gereksinimini erteleyememe sonucunda idrar kaçırma şeklinde ifade edilmektedir. Yaşlılarda en sık görülen inkontinans türüdür (131-133).

Mesaneyi irite edici enfeksiyonlar, cerrahi girişimler, serebrovasküler sorunlar sıkışma tipi inkontinansa neden olmaktadır. Stres inkontinanstaki en sık görülen inkontinans tipidir. Herhangi bir nörolojik bozukluğa bağlı olmadan gelişen sıkışma tipi inkontinansa "Detrusör instabilitesi" , nörolojik bozukluklar sonucu gelişen mesane kontraksiyonlarının varlığı durumuna "Hiperrefleks mesane" denir (5,33, 85).

Pek çok kadın sıkışma (urge) inkontinanstaki çok urgency (ani idrar yapma hissi) ve frequencyden (sık idrara çıkma) yakınmaktadırlar. Bu yakınmaların 1/3'ü sıkışma tipi inkontinansa neden olurken, 2/3'sü kuru kalmaktadır (5, 33).

Sıkışma tipi üriner inkontinansın en sık nedeni detrusör kasının aşırı aktivitesidir. İstemsiz mesane kasılmaları sonucunda idrar mesane içinde tutulamaz. Bu nedenle de kişi idrar yapma isteğini baskılayamaz ve tuvalete yetişemez. Sıkışma tipi inkontinanstaki mesane kapasitesi azalmıştır, buna bağlı olarak orta ve büyük miktarda inkontinans yaşanmaktadır (29, 65, 74, 121, 130, 134). Spinal kord lezyonları, beyin tümörleri, parkinson, multiple skleroz ve alzheimer hastalığı gibi nörolojik hasarlara neden olan bir probleme bağlı olarak gelişebildiği gibi üriner sistem enfeksiyonları, taş ve yabancı cisim, kullanılan bazı ilaçlar, alkol ve kafeinli gıdalar gibi mesanede irritasyon yapan nedenler sonucu lokal duyu artımı, fekal bası veya obstrüksiyon ile psikosomatik faktörler sonucunda da gelişebilmektedir (135, 136).

**Mikst Tip Üriner İnkontinans;** iki ya da daha fazla tip inkontinansın birlikte olmasıdır. Çoğunlukla stres ve sıkışma tipi inkontinans bir arada görülür. Genç kadınlarda stres inkontinansın tek başına görülme durumuyla daha sık karşılaşılırken yaşlı kadınlarda mikst tipi üriner inkontinans oranı daha yüksektir (14, 137, 138). Mikst tipi üriner inkontinans geriatrik popülasyonda daha sık görülmektedir (30, 32, 36, 38). Semptom olarak hem öksürme, hapşırma, fiziksel egzersiz hem de sıkışma hissi ile birlikte olan istemsiz idrar kaybı şikayetidir (139). Mikst inkontinanstaki detrusör sensori motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyon bozukluğu görülmektedir. Hem stres hem de sıkışma tipi üriner

inkontinansın bileşenlerinin nedenleri mikst tipi inkontinansın da nedenleri olarak düşünülebilir (126).

**Taşma Tipi Üriner İnkontinans** (Overflow/Owerflow inkontinans); kabaca dolup taşma şeklinde idrar kaçırmadır. 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 (6, 29, 90).

**Total Tip Üriner İnkontinans** (Devamlı/Bypass/Refleks inkontinans); fiziksel stres durumu olsun ya da olmasın bireyin devamlı olarak istemsiz idrar kaçırmasıdır (140).

**Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans** (Bilişsel/Transient/Geçici); fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışındaki nedenlerden dolayı gelişen idrar kaçırma durumudur. Fonksiyonel inkontinans, romatizmal bir takım hastalıklar gibi "hastanın hareket kısıtlılıklarına neden olan durumlar" sonucunda görülen idrar kaçırma problemidir (5, 141).

## 2.2. Dünyada ve Türkiye'de Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Üİ görülme sıklığı; belirli popülasyonda ve belirli bir zamandaki inkontinant olma ihtimali olarak tanımlanır. Bu kavram sağlık ve tıbbi hizmetlerin ihtiyaçlarını yansıtmak ve popülasyondaki durumun dağılımını kanıtlamak için önemlidir (142, 143). Sağlık durumlarıyla ilgili herhangi bir sorunun görülme sıklığına ait epidemiyolojik çalışmalar, ihtiyaç duyulacak tedavi ve bakım gibi sağlık hizmetlerini sunabilmek, alınacak tıbbi ve mali önlemleri belirlemek açısından önemlidir (142).

Üİ görülme sıklığı yaşla birlikte artan ve her yaş grubu insanı içine alan bir sorun olmakla beraber özellikle kadınları etkileyen bir sağlık problemidir. Kadınlarda erkeklere oranla 2 ile 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (13, 144). Genel olarak kadınların tümü için Üİ görülme sıklığı %25 olarak kabul edilmektedir (145).

Dünyada Üİ görülme sıklığının %15 - %52 arasında değiştiği ve 200 milyondan fazla insanın Üİ sorunu yaşadığı belirtilmektedir (8-10). Üİ sıklığı İspanya'da %23, Fransa'da %44, Almanya'da %41, İngiltere'de %42 olarak bildirilmiştir (11). 17 ülkede yapılan 36 genel popülasyon çalışmasının incelendiği bir makalede Üİ prevalansının %5 - %69 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bu çalışmaların çoğunluğunda ise oran %25 - 45 arasında değişmektedir (146). Bir meta-analiz çalışmasında da 30 ve 60 yaş arasındaki kadınlarda %29, 30 yaşından genç kadınlarda ise %16 oranında görüldüğü bildirilmiştir (147). Benzer şekilde Minassian ve arkadaşlarının Üİ'a ilişkin yapılmış 35 çalışmayı inceledikleri meta-analizde Üİ prevalansını %27.6 (%4.8 – % 58,4) olarak bulmuşlardır (93). Yetişkin kadınlar arasında Üİ prevalansı %9 ile %69 arasında değişebilmektedir, bakım evlerinde yaşayan ve daha yaşlı kadınlarda bu oran %50 ve üstü olarak bulunmuştur (148).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise 15 - 70 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansı %20.5 - 68.8 arasında belirtilmektedir (4, 12-28). Koçak ve ark. (12) 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada 242 (% 23.9) kadında Üİ tespit etmişlerdir. Özdemir (2) 20 yaş üstü evli 610 kadında yaptığı çalışmada prevalansı %22.6 olarak saptamıştır. Yağmur ve Ulukoca (18) 2010 yılında yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %21.5 olarak saptamışlardır. Çiftçi ve Günay (21) 18 - 67 yaş arası 775 kadında Üİ prevalansını %36.6 olarak belirtmişlerdir. Akgün (17) 2009 yılında yaptığı çalışmada 40 yaş üstü kadın popülasyonunda Üİ prevalansını %48.3 olarak saptamıştır. Gözükara ve ark. (28) 15 - 49 yaş arası kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %38.7 saptamışlardır.

Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalardan elde edilen sonuçlar, Üİ tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile birbirinden farklılık göstermektedir. Buna ek olarak toplumun sosyo-ekonomik durumu, araştırmada yer alan bireylerin eğitim durumu, çalışmayı yapan kişinin çalışma şekli ve kullanılan metotlar da prevalans oranlarını etkilemektedir (19, 29, 30).

Dünyada Üİ tiplerinin görülme sıklığına bakıldığında; Avrupa'da stres tipi üriner inkontinans, mikst ve sıkışma tipi inkontinansın daha sık görülmektedir. Amerika'da üriner inkontinansı olanların %45.0'inde mikst, %41.5'inde stres, %13.5'inde ise sıkışma tipi Üİ görülmektedir. Asya'da üriner inkontinansı olanların %64.0'ünde mikst, %23.0'ünde sıkışma, %13.0'ünde ise stres tipi Üİ görülmektedir (41). Türkiye'de ise üriner inkontinansın alt tiplerinin görülme sıklığı yapılan bir çok çalışmada farklı bulunmuştur. Ancak çalışmaların

çoğunluğunda stres tipi Üİ en sık karşılaşılan tipdir, daha sonra mikst ve sıkışma tipi Üİ gelmektedir (42). Genel olarak genç ve orta yaş kadınlarda stres tipi Üİ daha sık görülürken, daha yaşlı kadınlarda sık olarak mikst ve sıkışma tipi Üİ görülmektedir (146). Günümüze kadar yapılan Üİ tiplerinin görülme durumu ile ilgili prevelans tahminleri; yapılan çalışmaların hedef populasyonundan (yaş, etnik köken, kurum-toplum temelli), yönteminden, değerlendirmesinden ve veri toplama şekliinden (postayla, anket, bireysel görüşme, ifade veya klinik değerlendirme), çalışılan üriner inkontinansın tipinden ve inkontinans vakalarının frekansı, şiddeti ve derecesinin farklı şekillerde alınmasından etkilenmektedir (8).

### **2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri**

Üİ'nin neden olan pek çok faktör belirtilmektedir. Bunlardan bazıları yaş, cinsiyet, ırk ve genetik faktördür. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak mesane pozisyonunu koruyan bağların zayıflaması sonucu mesane boynunun duruşunda değişiklikler oluşur, bunun da Üİ'nin neden olabileceği belirtilmektedir (14, 43, 44). Kadınlarda erkeklere oranla 3 - 4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinsten de yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir (2, 6, 14, 45-47) Literatürde asya kökenlilerde ve siyahlarda beyazlara kıyasla Üİ'nin daha az görüldüğü bildirilmektedir (48). Siyahlarda üretral basınç daha yüksek, mesane hacmi daha büyük olduğundan Üİ beyazlara göre daha az görülmektedir (49). Afrika kökenli kadınlar Amerikalı kadınlara göre düşük kapasiteli mesaneye sahiptir. Kafkas kadın ırkı da diğer ırklara göre kısa üretra ve zayıf pelvik taban kas yapısına sahiptir (149). Yapılan araştırmalar incelendiğinde annede, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans varlığının Üİ oluşmasında etkili olduğu görülmüştür. Bu durumun genetik yatkınlık olarak vajen ve perine bağ dokusu zayıflığından kaynaklandığı bildirilmektedir (17, 50-53).

Obezlerde Üİ riskinin arttığı ve inkontinans durumunun anlamlı derecede beden kitle indeksiyle (BKI) ilişkili olduğu bildirilmektedir (54, 55). Obezitenin intra-abdominal basınç

artışına neden olarak Üİ'a yol açtığı ve obez kadınlarda obez olmayanlara göre Üİ'nin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (17, 50-60).

Üİ'nin etyolojisinde gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, doğum komplikasyonları, müdahaleli doğum, gebelikte alınan kilo miktarı ve bebeğin doğum kilosu, uzun ve zor doğum eylemi, çok ve sık aralıklarla doğum gibi gebelik ve doğum ile ilgili faktörler de önemli bir rol oynamaktadır (17, 66-68). 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 (63, 69). Gebelik sırasında inkontinans semptomları artmakta ve ilerleyen gebelik haftalarında da görülmektedir. Doğum sırasında oluşabilecek bazı değişikliklerin inkontinans gelişmesine neden olabileceği savunulmaktadır. Hastaların %20'sinde vajinal doğum sonrası levatör ani kasında gösterilebilir bir defekt oluşmaktadır (70). Bunun yanında doğum sonrasında mesane boynunun yer değiştirdiği, levatör ani kasının kuvvetinin azaldığı ve pudental nöropatiye bağlı parsiyel denervasyon (sinirsizleşme, bir organ ya da kastan sinirlerin uzaklaştırılması) gelişebildiği de gösterilmiştir (150, 151). Bu zedelenmeler genellikle doğum eyleminin erken dönemlerinde gerçekleşmekte ve doğum eyleminin başlamış olması bağımsız bir risk faktörü olarak belirtilmektedir. Çok sayıda ve sık doğumlara bağlı olarak anatominin bozulması ve pelvik taban kaslarının zayıflaması, yine sıklıkla doğumla ilişkili olarak pudental sinirin gerilme ya da laserasyonuna bağlı olarak gelişen sinir denervasyonu, pelvik taban kaslarında zayıflamaya neden olmaktadır (50, 61-65).

Menopoz da kadınları Üİ'a yaklaştıran bir dönemdir. Kadın genital organları ile alt üriner sistemin embriyolojik kökenleri aynı olduğundan estrogen ve progesteron hormonlarına duyarlıdır. Menopoz sonrasında ürogenital atrofi gelişir ve gelişen atrofi ürogenital destek dokusunda zayıflamaya dolayısı ile inkontinansa neden olmaktadır (17, 71). Postmenopozal dönemdeki kadında östrojen seviyesinin azalması mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak da karın içi basınç arttığı zaman idrar kaçağı olabilmektedir (72).

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar; pelvik taban kaslarında zedelenmelere, skarlara ve sinir harabiyetine neden olabilmektedir. Vajinanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu Üİ

gelişebilmektedir (77, 152). Üİ, histerektomi ameliyatının bir komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Ameliyat sırasında pelvik sinir ve destek yapılarının travmatize olması, vaginanın kısaltılması, mesane destek yapılarının çıkarılması, cerrahi menopoz ve östrojen eksikliği sonucu Üİ gelişebilmektedir (78, 152). Histerektomi ameliyatı, mesane destek yapıların travmatize olmasına, üretrada skar oluşmasına ve pelvik sinirlerin hasar görmesine neden olduğundan histerektomi olan kadınlarda %40 oranında üriner inkontinans gelişme riskinde artma meydana gelmektedir (69, 75, 76).

İntraabdominal basıncın kronik olarak artışına sebep olan her durum Üİ'nin oluşması veya ağırlaşması için risk oluşturmaktadır. Kronik öksürük intraabdominal basınç artışına neden olduğundan Üİ oluşumuna katkıda bulunduğu bildirilmektedir (50). Sigara kullanımı mesane basıncını arttırmakta ve öksürükle Üİ'nin oluşumuna katkıda bulunmaktadır (79). Sigara kullananlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı daha fazla görüldüğünden öksürüğe bağlı olarak Üİ riski 2 - 3 kat artmaktadır (65, 73, 82).

Kronikleşen konstipasyonda defekasyon sırasında yaşanan zorlanmalar pelvis sinirlerinde gerilmeye neden olduğu, buna bağlı zamanla sinir harabiyetleri ve pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu oluşabileceği ve bu fonksiyon bozukluklarının da Üİ oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (50, 80).

Multiple skleroz, alzheimer, parkinson hastalığı gibi sinir harabiyetine neden olan bu hastalıklar miksiyon kontrolünü de etkilemektedir (81, 153). Ayrıca diyabet gibi sistemik kronik hastalıkların da Üİ gelişmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (14).

Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla artırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır. Diüretikler, antikolinergikler, antidepresan, antiparkinson ve antihistaminikler, sedatif ve narkotik analjezik ilaçlar idrar yapma fonksiyonunu etkileyerek Üİ'a neden olabilmektedirler (72).

Konnektif dokunun kollajen bileşimleri, mesane boynunu destekleyen yapıların birbirlerine bağlanmasını sağlamaktadır. Yaş ve östrojen eksikliğinden kaynaklanan kollajen yapımındaki değişiklikler, üretral gevşeme, Üİ ve pelvik organ prolapsusları ile



sonuçlanabilmektedir (82). Ayrıca gebelikte de konnektif dokunun kollajen içeriği azaldığından mesane boynu hareketliliği artabilmekte ve bundan dolayı stres tipi Üİ gelişebilmektedir (83). Çeşitli bağ dokusu hastalıkları ile Üİ riskinin arttığı da bilinmektedir. Romatoit artrit varlığında stres tipi Üİ riski %60 oranında artmaktadır (84).

Abdominal tümörler intravezikal basıncı doğrudan etkileyebilmektedir. İntravezikal basıncın artması üretral sfinkterin kontrolünü göreceli olarak yetersiz hale getirmekte ve Üİ'a neden olabilmektedir (76).

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 (154).

Üİ gelişiminde rol oynayan diğer faktörler ise; perineal travma, diyabet gibi kronik hastalıklarla gelişen nörolojik hasarlar ve kognitif bozukluklar, alkol, kafein ve tütün kullanımı (73, 74), düşük fiziksel aktivite, psikososyal bozukluklar, kronik sistit, ağır çalışma koşulları, konjenital bozukluklar ve sosyal tuvalet alışkanlıkları gibi faktörlerin de etkili olduğu belirtilmektedir (2, 4, 7, 59, 69, 79, 85-90).

#### **2.4. Üriner İnkontinansın Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri**

Üİ, kadınların mesleki ve aile yaşantısını olumsuz etkilemekle birlikte kadınların %15 - 30'unda sosyal, psikolojik, fiziki ve seksüel yaşamda sorunlara neden olmakta ve kadınların toplumdaki diğer bireylerle bir araya gelmesini önlemektedir (4, 15, 91-93).

Üİ; bireyde sürekli kötü kokma korkusu, kendini yetersiz, kirli hissetme, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, damgalanma, utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi

olumsuz psikososyal etkiler oluşturmaktadır. Kadınlar kötü koku veya Üİ'nin çevreden görülebileceği düşüncesi ile egzersiz, alışveriş, arkadaş ziyareti vb. aktivitelerinden kaçınmakta ve sıvı alımını kısıtlamaktadır. Üİ rahatsızlık verici bir çok problemi de beraberinde getirmektedir, ıslaklık ve koku oluşumunun dışarıdan da fark edilebilme ihtimali Üİ yaşayan bireyi oldukça rahatsız etmekte ve sosyal izolasyona kadar ilerleyebilecek bir sürece neden olmaktadır. Kadınların çoğu, üriner fonksiyonlarının denetimini sağlayamadığı zaman kendini kusurlu, eksik görmekte, çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünmektedir. Kadınlarda alt üriner ve genital bölge embriyolojik ve anatomik olarak yakın ilişki içindedir. Bu nedenle üriner semptomlara bağlı seksüel disfonksiyon görülebilmektedir. Seksüel yönden aktif kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu seksüel disfonksiyon yaşanabilmektedir. Seksüel yakınmalar; vaginal kuruluk, disparoni, azalmış seksüel istek ve anorgazmi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Üriner inkontinansı olan kişiler, bazen bu sorunları doğal karşılayarak sorunlarıyla yaşamakta, bazıları alışkanlıklarını değiştirmekte ve sorunlarıyla baş edebilmek için emici pedler kullanma, sürekli çamaşır değiştirme, tuvaletlere yakın bir yaşam tarzı organize etme ve sıvı alımını kısıtlama gibi yöntemler geliştirerek yaşantılarında düzenlemeler yapmaktadırlar (155).

Literatürde Üİ'li olan kadınların Üİ'li olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin daha düşük ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları belirtilmektedir (2, 97).

Yapılan çalışmalarda Üİ'nin utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle eş ve iş ilişkilerinde ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (2, 4, 30). Budakoğlu ve ark. yaptıkları bir çalışmada, Üİ'li olanların olmayanlara göre anksiyete açısından 2.2 kat daha riskli olduğunu saptamışlardır (156). Siracusano ve ark. (2003) inkontinansı olan kadınların %22'sinin idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladığını fakat yalnızca %6'sının hayal kırıklığı yaşadığını ve %2'sinin uzun süre evden dışarı çıkmadığını bildirmiş, %62'sinin kendilerini anksiyöz veya gergin olarak tanımladıklarını, %22'sinin anksiyete ve gerginlik durumunda üriner sızıntılarının arttığını, %9'unun antidepresan kullandıklarını rapor etmiştir (157). 1996 yılında Hong Kong'ta telefonla görüşülerek, 10-90 yaşları arasında 819 Çinli kadınlı yapılan çalışmada; kadınların %16'sı yaşam kalitesinin bozulduğunu, % 9.3'ü kendini sinirli hissettiğini ve düşük morale sahip olduklarını ve %15.2'sinde de anksiyete

sorunları bulunduğu raporlanmıştır (158). 2001 - 2002 yıllarında yine Hong Kong'ta telefonla görüşülerek, 10 - 90 yaşları arasında 749 kadınla yapılan başka bir çalışmada, kadınların %52'sinde Üİ saptanmış, %5.6'sında duygusal iyi olma halinin olumsuz etkilendiği ve %5.1'inde de sosyal aktivitelerde azalma olduğu bulunmuştur (159).

Üİ semptomu yaşayan kadınların çoğunluğu sorunları hakkında konuşmaktan kaçınma ve sorunu gizleme eğilimindedirler. Üİ, başkaları tarafından fark edilme ve idrar kokma korkusu, kendini sürekli ıslak hissetme, tuvalete yetişememe korkusu, kadının özgüveninde azalma duygusu, günlük yaşam aktivitelerin sınırlandırılması ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Üİ'nin yaşlanmanın doğal bir sonucu ya da doğum sonrası doğal olarak geliştiği düşüncesi, utanma, sıkılma hissi, nereye başvuracaklarını bilememe, tedaviye güvenmeme, korkma gibi nedenlerle kadınların yardım arama davranışında da bulunmalarına yol açmaktadır. Üİ, kadınların aile üyeleri ile ilişkilerini, sosyal etkileşimlerini, kişilerarası ilişkilerini, kariyerlerini ve psikolojik durumlarını olumsuz etkileyerek, yaşam kalitelerini düşürmektedir (14, 30, 94-96, 160). Yapılan çalışmalarda cinsel yönden aktif olan ve inkontinansı bulunan kadınların %50'sinden fazlasında üriner semptomların bir sonucu olarak cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur (2, 3, 30, 161). Kadınlarda psikolojik sıkıntı, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaya korkusu, korkudan kaynaklanan utanç, cinsel işlev bozukluğunun etyolojisinde öne sürülmüştür (161).

Üİ'li olan kadın ilişkisi sırasında idrar kaçırmaya korkusu, koku, ıslaklık nedeni ile utanma, azalmış uyarılma, istek gibi cinsel disfonksiyona neden olabilecek sorunlardan biri ya da bir kaçısı ile karşı karşıya kalabilmektedir (2, 3, 30, 161). Kadınlar bu sorunu çözmek için cinsel ilişki öncesi idrara çıkmak, partnere sorunu hissettirmemek, cinselliği ertelemek, birleşmeyi erken bitirmek gibi önlemler almaktadır. Bu durum öz saygıda azalmaya, eş ilişkilerinde bozulmaya neden olmaktadır (3). Cinsel aktivite sırasında üriner inkontinans, o anda utanma duygularına, uzun dönemde ise anksiyete, stres, depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır (162). Roe ve May de çalışmalarında inkontinans şikayeti olan kadınların eşleriyle cinsel yaşamlarında sorun yaşadıklarını, kendilerini değersiz ve işe yaramaz hissettiklerini ve ilişki sırasında idrar kaçırmaya utancı nedeniyle cinsel birleşmelerini sınırladıklarını bildirmiştir (163).

## 2.5. Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans kişinin yaşamını tehdit eden bir olay olmasa da kadınlarda sürekli ıslaklık ve irritasyondan kaynaklanan rahatsızlık hissine bağlı olarak depresyona kadar varan emosyonel bozukluk gelişmektedir. Üİ'lı olan hastaların cinsel yaşamları, günlük ev içi ve iş aktivitelerinin etkilendiği, bu durumu önlemek için sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlama ve hatta sıvı alımlarını azaltma yoluna gittikleri bilinmektedir (164). Üİ tedavisinde genel kural olarak, hastaya en uygun, en az olası yan etkileri olan ve en az invaziv girişim gerektiren tedavi seçeneğiyle başlanması önerilmekte ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği vurgulanmaktadır (165). Üİ'lı kadınların tedavisindeki amaç, mesane kontrolünün tekrar kazanılmasıdır. Bu nedenle farklı tedavi modaliteleri uygulanmaktadır. Bunlar; konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavidir (166).

**Konservatif Tedavi;** basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir. Konservatif tedavi; davranışsal tedavi ve elektriksel stimülasyon olarak ikiye ayrılır (166).

• Davranışsal tedavi; Üİ'ta davranışsal tedavinin amacı, kadının sorunu hakkında eğitilmesi, inkontinansın azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesidir. Davranış tedavisiyle ilgili veriler oldukça iyidir. Fantl ve ark. yaşlı hastalarda mesane eğitimi uygulaması sonrasında inkontinans episodlarının %57, idrar kaçırma miktarının %54 oranında azaldığını bildirmişlerdir (167). Davranışsal tedavide yer alan diyet, sıvı alımı, tuvalet alışkanlıkları ile ilgili günlük yaşam akışında değişiklik yapmak kadın için zor olsa da, inkontinans semptomlarının azalmasını sağlayabilir. Davranışsal tedavi seçenekleri şunlardır;

-Pelvik Taban Kas Egzersizi

-Biofeedback

-Vajinal Kon

-Mesane Eğitimi

-Tuvalete Gitme Programı

-Diyet

• Elektriksel stimülasyon; sıkışma tipi üriner inkontinanstaki oldukça başarılı olan bu yöntemde, elektrod ya da vajinal prob yardımı ile perine bölgesine intraanal ya da intravajinal yoldan uygulanan ve elektrik akımıyla pudental sinirin direkt olarak uyarılması sağlanır. Elektrik stimülasyonu internal üretral sfinkterik fonksiyonun artmasını ve mesane kontraktilesinin azalmasını sağlar (166, 168).

**Farmakolojik Tedavi;** Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilesinin inhibasyonu, duyuşal girişin azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılmasıdır. Üriner inkontinanstaki ilaç tedavisi sıklıkla detrusör instabilitesi ya da mikst inkontinansı olanlarda, stres üriner inkontinansı olanlara göre daha çok kullanılır. İlaç kullanımını diğerkonservatif tedavilerle kombine edilebilir (35, 169). Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar şunlardır (166).

- Antikolinergik ilaçlar
- Spazmolitik ilaçlar
- Kalsiyum kanal blokörleri
- Trisiklik antidepresan ilaçlar

**Cerrahi Tedavi;** cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı klinik ve ürodinamik araştırmaları içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrası, Üİ'nin patofizyolojisinin ve şiddetinin objektif olarak belirlenmesinden sonra verilmelidir. Bunun yanında anatomik ve patofizyolojik bulguların cerrahi plan ile uyumu, cerrahi riskin belirlenmesi ve planlanan cerrahinin kadının yaşam kalitesine etkisinin mutlaka göz önüne alınması gerekir. Cerrahi tedavi çeşitleri şunlardır; (166)

•Retropubik mesane boynu süspansiyon operasyonları (Burch operasyonu, Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu)

- İğne ile yapılan mesane boynu süspansiyon operasyonları (Modifiye Pereyra, Raz, Stamey ve Gittes operasyonları)
- Ön onarım ve transvajinal kolposüspansiyon (Kelly-Kenedy paraüretal plikasyon operasyonları )
- Subüretal sling prosedürleri
- Periüretal madde enjeksiyonları (sentetik polytetrafluoroethylen, teflon, silikon, heterolog hayvan kollajeni, otolog yağ dokusu)
- Artifisyonel üretal sfinkter uygulaması (164).

## **2.6. Üriner İnkontinanslı Kadınların Tedavi Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler**

Üİ tedavi edilme şansı olmasına rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve genellikle tedavi olmakta gecikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (110). Üİ'ı olan kadınlar inkontinansla baş edebilmede yetersiz de olsa önlemler alabilmekte ve tedaviye gecikebilmektedirler. Yapılan bir çok çalışmada kadınların Üİ'a yönelik tıbbi yardım alma oranı düşük bulunmuştur. Bir çalışmada kadınların 2/3'ünün tıbbi ve sosyal yardım aldıkları ancak en az 2 yıldır bu sorunu yaşamakta oldukları saptanmıştır (110).

Işıklı ve ark. (2011) yapmış oldukları araştırmada kadınların yaklaşık üçte birinin üriner inkontinansla etkilenmiş olduğu ve kadınların üriner inkontinans nedeniyle tedavi arama çabalarının oldukça düşük olduğunu; kadınların sağlık kurumuna başvurmama nedenlerinin artan yaşla birlikte idrar kaçırmayı normal olarak algılama ve bu durumdan rahatsızlık duymama olduğunu tespit etmiştir (20).

Howard ve ark. (2010) yaptıkları araştırmaya göre İngiltere'de yaklaşık 3 milyon kişinin Üİ yaşadığını, yardım isteyen kadınların sayısını çok düşük bulmakla birlikte bunun nedenini ise, genellikle inanç ve üriner inkontinansın tedavisi hakkında bilgi eksikliğine bağlı olduğunu saptamıştır (170).

Bilgili ve ark. (2008) yaptığı araştırmaya göre, kadınların yaklaşık dörtte üçünün istemsiz idrar kaçırmayla baş etmede zorlanmasına rağmen, pek çoğunun tedavi almak için başvurmadığını saptamıştır. Kadınların utanma, semptomları hafif olarak algılama, yaşlılığın normal bir parçası olarak düşünme, tedavi maliyetini fazla bulma veya tedaviden korkma gibi nedenlerle tedavi arayışına girmediklerini belirtmiştir (171).

Yapılan başka bir çalışmada da kadınların yarısından fazlasının yaklaşık 3 yıldır üriner inkontinans sorunu yaşadığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine karşın doktora başvurma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir (172).

Hastaların tedaviye gecikme nedenleri; olayı küçük bir problem olarak görme, olayın varlığını reddetme, utanma, olayı kadın ve yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görme, doktorun problemi çok önemsiz olduğunu düşüneceği endişesi, her hangi bir müdahale yapılmadan iyileşme ümidi, operasyon korkusu, tedaviden ümitsizlik, çok meşgul olma ve maliyettir (110).

## **2.7. Mevsimlik Tarım İşçiliği**

### **2.7.1. Dünyada ve Türkiye'de Mevsimlik Tarım İşçiliği**

Tarım, toprağı ve tohumu kullanarak, bitkisel ve hayvansal ürünler üretmek ve bu ürünlerden daha değerli mamüller elde etmek için yapılan ekonomik bir faaliyetir (173).

Dünya çapında 1.3 milyar işçinin tarım alanında çalıştığı tahmin edilmektedir. Bu toplam, dünya işgücünün yarısını temsil etmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, dünyada %35 ile tarımın 2. istihdam alanı olduğu, bu oranın bölgesel dağılımı incelendiğinde Sub-Saharan Afrika'da %59.0, Güney Asya %53.5, Güneydoğu Asya ve Pasifik'de %44.3, Doğu Asya'da %36.9, Latin Amerika'da %16.3, gelişmiş ekonomiler ve Avrupa Birliği ülkelerinde %3.7'dir. Kadınlar dünya tarım işgücünün neredeyse yarısını oluşturmaktadır (174).

Türkiye'de tarım sektörünün istihdam içindeki payı TÜİK Hanehalkı İşgücü İstatistikleri Ağustos 2014'e göre %22.1'dir (5 milyon 815 bin kişi). Bu sayının yarısının mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir (175).

Mevsimlik tarım işçisi, kendisinin ya da başkasının tarım alanında ekim, yetiştirme, ilaçlama, hasat gibi tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında çalışan, ücretli/yevmiyeli veya aynı ödeme karşılığı, sözleşmeyle veya sözleşme olmaksızın, o ülkenin vatandaşı ya da göçmen olup sürekli ya da gezici mevsimlik çalışan kişidir (176).

Mevsimlik tarım işçileri Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Nüfus Dairesi tarafından; 1) Bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, 2) Aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (177). Gelişmiş ülkelerde tarımsal üretimin sürdürülmesinde istihdam edilenlerin çoğunluğunu mevsimlik tarım işçileri oluşturmaktadır. Avrupa'da, yaklaşık 500.000'i Avrupa dışından gelen 4.5 milyon tarım işçisi istihdam edildiği, bu sayının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 2.5 milyon olduğu bildirilmekte ve ABD'de tarımda istihdam edilenlerin %50'sinden fazlasının diğer ülkelerden göç ettiği bildirilmektedir (176, 178). Yapılan araştırmalar toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler olduğunu göstermektedir (179). Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mevsimlik tarım işçileri (MTİ) özel risk grubu olarak tanımlanmıştır. Mevsimlik tarım işçileri dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu bir grup olarak ele alınmaktadır (180).



Yapılan araştırmalar incelendiğinde, Türkiye'de 3 ay ve üzerinde çalışan mevsimlik gezici nüfusun önemli kısmı Şanlıurfa, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin illeri başta olmak üzere Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ikamet etmektedir. Ülkemizde Nisan - Kasım ayları tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiklerini belirtmişlerdir (181). Tarım işçileri genellikle, çeşitli yörelerde farklı isimler alan iş aracıları vasıtası ile iş bulmaktadır. Bunun karşılığında iş aracıları (çavuş, dayıbaşı, elçi) işçi ve işverenden belli bir ücret almaktadır. Yılın belli aylarında iş bulup çalışabilen mevsimlik tarım işçileri, yılın diğer aylarında ya işsiz kalmakta, ya da kentsel alanlarda düşük ücretli, niteliksiz işler aramaktadırlar (182). Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması sonucuna göre bir yıl içinde işçilerin 48 farklı ilde çalıştıkları saptanmıştır (180). Mevsimlik tarım işçileri, Doğu ve Güneydoğu Anadolu ile Orta Anadolu bölgelerinden pamuk, fındık, çay, tütün, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı bölgelere söz konusu ürünlerin çapa, sulama ve hasat zamanlarında aileleri ile birlikte göç etmektedir (183). Mevcut veriler, Dünyadaki tarım işçilerinin dağılımı ile yoksulluk insidansının orantılı olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 1.1 milyar insan yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Bu insanların %60'ını ise tarım işçileri oluşturmaktadır. Kırsal alanlarda yoksulluk şiddeti ve insidansı daha yüksektir. Bu durum kırsal kesimde çoğunluğu oluşturan tarım işçileri ve küçük çiftçilerden kaynaklanmaktadır. Bir çok ülkede tarım işçileri ücretsiz aile işçisi durumundadır (184). TÜİK 2012 araştırmasına göre, tarım işçilerinin %23.3'ü ve ücretsiz aile işçilerinin ise %29.6'sı yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (185).

Sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler çiftçilerin ve tarım işçilerinin sağlık ve yaşam koşullarını etkilemektedir (184). Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de mevsimlik tarım işçileri için yeterli düzeyde temiz ve güvenli barınma koşulları öncelikli sorundur. Türkiye'de mevsimlik tarım işçilerinin barınma koşulları incelendiğinde, tarla başlarında ya da köylere yakın yerlerde çoğunlukla bez ya da naylon çadır ya da biriket şeklinde yapılmış, korunaksız, uygun tuvalet, banyo, temiz içme-kullanma suyundan yoksun alanlarda yaşadıkları saptanmıştır (180).

Birleşmiş Milletler'in 2008 verisine göre; dünya nüfusunun % 39'u (2.6 milyar) temel sanitasyondan uzak yaşamakta, %17'si açık alanlara dışkılamakta, % 25'i alt yapı yetersizliği nedeniyle sağlıklı su kullanmaktadır. Bu grup içinde mevsimlik işçiler önemli yer

tutmaktadır (180). Toplum sağlığı açısından tarımsal mücadelede kullanılan kimyasallar (pestisitler) nemli risk faktörüdür. Bunlar vücuda ağız, deri veya solunum yoluyla girmektedir. Pestisitlerin insanlar üzerindeki etkileri anne karnında başlamakta, plasentadan fetüse geçmekte, bunun sonucunda düşükler, anomalili doğumlar bildirilmektedir (186).

Isı, nem ve uzun saatler sıcak altında çalışmak bitkinlik ve felç gibi sorunlara neden olabilmektedir. Ayrıca organik toz maruziyetinin astım, aşırı duyarlılık, pnömoni ve diğer solunum problemleri ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. MTİ ailelerin hareketliliği ve tıbbi kayıt eksikliği nedeni ile çok sayıda sağlık sorunları vardır (187). Düşük sosyo-ekonomik durum ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim de mevsimlik tarım işçilerinin mevcut sağlık sorunlarına katkıda bulunmaktadır (188).

Mevsimlik tarım işçilerinde tekrarlayıcı fiziksel hareketler, stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, uzun süreli çalışma, düşük - yüksek sıcaklık, ağır kaldırma, kafa üstünde, omuzda ya da sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları en sık görülen sağlık sorunlarından biridir (189).

Tarımda, kimyasal ve ergonomik riskler, pestisit uygulanması ve maruziyeti önemli tehlikeler oluşturmaktadır. Bu nedenle MTİ kadınlarda menstrüel siklus sorunları düşükler, l doğumlar ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları tarım işçisi olmayan kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (190). Pestisite maruziyet kadınlarda spontan düşüklere neden olmaktadır. Ayrıca tarımda kullanılan kimyasallara bağlı kısırlık, adet düzensizliği, düşük doğum ağırlığı, geleişme geriliği ve doğumsal anomaliler de bildirilmektedir (191).

### **2.7.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda riner İnkontinansı Etkileyen Faktörler**

İ risk faktörleri açısından bakıldığında MTİ kadınlar riskli bir grubu oluşturmaktadır. MTİ kadınlar; yaşına, işin yapıldığı ortama, işin yapılma şekline bağlı olarak farklı sorunlar

yaşamaktadırlar. Bu kadınlarda üreme sağlığı sorunları doğacak bebeğin sağlığını da doğrudan etkilediğinden ayrıca önem taşımaktadır (192).

Mevsimlik tarım işçileri; göçebe yaşam biçimi, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, temel sanitasyon eksikliği, yetersiz - dengesiz beslenme, yoksulluk, eğitimsizlik ve bilgiye erişememe, tehlikeli çalışma ortamı, kolay ulaşılabilecekleri sağlık hizmetlerinin olmayışı nedeniyle anne ve bebek mortalite ve morbiditesinin yüksek olduğu öncelikli bir risk grubunu oluşturmaktadır (192).

Şanlıurfa ilinde mevsimlik tarım işçileri üzerinde yapılan bir araştırmada, tarım işçisi ailelerin kapsamlı ve ulaşılabilir sağlık hizmetine ihtiyaçları fazla iken, kentsel alanların dışında tarlalarda yaşamaları, sık yer değiştirmeleri, çoğunun sağlık güvencesinin olmayışı, sağlıklarını koruma bilgilerinin bulunmayışı ve kadınların dil farklılığına bağlı iletişim sorunları nedeniyle hizmete erişemedikleri saptanmıştır. Bir araştırmada, kadınların hastalıklarını çadırdaki kendi kendilerine tedavi etmeye çalıştıkları, muayene/televi ve ilaç parasını karşılayacak paralarının olmaması ya da çalışmadıkları gün para kazanamamaları nedeniyle sağlık kurumlarına gidemedikleri bildirilmiştir. Her hangi bir sağlık sorununa yönelik zamanında ve doğru bir tıbbi tedavi almamak komplikasyon gelişme riskini artırmakta, dolayısıyla yaşamı tehdit etmektedir (180).

Literatürde çok sayıda ve sık aralıklarla doğumun Üİ risk faktörü olduğu belirtilmektedir. MTİ kadınlarda toplam doğurganlık hızı ülke geneline göre 2.2 kat daha yüksek olup Türkiye geneli için ortalama canlı doğum sayısı 3.3 iken MTİ kadınlarda ortalama 6.4 bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda çok sayıda ve sık doğumlara bağlı olarak anatominin bozulması ve pelvik taban kaslarının zayıflaması, yine sıklıkla doğumla ilişkili olarak pudental sinirin gerilme ya da laserasyonuna bağlı olarak gelişen sinir denervasyonu, pelvik taban kaslarında zayıflamaya neden olmakta ve üriner inkontinans görülme riskinin artmasına neden olmaktadır (50, 61-65).

MTİ kadınların çoğunluğu elverişsiz koşullarda doğum yapmaktadır. Bu kadınların önemli bir kısmında pelvik destek yapılarının gevşemesi sonucu bazı sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Literatürde DÖB (Doğum öncesi bakım) alma, DSB (Doğum sonrası bakım) alma, doğum şekli ve doğumun gerçekleştiği yer ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Şanlıurfa ilinde MTİ kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada yeterli DÖB'a

erişim açısından MTİ kadınların; DÖB alma durumu ülke geneline göre 3.3 kat daha az bulunmuştur ve MTİ kadınların %27.2'si sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapmıştır. Bu durum MTİ kadınların sağlıksız koşullarda uzun ve zor doğum eylemi yaşamasına, kadınlarda üriner enfeksiyon gelişme riskinin artmasına neden olmakta, anne ve bebek açısından morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (180).

Toplum sağlığı açısından tarımsal mücadelede kullanılan kimyasallar (pestisitler) önemli risk faktörüdür. Bunlar, vücuda ağız, deri veya solunum yoluyla girmektedir. Pestisitlerin insanlar üzerindeki etkileri anne karnında başlamakta, plasentadan fetüse geçmekte, bu durum istemsiz düşüklere neden olabilmekte ve Üİ görülme riskini dolaylı olarak artırabilmektedir (180, 186).

Farklı tarım kesimlerinde çalışan kadınlarda, değişen ergonomik riskler nedeniyle kas iskelet sistemi hastalıkları (KİSH) da çeşitlilik göstermektedir. Tarım kesimlerinde KİSH; tekrarlayıcı fiziksel hareketler, titreşimli aletlerin kullanımı, mola vermeden uzun süreli çalışma, ellerle ağır yük taşıma ve uygun olmayan, kötü postürde çalışma, sıklıkla öne eğilmiş pozisyonda uzun süre çalışmaya bağlı olarak gelişebilmektedir. Değişik iklim koşulları ve ısı farklarının olduğu ortamlarda çalışmanın da bu duruma etkisi vardır. Rüzgar, yağmur, aşırı sıcak, güneş ışınlarına maruz kalmak başlıca risk faktörleridir. Bunun sonucunda travmaya bağlı olmayan çeşitli yumuşak doku hastalıkları gelişmektedir. Boyun, bel, sırt, el bileği, omuzlar, kalça ve dizler en çok etkilenen vücut kısımlarını oluşturmaktadır. Dolayısıyla MTİ kadınlarda stres, tekrarlayıcı ve şiddetli aktiviteler, kafa üstünde, omuzda ya da sırtta yük taşıma nedeniyle kas iskelet sistemi ağrı ve yaralanmaları en sık görülen sağlık sorunları arasındadır. Bu çalışma koşulları sistosel, abdominal ve pelvik prolapsus, menstrual siklus bozuklukları, erken menopoza ve hemoraji gibi sağlık sorunlarına yol açabilmekte ve Üİ' a dolaylı olarak katkıda bulunmaktadır (180, 189).

Isı, nem ve uzun saatler sıcak altında çalışmak bitkinlik ve felç gibi sorunlara neden açabilmektedir. Ayrıca, organik toz maruziyetinin astım, aşırı duyarlılık, pnömoni ve diğer solunum problemleri ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (187). Yapılan çalışmalar tarım işçilerinin % 10 ile % 30'unun bir ya da daha fazla mesleki solunum sıkıntısı yaşadığını ortaya koymaktadır. Solunum sistemi hastalıklarının sık görülmesinin nedenleri arasında çiftlik hayvanları, tahıl kullanımı ya da samandan kaynaklanan organik (tarımsal) tozlar yer almaktadır. Tüberküloz gibi uzun süreli ilaç tedavisi gereken hastalıklarda tedavi

başarısızlığının yüksek olduğu ve hastalık sıklıklarının da diğer gruplardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Tarım tozları; bronşit, astım, üst solunum yolu mukozasında irritasyon (müköz membran irritasyonu) gibi durumlara neden olmakta ve sürekli öksürük şikayeti Üİ görülme riskini dolaylı olarak artırmaktadır (180, 192).

Tarımda, kimyasal ve ergonomik riskler, pestisit uygulanması ve maruziyeti önemli tehlikeler oluşturmaktadır. Bu nedenle MTİ kadınlarda menstrüel siklus sorunları, düşükler, ölü doğumlar ve gebeliğe bağlı sağlık sorunları tarım işçisi olmayan kadınlara oranla daha fazla görülmektedir (190). Pestisite maruziyet kadınlarda spontan düşüklere neden olabilmektedir. Ayrıca tarımda kullanılan kimyasallara bağlı adet düzensizliği, gelişme geriliği ve doğumsal anomaliler de bildirilmektedir (191).

Düşük sosyo-ekonomik durum ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim mevsimlik tarım işçilerinin mevcut sağlık sorunlarına katkıda bulunmaktadır (188). Yetersiz sanitasyon, genç yaşta evlenme ve beraberinde adölesan gebelikler, akraba evliliği hem annenin hem de bebeğin sağlık risklerini artırmakta hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra uzun süre ayakta kalma ve/veya sürekli eğilip kalkma, aşırı yorgunluk, dehidratasyon, kötü beslenme, prematür doğum, fetal malformasyon, infertilite, büyüme gelişme geriliği ve doğum sonu komplikasyon gelişme riski artmakta ve bu durum Üİ gelişimine dolaylı olarak katkıda bulunmaktadır (180, 192).

Üİ risk faktörleri açısından bakıldığında MTİ kadınların yüksek riskli bir grubu oluşturduğu görülmektedir. Bu kadınlarda tedavisi kolay ve başarılı olan Üİ prevelansının ve risk faktörlerinin belirlenmesi, bu sağlık sorununa yönelik sağlık politikaları oluşturabilmek açısından büyük önem arz etmektedir. Üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde tüm sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir (26, 28, 109-111).

## 2.10. Üriner İnkontinansda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İngiltere'de 1970 yılında ilk olarak Uzman Kontinans Danışman Hemşiresi (Specialist nurse continence advisor), daha sonra James P. Smith 1982 yılında kontinansın yönetilmesi gerektiğini kaleme almasıyla " Uzman Kontinans Hemşireleri " konusu gündeme gelmiştir. Bununla birlikte bu konuda en önemli gelişme Birleşik Krallık Ülkeleri'nde (İngiltere, İskoçya, Galler ile Kuzey İrlanda) gerçekleşmiş ve burada bulunan sağlık dallarının bir çoğu inkontinans hemşireliği görüşünü desteklemiştir. Bunun üzerine ilk çalışmalar üriner inkontinanslı hastalarda başlamış, inkontinans konusunda özelleşen hemşireler üriner inkontinanslı hastalara bakım vermiş, hastalığın semptomlarını yönetmiş ve başarılı olmuşlardır. Hemşireler için ilk inkontinans eğitimi ve kursları Birleşik Krallık Ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa ve Avustralya'da verilmekte olup, günümüzde Asya, Hong Kong, Singapur'da da eğitim vermeye başlanmıştır. Günümüzde hem halkın hem sağlık profesyonellerinin katılımının sağlanabildiği sanal ortamda eğitim programları bulunmakta ve yurt dışında yer alan kontinans merkezlerinde bu konuda eğitilmiş hemşirelerin %93'ü kontinans danışmanı olarak çalışmakta olup ekibin vazgeçilmez üyeleri arasında yer almaktadır. Ancak ülkemizde bu merkezlerin ve bu konuda eğitilmiş hemşire sayısının yeterli olmadığı düşünüldüğünde ülkemizde hemşirelerin bu konuda farkındalığı artırmak daha da önem kazanmaktadır (193, 194).

Günümüzde sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesiyle birlikte bedensel ve zihinsel sağlık beklentilerine ilişkin bilgilerde hızlı gelişmeler meydana gelmiştir. Bu gelişmeler ışığında beklentilere yanıt verebilmeleri, elde edilen bilimsel bilgileri uygulama alanına ve bakım hizmetlerine yansıtılabilmeleri, diğer meslekler gibi kendilerini ortaya koyabilmeleri için hemşirelikte araştırma yapmanın önemi büyüktür (195).

Üİ; kadınların fiziksel, sosyal, iş ve eğitim ortamlarını etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur. Bu durumun sağlıklı bir şekilde yönetilmesinde hemşirelik girişimleri büyük önem taşımaktadır. Bakımın kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmek, bakımı standardize etmek, hasta memnuniyetini artırmak ve bireyleri doğru yönlendirmek kanıt temelli yaklaşımlarla mümkündür. Bu nedenle sağlığın korunması ve

geliştirilmesinde sorumlulukları olan hemşirelerin, üriner inkontinansla ilgili konularda çalışma yapmaları, yapılan çalışma sonuçlarını değerlendirebilmeleri, klinikte ve sahada kullanabilmek için uygulamaya aktarabilmeleri beklenmektedir (33, 112, 196).

Üİ sorununda hemşirelik bakımının en önemli amacı rahatsızlığın getirdiği kısıtlamalara rağmen, kadının kontinansını sağlamak ve kadının günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olmaktır (197). Pelvik bozukluklara bağlı sorun yaşayan kadınların hemşirelik bakımlarında hemşire; anlayışlı, bilgili, destekleyici ve duyarlı tutumla kadınlara empatik yaklaşım jinekolojik sorunlarını tartışmalı ve rehberlik etmelidir (198). Ülkemizde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde kadın sağlığını koruma ve geliştirme anlamında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu görevlerin başında, bireylere sağlıklı ve konforlu bir yaşam talep etmeyi öğretme gelmelidir. Hemşirelerin, toplumdaki tüm kadınları inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri (doğum öyküsü, beslenme, ailesel öykü vb.) açısından değerlendirmesi, Üİ bulgularını ve risk faktörlerini, Üİ'tan korunmada gerekli konuların kadınlara öğretilmesi (egzersiz vb.) açısından danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol alması, kadın sağlığına yönelik yapılan çalışmalarda ve medyada üriner inkontinansın daha etkin biçimde ele alınması, böylelikle kadınların bilinçlendirilmesi gerekmektedir (33, 199, 200).

Hemşirelerin üriner inkontinansla ilgili olarak başlıca iki sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar; üriner inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol almaktır.

Üriner inkontinansın önlenmesinde primer, sekonder, tersiyer koruma ve önlem için alınacak tedbirler şunlardır.

Primer koruma; Üİ'nin gelişme nedenlerini önlemektir.

Sekonder koruma; Üİ'yi erken dönemde belirlemek ve nedenleri önleyerek inkontinansın ilerlemesini durdurmaktır.

Tersiyer koruma; Üİ'nin daha kötüye gitmesi, komplikasyonların oluşması, inkontinansın getirdiği kişisel sınırlamalardan korunmadır.

Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin diğer rolü jinekoloji polikliniğine başvuran tüm hastaları inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri (doğum öyküsü,

beslenme, ailesel öykü v.b.) açısından değerlendirmesi, Üİ bulguları ve risk faktörlerini bilmesi, Üİ'tan korunmada gerekli konuların hastalara öğretilmesi (egzersiz, v.b.) açısından danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol alması gerekmektedir. En önemli hemşirelik yaklaşımı olayın gelişmeden önlenmesi konusunda kadınların bilgilendirilmesidir.

-Dengeli beslenerek obeziteden ve kabızlıktan korunulmalıdır.

-Sigara kullanımından uzak durulmalıdır.

-Bol sıvı alımı ancak alkol, kafeinli içecekler tüketiminin sınırlandırılması sağlanmalıdır.

-Diabet ve kronikleşmiş akciğer hastalıklarından korunmanın inkontinansın korunma anlamında da yardımcı olacağı anlatılmalıdır

-Pelvik taban kaslarını güçlü tutmak için, Üİ olmaksızın kegel egzersizleri uygulanabilir. Hiç bir yan etkisi olamamakla birlikte kegel egzersizlerinin doğru biçimde uygulanması Üİ'tan korunmaya büyük katkı sağlamaktadır.

-Çok sayıda doğum yapmanın da Üİ etkeni olabileceği kadınlara anlatılmalı ve gerektiğinde aile planlaması yaparken bu durumu da göz önünde bulundurmaları konusunda bilgi verilmelidir (26, 201).

-Ayrıca hemşireler üriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesinde kullanılan etkili tedavi yöntemleri konularında da kadınlara eğitim vermek ve danışmanlık yapmak sorumluluğuna sahiptir. Verilecek eğitimde şu konuların yer alması gerekmektedir:

- Ağır cisimlerin kaldırılmaması, çekilerek taşınmasının öğretilmesi,
- Normal sınırlarda kilo alımının sağlanması,
- Konstipasyon sorunu yaşamalarının önlenmesi,
- Sigara kullanımının azaltılması/önlenmesi,
- Alkol, kafeinli içecekler gibi idrar yapımını artırıcı ve mesaneyi uyarıcı maddelerin kullanımının önlenmesi/azaltılması,



•Kadınlara gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra kegel egzersizinin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,

•Bebeğin doğumu sırasında perinede oluşabilecek travmaları önlemek için perineye masaj uygulanması,

•Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi yönetilmesi (197).

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü tarafından hazırlanan (United States Department of Health and Human Services) Klinik Uygulama Rehberi'nde üriner inkontinans tedavisinde genel kural olarak en az invaziv ve en tehlikesiz yöntem olan davranışsal tedavinin ilk tedavi seçeneği olması gerektiği önerilmiştir. Ancak klinik uygulamada davranışsal tedavilerin uygulanması tedavinin etkinliğinin görülebilmesi için daha uzun bir süreye ihtiyaç olduğu için tercih edilmemektedir. Dolayısıyla hastalara çoğunlukla ilaç tedavisi ya da cerrahi tedavisi uygulanmaktadır. Davranışsal tedavilerin hastalara uygulanabilmesi için klinik ortamda yeterli sayıda eğitilmiş hemşire bulunmamasından dolayı da bu tür tedavilerin kliniklerde etkin olamamaktadır (202). Ancak çalışmalar davranışsal tedavilerin hastalar üzerindeki olumlu etkilerinden bahsetmektedir. Tanı ve tedavi sürecinde 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 (202).

-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 konsantrasyonuna gelir. Konsantrasyon idrar da mesane iritandır ve detrusor kontraksiyonlarını aktive

eder. Bu nedenle sıvı alımını azaltmaması konusunda özellikle durulmalıdır (en az 1.5 lt sıvı alınması gerekmektedir).

-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 (26, 111).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma Şanlıurfa'da yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, kadınların tedavi alma durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih**

Araştırmanın verileri Şubat-Mart 2015 tarihinde toplanmış olup, araştırma Şubat - Temmuz 2015 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde yürütülmüştür.

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

Şanlıurfa İl Merkezi'nde muhtar bildirimlerine ve yapılan araştırmalara göre mevsimlik tarım işçilerinin en yoğun yaşadığı ilçe Eyyübiye ilçesidir. Bu ilçedeki 32 mahallede 112705 tarım işçisinin olduğu saptanmıştır. Bu mahallelerden 13 tanesinde (Hacı Bayram, Selçuklu, Osmanlı, Hayati Harrani, Muradiye, Onikiler, Sırrın, Yakubiye, Topdağı, Tepe, Türkmeydanı, Kamberiye, Kendirci) yaşayanların %50'sinden fazlasının (74980 kişi) mevsimlik tarım işçisi olduğu bildirilmektedir (105). Bu nedenle araştırma Şanlıurfa il merkezinde tarım işçilerinin yoğun yaşadığı Eyyübiye ilçesindeki 13 mahallede gerçekleştirilmiştir.

Bölgede yaşayan MTİ bireylerin çoğunluğunun ekonomik durumu kötü olup, geçimlerini hayvancılık veya mevsimlik tarım işçiliği yaparak sağlamaktadırlar. Eğitim durumlarına bakıldığında okur-yazar olma oranı düşüktür ve bölgede yaşayan bireylerin çoğunluğu Kürtçe ya da Arapça konuşmaktadır. Mevsimlik tarım işçilerinin bölgede sağlık hizmetleri Aile Hekimliği sistemi üzerinden yürütülmektedir, ancak nüfusa kayıtsızlıklarının yüksek olması nedeniyle Aile Sağlığı Merkezi hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadırlar (180).

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırma alanının seçiminde belirleyici olan unsurlar; Şanlıurfa ilinde tarımsal ağırlıklı bir ekonomik ve işgücü yapısının olması, kadınların tarımsal üretimde aktif yer alması ve bölgede mevsimlik tarım işçisi göçünün yoğun olmasıdır.

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il merkezinin Eyyübiye ilçesinde, 13 mahallede yaşayan 15-49 yaş arasındaki MTİ kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçiminde DSÖ'nün 30 küme örneklem tekniği (203) kullanılmış ve her kümede 10 kişiye, toplamda ise 300 kişiye ulaşılmıştır. Kümeler için başlangıç noktası olarak tüm kent merkezindeki sokaklardan basit rastgele yöntemle 30 sokak belirlenmiş, seçilen her sokakta başlangıç noktası olarak sokak başındaki ilk haneden başlanılmış ve 10 kişiyi tamamlayana kadar sağ taraftan devam edilerek küme tamamlanmıştır.

Örneklem sayısı araştırmanın yapılacağı mahallelerin nüfusuna göre tabakalandırılmıştır. Buna göre Hacı Bayram Mahallesi 10, Selçuklu Mahallesi 20, Osmanlı Mahallesi 20, Hayati Harrani Mahallesi 90, Muradiye Mahallesi 40, Onikiler Mahallesi 30, Sırrın Mahallesi 10, Yakubiye Mahallesi 20, Topdağı Mahallesi 20, Tepe Mahallesi 10, Türkmeydanı Mahallesi 10, Kamberiyeye Mahallesi 10, Kendirci Mahallesi 10 kişi; toplamda ise 300 MTİ kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Her mahallenin krokileri alınarak sokak numaraları belirlenip listelenmiş, basit rastgele yöntemle sokaklar seçilerek örneklem sayısına ulaşılmıştır.

Her evde, yalnız bir 15-49 yaşları arasında MTİ kadınla görüşülmüştür. Evde aynı yaş aralığında, anketi yanıtlayabilecek birden fazla kadın olduğunda, kişi seçme tablosu kullanılarak (kish yöntemi) bir kadınla görüşme yapılmıştır. Araştırma 300 kadın üzerinde tamamlanmış olup, cevaplama oranı %100.0'dür.

### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan (EK 2) yazılı, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır (EK 3).

### **3.6. Verilerin Toplanması ve Araçlar**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş (1, 5-10, 13, 31, 33, 41, 45, 47-53, 61-63, 75-80) ve son şekli verilmiş olan Veri Toplama Formu (Ek 1) kullanılarak veriler toplanmıştır.

Veri Toplama Formu (Ek 1): Bu form 42 sorudan oluşmaktadır. Bu formun ilk 11 sorusu kadınların tanımlayıcı özelliklerini, 13 soru (12-24. sorular) doğurganlık özelliklerini, 11 soru (25-35. sorular) üriner inkontinans riskini artıran faktörleri; 36., 37. ve 38. sorular üriner inkontinans tipini; 39., 40., 41. ve 42. sorular ise kadınların tedavi alma durumlarını, tedavi almış ise tipini, tedavi almamış ise nedenlerini ve kadınların üriner inkontinans sorununa yönelik yaptıkları bireysel uygulamalara ilişkin özellikleri sorgulayan sorulardır.

#### **3.6.1. Ön Uygulama**

Veri Toplama Formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi amacıyla 15.01.2015 - 01.02.2015 tarihleri arasında Şanlıurfa İli Sırrın Mahallesiinde 10 ve Onikiler Mahallesiinde 20 kişi, toplamda 30 MTİ kadın ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilerek 40 sorudan oluşan Veri Toplama Formu 42 soruya çıkarılmıştır.

### 3.6.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşaması Şubat - Mart 2015 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Veri Toplama Formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Araştırmacı haftada 3 gün 09:00 - 17:00 saatleri arasında her bir mahalle tamamlanana kadar sırasıyla Hacı Bayram, Selçuklu, Osmanlı, Hayati Harrani, Muradiye, Onikiler, Sırrın, Yakubiye, Topdağı, Tepe, Türkmeydanı, Kamberiye, Kendirci Mahalleleri'nde bulunmuştur. Çalışmanın amacı kadınlara açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından kadınların kilo ve boy ölçümleri yapılmıştır. Günde 15-20 arası MTİ kadın ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 15 - 25 dakika sürmüştür.

### 3.7. Tanımlar

Ekonomik durum, mevsimlik tarım işçiliği çalışma süresi kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

**Beden Kitle İndeksi:** Vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirme yapılmıştır.

**Kronik bir hastalık varlığı;** kadının son bir yıl içerisinde doktor tarafından tanı konulan bir hastalığının olması, **sürekli ilaç kullanma durumu;** her hangi bir hastalığa bağlı doktor tarafından reçeteli ilaç kullanımı, **son bir yıl içinde idrar yolu iltihabı geçirme durumu;** son bir yıl içerisinde doktor tarafından idrar yolu enfeksiyonu tanısı konulmuş olması durumuna göre değerlendirme yapılmıştır.

**Uterus prolapsusu;** kadının ayakta durduğu zaman organlarında aşağı doğru sarkma hissi, büyük abdestini yaparken eline çıkıntı gelmesi gibi şikayetlerinin olması. **Sistosel;** kadının ayakta durduğu zaman organlarında aşağı doğru sarkma hissi, idrar yaparken zorlanma, sık sık idrara çıkma gibi şikayetlerinin olması. **Hemoroid;** kadının büyük tuvaletini yaparken eline bir çıkıntı gelmesi, kan gelmesi ya da makat bölgesinde ağrının olması gibi basur şikayetinin olması. **Pelvik organ prolapsus operasyonu;** idrar torbası, rahim ya da diğer iç organların alt bölgeden dışarıya sarkmasından dolayı ameliyat olması durumudur. **Histerektomi;** kadın hastalığı nedeniyle rahimin alınması ile ilgili ameliyat olması durumudur.

**Stres tipi üriner inkontinans;** öksürürken, hapşırırken, gülerken ve ağır kaldırıldığında idrar kaçırma sorununun olma durumudur. **Sıkışma tipi üriner inkontinans;** tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra tuvalete gidene kadar idrar kaçırma sorununun olması durumudur. **Mikst tipi üriner inkontinans;** öksürürken, hapşırırken, gülerken ve ağır kaldırıldığında idrar kaçırma sorunu ile tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra tuvalete gidene kadar idrar kaçırma sorununun birlikte görülmesi durumudur.

**İdrar kaçırma sorununa yönelik yapılan uygulamalar;** idrar kaçırma sorununa yönelik kadının sağlık profesyoneli önerisi dışında, bireysel olarak yaptığı uygulamalardır.

### 3.8. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişken;** Üriner inkontinans durumudur.

**Bağımsız değişkenler;** Mevsimlik tarım işçisi kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, evde konuşulan dil, boy, kilo, ekonomik durum, mevsimlik tarım işçiliği çalışma süresi, en son tarlaya çalışmaya gidilen süre, tarım işçiliği yaparken konaklanılan yer, tarlada günlük çalışma süresi), doğurganlık özellikleri (gebelik sayısı, düşük, kürtaj olma durumu, doğum şekli (normal/sezeryan) ve sayısı, doğumların



nerede gerçekleştiği, ilk ve son doğum yapma yaşı, zor doğum öyküsü, iri bebek doğurma durumu, epizyotomi onarımı, her ay adet görme durumu, menopoz durumu), kronik hastalık durumu, sürekli kullanılan ilaç, sigara içme durumu, sürekli ksrk Şikayeti, kabızlık durumu, rahim sarkması, sistosel, hemoroid Şikayeti, abdominal prolapsus, histerektomi Şikayeti, riner inkontinansa yönelik yapılan uygulamalar (ped/bez kullanma durumu, sağlık kuruluşuna başvurma durumu, başvurulan sağlık kuruluşu, alınan tedavi çeşidi, bireysel uygulama yapma durumu) ve tedavi alma durumlarıdır.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değerkenli analizlerden Ki-kare ve Man Whithney-U testi kullanılmıştır. Bağımsız değerkenlerin üriner inkontinans üzerine birlikte etkisi çok değerkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle ile yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

### 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler araştırmaya katılan kadınların beyanlarına göre toplanmıştır. Araştırma kapsamında kilo ve boy ölçümü dışında herhangi bir ölçüm yapılmamıştır. Araştırmaya gebe kadınlar dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan Türkçe bilmeyenlerle tercüman yardımıyla görüşülmüştür.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınları Tanıtıcı Özellikler

#### 4.1.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınları Tanıtıcı Bazı Özellikler

Mevsimlik tarım işçisi (MTİ) kadınları tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1-1 ve Tablo 4.1.1-2'de verilmiştir. Tablo 4.1.1-1'e göre; kadınların %73.3'ü evli olup, %53.0'ü okur-yazar değildir. Evde en çok konuştukları dil Kürtçe'dir (%53.3). Kadınların %45.3'ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirirken, %49.0'u kötü olarak değerlendirmiştir. Ayrıca %82.7'si tarlada çalışırken çadır, baraka gibi yerleşim yerinde konakladıklarını ifade etmişlerdir. Tablo 4.1.1-2'ye göre ise; kadınların yaş ortalaması 29.2 ( $\pm 9.7$ ), beden kitle indeksi (BKİ) 25.0 ( $\pm 5.3$  kg/m<sup>2</sup>) bulunmuştur. Kadınların mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi 15.3 ( $\pm 9.7$ ) yıl, en son tarlaya çalışmaya gittikleri süre 3.0 ( $\pm 4.1$ ) yıl, tarlada günlük çalışma süresi 12.1 ( $\pm 2.1$ ) saat olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.1** Kadınları Tanıtıcı Özellikler-1

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Medeni durum</b>		
Evli	220	73.3
Bekar	80	26.7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	159	53.0
Okur-yazar	47	15.7
İlköğretim	84	28.0
Ortaöğretim	10	3.3
<b>Evde en çok konuşulan dil</b>		
Türkçe	96	32.0
Kürtçe	160	53.3
Arapça	44	14.7
<b>Ekonomik durum</b>		
İyi	17	5.7
Orta	136	45.3
Kötü	147	49.0
<b>Tarlada çalışırken konaklanan yer</b>		
Sürekli yaşanan yer	52	17.3
Çadır, baraka gibi yerleşim yeri	248	82.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 4.1.1** Kadınları Tanıtıcı Özellikler-2

Tanıtıcı özellikler	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Max)
Yaş	29.2 ±9.7	27 (15-49)
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	25.0 ±5.3	24.6 (12.86-40.40)
Mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi (yıl)	15.3 ±9.7	15 (1-43)
En son tarlaya çalışmaya gidilen süre (yıl)	3.0 ±4.1	1 (1-25)
Tarlada günlük çalışma süresi (saat)	12.1 ±2.1	12 (4-20)

#### 4.1.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özellikleri

MTİ kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2-1 ve Tablo 4.1.2-2'de verilmiştir. Tablo 4.1.2-1'e göre kadınların %35.3'ünde düşük, %23.7'sinde kürtaj, %33.0'ünde zor doğum eylemi, %19.3'ünde iri bebek doğumu, %35.7'sinde doğumda epizyotomi uygulaması, %7.3'ünün menopoza girdiği belirlenmiştir. Kadınların %83.3'ü düzenli adet gördüğünü ifade etmiştir. Kadınlara düzenli adet görmeme nedeni sorulduğunda %44.0'ü menopoza girdiğini, %56.0'sı hormonal bozukluk nedeniyle düzenli adet görmediğini ifade etmiştir. Tablo 4.1.2-2'ye göre kadınların ortalama gebelik sayısı 5.3 ( $\pm 3.2$ ), düşük sayısı 1.6 ( $\pm 1.0$ ), kürtaj sayısı 1.5 ( $\pm 0.8$ ), normal doğum sayısı 4.4 ( $\pm 1.0$ ), sezaryen doğum sayısı 1.8 ( $\pm 1.0$ ), tarlada doğum sayısı 3.1 ( $\pm 2.7$ ), evde doğum sayısı 4.0 ( $\pm 2.6$ ), hastanede doğum sayısı 2.8 ( $\pm 1.7$ ) olarak belirlenmiştir. Kadınların ortalama ilk doğum yaşı 20.7 ( $\pm 3.6$ ), son doğum yaşı 29.0 ( $\pm 6.5$ ), menopoz sonrası ortalama adet görmeme süresi 3.2 ( $\pm 1.9$ ) yıldır.

**Tablo 4.1.2 Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı-1**

<b>Doğurganlık özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Düşük</b>		
Var	106	35.3
Yok	194	64.7
<b>Kürtaj</b>		
Var	71	23.7
Yok	229	76.3
<b>Zor doğum eylemi</b>		
Var	99	33.0
Yok	201	67.0
<b>İri bebek doğumu</b>		
Var	58	19.3
Yok	242	80.7
<b>Epizyotomi</b>		
Var	107	35.7
Yok	193	64.3
<b>Düzenli adet görme durumu*</b>		
Evet	250	83.3
Hayır	50	16.7
<b>Menopoza girme durumu</b>		
Evet	22	7.3
Hayır	278	92.7
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*Düzenli adet görmeyen 50 kişiden 28'i hormonal bozukluk nedeniyle, 22'si menopoza girdiği için düzenli adet görmediğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.1.2** Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı-2

Doğurganlık özellikleri	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Max)
Gebelik sayısı	5.3 ±3.2	5 (1-14)
Düşük sayısı	1.6 ±1.0	1 (1-8)
Kürtaj sayısı	1.5 ±0.8	1 (1-4)
Normal doğum sayısı	4.4 ±2.6	4 (1-12)
Sezaryen doğum sayısı	1.8 ±1.0	1 (1-5)
Tarlada doğum sayısı	3.1 ±2.7	2 (1-10)
Evde doğum sayısı	4.0 ±2.6	3 (1-11)
Hastanede doğum sayısı	2.8 ±1.7	2 (1-10)
İlk doğum yaşı	20.7 ±3.6	20 (13-36)
Son doğum yaşı	29.0 ±6.5	29 (18-48)
Menopoz sonrası adet görmeme süresi (yıl)	3.2 ±1.9	3 (1-8)

### **4.1.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörler**

MTİ kadınlarda üriner inkontinans riskini artıran faktörlerin dağılımı Tablo 4.1.3-1 ve Tablo 4.1.3-2'de verilmiştir. Tablo 4.1.3-1'e göre kadınların %49.3'ü kronik hastalığı olduğunu, %33.3'ü sürekli ilaç kullandığını, %13.7'si sigara içme alışkanlığının olduğunu, %32.0'si sürekli öksürük şikayeti, %37.3'ü konstipasyonu (kabızlık) olduğunu, %63.7'si son bir yıl içinde üriner enfeksiyon (İYE) geçirdiğini ifade etmiştir. Kadınların %15.3'ü uterus prolapsusu, %44.0'ü sistosel, %24.0'ü hemoroid şikayetinin olduğunu, %4.3'ü pelvik organ prolapsus operasyonu, %1.7'si histerektomi operasyonu geçirdiğini ifade etmiştir. Tablo 4.1.3-2'ye göre kadınlar ortalama günde 7.6 (±5.8) adet sigara içtiklerini, son bir yıl içinde ortalama 2.9 (±1.7) kez üriner enfeksiyon geçirdiklerini ifade etmişlerd

**Tablo 4.1.3** Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Dağılımı-1

<b>Risk faktörleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	148	49.3
Yok	152	50.7
<b>İlaç kullanma</b>		
Var	100	33.3
Yok	200	66.7
<b>Sigara içme</b>		
Var	41	13.7
Yok	259	86.3
<b>Sürekli öksürük</b>		
Var	96	32.0
Yok	204	68.0
<b>Konstipasyon</b>		
Var	112	37.3
Yok	188	62.7
<b>Son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme (İYE)</b>		
Evet	191	63.7
Hayır	109	36.3
<b>Uterus prolapsusu</b>		
Var	46	15.3
Yok	254	84.7
<b>Sistosel</b>		
Var	132	44.0
Yok	168	56.0
<b>Hemoroid</b>		
Var	72	24.0
Yok	228	76.0
<b>Pelvik organ prolapsus operasyonu</b>		
Var	13	4.3
Yok	287	95.7
<b>Histektomi</b>		
Var	5	1.7
Yok	295	98.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>



**Tablo 4.1.3** Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Dağılımı-2

<b>Risk faktörleri</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortanca (Min-Max)</b>
Günlük sigara içme miktarı	7.6 ±5.8	6 (1-20)
Son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme sayısı	2.9 ±1.7	3 (1-10)

#### **4.1.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Tipine İlişkin Özellikler**

MTİ kadınlarda üriner inkontinans ve tipine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.4'de verilmiştir. Tablo 4.1.4'e göre kadınların %56.0'sında üriner inkontinans saptanmıştır. Kadınların % 21.7'inde stres, % 7.0'sinde sıkışma, %27.3'ünde mikst tipi üriner inkontinans olduğu, %44.0'ünde ise üriner inkontinans olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.4** Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Tipine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Üriner inkontinans ve tipi	Sayı	%
İnkontinans yok	132	44.0
Stres	65	21.7
Sıkışma	21	7.0
Mikst	82	27.3
<b>Toplam</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

## 4.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Faktörler

### 4.2.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınları Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı

MTİ kadınların tanıtıcı özelliklerinin üriner inkontinans görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.2.1-1 ve Tablo 4.2.1-2'de verilmiştir. Tablo 4.2.1-1'e göre; evli kadınlarda (%64.1), eğitim durumu okur-yazar olmayanlarda (%59.7), evde en çok Kürtçe konuşanlarda (%56.9), ekonomik durumu kötü düzeyde olanlarda (%61.2), tarım işçiliği yaparken çadır, baraka gibi yerleşim yerinde konaklayanlarda (%56.9) daha fazla üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede üriner inkontinans ile medeni durum, eğitim durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunurken, evde en çok konuşulan dil, ekonomik durum ve tarım işçiliği yaparken konaklanan yer açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Tablo 4.2.1-2'e göre ise tek değişkenli analizlerde, MTİ kadınlarda üriner inkontinans ile; yaş, BKİ ve mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0.05$ ), en son tarlaya çalışmaya gidilen süre ve tarlada günlük çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p > 0.05$ ) belirlenmiştir

**Tablo 4.2.1** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

Tanıtıcı özellikler	Var		Yok		İstatistiksel Analiz	
	Sayı	%	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Medeni durum*</b>						
Evli	141	64.1	79	35.9	21.9	<0.001
Bekar	27	33.8	53	66.2		
<b>Eğitim durumu</b>						
Okur-yazar değil	95	59.7	64	40.3	9.7	0.021
Okur-yazar	32	68.1	15	31.9		
İlköğretim	36	42.9	48	57.1		
Ortaöğretim	5	50.0	5	50.0		
<b>Evde en çok konuşulan dil</b>						
Türkçe	54	56.2	42	43.8	0.3	0.86
Kürtçe	91	56.9	69	43.1		
Arapça	23	52.3	21	47.7		
<b>Ekonomik durum</b>						
İyi	8	47.1	9	52.9	3.3	0.19
Orta	70	51.5	66	48.5		
Kötü	90	61.2	57	38.8		
<b>Tarım işçiliği yaparken konaklanılan yer</b>						
Sürekli yaşanılan yer	27	51.9	25	48.1	0.2	0.61
Çadır, baraka gibi yerleşim yeri	141	56.9	107	43.1		

\* p<0.001 olarak belirtilenlerin istatistiksel analizinde p=0.000 bulunmuştur.

**Tablo 4.2.1** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2

Tanıtıcı özellikler	Üriner İnkontinans		M-W U	P
	Var	Yok		
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Yaş	28.0 (15 - 49)	25.0 (15 - 49)	8939.0	<b>0.004</b>
BKİ	25.5 (12.86 - 40.4)	23.4 (15.89 - 38.81)	8921.0	<b>0.004</b>
Mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi	15.5 (1.0 - 43.0)	11.5 (1.0 - 39.0)	9208.5	<b>0.012</b>
En son tarlaya çalışmaya gidilen süre	1.0 (1.0 - 25.0)	1.0 (1.0 - 24.0)	10443.0	0.33
Tarlada günlük çalışma süresi	12.0 (6.0 - 20.0)	12.0 (4.0 - 18.0)	10830.5	0.72

#### 4.2.2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı

MTİ kadınların doğurganlık özelliklerinin üriner inkontinans görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.2.2-1 ve Tablo 4.2.2-2'de verilmiştir. Tablo 4.2.2-1 incelendiğinde; düşük yapanlarda (%70.8), kürtaj olanlarda (%64.8), zor doğum eylemi öyküsü olanlarda (%71.7), iri bebek doğuranlarda (%69.0), doğumda epizyotomi açılanlarda (62.6), düzenli adet görmeyenlerde (%78.0) ve menopoza girenlerde (%86.4) daha fazla üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede üriner inkontinans ile düşük yapma, zor doğum eylemi öyküsü olma, iri bebek doğurma, düzenli adet görme, menopoza girme durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), kürtaj olma ve doğumda epizyotomi açılma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p > 0.05$ ). Tablo 4.2.2-2 incelendiğinde tek değişkenli analizlerde, MTİ kadınlarda üriner inkontinans ile; gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, normal doğum sayısı, sezaryen doğum sayısı, tarlada doğum sayısı, evde doğum

sayısı, hastanede doğum sayısı, ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, menopoz sonrası adet görmeme süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.2.2** Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

Doğurganlık özellikleri	Üriner İnkontinans				X <sup>2</sup>	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Düşük*</b>						
Var	75	70.8	31	29.2	14.4	<b>&lt;0.001</b>
Yok	93	47.9	101	52.1		
<b>Kürtaj</b>						
Var	46	64.8	25	35.2	2.9	0.08
Yok	122	53.3	107	46.7		
<b>Zor doğum eylemi*</b>						
Var	71	71.7	28	28.3	14.8	<b>&lt;0.001</b>
Yok	97	48.3	104	51.7		
<b>İri bebek doğumu</b>						
Var	40	69.0	18	31.0	4.9	<b>0.027</b>
Yok	128	52.9	114	47.1		
<b>Epizyotomi</b>						
Var	67	62.6	40	37.4	2.9	0.08
Yok	101	52.3	92	47.7		
<b>Düzenli adet görme durumu</b>						
Evet	129	51.6	121	48.4	10.7	<b>0.001</b>
Hayır	39	78.0	11	22.0		
<b>Menopoza girme durumu</b>						
Evet	19	86.4	3	13.6	7.6	<b>0.006</b>
Hayır	149	53.6	129	46.4		

\*  $p<0.001$  olarak belirtilenlerin istatistiksel analizinde  $p=0.000$  bulunmuştur.

**Tablo 4.2.2** Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2

Doğurganlık özellikleri	Üriner İnkontinans		M-W U	P
	Var	Yok		
	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)		
Gebelik sayısı	5.0 (1 - 14)	5.0 (1 - 14)	5246.0	0.57
Düşük sayısı	1.0 (1 - 8)	1.0 (1 - 4)	1146.5	0.90
Kürtaj sayısı	1.0 (1 - 4)	1.0 (1 - 4)	545.5	0.67
Normal doğum sayısı	4.0 (1 - 11)	3.0 (1 - 12)	3374.5	0.32
Sezaryen doğum sayısı	1.0 (1 - 4)	2.0 (1 - 5)	486.5	0.55
Tarlada doğum sayısı	2.0 (1 - 10)	3.0 (1 - 6)	39.5	0.96
Evde doğum sayısı	4.0 (1 - 11)	3.0 (1 - 8)	785.5	0.56
Hastanede doğum sayısı	2.0 (1 - 10)	3.0 (1 - 10)	3631.5	0.22
İlk doğum yaşı	20.0 (15 - 36)	20.0 (13 - 31)	4679.0	0.44
Son doğum yaşı	29.0 (18 - 48)	28.5 (18.0 - 44.0)	4829.0	0.69
Menopoz sonrası adet görmeme süresi	3.0 (1 - 8)	3.0 (1 - 5)	27.0	0.88

### **4.2.3. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı**

MTİ kadınlarda üriner inkontinans riskini artıran faktörlerin üriner inkontinans görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.2.3-1 ve Tablo 4.2.3-2'de verilmiştir. Tablo 4.2.3-1 incelendiğinde; kronik hastalığı olanlarda (%62.8), sürekli ilaç kullananlarda (%62.0), sigara içeme alışkanlığı (%65.9), sürekli öksürük şikayeti (%83.3), konstipasyon (%71.4), son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirenlerde (%65.4), uterus prolapsus (%71.7), sistosel (%74.2) ve hemoroid (%69.4) sorunu olanlarda, pelvik organ prolapsus operasyonu (%61.5) ve histerektomi operasyonu olanlarda (%80.0) daha fazla üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede üriner inkontinans ile kronik hastalığa sahip olma, sürekli öksürük şikayeti olma durumu, konstipasyon, üriner enfeksiyon, uterus prolapsusu, sistosel, hemoroid şikayeti olma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunurken, sürekli ilaç kullanma, sigara içme, abdominal prolapsus operasyonu olma durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur. Tablo 4.2.3-2 incelendiğinde ise tek değişkenli analizlerde, MTİ kadınlarda üriner inkontinans ile; günlük sigara içme miktarı, son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme sayısı arasında anlamsız bir ilişki olduğu ( $p > 0.05$ ) belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.3** Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

Risk faktörleri	Üriner İnkontinans				X <sup>2</sup>	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kronik hastalık</b>						
Var	93	62.8	55	37.2	5.5	<b>0.019</b>
Yok	75	49.3	77	50.7		
<b>İlaç kullanma</b>						
Var	62	62.0	38	38.0	2.1	0.13
Yok	106	53.0	94	47.0		
<b>Sigara içme</b>						
Var	27	65.9	14	34.1	1.4	0.23
Yok	141	54.4	118	45.6		
<b>Sürekli öksürük*</b>						
Var	80	83.3	16	16.7	42.8	<b>&lt;0.001</b>
Yok	88	43.1	116	56.9		
<b>Konstipasyon*</b>						
Var	80	71.4	32	28.6	17.2	<b>&lt;0.001</b>
Yok	88	46.8	100	53.2		
<b>Son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme*</b>	125	65.4	66	34.6	19.0	<b>&lt;0.001</b>
Var	43	39.4	66	60.6		
Yok						
<b>Uterus prolapsusu</b>						
Var	33	71.7	13	28.3	4.7	<b>0.030</b>
Yok	135	53.1	119	46.9		
<b>Sistosel*</b>						
Var	98	74.2	34	25.8	31.8	<b>&lt;0.001</b>
Yok	70	41.7	98	58.3		
<b>Hemoroid</b>						
Var	50	69.4	22	30.6	6.9	<b>0.008</b>
Yok	118	51.8	110	48.2		
<b>Pelvik organ prolapsus operasyonu</b>						
Var	8	61.5	5	38.5	0.01	0.90
Yok	160	55.7	127	44.3		

\* **p<0.001** olarak belirtilenlerin istatistiksel analizinde p=0.000 bulunmuştur.

\*\* Fisher's Exact Test yapılmıştır.



**Tablo 4.2.3 devamı** Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

Risk faktörleri	Üriner İnkontinans				X <sup>2</sup>	P
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Histerektomi operasyonu</b>						
Var	4	80.0	1	20.0	**	0.38
Yok	164	55.6	131	44.4		

\* **p<0.001** olarak belirtilenlerin istatistiksel analizinde p=0.000 bulunmuştur.

\*\* Fisher's Exact Test yapılmıştır.

**Tablo 4.2.3** Kadınlarda Üriner İnkontinans Riskini Artıran Faktörlerin Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2

Risk faktörleri	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		M-W U	P
	Ortanca (Min-Mak)		Ortanca (Min-Mak)			
Günlük sigara içme miktarı	5.0 (1.0 - 20.0)		6.5 (2.0 - 20)			
Son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme sayısı	3.0 (1 - 10)		2.0 (1 - 6)		3788.0	0.34

#### 4.2.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratan medeni durum (kategorik), eğitim durumu (kategorik), yaş (sürekli), BKİ (sürekli), mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi (sürekli), düşük (kategorik), zor doğum eylemi (kategorik), iri bebek doğumu (kategorik), düzenli adet görme durumu (kategorik), menopoza girme durumu

(kategorik), kronik hastalık (kategorik), sürekli öksürük (kategorik), konstipasyon (kategorik), son bir yıl içinde üriner enfeksiyon geçirme (kategorik), uterus prolapsusu (kategorik), sistosel (kategorik), hemoroid (kategorik) değişkenleriyle lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle oluşturulmuştur. Bağımsız değişkenlerin üriner inkontinans üzerine birlikte etkisi çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle yapılmıştır. MTİ kadınlarda üriner inkontinansla ilişkili risk faktörlerinin lojistik regresyon modeli Tablo 4.2.4'de verilmiştir. Tablo 4.2.4 incelendiğinde MTİ kadınlarda üriner inkontinans riskini evli olmak 3.5 kat, öksürük şikayeti 6.7 kat, sistosel 2.9 kat artırmaktadır.

**Tablo 4.2.4** Kadınlarda Üriner İnkontinans ile İlişkili Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Modeli

<b>Risk Faktörleri*</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>%95 CI</b>
Medeni durum (evli olma)	1.263	0.000	3.537	1.880
Öksürük şikayeti (var)	1.904	0.000	6.714	3.482
Sistosel (var)	1.072	0.000	2.921	1.696
<b>Sabit</b>	<b>-1.651</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.192</b>	

\* Lojistik regresyon modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle yapılmıştır.

### **4.3. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamaları ve Tedavi Alma Durumları**

#### **4.3.1. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamaları**

Üriner inkontinansı olan mevsimlik tarım işçisi kadınların üriner inkontinansa yönelik uygulamaların dağılımı Tablo 4.3.1'de verilmiştir. Tablo 4.3.1'e göre kadınların %26.2'sinin üriner inkontinans şikayeti nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, üriner inkontinans şikayeti nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran MTİ kadınların %68.2'sinin en fazla kamu hastanesine başvurduğu, %38.7'sinin üriner inkontinans sorununa yönelik ped/bez kullandığı, %47.0'sinin üriner inkontinans sorununa yönelik tıbbi yöntem dışında bireysel uygulama yaptığı, üriner inkontinans sorununa yönelik bireysel uygulama yapan MTİ kadınların %82.2'sinin sık sık iç çamaşırını değiştirdiği ve pamuklu iç çamaşırını kullandığı, %6.3'ünün ağır kaldırmamaya dikkat ettiği, %5.1'inin sıcak uygulama yaptığı, %3.8'inin tuz ve sıvı gıdalar az tükettiği, %1.3'ünün aktardan aldığı ilaçları kullandığı, %1.3'ünün tuvalet ihtiyacı geldiğinde hemen tuvalete gittiği ve uzun süre idrarını tutmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.1** Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamalarının Dağılımı

Uygulamalar	Sayı	%
<b>Sağlık kuruluşuna başvurma</b>		
Evet	44	26.2
Hayır	124	73.8
<b>Başvurulan sağlık kuruluşu*</b>		
Kamu hastanesi	30	68.2
Özel hastane	8	18.2
Özel muayenehane	5	11.4
Sağlık ocağı-Aile hekimi	1	2.3
<b>Ped/bez kullanma</b>		
Evet	65	38.7
Hayır	103	61.3
<b>Bireysel uygulama yapma</b>		
Evet	79	47.0
Hayır	89	53.0
<b>Bireysel uygulamalar**</b>		
Sık sık iç çamaşırı değiştirme ve pamuklu iç çamaşırı kullanma	65	82.2
Ağır kaldırmamaya dikkat etme	5	6.3
Sıcak uygulama yapma	4	5.1
Tuz ve sıvı gıdalar az tüketme	3	3.8
Aktardan aldığı ilaçları kullanma	1	1.3
Tuvalet gereksinimini ertelememe	1	1.3
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>

\*Başvurulan sağlık kuruluşunu cevaplayan sayısı 44'dür.

\*\*Yapılan bireysel uygulamaları cevaplayan sayısı 79'dür.

### 4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tedavi Alma Durumları

Üriner inkontinansı olan mevsimlik tarım işçisi kadınların tedavi alma durumlarının dağılımı Tablo 4.3.2'de verilmiştir. Tabloya göre MTİ kadınların %21.4'ü üriner inkontinans sorununa yönelik tedavi aldığını ifade etmiştir. Üriner inkontinans sorununa yönelik tedavi alan MTİ kadınların tamamı sadece ilaç tedavisi almıştır. Üriner inkontinans sorununa yönelik tedavi almayan MTİ kadınların %50.0'si üriner inkontinans sorununu normal bir durum olarak karşıladığı için, %28.8'i utanma, korku, sağlık personeline güvenmeme nedeniyle, %11.4'ü ekonomik durum ve sağlık güvencesinin olmaması nedeniyle, %9.1'i fırsat bulamama ve %0.7'si eşinin olumsuz yaklaşımı nedeniyle tedavi alamadığını ifade etmiştir.

**Tablo 4.3.2** Kadınların Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı

<b>Tedavi alma durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet*	36	21.4
Hayır	132	78.6
<b>Tedavi almama nedenleri</b>		
Normal bir durum olarak karşılama	66	50.0
Utanma, korku, sağlık personeline güvenmeme	38	28.8
Ekonomik durum ve sağlık güvencesinin olmaması	15	11.4
Fırsat bulamama	12	9.1
Eşin olumsuz yaklaşımı	1	0.7
<b>Toplam</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>

\* Tedavi alanların tamamı (%100) ilaç tedavisi almıştır.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilen mevsimlik tarım işçisi kadınların; çoğu evli, yarısından fazlası temel eğitimini tamamlamamış, üçte ikisi evinde Kürtçe ya da Arapça konuşan, yaklaşık yarısı ekonomik durumu kötü olan bir gruptur (Tablo 4.1.1-1). Benzer şekilde Şanlıurfa'da MTİ kadınlarla yapılan bir araştırmada yaklaşık her dört kadından üçünün hiç okula gitmediği, her üç kadından birinin okur-yazar olmadığı belirtilmektedir (204). Yine aynı çalışmada kadınların yaklaşık yarısının ekonomik durumunun kötü olduğu belirtilmektedir (204). Dünya genelinde de mevsimlik tarım işçilerinin yaklaşık %60'ının yoksulluk sınırının altında yaşadığı ILO tarafından rapor edilmektedir (205).

Araştırmaya katılan MTİ kadınlarda doğurganlık düzeyleri ve doğurganlığa bağlı gelişen sağlık sorunları da yüksektir (Tablo 4.1.2-1). Nitekim ilk doğum 13 yaşa kadar düşmekte, son doğum 48 yaşa kadar uzamaktadır (Tablo 4.1.2-2). Ayrıca kötü obstetrik öyküye sahip olanlar ile evde doğum yapanlar yüksek düzeydedir (Tablo 4.1.2-1, Tablo 4.1.2-2). Benzer şekilde Şanlıurfa'da yapılan başka bir araştırmada çocuk sayısı ve gebelik sayısı ortancaları MTİ'nde sırası ile 3 ve 4.5 iken MTİ olmayanlarda sırası ile 2 ve 3 olarak belirtilmektedir (206). Yine TNSA 2013 raporuna göre Türkiye genelinde yaklaşık beş kadından birinin (%23) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı ve yapılan ortalama düşük sayısının 0.33 olduğu belirtilmektedir (207). Bu çalışmada ise MTİ her üç kadından birinin düşük yaptığı (Tablo 4.1.2-1) ve ortalama düşük sayısının 1.6 olduğu (Tablo 4.1.2-2) belirlenmiştir. Bu sonuçlar, kadınların düşük sosyo-ekonomik düzeyleri, olumsuz yaşam ve çalışma koşullarının muhtemelen doğurganlıklarını da olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Tarım işçisi kadınlar tarlalarda zor yaşam ve çalışma koşulları ile yüz yüze gelmektedirler. Çalışmada kadınlar günde ortalama 12 saat çalışıp (Tablo 4.1.1-2),

konaklamalarını çadır, baraka gibi kötü ve yetersiz koşullarda yapmakta (Tablo 4.1.1-1) ve bu koşullar tarım işçiliği yaptıkları uzun yıllar boyunca devam etmektedir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada tarlada her beş aileden dördünün tek göz çadırda yaşadığı, %52.7'sinin yaşadıkları çadırı banyo olarak da kullandığı, %48.4'ünün elektriğinin bulunmadığı, sağlıklı içme ve kullanma suyuna erişimlerinin düşük olduğu (%32.9) belirtilmektedir (180). Çalışmada kadınların son bir yıl içinde ortalama 2.9 kez üriner enfeksiyon geçirdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.1.3-2). Muhtemelen kötü hijyen koşulları üriner enfeksiyon gelişmesinde etkili olmaktadır. Kutlu ve Koruk (208) 'un Şanlıurfa'da yaptıkları bir çalışmada, göçebe mevsimlik tarım işçilerinde temel yaşam konforu eksiklikleri ve zorlu çalışma koşulları sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yine aynı çalışmada fiziksel, psikolojik ve ulusal sorulu çevre yaşam kalitesi puanlarının tarım işçisi olmayanlardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (208).

Çalışmada sağlık hizmetine erişim sorunlarından dolayı mevsimlik tarım işçisi kadınlar ortalama 3 çocuğunu tarlada, ortalama 4 çocuğunu ise evde doğurmak zorunda kaldığını bildirmiştir (Tablo 4.1.2). TNSA 2013'e göre ülke genelinde sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı %97 iken (207), MTİ kadınlarla yapılan başka bir çalışmada yaklaşık her dört kadından biri, son doğumlarını sağlık kuruluşu dışında (evde/tarlada) ve sağlık personelinin yardımı olmadan gerçekleştirdiği belirtilmektedir (204). Bu sonuçları destekler şekilde Koruk ve Hamidanoğlu da Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirdikleri bir araştırmada mevsimlik tarım işçiliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği 2 kat olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (209).

Çalışmada MTİ kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %56.0 düzeyinde oldukça yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.4). Dünyada Üİ prevalansının %15-%52 arasında değiştiği ve 200 milyondan fazla insanın Üİ sorunu yaşadığı belirtilmektedir (8-11, 147, 210). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da Üİ prevalansının çok farklılık gösterdiği ve Üİ prevalansının %20.5-68.8 gibi geniş bir aralıkta olduğu görülmektedir (4, 12-28). Prevalansın bu kadar farklı olmasının nedeni Üİ tanı kriterlerinin farklı kullanılması, araştırmaların yaşı, cinsiyeti farklı olan gruplarda yapılması, araştırma yöntemi gibi pek çok faktörden kaynaklanmaktadır (102).

Çalışmada üriner inkontinansı olan kadınlarda en çok mikst tip inkontinans (%27.3) gözlenirken, bunu stres (%21.7) ve sıkışma tip inkontinans (%7.0) izlemektedir (Tablo 4.1.4).

Benzer şekilde Espino ve ark. (211), Işıklı ve ark. (20), Gözükara ve ark. (28) ile Filiz ve ark. (15) çalışmasında da en çok mikst tip üriner inkontinans gözleendiği ve bunu stres tip ve sıkışma tip inkontinansın izlediği belirtilmektedir.

Çalışmamızda medeni durumu evli olan kadınlarda üriner inkontinans prevalansının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1-1). Yapılan çalışmalarda da evli kadınlarda Üİ prevalansının daha fazla olduğu belirtilmektedir (110, 212, 213). Çalışmada evli olmak Üİ'ı 3.5 kat artıran önemli bir faktördür (Tablo 4.2.4). Ülkemizde cinsel yaşam ve doğurganlık genellikle evlilikle başlamaktadır. Tarım işçisi kadınlarda evlilik ve dolayısıyla ilk gebelik 13 yaşa kadar düşebilmektedir. Bu durum gebelik ve doğum sayısının artmasında önemli bir faktördür (214-219).

Yapılan araştırmalarda erken evlenmeler sosyo-ekonomik açıdan düşük düzeydeki ailelerde daha çok görülmektedir. Nitekim çalışmamızda MTİ kadınların sosyo-ekonomik durum ve eğitim düzeyi düşük (Tablo 4.1.1-1), erken yaşta gebelik ve doğum, dolayısıyla erken evlenme yaşı da düşük tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2-2). Yapılan çalışmalar 15-19 yaş grubunda, yoksul aileden gelen kızların diğerlerinden daha çok cinsel ilişkide buldukları ve gebelik risklerini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlardan daha az bildikleri, dolayısıyla da daha çok gebe kaldıkları bildirilmektedir (214, 215).

Yapılan çalışmalarda tarım işçisi evli kadınların doğurganlık düzeyinin Türkiye ortalamasından oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (180, 207, 220). Doğurganlığa bağlı olarak anatominin bozulması ve pelvik taban kaslarının zayıflaması üriner inkontinans riskinin artmasına neden olmaktadır (50, 61-65).

Çalışmada kronik öksürük Üİ'ı 6.7 kat artıran önemli bir diğer faktördür (Tablo 4.2.4). Kronik öksürük mesane basıncını arttırmakta, üretral sfinkter mekanizmasında yetmezliğe neden olmakta ve inkontinans oluşumuna katkıda bulunmaktadır (50, 222). Özellikle sigara kullananlarda, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda, sık solunum yolu enfeksiyonu geçirenlerde öksürük şikayeti daha fazla görülmektedir. Ayrıca kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda Üİ riskinin 2-3 kat arttığı bildirilmektedir (65, 69, 73, 82). Nitekim çalışmamızda, kadınlarda kronik hastalık varlığı (%49.3), sigara içme durumu (%13.7) (Tablo 4.1.3-1) ve günlük ortalama içilen sigara miktarı (7.6) (Tablo 4.1.3.-2), kronik öksürük durumu (%32.0) yüksektir (Tablo 4.1.3-1).



Çalışmada sistosel Üİ'ı 2.9 kat artmaktadır (Tablo 4.2.4). Sistosel pelvik taban kaslarının zayıflığını gösteren önemli bir faktördür. Dolayısıyla da pelvik taban kaslarının zayıflığı Üİ'ı artırmaktadır (28, 69, 72, 221). Pelvik taban kaslarının zayıflamasında sık gebelik ve doğum yapmanın yanı sıra tarım işçiliğinde olduğu gibi ağır kaldırma faaliyetleri de etkilidir (209).

Çalışmada mevsimlik tarım işçisi kadınların %73.8'inin üriner inkontinans şikayeti nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde diğer araştırmalarda da kadınların %69.4 ile %90.0 arasında sağlık kuruluşuna başvurmayı ihmal ettikleri bildirilmektedir (60, 110, 223, 224). Üİ, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte yaşamı direkt olarak tehdit eden bir hastalık olmadığı ve çoğu zaman normal bir durum olarak kabul edildiği için çoğunlukla ihmal edilebilmektedir.

Çalışmada üriner inkontinansı olan mevsimlik tarım işçisi kadınların %38.7'sinin üriner inkontinans sorununa yönelik ped/bez kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Yine bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde diğer araştırmalarda da her iki kadından birinin Üİ sorununa yönelik ped/bez kullandığı görülmektedir (110, 172, 225). Ped kullanımı üriner inkontinansın şiddetini göstermesi açısından önemli bir gösterge olmakla birlikte kadınların önemli bir kısmının yaşam kalitelerini bozan (226) bu soruna yönelik tedavi arama çabası göstermemesi ya da bu durumu normal olarak kabul etmesi düşündürücüdür.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların yaklaşık yarısının (%47.0) Üİ'a yönelik bireysel uygulama yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Kadınların çoğunluğunun en fazla sık sık iç çamaşırı değiştirdiği ve pamuklu iç çamaşırı kullandığı saptanmış, ayrıca ağır kaldırmama, sıcak uygulama yapma, tuz ve sıvı gıdalardan kaçınma gibi önlemler de aldıkları belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde diğer çalışmalarda da kadınların Üİ sorununa yönelik yaptıkları uygulamalar; bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arama, sık sık iç çamaşırı değiştirme, ayakları sıcak tutma, ağır kaldırmama, sık sık banyo yapma, perineye sıcak uygulama yapma, günlük içilen sıvı miktarını azaltma gibi uygulamalar olduğu görülmektedir (110, 172, 225).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre üriner inkontinansı olan MTİ kadınların ancak beşte birinin tedavi aldığı, tedavi alan kadınların tamamının ise sadece ilaç tedavisi aldığı

saptanmıştır. Çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların %78.6'sının ise tedavi almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Çalışmada kadınların tedavi almama nedenlerine bakıldığında kadınların yarısının üriner inkontinansı normal bir durum olarak karşıladığı için tedavi almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Yapılan diğer çalışmalarda Üİ sorununa yönelik kadınların tedavi almama oranının %72.4 ile %85.8 arasında değiştiği ve kadınların tedavi olma düzeylerinin ise düşük olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda Üİ olan kadınların çoğunluğunun utanma, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görme, muayene olmak için vakit bulamama, idrar kaçırmayı normal veya küçük bir problem olarak algılama, üriner inkontinans tedavisi hakkında bilgi eksikliği, idrar kaçırmının ayıp ve utanç verici olduğunu düşünme gibi nedenlerle kadınların tedavi almadığı belirtilmektedir (17, 52, 75, 80, 122, 170, 172, 199, 225, 227, 228).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa il merkezinde yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınların üriner inkontinans prevelansı, tedavi alma durumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiş ve öneriler sunulmuştur:

- Araştırma kapsamına alınan MTİ kadınların çoğu Türkçe bilmemektedir. Bu nedenle Türkçe bilmeyen kadınlara üriner inkontinansa yönelik eğitim, danışmanlık ve araştırmalar tercüman yardımıyla yapılmalıdır.
- Araştırma kapsamına alınan MTİ kadınların beden kitle indeksi (BKİ) 25.0 ( $\pm 5.3$  kg/m<sup>2</sup>) olup, DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre kadınların kilolu/şişman grubunda yer aldığı ve BKİ ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda BKİ'nde artmanın Üİ riskini artırmadaki rolü ve önleme yöntemleri anlatılmalı, uygun danışmanlık ve izlem yapılmalıdır.
- Araştırma kapsamına alınan 15-49 yaş arasındaki MTİ kadınların mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresi 15.3 ( $\pm 9.7$ ) yıl, kadınların tarlada günlük çalışma süresi ortalama 12.1 ( $\pm 2.1$ ) saattir (Tablo 4.1.1-2). MTİ kadınların mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma süresinin 43 yıla kadar uzadığı da görülmektedir, bu durum kadınların küçük yaşta çalışmaya başladıklarını kadınların mevsimlik tarım işçisi olarak çalışırken sık sık ağır kaldırmaları, uygun olmayan sağlıksız ve güvensiz koşullarda uzun süre çalışmaları kadınlarda bir çok sağlık sorununa yol olmakta ve kadının Üİ'a yatkınlığını dolaylı olarak artırmaktadır. Tarlada yapılan işin ve günlük çalışma süresinin kontrol altına alınarak kadın sağlığını koruyucu nitelikte yeniden yapılanması sağlanmalıdır.
- Araştırma kapsamına alınan MTİ kadınların Üİ risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaları nedeniyle, kadınlara sağlık profesyonelleri tarafından Üİ risk faktörleri ve korunma yolları ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

- Çalışmada üriner enfeksiyon geçiren kadın sayısı oldukça yüksek olup, kadınların son bir yıl içinde ortalama 2.9 ( $\pm 1.7$ ) kez üriner enfeksiyon geçirdikleri tespit edilmiştir. Sık üriner enfeksiyon geçirmenin Üİ riskini artırmadaki rolü, üriner enfeksiyona neden olan faktörlerin belirlenerek kadınların genital hijyen davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik kadınlara sağlık eğitimlerinin verilmesi ve üriner enfeksiyondan korunma ve gelişmesi durumunda kadınların tedavi olmaları sağlanmalıdır.
- Araştırma kapsamına alınan MTİ kadınların yaklaşık beşte birinin üriner inkontinans sorununa yönelik tedavi aldığı ve tedavi alanların tamamı ise sadece ilaç tedavisi almıştır. Kadınlara sağlık profesyonelleri tarafından Üİ tedavisinin önemi ve çeşitleri hakkında eğitim verilerek kadınların farkındalığı artırılmalı, Üİ sorunu tespit edildiğinde kadına uygun tedavi seçeneği kadın ile birlikte belirlenmeli ve kadının tedaviye aktif katılımı sağlanmalıdır.
- Araştırma kapsamına alınan MTİ kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çektikleri belirlenmiştir. Kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
- Bölgede bulunan Aile ve Toplum Sağlığı Merkezlerine mevsimlik tarım işçisi kadınların kayıtları kontrol altına alınmalı, bu merkezler tarafından rutin izlemleri yapılmalı ve üriner inkontinans normal bulgu olarak kabul edildiği için izlemlerde üriner inkontinans durumu sorgulanmalıdır.
- Aile ve Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından mevsimlik tarım işçisi kadınların üriner inkontinans sorununa neden olan fiziksel ortam faktörleri (yerleşim yerleri, uygun tuvalet, temiz su gibi) başta olmak üzere üriner inkontinans risk faktörlerinin en aza indirilmesi için sektörler arası çalışmalar yapılmalıdır.
- Bölgede bulunan Aile ve Toplum Sağlığı Merkezleri veya tarım alanlarında sunulan gezici sağlık hizmetleri kapsamında kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde uygun bakım almaları sağlanıp üriner inkontinans riskini artıran (iri bebek, uzun ve zor doğum, konstipasyon, hemoroid, üriner enfeksiyon vb) faktörlerin belirlenerek uygun tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.

- Tarım alanlarında sunulan gezici sağlık hizmetleri kapsamında MTİ kadınların üriner inkontinans sorununa duyarlı olunmalı ve bu konuda gerekli danışmanlık hizmeti sunulmalıdır.
- Danışmanlık sırasında tarlada dinlenen alanlarda uygun ortam sağlanarak, üriner inkontinans sorunu ve tedavi çeşitleri, üriner inkontinans risk faktörleri ve üriner inkontinansın korunma yolları, üriner inkontinans gelişmesi durumunda yapılması gerekenler, üriner inkontinans tedavi çeşitleri ile ilgili eğitimler verilmelidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, çalışmaya katılan mevsimlik tarım işçisi kadınların yaklaşık yarısından fazlasında üriner inkontinans olduğunu, ancak kadınların üriner inkontinans nedeniyle tedavi arama çabalarının düşük olduğunu göstermektedir. Mevsimlik tarım işçisi kadınlar riskli gruba oluşturması nedeniyle sağlık profesyonellerinin bu risk grubu kadınlara karşı duyarlı olması gerekmektedir. Ülkemizde son yıllarda mevsimlik tarım işçisi kadınlara yönelik programlar yürütülmesine rağmen mevsimlik tarım işçisi kadınlara yeterince ulaşılmadığı görülmektedir. Bu nedenle mevsimlik tarım işçisi kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak üriner inkontinans sorununun en aza indirilmesi ve risk faktörlerinin kontrol altına alınması için hemşirelik girişimleri doğrultusunda; kadınların yaşam koşullarının iyileştirilmesi, kadınların üreme sağlığını koruyucu ve üriner inkontinansı önleyici eğitim çalışmalarının yapılması gerekir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Dysfunction. *Scand J Urol Nephrol*, 1998; 114 (Suppl.): 5-19.
2. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi. *Urinary Incontinence, Sexual Dysfunction and Quality of Life Among Married Women Older than 20, in Ankara Gulveren Health Clinic Region. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2011;21(4):266-76.
3. Zengin N, Pinar R. Effects of Nursing Education and Behavioral Therapy on Comfort, Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy and Quality of Life Among Women with Urinary Incontinence. *European Journal of Internal Medicine*, 2009; 20 (Suppl.1): 161.
4. Güdücü N. Üriner İnkontinanslı Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Cinsel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
5. Abrams P, Cordazo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society, *Neurology and Urodynamics*, 2002; 21: 167-178.
6. Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 2005; 2(31): 246-252.
7. Attar E, Ata B. Gomel'in Jinekolojisi. İçinde: Ürojinekoloji. Ed: Demirci F, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2007; 427-440.
8. Miller KL. Stress Urinary Incontinence in Women: Review an Dupdate on Neurological Control. *J Womens Health (Larchmt)*, 2005; 14: 595-608.
9. Irwin DE, Milsom I, Hunksaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Over Active Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *EurUrol*, 2006; 50: 1306-14.
10. Yip SK, Cardozo L. Psychological Morbidity and Female Urinary Incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2007; 21: 321-329.
11. Hunksaar S, Lose G, Sykest D, Voss S. The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries. *British Journal of Urology International*, 2004; 93: 324-330.
12. Koçak İ, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female Urinary Incontinence in the West Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on the Quality of Life. *EurUrol*, 2005; 48: 634-641.
13. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002;4(1):29-39.

14. Biri A, Durukan E, Maral I, et al. Incidence of Stres Urinary Incontinence Among Women in Turkey, *IntUrogynecol J PelvicFloorDysfunct*, 2006; 17(6): 604-10.
15. Filiz TM, Uludağ C, Çınar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk Factory for Urinary Incontinence in Turkish Women A Cross-sectional Study. *Saudi Med J*, 2006; 27(11): 1688-1692.
16. Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of Urinary Incontinence Among Women and Its Impact on Quality of Life in a Semirural Area of Western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2009; 67(4): 241-249.
17. Akgün G, Süt N, Balkanlı Kaplan P. Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Prevalance of the Urinary Incontinence in Women Older Than 4 Years and Influence of Their QoL. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2010; 20(6): 378-86.
18. Yağmur Y, Ulukoca N. Urinary Incontinence in Hospital-based Nurses Working in Turkey, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010; 108: 224-227.
19. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 2010; 17(1): 7-11.
20. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. "Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma". *Nobel Medicus*, 2011; 7(2): 34-39.
21. Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2011; 33(4): 301-308.
22. Ergün A, Toptaner NE, Bıçakçı T, Baran S, Akkaya G, Ekim N, Özkan P, Cesur E, Şakiroğlu R. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi (SF-36) Üzerine Üriner İnkontinansın Etkisi. Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life (SF-36) of the Elderly Living in Nursing Homes, 2011. [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2011-03/html/2011-3-3-159-167.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-03/html/2011-3-3-159-167.htm).
23. Altıntaş R, Beytur A, Oğuz F, Taşdemir C, Kati B, Çimen S, Çolak C, Güneş A. Assessment of Urinary Incontinence in the Women in Eastern Turkey. *Int Urogynecol J*, 2013; 1-6.
24. Demirci N, Ataman H, Aba YA, Başar F, Özkan F. Pelvik Organ Prolapsusu/Üriner İnkontinans İle İlişkili Şikayetlerin Kadınların Cinsel Fonksiyonuna Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2013; 44(2).
25. Özkarcı M. Modifiye Öksürük Stres Testinin Stres Üriner İnkontinans Tanısında Geçerliliğinin Araştırılması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Samsun, 2014.
26. Sucuoğlu ŞA. Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

<http://bagimlilik.org.tr/eser/tez-genc-kizlarda-uriner-inkontinans-risk-faktorleri-ve-yasam-kaliteleri>.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp>.

27. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Prevalence and Risk Factors of Female Urinary Incontinence During the Reproductive Stage. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi. J Kartal TR, 2015; 26(2): 101-106.

28. Gözükara F, Koruk İ, Kara B. Urinary Incontinence Among Women Registered with a Family Health Center in The Southeastern Anatolia Region and The Factors Affecting Its Prevalence. Turk J Med Sci, 2015; 45: 931-939. <http://journals.tubitak.gov.tr/medical/> .

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

30. Can Güler T. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2006.

<http://kutuphane.pamukkale.edu.tr/katalog/0037434.pdf>

31. O'Neil B, Gilmour D. Approach to Urinary Incontinence in Women: Diagnosis and Management by Family Physicians. Canadian Family Physician, 2003; 49: 611-618.

32. İlgün S. Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Biyofeedback ile Yapılan Pelvik Taban Kas Egzersizinin İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2011.

33. Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinans Tipleri ve Hasta Değerlendirmesi İçinde Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 5. Yayın, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.

34. Aslan E. Huzur Evinde Yaşayan Üriner Şikayetleri Olan Kadınlarda Mesane Eğitimi ve Kegel Egzersizlerinin Etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005.

35. Rodoplu H. Aşırı Aktif Mesane. İçinde: Yalçın Ö. (Ed.), Temel Ürojinekoloji. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2009; 253-266.

36. Hakverdi AU. Miks Üriner İnkontinans. İçinde: Temel Ürojinekoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009; 275-276.

37. Bilgiç Çelik D. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Uygulanan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.

38. Harmancı Ü. Urge İnkontinans ve Mikst İnkontinansda Biofeedback Pelvik Taban Kas Eğitimi ve Antimuskarinik İlaç Tedavisinin Karşılaştırmalı Etkinliği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2010.

39. Yavuz BB. Üriner İnkontinans. İç Hastalıkları Dergisi, 2008; 15(2): 65-73.



40. Çamtosun A. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Gaz-Gaita İnkontinansının İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
41. Hampel C, Wienhold N, Benken C, Eggersmann C, Thuroff JW. Definition of Overactive Bladder and Epidemiology of Urinary Incontinence. *Urology*, 1997; 50(Suppl. 6A): 4-14.
42. Uncu G, Özdil M. Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. İçinde: Yalçın Ö. (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2009; 41-47.
43. Haslam J, Laycock J. *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. 2nd Ed. Springer, London, 2008.
44. Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp fakültesi, Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2006.
45. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US Women. *Arch Intern Med*, 2005; 165: 537-542.
46. Kara C, Reşorlu B, Oğuz U, Ünsal A. Üroloji ve Kadın Doğum Doktorlarının Kadın Hastalarda Üriner İnkontinansa Yaklaşımları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2009; 62(1): 44-46.
47. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi. *Geriatrics* 3, 2000; 3: 102-106.
48. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, et al. Risk Factors For Urinary Incontinence Among Middle-Aged Women. *Am J Obstet Gynecol*, 2006; 194: 339-45.
49. Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary Incontinence Predictors and Life Impact in Ethnically Diverse Perimenopausal Women. *Obstet Gynecol*, 2002; 100: 1230-1238.
50. Fine PM, Antonini TG, Appell R. Clinical Evaluation of Women with Lower Urinary Tract Dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*, 2004; 47: 44-52.
51. Milsom I. The Prevalence of Urinary Incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2000; 79(12): 1056-9.
52. Ateşkan Ü. Geriatrik Üriner İnkontinans. *Aktüel Tıp Dergisi, Geriatri Özel Sayısı*, 2004; 2(3): 20-5.
53. Hannestad Y, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial Risk of Urinary Incontinence in Women: Population Based Cross Sectional Study. *BMJ*, 2004; 16:329(7471): 889-891.
54. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, Incidence and Correlates of Urinary Incontinence in Healthy, Middle-Aged Women. *J Urol*, 1991; 146(5): 1255-1259.
55. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary Incontinence In Belgium; Prevalence, Correlates and Psychosocial Consequences. *Acta Clin Belg*, 2002; 57(4): 207-18.

56. Demirci H, Beji KN. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. 1.Baskı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002; 102-108.
57. Demir Ü, Saruhan A. Menopoz Yakınmaları Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkilerinin İncelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar. Ege Üniversitesi, İzmir, 1998; 265.
58. Karanisoğlu H, Oskay Ü. Kadınların Menopoz Dönemindeki Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1998; 1(5): 61-67.
59. Rogers RG. Urinary Stress Incontinence in Women. New England Journal of Medicine, 2008; 358,1029-1036.
60. Öztürk ZG, Toprak D, Basa E. 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 2012; 46(4): 170-176.
61. Shah J, Leach G. Üriner Kontinans. Ed: Dursun NA. San Ofset, İstanbul, 2001; 7- 58.
62. Pernol ML. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. 2.Cilt, Barış Kitabevi, İstanbul, 1994.
63. Scott JR, Diasia PJ, Hammond CB, Specally WN. Obstetrik ve Jinekoloji. Ed: Erez S. 6. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul, 1992.
64. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Döver S, Koyuncu E. Pelvik Kas Gücünün Değerlendirilmesinde Dijital Test ve İdrar Akışını İstemli Olarak Durdurma Testinin Yeri. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, İstanbul, 1997; 1(3): 137-42.
65. Siddighi S, Hardesty SJ. Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Temel Bilgiler. 1. Baskı, Ed: Yalçın Ö, Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık, Ankara, 2007.
66. Karan A, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Kitap: Kızılkaya N. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Basım, İstanbul Üniversitesi, Emek Matbaacılık, Yayını No: 4338, İstanbul, 2002; 129-146.
67. Bobak IM, Jensen MD. Maternity and Gynecologic Care. Mosby, Missouri 1993; 706-715.
68. Nygaard IE, Heit M. Stress Urinary Incontinence. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004; 104(3): 607-620.
69. Bektaş AH. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2007.
- [http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/hatice.bektas/poster/hatice.bektas26.10.2009\\_16.15.40\\_poster.pdf](http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/hatice.bektas/poster/hatice.bektas26.10.2009_16.15.40_poster.pdf)
70. De Lancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The Appearance of Levator Ani Muscle Abnormalities in Magnetic Resonance Images After Vaginal Delivery. Obstetrics and Gynecology, 2003; 101(1): 46-53.

71. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk Factors For Stress, Urge or Mixed Urinary Incontinence in Italy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2003; 110(10): 927-933.
72. Gomel V, Munro MG, Rowe TC. *Jinekoloji Pratik Yaklaşım*. Çeviren: Atar NE, Özışık Ofset Matbaacılık, Ankara, 1995.
73. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are Smoking and Other Lifestyle Factors Associated with Female Urinary Incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2003; 110(3): 247-254.
74. Demirci N, Coşar F. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 2009; 16(3): 35-40.
75. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-136.
76. Küçük Dikencik B. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. İçinde: *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.
77. Ekin M, Karayalçın R, Özcan U. 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*, 2005; 26: 21-25.
78. Altman D, López A, Falconer C, Zetterström J. The Impact of Hysterectomy on Lower Urinary Tract Symptoms. *International Urogynecology Journal*, 2003; 14(6): 418-423.
79. Korur A. Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları. T.C.Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
- [http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile\\_hekimligi/dr\\_aysegul\\_korur.pdf](http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_aysegul_korur.pdf).
80. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merk Derg*, 2000; 7(1): 54-7.
81. Çoban A, Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatrics*, 2003; 6(2): 80-83.
82. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansa Genel Bakış. İçinde: *Ürojinekoloji*. Ed: Güner H. Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000; 19-27.
83. Chaliha C, Stanton SL. Urologic Problems in Pregnancy. *BJU International*, 2002; 89: 469-476.
84. Jacson RA, Vittinghoff E, Kanaya AM, et al. Health, Aging, and Body Composition Study. Urinary Incontinence in Elderly Women: Findings From The Health, Aging and Body Compositionstudy. *Obstetric Gynecology*, 2004; 104: 301-307.

85. Döndar Ç. Üriner İnkontinansın Kadın Cinsel Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
86. Palmer MH, Fitzgerald S, Berry SJ, Hart K. Urinary Incontinence in Working Women: An Exploratory Study. *Women and Health*, 1999; 29,66-82.
87. Abed H, Rogers GR. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis and Treatment for the Primary Care Physician. *The Medical Clinics of North America*, 2008; 92,1273-1293.
88. Eryılmaz HY. Pelvik Bozukluklar. İçinde: Kadın Sağlığı. Ed: Şirin A. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 2008; 210-221.
89. Berek SJ. Berek&Novak Jinekoloji. İçinde: Alt Üriner Sistem Bozuklukları. Ed: Nygaard I, Menefee SA, Wall LL, Çeviren: Demirtürk F, Çalışkan AC. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2011; 852-859.
90. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). İkinci basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.
91. Kulaksızoğlu BI, Karan A. Ürojinekolojik Rehabilitasyonda Psikiyatrik Sorunlar ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2005; 1(45): 68-72.
92. Bektaş H, Alparslan Ö. The Factors Related to Prevalence of Urinary Stress Incontinence in Women Inhabiting in Primer Health Center, Turkey. *HealthMED*, 2013; 7(1): 182-189.
93. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary Incontinence as A Worldwide Problem. *Int Gynecology Obstet*, 2003; 82: 327-338.
94. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to Help Seeking in People with Urinary Symptoms. *Family Practice*, 2001; 18(1): 48-52.
95. Shaw C, Brittain K, Tansey R, Williams K. How People Decide to Seek Health Care: A Qualitative Study. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45(10): 1516-1524.
96. Dinç A, Kızılkaya Beji N. Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi*, 2008; 16: 143-149.
97. Fultz HN, Herzong R. Self Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *J. Am Geriatr Soc*, 2001; 49: 892-899.
98. Lambert MI. Migrant and Seasonal Farm Worker Women. *Journal of Obstetric and Neonatal Nursing*, 1995;(March/April).
99. İnalcı HI, Şimşek Z, Koruk İ, Tekin Koruk S. Coverage Of Tetanus Vaccine After National Tetanus Vaccination Campaign and Basic Determinants. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, (TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni), 2009; 8(9): 453-458.
100. Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Olan ve Olmayan Kadınlarda Tetanoz Aşılama Durumu ve İlişkili Diğer Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2010; 8(3): 165-175.

101. Şimşek Z, Yıldırımkaaya G, Erçetin G et al. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Karşılaştırmalı Sağlık Göstergeleri ve Hizmet Gereksinimi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; Sağlık Reformları, 2-6 Ekim 2012-Bursa; 499-501.
102. Zengin N. Kadınlarda İdrar Kaçırma Prevalansı ve Risk Faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5(3): 45-60.
103. Sampselle CM, Palmer MH, Boyington AR, O'Dell KK, Wooldridge L. Prevention of Urinary Incontinence in Adults: Population-Based Strategies. 2004 Nov-Dec; 53(6 Suppl): 61-67.
104. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye'de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları. Tarım-İş Sendikası Yayınları, 2003.
105. Şimşek Z, Koruk İ. Birleşmiş Milletler Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi Ortak Programı/Sabancı Vakfı Hibe Programı. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu, Şanlıurfa, 2008.
106. Kutlu S. Erişkin Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2011.
107. ILO, Tackling Hazardous Child Labour in Agriculture: 1999. Guidance on Policy and Practice User Guide International Programme on the Elimination of Child Labour, 2006.
108. Tarımda Çalışanların Sağlık Sorunları ve Risk Altındaki Gruplar. Üreme Sağlığı Sorunlarına Bütüncül Yaklaşım. Mezuniyet Öncesi Eğitim Modülü. 1. Baskı, Sembol Ofset Matbaacılık, Şanlıurfa, 2015.
109. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. SF-36' nın Türkçe İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği, Ege Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Dergisi, 1999.
110. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 4: 132-136.
111. Ricci SS, Kyle T. Maternity and Pediatric Nursing. Lippincott&Wilkins, Orlando, Florida, 2009; 197-215.
112. Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SUI) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2007.
113. Norton P, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women. Lancet, 2006; 367, 57-67.
114. Bates P, Bradley WE, Glen E, Melchior H, Rowan D, Sterling A, Hald T. (Chairman) First Report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. British Journal of Urology, 1976; 48,39-42.

115. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, at Versi E. The Impact on Health-Related Quality of Life of Stres, Urge and Mixed Urinary Incontinence, *BJU Int*, 2003; 92,731-735.
116. Çiftçi Ö. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Prevalence of Urinary Incontinence and Affecting Factors Among the Women Attending Gynaecology Clinics of Kayseri Education and Research Hospital. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2011; 33(4): 301-308.
117. Wein AJ, Rovner ES. Definition and Epidemiology of Overactive Bladder. *Urology* 2002; 60: 7-12.
118. Atar M. Değişik Tipte İdrar Kaçırma Yakınmaları Olan Kadın Hastalarda İnvaginasyonun Elektrik Stimülasyonunun Etkinlik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
119. Bilgiç Çelik D. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Uygulanan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2012.
120. Güngör M, Çetinkaya E. Stres Üriner İnkontinans. Ed: Yalçın Ö. Temel Ürojinekoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2009; 267-274.
121. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010; 5(13): 1-13.
122. Özerdoğan N, Kızılkaya Beji N, Yalçın Ö. Urinary Incontinence: Its prevalence, Risk Factors and Effects on the Quality of Life Of Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*, 2004; 58: 145-50.
123. Özerdoğan N, Kızılkaya Beji N, Yalçın Ö. Urinary Incontinence: Its prevalence, Risk Factors and Effects on the Quality of Life Of Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*, 2004; 58: 145-50.
124. Newman DK. Managing and Treating Urinary Incontinence. Baltimore: Health Professions Press, 2002.
125. Can Güler T, Yağcı N. Urinary Incontinence in Women and Physical Therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2006; 11,205-218.
126. Smith PP, McCrery RJ, Appell RA. Current Trends in The Evaluation and Management of Female Urinary Incontinence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006; 175(10): 1233-1240.
127. Eliopoulos C. Gerontological Nursing, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
128. Luggen AS, Touhy TA. Managing Basic Physiological Needs. In: Ebersole P. Et al. Editors Toward healthy aging: human needs & nursing response. 7th Edition. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier, 2008;125-135.

129. Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2009; 1(2): 94-102.
130. Varlı M, Doğan Aras S, Atlı T. Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2009; 1(1): 45-58.
131. Demir Ü, Saruhan A. Menopoz Yakınmaları Üzerine Hormon Replasman Tedavisinin Etkilerinin İncelenmesi. IV. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı. Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar. Ege Üniversitesi, İzmir, Eylül 1998; 265-9.
132. Alpay H, Bıyıklı KN. İşeme Bozuklukları. *Türk Nefr Diyal ve Transp Derg*, 2003; 12(3): 122-126.
133. Shah J, Leach G. Üriner Kontinans. Çeviren: Dursun NA. San Ofset, İstanbul, 2001.
134. Luggen AS, Touhy TA. Managing Basic Physiological Needs. Toward Healthy Aging: Human Needs & Nursing Response. Priscilla Ebersole ve diğ. (Ed.). St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier, 2008; 125-135.
135. Ülger Z, Halil GM. Geriatri ve Gerontoloji'de Üriner ve Fekal İnkontinans. Arıoğul S. (Edt). MN Medikal& Nobel, Ankara, 2006; 307-315.
136. Potter AP, Perry GA. Fundamentals of Nursing. Fifth Ed. Philadelphia USA: Mosby, 2001: 1384-1398.
137. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 2003; 61: 37-49.
138. Aydoğmuş S, Yavuz BB. Geriatrik Yaş Grubunda Kadın Sağlığı: Yaşla Beraber Gelişen Jinekolojik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2011; 3(1): 13-16.
139. Abrams P. Describing Bladder Storage Function: Overactive Bladder Syndrome and Detrusor Overactivity. *Urol*, 2003; 62: 28-37.
140. Koçak T. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesinde Yapılan Spesifik Tanı Testleri. Beji NK (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002; 85-90.
141. Sandvik H, Hunnskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic Classification of Female Urinary Incontinence: An Epidemiological Survey Corrected for Validity. *J Clin Epidemiol*, 1995; 48: 339-343.
142. Dikencik BK. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N), İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002; 29-49.
143. Özerdoğan N, Kızılkaya NB. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevelansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 2003; 13(51): 37-50.

144. Weber AM, Walters MD. Epidemiology and Social Impact of Urinary and Fecal Incontinence, Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Ed: Walters MD, Karam MM. Mosby Inc., St. Louis, 1999; 25-33.
145. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002; (4)1: 29-39.  
<http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/2002/2002-vol4-sayi1-149.pdf>.
146. Milsom L. Lower Urinary Tract Symptoms in Women. Current Opinion in Urology, 2009; 19(4): 337-341.
147. Luber KM. The Definition, Prevalence, and Risk Factors For Stres Urinary Incontinence. Reviews in Urology, 2004; 6(suppl3): 3-9.
148. Weber AM. Epidemiology and Psychosocial Impact of Pelvic Floor Disorders. İçinde: Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Ed: Walters MD, Karam MM. 3. Baskı. Mosby Elsevier, Philadelphia, 2007; 44-54.
149. White L, Duncan G. Medical-Surgical Nursing an Integrated Approach, US. Delmar, 2002.
150. Peschers UM, Schaer GN, De Lancey JO, Schuessler B. Levator Ani Function Before and After Childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1997; 104(9): 1004-1008.
151. Dietz HP, Bennett MJ. The Effect of Childbirth on Pelvic Organ Mobility. Obstet Gynecol, 2003; 102,223-228.
152. Parys BT, Woolfenden KA, Parsons KF. Bladder Dysfunction After Simple Hysterectomy: Urodynamic and Neurological Evaluation. European Urology, 1990; 17.
153. Semeltzer CS, Bare GB. Medical Surgical Nursing. 9thEd, Lippincott, Philadelphia, 2000; 1083-1100.
154. Demir A. Ürogenital Sistem Embriyolojisi, Ed: Emil A, Jack W, Genel Üroloji. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999; 17-31.
155. Gümüşsoy S, Yıldırım GÖ, Keskin G. Üriner İnkontinans ve Psikososyal Etkileri. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 25.
156. Budakoğlu I, Maral I, Coşar B, Biri A, Bumin MA. 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler. TJOD, 2005; 2(2): 92-97.
157. Siracusano S, Pregazzi R, D' Aloia D, Sartore A, Benedetto PD, Pecorari V, Guaschino S, Pappagallo G, Belgrano E. Prevalence of Urinary Incontinence in Young and Middle-Aged Women in an Italian Urban Area. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2002;107(2):201-204.
158. Brieger GM, Yip SK, Chung TKH. The Prevalence of Urinary Dysfunction in Hong Kong Chinese Women. Obstet Gynecol, 1996; 88,1041-1044.



159. Pang MW, Leung HY, Chan LW, Yip SK. The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life Among Women in Hong Kong. *Hong Kong Med J*, 2005; 11(3): 158-163.
160. Öcalan D, Atan ŞÜ. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 9.
161. Aslan G, Köseoğlu G, Sadik Ö, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual Function in Women with Urinary Incontinence. *International Journal of Impotence Research*, 2005; 17, 248-251.
162. Yeşiltepe Oskay Ü, Kızılkaya Beji N, Yalçın Ö. Cinsel Aktivite Sırasında İdrar Kaçıran Kadınlara İlişkin Nitel Bir Çalışma. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*, 2006; 20, 101-107.
163. Roe B, May C. Incontinence and Sexuality: Findings from a Qualitative Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(3): 573-579.
164. Turhan A. Üriner İnkontinansın Röproduktif ve Postmenopozal Dönemde Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2010.
165. Üstgörül S, Yanıkerem E. Kontinans Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi ve Hemşirelik Yönetiminin Önemi. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 22.
166. Kurul Ş. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi - Sonrası Dönemde Objektif Ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Temmuz, 2013.
167. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of Bladder Training in Older Women with Urinary Incontinence. *JAMA*, 1991; 265: 609-613.
168. Eskiyurt N, Karan A. Üriner İnkontinans Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Ed: Güner H. Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008; 119-135.
169. Demirci F. Üriner İnkontinans Cerrahi ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri. Ed: Beji NK. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002; 91-102.
170. Howard F, Steggall M. Urinary Incontinence in Women: Quality of Life and Help-Seeking. *British Journal of Nursing*, 2010; 19(12): 742-749.
171. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Prevalence of Urinary Incontinence and Affecting Risk Factors in Women. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2008; 28(4): 487-493.
172. Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. Quality of Life and Health Seeking Behaviors of Women with Urinary Incontinence. *F.N. Hem. Derg*, 2015; 23(1): 23-31.

173. Tarım İstatistikleri Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi-5. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2008; 1.
174. International Labor Office. Global Employment Trends. International Labor Organization, 2011.
- [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_150440.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_150440.pdf).
175. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları 2012. Türkiye İstatistik Kurumu İnternet Sitesi <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659>.
176. Hiring Seasonal Agricultural Workers, Description, <http://www.esdc.gc.ca/eng/jobs/foreignworkers/agriculture/seasonal//index.shtm>.
177. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing All Right Reserved, 2006.
178. Öz C, Bulut E. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri. ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi, 2013; 1(1): 94-111.
179. Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Pres, 2000.
180. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011. 1. Baskı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara, 2012; 15-19.
181. Harran Üniversitesi Tarımda İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulama ve Araştırma Merkezi. GAP Tarımda Çalışanların Sağlığı Araştırması 2013. Sembol Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, Şanlıurfa, 2013; 13.
182. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye' de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları. Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği. Ankara, 2012; 4.
183. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal, Ekonomik ve Barınma Sorunlarının Analizi. Gazi Üniv. Müh. Mim. Fak. Dergisi, 2004; 19(3): 261-274.
184. International Labour Office. ILO Safety and Health in Agriculture. Genava, 2010; 2.
185. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2014; 95.
186. Fuortes L, Clark MK, Kirchner HL. Association Between Female Infertility and Agricultural Work History. Am J Ind Med, 1997; 31: 445-451.
187. Borjan M, Constantino P, Robson MG. New Jersey Migrant and Seasonal Farm Workers: Enumeration and Access to Healthcare Study. New Solut, 2008; 18(1): 77-86.
188. Mobed K, Gold EB, Schenker MB. Occupational Health Problems Among Migrant and Seasonal Farm Workers. The Western Journal Of Medicine, 1992; 157(3): 367-373.
189. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. Annu Rev Public Health, 2007; 28: 345-363.

190. Şimşek Z, Koruk İ, Yentür Doni N. An Operational Study on Implementation of Mobile Primary Healthcare Services for Seasonal Migratory Farmworkers. *Matern Child Health*, 2012; 16: 1906-1912.
191. Naidoo S, London L, Burdorf A, Naidoo R, Kromhout H. Spontaneous Miscarriages and Infant Deaths Among Female Farmers in Rural South Africa. *Scand J Work Environ Health*, 2011; 37(3): 227-236.
192. Tarımda Çalışanların Sağlık Sorunları ve Risk Altındaki Gruplar. Üreme Sağlığı Sorunlarına Bütüncül Yaklaşım. Mezuniyet Öncesi Eğitim Modülü. 1. Baskı Sembol Ofset Matbaacılık, Şanlıurfa, 2015.
193. Karaçam Z. Kadınlarda Üriner İnkontinans Gelişimini Önlemede Davranışsal Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. *Sendrom*, 2003; 112-116.
194. Üstgörül S, Yanıkerem E. Kontinans Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi ve Hemşirelik Yönetiminin Önemi. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 22.
195. Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. Odak Ofset, İstanbul, 2002.
196. Girgeç S, Atan ÜŞ, Kavlak O. Cerrahi Olmayan Üriner İnkontinansın Yönetiminde Kanıt Temelli Hemşirelik Yaklaşımı. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 23.
197. Çetinkaya E, Kavlak O, Atan ŞÜ. Üriner İnkontinans Tedavisinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 12-13.
198. Kılınç F. Geriyatrik Hastalarda İdrar İnkontinansı. *GeroFam*, 2011; 1(4): 46-59.
199. Ertem G. Üriner İnkontinanslı Hastaların Hastalığıyla Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6(1): 176-187.
200. Topuz Ş. Üriner İnkontinans ve Cinsellik. *Urinary Continence and Sexuality*. Balıkesir Sağlık Bil Derg, 2015; 4(1): 60-64.
201. Karaöz B. Pelvik Organ Prolapsusu ve Üriner İnkontinansta Hemşirelik Yaklaşımı. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 5.
202. Özcan M. Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.
203. Training for Mid-level Managers: The EPI Coverage Survey. Geneva: World Health Organization, 1991 (Unpublished Document WHO/EPI/91.10; Available from Vaccines and Biologicals, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

204. Gözükara F, Ersin F, Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Doğurganlık Özellikleri. The Fertility Characteristics of the Seasonal Migratory Agricultural Women. *Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2015;1(2):13-8.
205. International Labour Organization (ILO). *Towards A Fair Deal For Migrant Workers In The Global Economy*. Geneva:International Labour Office, 2004; 86-117.
206. Koruk İ, Koruk ST, Demir C, Şeyhanoğlu AS, Kara B. Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yoğun Olarak Yaşadıkları Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Gebelerde HbsAg Pozitifliği Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Turk J Public Health*, 2013;11(3): 149-159.
207. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ankara, 2014.
208. Kutlu S, Koruk İ. Migrant Seasonal Farmworkers: Health Related Quality of Life and The Factors That Affect It. *Turk J Public Health*, 2014;12(2): 80-90.
209. Koruk İ, Hamidanoğlu M. Şanlıurfa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. 16. Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013;168.
210. Thom D. Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in Community: Effects of Differences in Definition, Population Charecterics and Study Type. *Journal of American Geriatrics Society*, 1998; 46: 473-480.
211. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Lichtenstein MJ, Markides KP. Prevalence and Severity of Urinary İncontinence in Elderly Mexican-American Women. *J Am Geriatr Soc*, 2003; 51: 1580-1586.
212. Hsieha CH, Leeb MS, Leeb MC, Kuoc TC, Hsua CS, Changd ST. Risk Factors for Urinary İncontinence in Taiwanese Women Aged 20-59 Years. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008; 47(2): 197-202.
213. Çetin C. Edirne İli Merkezinde 20 Yaş Üstü Popülasyonda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, Edirne, 2010.
214. Bulut I. Adölesan Evliliklerinin ve Doğurganlıklarının Sosyoekonomik Belirleyiciler Açısından Yetişkin Evlilikleri ile Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 1984.
215. Başer M. Adölesan Cinselliği ve Gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000; 4: 1.
216. Çöl M, Çalışkan D, Akdur R. Genç Yaş Evliliklerinin Anne ve Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri. *Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of The Faculty of Medicine)*, 1994; 47 :95-108.
217. Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Child Brides: Approach to Early Marriage and Adolescent Pregnancies. Aile ve Toplum*, 2012; 7(25): 35-44.

218. Özcebe H, Küçük Biçer B. Önemli Bir Kız Çocuk ve Kadın Sorunu: Çocuk Evlilikler. An Important Female Child and Woman Problem: Child Marriages. *Türk Ped Arş*, 2013; 86-93.
219. Kara Uzun A, Şimşek Orhon F. Adolesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. *Influences of Adolescent Pregnancy on Maternal and Infant Health*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2013; 66: 1.
220. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Türkiye, Ankara, 2009.
221. Arıcan AE. Bronşial Astım ve Genital Prolapsus Arasındaki ilişki. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Düzce, 2009.
222. İlgün S. Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Biyofeedback ile Yapılan Pelvik Taban Kas Egzersizinin İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep, 2011.
223. Karasaç M. Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite ve Doğum Sayısı ile Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Afyon, 2011.
224. Acar NB. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, 2010.
225. Saleh N, Bener A, Khenyab N, Al-Mansori Z, Al Muraikhi A. Prevalence, Awareness and Determinants of Health Care-Seeking Behaviour for Urinary Incontinence in Qatari Women: Neglected Problem? *Maturitas*, 2005; 50(1): 58-65.
226. Filiz M, Topsever P, Uludağ C, Görpelioğlu S, Çınar N. Effects of Age and Urinary Incontinence Severity on Generic SF-36 Quality of Life Measurements in Sakarya, Turkey. *Türk Kadınlarında Üriner İnkontinans Siddeti ve Yaşın Jenerik Yaşam Kalitesi Sf-36 Üzerine Etkileri*. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 2007; 27:189-194.
227. Teunissen TAM, A.de Jonge C, Van Weel and Lagro-Janssen ALM. Treating Urinary Incontinence in The Elderly-Conservative Measures That Work: A Systematic Review. *The Journal Of Family Practice*, 2004; 53,25-32.
228. Horrocksa S, Somerset M, Stoddart H, Peters TJ. What Prevents Older People from Seeking Treatment for Urinary Incontinence? A Qualitative Exploration of Barriers to the Use of Community Continence Services. *Famil Practice*, 2004; 21(6): 689-696.

## 8.EKLER

### EK 1. Veri Toplama Formu

#### ŞANLIURFA'DA YAŞAYAN MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI, TEDAVİ ALMA DURUMLARI VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER SORU FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Medeni durumunuz nedir?
  - 1) Evli
  - 2) Bekar
  - 3) Dul/Boşanmış
3. Eğitim durumunuz nedir?
  - 1) Türkçe bilmiyor
  - 2) Okur-yazar değil
  - 3) Okur-yazar
  - 4) İlkokul
  - 5) Ortaokul
  - 6) Lise
4. Evde en çok konuşulan dil hangisidir ?
  - 1) Türkçe
  - 2) Kürtçe
  - 3) Arapça
5. Boyunuz.....
6. Kilonuz.....
7. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
  - 1) Çok iyi
  - 2) İyi
  - 3) Orta
  - 4) Kötü
  - 5) Çok kötü
8. Ne kadar süredir mevsimlik tarım işçisi olarak çalışıyorsunuz? (yıl).....
9. En son ne zaman tarlaya çalışmaya gittiniz? .....
10. Tarım işçiliği yaparken nerede konaklıyorsunuz ?
  - 1) Akşam sürekli kaldığımız evimize döneriz
  - 2) Çadır, baraka gibi geçici yerleşim yerine döneriz
11. Tarlada günlük kaç saat çalışırsınız?.....
12. Gebelik sayınız nedir?.....
13. Daha önce hiç düşük yaptınız mı?
  - 1) Evet (kaç kez.....)
  - 2) Hayır
14. Daha önce hiç kürtaj oldunuz mu?
  - 1) Evet (kaç kez.....)
  - 2) Hayır
15. Kaç kez normal doğum yaptınız?.....
16. Kaç kez sezaryenle doğum yaptınız?.....

17. Doğumlarınızı nerede yaptınız?  
1)Tarlada (sayısı.....) 2) Evde (sayısı.....) 3) Hastanede (sayısı.....)
18. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....
19. Son doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....
20. Doğum başladıktan sonra Bir günden/24 saatten uzun süren doğumunuz oldu mu?  
1) Evet 2) Hayır
21. İri bebek (4 kg üzerinde) bebek doğurduğunuz oldu mu?  
1)Evet 2) Hayır
22. Doğumlarınızdan sonra dikiş (epizyotomi onarımı) atıldığı oldu mu?  
1)Evet 2) Hayır
23. Düzenli adet görüyor musunuz?  
1)Evet 2) Hayır, ise neden düzenli adet görmüyorsunuz?.....)
24. Menopoza girme durumunuz?  
1) Evet, menopozdayım. Kaç yıldır menopozdasınız?.....)  
2) Hayır, menopozda değilim
25. Bildiğiniz kronik bir hastalığınız var mı?  
1)Evet (açıklayınız.....) 2) Hayır
26. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?  
1)Evet (açıklayınız.....) 2) Hayır
27. Sigara içme alışkanlığınız var mı?  
1)Evet (günlük miktarı.....) 2)Hayır
28. Sürekli öksürük şikayetiniz var mı?  
1) Evet 2) Hayır
29. Sık sık kabız olur musunuz?  
1) Evet 2) Hayır
30. Son bir yıl içinde idrar yolu iltihabı geçirdiniz mi?  
1) Evet (kaç kez.....) 2) Hayır
31. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, büyük abdestinizi yaparken elinize çıkıntı gelmesi gibi rahim sarkması şikayetiniz oldu mu?  
1) Evet 2) Hayır
32. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, idrar yaparken zorlanma, sık sık idrara çıkma gibi idrar torbası sarkması şikayetiniz oldu mu?

- 1) Evet 2) Hayır
33. Büyük tuvaletinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi, kan gelmesi ya da makat bölgenizde ağrının olması gibi basur şikayetiniz var mı?
- 1) Evet 2) Hayır
34. İdrar torbanızın, rahminizin ya da diğer iç organlarınızın alt bölgenizden dışarıya sarkmasından dolayı herhangi bir ameliyat oldunuz mu?
- 1) Evet 2) Hayır
35. Kadın hastalığı nedeniyle rahminizin alınması ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi?
- 1) Evet 2) Hayır
36. Öksürürken, hapsirirken, gülerken idrar kaçırma sorunuz olur mu?
- 1) Evet (ne kadar zamandır.....) 2) Hayır
37. Tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra tuvalete gidene kadar idrar kaçırma sorunuz olur mu?
- 1)Evet (ne kadar zamandır.....) 2) Hayır
38. Ağır kaldırdığınızda idrar kaçırma sorunuz olur mu?
- 1)Evet (ne kadar zamandır.....) 2) Hayır
39. İdrar kaçırma sorunuzdan dolayı ped/bez vb kullanır mısınız?
- 1)Evet 2) Hayır
40. İdrar kaçırma sorunuzdan dolayı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?
- 1)Evet (nereye.....) 2) Hayır
41. İdrar kaçırma sorunuzdan dolayı herhangi bir tedavi aldınız mı?
- 1) Evet (açıklayınız.....)
- 2) Hayır (açıklayınız.....)
42. İdrar kaçırma sorunuza yönelik sizin yaptığınız bir uygulama var mı?
- 1) Evet (açıklayınız.....) 2) Hayır



## EK 2. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 74059997.050.01.04/ 020  
Konu : Proje

20/01/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA  
Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz “Şanlıurfa’da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörler” başlıklı çalışmaya onay verilmesine ilişkin, Kurulumuzun 16.01.2015 tarih ve 01 nolu oturum 18 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU  
Etik Kurul Başkanı

**EK:** Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA  
Telefon : (0 414 ) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: [etik.kurul@yahoo.com](mailto:etik.kurul@yahoo.com)

<b>HARRAN ÜNİVERSİTESİ</b> <b>TIP FAKÜLTESİ</b> <b>Etik Kurul Kararı</b>	
<b>TARİH</b>	: 16.01.2015
<b>OTURUM</b>	: 01
<b>SAAT</b>	: 15:00

<b>15/01/18</b>	<p><b>Karar:</b> Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p style="text-align: center;">Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;"><b>ASLI GİBİDİR</b></p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Hakan CAMUZCUBOĞLU Etik Kurul Başkanı</p>
-----------------	---

## EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### Ek 5.1

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı 'Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörler' dir.

#### HASTA ADI:

Bu çalışmada Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada öngörülen süre 20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 300'dür.

Bu çalışma ile ilgili olarak benden beklenen sadece anketleri doğru yanıtlamaktır. Benim için herhangi bir risk yoktur. Araştırmacı bilgim dâhilinde veya isteğim dışında çalışma programını aksatmam vb. nedenlerle beni araştırmadan çıkarabilir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 05427240212 no'lu telefondan Fatma Gözükara'ya başvurabileceğim.

Bu çalışmada yer almayı kendi isteğim ile kabul ediyorum. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirim; bu durum herhangi bir cezaya ya da benim yararına engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmem ya da araştırmacı tarafından çıkarılmam durumunda, kendim ile ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Bu çalışmada yer almam nedeniyle bana hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri Yrd.Doç. Dr. Fatma Gözükara'ya ulaştırılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza

#### Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kurulu görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### **EK 4. Özgeçmiş**

1988 yılında Şanlıurfa'da doğdu. İlköğrenimini Şanlıurfa Atatürk İlköğretim Okulu'nda ve Ortaöğrenimini Şanlıurfa Atatürk Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Bölüm)'de 2007 yılında tamamladı. Aynı yıl Harran Üniversitesi Sağlık Yükseokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazanarak 2011 yılında lisans eğitimini tamamladı. Yine aynı yıl Ağustos 2011 tarihinde Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atanarak çalışmaya başladı. Şubat 2014'de Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda halen devam ettiği yüksek lisans yapma hakkını kazandı.

