

DİLEK BİLGİÇ ÇELİK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2012

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

(DOKTORA TEZİ)

**ÜRİNER İNKONTİNANS VE/VEYA PELVİK ORGAN
PROLAPSUS CERRAHİSİ UYGULANAN KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL İŞLEVİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DİLEK BİLGİÇ ÇELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Dilek (Bilgiç) Çelik tarafından hazırlanan Üriner İnkontinans ve / veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Uygulanan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

27 / 03 / 2012

Tez Sınav Jürisi

- | Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) | İmzası |
|--|---|
| 1. Prof.Dr.Önay Yalçın (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi Öğretim Üyesi |  |
| 2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji (Danışman) İ.Ü.Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 3. Doç.Dr.Ümran Oskay (Tez İzleme Komitesi Üyesi) İ.Ü.Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 4.Doç.Dr.Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5. Doç.Dr.Ergül Aslan İ.Ü.Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

DİLEK BİLGİÇ ÇELİK

(İmza)



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman ve emek, akademik ve bireysel gelişimim için sağladığı imkanlar ve bilimsel desteği için çok değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ'ye,

Tez çalışmamın yapılabilmesinde gerekli izni veren, değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Önay YALÇIN'a,

Eğitimim sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Doç.Dr. Nevin Hotun ŞAHİN ve Doç.Dr. Ümran OSKAY'a,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında yardımları ve destekleri için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı Birimi hemşirelerine ve Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN'a,

İlgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve hep yanımda olan Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki arkadaşlarım Doç. Dr. Ergül ASLAN'a, Doç.Dr. Gülay RATFİSCH'e, Dr. İlkay GÜNGÖR'e, Msc. Semiha AYDIN'a, Şükran BAŞGÖL'e,

Hayatım boyunca beni destekleyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime ve eşime çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİİ
ÖZET	XV
ABSTRACT.....	XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Pelvik Taban Disfonksiyonu.....	5
2.1.1. Pelvik Organ Prolapsusu (POP) ve Tanımları	6
2.1.2. POP Prevalansı.....	8
2.1.3. POP'un Risk Faktörleri.....	11
2.1.4. Pelvik Organ Prolapsusunun Değerlendirilmesi ve Sınıflaması	12
2.1.5. Pelvik Organ Prolapsusunun Tedavisi	14
2.1.5.1. Konservatif Tedavi.....	14
2.1.5.2. Cerrahi Tedavi.....	16
2.2. Üriner İnkontinans ve Tanımları.....	22
2.2.1. Üriner İnkontinans Prevalansı.....	24
2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	25
2.2.3. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi	26
2.2.4. Üriner İnkontinansın Tedavisi	28
2.2.4.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri.....	28
2.2.4.2. Farmakolojik Tedavi	29
2.2.4.3. Cerrahi Tedavi.....	30
2.2.5. Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Tedavi.....	33
2.2.6. Pelvik Organ Prolapsusunun Eşlik Ettiği Üriner İnkontinans ve Tedavisi	35

2.3. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsusu ve Yaşam Kalitesi.....	36
2.3.1. Yaşam Kalitesi	36
2.3.2. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsusunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	37
2.3.3. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	44
2.3.4. Ürojinekolojide Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	48
2.4. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsusu ve Cinsel Yaşam	50
2.4.1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....	52
2.4.2. Kadında Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflaması	54
2.4.3. Kadında Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı.....	55
2.4.4. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsusunun Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi.....	56
2.4.5. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi.....	61
2.4.6. Üriner İnkontinans ve/veya Prolapsus Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi	66
2.4.7. Sağlık Bakım Profesyonellerinin / Hemşirenin Rolü.....	70
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	75
3.1. Araştırmanın Amacı.....	75
3.2. Araştırmanın Soruları.....	75
3.3. Araştırmanın Türü.....	75
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	75
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	77
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	83
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	84
3.6.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS)	84
3.6.3. Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory – UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire – IIQ-7)	86
3.6.4. Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu (The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire PISQ-12)	88

Pelvik Organ Prolapsus / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizi.....	90
3.6.5. Verilerin Analizi	101
3.6.6. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	102
4. BULGULAR.....	103
4.1. Kadınların Ameliyat Gruplarına Göre Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	103
4.2. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ayda Üriner Semptomlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	120
4.3. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	135
4.4. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Cinsel İşlevlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	146
5. TARTIŞMA	161
KAYNAKLAR	194
FORMLAR	232
EK 1: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	233
EK 2: TANITICI BİLGİ FORMU	234
EK 3: BRISTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI SORU FORMU (THE BRISTOL FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS- B-FLUTS)	237
EK 4: PELVİK ORGAN PROLAPSUSU / ÜRİNER İNKONTİNANS CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA FORMU (PISQ-12) (THE PELVIC ORGAN PROLAPSE/URINARY INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAIRE).....	239
EK 5: İNKONTİNANS ETKİ SORU FORMU -7 (İNKONTİNENCE İMPACT QUESTIONNAİRE SHORT FORM IIQ-7).....	240
EK 6: UROGENİTAL DİSTRESS ENVANTERİ -6 (UROGENİTAL DİSTRESS İNVENTORY SHORT FORM-UDI-6).....	241
EK 7: PISQ-12 KULLANIM İZNI.....	242
EK 8: ETİK KURUL KARARI.....	243
ÖZGEÇMİŞ	245

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Pelvik Organ Prolapsusunda Görülen Semptomlar	10
Tablo 2-2: Pelvik Organ Prolapsusu Risk Faktörleri.....	11
Tablo 2-3: POP-Q Sınıflamasına Göre POP Evrelemesi.....	13
Tablo 2-4: Üriner İnkontinansa İlişkin Risk Faktörleri	26
Tablo 2-5: Stres Üriner İnkontinansa Tedavi Seçenekleri.....	35
Tablo 2-6: Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	42
Tablo 2-7: Pelvik Taban Disfonksiyonlu Kadınlarda Önerilen Yaşam kalitesi ve Semptom Sorgulama Ölçekleri	51
Tablo 2-8: Uluslararası Kontinens Birliği'nin Kadın Cinsel Fonksiyon Soru Formlarını Uygulanabilirlik Durumuna Göre Sınıflaması.....	68
Tablo 2-9: Kadın Cinsel Fonksiyonunu/Memnuniyetini Değerlendirmede Tavsiye Edilen ve En Yaygın Kullanılan Cinsel Fonksiyon Soru Formları	69
Tablo 3-1: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)	78
Tablo 3-2: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=120).....	79
Tablo 3-3: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Genel Sağlık ve Üriner İnkontinans, Pelvik Organ Prolapsus Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=120).....	81
Tablo 3-4: Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği'nin Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116).....	86
Tablo 3-5: Ürogenital Distres Envanteri'nin Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)	87
Tablo 3-6: İnkontinans Etki Soru Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)	88
Tablo 3-7: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri* (n=120).....	89
Tablo 3-8: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Kapsam Geçerliği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n=10)	91

Tablo 3-9: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Madde - Toplam Puan Korelasyonları (n=120)	93
Tablo 3-10: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Madde- Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=120).....	95
Tablo 3-11: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Alt Boyutlarının Toplam Puanla Korelasyonları (n=120).....	96
Tablo 3-12: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Test-Tekrar Test Puan Ortalamasının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n=40).....	97
Tablo 3-13: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116).....	101
Tablo 4-1: Kadınların Ameliyat Gruplarına Göre Dağılımı (n=116)	103
Tablo 4-2: Kadınlara Uygulanan Ameliyatların Dağılımı (n=116)	104
Tablo 4-3: Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=116).....	105
Tablo 4-4: Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=116)	107
Tablo 4-5: Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116)	110
Tablo 4-6: Kadınların Sağlık Durumu ve Sorunlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116).....	112
Tablo 4-7: Kadınların Daha Önce Geçirdikleri Jinekolojik Ameliyat ve Mevcut Üİ ve/veya POP Semptomlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116).....	116
Tablo 4-8: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	131
Tablo 4-9: Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu Maddelerinin Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Dağılımları ve Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=116)	132
Tablo 4-10: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda IIQ-7 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	141
Tablo 4-11: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda UDİ-6 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	146
Tablo 4-12: Kadınların İzlem Zamanına Göre Cinsel İlişki Sıklıklarının Karşılaştırılması	147

Tablo 4-13: Ameliyat Gruplarına Göre Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Cinsel İlişki Sıklıklarının Karşılaştırılması.....	148
Tablo 4-14: PISQ-12'nin Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Madde Dağılımları ve Puan Ortalamaları Karşılaştırılması.....	155
Tablo 4-15: Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay PISQ-12 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	158

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması.....	83
Şekil 3-2: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formunun Doğrulayıcı Faktör Analizi	100
Şekil 4-1: Kadınların BFLUTS depolama alt boyut puanlarının karşılaştırılması	121
Şekil 4-2: Kadınların BFLUTS idrar yapma alt boyut puanlarının karşılaştırılması...	122
Şekil 4-3: Kadınların BFLUTS inkontinans semptomları alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	123
Şekil 4-4: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda tuvalete yetişemeden idrar kaçırma durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 8. Madde)	124
Şekil 4-5: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda idrar kaçırma sıklıklarının karşılaştırılması (BFLUTS 9. Madde)	125
Şekil 4-6: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda stres inkontinans görülme durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 10. Madde)	126
Şekil 4-7: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda nedensiz ve idrar hissi olmaksızın idrar kaçırma durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 11. Madde)	127
Şekil 4-8: Kadınların BFLUTS cinsel yaşamın etkilenmesine ilişkin alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	128
Şekil 4-9: Kadınların BFLUTS yaşam kalitesinin etkilenmesine ilişkin alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	129
Şekil 4-10: Kadınların toplam BFLUTS puanlarının karşılaştırılması	130
Şekil 4-11: Kadınların IIQ-7 fiziksel aktivite alt boyut puanlarının karşılaştırılması ..	136
Şekil 4-12: Kadınların IIQ-7 yolculuk alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	137
Şekil 4-13: Kadınların IIQ-7 sosyal aktivite / ilişkiler alt boyut puanlarının karşılaştırılması	138
Şekil 4-14: Kadınların IIQ-7 emosyonel sağlık alt boyut puanlarının karşılaştırılması	139
Şekil 4-15: Kadınların toplam IIQ-7 puanlarının karşılaştırılması	140
Şekil 4-16: Kadınların UDİ-6 irritatif / urge semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	142
Şekil 4-17: Kadınların UDİ-6 stres semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması	143

Şekil 4-18: Kadınların UDİ-6 obstrüktif/rahatsız edici semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	144
Şekil 4-19: Kadınların toplam UDİ-6 puanlarının karşılaştırılması	145
Şekil 4-20: PISQ-12 / 2. madde puan ortalamaları (cinsel ilişki sırasında orgazm olur musunuz?).....	150
Şekil 4-21: PISQ-12 / 12. madde puan ortalamaları (geçmişte yaşadığınız orgazmlarla karşılaştırdığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?).....	150
Şekil 4-22: PISQ-12 /4. madde puan ortalamaları (şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden memnun musunuz?).....	151
Şekil 4-23: PISQ-12 / 6. madde puan ortalamaları (cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmanız olur mu?).....	152
Şekil 4-24: PISQ-12 / 7. madde puan ortalamaları (dışkı veya idrar kaçırma korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?).....	152
Şekil 4-25: PISQ-12 / 8. madde puan ortalamaları (vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?).....	153
Şekil 4-26: PISQ-12 / 9. madde puan ortalamaları (cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi duygusal tepkiler gösterir misiniz?).....	153
Şekil 4-27: Kadınların toplam PISQ-12 puanlarının karşılaştırılması.....	159
Şekil 4-28: Kadınların ameliyat gruplarına göre toplam PISQ-12 puanlarının karşılaştırılması.....	160

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- Üİ : Üriner İnkontinans
- POP: Pelvik Organ Prolapsusu
- VAH: Vajinal Histerektomi
- ÖAO: Ön Arka Onarım
- ÖO: Ön Onarım
- AO: Arka Onarım
- PTD: Pelvik Taban Disfonksiyonu
- ICS : İnternational Continence Society
- POPQ: Pelvic Organ Prolapse Quantification
- IVS: İntravajinal Sling
- AAM: Aşırı Aktif Mesane
- SÜİ: Stres Üriner İnkontinans
- UUİ: Urge Üriner İnkontinans
- MÜİ: Miks üriner İnkontinans
- USIT: Urine Stream İnterruption Test
- BT: Bilgisayarlı Tomografi
- MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
- FES: Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon
- MMK: Marshal Marchetti Krantz
- TVT: Tension-Free Vaginal Tape
- TOT: Transobturator Tape
- TVT-O: Tension-Free Vaginal Tape Obturator
- AÜS: Artifisiyel Üriner Sfinkter

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SRMR: Standardized Root-Mean-Square Residual

PISQ : Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire

UDI: Urogenital Distress Inventory

IIQ: Incontinence Impact Questionnaire

BFLUTS: Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms

CVI : Content Validity Index

TAK: Temiz aralıklı kateterizasyon

MÜS: Midüretal Sling

BKİ : Beden Kitle İndeksi

ÖZET

ÇELİK, D.B. (2012). Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Uygulanan Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler: Pelvik taban cerrahisi, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, cinsel fonksiyon, yaşam kalitesi, hemşirelik

Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların yaşam kaliteleri ve cinsel işlevlerinin nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla yapıldı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği'ne ve Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğine Aralık 2008 – Mayıs 2010 tarihleri arasında başvuran üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsusu tanısı konmuş ve cerrahi tedavi uygulanacak olan ve araştırma kriterlerine uygun kadınlar araştırma kapsamına alındı. Araştırma Üİ cerrahisi uygulanan (TOT) 42 hasta, POP cerrahisi uygulanan (VAH/ÖAO+Suspansiyon) 35 hasta, ve Üİ ve beraberinde POP cerrahisi uygulanan (TOT/VAH/ÖAO+Suspansiyon) 39 hasta olmak üzere (3 grup olarak) toplam 116 hasta ile gerçekleştirildi.

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği- BFLUTS, Urogenital Distress Envanteri (UDİ-6), İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7) ve Pelvik Organ Prolapsusu /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu (PISQ-12) kullanıldı. Formlar kadınlara preoperatif ve postoperatif 6. ayda uygulandı.

Tüm grubun (n=116) postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomlarında ileri düzeyde düzelme olduğu belirlendi. Tüm grubun IIQ-7 ve UDİ-6 skorlarının ve alt boyut skorlarının postoperatif 6. ayda ileri düzeyde azaldığı ve yaşam kalitelerinde olumlu yönde gelişme olduğu saptandı.

Her bir ameliyat grubunun kendi içinde preop ve postop 6. ay değerlendirmesi yapıldığında grupların postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomlarında düzelme olduğu ve IIQ-7 ve UDİ-6 toplam skor ve alt boyut skorlarında ileri düzeyde azalma olduğu ve yaşam kalitelerinde olumlu yönde gelişme olduğu görüldü.

Tüm grubun, postoperatif 6. ayda PISQ-12 toplam puanlarında anlamlı düzeyde artış olduğu ve cinsel fonksiyonlarında gelişme olduğu görüldü. Her bir ameliyat grubunun preop ve postop 6. ay cinsel fonksiyon değerlendirmesinde, Üİ ve Üİ+POP cerrahisi yapılan iki grupta PISQ-12 puanlarında anlamlı düzeyde artış ve cinsel fonksiyonlarında gelişme olurken, POP cerrahisi grubunda preop döneme oranla postop 6. ayda cinsel fonksiyonda değişim olmadığı saptandı.

Sonuç olarak Üİ ve/veya POP cerrahisi sonrası kadınların postoperatif 6. ayda yaşam kaliteleri ve cinsel fonksiyonlarının olumlu yönde değiştiği belirlendi.

ABSTRACT

ÇELİK, D.B. (2012). Evaluation of Quality of Life and Sexual Function in Women Undergoing Surgery for Urinary Incontinence and / or Pelvic Organ Prolapse. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Obstetric and Gynecologic Nursing. Doctoral Dissertation. Istanbul.

Key Words: Pelvic floor surgery, pelvic organ prolapse, urinary incontinence, sexual function, quality of life, nursing

This research was conducted to determine how the quality of life and sexual function are affected in women undergoing surgery for urinary incontinence and / or pelvic organ prolapse.

Women who applied to Gynecology polyclinics and Urogynecology Clinic at Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology between December 2008 – May 2010, diagnosed with urinary incontinence and / or pelvic organ prolapse will be treated surgically and met the research criteria, were included in the study. The research was carried out with 42 patients who underwent urinary incontinence surgery (TOT), 35 patients who underwent POP surgery (VAH/APR +Suspension) and 39 patients who underwent UI+POP surgery (TOT/VAH /APR +Suspension), totally 116 patients in three groups.

Data were collected using a questionnaire prepared by the researcher in accordance with the literature, Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Scale - BFLUTS, Urogenital Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Questionnaires were administered to women preoperatively and sixth month after operations.

In the total group (n = 116), significant improvements were determined in lower urinary tract symptoms at postoperative sixth month. There was a highly significant decrease in IIQ-7 and UDI-6 scores and the subscale scores of the entire group at postoperative sixth month and quality of life was affected positively.

Evaluations within each group at preoperative period and postoperative six month showed that lower urinary tract symptoms were improved, IIQ-7 and UDI-6 total score and subscale scores decreased significantly and quality of life was affected positively at postoperative six months, in all groups.

PISQ-12 total scores increased significantly and sexual function improved at postoperative six months in all groups. In the evaluation of sexual function in each operation group at preoperative and postoperative six months, PISQ-12 scores of UI and UI+POP were found to be increased significantly, while there was no change in sexual function in women in the POP surgery group at postoperative six months compared with preoperative period.

As a result, it was determined that quality of life and sexual function of women changed positively at six months after UI and/or POP surgery.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşamdan beklentilerinin artması ile birlikte 20. yüzyılın ortalarından itibaren yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmış ve yaşam kalitesinin önemi artmıştır. Kısa/uzun süreli yaşanan sağlık sorunları ve kronik hastalıklar kişinin yaşam aktivitelerini sınırlayabilmekte ve beraberinde yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Kelleher ve Radley 2006; Avery ve Donovan 2008). Her yaştaki kadını etkileyen, yaygın olarak görülen üriner inkontinans /pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban bozuklukları da kadının sadece tıbbi sorunu olmayıp beraberinde bireyi fiziksel, hijyenik, psikososyal, ekonomik ve cinsel yönden etkileyen kısacası yaşam kalitesi kapsamında tüm alt boyutları etkileyen, uzun süreli yaşanan sağlık sorunlarından birisidir (Ko ve ark. 2005; Kocak ve ark. 2005; Rogers ve ark. 2006).

Pelvik taban bozuklukları kadınları %41-65 oranında etkileyen en sık ve en yaygın görülen sağlık problemidir (Rogers ve ark. 2006; Pauls ve ark. 2007). Üriner inkontinans (Üİ) prevalansının dünya popülasyonunda en geniş sınırlarıyla %17 ile % 58,4 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Biri ve ark. 2006; Schimpf ve ark. 2007; Van der Vaart ve ark. 2007). Türkiye’de Üİ prevalansının da % 25,8 ile % 68,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve Beji 2004; Kocak ve ark. 2005; Oskay ve ark. 2005). Pelvik organ prolapsusu (POP) prevalansı ise yapılan çalışmalarda Women’s Health Initiative (Kadın sağlığı insiyatif) çalışmasında 50-79 yaşları arasında ortalama %41 olarak saptanmış, aynı çalışmada kadınların %34’ünde sistosel, %19’unda rektosel ve %14’ünde uterin prolapsus saptanmıştır (Hendrix ve ark 2002). Epidemiyolojik bir çalışmada da 45-85 yaşları arasında POP prevalansı %40, (Slieker-ten ve ark.2004), en son bu konuda birçok çalışmanın incelendiği bir makalede de yaklaşık 83.000 kadın incelendiğinde POP prevalansının %3,4 ile %56,4 arasında değiştiği belirlenmiştir (Walker ve Gunasekera 2011). Pelvik organ prolapsusu veya üriner inkontinans bireyde tek başına bulunabilirken aynı bireyde bazen birlikte görülebilir. Yapılan çalışmalarda POP olan kadınların %59’unda ürodinamik yöntemlerle hiçbir şikayeti olmaksızın gizli üriner inkontinansın olduğu gösterilmiştir (Schimpf ve ark. 2007). Üriner inkontinans veya pelvik organ prolapsusu olan kadınların dörte biri bu sorunlara bağlı olarak yaşam

kalitelerinin önemli derecede azaldığını ve cinsel yaşamlarının bozulduğunu bildirmişlerdir (Helstrom ve Nilsson 2005).

Üİ direk kişinin yaşamını tehdit eden bir olay olmasa da genel kadın popülasyonunun yaklaşık %15-30'unun, orta yaş kadınların %20'sinin, yaşlı kadınların ise %45'inin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Stach - Lempinen ve ark. 2004). Üİ'li bireyler yaşadıkları rahatsızlıktan dolayı kendine olan güvenlerinin azaldığı, kendilerini bağımlı olarak gördükleri, toplumda kendilerini diğer insanlardan farklı hissettikleri ve sosyal izolasyon yaşadıkları, sosyal ve fiziksel yaşantılarını kısıtladıkları, sosyal ilişkilerinin, mesleki yaşantılarının, psikolojik iyilik durumlarının, cinsel yaşantılarının ve evlilik ilişkilerinin zarar gördüğü yapılan bir çok çalışmada saptanmıştır (Chiaffarino ve ark. 2003; Ko ve ark. 2005; Papanicolaou ve ark. 2005; Kocak ve ark. 2005; Gasquet ve ark. 2006; Oh ve ark. 2008). Bununla birlikte kadınlar utanma, idrar kaçırma ve kötü kokma korkusu, kendini yetersiz ve kirli hissetme, kırgınlık, damgalanma, beden imajında bozulma, suçluluk, inkar, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşayabilmekte ve emosyonel tepkiler gösterebilmektedir bu da yaşam kalitesinin tüm yönleriyle bozulmasına yol açmaktadır (Aslan 2002; Tennstedt ve ark. 2007).

Üİ'nin yanısıra POP'un da kadının yaşam kalitesini fazlasıyla etkilediği gösterilmiştir. POP'lu kadınların sorunu olmayan kadınlara oranla yaşam kaliteleri çok daha bozuk ve beden imajları daha düşük olduğu, daha fazla utanma duygusu yaşadıkları, fiziksel ve cinsel yönden kendilerini feminen hissetmedikleri bildirilmektedir (Digesu ve ark. 2005; Jelovsek ve ark. 2006). Sonuçta Üİ/POP, kadınların psikososyal sağlığı başta olmak üzere yaşam kalitesini bozmaktadır. Yaşanan sorunun boyutu ne olursa olsun yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Karan ve ark. 2000).

Çalışmalar Üİ/POP olan kadınlarda yaşam kalitesinin bozulmasının yanı sıra yaşam kalitesinin en önemli ölçütlerinden birisi olan cinsel aktivitenin de düşük, cinsel disfonksiyonun yüksek oranda olduğunu göstermiştir (Rogers ve ark. 2006; Pauls ve ark. 2007). Bu durum yaşam kalitesinin ve ruh sağlığının daha fazla bozulmasına yol açmaktadır.

Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu olan kadınların %31-44'ün de cinsel disfonksiyon saptanmıştır (Stoutjesdijk ve ark 2006). Üriner inkontinansla

birlikte pelvik organ prolapsusu ve sadece üriner inkontinans olan kadınların cinsel fonksiyonlarının incelendiği bir çalışmada, Üİ ve POP olan kadınların sadece Üİ olan kadınlara oranla daha fazla libidodo ve cinsel heyecanlanmada azalma ve orgazma ulaşmada güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Ozel ve ark. 2006). Sadece pelvik organ prolapsusu sorunu yaşayan kadınlarda da cinsel fonksiyon benzer şekilde etkilenmektedir (Rortveit ve ark 2007).

Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu nedeniyle yaşam kalitesi her yönüyle etkilenen kadın uygun tedavi arayışı içine girmektedir. Yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesinin artması, yardım arama ve tedavi olma isteğinde aynı oranda artmasına neden olabilir (Yu ve ark. 2003, Monz ve ark 2007). Zamanında tıbbi tedaviye başvurmayan kadınların hastalığı ilerlemekte, erken tedavi şansı azalmaktadır. Üİ/ POP lu kadınların doktora başvurana kadar ortalama 9 yıl gibi uzun süre geçirdikleri tespit edilmiştir. Bu durum kadınların yaşam kalitesini bozarak tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Karan ve ark 2000).

Prolapsus veya üriner inkontinans vakalarının tahminen %11.1 inde tedavide cerrahi girişim gerektirmektedir (Schimpf ve ark 2007; Van der Vaart ve ark. 2007; Srikrishna ve ark. 2008). Cerrahi operasyonlar vajinal veya abdominal olarak yapılabilmektedir. POP ve Üİ cerrahisine yönelik tedavi seçeneklerinin artması ile birlikte uygulanan farklı cerrahi tekniklerin son yıllarda kadının yaşam kalitesi üzerine olan etkisi ve beraberinde cinsel fonksiyonun etkilenme durumu incelenmeye başlanmıştır (Rogers ve ark 2006).

Yapılan bir çok çalışmada Üİ cerrahisi sonrası 6. ayda kadınların yaşam kalitelerinin önemli derecede arttığı ve yaşamlarından memnun oldukları saptanmıştır (Holmgren ve ark. 2006; Lim ve ark. 2006). Waltregny ve arkadaşlarının (2008), 102 Üİ cerrahisi geçiren kadında 1. ve 3. yılda yaptıkları değerlendirme sonrası %70-75'nin, yaşadıkları üriner inkontinans semptomlarının ortadan kalkmasıyla birlikte yaşam kalitelerinde önemli derecede gelişme saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise Üİ cerrahisi ile birlikte pelvik taban cerrahisi geçiren kadınların pre-op ve post-op yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Domingo ve ark. 2007). Sadece POP cerrahisi geçiren kadınların yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmalarda cerrahi operasyon sonrası 6. ve 12. ayda, yaşam kalitelerinin tüm boyutlarında önemli derecede gelişme olduğu saptanmıştır (Barber, Amundsen ve ark. 2007; Fayyad ve ark. 2008).

Literatürde pelvik taban cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisine yönelik yapılan çalışmaların sonuçları değişkenlik göstermektedir. Vajinal cerrahi sonrası cinsel yaşam gelişebilir, değişmeyebilir ya da kötüleşebilir (Rogers ve ark. 2006; Stoutjesdijk ve ark. 2006; Pauls ve ark. 2007; Dalpiaz ve ark. 2008). Sadece Üİ cerrahisi geçiren kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirildiği bir çalışmada kadınların cinsel fonksiyonlarının değiştiği, cinsel yönden daha aktif olduğu, öncesinde yaşanan dispareni önemli derecede azalma olduğu, orgazm sıklığında artma olduğu ve koital inkontinans oranında da önemli düzeyde azalma olduğu gösterilmiştir (Ghezzi ve ark. 2005).

Pelvik organ prolapsusuna yönelik uygulanan cerrahi girişim sonrasında cinsel fonksiyonun bozulduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra iyi yönde geliştiğini gösteren çalışmalarda vardır. Pelvik organ prolapsusu cerrahisi sonrası 6. ayda cinsel fonksiyonunun değerlendirildiği bir çalışmada kadınların yarısı cinsel ilişkide sorun yaşamamış, ilişkiden memnun kalma oranında ve ilişki sıklığında artma olmuş, dispareni azalmış ve koital inkontinans oranı düşmüştür (Stoutjesdijk ve ark. 2006). Pauls ve arkadaşlarının (2007), vajinal rekonstrüktif cerrahi geçiren 51 kadının pre-op ve post-op 6. ayda cinsel fonksiyonlarını değerlendirdiklerinde sadece Üİ cerrahisi ve Üİ ile POP cerrahisini birlikte geçiren kadınlarda, anatomik ve fonksiyonel düzelmeye rağmen cinsel fonksiyonlarında ve cinsel aktivite sıklığında bir değişim/ilerleme olmadığı saptanmıştır (Pauls ve ark. 2007).

Ülkemizde üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsusu cerrahisinin kadının yaşam kalitesi ve cinsel işlevi üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu bilgiler doğrultusunda çalışma, üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel işlevi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla yakından ilişkilidir. Hemşireler cerrahi girişim geçiren kadına yardımda bulunarak, etkilenen yaşam kalitesinin ve cinsel yaşamının/evlilik ilişkisinin geliştirilmesine katkıda bulunan multidisipliner ekibin ayrılmaz bir parçasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya popülasyonu giderek yaşlanmaktadır. 20. yüzyılda kadınlarda, özellikle gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi neredeyse iki katına ulaşmak üzeredir. Türkiye’de de ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre kadınlarda 2000 yılı doğuştan beklenen yaşam süresi 72,8 iken 2020 yılında 76,1’e ulaşacaktır. Yaşlı kadın nüfusunun artışı ve özellikle kaliteli ve daha aktif yaşam arzusu dikkate alındığında, pelvik taban disfonksiyonunun (PTD) görülme olasılığı daha da artacaktır (Yalçın 2009a).

2.1. Pelvik Taban Disfonksiyonu

Pelvik taban disfonksiyonu üriner inkontinans, fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, alt üriner sistem ve defekasyonla ilgili diğer fonksiyon bozukluklarını kapsamaktadır. Normalde pelvik taban, anatomik olarak abdominal basınç artışlarına ve günlük aktivitelerde hareketlerle ilişkili değişikliklere karşı alt üriner sistem, defekasyon ve koitus, konsepsiyon fonksiyonlarını normal sürdürecektir yapıyı korumalıdır. Pelvik taban disfonksiyonları pelvik tabanı oluşturan kas, sinir ve bağ dokusu yapılarındaki hasarlardan kaynaklanmaktadır (Güngör ve Çetinkaya 2009a). Yaşamı boyunca bir kadının pelvik taban disfonksiyonu sonucunda özellikle üriner inkontinans ya da prolapsus nedeniyle veya her iki sorun nedeniyle cerrahi operasyon geçirme oranı %11,1 olarak bildirilmektedir (Fialkow ve ark. 2008; Strohbehn ve ark. 2008). Bu kadınların üriner inkontinans ya da prolapsus nedeniyle tekrar cerrahi operasyon geçirme oranı % 30 dur (Strohbehn ve ark. 2008; Armitage ve ark. 2012).

Nygaard (2008), 20 yaş ve üstü 1916 kadında PTD prevalansını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada en az bir kez PTD’nu yaşayan kadınların oranı ortalama % 23,7 dir. Bu kadınların %15,7’si üriner inkontinans, %9,0’ı fekal inkontinans, %2,9’u POP deneyimlemiştir. En az bir PTD’u rapor eden kadınların oranı yaşla birlikte artış göstermiştir. 20-39 yaş arasında %9,7, 40-59 yaş arasında %26,5, 60-79 yaş arasında %38, 80 yaş ve üzerinde ise %49,7 oranında PTD’u yaşandığı saptanmıştır (Nygaard 2008).

Pelvik taban disfonksiyonlarından olan ve jinekolojide en sık görülen problemlerden birisi pelvik organ prolapsusudur.

2.1.1. Pelvik Organ Prolapsusu (POP) ve Tanımları

Pelvik organ prolapsusu (POP), pelvik destek dokusunun herhangi bir nedenle zayıflaması sonucu pelvik organların/mesane, uterus ve rektumun normal yerinden aşağıya veya öne doğru yer değiştirmesi olarak tanımlanır (Glowacki ve Wall 2003; Swift 2005; Çapar ve Balcı 2009). POP 4500 yıl önceki tıbbi kayıtlara göre çok eskiden bu yana kadınları etkilediği bilinen bir durumdur. Prolapsus önemli fonksiyonel sorunlara neden olmaktadır. Stres üriner inkontinans, idrar yapma güçlükleri ve defekasyonla ilgili yaşanan problemler prolapsusla ilişkili olabilmektedir (DeLancey 2008). POP tüm dünyada sıklıkla karşılaşılan ve yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir problem olmasına karşın nadiren morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır (Güven ve ark. 2006).

Uluslararası Kontinens Derneği (International Continence Society - ICS) tarafından 1996 yılında “Pelvic Organ Prolapse Quantification” (POPQ) denilen pelvik organ prolapsus sınıflandırma sistemi geliştirilmiş ve 2002 yılında güncellenmiştir (Abrams ve ark. 2002). Bunun amacı, pelvik organ prolapsusunun tanımlanması, terminoloji ve klinik değerlendirmede standardizasyondur. Buna göre pelvik organ prolapsusu vajen ön duvarı, vajen arka duvarı, uterus veya vajen kubbesinin (histerektomi sonrası) aşağı doğru yer değiştirmesidir, prolapsusun olmayışı evre 0 olarak tanımlanırken prolapsusun varlığı evre I’den IV’e kadar derecelendirilmektedir (Bump ve ark. 1996; Schorge ve ark. 2008; Güngör ve Çetinkaya 2009a).

Vajen ön duvar prolapsusu (sistosel): Vajen ön duvarı ve üzerindeki mesane tabanının vajene doğru sarkmasıdır. Uluslararası Kontinens Derneği sistosel yerine vajen ön duvar prolapsusu teriminin kullanılmasını önermektedir (Glowacki ve ark. 2003; Demirci F 2009). Vajen ön duvar prolapsusu pelvik organ prolapsuslarının en sık görülen tiplerindendir, tek başına görülebildiği gibi, sıklıkla diğer prolapsus tipleriyle beraber görülmektedir (Güven ve ark.2006).

Vajen ön duvar prolapsusu olan kadınlarda vajende dolgunluk ve basınç hissi, pelvik basınç ve ağrı, bel ağrısı, koitusta zorlanma, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, dizüri gibi semptomlar olabilir. İleri derece prolapsuslarda ise miksiyon yapamama görülür. Ayrıca vajen ön duvar prolapsusu varlığında mesane boynu hipermobilitesine bağlı stres inkontinans ve idrar yapma bozuklukları eşlik edebilir (Güven ve ark. 2006; Demirci F 2009).

Üretrosel: Üretra tabanının vajene doğru sarkmasıdır (Çapar ve Balcı 2009).

Vajen arka duvar prolapsusu (rektosel): Rektum ön duvarının vajen arka duvarına doğru fıtıklaşmasıdır. Aşağı, orta ya da yüksek tipleri tanımlanmıştır. Yüksek vajen arka duvar prolapsusu, uterin desteğin kaybı ve uterin desensus ile birlikte görülmekte, orta seviyedeki vajen arka duvar prolapsusu rektovajinal septumdaki yırtıklara bağlı olmakta, düşük seviyeli vajen arka duvar prolapsusu ise doğum travması ve perineal defektlere bağlı gelişmektedir. Vajen arka duvar prolapsusu küçük ise asemptomatiktir, ama büyük ise vajende dolgunluk hissi yapar ve en önemli sorun defekasyon sırasında yaşanır. Rektumun tam olarak boşaltılamamasına yol açar, hastalar ancak parmaklarıyla vaginal arka duvarına baskı uygulamak tarzında bir manevrayla boşalmayı sağlarlar. Ayrıca rektal ağrı, dispareni, konstipasyon, ıkınmaya bağlı hemoroid, anal fissür ve beraberinde rektal kanama gibi ek semptomlara neden olabilir (Alabaz 2009).

Enterosel: Peritoneal kese içinde ince barsakların rektum ve vajen arasından pelvik tabana herniasyonudur. Genelde hysteretomi sonrası ve vaginal kaf (tepe) prolapsusu ile birlikte olur. Enterosel, genellikle birlikte olan prolapsus bulgularının yanı sıra vajende kitle, basınç hissi, dispareni gibi semptomlara neden olabilir (Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Uterin prolapsus: Uterus ve serviksin aşağı, himenal halkaya doğru vagina boyunca yer değiştirmesidir. Uterin prolapsusda hastalarda bel ağrısı, batın alt kadrantlarında künt ağrı, pelvik basınç, vajende dolgunluk veya dışarda görülen kitle, dispareni, sık vajinal enfeksiyon gibi semptomlar olabilir. Ayrıca serviksin mekanik irritasyonuna bağlı ülserasyonlar ve buna bağlı kanama şikayeti olabilir (Güven ve ark.2006; Çapar ve Balcı 2009).

Vajinal kaf/vault (güçük) prolapsusu: Histerektomi sonrasında vajinal apeksin aşağıya, himenal halkaya doğru yer değiştirmesine denir (Güven ve ark. 2006; Çapar ve Balcı 2009). Vajinal kaf prolapsusunda vajinanın dışarı sarkması, idrar şikayetleri, bel ağrısı, konstipasyon, dispareni ve vajinada ülserasyonlar görülebilir (Demir 2009).

Uterovajinal prolapsus: Vagen apeksi ve uterin serviksi yerinde tutan bağ sistemlerinde herhangi bir zayıflama olduğunda uterus (en uç nokta serviks) veya

histerektomi sonrası vajinal kaf (güçük) bulundukları yerden yer çekimi ve karın içi basınç artırıcı değişik faktörler etkisiyle aşağı doğru yer değiştirirler. Uterus aşağı doğru yer değiştirmeye başladığında vajinayı da beraberinde çekmeye başlar. Eğer vajinanın destek sistemleri buna direnemiyorsa beraberce introitusa doğru ilerler. Buna uterovajinal prolapsus denir (Aksakal 2009). Vajinal doğum sırasında spontan veya epizyotomi gibi iyatrojenik nedenlerle oluşan perineal yırtıklar da kendini perineal defekt olarak gösterir. Bu durum da POP kapsamı içinde ele alınmaktadır. POP sorunu olan kadında görülen semptomlar Tablo 2-1’de verildi (Jelovsek ve ark. 2007; Schorge ve ark. 2008).

2.1.2. POP Prevalansı

Tüm dünyada 50-100 milyon kişide olduğu tahmin edilen POP, Amerika’da diyabet ve peptik ulkustan daha fazla görülen ve en sık rastlanan 10 kronik hastalıktan biridir (Mant ve ark. 1997). POP en sık jinekolojik cerrahi gerektiren bir endikasyon sorunu olmasına rağmen toplum temelli epidemiyolojik düzeyde yapılmış prevalans çalışmaları çok azdır (Jelovsek ve ark. 2007). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların %43 – 76’sında değişen derecelerde, %7’sinde ise himenal halkayı aşan düzeyde POP görülmektedir (Swift ve ark. 2005). POP en sık anterior kompartmanda daha sonra posterior kompartmanda ve en az apikal kompartmanda meydana gelebilmektedir (Hunskar ve ark. 2005). Women’s Health Initiative (Kadın Sağlığı İnisiyatifi) çalışması kapsamındaki iki çalışmada, 50 – 79 yaş grubu kadınların % 41,1’inde değişen düzeylerde POP olduğunu, Vajen ön duvar prolapsusu prevalansının %24,6 - %34,3 arasında değiştiğini, %12,9 – 19 arasında vajen arka duvar prolapsusu olduğunu ve %3,8 ile 14,2 oranında uterin prolapsus olduğu gösterilmiştir (Hendrix ve ark. 2002; Handa, Garrett ve ark. 2004a). Bu konuda bir çok çalışmanın incelendiği bir makalede de yaklaşık POP prevalansının %3,4 ile %56,4 arasında değiştiği bildirilmektedir (Walker ve Gunasekera 2011). POP vakaları incelendiğinde çoğunluğunda I.hafif ve II.orta derecede POP saptanmıştır. Çok merkezli yapılan bir çalışmada 18 - 83 yaş grubu 1006 kadının %38’inde I. derece, %35’inde II. derece, %2’sinde III. derece POP saptanmıştır (Swift ve ark. 2003). Dolayısıyla yetişkin kadınların çoğunda uterovajinal destek yetersizliği mevcuttur. POP’un semptom düzeyindeki prevalansı %7 - 23 arasında değişmektedir (Hunskar ve ark. 2005).

POP'un cerrahi girişimine ait çalışmalar sınırlıdır. Cerrahi tedavi kararı, hastanın ve hekimin tutumuna, girişimin maliyetine ve sağlık bakım yaklaşımına göre değişebilmektedir. POP'un cerrahi girişim insidansı yaşla birlikte artış gösterir, 50 yaş altında insidans azalırken 50 yaş üstünde insidans artar, 60-69 yaş grubunda pik yapar (Hunskaar ve ark. 2005; Jelovsek ve ark. 2007). Oxford Aile Planlama Teşkilatı tarafından 25-39 yaş arası 17,000'den fazla kadın yaklaşık 26 yıl boyunca takip edildiğinde hastaneye prolapsus tanısıyla başvuranların yıllık insidansının %0,204, prolapsus cerrahisinin yıllık insidansının %0,162 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada yapılan tüm histerektomilerin %14'ü genital prolapsus nedeniyle yapıldığı belirlenmiştir (Mant ve ark. 1997). Önümüzdeki 30 yılda, 50 yaş üzeri kadınların artışıyla orantılı olarak cerrahi gerektiren POP oranının %45 olacağı tahmin edilmektedir (Luber ve ark. 2001). Çoğunlukla post menopozal kadınlarda histerektomilerin önde gelen sebebi olan POP tüm yaş gruplarında yapılan operasyonların %15-18'inden sorumludur. Vakaların %29'unda tekrar cerrahi girişim gerekmektedir (Hunskaar ve ark. 2005; Jelovsek ve ark. 2007).

Tablo 2-1: Pelvik Organ Prolapsusunda Görülen Semptomlar**Vajinal Semptomlar**

- Vajinada dolgunluk ve / veya kitle
- Vajinada basınç hissi
- Vajinada ağırlık hissi

Üriner Semptomlar

- İdrar kaçırma
- Sık idrara çıkma
- İdrara sıkışma (urgency) ve /veya idrara sıkışma ile birlikte idrar kaçırma (urge inkontinans)
- Zayıf ya da uzamış idrar akımı
- İşeme sonunda damla damla idrar yapma
- İdrar yaparken duraksama
- Mesanenin tamamen boşalamadığı hissi
- İdrarı başlatmak ya da tam olarak boşaltmak için prolapsusun elle düzeltilmesi
- İdrarı başlatmak ya da tam olarak boşaltmak için pozisyon değiştirme

Barsağa özgü semptomlar

- Gaz kaçırma, sulu ya da sert dışkı kaçırma
- Barsakları tam olarak boşaltamama hissi
- İkınarak defekasyona çıkma
- Acilen defekasyona çıkma ihtiyacı hissetme/sıkışma hissi
- Defekasyonu başlatmak ya da tamamlamak için vagina ya da perineye elle baskı yapma
- Defekasyon sırasında engellenme ya da tıkanıklık hissetme

Cinsel Semptomlar

- Disparoni
- Anorgazmi
- Vaginal kitle
- Duyu kaybı
- Uyarılmada azalma
- Koitus esnasında inkontinans

Ağrı

- Bel ağrısı
- Vajinada, perinede ya da rektumda ağrı
- Pelvik ağrı

2.1.3. POP'un Risk Faktörleri

Pelvik organ prolapsusunun etyolojisi multifaktöriyeldir. Pek çok risk faktörü hastadan hastaya değişmekle birlikte tek başına olmaktan ziyade, kombine olarak ve uzun zaman içinde POP'a neden olmaktadır. Vajinal doğum, yaş ve obezite POP'un kesin en geçerli risk faktörleridir (Tablo 2-2) (Jelovsek ve ark. 2007; Daneshgari ve Moore 2008; DeLancey 2008; Güngör M ve Çetinkaya 2009a).

Tablo 2-2: Pelvik Organ Prolapsusu Risk Faktörleri

Kesin/geçerli olan risk faktörleri

- Vajinal doğum
- Yaş
- Obezite

Potansiyel risk faktörleri

- **Genetik faktörler**
 - Irk
 - Aile öyküsünde POP varlığı
 - Bağ dokusu hastalıkları
 - **Obstetrik faktörler**
 - Gebelik
 - Forseps veya vakum ekstraksiyonla müdahaleli doğum
 - Doğumun 2. evresinin uzaması
 - İri bebek
 - **Artmış abdominal basınç**
 - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)
 - Ağır kaldırmayı gerektiren meslekler
 - Batında asit
 - Kronik konstipasyon
 - **Histerektomi öyküsü**
-

2.1.4. Pelvik Organ Prolapsusunun Değerlendirilmesi ve Sınıflaması

Herhangi bir tıbbi sorunda olduğu gibi POP'nun değerlendirilmesine ayrıntılı bir öykü (obstetrik öykü, jinekolojik öykü, ürolojik öykü, tıbbi öykü, cerrahi öykü) ile başlanır ve amaca yönelik bir fizik muayene ve jinekolojik muayene ile devam edilir. POP'un klasik semptomları genellikle ileri evrelerde görülmekle beraber bel ağrısının ileri evrede daha az görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur (Heit ve ark. 2002). POP'un değerlendirilmesinde, özellikle erken evre kadınlarda normal ve anormal sınırlar kesin olarak çizilmemiştir. Bu durumlarda önemli olan hastanın semptomlarının dikkate alınmasıdır (Blaivas ve Sandha 2008; Aşkar ve Akman 2009). Bu nedenle POP'u olan hastaların değerlendirilmesinde yapısal semptomların yanı sıra vajinaya ait, alt üriner sistemi, barsakları, cinsel hayatı ve bunların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini içeren fonksiyonel semptomlar da (Tablo 2-1) göz önünde bulundurularak sorgulanmalıdır (Jelovsek ve ark. 2007). Ellerkmann ve arkadaşlarının (2001), prolapsusu olan 237 kadını inceledikleri çalışmalarında bu hastalarda % 63 prolapsusla, %73 üriner inkontinansla, %86 idrara sıkışma ve sık idrar gitme, %62 işeme disfonksiyonu, %31 fekal inkontinansla ilgili semptomlar tespit etmişlerdir (Ellerkmann ve ark. 2001).

POP'un evrelendirilmesi özellikle çalışmalardaki grupların tanımlanması ve karşılaştırılabilmesi, prolapsusla ilgili semptomların ve değişik tedavi yöntemlerinin başarısının değerlendirilebilmesi ve araştırmacılar arasında ortak bir dilin oluşturabilmesi açısından gereklidir (Tosunoğlu, 2010). Pelvik organ prolapsusunun evrelendirilmesinde çeşitli sınıflamalar kullanılmıştır. Ancak son yıllarda merkezler arası standardizasyonu sağlamak amacıyla POP-Q (Pelvic Organ Prolapsus Quantification) sistemi kullanılmaktadır. Pelvic Organ Quantification (POP-Q) / Pelvik organ prolapsusu ölçme sistemi 1996 yılında Bump ve arkadaşları tarafından geliştirilen, International Continence Society (ICS) tarafından kabul edilen ve onaylanan ölçme sistemidir (Bump ve ark. 1996).

Değerlendirme sisteminin temel ve sabit referans noktası olarak himen kullanılır. Prolabe olan organın himene göre olan uzaklığı cm cinsinden ifade edilir. Prolabe olan organ himenin gerisinde ise uzaklık önüne (-) işareti alırken, himenin ilerisinde ise (+) işareti alır (Yaşa 2009). POP-Q sınıflamasına göre POP evrelendirilmesi Tablo 2-3 de gösterilmiştir (Aşkar ve Akman 2009).

POP-Q sınıflamasının avantajı; prolapsusun birçok vajinal noktada değerlendirilmesi, belirgin bir anatomik nokta (himen) alınarak standardize edilmesi, hem ayakta iken hem de yatar pozisyonda değerlendirme yapıldığında sonuçların çok değişmemesidir (Swift ve Herring 1999). En fazla prolapsus boş mesane ile ve ayakta iken değerlendirilir (Aşkar ve Akman 2009). POP-Q sınıflamasının dezavantajı ise öğrenilmesinin uzun süre alması ve zor olmasıdır (Visco ve ark. 2003).

Tablo 2-3: POP-Q Sınıflamasına Göre POP Evrelemesi

Evre	Tanı
0	Prolapsus yok
1	Prolabe olan kısmın en distal bölümü himenin 1 cm yukarısındadır (< -1cm).
2	Prolabe olan kısmın en distal bölümü himenin 1 cm yukarısındaki veya aşağısındaki aralıkta bulunmaktadır ($\leq +1$ cm ve ≥ -1 cm)
3	Prolabe olan kısmın en distal bölümü himenin 1 cm aşağısındadır, fakat total vajinal uzunluk (TVL) -2 cm. den daha fazla prolabe değildir (> +1 cm ve < TVL -2 cm).
4	Prolabe olan kısmın en distal bölümü en az TVL – 2cm’den daha fazla prolabe olmuştur ($\geq$ TVL -2 cm)

ICS ve Amerikan Ürojinekoloji Birliği’nin üyelerine yapılan bir ankette, araştırmaya katılanların %40.2’si rutin de POP-Q sınıflamasını kullanırken, %33.5’i bu sistemi hiç kullanmadıklarını, %15.8’i daha basit sınıflama sistemlerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Weber ve Richter 2005). Ayrıca bu sınıflama sistemi, vajen yüzeyinde belirli spesifik noktaların ölçümünü yapmaktadır. Bununla birlikte tedavi ve prognoz açısından büyük önem taşıyan lateral veya santral defektleri, üretral mobilite, paravajinal defektler, vajinal çap hakkında bilgi vermemesi de diğer bir dezavantajdır (Muir ve Stepp 2003).

POP-Q sınıflamasının daha kolay öğrenilmesi ve uygulanabilmesinin sağlanması amacıyla 2000 yılında düzeltilmiş New York Sistemi belirtilmiştir Bu sistemde hasta ıkındığında prolabe olan ön, arka ve lateral kısımların her biri için küçük (< 3 cm), orta (3-6 cm) ve büyük (>6 cm) olarak iskiyal spina, ütrovezikal bileşke ya da himene göre belirlenir (Scotti ve ark. 2000).

POP değerlendirildikten sonra mutlaka her kadında pelvik kasların muayenesi yapılmalıdır. Bu muayene ile pelvik kas egzersizinden fayda görecektir olan grup belirlenebilir. Ayrıca rektovajinal muayene yapılarak anal sfinkter tonus azalması, anal

sfinkter defekti, hemoroid ve rektal prolapsus not edilmelidir. POP hastalarına genellikle üriner inkontinans şikayetleri de eşlik etmektedir. Bu nedenle kadınların prolapsusa ek olarak üriner enfeksiyon için tarama, idrar yapımı sonrası rezidüel idrar volümü ve mesane duyusunun varlığı veya yokluğu araştırılmalıdır. Rezidüel volümün 100 ml üzerinde olması genellikle mesanenin yetersiz boşalmasını gösterir (Güven ve ark. 2006).

2.1.5. Pelvik Organ Prolapsusunun Tedavisi

Tedavide semptomların ortadan kaldırılması amaçlanır ve tedavinin yararları her zaman getireceği risklerinden fazla olmalıdır. Tedavi seçimi yaşanan semptomların şiddetine, tipine, kadının yaşına, var olan tıbbi hastalıklarına, cinsel fonksiyon durumuna ya da fertlitesine ve tekrarlı risk faktörlerine göre değişir (Rojas ve Cundiff 2007; Norton 2008b; Nygaard 2008). POP'un tıbbi tedavisi cerrahi, cerrahi olmayan / konservatif tedavi ve izlem olmak üzere üç kategoride ele alınmaktadır. Özellikle hafif düzeyde ya da prolabe olan kısmın himenin aşağısına inmemiş olan kadınlar yaşadıkları sorundan bazen hiç rahatsızlık duymayabilir ya da hafif düzeyde rahatsızlık duyabilirler. Bu durumda en uygun yaklaşım prolapsusun gözlenmesi ve takip edilmesidir. Pelvik organ prolapsusunun semptomatik olduğu ve semptomlardan rahatsızlık duyan kişiler cerrahi olmayan/konservatif veya cerrahi tedaviyi seçebilirler. Ya da her iki tedavi kombine olarak uygulanabilir (Rojas ve Cundiff 2007; Norton 2008b; Nygaard 2008).

2.1.5.1. Konservatif Tedavi

Konservatif tedavi seçenekleri olarak pelvik kas egzersizleri, pesserler, hormon replasman tedavisi kullanılabilir (Berek 2004; Rojas ve Cundiff 2007; Aslan ve ark. 2010). Bazı araştırmacılar prolapsus ile yaşam tarzı faktörleri arasındaki ilişkiyi araştırmalarına rağmen, bugüne kadar POP'u önlemede ya da tedavide etkili olan yaşam tarzı değişikliklerinin rolü araştırılmamıştır. Konstipasyon, obezite, sigara içme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi karın içi basıncını artıran durumlar gibi risk faktörlerinin azaltılması/önlenmesi prolapsusun önlenmesinde potansiyel yaklaşımlar arasında sayılabilir (Jelovsek ve ark. 2007).

Pelvik kas egzersizlerinin stres inkontinanslı kadınlarda üretral desteği kuvvetlendirmede ve fekal inkontinansa yarar sağladığı, ancak belirgin prolapsuslu hastalarda prolapsus semptomlarını ve ilerlemesini sınırlı derecede yavaşlattığı

bildirilmektedir (Berek 2004; Jelovsek ve ark. 2007; Schorge ve ark. 2008; Rojas ve Cundiff 2007; Nygaard 2008). Piya-Anat ve arkadaşlarının (2003), yaptığı çalışmada da günlük yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin anterior prolapsusun ilerlemesini yavaşlatabildiğini saptamışlardır (Piya-Anant ve ark. 2003). Prolapsusun önlenmesinde ve tedavisinde pelvik egzersizlerin etkinliğini destekleyen yeterli bilimsel kanıt yoktur (Hagen ve ark. 2006). Yine de prolapsusun önlenmesinde ve diğer tedavi seçeneklerini kabul etmeyen asemptomatik veya hafif düzeyde prolapsusu olan kadınlarda pelvik egzersizler tercih edilebilir (Rojas ve Cundiff 2007; Nygaard 2008; Schorge ve ark. 2008).

Pesserler en sık vajen ön duvar prolapsusu, vajen arka duvar prolapsusu, uterin prolapsus gibi pelvik destek kayıplarının cerrahi olmayan tedavilerinde kullanılan, vajene yerleştirilen serviksi, uterusu yukarı kaldırarak pelvik yapıları destekleyen araçlardır (Jelovsek ve ark. 2007; Nygaard 2008; Sivaslıoğlu 2009; Aslan ve ark. 2010). Son yıllarda ilgi çeken bir yöntemdir. Bu nedenle çok çeşitli ve sayıda silikon ya da plastikden üretilmiş pesser vardır. Günümüzde 20 den fazla çeşit pesser mevcuttur. Uzun ömürlü olması, tekrarlı temizlemeye olanak vermesi, sekresyon ve kokuları absorbe etmeyen, sabit ve hipoallerjenik olması nedeniyle en sık silikondan üretilen ve ring (halka) tipi pesserler tercih edilmektedir. Ancak prolapsusun derecesine göre şekli değişebilmektedir (Jelovsek ve ark. 2007; Norton 2008b; Schorge ve ark. 2008; Sivaslıoğlu 2009; Aslan ve ark. 2010). Yaş ilerledikçe üreme organlarında sarkma artmaktadır. Bu hastalarda çoğunlukla eşlik eden farklı risk faktörleri bulunmaktadır ve cerrahiye uygun değildir. Ayrıca çeşitli nedenlerle cerrahinin bir süre ertelenmesi gereken hastalarda geçici bir tedavi olarak kullanılabilir (Güven ve ark. 2006 Aslan ve ark. 2010). Bunun yanında gebelikteki prolapsus vakalarında, kısa süreli pesser uygulaması yapılan çalışmalarda kabul görmüştür (Brown 1997). Gelişmiş ülkelerde jinekologların %86'sı, ürojinekologların ise %98'i prolapsus endikasyonu ile pesser reçete ederken (Cundiff ve ark. 2000) ülkemizde bu oranlar çok düşüktür.

Literatürde pesserlerin endikasyonlarına, kullanımına ve etkinliğine yönelik çalışmalar çok nadirdir (Jelovsek ve ark. 2007; Nygaard 2008). Pesserin takılıp çıkarılması hastaya öğretilmelidir. Pesser kullanımının en yaygın komplikasyonları sıklıkla vajen mukozasının irritasyonu ve ülserasyonu, vajinal kanama ve akıntı, enfeksiyon, pesserin vajen duvarına gömülmesi, mesane erezyonu, perforasyonu, üreter

obstrüksiyonu, barsak obstrüksiyonu, vezikovajinal, rektovajinal fistüller, vajinal kanser gelişebilir, koitusda zorluk yaşanabilir. Basit vajinal hijyen ve düzenli kontrol pessere bağlı komplikasyonları önemli derecede azaltabilecektir (Güven ve ark. 2006; Jelovsek ve ark. 2007; Norton 2008b; Nygaard 2008; Schorge ve ark. 2008; Sivaslıoğlu 2009; Aslan ve ark. 2010). Ayrıca lokal ya da sistemik östrojen tedavisi vajinal mukozanın pesseri tolere etmesine yardımcı olabilir. Topikal östrojenler gibi **hormon replasman tedavisi** hastanın prolapsusunu hafifletmeyebilir ancak cerrahi tamir öncesinde yararlı olabilir (Rojas ve Cundiff 2007).

2.1.5.2. Cerrahi Tedavi

Semptomatik pelvik organ prolapsusunun yönetimi primer olarak cerrahidir. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl POP nedeniyle 200,000 den fazla cerrahi girişim yapıldığı tahmin edilmektedir (Strohbehn ve Richter 2008). 79 yaşını aşmış kadın popülasyonunun % 11-12'si en az bir kez POP veya inkontinans nedeniyle opere olmaktadır (Rojas ve Cundiff 2007). 50 yaş ve üstü kadınların %50 si fiziksel olarak prolapsus bulgularını yaşamasına rağmen bu kadınların sadece %20 den azı tedavi arama davranışında bulunmaktadır. Önümüzdeki 30 yılda, 50 yaş üzerindeki kadınların artışıyla orantılı olarak cerrahi gerektiren POP oranının %45 olacağı tahmin edilmektedir (Strohbehn ve Richter 2008).

POP olan bir kadında hangi cerrahi tedavinin uygulanacağını belirlemede yaş, var olan semptomlar, fizik muayene bulguları, çocuk isteği, seksüel fonksiyonların devamı, genel durumu, var olan medikal hastalıklar, pelvik organ prolapsusunun tipi ve derecesi, beraberinde stres inkontinans olup olmaması ve daha önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü önemlidir. Premenopozal, genç hasta grubunda histerektomi yerine daha az invazif daha konservatif tedavi şeklini tercih etmek gerekir, bunun yanında ileri yaş, ciddi medikal problemleri olan hastalarda cerrahi ve genel anestezinin riskleri düşünülerek daha kısa süreli, nispeten konservatif olan veya lokal anestezi altında yapılabilecek cerrahi prosedürler tercih edilebilir. Nullipar ya da multipar olsun fertilitatesini veya uterusunu koruma isteği olan kadınlarda uterovajinal prolapsusun cerrahi tedavisi uterus korunarak yapılmalıdır. Aktif cinsel hayatı olan hastalarda vajeni oblitere eden teknikler uygun değildir. Ameliyat sonrası yeterli vajen uzunluğu sağlanmalı ve dispareni oluşturacak derecede daraltılmamalıdır. Ayrıca seçilen yöntem

uzun süreli başarı oranına sahip olmalı ve komplikasyon oranı düşük olmalıdır (Jelovsek ve ark. 2007; Norwitz ve ark. 2007; Khan ve Wall 2008).

POP da cerrahi tedavinin amacı normal anatomiye düzeltmek, prolapsusa ait semptomları gidererek yaşam kalitesini artırmak, kontinensi (idrar / dışkı kontrolünü) ve normal barsak fonksiyonunu sürdürmek ve cinsel fonksiyonu geliştirmek ve devam ettirmektir (Norwitz ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Sokol ve Walters 2007; Strohbehn ve Richter 2008; Aksakal 2009). Bunun için ilk adım yapılacak onarım tipine karar vermektir (Rojas ve Cundiff 2007). POP'un cerrahi tedavisi genel olarak (rekonstrüktif ve obliteratif teknikler) 2 şekilde kategorize edilebilmektedir. Cerrahi tedavi en yaygın olarak abdominal ya da vajinal şekilde yapılabilmektedir (Rojas ve Cundiff 2007). Literatürde uluslararası epidemiyolojik çalışma bulguları, prolapsus cerrahisinde %80-90 oranında vajinal cerrahinin tercih edildiğini bildirmektedir (Jelovsek ve ark. 2007).

Vajen ön duvar prolapsusunun (sistosel) cerrahi tedavisi:

Vajen ön duvar prolapsusunun (sistosel) cerrahi tedavi seçenekleri var olan defektin yerine göre planlanmaktadır.

1. Kolporafi anterior
2. Paravajinal defekt onarımı
3. Meş kullanılarak yapılan vajen ön duvar prolapsus onarımı (Jelovsek ve ark. 2007; Norwitz ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Demirci F, Demirci O ve ark. 2009; Demirci 2009).

Kolporafi anterior: Bu yöntem vajen ön duvar prolapsusu tedavisi için kullanılmaktadır. Retrospektif çalışma sonuçlarına göre bu yöntemin başarı oranı % 80-100 iken, randomize çalışmalarda başarı oranı %40-60'a düşmektedir. Başarı oranlarını etkileyen en önemli faktörün paravajinal defekt tanısının atlanmış olabileceği bildirilmektedir (Jelovsek ve ark. 2007; Demirci F, Demirci O ve ark. 2009). Kolporafi anteriorda, operasyonun temelini, anatomik desteğini kaybetmesinden dolayı vajene doğru prolabe olan puboservikal fasyanın orta hatta plike edilerek tekrar güçlendirilmesi ve mesanenin yukarı doğru kaldırılması oluşturmaktadır (Demirci 2009).

Paravajinal defekt onarımı: Paravajinal defekte bağlı oluşan vajen ön duvar prolapsuslarında uygulanmaktadır. Paravajinal defekt ya abdominal ya da vajinal yoldan

düzeltilmektedir (Jelovsek ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Demirci 2009). Bu yöntemin başarı oranı %67-100 arasındadır (Jelovsek ve ark. 2007 ; Demirci 2009). Bu operasyonla vajen ön duvarına ve mesaneye fonksiyonel ve anatomik bir destek oluşturulur. Hasta da eğer ek olarak stres inkontinans varsa operasyon sayesinde SÜİ da düzeltilmektedir. Paravajinal defekt onarımında laparaskopi de kullanılmaktadır (Jelovsek ve ark. 2007; Demirci 2009). Bazı olgularda 2 tip defekt (santral ve paravajinal) birlikte bulunabilmektedir. Bu olgularda kolporafi anterioru paravajinal onarımla kombine ederek tüm defekt alanlarının düzeltilmesi gerekebilmektedir (Demirci F, Demirci O ve ark. 2009; Demirci 2009).

Meş kullanılarak yapılan vajen ön duvar prolapsus onarımı: Meş kullanımının en önemli avantajı vajen ön duvar prolapsusuna neden olan santral ve paravajinal iki defekt alanını da düzeltmesi, operasyon süresini kısaltması ve morbiditeyi azaltmasıdır. Vajen ön duvar prolapsusunun tedavisinde meş iki şekilde kullanılmaktadır.

a. **Parça meş kullanımı:** Kesilerek hazırlanan parça meşlerle (sentetik ya da biyolojik) vajen ön duvar onarımının (santral ve paravajinal defekt onarımı) yapılması şeklindedir (Jelovsek ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Demirci 2009; Demirci F, Demirci O ve ark. 2009).

b. **Standart cerrahi kitler:** Önceden kesilmiş standart meş (sentetik ya da biyolojik), taşıyıcı iğneler vb. kullanılarak vajen ön duvar onarımının (santral ve paravajinal defekt onarımı) yapılmasıdır. Bu yöntemde vajenden doku çıkarılmamakta ve vajene tesbit sütürleri konmamaktadır. Ayrıca meşle ilgili komplikasyonlar (erezyon, rejeksiyon, enfeksiyon ve disparoni) çok az görülebilmektedir. Operasyon süresinin kısa olması, başarı oranlarının yüksek olması ve normal anatomik düzelme sağlaması cerrahi kitlerin diğer avantajları arasındadır. Dezavantajı ise maliyeti ve azda olsa erozyon olasılığıdır (Jelovsek ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Demirci 2009; Demirci F, Demirci O ve ark. 2009).

Vajen arka duvar prolapsusunun (rektosel) cerrahi tedavisi:

Tedavinin amacı, prolapsusun kontrolünü sağlamak ve kontinansı normal haline getirmekle birlikte konstipasyonu önlemektir. Vajen arka duvar prolapsusu/defektleri cerrahi olarak:

1. Transvajinal (posterior kolporafi, defekte özel onarım)

2. Transanal,
3. Graft-mesh kullanımı,
4. Laparoskopik olarak onarılabilmektedir (Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Transvajinal (Posterior Kolporafi): Posterior kolporafi vajen arka duvarına pararektal ve rektovajinal fasyanın plikasyonudur (Rojas ve Cundiff 2007). Çoğunlukla levator ani kaslarının plikasyonu da yapılmaktadır. Levator ani kas plikasyonunun yüksek oranda etkili olmasına karşın belirgin oranda disparoniye neden olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle kolporafi posterior'a ek olarak levator ani kas plikasyonu özellikle cinsel aktif kadınlarda önerilmemektedir (Jelovsek ve ark. 2007; Rojas ve Cundiff 2007; Dökmeci ve Çetinkaya 2009). Defekte özel onarımda, rektovajinal fasyanın, vajen arka duvar prolapsusuna yol açan, değişik seviyelerde oluşmuş transvers, vertikal ve lateral yırtıklar tek tek onarılmaktadır. Bu yöntemle anatomik sonuçların daha iyi olduğu ve onarım sonrası disparoni şikayetinin daha az olduğu bildirilmektedir (Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Transanal yaklaşım: Vajen arka duvar prolapsusunun transanal yaklaşımla onarımı, rektumun genişlediği ve obstrüktif semptomları olan hastalarda, rektumun endorektal plikasyon sütürleri ile daraltıldığı bir yöntemdir. Eş zamanlı olarak mukozal rektal prolapsus veya hemoroid gibi anorektal patolojiler de düzeltilebilmektedir (Strohbehn ve Richter 2008; Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Graft-mesh kullanımı: Greftlerin-meshlerin vajen arka duvar prolapsus onarımında kullanımı son zamanlarda yaygınlaşmasına rağmen güvenilirliği ve etkinliğine yönelik veriler henüz yeterli değildir. Standart onarımlara üstünlükleri gösterilememiştir. Sentetik meshler biyolojik olanlara göre daha dayanıklı olsalar da erezyona neden olmaları kullanımını kısıtlamaktadır. Sentetik meshlerin neden olduğu erezyonu azaltmak için biyolojik meshlerin kullanımı gündeme gelmiştir ancak uzun dönemde yıkıma uğraması nedeniyle rekürrens oranları biyolojik meshlerde daha yüksektir (Rojas ve Cundiff 2007; Strohbehn ve Richter 2008; Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Laparoskopik yaklaşım: Vajen arka duvar prolapsusunun onarımında genellikle vajinal yaklaşım tercih edildiği için laparoskopinin rektosel onarımında kullanımına ait veri azdır. Ancak minimal invaziv oluşu, anatominin daha iyi ortaya konması ve disparoni gibi yan etkilerin daha az oluşu olumlu; operasyon süresinin uzun olması,

pahalı olması ve ileri laparoskopik beceri ve deneyim gerektirmesi ise olumsuz yönleridir. Laparoskopinin, rektosel onarımında ki yerinin belirlenmesi için henüz erkendir ve yeterli kanıt sağlayacak çalışmalara gereksinim vardır (Jelovsek ve ark. 2007; Dökmeci ve Çetinkaya 2009).

Enteroselin cerrahi tedavisi:

Enterosel genellikle vajen kaf prolapsusuyla birlikte görülmektedir. Cerrahi tedavisi abdominal, vajinal ve laparoskopik olarak uygulanabilmektedir. Moschowitz tekniği, Halban tekniği ve uterosakral ligamentin transvers plikasyonu abdominal olarak uygulanan yöntemlerdir. McCall kuldoplasti tekniği ise vajinal olarak uygulanmaktadır (Jelovsek ve ark. 2007).

Uterovajinal prolapsus ve vajinal kaf prolapsusunun cerrahi tedavisi:

Cerrahi tedavide amaç pelvik taban defektinin düzeltilmesidir. Cerrahi yaklaşım vajinal ve abdominal olmak üzere 2 yolla yapılmaktadır.

Vajinal histerektomi (VAH): Uterovajinal prolapsus, vajinal histerektominin tanımlanmış ilk endikasyonudur. Semptomatik uterin prolapsusu olan hastalarda çocuk isteği yoksa, ileri yaş ve uterusun korunması istenmiyorsa histerektomi yöntemi vajinaldır. Uterin prolapsus olgularında ek olarak diğer pelvik yapılarda da sarkmalar ve inkontinans problemleri olabilmektedir. Bu nedenle özellikle preoperatif dönemde dikkatli fizik muayene yapılarak, olası ek cerrahi prosedürler uygun olarak planlanmalıdır (Güven ve ark. 2006; Norwitz ve ark. 2007).

Vajinal histerektomi, batına girilmemesi, hastanede kalış süresinin kısalığı, postoperatif konforun daha iyi olması, iş gücü kaybının azlığı, obez hastalarda rahat uygulanabilirliği, genel durumu kötü hastalarda rejyonel anestezi şansı, hasta konforu, tecrübeli kişilerde daha kısa operasyon zamanı, daha az kan kaybı ve daha az transfüzyon gereksinimi gibi pek çok avantajlara sahiptir. Ayrıca aynı seansta hastanın pozisyonunun değiştirilmeden pelvik defektlerinin de düzeltilebilmesi abdominal girişime üstünlüğüdür. Ancak cerrahi alanın daha sınırlı olması, intraabdominal ve intrapelvik organların kontrolünün yetersiz olabilmesi ve kanama, enfeksiyon, postop idrar inkontinansı ve dispareni gibi sorunlara neden olabilmesi vajinal histerektominin dezavantajlarıdır (Aksakal 2009). **Abdominal histerektomi** de barsak yaralanması, ileus, obturator sinir yaralanması, flebit vb. komplikasyonların görülme riski daha

fazladır. Ayrıca ameliyat süresinin uzunluğu, batin insizyonu varlığı abdominal histerektominin diğer dezavantajlarından (Aksakal 2009).

Uterusun korunması istenen olgularda uteropeksi ya da Manchester Operasyonu yapılabilir. Ayrıca vajinal kubbe (kaf) desteğinin sağlanması açısından ileride oluşabilecek kaf prolapsusunu önlemek amacıyla Mc Call kuldoplasti (uterosakral ligamentlerin fiksasyonu), Mayo kuldoplasti, Sakrospinöz askı operasyonu, ve posterior İntravajinal Sling (IVS) operasyonu gibi operasyonlar histerektomi operasyonuna eklenebilmektedir (Güven ve ark. 2006; Norton 2006). Posterior İntravajinal Sling (IVS) 1997 yılında Papa Petros tarafından ilk kez tanımlanmış minimal invaziv vajinal bir yöntemdir. Teknik olarak uterosakral ligamente bir bant yerleştirmeyi içerir. Apikal ve posterior duvar defektini aynı anda düzeltir. Posterior IVS vajene daha bir anatomik pozisyon vermektedir çünkü vajenin en tepe noktasını orjinal pozisyonuna (spina iskiadikaya) asmaktadır (Theobald 2008).

Vajinal ya da abdominal histerektomi sonrası histerektominin geç gelişen bir komplikasyonu olarak %0,1 ile %18,2 arasında değişen oranlarda vajinal kubbe (kaf) prolapsusu görülebilmektedir (Norton 2006; Güner ve Arısoy 2009). Abdominal ya da vajinal histerektomilerden sonra kaf prolapsusu olguları arasında sayıca fark olmadığı ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan histerektomilerin yalnızca %20'sinin, İngiltere'de ise %21'inin vajinal olduğu ve vajinal histerektomilerin zaten destek dokuları sorunlu olanlarda uterus prolapsusu nedeniyle yapıldığından vajinal histerektomilerden sonra göreceli olarak daha çok kaf prolapsusu olduğu bildirilmektedir (Tooze-Hobson ve ark. 1998; Morley ve DeLancey 1988; Dicker ve ark. 1982; Kaynak: Demir 2009). Oluşan prolapsus hastanın günlük yaşamını olumsuz etkiliyorsa, prolapsus üretral sfinkter yetersizliği ile birlikteyse ve vajinal fonksiyon bozulmuş ve cinsel fonksiyon olumsuz etkilenmişse cerrahi tedaviye gerek vardır (Demir 2009).

Vajinal kubbe (kaf) prolapsusunun cerrahi tedavisi: Vajinal, abdominal ve laparoskopik olarak yapılmaktadır. Cerrahi tedavinin en önemli sonuçları semptomların hafifletilmesi, anatominin düzeltilmesi ve cinsel fonksiyonların sağlanmasıdır. Vajinal prosedürler kimilerince ilk tercih edilen yöntemdir, özellikle yaşlı ve düşükün hastalarda tercih edilmektedir. Uygulanan yönteme göre nüks oranları farklılık gösterebilmektedir. 5 yıllık takiplerde %30-50 arasında rekürrens bildirilmektedir (Demir 2009). Posterior

kolporafi, sakrospinöz ligaman fiksasyonu, yüksek uterosakral ligaman süspansiyonu, iliokoksigeal süspansiyonu, posterior intravajinal Sling (IVS) operasyonu, lefort kolpopleksis ve total kolpektomi ve kolpopleksis operasyonları vajinal yolla yapılan cerrahi girişimlerdir.

Abdominal prosedürlerde operasyon sonrası vajinal anatomi daha iyi olmaktadır ve 5 yıllık sonuçlar daha başarılıdır. Daha önce başarısız cerrahi geçirenlerde uygulanabilecek en iyi yöntemdir (Demir 2009; Güner ve Arısoy 2009). Abdominal yolla yapılan girişimler ise abdominal sakrokolpopeksi/sakroservikopeksi ve abdominal sakrospinöz ligaman fiksasyon operasyonudur. Laparoskopik prosedürler elde edilen sonuçlar ve uygulama abdominal yola benzerdir ancak daha az ağrı, daha az morbidite ve hastanede kalış süresi daha kısa olmaktadır. Uterosakral ligaman fiksasyonu, sakrokolpopeksi ve sakroservikopeksi laparoskopik yolla da yapılabilen operasyonlardır. Vajinal kubbe (kaf) prolapsusunun tedavisinde uygun cerrahi yaklaşım halen tartışmalıdır. Vajinal, abdominal ve laparoskopik yaklaşımlar hastanın anatomisi, kliniği ve önceki operasyon başarısızlığına göre tercih edilmelidir (Demir 2009; Güner ve Arısoy 2009).

Pelvik taban disfonksiyonu kapsamında olan ve günlük yaşamı etkileyen üriner inkontinans toplumda sık karşılaşılan sorunlardandır.

2.2. Üriner İnkontinans ve Tanımları

Uluslararası Kontinans Derneği'nin (ICS); 1979'daki üriner inkontinans tanımı 2002 yılında yeniden standardize edilerek (objektif olarak gösterilebilen, sosyal veya hijyenik bir sorun oluşturan) “**istem dışı idrar kaçırma durumu**” şeklinde düzenlenmiştir (Abrams ve ark. 2002). Üriner inkontinans alt üriner sisteme ait olan depolama semptomlarından yani mesanenin dolma aşamasında meydana gelen semptomların biridir. Uluslararası Kontinans Derneği üriner inkontinansa eşlik edebilen ve depolama semptomlarından olan diğer semptomları da tanımlamıştır. Bunlar: gündüzleri ve uyanıkken 8 kez den 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 hissinin de bulunduğu bir sendromdur (Abrams ve ark. 2002; Rodoplu 2009).

Üriner inkontinansın semptomları ve tanımları tiplerine göre farklılık göstermektedir.

Stres üriner inkontinans/ürodinamik stres inkontinans (Gerçek stres inkontinans) (SÜİ):

Stres üriner inkontinans öksürme, hapşırma, gülme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncını ani olarak arttıran durumlarda detrusör kontraksiyonu olmaksızın görülen istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanır. Ürodinamik stres inkontinans ise sistometri sırasında saptanan ve intraabdominal basınç artışıyla, detrusör kontraksiyonu olmaksızın idrar kaçırmadır. “Gerçek stres inkontinansı” yerine artık “ürodinamik stres inkontinans” terimi kullanılmaktadır. Kadınlarda en sık rastlanan Üİ tipidir. SÜİ 25-49 yaş arasında %65 oranında pik yapar. SÜİ kendi içinde sınıflandırılmaktadır. SÜİ’ye yönelik bir çok sınıflama mevcuttur. Klinik uygulamada en çok kullanılan üç sınıflama: Blaivas, Mc Guire ve Raz tarafından yapılan sınıflamalardır (Staskin ve Wein 2006; Norton 2008a; Güngör M ve Çetinkaya 2009b).

Urge üriner inkontinans / sıkışma inkontinansı (UÜİ) :

Aniden ortaya çıkan şiddetli idrar yapma hissi ile birlikte görülen idrar kaçırmadır. Klasik bulgular idrar yapma sıklığında artma (frequency), ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi/idrara sıkışma (urgency) ve bu his önlenemezse idrar kaçırma (urge inkontinans) şeklindedir. Diüretik kullanımı, üriner sistem enfeksiyonu, böbrek taşı, mesane kanseri, mesane çıkım obstrüksiyon durumları, geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ve nörolojik nedenlerle sıkışma inkontinansı görülebilir. 50 yaş ve sonrasında sıklıkla UÜİ görülmektedir. Bu tip idrar kaçırma kadınların uyku ve yaşam kalitelerini daha fazla bozmaktadır (Staskin ve Wein 2006; Norton 2008; Rodoplu 2009).

Miks üriner inkontinans (MÜİ):

Miks üriner inkontinans, stres ve urge üriner inkontinansın birlikte görüldüğü durumdur. Üİ’ lı hastaların en az 1/3’ü stres ve urge inkontinansın birlikteliğine sahiptir (Staskin ve Wein 2006; Norton 2008a). 50 yaş ve sonrasında sıklıkla MÜİ görülmektedir. MÜİ ve UÜİ yaşla birlikte artış gösterir.

Overflow (Taşma) tipi inkontinans:

Mesanenin aşırı dolması ile birlikte idrar kaçırma durumudur. Sık sık ya da sürekli damlama şeklinde idrar kaçağı vardır. İdrara sıkışma ve sık idrar yapma görülmektedir. Genellikle nöropatolojik durumlara bağlı olduğu için norojenik mesane olarak ta isimlendirilir. Çoğunlukla mesane çıkış obstrüksiyonuna bağlı görülür (Rojas ve Cundiff 2007; Norton 2008a; Karan 2009).

Fonksiyonel inkontinans:

Normal mesane ve üretral fonksiyon olmasına rağmen, hastanın mobilitesini engelleyen hastalıklar ya da mental konfüzyon sonucu oluşan inkontinanstır. Daha çok bakımevlerindeki yaşlılarda görülür. Örneğin demanslı hastalar da siktir bu hastalar tuvalete gitmeyi unuturlar ve mesane doluluğunu fark etmezler (Norton 2008a; Karan 2009).

Devamlı inkontinans: Sıklıkla vezikovajinal fistüle bağlı olarak sürekli idrar kaçırma durumudur.

2.2.1. Üriner İnkontinans Prevalansı

Üriner inkontinans tüm yaş gruplarını etkileyen ve en sık karşılaşılan kronik durumlardandır (Minassian ve ark. 2008). Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen bu rahatsızlığın tüm dünyada yaklaşık 200 milyon insanda görüldüğü tahmin edilmektedir. Üİ kadınların yaşam kalitelerini etkilemekle birlikte pahalıya mal olmakta, ülke ekonomisine de yük getirmektedir. ABD’de Üİ nedeniyle yıllık ortalama 16 milyon dolar ile 19,5 milyon dolar harcama yapıldığı bildirilmektedir (Wilson 2001).

Üİ semptomu yaşayan kadınların çoğunluğu sorunları hakkında konuşmaktan kaçınma ve sorunu gizleme eğilimindedirler. Üİ’ın yaşlanmanın doğal bir sonucu ya da doğum sonrası doğal olarak geliştiği düşüncesi, utanma, sıkılma hissi, nereye başvuracaklarını bilememe, tedaviye güvenmeme, korkma gibi nedenlerle, yardım arama davranışında bulunmamaktadır (Shaw 2001; Shaw, Tansey ve ark. 2001; Shaw, Brittain ve ark. 2008). İnkontinansın şiddeti inkontinans sıklığına ve kaçak miktarına göre değişmektedir. Üİ yaygın görülen bir sorun olmasına karşın sadece ciddi düzeyde semptom yaşayan olguların %25-30’u yardım arama davranışında bulunmaktadır

(Kinchen ve ark. 2003). Yapılan birçok çalışma Üİ için yardım arama davranışının düşük oranlarda %14 (Hagglund ve ark. 2001), %27,8 (Yu ve ark. 2003) ve %38 (Kinchen ve ark. 2003) olduğunu göstermiştir.

Üriner inkontinansın kadınlardaki prevalansı erkeklere oranla 2-4 kat daha fazladır. Her 4 kadından biri yaşamının her hangi bir döneminde üriner inkontinans yaşamaktadır ve bu oran yaşla birlikte doğru orantılı olarak artmaktadır. (Hannestad ve ark. 2000). Literatürde Üİ prevalansına yönelik yapılmış bir çok çalışma vardır ve sonuçlar farklılık göstermektedir.

Minassian ve arkadaşlarının (2008), 2.875 kadınla yaptığı çalışmada Üİ prevalansı %49,2 dir (Minassian ve ark. 2008). 17 ülkede yapılan 36 genel popülasyon çalışmasının incelendiği bir makalede Üİ prevalansı %5- %69 arasında değişmektedir. Bu çalışmaların çoğunluğunda ise oran %25-45 arasında değişmektedir (Milsom 2009). Benzer şekilde Minassian ve arkadaşlarının (2003), Üİ'a ilişkin yapılmış 35 çalışmayı inceledikleri meta-analizde Üİ prevalansını %27,6 (%4,8– % 58,4) olarak bulmuşlardır (Minassian ve ark. 2003). Yetişkin kadınlar arasında Üİ prevelansı %9 ile %69 arasında değişebilmektedir, bakım evlerinde yaşayan ve daha yaşlı kadınlarda bu oran %50 ve üstüdür (Weber 2007). Literatürde yapılmış çalışmalara göre Türkiye'de Üİ prevalansı %25,8 ile %68,8 arasında değişmektedir (Ozerdoğan ve ark. 2004; Kocak ve ark. 2005; Oskay ve ark. 2005; Biri ve ark. 2006; Filiz ve ark. 2006; Tozun ve ark. 2009).

Üriner inkontinansın alt tiplerinin prevalansı, yapılan bir çok çalışmada farklı bulunmuştur. Ancak çalışmaların çoğunluğunda SÜİ en sık karşılaşılan inkontinans tipidir. Daha sonra miks tip ve urge tip inkontinans gelmektedir (Uncu ve Özdil 2009). Genç ve orta yaş kadınlarda genellikle SÜİ daha sık görülürken, daha yaşlı kadınlarda sık olarak MÜİ ve UÜİ görülmektedir (Milsom 2009). Türkiye'de görülen Üİ'ın alt tiplerinin prevalansı literatürle benzerlik göstermektedir, en yaygın yaşanan idrar kaçırma tipleri arasında sırasıyla %39,8 ile SÜİ, %28,9 ile MÜİ ve %24,8 ile UÜİ gelmektedir (Cetinel ve ark. 2007).

2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Üİ'a ilişkin literatürde çok sayıda çalışma vardır. Üİ konusunda kabul görmüş en önemli, geçerli risk faktörleri yaş, obezite, gebelik ve doğum şeklidir. Bunların dışında cinsiyet, obstetrik komplikasyonlar, yenidoğan ağırlığı ve baş çevresi, menopo-

histerektomi, sosyal alışkanlıklar, seks hormonları, ırk, genetik, sistemik hastalıklar, kronik konstipasyon, radyoterapi, üriner sistem enfeksiyonu, Üİ ve POP cerrahisi geçirme gibi birçok faktör tartışmalı diğer risk faktörleri arasındadır (Saigal ve Litwin 2005; Weber 2007; Norton 2008a; Wai 2008; Güngör M ve Çetinkaya 2009b; Uncu ve Özdil 2009) (Tablo 2-4).

Tablo 2-4: Üriner İnkontinansa İlişkin Risk Faktörleri

Risk Faktörleri
- Cinsiyet,
- Yaş
- Gebelik
- Doğum sayısı ve şekli
- Obezite
- Menopoz ve östrojen
- Histerektomi
- Irk
- Genetik
- Sigara
- Kronik hastalıklar
- Kronik konstipasyon, öksürük
- Radyoterapi
- Üriner sistem enfeksiyonu
- Üİ ve POP cerrahisi geçirme
- Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, kimyasallar

2.2.3. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi inkontinans şikayeti ile gelen hastaların etkin yöntemlerle tedavi edilebilmesi için sorunun altında yatan patofizyolojilerin tam olarak belirlenmesi gerekir. Bunun için iyi bir teorik bilgi ve deneyimle yapılacak yeterli, detaylı ve doğru bir değerlendirme sayesinde hastaya doğru tanı konabilecek ve uygun tedaviye başlanabilecektir (Yalçın ÖT 2009). Üriner inkontinansın tanısı; öykü, muayene ve yardımcı laboratuvar testleridir. Hastanın özelliklerine göre seçilecek yardımcı laboratuvar testleri üriner günlük, rezidüel idrar ölçümü, ürodinamik tetkikler ve transvajinal ultrasonografi başta olmak üzere görüntüleme yöntemlerinden oluşur.

- Öykü (üriner yakınmalar, cerrahi, medikal, jinekolojik, obstetrik durum, ilaç kullanımı, cinsel yaşamı vb.ile ilgili öz geçmişini içerir).
- Hasta muayenesi (genel, sistemik, fizik muayene, jinekolojik değerlendirme ve nörolojik taramayı içerir).
- Laboratuvar Testleri: Tam idrar tetkiki, idrar kültürü vb.
- Üriner günlük (belirli bir zaman diliminde, idrar yapma sıklığını, yapılan idrar miktarını, alınan sıvı volümünü, türünü, inkontinans sıklığını, şiddetini saptamada temel bilgi oluşturur).
- Stress Test (Üİ'nin varlığını ve subjektif olarak şiddetini gösterir, ayakta ya da litotomi pozisyonunda yapılabilir)
- Ped Testi (Üriner inkontinans varlığını objektif olarak değerlendirmek ve idrar kaybının miktarını saptamak için kullanılan bir testtir.)
- Q Tip Test (üretral hipermobilitayı değerlendirmek amacıyla yapılan bir testtir)
- Rezidüel idrar ölçümü (kateter ya da ultrasonografi ile yapılabilir).

İdrar tetkiki ve kültürü, rezidüel idrar ölçümü, stress test, ped test ve Q tip test basit, temel, tanıya yardımcı özel ürojinekolojik testlerdir. Üriner inkontinansı olan tüm hastalara değerlendirmede uygulanmaktadır.

- Ürodinamik değerlendirmeler / testler (üroflovetri, sistometri, basınç akım çalışması, perineal elektromyografi ve videoürodinami bölümlerinden oluşan 'ürodinamik testler' alt üriner sistemin fonksiyonlarını ortaya koyan çok önemli tetkiklerdir. Ürodinamik değerlendirme mesane fonksiyonunu araştırmada altın standart testtir, mesane fonksiyonu hakkında çok önemli bilgiler verir (McKertich 2008). Pelvik taban değerlendirmesi (pelvik taban kas gücünü değerlendirmek amacıyla dijital palpasyon, USIT -Urine stream interruption test/ stop testi- perineometre gibi testler kullanılır).
- Boney-Marchetti testi (stres testinin pozitif olduğu durumlarda kullanılmaktadır).
- Pesser testi (şiddetli pelvik relaksasyonu olanlarda bu yöntem ile inkontinansın varlığı, şiddeti ve tipi belirlenmektedir. Üst vajen bölgesine uygun boyutta pesser ya da spançlar yerleştirilerek vajen ön duvar prolapsusu dahil tüm prolabe organlar redükte edilmekte ve diğer tüm testler bu aşamadan sonra yapılmaktadır).

- Biyokimyasal analizler ve böbrek fonksiyon testleri (kreatinin, üre tayini) böbrek fonksiyonlarını gösteren tetkiklerdir. Anormallik durumunda üst üriner sistemin değerlendirilmesi için ultrasonografi ve tomografi gibi ileri görüntüleme yöntemlerini kullanmak gerekir.

Üriner enfeksiyonu olan hastalara ürodinamik testler yapılamaz. Bu nedenle ileri ürodinamik testlerden önce, üriner enfeksiyon varlığı tespit edilip tedavi edilmelidir. Bunun yanında basit idrar tetkiki ile üriner inkontinansa neden olabilen ya da katkısı olan üriner taş (hematüri), diabetes mellitus (glukozüri), böbrek fonksiyon bozukluğu (proteinüri) ön bulguları da elde edilebilir.

- Radyolojik değerlendirme (transvajinal ultrasonografi (ultrasonografi (USG) ile idrar torbası ve idrar yolu arasındaki değişiklikler ölçülebilmektedir), pelvik bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi (MRG ile sfinkter mekanizmasının tüm morfolojik yapıları direkt olarak gösterilir ve dinamik olarak değerlendirilir) gibi yöntemlerle alt üriner sistem değerlendirilir.

Özetle inkontinansla başvuran hastaların değerlendirilmesinde, öykü, fizik muayene ve basit ürojinekolojik testler temel yaklaşımlardır. Her hastada, ürodinamik ve görüntüleme yöntemleri gibi komplike metotların kullanılması pratik değildir ve aynı zamanda fiyat etkinlik yönünden de mantıklı değildir (Hakverdi ve ark. 2009b).

2.2.4. Üriner İnkontinansın Tedavisi

Üİ'li hastaların tedavisinde amaç mesane kontrolünün tekrar kazanılmasıdır. Bu nedenle konservatif, farmakolojik ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

2.2.4.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri

Bu tedavi yöntemleri ucuz, yan etkisi az, evde, işyerinde ve klinikte kolay uygulanabilir olmaları açısından avantajlıdır. Konservatif tedaviler etkili, güvenli tolere edilebilir ve birçok hasta tarafından tercih edilen tedavilerdir. İnkontinansın etkisi hastadan hastaya çok farklı olduğundan tedavi planlaması yapılırken kesinlikle hastanın duygu durumu ve tedaviden beklentileri dikkate alınmalıdır. Bu nedenle hastaya başarılı olunabilecek en az invaziv tedavi yöntemini uygulamak gerekir.

Konservatif tedavi yöntemleri özellikle ileri yaş, cerrahinin yüksek risk teşkil ettiği medikal durumların varlığı, hastanın cerrahi tedaviyi istememesi, gebe kalmayı planlayanlarda veya gebelik varlığında, miks inkontinans varlığında ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

Konservatif tedavi yöntemleri şu şekilde sıralanabilir:

- Pelvik taban kas egzersizleri (Kegel egzersizleri)
- Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon (FES)
- Vajinal koniler
- Biofeedback tedavisi
- Sakral sinir stimülasyonu
- Elektromagnetik stimülasyon
- Davranış tedavileri (diyet, obezitenin önlenmesi, mesane alışkanlıklarının yeniden kazandırılması, mesane eğitimi, idrar yapmayı teşvik etme, sıvı alımı, düzenli barsak alışkanlığı kazanma)
- Mekanik araçlar (ihtiyaç duyulduğunda ya da egzersiz süresince, mesane boynunun kaldırılması amacıyla kullanılan vajinal tampon, vajinal pesser, mesane boynunu destekleyici protezler, diyafram gibi destekleyici araçlardır (Richter ve Burgio 2007; Eskiurt 2009; Özdemir 2009).

2.2.4.2. Farmakolojik Tedavi

İlaç tedavisi konservatif tedavi yöntemleri ve / veya davranışsal tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılabilir ve daha etkili olabilir. İlaç tedavisinin başarısını artırmak için hasta menopozda ise hormon replasman tedavisi ile desteklenmelidir. Üİ'nin farmakolojik tedavisinde hormon replasman tedavisi, antikolinerjik ajanlar, kalsiyum kanal blokerleri, trisiklik antidepresanlar, prostaglandin inhibitörleri, alfa-adrenerjik ajanlar uygulanmaktadır.

Lokal östrojen hormon uygulaması ile mesane mukozası ve mukoza altı dokusu uyarılarak dolaşım artırılır. Bu şekilde düz kas yanıtının artırılması ve üretra çıkışında düzelmenin sağlanması amaçlanır. Özellikle menopoz dönemindeki hastalara vajinal tablet, krem veya jel şeklindeki lokal östrojen uygulamaları fayda sağlamaktadır.

Antikolinerjik/ antimuskarinik ajanlar istemsiz mesane kontraksiyonlarını inhibe ederek mesane uyumunu ve kapasitesini artırır.

Kalsiyum kanal blokerleri mesane düz kasının gevşemesinde intrasellüler kalsiyum salınımına veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki ederler. Detrüsor kasılmasını inhibe ederler.

Trisiklik antidepresanlar, mesane kontraksiyonlarında azalma, mesane boynu direncinde artma yaparak idrarın depolanmasına katkı sağladıklarına inanılmaktadır.

Prostaglandin inhibitörleri mesane kontraksiyonlarının inhibe edilmesinde rol oynarlar.

Alfa 1A/1L adrenoreseptörler üretra ve mesane boynundaki düz kaslarda bulunurlar. Bu reseptörler üzerinden üretral sfinkterin tonüsü ve kontraktilitesi ayarlanır (Davilla 2006). Alfa-adrenerjik ajanlar üretra basıncında artma sağlayarak hafif şiddetteki stres inkontinansında etkili olabilirler (Anderson 2006; Richter ve Burgio 2007; Soyupak ve İzol 2009).

2.2.4.3. Cerrahi Tedavi

İdrar kaçırmanın cerrahi tedavisinde amaç mesane dolum basıncını azaltmak ya da üretral kapanmayı artırmaktır. Üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı öykü, fiziksel muayene, klinik ve ürodinamik testleri içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrasında verilmelidir. Hastanın inkontinans patofizyolojisi çok iyi değerlendirilmeli ve en uygun operasyon seçilmelidir (Lucas and Bjornssen 2008; Yalçın ÖT 2009). Üriner inkontinansda cerrahi tedavinin seçimi;

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

Ameliyat tipinin seçiminde hastanın genel durumu, üretranın testlerde hareketlilik durumu, ameliyat öncesi ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve uygulanacak tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır. Üriner inkontinans için uygulanacak cerrahi prosedürler arasında: kolporafi anterior-kelly kennedy plikasyonu, retropubik operasyonlar, iğne operasyonları , sling operasyonları, periüretral enjeksiyonlar (intra, paraüretral) ve artifisiyel (yapay) üriner sfinkter gibi yöntemler sayılabilir (Güner ve Güler 2009; Yalçın 2009b).

Kolporafi anterior-Kelly-Kennedy plikasyonu: İlk kez 1914 yılında Howard Kelly tarafından tanımlanan kolporafi anterior yönteminin stres inkontinans tedavisinde kullanımı önerilmiş ancak günümüzde hemen hemen terk edilmiştir.

Retropubik operasyonlar / Kolposüspansiyon: Genç, şişman olmayan ve üretrası mobil (hareketli) olan kişilerde tercih edilen cerrahi yöntemlerdir. Bunlar: Marshal Marchetti Krantz (MMK), burch kolposüspansiyonu, paravaginal tamir/vajino-obturator askı onarımı ve laparoskopik retropubik süspansiyonudur. Marshall-Marchetti- Krantz (MMK) operasyonunda mesane boynu ve üretra boynundan geçen dikişler pubis kemiğine bağlanır. Böylece mesane boynu ve üretra yüksek pozisyona alınmış olur. Burch operasyonu, mesane boynu ve üretra boynundan geçen dikişler bağlanarak yapılır. Laparoskopik kolposüspansiyon, Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu ve Burch operasyonunun laparoskopik eşliğinde (kapalı olarak) yapılmasıdır. Paravaginal tamir/vajino-obturator askı onarımı vajen ön duvar prolapsuslarında uygulanmaktadır.

İğne operasyonları: Bu operasyonlar, yaşlı, operasyon süresi kısa olması gereken, üretrası aşırı hareketli (hipermobil) olan vakalarda tercih edilebilmektedir. Bunlardan en sık uygulananları Pereyra operasyonu, Stamey operasyonu, Raz operasyonu ve Gittes operasyonudur. Ancak iğne operasyonlarının uzun dönem sonuçlarının kötü olmasından dolayı artık çok fazla SÜİ tedavisinde tercih edilmemektedir (Nager ve Kane 2008; Güner ve Güler 2009).

Askı (Sling) Operasyonları / Midüretal Gergisiz Sling Operasyonları: Askı ameliyatlarının ortak noktası, üretra ya da mesane boynunun tamamen altından geçip karın duvarına asılan şerit şeklinde bir materyal kullanılmasıdır. Etki mekanizması üretra altına destek sağlanarak ıkınma anında sarkmayı önlemek, üretra altına stabil bir destek sistemi ile karın içi basınç artışında üretranın yaslanarak kapanmasının sağlanmasıdır (Yalçın 2009b). Hem mesaneyi yükseltmeleri hem de daha güçlü bir destek sağlamaları nedeniyle çok sık kullanılmaktadır. Sling prosedürleri en sık olarak stres üriner inkontinans ve miks üriner inkontinans durumlarında uygulanmaktadır.

Stres inkontinans tedavisinde yeni bir dönemin başlangıcı olarak öne sürülen integral teoriye göre idrar kontinansı mesane boynunda değil midüretada sağlanır ve inkontinans midüretadaki puboüretal ligamentlerin zayıflaması yada fonksiyon görmemesi sonucu ortaya çıkar. Sling operasyonlarındaki amaç puboüretal ligamentin

güçlendirilerek midütretranın pubik kemiğe olan bağlantısının yeniden sağlanmasıdır. Böylece vajinal subüretral hamak yeniden oluşturulmuş olur (Esin 2007).

İntegral teori modern teknoloji ürünlerinin ortaya çıkmasına neden olmuş ve ilk olarak integral teorinin yaratıcıları olan Ulf Ulmsten ve Peter Petros tarafından kadın üriner stres inkontinansın tedavisinde uygulanabilecek yeni bir teknik olarak 1995'te "intravajinal slingplastisi (IVS)" adı altında tarif edilmiştir. İntravajinal Slingplastisi (IVS) operasyonunun 2 önemli yönü vardır: Sling materyalinin mesane boynuna değil midütretraya yerleştirilmesi ve sling materyalinin gerilme olmaksızın yerleştirilmesidir. Bu slingi, üretra altında pasif bir destek oluşturulması olarak yorumlanabilir. IVS tekniğinde pubovaginal askı ameliyatlari ile iğne mesane boynu suspansiyonlarının karışımı şeklindedir. IVS operasyonu daha sonra 1996 yılında teknik açısından modifiye edilerek "tension-free vaginal tape" (TVT) olarak adlandırılmıştır (Lucente ve Mastropietro 2005; Esin 2007).

Günümüzde stres üriner inkontinans ve miks üriner inkontinans durumlarında en sık uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri:

Başlangıçta IVS olarak adlandırılan **TVT** operasyonu 1996'dan bu yana uygulanmaktadır. TVT operasyonu lokal, bölgesel veya genel anestezi eşliğinde uygulanabilir. Operasyondaki amaç; üretra çevresine yerleştirilen 'polipropilen bant'tan oluşan askı materyali ile üretranın yükseltilmesidir. Zaman içinde bu bant doku reaksiyonu ile nedbeleşerek üretraya destek sağlamaktadır. Diğer ameliyatlara göre daha az travmatik bir operasyondur. Ayrıca TVT'nin vajen ön duvar prolapsusu için kullanımı da öne sürülmüştür (Migliari ve ark. 2000; Domingo ve ark. 2007; Güner ve Güler 2009).

TOT operasyonu, nispeten yeni bir ameliyat yöntemidir. İlk kez 2001 yılında Dolerme ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Operasyon süresinin kısa olması (15 dakika), üretra, mesane ve barsaklar ile ilgili komplikasyon riskinin düşük olması ve kanama riskinin az olması TVT'ye göre üstün yönleridir. (Nilson 2006; Poon ve Zimmern 2006; Domingo ve ark. 2007). TOT (Transobturator Tape) ameliyatında, vajinal yolla yapılan ince bir kesi ile 'polipropilen mesh' adı verilen bir bant, özel bir iğne yardımı ile obturator forameninden geçilerek midütretra altına destek sağlanır. Bu yöntemde retropubik yaklaşımla yapılan midüretral slinglere göre pelvik organ

yaralanma riskinin daha az olması en önemli avantajını oluşturmaktadır. TOT tekniğinde TOT iğnesi dıştan içe doğru (dış-iç tekniği) uygulanır ancak daha sonra de Laval tarafından modifiye edilmiştir. Bu modifiye teknikte iğne tersten (iç-dış tekniği) kullanılmış ve bu yöntem tension-free vaginal tape obturator (TVT-O) olarak adlandırılmıştır (Domingo ve ark. 2007; Güner ve Güler 2009). İki tekniğinde kür oranları %80,5 ile %97 arasında değişmektedir (Silva 2007). Her iki yönteminde etkin ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Nager ve Kane 2008).

Periüretal enjeksiyonlar (intra, paraüretal) Bu metod daha çok genel anestezi riskini alamayacak olan hastalarda, lokal anestezi altında sistoskopi kontrolünde, mesane boynu ve üretra çevresine maddelerin enjeksiyonunu içerir. Amaç, bu şekilde üretra kaçısını engellemektir.

Artifisiyel (Yapay) Üriner Sfinkter (AÜS): Üretra desteği yeterli, mesanesi stabil olan hastalarda uygundur. Defalarca üriner inkontinans operasyonları geçirip (Sling ve Periüretal enjeksiyon dahil), başarısız sonuç alınan veya komple sfinkter yetmezliği olan hastalarda uygulanır. AÜS takımı şişirilebilir manşon, basınç dengeleyici balon ve labianın içine implante edilmiş bir kontrol pompasından oluşur (Bozkırlı ve Batur 2009).

Üriner inkontinansın tedavisi, inkontinansın tipine göre değişmektedir.

2.2.5. Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Tedavi

Stres Üriner İnkontinans Tedavisi: SÜİ'nin etkin tedavisi için doğru tanı konması önemlidir. Genel olarak SÜİ'nin tedavisinde cerrahi yöntemler, cerrahi olmayan yöntemlere oranla daha başarılıdır. Cerrahi dışı yöntemler çok etkili olmasa da davranış tedavisi, biofeedback, elektriksel stimülasyon, pelvik taban egzersizleri ve medikal tedavi (Alfa-adrenerjik ajanlar, östrojenler, trisiklik antidepresanlar Beta adrenerjik antagonistler, Beta adrenerjik agonistler tedavide yararlı olabilecek ajanlardır) uygulanır (Davila 2006; Soyupak ve İzol 2009). SÜİ için konservatif tedavi başarılı olamadığında cerrahi tedavi en etkin yaklaşımdır. Cerrahi tedavide, retropupik operasyonlar, sling operasyonları, periüretal enjeksiyonlar, artifisiyel üretral sfinkter ve mekanik araçlar kullanılabilir. Stres üriner inkontinansda uygulanan tedavi seçenekleri Tablo 2-5'te verilmiştir (Yalçın ve Karamustafaoğlu 2009).

Urge Üriner İnkontinans Tedavisi: Detrusor aşırı aktivitesine bağlı oluşan urge üriner inkontinansın tedavisinde amaç altta yatan nedeni belirleyip ortadan kaldırmak ve/veya istemsiz detrusor kontraksiyonlarını engellemek olmalıdır. Bu amaçla farmakolojik ilaçlar (Antikolinerjik/ antimuskarinik ajanlar, Trisiklik antidepresanlar, Kalsiyum antagonistleri, Potasyum kanal açıcıları, Prostaglandin inhibitörleri, β adrenerjik agonistler gibi), davranışsal tedavi, elektriksel stimülasyon, biofeedback ve elektromagnetik stimülasyon gibi yöntemler tedavide uygulanır.

İdrara sıkışma semptomunu (urgency) azaltmak için davranış teknikleri ile farmakoterapi birleştirilebilir. Farmakolojik tedavinin en başarılı olduğu inkontinans tipi urge inkontinanstır (Soyupak ve İzol 2009; Yalçın ve Karamustafaoğlu 2009).

Miks Üriner İnkontinans Tedavisi: Üriner inkontinanslı hastaların 1/3'ü stres ve urge inkontinansın karışımına sahiptir. Cerrahi tedavi öncesinde öncelikle idrara sıkışma (urgency) semptomları için birincil yaklaşım olarak antikolinerjikler, trisiklik antidepresanlar, davranış değişiklikleri ve pelvik taban kas egzersizleri birlikte uygulanabilir (Hakverdi 2009a).

Tablo 2-5: Stres Üriner İnkontinans Tedavi Seçenekleri**1. Fizyoterapi**

- Elektriksel stimülasyon
- Biofeedback
- Elektromagnetik stimülasyon
- Vajinal koni
- Kegel egzersizleri

2. Farmakoterapi

- Alfa (α) adrenerjik agonistler
- Östrojenler
- Trisiklik antidepresanlar
- β adrenerjik antagonistler
- β adrenerjik agonistler

3. Cerrahi tedavi

- Kolposuspansiyon (Burch, MMK) operasyonları
- Sling (Klasik, midüretal) operasyonları

4. Periüretal enjeksiyonlar (intra, paraüretal)**5. Artifiyel üriner sfinkter****6. Mekanik kompresyon araçları**

- Tıkayıcı araçlar (Hidrolik üretal yama)
- Kompresiv araçlar (Pesserler)

2.2.6. Pelvik Organ Prolapsusunun Eşlik Ettiği Üriner İnkontinans ve Tedavisi

Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans sıklıkla beraber görülür. POP olan vakaların % 20-90 oranında Üİ görülebilir (Stoutjesdijk ve ark. 2006). Üriner inkontinans olan vakaların % 15-80'inde de POP görülebilmektedir (Lin ve ark. 2011). Vajina ön duvarı (sistosel) ve apikal prolapsusta üriner inkontinans sık olarak görülmektedir. Asemptomatik prolapsusta (evre ≤ 2) genelde stres üriner inkontinans sık görülürken ileri evre prolapsusta (evre ≥ 3) aşırı aktif mesane semptomları ve urge inkontinans daha sık görülmektedir. Ayrıca çok ileri derecede ki prolapsuslarda miksiyon yapamama da görülür. POP, stres üriner inkontinansı maskeleyebilir gizli SÜİ (Occult stres üriner inkontinans) görülebilir.

POP eğer üriner inkontinansla birlikte ise prolapsus cerrahisini inkontinans cerrahisi ile birlikte yapmak genelde kabul gören bir yaklaşımdır. Birlikte yapılan

operasyonlarda morbitide artmamıştır. İnkontinans cerrahisi, prolapsus cerrahisinin başarısını olumsuz etkilememiştir. POP ve SÜİ cerrahisinin amacı morbiditeye yol açmadan normal anatomi ve fonksiyonların kalıcı olarak düzeltilerek semptomların ortadan kaldırılmasıdır.

Abdominal yoldan yapılan prolapsus cerrahisinde eğer üriner inkontinans varsa Burch kolposüspansiyon operasyonu da beraberinde yapılır. Vajinal yoldan yapılan prolapsus cerrahisinde midüretal gergisiz askı operasyonları da birlikte yapılmaktadır. Ayrıca cerrahi kit kullanılarak aynı seansta transobturator yolla anterior vajinal prolapsus ve inkontinans cerrahisi birlikte yapılabilir (Karateke ve İzmit 2009).

2.3. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsusu ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlarda yaşam kalitesi kavramı sık olarak gündeme gelmektedir. Bireylerin beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşamdan beklentilerinin artması yaşam kalitesinin önemini artırmaktadır. Yaşam kalitesi kişisel ve kültürel değerler, inançlar, kendi kendini algılama, hedefler ve yaşam beklentisinin etkisi ile şekillenir. Hastalıklar, kazalar, tedaviler gibi deneyimler yaşam kalitesini etkiler.

Yaşam kalitesi ile ilgili birçok tanımlamalar yapılmış olsa da, genel anlamda, bireysel iyilik durumunun bir anlatımı ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden memnun olmasıdır. Son yıllarda yaşam kalitesi kavramı “bireylerin var olan fonksiyon düzeyine karşın, ne algıladıklarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum” şeklinde yorumlanmıştır. Yaşam kalitesi memnuniyet, mutluluk, saygı, moral, iyilik hali gibi kavramları içerir ve yere, zamana göre değişiklik gösterebilir. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutlu, kompleks ve büyük oranda subjektif bir kavramdır ve fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlık ana başlıkları altında gruplandırılmaktadır. Yaşam kalitesi kavramının, genel yaşam, fiziksel fonksiyonlar, fiziksel semptom, duygusal ve bilişsel fonksiyonlar, rollerin yerine getirilmesi, sosyal iyilik hali ve cinsel fonksiyonları kapsamı konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Kelleher ve Radley 2006; Avery ve Donovan 2008). Yaşam kalitesi kişinin sağlık durumunu gösteren ölçütlerin kombinasyonu anlamına da gelir.

Sağlık alanındaki çalışmalarla yaşam kalitesinin birleştirilmesiyle oluşturulan “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramı bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve duygusal alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin günlük iş ve uğraşlarını ne kadar yerine getirebildiğini algılamasını içerir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiğiyle ilgilidir. Duygusal alan ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içerir (Avery ve Donovan 2008).

Kişinin yaşamından aldığı doyum ve mutluluk durumu hem kişinin yaşam biçimini hem de yaşam kalitesi düzeyini belirler. Yaşam doyumu /yaşam memnuniyeti yaş, cinsiyet, çalışma/üretme durumu, eğitim düzeyi, din, medeni durum, boş zaman aktiviteleri, bağımsız işlevsellik düzeyi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Kişinin anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması, sosyal çevre ile olumlu ilişkiler kurma, otonomi, huzur ve güven içinde yaşama, inanç ve değerlere saygı, özgün bir birey olarak algılanma, ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olma, rahatlık durumu ve gereken konfora sahip olma yaşam kalitesini arttıran faktörlerdir. Yaşam kalitesini azaltan faktörler ise temel gereksinimlerin karşılanamaması, cinsel fonksiyonda bozukluk, kronik yorgunluk, akut ya da kronik sağlık sorunları, destek sistemlerinin yetersizliği, gelecek ile ilgili kaygılar ve aile/arkadaşlarla ilişkilerin bozulmasıdır (Özgür ve Yıldırım 2008).

Kadınlarda sıklıkla görülen pelvik taban disfonksiyonu kadınların belirgin olarak yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir problemdir.

2.3.2. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsusunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Pelvik taban disfonksiyonlarından olan üriner inkontinans (Üİ) yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak kalma ve irritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durum olup, depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır (Yip ve Cardoza 2007; Franco ve ark. 2008;

İdrarını tutma kontrolünü kaybeden ve idrarını tutamayan kadın üriner inkontinans semptomlarını saklamaya başlar. Hayatını normal olarak sürdürmeye

yönelik; mesane boşaltımında obsesyonlar, rutin tuvalet planı, gidilen yerlerde kolay bulunabilecek tuvalet arama, tuvaleti olan yerlere gitmeye çalışma, evden çıkarken ya da aktiviteler sırasında kaçırmış olup olmadığını kontrol etme, fiziksel aktiviteyi kısıtlama, sıvı kısıtlama, ped ya da çocuk bezi kullanma, ayakkabı, iç çamaşırı ya da giysi seçiminde sınırlamalar getirme gibi bir takım davranışlar geliştirirler (Kizilkaya ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda kadınların %3'ünün evden çıkarken koruyucu ped kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite, elbise seçimi gibi faaliyetlerine sınırlamalar getirdiği saptanmıştır. Bu tür davranış değişikliği sürekli dikkatli davranma zorunluluğu yaratarak yaşam kalitesini düşürür (Kuhn ve ark. 2006). Bu tip önlemler tedavi arama davranışında geciktirir. Kadınların, 2/3'ünün tıbbi ve sosyal yardım aldıkları ancak en az üriner inkontinans görüldükten 2-5 yıl sonra herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdukları veya hiç başvurmadıkları tesbit edilmiştir (Ozerdoğan ve Beji 2004; Ertem 2009). Literatürde bu oran 5–15 yıl arasında değişmektedir (Fultz ve Herzog 2001).

Hastalığın kadın hayatı üzerindeki etkisi yaşanan sorunun ve semptomların derecesi ile ilişkili olmayabilmektedir. Çoğu kadın Üİ'nin doğum yapmanın ya da yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak düşündükleri için tedavi arama davranışını göstermez (Addis 2008). Önemli derecede klinik semptom yaşayan kadınların tedavi arama davranışlarının %20'den daha az olduğu belirtilmektedir (Weber (2007). Yapılan çalışmalar tedavi arama davranışlarının düşük oranda olmasının nedenlerinin; utanma, mahçubiyet, tedavi yöntemleri hakkında bilgi eksikliği, nereye kime başvurulacağını bilememe, hekimin ilgili yerlere yönlendirmemesi, sorunun sağlık profesyonelleri tarafından dikkate alınmaması, tedavinin yararlı olmayacağına inanma, olduğunu göstermiştir

Ayrıca sorunu küçük bir problem olarak görme ya da sağlık problemi olarak görmeme, varlığını redetme, doktorun problemi önemsiz olduğunu düşüneceği endişesi, herhangi bir müdahale yapılmadan iyileşme ümidi, operasyon korkusu, tedaviden ümitsizlik, tedaviyi bırakma, doktor cinsiyeti, çok meşgul olma ve maliyet gibi nedenlerden dolayı da kadınlar tedavi arama davranışını geciktirebilmektedir (Bush ve ark. 2001; Shaw 2001; Shaw, Tansey ve ark. 2001; Kinchen ve ark. 2003; Lin ve Dougherty 2003; Horrocksa ve ark. 2004; Kök ve ark. 2006; Cetinel ve ark. 2007; Shaw, Brittain ve ark. 2008). Ancak semptomların rahatsız edici olarak algılanmaması

ve kadınların yaşam kalitelerini etkilememesi de tedaviye yönelmeyi geciktiren ya da engel olan olası sebepler arasında sayılabilir (Moller ve ark. 2000). Perry ve arkadaşları (2000), araştırma grubundaki kadınların 40 yaş üstü üçte birinin klinik olarak önemli derecede üriner semptom yaşadıklarını bildirmelerine rağmen sadece %3'ü sosyal olarak semptomlardan rahatsız olduklarını saptamıştır (Perry ve ark. 2002).

Üİ nedeniyle yaşanan sıkıntı yaşamın bir çok alanında kendini gösterir. Üİ kadının fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik durumunu, çalışma yaşamını, flört ilişkilerini, cinsel yaşamını, aile yaşamını ve ekonomisini etkiler (Addis 2008). İdrar kaçıran kadın yaşam tarzının pek çok yönünü bırakmak zorunda kalır. Kadınların genellikle sosyal ve fiziksel aktiviteleri sınırlıdır, ev dışı herhangi bir aktiviteye katılmaktan kaçınırlar buda sosyal izolasyona ve depresyona yol açabilir (Nygaard ve ark. 2003; Irwin ve ark. 2006; Córcoles ve ark. 2008). Sosyal izolasyon yaşayan kadın yalnızlık yaşar, evde kalma süresi artar, yaşlıysa düşme riski artar, sağlık bakım hizmetlerini kullanma eğilimi artar (Brown ve ark. 2000; Fultz ve Herzog 2001; Bogner 2004). Özellikle günlük ev işleri, fiziksel eğlence ve hobi aktiviteleri olumsuz etkilenir (Gasquet ve ark. 2006).

Çoğu çalışma Üİ ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğunu gösterirken, (Norton ve ark. 1999; Dugan ve ark. 2000), bazı çalışmalar üriner inkontinans ile psikolojik iyilik arasında zayıf bir ilişki olduğunu bildirmektedir (Fultz ve Herzog 2001). Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinansı olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları belirtilmiştir. Yine yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle eş ve iş ilişkilerinde ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (Özdemir 2009). Üİ ile ilişkili yaşanan distresde etnik farklılıkların olduğu düşünülmektedir. Üİ yaşayan Afrikan-Amerikan kadınlar daha yüksek oranda psikolojik distresi yaşamaktadır oysaki beyaz kadınlar arasında Üİ ile psikolojik distres arasında çok daha zayıf bir ilişki vardır. Afrikan-Amerikan kadınlarında daha az sıklıkta görülen Üİ, bu grup kadınlar arasında çok daha önemli bir problem olarak görülmektedir (Bogner 2004).

Üriner inkontinans ve yaşam kalitesine özgü çalışma verileri daha çok batı ülkelerinden elde edilmektedir ancak kültürel ve etnik farklılık olup olmadığı değerlendirmeye alınmamıştır. Üriner inkontinanslı Pakistanlı Müslüman kadınlar

kendilerine olan güvende azalma olduğunu ve Üİ'nin kendilerini sürekli kirli hissettirdiği ve namaz kılma gibi dini inançlarını yerine getirmede engel oluşturduğu için kendilerini günahkar gibi hissettiklerini belirtmişlerdir. Bunun sonucu olarak Pakistanlı kadınların sosyal izolasyon yaşadıkları durumlarını aileleriyle, arkadaşlarıyla ya da sağlık profesyonelleriyle konuşmaktan kaçındıkları saptanmıştır (Norton 1982). Üriner inkontinanslı Taywan'lı kadınlarda yaşantılarından düşük oranda memnun olduklarını ve psikolojik etkilenimlerinin yüksek oranda olduğunu belirtmişlerdir. Semptomların yarattığı sıkıntı arttıkça Üİ dan etkilenme düzeyi artış göstermektedir. Yardım arama davranışı ve tedavi olma olasılıkları daha da artmaktadır (Lin ve Dougherty 2003).

Üİ'li kadınların çalışma yaşamına ilişkin yapılan bir çalışmada aşırı aktif mesaneli kadınların idrar yapma durumlarına bakılmaksızın işsiz olma olasılıklarının daha yüksek olduğu ve çalışan kadınların çalışma performanslarında azalma olduğu gösterilmiştir (Fitzgerald ve ark. 2000). Üriner inkontinans ve beraberinde idrara sıkışma, sık idrara çıkma, dizüri, nokturi ve suprapubik rahatsızlıklar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kadın, üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendini kusurlu ve eksik olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünür. Cinsel disfonksiyon, üriner semptomlu kadınlar arasında sıklıkla görülmektedir. Özellikle cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans, üriner semptomlu kadınlarda en yaygın görülen semptomlardandır ve cinsel yaşam kalitesini ve beraberinde yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkilemektedir (Weber 2007; Bilgic ve Beji 2010). 24-83 yaş arası cinsel aktif olan, üriner inkontinans ve/veya aşırı aktif mesane nedeniyle tedavi olan 633 kadının incelendiği çalışmada cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans prevalansı %36,2 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını rapor eden kadınların yaşam kalite skorları da oldukça yüksek olduğu görülmüştür (Espuña ve Puig 2008). Üİ'nin yaşam kalitesi üzerine etkileri Tablo 2-6'da gösterilmiştir (Weber 2007; Bradway ve ark. 2008).

Çalışmaların çoğunda urge inkontinansa oranla stres üriner inkontinansın ve miks üriner inkontinansın daha fazla oranda görüldüğü gösterilmiştir (Fultz ve ark. 2003; Hunskaar ve ark. 2004). Yaklaşık olarak SÜİ'li kadınların %75'i yaşadıkları semptomlardan hafif düzeyde rahatsız olurken %29'u aşırı derecede rahatsız olmaktadır. Semptomların sıklığına ve süresine göre SÜİ'nin yarattığı rahatsızlık ve etkilenme düzeyi değişmektedir. Semptomlardan rahatsız olan kadınların %54'ü

yaşamlarında özellikle fiziksel aktivitelerinin, günlük aktivitelerinin, sosyal aktivitelerinin ve kendine olan güvenlerinin orta düzeyde etkilendiğini düşünmektedirler (Fultz ve ark. 2003). Margalith ve arkadaşlarının (2004), 65 yaş altı kadınlarla yaptıkları çalışmada SÜİ'nin genç ve orta yaş kadınların yaşam kalitelerini, çalışma performansını ve cinsel yaşamlarını negatif yönde etkilediğini saptamışlardır. Dolayısıyla SÜİ bu grup kadınlarda emosyonel, fiziksel ve sosyal olarak sıkıntı yaratmaktadır (Margalith ve ark. 2004).

Üİ'nin bazı tipleri diğerlerine oranla daha olumsuz sosyal etkiye sahiptir (Kulseng-Hanssen ve Berild 2002). Urge üriner inkontinans SÜİ'dan daha fazla yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (Robinson ve ark. 1998; Coyne ve ark. 2004).

Tablo 2-6: Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Fiziksel	Fiziksel aktivitelerin kısıtlanması ya da durması
Mesleki alan	Çalışmama, performansta azalma
Ev içi	Özellik gerektiren iç çamaşırı ve yatak takımına ihtiyaç duyma, Giyinirken özel önlemler alma
Sosyal alan	Sosyal etkileşimlerde azalma Tuvaletin bulunma durumuna göre seyahat planlama ve kısıtlama Sosyal aktivitelerin azaltılması Sosyal izolasyon
Cinsel alan	Cinsel aktiviteden ya da yakınlaşmaktan kaçınma Cinsel istekte azalma
Psikolojik alan	Suçluluk / depresyon İnkar Kendine olan güvende azalma Beden imajında bozulma Birine yük olmaktan korkma, mesane kontrolünü kaybetme korkusu, kötü kokma Utanma, anksiyete Suçluluk, damgalanma Kendini kirli ve yetersiz hissetme

ÜÜİ'lı kadınlar ev dışında tuvalet olmayan yerlerde, endişe ve anksiyete yaşamakta, flört ilişkilerinde ve cinsel aktivitelerinde sorun yaşamaktadır (Addis 2008). Çoğu kadın evde kalarak kaçak azaltmak ya da gizlemek için yaşam stillerini değiştirmektedir. Danimarka'da yapılan çalışmada SÜİ'lı kadınlar fiziksel aktiviteden kaçınmaktadır (Kenton ve Mueller 2006). Benzer şekilde Avusturyalı Üİ'lı orta yaş

kadınların %38'i ve yaşlıların %28'i sportif aktivitelerini kısıtladıkları saptanmıştır (Brown ve Miller 2001). Üİ'ı bir hastalık olarak algılayan kadınların yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmekle birlikte tıbbi yardım arama davranışlarını daha fazla gösterebilmektedirler. (Yu ve ark. 2003) Üİ algılama derecesi yaşam kalitesini etkiler. Oh ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, Üİ semptomlarını orta ya da şiddetli olarak algılayan kadınların yaşam kalitelerinin önemli derecede düşük olduğu saptanmıştır (Oh ve ark. 2005).

Üİ ve semptomlarının yarattığı kişisel ve sosyal yükün yanı sıra ekonomik maliyeti de önemli düzeyde artırır. ABD'de Üİ nedeniyle yıllık ortalama 16 ile 19,5 milyon dolar arasında harcama yapıldığı bildirilmektedir (Wilson ve ark. 2001; Hu ve ark. 2004). Üİ'nin ekonomik maliyeti tahmin edilirken direk masraflar kadar indirek masraflarda dikkate alınmalıdır. Direk maliyet teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon için kullanılan kaynakları içerirken, indirek maliyet üretkenlik kaybı, çalışma yaşamında ki gün kaybı, hizmet sunanlar tarafından harcanan zaman ve inkontinansın sonucuna bağlı oluşan deri sorunları ya da düşmeler gibi problemleri ve bakımını içerir. Bu faktörler dikkate alındığında Üİ maliyeti ve ülkeye getirdiği maliyet daha da artmaktadır (Hu 1990). İdrar kaçıran hastaların yıllık sağlık bakım maliyetleri deri enfeksiyonu, depresyon, düşme, kırıklar ve üriner yol enfeksiyonu gibi diğer sağlık sorunlarından daha yüksek maliyete sahiptir (Darkow ve ark. 2005)

Üriner inkontinans gibi pelvik organ prolapsusu da yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunudur. POP'un yaşam kalitesi üzerine olan etkisine yönelik çalışmalar, POP anatomisi ve pelvik semptomlar arasında ki ilişkinin tam olarak anlaşılamamasından dolayı yeterli değildir (Kenton ve Mueller 2006). İleri düzeyde POP semptomları olan kadınların yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik boyutu daha fazla etkilenmekte, bağlantılı olarak beden imajını negatif yönde etkilediği görülmektedir. Beden imajı bozulan kadın daha fazla düzeyde anksiyete ve depresyon yaşayabilir (Jelovsek ve Barber 2006). Özellikle prolapsus ürogenital alanda bir şekil bozukluğuna yol açıyorsa beden imajı negatif yönde daha fazla etkilenmektedir. Kadında utanma, mahçubiyet duygusu ve cinsel çekicilik duygularında azalmayla birlikte yaşam kalitesinde bozulma görülür. Klinik olarak ileri düzeyde POP olan ve tedavi arayan kadınların yaşam kalitesi, asemptomatik kadınlardan daha fazla etkilenmektedir.

Pelvik organ prolapsus semptomları hayatı tehdit etmemekle birlikte psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik durumunu etkileyerek kadının iş, aile ve cinsel yaşamında sınırlılıklara neden olur. Bu yüzden birçok kadın, bu semptomları, haftada bir defadan daha fazla yaşamaya başladığında hayat kalitesinin olumsuz etkilendiğini fark eder. Kadınlar pelvik organ prolapsusunu, oturma, kalkma, yürüme ve bir şeyler kaldırmak gibi aktivitelerini ve iş yapabilme yeteneğini engelleyen büyük bir problem olarak tanımlarlar (Bonetti ve ark. 2004; Weber 2007).

Ürogenital prolapsus semptomları evrenseldir. Fakat yaşam kalitesine etkisinin her toplum, her aile ve her birey için farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Çünkü toplumdaki politik, sosyokültürel, dini, ekonomik ve eğitim gibi yaşamı düzenleyen farklılıklar, kadının toplumdaki ve aile içindeki statüsünü ve rollerini de farklılaştırmaktadır. Bu farklılıklar nedeniyle, yaşam kalitesindeki en fazla etkilenmenin, semptomları yaşayan kadının ön planda olan rolüne bağlı olarak değişebileceği ve bu nedenle, yaşam kalitesi değerlendirmesinin bireysel boyutta yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde bir değerlendirme ile, sağlık personelinin bakımı bireye özel planlayabileceği ve başta kadının en fazla etkilendiği alana yönelik olmak üzere, prolapsus sorunuyla uygun baş edebilmesi için gerekli danışmanlığı verebileceği düşünülmektedir (Seven ve ark. 2008). Pelvik taban disfonksiyonu, ister inkontinans, ister pelvik organ prolapsus şeklinde olsun oldukça yaygındır, maliyeti yüksektir ve kadınların yaşam kalitesini dramatik olarak etkileyerek psiko-sosyal bozukluklara yol açmaktadır (Kenton ve Mueller 2006; Weber 2007).

PTD'lu hastalar için yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik tedavi önerilmesi ve hasta beklentilerinin anlaşılması günümüzde bu grup hasta için daha önemli olmaya başlamıştır. Beklentiler karşılanmadığında, gerek konservatif tedavi gerekse cerrahi tedavi sonrası hastanın memnuniyetsizliği söz konusudur (Weber 2007).

2.3.3. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Pelvik organ bozuklukları genellikle pelvik organların rekonstrüktif cerrahisi ile tedavi edilir. Ürojinekoloji alanındaki çalışmaların çoğu bugün cerrahi girişim sonrası hastanın beklentilerine, memnuniyetine, girişim sonrası anatomik ve fonksiyonel değişimlere ve yaşam kalitesi üzerine odaklanmaktadır. Cerrahi başarının tanımlanmasında yaşam kalitesindeki değişim önemli bir faktördür (Lowder ve ark.

2010). Çalışmalar POP ya da Üİ cerrahisinin yaşam kalitesini olumlu yönde artırdığını göstermektedir (Helstrom ve Nilsson 2005).

Günümüzde yaşam kalitesine verilen önemin artmasıyla birlikte ‘idrar kaçırmanın yaşla ortaya çıkması normaldir’ inancı yerine, tedavi edilebilir bir sorundur yaklaşımına bırakmış ve kadınların tedaviye başvurma sayısı giderek artmıştır. Kadınlar arasında en yaygın görülen tipi olan SÜİ’nin tedavisi primer olarak konservatif tedavidir. Tedaviden sonuç alınamıyanlarda ve POP ile birlikte olanlarda cerrahi tedavi planlanır (Gil ve ark. 2009). Monz ve arkadaşları (2007), Üİ tedavi olan 9487 kadınla yaptıkları çalışmada, semptomların şiddetinin yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği bu nedenle tedavi arayışı içine girdikleri saptanmıştır (Monz ve ark. 2007; Gil ve ark. 2009).

Etkili ve uygun tedavi yaklaşımı, kadının yaşam kalitesini yükseltmekte, beden imajını, öz güvenini ve hastalıkla başa çıkmayı geliştirebilmektedir. SÜİ cerrahisi sonrası semptom şiddet düzeylerinde oldukça azalma olduğu (Crivellaro ve ark. 2004; Tomoe ve ark. 2005; Bakas ve ark. 2006) ve yaşam kalitesi skorlarında da istatistiksel olarak anlamlı derecede gelişme olduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (Richter ve ark. 2003; Paraiso ve ark. 2004; Bakas ve ark. 2006; Domingo ve ark. 2007).

SÜİ cerrahi tedavisinde bir çok cerrahi tedavi tekniği uygulanmasına rağmen son on yılda popülerite kazanan midüretal sling prosedürleri (MÜS) TVT, İVS ve TOT, üretral suspansiyon ameliyatlarının yerini alarak daha ön plana çıkmıştır. Midüretal sling operasyonları diğer antiinkontinans cerrahi tekniklerinden daha basit, daha az invazif olup, işlem lokal anestezi ile bile yapılmaktadır. Başarı oranları %90'lara ulaşmaktadır (Bullock ve ark. 2006; Lim ve ark. 2010). Bu başarının postop kadınların yaşam kalitesinde de etkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.

TVT operasyonu geçiren 87 kadının IIQ-7 ve UDİ-6 soru formlarıyla post op 1. ay, 1. ve 2. yıldaki yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde %91,2 kadının yaşam kalitelerinde preop dönemle karşılaştırıldığında özellikle 1. ve 2. yılda ilerleme olduğu, üriner inkontinansın yaşam kaliteleri üzerine olan etkisinde önemli derecede azalma olduğu ve durumlarından memnun oldukları saptanmıştır (Richter ve ark. 2005). TOT operasyonu geçiren 120 hastanın cerrahi sonrası 1. yıldaki yaşam kalitelerini değerlendiren Roumeguere ve arkadaşları (2005), 1. yılda kadınların %78’inde günlük yaşam aktiviteleri, kendine olan güvenleri, emosyonel durumları ve cinsel aktivite

skorlarında anlamlı derecede yükselme saptamışlardır (Roumeguere ve ark. 2005). TOT operasyonu geçiren 52 kadının değerlendirildiği başka bir çalışmada 1 yıl sonra yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde kadınların yaşam kalitelerinin çok iyi olduğu fakat TOT'un inkontinansın tüm semptomlarını gidermediği gösterilmiştir (Dobson ve ark. 2007).

Benzer şekilde Waltregny ve arkadaşlarının. (2008) 102 Üİ cerrahisi (TVT-O) geçiren kadınlara 1. ve 3. yılda yaptıkları değerlendirme sonrası kadınların %70-75' nin, yaşadıkları üriner inkontinans semptomlarının ortadan kalkmasıyla birlikte yaşam kalitelerinde önemli derecede gelişme olduğu saptanmıştır. Ancak 1. yıl ile preop dönem arasında inkontinans şiddeti ve yaşam kalite skorları açısından istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Waltregny ve ark. 2008). Anti-inkontinans cerrahisi sonrası geçen süre arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. TVT operasyonu geçiren 161 hastadan 66'sının 2. yıldaki yaşam kaliteleri incelendiğinde yaşam kalite skorları ve alt boyutlarında (fiziksel aktivite, yolculuk, sosyal aktivite, emosyonel sağlık) önemli derecede ilerleme sağlanmıştır (Tomoe ve ark. 2005).

Murph ve arkadaşlarının (2008), SÜİ cerrahisi (TVT/n=71 ve TVT-O/n=166) geçiren kadınların IIQ-7 ve UDİ-6 soru formlarıyla post op 1. yıl yaşam kalite sonuçları değerlendirildiğinde istatistiki olarak preop ve post op semptom şiddeti ile yaşam kalite skorları arasında her iki grupta da anlamlı bir değişim olmuştur, semptomların ortadan kalkmasıyla yaşam kalite skorları belirgin şekilde artmıştır (Murphy ve ark. 2008). Lim ve arkadaşlarının (2010), SÜİ ile MÜİ olan ve midüretal sling operasyonu geçiren (TVT, İVS ve TOT) 93 kadının preop ve post op 1. ve 12. ayda ki yaşam kalitelerini inceleyen çalışmalarında, postop 1. aydaki yaşam kalite skorları preop dönemden daha yüksekken, 1. yıldaki yaşam kalite skorları 1. aydakinden daha yüksek çıkmıştır (Lim ve ark. 2010). Ayrıca preop dönemde urgency ya da şiddetli inkontinansı olan kadınların olmayan kadınlara oranla yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmiştir ve postop 1. yılda bu grup kadınların yaşam kalitelerinde daha anlamlı düzeyde bir gelişme olmuştur (Gil ve ark. 2009). Midüretal sling operasyonları tipleri arasında da postop sonrasında kadınların yaşam kalitelerinde farklı düzeylerde değişim olmaktadır. Campeau ve arkadaşları (2008), TVT operasyonu sonrası yaşam kalite puanlarında 38,7 puanlık bir artış saptarken (Campeau ve ark. 2008), Kim ve arkadaşları IVS operasyonu sonrası 32,9 puanlık bir artış (Kim ve ark. 2007), Porena ve arkadaşları ise TOT operasyonu

sonrasında yaşam kalite puanlarında 40 puanlık bir artış saptamışlardır (Porena ve ark. 2007). Sonuçta üriner inkontinans cerrahisinde uygulanan vajinal operasyonlar özellikle de son yıllarda yaygın olarak uygulanan MÜS operasyonlarının, kadınların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde artışa neden olduğu söylenebilir.

Uterin prolapsus vakalarında kaf prolapsusunu önleyici prosedürlerle birlikte uterusun çıkarılması, uygulanan primer cerrahi girişimlerindendir. Vajinal yaklaşımla birlikte kolaylıkla anterior ya da posterior onarım yapılabilir. Uterin prolapsus cerrahisi seçimi kadının ve cerrahın seçimine bağlıdır. Prolabe olan uterusun düzeltilmesine yönelik cerrahi yaklaşım seçildiğinde uterusun çıkarılmasından ziyade uterusun korunması amaçlanır (Brummen ve ark. 2003). Prolapsus cerrahisi sonrası anatomik düzelmenin yanı sıra hatta daha da önemlisi ameliyatın fonksiyonel sonucudur. Vajinal histerektomi sonrasında fonksiyonel sonuçlarına ilişkin bilgi sınırlıdır. Fonksiyonel sonuçların ölçümünde geçerliği ve güvenirliliği yapılmış semptom ve yaşam kalitesi soru formları önerilmektedir (Maher ve ark. 2007). Roovers ve arkadaşları (2004), geçerli bir ölçme aracını (UDİ) kullanarak yaptıkları çalışmada vajinal histerektomi sonrasında ürogenital semptomlarda (üriner inkontinans, ağrı, prolapsus gibi) ve yaşam kalitesinde (fiziksel, sosyal, emosyonel fonksiyon ve rahatsızlık) gelişme olduğunu saptamışlardır (Roovers ve ark. 2004). Prolapsusun ürogenital semptomlara neden olabildiği gibi prolapsus cerrahisi sonrasında bu semptomların ortadan kalkabildiği bilinmektedir. Üİ ve POP ameliyatlarından sonra en erken 3. ve 6. ayda üriner semptomlarda düzelme olabilmektedir (Roovers ve ark. 2004). Ancak bunun yanı sıra vajinal histerektominin üriner semptomların gelişimine katkıda bulunabilme olasılığı yıllardır tartışılmaktadır. Bu konuda yapılan çok sayıda çalışmanın incelendiği bir makalede, total abdominal histerektomiyle (TAH) karşılaştırıldığında, VAH sonrasında irritatif semptomlarda artış olduğunu, urge inkontinans gelişme olasılığında artma olduğunu gösteren çalışma sonuçlarına rastlanmış ancak VAH ile TAH arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir. Aynı makalede bu konuda yapılmış fazla çalışma olmamakla birlikte randomize çalışmalar, VAH'ın mesane disfonksiyonuna neden olabileceği ihtimalinin olduğunu belirtmektedir.

VAH sonrası bağırsak fonksiyonuna ilişkin randomize çalışma ve diğer çalışma sonuçları çelişkilidir. TAH ile VAH'ı karşılaştıran çalışmalarda istatistiksel anlamlılık çıkmasada, VAH sonrasında bağırsak sorunlarında artma eğilimi olduğu yönünde çalışma sonuçlarının yanı sıra TAH sonrasında bağırsak fonksiyon bozukluklarında

daha fazla artış olduğunu gösteren çalışmalarında olduğu belirtilmektedir (Thakar ve Sultan 2005).

2.3.4. Ürojinekolojide Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society - ICS), Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health - NIH) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Kontinans Konsültasyonu (International Consultation on Incontinence - ICI), pelvik taban hastalıklarının değerlendirilmesinin standardizasyonu amacıyla ortak önerilerde bulunmuşlardır. Bu öneriler;

1. Hasta herhangi bir girişim öncesinde ve sonrasında aynı ölçümlerle değerlendirilmelidir.
2. Hastanın fonksiyonlarında iyileşme veya kötüleşme derecesini belirleyenlerin yanı sıra, girişimin komplikasyonlarını hem subjektif hem de objektif olarak ortaya koyan ölçekler beraberce kullanılmalıdır. Bunlar:
 - Hastanın gözlemleri (semptomları),
 - Semptomların nicelleştirilmesi,
 - Klinisyenin gözlemleri (anatomik ve fonksiyonel),
 - Yaşam kalitesi,
 - Sosyoekonomik ölçümler (Abrams ve ark. 1988).

PTD'unun multifaktöriyel olması ve çoklu organ sistemlerini etkilemesi, semptomatik hastaların değerlendirilmesinde şiddet ve etkilenmenin incelenmesini zorunlu kılmaktadır. Organ sistem fonksiyonu, anatomik değişiklikler, yaşam tarzının etkilenmesi, psikolojik olarak iyi hissetme gibi çeşitli faktörler, hastalığın seyrinden daha da önemlisi PTD'u olan hastaya uygulanan tedaviden farklı şekilde etkilenebilir. Geçmişte sonuç değerlendirmeleri sadece kontinans ve normal anatominin sağlanması ile sınırlıydı. Günlük yaşam açısından bakıldığında hasta için büyük önem taşıyan yaşam tarzı değişiklikleri, çalışabilme kapasitesi, ikili ilişkiler gibi durumlar klinisyenler tarafından sorgulanmamaktaydı. Çoklu organ sistem disfonksiyonunun sonuçlarını değerlendirirken olaya tek yönlü yaklaşmak uygun değildir. Bu durum özellikle cerrahi sonuçların değerlendirilmesinde geçerlidir. Hastalık şiddetinin ölçümünde, bireysel etkilenmede ve sonuç değerlendirmesinde rutin olarak yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir (Davilla 2006).

PTD’u için halen dünya çapında ortak kullanılabilen “ tek bir en iyi ölçek” veya ölçekler grubu bulunmamaktadır. Geleneksel olarak, üriner inkontinans çalışmalarında ürodynamic sonuçlar, pelvik organ prolapsusu çalışmalarında ise fizik muayene gibi doktor merkezli ölçeklerin kullanımına yönelik bir eğilim vardır. Bununla birlikte son 10 yılda semptom sorgulama ve yaşam kalitesini değerlendirme gibi hasta merkezli sonuçlara önem verilmeye başlanmıştır. Doktor, hemşire ve hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, ürojinekolojik çalışmalarda subjektif ölçeklerin ve yaşam kalitesinin artırılmasının en önem verilen sonuç ölçeği olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, subjektif bulgular, pelvik taban bozukluklarını değerlendirmek için tek başına yeterli değildir. Hem objektif hem de subjektif değerlendirme ölçekleri beraberce kullanılmalıdır (Tincello ve Alfirevic 2002).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi klinik araştırmalarda ve klinik uygulamada yeri olan önemli bir kavramdır. Günümüzde yaşam kalitesine verilen önemin artmasıyla birlikte ürojinekoloji alanındaki çalışmaların çoğu bugün PTD’nunun yaşam kalitesi üzerine ve tedavi sonrası hastanın beklentilerine, memnuniyetine, girişim sonrası anatomik ve fonksiyonel değişimlere ve yaşam kalitesi üzerine odaklanır (Weber 2007).

Yaşam kalitesini ölçen ve primer olarak klinik araştırmalarda ve klinik ortamlarda kullanılmak üzere birçok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Yaşanan semptomların yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ölçmek amacıyla, genel olarak sağlık durumu (genel soru formları) üzerine olan etkisini ölçmek ya da belirli bir durumun spesifik olarak (duruma özgü soru formları) yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ölçmek üzere geliştirilen ölçüm araçları vardır. Semptom temelli soru formları mevcut semptomları, sıklığını ve şiddetini ölçer. Yaşam kalitesi soru formları hastalığın ya da tedavisinin kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerine olan etkisini ölçer. En kullanışlı ölçüm araçlarının basit, kısa, psikometrik olarak güçlü yapıda olan ve hastanın kendi kendine doldurabileceği şekilde olması gerektiği vurgulanmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümü özellikle mortaliteye sebep olmayan ancak psikososyal fonksiyonu ciddi anlamda bozan pelvik taban bozukluklarının, klinik sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir yer tutar (Weber 2007).

Son 10 yıldan beri geliştirilmiş, validasyonu onaylanmış, klinik uygulamalarda kullanılan ve hastalık şiddetini ve sonuçlarını ölçen çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri mevcuttur. Literatürde PTD’lu hastalarda önerilen genel, duruma özgü yaşam kalitesi ve

semptom sorgulamaya ilişkin ölçeklere Tablo 2-7’de yer verilmiştir (Barber 2007; Gotoh 2007; Weber 2007).

2.4. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsusu ve Cinsel Yaşam

Cinsellik insan hayatının ayrılmaz bir parçasıdır ve sağlıklı bir cinsel yaşam, sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli parametrelerinden birisidir. Herhangi bir nedenle bu alanda meydana gelen bir disfonksiyon kadının cinsel yaşamını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Kadın cinsel işlevi çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler tarafından etkilenmektedir. Günümüzde doğumdan beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte kadınlar ileri yaşlara kadar cinsel aktif kalabilmektedir. 60 yaş ve üstü kadınların yaklaşık üçte birinin cinsel olarak aktif kalmaya devam ettiği bildirilmektedir. Bu oran evlenmiş kadınlarda daha yüksek olabilmektedir (Espuna Pons 2009).

İlerleyen yaşla birlikte genelde cinsel aktivitede bir azalma olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar yaşla birlikte cinsel aktivite düzeyinde dereceli olarak azalma eğilimi olduğunu göstermiştir. İngiltere, Fransa, Almanya ve İtalya’da sağlıklı cinsel aktif olan 20–70 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada 40–46 yaş grubu kadınlar bir aylık sürede yaklaşık 9 kez cinsel ilişki yaşarken, 61–70 yaş grubunda ilişki sıklığının 5 den daha aza indiği saptanmıştır. Benzer bir azalma eğilimi mastürbasyon hariç orgazm sıklığında da görülmüştür. Aynı çalışmada sadece kadınların %30–36’sı cinsel istek rapor etmiştir (Wylie 2007).

Tablo 2-7: Pelvik Taban Disfonksiyonlu Kadınlarda Önerilen Yaşam kalitesi ve Semptom Sorgulama Ölçekleri

Genel sağlık ile ilgili yaşam kalitesi soru formları	
- Nottingham Health Profile – NHP - Sickness Impact Profile - SIP - SF-36 - SF-12 - EuroQol EQ-5D - Rand -36	Kategori A (en çok uygulanması önerilenler)
Duruma özgü yaşam kalitesi ve semptom soru formları	
Üriner İnkontinans yaşam kalitesi soru formları	
- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) - Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire-SF (BFLUTS-SF) - Stress and Urge Incontinence and Quality of Life Questionnaire (SUIQQ) - Incontinence and Quality of Life Questionnaire - Incontinence Severity Index (ISI) - Overactive Bladder Symptom and Health- related Quality of life (OAB-q)	Kategori A (en çok uygulanması önerilenler)
Üriner İnkontinans semptom soru formları	
- Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) - Urogenital Distress Inventory (UDI) - IIQ-7, UDI-6 - Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) - Kings Health Questionnaire (KHQ) - Urge Incontinence Impact Questionnaire (Urge IIQ) - Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire (BFLUTS) - Urinary Incontinence Severity Score (UISS) - CONTILIFE	Kategori A (en çok uygulanması önerilenler)
Fekal İnkontinans	
- Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQL) - Manchester Health Questionnaire - Birmingham Bowel and Urinary Symptom Questionnaire (BBUS-Q)	Kategori B (uygulanması önerilenler)
- Fecal Incontinence Severity Index (FISI) - Wexner Scale - Faecal Incontinence Survey - Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score - Manchester Health Questionnaire - Gastrointestinal Quality of Life Index - Elderly Bowel Symptoms Questionnaire - Postpartum Flatal and Faecal Incontinence Quality of Life Scale - Bowel Disease Questionnaire	Kategori C (olası/potansiyel uygulanabilir olan)
Pelvik Organ Prolapsusu	
Prolapse Quality of Life (P-QOL)	Kategori C (olası/potansiyel uygulanabilir olan)
- Pelvic Floor Dysfunction Questionnaire - E-PAQ Pelvic Floor Symptoms Questionnaire - Danish Prolapse Questionnaire	Kategori C (olası/potansiyel uygulanabilir olan)
Tüm Pelvik Organ Bozuklukları (Üİ, Fİ, POP)	
- Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) - Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ) - Pelvic Floor Impact Questionnaire Short Form- 7	Kategori B (uygulanması önerilenler)

2.4.1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

İnsanda cinsel davranışlarla ilgili ilk çalışmalar, Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmış ve “Kinsey Raporu” adı altında yayınlanmıştır. Ancak cinsel işlev bozukluklarına yaklaşımın temelini oluşturan araştırma 1966 yılında William Masters ve Virginia Johnson tarafından yapılmış ve çağdaş cinsel işlev bozukluklarının sınıflamasını sağlayan temel “Cinsel Yanıt Döngüsü” nü ortaya koymuşlardır (Masters ve Johnson 1994).

Masters ve Johnson (1966)’ın 4 fazlı (heyecanlanma, plato, orgazm, çözülme), Kaplan (1974)’ın 3 fazlı (istek, uyarılma, orgazm) cinsel yanıt döngüsü tanımlarından sonra American Foundation of Urologic Disease (AFUD) konsensus panelinde en son 4 fazlı cinsel yanıt döngüsü modeli kabul edilmiştir (Basson 2000).

Kadın cinsel yanıtı iki temel fizyolojik reaksiyon ile tanımlanmaktadır:

- a. Vazokonjesyon: Uyarılma sırasında genital organlar ve göğüslerde vazokonjesyon meydana gelir, venöz göllenme artar.
- b. Nöromüsküler gerilim (Myotoni): Nöromüsküler gerilim doyumuna ulaşırken yaşanan boşalmanın alt yapısını hazırlar (Akhan 2009).

American Foundation of Urologic Disease (AFUD) konsensus panelinde en son kabul edilen modele göre 4 fazlı cinsel yanıt döngüsü cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme dönemlerinden oluşmaktadır (Basson 2000).

İstek fazı: Cinsel cevap döngüsünün ilk basamağıdır. Temel olarak cinsel birleşmeyi arzulama vardır. Bu aşama, cinsel aktiviteyle ilişkili tüm düşünceleri, hayalleri ve dilekleri içerir. Bu faz, kadını cinsel uyarılma ve heyecanlanmaya hazırlar. Cinsel istek, oryantasyon, tercihler, psikolojik durum ve çevre tarafından etkilenir. Cinsel istek fazı, dakikalar ile saatler arasında değişir. Psikolojik ve fizyolojik cinsel uyarılma veya her ikisi tarafından oluşturulur. İstek fazında kadın arzuladığı kişiyi düşünür, onunla ilgili fanteziler kurar ve bu sırada uyarılabilir (Akhan 2009).

Uyarılma Fazı: Kadının uyarılması için fiziksel temas şart değildir. Uyarılma dönemi bir iki dakika ile saatler sürebilir. Fizyolojik değişikliklerin en belirgin olduğu dönemdir. Kadınlar, tensel ve fizik uyarılara daha duyarlıyken, erkekler görsel stimülasyonlara daha duyarlıdır. Bu dönemde kadında, vazokonjesyona bağlı olarak göğüs uçları 1 cm kadar büyürken göğüs hacmi de artar, labia majörler yukarı ve dışa doğru büyürken, labia minörler erekte olarak boyları 2-3 kat artar. Vajinanın 1/3’lük alt

kısmı daralır bu daralma, vajenin iç çapının %40 azalmasına ve birleşme sırasında penisin iyi bir şekilde kavranmasına yol açar. Vajinanın 2/3'lük üst kısmı yükselir, balonlaşır, uterusun hacmi artar, klitoris duyarlılığı artar. Etkin bir cinsel uyarı ile 10-20 saniye içinde vajinada açık renkte sekresyon oluşur ve vajina kayganlaşır. Vajina boyu uzar. Bazı kadınlar sıcak basması deneyimleyebilirler.

Erkeklerde bu fazda penis sertleşmesi ve büyümesi temel özelliktir. Spermatik kolon kısalmır, testisler geri çekilir, skrotum inceler ve vücuda doğru yassılaşır. Penis ve vajinanın giderek genişlemesi ile birlikte renk değişiklikleri belirir. Büyük kas gruplarında istemli kasılmalar olur. Her iki cinsde de kan basıncı, solunum, nabız hızı ve kas gerginliği artmaya devam eder.

Orgazm Fazı: Orgazm vazokonjesyonun sonlanması, genital organlarda, göğüslerde göllenmiş kanın bir anlamda serbest kalması ve takiben myotoninin (istemli kasların kasılmasından sonra gevşemede gecikmenin olması gergin kalma hali) gelişmesi olarak tanımlanabilir. Uyarılma fazı sırasında oluşmuş olan gerilimin ani bir boşalması şeklinde hissedilir. Tüm fazların en kısasıdır. Sadece maksimum seksüel gerilim elde edildiğinde gerçekleşir. Kas gerginliğinin azalmasıyla birlikte pelvik ve perineal kaslarda ritmik istemsiz kasılmalar olur. İstemsiz kas kontraksiyonları 0,8 saniyede bir gerçekleşir. Sıklıkla tüm faz 8-15 saniye sürer. Bu kasılmalar uterusda da ortaya çıkar. Orgazmik olan kadınların çoğu ilişkiden önce klitoral stimülasyonun en derin olduğu zamanda orgazm olmayı tercih eder. Orgazmdan sonra cinsel uyarıya cevap vermeyen (refraktör dönem) erkeklerin tersine, kadınlar potansiyel olarak multiorgazmiktir ve tek bir cinsel siklus sırasında birden fazla orgazm yaşayabilirler. Bu yüzden, yeterli klitoral stimülasyon sağlanırsa ilişkiden önce ve ilişki sırasında orgazmlar yaşayabilirler Bu dönemde kadın ve erkeklerde boyun, karın, kalça ve yüz kasları kasılır. Kan basıncı, nabız ve solunumdaki değişiklikler zirveye ulaşır ve sonra eski durumuna döner.

Çözülme Fazı: Uzunluğu en çok değişen fazdır. Bu dönem orgazm yoluyla oluşturulmuş cinsel gerilimin ani boşalmasını izleyen, genital organlardan kanın çekilmesiyle bedenin dinlenme durumuna dönmesi olup buna subjektif bir iyilik duygusunun eşlik ettiği dönemdir. Uyarılma sırasında oluşan fizyolojik değişiklikler eski halini alır ve beden dinlenme haline döner. Kadının doyuma ulaşması durumunda 15 dakika kadar süren çözülme fazı, doyuma ulaşmaması halinde 1 güne kadar uzar.

Yine kadının doyuma ulaşmaması durumunda klitoris ereksiyonu 6 saate kadar uzayabilir.

Çözülme, erkeklerde daha hızlıdır, sıklıkla sadece birkaç dakika sürer. Kadınlarda ise bu faz daha yavaştır. Kadın ve erkekler vücuttaki cinsel doyum duyarlılığını farklı şekillerde bildirmişlerdir. Kadınlar, cinsel doyum için tüm vücuttaki tensel temasa odaklanırken, erkekler daha çok genital bölgeye odaklanmışlardır. Kadınlar ağız ya da parmak temasında yüksek duyarlılık bildirirken, erkekler çoğunlukla en çok penetrasyondan memnun olduklarını bildirmişlerdir (Akhan 2009; Sadock 2000; Youngkin ve Davis 2004).

2.4.2. Kadında Cinsel İşlev Bozukluklarının Sınıflaması

Cinsel disfonksiyonda bireyin umduğu ve istediği cinsel ilişkiyi yaşayamaması söz konusudur. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu (KCFB) organik, psikolojik ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan kadının kendine olan güvenini, kişiler arası ilişkilerini, evlilik ilişkisini, psikolojisini ve yaşam kalitesini etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunudur (Abu Ali ve ark. 2009; Kingsberg ve Althof 2009).

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflaması yakın bir tarihte 2000 yılında yayınlanmıştır. Ancak KCFB sınıflaması en son 2003 yılında “ İkinci Uluslar arası Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Konsensus” toplantısında tekrar gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiştir (ISSWSH, 2003). Buna göre:

1. Cinsel istek / ilgi bozuklukları
 - Azalmış cinsel istek bozuklukları
 - Cinsel tiksiniş bozuklukları
2. Cinsel uyarılma bozuklukları
 - Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu;
 - Genital uyarılma bozukluğu;
 - Genital-subjektif uyarılma bozukluğu;
 - Devamlı cinsel uyarılma bozukluğu;
3. Orgazm bozuklukları
4. Cinsel ağrı bozuklukları
 - Disparoni
 - Vaginismus
 - Non-koital genital ağrı bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır.

2.4.3. Kadında Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı

Cinsel aktivite ve cinsel problem sıklığı dünyanın çeşitli bölgelerinde, ülkelerinde ve kültürlerinde farklılık gösterir. Yapılan araştırmalar, kadınların %30-%60'ının yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını göstermektedir. Cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları en sık görülen cinsel işlev bozukluklarıdır. Her 3 kadından 1'inde cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları görülebilmektedir (Oksuz ve Malhan 2006). Son yıllarda yapılan prevalans çalışmaları da kadınların %40'dan fazlasının cinsel problem deneyimlediğini ve bu kadınların %12'sinin probleminden dolayı sıkıntılı olduklarını göstermiştir (Kingsberg ve Althof 2009). 20-70 yaş grubu cinsel aktif 1300 kadının incelendiği çalışmada herhangi bir nedene bağlı olarak kadınların %29'unda cinsel istek bozukluğu, %22'sinde uyarılma bozukluğu, %19'unda orgazmik bozukluk ve %14'ünde disparoni saptanmıştır (Graziottin 2007).

Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Çalışmasına göre Amerikan kadınların %43'ü cinsel disfonksiyon yaşamaktadır (Shaw 2002). 29 ülkede 40- 80 yaşlarında 13.882 kadınla yapılan çalışmaya göre de kadınların %27'sinde cinselliğe olan ilgide azalma, %21'inde orgazm bozuklukları, %17'sinde lubrikasyon problemleri ve %10'unda disparoni saptanmıştır (Laumann ve ark. 2005). Shaw (2002) cinsel disfonksiyon sıklığını %6 - %64 arasında değiştiğini bildirmiştir (Shaw 2002). Ülkemizde de kadınların %15,7'sinde mutlaka bir cinsel problem mevcuttur (Oniz ve ark. 2007).

KCFB'ü prevalansı yaşla paralel olarak artmaktadır. 60 yaş üstünde kadınların %60-%80'i cinsel işlev bozukluğu yaşarken, batı ülkelerinde en sık yardım alan yaş grubu 50-59 yaşlar arası bulunmuştur (Oksuz ve Malhan 2006). Çayan ve arkadaşlarının (2004), 179 kadında yaptığı çalışmada KCFB'nin yaş ilerledikçe (18-27 yaş %21,7, 28-37 yaş %25,5, 38-47 yaş %53,5, 48-57 yaş %65,9, 58-67 yaş %92,9) arttığı saptanmıştır (Çayan ve ark. 2004). Aslan ve arkadaşlarının (2008), yaptığı çalışmaya göre ülkemizde, 20-29 yaş grubu kadınların %22'sinde, 30-39 yaş grubu kadınların %39,7'sinde, 40-49 yaş grubu kadınların %50,2'sinde, 50-59 yaş grubu kadınların %71,3'ünde, 60-64 yaş grubu kadınların %82,9'unda, ve 65 yaş ve üstü kadınların %87,8'inde mutlaka cinsel fonksiyonlarında bir azalma söz konusudur (Aslan ve ark. 2008). Literatürde KCFB ile ilgili yapılan birçok prevalans çalışmasına göre; cinsel istek bozuklukları %16- %75 arasında, uyarılma bozukluğu %12- %64 arasında, orgazm

problemleri %16-%48 arasında ve disparoni %7 ile %68 oranında değişmektedir (Hayes ve Dennerstein 2005; Laumann ve ark. 2005; Graziottin 2007; Hayes ve ark. 2008; Domoney 2009).

Cinselliğin yasaklandığı, formal bir cinsel eğitimin olmadığı, cinselliğin tabu olarak algılandığı, bekaretin önemsendiği toplumlarda kadınlarda vajinismus ve cinsel istek bozuklukları, erkeklerde ise cinsel istek ve boşalma bozuklukları daha sıklıkla görülebilmektedir. Yine cinsel deneyimin yetersiz olduğu toplumlarda ya da gençlerde, erkeklerde erken boşalma, kadınlarda ise çeşitli orgazm güçlüklerinin diğer kesimlere oranla daha sık rastlandığı gözlenmektedir. Yaşlı ve bekar kadınlar daha çok cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadırlar. Gelişmiş batı ülkelerinde daha çok ileri yaşlardaki kadınlar cinsel sorunların tedavisi için başvururken, ülkemiz de genç-orta yaş kadınlar daha sıklıkla cinsel sorunların çözümü için arayış içine girmektedir.

Hekime başvuran olguların yaş dağılımları açısından da farklılıklar gözlenmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinde daha çok ileri yaşlardaki kişiler başvururken, gelişmekte olan ülkelere ve doğu toplumlarında daha çok genç-orta yaş kuşağın hekime başvurduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, batı toplumlarındaki başvurularda, menopoz, diabetes mellitus, hipertansiyon, ilaç kullanımları vb. kaynaklı erektil disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve disparoni gibi hastalıklar daha ön plana çıkarken, diğerlerinde vajinismus, cinsel birleşme kuramama, erken boşalma gibi psikojenik kökenli cinsel işlev bozuklukları ilk sıralarda yer almaktadır (Cinsel Yaşam ve Sorunları 2011).

2.4.4. Üriner İnkontinansın ve/veya Pelvik Organ Prolapsusunun Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Kaliteli bir cinsel yaşam lüks değil haktır ve son 20 yıldır yapılan çalışmalar pelvik taban bozukluklarının kadın cinsel fonksiyon bozukluklarına (KCFB) neden olduğunu göstermektedir (Akhan 2009). Üriner inkontinans (Üİ) ve / veya pelvik organ prolapsusu (POP) kadında cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olan en önemli sorunlardandır. PTB'na bağlı oluşan cinsel fonksiyon bozukluğunun patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır ancak PTB'lu kadınlarda cinsel aktivitenin düşük, cinsel disfonksiyonun yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsusu yaşayan kadınlar incelendiğinde, beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, kendilerini fiziksel ve cinsel yönden feminen

hissetmemeleri, koku nedeniyle endişe duymaları, sürekli ped/bez kullanmaları, idrar kaçırma korkusu, koitus sırasında üriner inkontinans, eşin/ partnerin olumsuz reaksiyonları ve çekiciliğin azaldığını düşünme ve buna bağlı yaşanan depresyon kadınların cinsel yaşamını olumsuz etkileyerek farklı tiplerde cinsel disfonksiyona neden olmaktadır (Akhan 2009; Bilgiç ve ark. 2011).

Üİ olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığının %26 ile %47 arasında değiştiği bildirilmektedir (Barber ve ark. 2005; Sen ve ark. 2006). POP'un kadın cinsel fonksiyonu üzerine etkisi son yıllara kadar tartışmalıydı. Ancak bugün özellikle ileri derecede POP'nin kadında cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etki yaptığı ifade edilmektedir. POP ile KCFB'ye yönelik çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Üriner inkontinansın KCFB üzerine olan etkisini inceleyen araştırmalar çoğunluktadır (Akhan 2009).

Bu konuda yapılan ilk çalışma 1980 yılında Sutherst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada farklı tipde üriner inkontinansı olan kadınların %43'ünde cinsel disfonksiyon saptanmıştır. Araştırmaya katılan ve stres üriner inkontinansı olan toplam 156 kadının %32'sinin cinsel problem yaşadığı gösterilmiştir. (Akhan 2009). Üİ şikayeti olan 19-66 yaş arası 216 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, %34'ünde cinsel istekte azalma, %23'ünde seksüel uyarılma bozukluğu, %11'inde orgazm yetersizliği saptanmıştır (Salonia ve ark. 2004). Türkiye'de Üİ yaşayan kadınların %83,6'sı cinsel ilişki sıklığında ve cinsel istekte azalma, %78,1'i cinsel memnuniyette azalma, %77,7'si orgazmda güçlük, %45,3'ü disparoni yaşamaktadır (Oskay ve ark. 2005).

İlişki sırasında yaşanan üriner inkontinans kadında cinselliği olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda Üİ yaşayan kadınların %11-77'si koitusda üriner inkontinans yaşamaktadır (Moran ve ark. 1999; Kizilkaya ve ark. 2005; Espuña Pons ve Puig Clota 2008; Akhan 2009; Serati ve ark.2009). Koitus sırasında ki üriner inkontinans şekilleri (orgazm sırasında/penetrasyon sırasında inkontinans) üriner inkontinans tipine göre değişiklik gösterebilmektedir. Stres üriner inkontinansda daha sık penetrasyon sırasında kaçak olurken, detrusor aşırı aktivitesinde, urge inkontinans da daha sık orgazm sırasında inkontinans görüldüğü bildirilmektedir (Akhan 2009). Moran ve arkadaşları (1999), idrar kaçıran 2153 kadının %11'inin ilişki sırasında idrar kaçırdığını saptamışlardır. Kadınların %70'i penetrasyon sırasında, %20'si orgazm sırasında, %11'i hem penetrasyon hemde orgazm sırasında üriner inkontinans

yaşamaktadır. Penetrasyon sırasında idrar kaçıranların %80'inde stres üriner inkontinans varlığı tespit edilmiştir (Moran ve ark. 1999). İlişki sırasında üriner inkontinansın neden olduğu bilinmemekte ancak penetrasyon sırasında mesane boynunun yer değiştirdiği, ön vajinal duvar ve mesane boynunun gerildiği, üretral sfinkter yetmezliği, mesane ve trigonun ilişki sırasındaki stimülasyonuna bağlı detrüsör kontraksiyonlarının oluşmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (Moller ve Lose 2006). Orgazm sırasında eş zamanlı mesane kontraksiyonlarının ve üretral relaksasyonun olduğu ürodinamik çalışmalarda gösterilmiştir (Derogatis ve Melisaratos 1979). İlişkide üriner inkontinans, öz güven ve öz saygıyı olumsuz etkileyerek, cinsel istekte azalmaya, ilişki süresinin kısılmasına, ilişki sırasında ve sonrasında tatmin duygusu yaşamada problemlere yol açabilmektedir (Akhan 2009).

İlişki sırasında idrar kaçıran kadınların cinsel davranış biçimlerini inceleyen Beji ve arkadaşları (2003), kadınların %50'sinin ilişkide idrar kaçırdıklarını eşlerinden sakladıkları ve eşine problem hakkında bilgi vermediklerini, %28'inin partneriyle birlikte olmaktan kaçındıklarını, %25'inin yaşadıkları sorunun bir problem olmadığına kendilerini inandırdıklarını, %19'unun ilişki öncesi idrar yaptıklarını, %19'unun ilişkiyi kısa kestiklerini ve %6'sının anal seks yaptıklarını saptamışlardır (Beji ve ark. 2003). Oskay ve arkadaşlarının (2005), üriner inkontinansı olan ve olmayan postmenopozal kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında, Üİ olan kadınlarda uyarılmada azalma, orgazm olmada güçlük ve tatmin olamama sorunlarının daha sık yaşandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada Üİ olan kadınlarda vajinal kaşıntı ve akıntı daha fazla görülmektedir (Oskay ve ark. 2005). Özellikle Üİ olan kadınlarda sık yaşanan ve cinsel fonksiyonu etkileyen bir sorun olan dispareni, Üİ'ye bağlı genital hijyenin bozulması sonucu sık oluşan vajinal enfeksiyona bağlı geliştiği belirtilmektedir. Ancak kesin olan Üİ'nin vajinal enfeksiyona ve dispareniye neden olduğu ve KCFB'yu olumsuz etkilediğidir (Akhan 2009).

Üriner inkontinans tiplerine göre KCFB'ü değişiklik göstermektedir. Cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans sıklığı en fazla stres üriner inkontinansda görülmüş olmasına rağmen en sık ilişkiden kaçınmanın detrüsör insitabilitesi grubunda olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, urge inkontinans olan hastalarda ilişkiden kaçınma sıklığının daha fazla olmasını, bu tip üriner inkontinansda kaçırılan idrar volümünün daha fazla olmasıyla ve sürekli idrar gelecek ve kaçacak düşüncesi ve tuvalete yetişememe

duygusuyla açıklamaktadırlar (Akhan 2009). Urwitz-Lane ve arkadaşlarının (2006), yaptığı çalışmada üç tip üriner inkontinansı olan (SÜİ/50 kadın, urge inkontinans/50 kadın, ve miks tip/48 kadın) 3 grup kadının cinsel fonksiyonlarını değerlendirdiklerinde üriner inkontinans tiplerinin kadın cinselliğini olumsuz etkileme açısından bir fark olmadığını saptamışlardır (Urwitz-Lane ve Özel 2006).

Pelvik taban zayıflığı ve organ prolapsus prevalansı vajinal doğum sayısına, yaşa ve ırka göre farklılık gösterebilir. Vajinal doğum yapan kadınların %50'sinde farklı derecelerde prolapsus geliştiği tahmin edilmektedir (Baytur ve ark. 2005; MacLennan ve ark. 2000). Cinsel fonksiyon ile ilgili sorunların üriner inkontinansı ve uterovajinal prolapsusu olan kadınlarda yaşandığı belirtilmiştir. Fakat prolapsus ile cinsel fonksiyon arasındaki kesin ilişkiyi gösteren çalışmalar yetersizdir. Uterovajinal prolapsusu olan ve olmayan kadınlardaki cinsel disfonksiyonun prolapsusu olanlardan farklı olmadığı belirtilmiştir. POP'lu kadınların yaklaşık üçte birinde cinsel disfonksiyonun geliştiği bildirilmektedir (Peters ve ark. 2001). Pelvik organ prolapsus sınıflandırma sistemine göre (POP-Q) farklı derecelerde POP olan özellikle II. ve III. evre POP olan kadınlar daha sık cinsel istek bozukluğu, orgazm problemi ve uyarılma bozukluğu yaşamaktadır (Ozel ve ark. 2006).

Novi ve arkadaşlarının (2005), II. ve III. evre POP olan kadınlarla normal kadınların cinsel yaşamlarının karşılaştırıldığı çalışmalarında, POP olan kadınların utanma nedeniyle normal kadınlara oranla daha fazla ilişkiden kaçındıkları (%70), ilişkide inkontinans (%57), ve disparoni (%37) yaşadıkları, ilişki sıklığında azalma (%33) olduğu, orgazm olamadıkları (%10) ve ilişkiden daha az tatmin oldukları (%20) saptanmıştır. Çalışmada kadınların cinsel isteklerinde bir azalma olmamıştır ancak ilişki sıklığında üriner inkontinans korkusu nedeniyle azalma olmuştur. Aynı çalışmada POP olan hastalar gerek mastürbasyonla gerekse ilişki sırasında daha az sıklıkta doyuma ulaşmıştır (Novi ve ark. 2005). Kadın orgazm olmayı öğrenir. Belli bir partnerle veya ilişki sırasında orgazm olma süreci öğrenilen bir süreçtir. Bu nedenle kadınlar mastürbasyonla, ilişkide olduğundan daha sık doyuma ulaşır. POP varlığında mastürbasyonla bile doyuma ulaşamamanın nedeni literatürde genital prolapsus nedeniyle pelvik sinirlerde deformasyon olabileceği hipotezi ile açıklanmaktadır. İleri evre POP (2 ve 3) olan kadınlarda libidonun düşük olduğu, uyarılmalarının daha az

olduğu ve ilişki sırasında çok daha az doyuma ulaştıkları saptanmıştır (Ozel ve ark. 2006).

Prolapsuslu kadınların %20-90'ında Üİ, (Stoutjesdijk ve ark. 2006), Üİ olanların %15-80'inde de POP görülebilmektedir (Lin ve ark. 2011). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu olan kadınlarda %31-44 oranında cinsel disfonksiyon görülmektedir (Stoutjesdijk ve ark. 2006). Üİ'a POP eşlik ediyorsa cinsel fonksiyon daha da bozulabilmektedir (Barber ve ark. 2002). Sadece Üİ olan 47 kadın ile Üİ + POP olan 69 kadının cinsel fonksiyonunun incelendiği çalışmada, Üİ ve POP olan kadınlarda cinsel istek azlığı (%53) cinsel uyarılmada azalma (% 46) ve orgazmın olmaması ya da nadiren olması (%30) gibi cinsel sorunlar sadece Üİ olan gruba oranla daha fazla yaşanmaktadır (Ozel ve ark. 2006). Yapılan benzer çalışmalarda da ileri evrelerde POP olan ve üriner inkontinans sıklığı fazla olan kadınlarda cinsel ilişki ciddi anlamda engellenmekte ve ilişki sıklığı azalmaktadır. (Weber ve ark. 1995; Ellerkmann ve ark. 2001). Handa ve arkadaşları (2004), histerektomi planlanmış 1299 kadından SÜİ/POP olan 495 kadının ele alındığı bir grup çalışmasında Üİ/POP olan grupta cinsel şikayetler daha sık (%44,5) ve disparoni en çok dile getirilen sorun olarak (%27,8) saptanmıştır. Ayrıca PTD olmayan kadınlara oranla SÜİ/POP olan kadınların cinsel aktivite sıklığı daha az ve cinsel şikayet prevalansı (düşük düzeyde istek, vajinal kuruluk ve disparoni) daha fazladır. Üİ şiddeti, düşük libido, vajinal kuruluk ve disparoni için önemli bir etken olarak belirlenmiş fakat POP şiddeti ile ilişkili bulunmamıştır (Handa ve ark. 2004b).

Sonuçta ürojinekoloji birimlerine başvuran ve cinsel olarak aktif olan kadınların % 64'ünde cinsel disfonksiyon görülebilmektedir (Pauls ve ark. 2006). İdrar kaçırma ve ileri evre POP sorunu yaşayan kadınlarda yaygın şekilde;

- cinsel istek bozukluğu,
- cinsel ilişki sırasında şiddetli idrara sıkışma ve takiben kaçak,
- uyarılma bozukluğu,
- orgazm bozukluğu
- disparoni görülebilmektedir.

Partnerde ya da eşte de cinsel istek kaybı, prematür ejakülasyon ve erektil disfonksiyon gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Dolayısıyla çiftin ilişkisi, evlilik ilişkisi olumsuz etkilenmektedir.

2.4.5. Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Pelvik rekonstrüksiyon operasyonlar ile bir taraftan kadın pelvis anatomisinin fonksiyonelliği yeniden kazandırılmaya çalışılırken diğer taraftan fonksiyonların kazandırılması hedeflenmektedir (Ghielmetti ve ark. 2006). Pelvik rekonstrüksiyon cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisi çok fazla dikkate alınmayan bir konudur. Bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir bazı çalışmalarda cinsel fonksiyon negatif yönde etkilenirken, bazılarında ise hiç bir değişme olmamıştır (Espuña Pons 2009). Yüz yılı aşkın süredir pelvik taban patolojilerini düzeltmek amacıyla farklı cerrahiler yapılmaktadır. Eğer pelvik taban patolojileri KCFB'na neden oluyorsa bu patolojilere yönelik uygulanan cerrahiler sonrası kadında görülen cinsel fonksiyon bozuklukları düzelmekte midir? sorusunu cevaplamak amacıyla yapılan araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır (Akhan 2009).

Vajinal cerrahiyi takiben cinsel disfonksiyonun sebebi organik ve /veya psikososyal olarak sınıflandırılabilir (Srivastava ve ark. 2008; Espuña Pons 2009; Thakar 2009). Organik sebepler anatomik, fizyolojik, vasküler, nöral ve hormonal olabilir. İliohipogastrik kan akımının yada pudental arteriyal kan akımının cerrahi işlem sonucunda aksamasının kadında vajinal düz kaslarda fibrozise, vajinal kuruluğa ve disparoniye neden olabileceği varsayılır (Thakar 2009). Anterolateral vajinal duvarlar pelvik anatomik sınırlar tarafından yoğun ölçüde innerve edilir. Bu bölgede SÜİ ve vajen ön duvar prolapsus onarımı nedeniyle yapılan cerrahi bu innervasyonu etkileyebilir ve cinsel deneyimi değiştirebilir. Klitorisin dorsal sinirine cerrahi sırasında hasar verme de (çeşitli siling operasyonları/ön kompartman) orgazmik fonksiyonu bozabilir (Tunuguntla ve Gousse 2006).

Vajinal (n:15) ve transanal yolla yapılan (n:15) iki vajen arka duvar prolapsusu girişiminin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini değerlendiren randomize yapılan çalışmada, girişimi takiben 12 ay sonrası değerlendirmede, her iki grupta da hiçbir hasta tekrarlı disparoniden şikayet etmemiştir ve vajinal cerrahi geçiren gruptan altı kadın ve diğer gruptan iki kadın cinsel yaşamlarında bir ilerleme olduğunu ifade etmiştir (Nieminen ve ark. 2004).

Anterior tamir operasyonu başka prosedürlerle birlikte yapılmadıkça cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etki yaptığı gösterilmemiştir (Espuña Pons 2009; Thakar

2009). Vajen ön duvar prolapsus (sistosel) onarımının cinsel fonksiyon üzerine, olan etkisine ilişkin literatürde çok az bilgi vardır. Ön onarımın üç tekniğini karşılaştıran bir çalışmada pre-op dönemde %30 olan disparoninin post-op dönemde %22 oranında azaldığı saptanmıştır (Weber ve ark. 2001). Vajen arka duvar prolapsus (rektosel) onarımı sonrasında oluşan vajinal daralma ve kısılmanın da disfonksiyona sebep olabildiği belirtilmektedir. Vajen arka duvar prolapsusu tamiri için kullanılan tekniklerin postoperatif disparoninin sebebi olduğu üzerinde durulmaktadır. Literatürde vajen arka duvar prolapsus onarımı için uygulanan levator plikasyonu sonrasında pre-op %18 olan disparoninin post-op %27'ye yükseldiği belirtilmektedir (Kahn ve Stanton 1997). Ancak defekte özgü vajen arka duvar prolapsus onarımının daha az disparoniye yol açtığı belirtilmektedir. Vajen arka duvar prolapsus onarımı için uygulanan vajinal cerrahinin (özellikle orta hat fasiyal plikasyon ya da spesifik alan tamiri yapıldığında) disparoniye azaltarak cinsel fonksiyonda ilerleme sağladığı da gösterilmiştir (Espuña Pons 2009). Retrospektif bir çalışmada, bölgeye özgü vajen arka duvar prolapsus (rektosel) onarımı yapılmış ve 73 kadın postoperatif 6 aylık dönemde takip edilmiş ve yaşam kaliteleri, cinsel fonksiyonları değerlendirilmiştir. Post-op dönemde kadınların %73 hastada disparoninin anlamlı olarak düzeldiği ya da iyileştiği, yalnızca %19 hastada kötüleştiği gösterilmiştir (Porter ve ark. 1999).

Tarihsel olarak uterus önemli fizyolojik fonksiyonların düzenleyicisi ve denetleyicisi, cinsel bir organ, enerji kaynağı, hayati bir organ, gençliğin ve cazibenin bir simgesi olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle böyle bir organın çıkarılmasının cinsel problemlere yol açacağı varsayımı mantıklı bir yaklaşımdır. Fakat tam tersi sonuçlarda vardır (Thakar 2009).

Histerektomi sıklıkla pelvik taban rekonstrüktif cerrahisinde uygulanan bir yöntemdir ve vajinal, abdominal ya da laparoskopik yaklaşımla yapılabilir. Uterusun cinsel fonksiyonda ki rolü tartışmalıdır ve bazı otörler uterin kontraksiyonlarının orgazmın algılanmasında önemli bir rol oynadığına inanır. Histerektomi cinsel disfonksiyon ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca histerektomi öz-saygıda azalmaya ya da feminen kimlik kaybına yol açan psikolojik etkilere yol açabilir (Achtari ve Dwyer 2005).

Pakbaz ve arkadaşları (2009), tarafından, vajinal histerektomi yapılan 682 kadının 6. ayda cinsel aktiviteleri değerlendirildiğinde %20 oranında kadının post-op

cinsel aktivitelerinde iyileşme olduğu ve vajinal histerektominin cinsel aktivite üzerinde pozitif etki yarattığı sonucuna varılmıştır (Pakbaz ve ark. 2009). Abdominal (total ve subtotal) ve vajinal histerektomi yapılan 126 kadının değerlendirildiği çalışmada gruplar arasında libidoya, cinsel aktiviteye ve feminen hissetmeye ilişkin verilen cevaplarda istatistiksel olarak bir değişim olmadığı saptanmıştır (Roussis ve ark 2004). Benzer şekilde Total histerektomi ve VAH geçiren 105 hastanın ameliyat sonrası 3. 8. ve 18. ayda yapılan cinsel fonksiyon değerlendirmelerinde ameliyat sonrasında kadınların cinsel memnuniyetlerinde önemli derecede artış olmuştur (Goetsch 2005). Vajinal histerektominin uzun dönem komplikasyonlarını değerlendiren Casson ve arkadaşları (2001), cinsel aktif 53 VAH yapılan hastanın 10 yıllık süredeki cinsel aktiviteleri değerlendirildiğinde ise ilişki sıklığında, cinsel istekde ve orgazm yoğunluğunda önemli derecede azalma olduğu saptanmıştır (Cosson ve ark. 2001).

Vajen ön duvar prolapsusu, vajen arka duvar prolapsusu ve vajinal kaf prolapsus onarımı yapılan 70 kadının Female Sexual Function Index (FSFI) ve eşlerinin de Brief Male Sexual Inventory (BMSI) soru formuyla pre-op ve post-op 4. ayda yapılan cinsel fonksiyon değerlendirmelerinde post-op dönemde kadınların istek, uyarılma, lubrikasyon, ilişki memnuniyeti ve ağrı da önemli derecede ilerleme olurken, orgazm durumunda bir değişim olmamıştır. Erkekler de ise ilgi, cinsel tahrik ve genel ilişki memnuniyeti önemli ölçüde artmıştır, ancak ereksiyon, ejakülasyon fonksiyonu ve orgazm durumu değişmemiştir (Kuhn ve ark. 2009).

SÜİ cerrahisini takiben kadındaki cinsel fonksiyonun pozitif ya da negatif etkilendiğini gösteren farklı çalışmalar vardır. Cerrahi prosedürler ve psikososyal sorunlar vajinal cerrahiyi takiben cinsel fonksiyonun değişimine katkıda bulunabilir. SÜİ cerrahisinin özellikle pre-op dönemde dispareni ya da ilişkide idrar kaçıran kadınların cinsel yaşamlarını iyileştireceği olasılığına karşın vajinal cerrahinin cinsel yaşamı bozabileceği de olasıdır. Vajinal cerrahiyi takiben cinsel fonksiyonda meydana gelen iyileşmenin ilişki sırasında yaşanan üriner inkontinansın ortadan kalkmasına bağlı olduğuna inanılırken, cerrahi sonrası cinsel fonksiyondaki bozulmanın da perineorafiyi takiben meydana gelen dispareniden kaynaklandığına inanılmaktadır (Kim ve Choi 2008).

SÜİ cerrahisi geçiren 64 hastanın pre-op ve post-op 6. ay cinsel fonksiyonlarını değerlendiren Pinto ve arkadaşları (2007), pre-op ve post-op 6. ay kontrolleri arasında

istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet puanları ve toplam cinsel fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığını ve cinsel fonksiyonlarında bir değişim olmadığını göstermişlerdir (Pinto ve ark. 2007).

Son 10 yıldır SÜİ yönelik minimal invaziv anti-inkontinans cerrahi yöntemler (TVT ve TOT- dıştan-içe ya da içten-dışa) geleneksel tedavilere (Burch, Marshall–Marchetti–Krantz, fasial sling tamiri vb) alternatif olarak daha yaygın şekilde tercih edilmektedir. Cinsel fonksiyonun önemi son zamanlarda hasta bakımında önem kazanmaya başlamıştır. Ancak bu uygulamaların cinsel fonksiyon üzerine etkileri konusunda ki çalışmalar yetersizdir (Sentilhes ve ark. 2009). Son yıllarda sıklıkla uygulanan sling operasyonlarının, (TVT ve TOT gibi) kadın cinsel fonksiyonu üzerine farklı etkiler gösterdiği ve SÜİ için uygulanan cerrahi tekniklerin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisine yönelik sonuçların değişkenlik gösterdiği yönündedir.

Maaaita ve arkadaşlarının (2002), 6. ay ve 36 aylık sürede TVT sonrası 57 hastada cinsel fonksiyonu elektronik posta yoluyla sorgulayarak değerlendirdikleri çalışmada kadınların çoğunluğunda cinsel fonksiyonlarında (%72) herhangi bir değişim olmazken, %14 kadında ise libidoda azalma ile birlikte cinsel fonksiyonlarında kötüleşme olduğu ve sadece %5'inin iyileştiği saptanmıştır (Maaaita ve ark. 2002). Yeni ve arkadaşları (2003), SÜİ için TVT operasyonu yapılan premenopozal, evli ve cinsel aktif bir grup kadınla, benzer yaşta sağlıklı bir grup kadını FSFI uygulayarak karşılaştırdıkları çalışmalarında, TVT geçiren kadınların post-op cinsel fonksiyonlarında önemli derecede kötüleşme olduğu görülmüştür. Cinsel fonksiyonun alt boyutlarının ayrıntılı yapılan analizinde, orgazm fonksiyonu TVT ile birlikte önemli derecede olumsuz etkilenme göstermiş ve cinsel ilişki memnuniyeti kontrol grubuna oranla post-op TVT hastalarında önemli derecede düşük çıkmıştır (Yeni ve ark. 2003).

Orgazmdaki değişimin sebebi tam olarak açık değildir. Anatomik olarak dorsal sinir ile simfis pubis arası mesafe $14,3 \pm 4,7$ mm iken, TVT uygulandıktan sonra dorsal sinir ile sling arası mesafenin $10,7 \pm 4,8$ mm olduğu ve operasyon sırasında dorsal sinire yapılacak olan bir hasarın orgazmik fonksiyonda bozulmayla yol açabileceği belirtilmektedir. Bulbo cavernosuz refleks ya da dorsal klitoral sinir iletimini post-op değerlendiren çalışmalar bu hipotezin doğruluğunu destekler niteliktedir. Bu nedenle benzer şekilde transobturator siling girişimini takiben de cinsel fonksiyonun mutlaka değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Achtari ve Dwyer 2005).

Elzeiver ve arkadaşları (2004), elektronik posta yoluyla yaptıkları çalışmalarında ise hastaların %26'sı ilişkilerinin post-op dönemde öncesine oranla daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. İlginç şekilde hastaların partnerlerinin %15'i vajinal kuruluğa bağlı yaşanan koital ağrıdan şikayet etmişlerdir (Elzevier ve ark. 2004). Post-op dönemde cinsel fonksiyonun kötüleşmesine, libido kaybı, dispareni ve partnerdeki rahatsızlık sebep olabilmektedir. Benzer bir çalışmada da mail yoluyla TVT öncesi ve sonrası 8. haftada cinsel fonksiyon değerlendirildiğinde, pre-op ve post-op ilişki sıklığında ve ilişkideki memnuniyette önemli bir değişim olmamıştır ve kadınların %26'sında post-op dönemde cinsel fonksiyonda bir ilerleme olurken, %22 kadında cinsel fonksiyonda kötüleşme olduğu bildirilmiştir (Berthier ve ark. 2008). Iskander ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da TVT sonrası %45 kadının cinsel yaşamında gelişme olurken, %55'inde bir değişim olmadığı, %3'ünde de kötüleşme olduğu görülmüştür (Iskander ve ark. 2003). Çayan ve arkadaşlarının (2008), SÜİ nedeniyle vajinal sling geçiren 53 kadının pre-op ve post-op 6. ayda FSFI ile cinsel yaşamları değerlendirildiğinde, cerrahi sonrası kadınların %24,5'inin cinsel fonksiyonlarında gelişme olduğu, %28,3'ünde herhangi bir değişim olmadığı ve %47,2'sinde kötüleşme olduğu saptanmıştır (Çayan ve ark. 2008). Literatürde ayrıca üriner inkontinans nedeniyle uygulanan vajinal cerrahinin, cinsel istekde, uyarılmada, orgazmda, ilişki memnuniyetinde ve ağrı da ameliyat öncesiyle kıyaslandığında olumsuz bir etkilenim olmadığı gibi önemli düzeyde de bir gelişme olmadığını destekleyen çalışmalar yer almaktadır (Shah ve ark 2005; Tunuguntla ve Gousse 2006; Pinto ve ark. 2007).

G noktası alanının vajen ön duvar prolapsusu tamiri ve TOT operasyonunun uygulandığı alanda olması nedeniyle TOT ameliyatı sonrasında cinsel fonksiyonun etkilenebileceği bildirilmektedir (Hines 2001). TOT takiben cinsel fonksiyon hakkında literatür bilgisi azdır. Ancak bazı araştırmacılar TOT'un inkontinans üzerine pozitif etkisinden dolayı cinsel fonksiyon üzerinde pozitif etki yaptığını ancak %10,3 gibi bir oranda da cinsel fonksiyonu bozabildiğini belirtmektedirler (Elzevier ve ark. 2008). TOT grubunda vajinal daralmadan dolayı ağrı daha fazla görülmüştür (Espuña Pons 2009). Hem TOT hem de TVT sonrası cinsel yaşamın karşılaştırıldığı bir çalışmada ise iki tip ameliyatın kadınların cinsel fonksiyonlarında pozitif etkiler yarattığı saptanmıştır (Pace ve ark. 2008). Benzer şekilde TOT (64 vaka) ve TVT (81vaka) sonrası cinsel fonksiyonunun karşılaştırıldığı çalışmada ameliyat sonrasında ilişki memnuniyetinde artış olduğunu bildiren kadın oranı TOT grubunda %32,9 TVT grubunda %29,5 olduğu

ve cinsel fonksiyonda kötüleşme olduğunu bildiren kadın oranında TOT grubunda %12,5, TVT grubunda %17,3 olduğu saptanmıştır (Sentilhes ve ark. 2009).

Üİ cerrahisi ile birlikte genital prolapsus cerrahisi uygulamasının cinsel fonksiyona olan etkisi de değişiklik gösterebilmektedir. İnkontinans cerrahisi ile birlikte enterosel tamiri geçiren ve 1 yıl sonra cinsel fonksiyonu değerlendirilen 56 kadının pre-op ve post-op 1. yıl arasında ilişki sıklığı ve dispareni yönünden hiçbir değişim olmadığı gösterilmiştir (Lemack ve Zimmern 2000). Thakar ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da hem Üİ hemde POP cerrahisi geçiren kadınların 4. aydaki cinsel fonksiyonları karşılaştırılmış ve post-op cinsel fonksiyonlarında pre-op döneme kıyasla önemli derecede gelişme olduğu belirlenmiştir (Thakar ve ark. 2008).

2.4.6. Üriner İnkontinans ve/veya Prolapsus Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi

Pelvik taban disfonksiyon belirtileri farklı yollarla değerlendirilebilir. Kapsamlı bir klinik öykü almak hastanın semptomlarını ve günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkisini değerlendirmede önemli bir metottur. Ancak standart ve tekrarlı bir değerlendirme istenen durumlarda klinik öykü almak yeterli olmayabilir. Bir semptomun ya da durumun varlığını, şiddetini, hastanın aktivitelerine ve iyilik durumuna olan etkisini değerlendirmenin en geçerli yolu psikometrik olarak güçlü kendi kendine uygulanabilen soru formlarının kullanılmasıdır (Barber ve ark. 2007; Naughton ve ark. 2004).

Ürojinekolojik sorunların etkili tedavisi kadar yarattığı sıkıntıları değerlendirmek için hazırlanmış soru formlarının kullanımı son 20 yıldır giderek artmıştır. Özellikle cinsel fonksiyon bozukluğu ve POP/Üİ ilişkisine özgün soru formları son 5 yıl içinde oluşturulmuştur. Cinsellik soru formları kadın ve erkek cinsel disfonksiyonlarının tanı ve tedavisinde tamamlayıcı bir rol oynar. Bu tür soru formları özellikle, disfonksiyonlu kişilerin belirlenmesinde, disfonksiyon şiddetini, tedavi sonrası memnuniyeti ya da ilerlemeyi, disfonksiyonun kişilerin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ve disfonksiyonun partner/eşin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmede kullanılır. Literatür incelendiğinde kadında cinsel fonksiyonu farklı yönleriyle değerlendiren ve yaygın olarak kullanılan birçok soru formu mevcuttur (Bilgiç ve ark. 2011). 2002 yılında Daker-White tarafından yayınlanan bir sistematik incelemede kadın ve erkekler için 25 cinsel fonksiyon soru formundan bahsedilmektedir

ancak bu soru formlarından sadece 14 tanesini geçerli ve güvenilir olarak kadın ve erkeklerde kullanılabilir olduğunu tanımlamıştır (Daker-White 2002). Bunun yanı sıra Uluslararası Kontinens Birliği, yaygın kullanılan cinsellik soru formlarını uygulanabilirlik durumuna göre kategori A (en çok uygulanması önerilen), kategori B (uygulanması önerilen) ve kategori C (potansiyel olarak uygulanabilir) olmak üzere üç şekilde kategorize etmiştir. Uluslararası Kontinens Birliği'nin kadın cinsel fonksiyon soru formlarını uygulanabilirlik durumuna göre sınıflaması Tablo 2-8 de yer almaktadır.

PTD'lu kadınlarda cinsel fonksiyonu değerlendirmede en yaygın kullanılan soru formları arasında King's Health Questionnaire, The Incontinence Impact Questionnaire gibi soru formları yer almaktadır. Bunlar özellikle cinsel fonksiyon üzerine odaklanmaz daha çok Üİ/POP'un kadının yaşam kalitesi/iyilik durumuna etkisini saptamaya yöneliktir. Ayrıca Female Sexual Function Index (FSFI), The Profile of Female Sexual Function ve The McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ), Female Sexual Distress Scale (FSDS) gibi cinselliğe özgü genel soru formlarında bu alanda en sık kullanabilen soru formlarıdır. Ancak genel popülasyonda geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olan bu soru formları PTD'na bağlı farklılıkları belirlemede yeterince duyarlı olmayabilirler.

Tablo 2-8: Uluslararası Kontinens Birliği'nin Kadın Cinsel Fonksiyon Soru Formlarını Uygulanabilirlik Durumuna Göre Sınıflaması

Kategori	Psikometrik özelliklerini kesinlik durumu	Soru Formu
Kategori A: En çok uygulanması önerilen	Çeşitli verilere göre geçerlik-güvenirliliği ve duyarlılığı kesin	- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) (Her iki cinsiyete)
Kategori B: Uygulanması önerilen	Geçerlik- güvenirliliği ve duyarlılık durumu saptandı ancak kesinlik yok	- Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) (Her iki cinsiyete) - Brief Index of Sexual Functioning Women (BISF-W) (Kadına)
	Çeşitli verilere göre geçerlik ve güvenirliliği kesin.	- Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) (Kadına)
Kategori C Olası/potansiyel uygulanabilir	Geçerlik - güvenirliliği ve duyarlılık durumu değişmektedir	- McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) (Kadına) - Female Sexual Function Index (FSFI) (Kadına) - Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF) (Her iki cinsiyete) - Sexual Behavior Inventory (SBI) (Her iki cinsiyete) - Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) (Her iki cinsiyete) - Index of Sexual Satisfaction (ISS) (Her iki cinsiyete) - Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) (Her iki cinsiyete) - The Sexual Interaction Inventory - BFLUTS sex (Kadına) - Simple Sexual Function Questionnaire (Kadına) - Sexual Function Questionnaire (Kadına) - Danish Prostatic Symptom Score sex questionnaire (DAN-PSS sex) (Erkeğe)

Sadece Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ) özellikle Üİ/POP'lu kadınlarda cinsel fonksiyonu değerlendirmek için geliştirilen soru formudur. PISQ pelvik taban cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonu değerlendirmede de yaygın kullanılmaktadır (Tablo 2-9).

Tablo 2-9: Kadın Cinsel Fonksiyonunu/Memnuniyetini Değerlendirmede Tavsiye Edilen ve En Yaygın Kullanılan Cinsel Fonksiyon Soru Formları

Soru formu	Soru sayısı	Uygulanma şekli	İçerik alanı	PTD'a özgü olma durumu
Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRIS)	28	Kendisi	5 Alan: anorgazmi, nonsxuality, ilişkiden kaçınma, vaginismus, memnunsuzluk/hoşnutsuzluk	Yok
Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)	6	Kendisi ya da yardımcı görüşmeci	6 Alan: Kalite, cinsel ilgi, ilişki sıklığı, memnuniyet, disfonksiyon ve uyumsuzluk	Yok
Brief Index of Sexual Functioning-Women (BISF-W)	22	Kendisi	7 Alan: cinsel istek/düşünceler, uyarılma, ilişki sıklığı, ilişkiyi kabul etme/başlatma, ilişki memnuniyeti, partnerle uyum, doyum/orgazm, cinsel problemler	Yok
McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ)	25 uzun 9 kısa	Kendisi	5 Alan: cinsel ilgi, memnuniyet /ilişki sıklığı, vaginal lubrikasyon, orgazm, partner	Yok
Female Sexual Function Index (FSFI)	19	Kendisi	6 Alan: istek, lubrikasyon, orgasm, uyarılma, ağrı, memnuniyet	Yok
Pelvic Organ Prolapse/ Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ)	31 uzun 12 kısa	Kendisi	3 Alan: emosyonel/duygusal davranış, fiziksel, partnerle ilgili	Evet

Hangi soru formunun kullanılacağı seçimi araştırma konusuna bağlıdır. Araştırma konusu soru formunu belirler. Semptom şiddet soru formları Üİ/POP'un olup olmadığını ve şiddetini ölçerken, yaşam kalitesi anketleri kişinin semptomlardan nasıl etkilendiğini ölçer.

Genel soru formlarının kullanımı gruplar arasındaki cinsel fonksiyonu karşılaştırırken daha yararlı olabilir, örneğin PTD'lu kadınlarla pulmoner hastalığı olan kadınların cinsel fonksiyonunun karşılaştırılması. Spesifik-durum soru formları gruplar içinde karşılaştırma yapılacaksa en etkili soru formlarıdır, örneğin prolapsus evrelerinin

cinsel fonksiyon üzerine etkisini belirleme ya da Üİ ile POP'un cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini karşılaştırma gibi (Bilgiç ve ark. 2011).

Güncel literatür bilgisinde PTD'nun cinsel aktivite ve/veya cinsel fonksiyon üzerine hem negatif etki yaptığı hem de tedaviyle birlikte iyileşme olduğu belirtilmektedir. PTD'da amaç yeni tedavi yöntemleri ile birlikte bu sorunu yaşayan kadınların cinsel fonksiyonunu geliştirmek ya da zarar görmesini önlemektir. Bu amaçla yeni tedavilerin geçerlik / güvenilirliği yapılmış sorularla değerlendirilmesi gerekir.

2.4.7. Sağlık Bakım Profesyonellerinin / Hemşirenin Rolü

Herhangi bir cerrahi girişim hangi amaçla yapılırsa yapılsın hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan etkileyebilir. Gerek pelvik taban sorunları ve gerekse beraberinde uygulanan cerrahi tedaviler hastanın yaşam kalitesinde ve cinsel yaşamında değişimlere yol açtığı ya da açabildiği çalışmalarla gösterilmiştir.

Bu anlamda sağlık bakımının amacı hastalıkların getirdiği kısıtlamalara karşın, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır. Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre sağlık bakım profesyonelleri/hemşireler bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan bütüncül bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmeli ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar üzerine yoğunlaşmalıdır (Güler 2006).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği ve kapsamı hemşirelik uygulamaları ile yakından ilişkilidir. Tüm sağlık bakım profesyonellerinin yaşam kalitesi ve cinsellikle ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamaları, yaşam siklusu içinde cinselliğin gelişimsel durumunu bilmeleri ve uygulamalarına aktarmaları önemlidir. Pelvik taban cerrahisi sonrası yaşam kalitesini yükseltmeye ve cinsel fonksiyonu iyileştirmeye yönelik kaliteli bir sağlık bakım hizmetinden söz edebilmek için hizmetin etkili bir biçimde verilmesi, mevcut kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve sağlık bakım alanların memnuniyetinin sağlanması önemlidir (Güler 2006).

Kadında cinsel fonksiyon bozukluğu biyolojik, psikososyal ve kültürel faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu nedenle kadında cinsel fonksiyon bozukluğu hem tanı hem de tedavi aşamalarında multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu ekip içinde yer alan hemşirelerde şüphesiz kadın cinsel sağlığın ve yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesinde önemli roller üstlenmektedir (Ohl, 2007).

Yaşam kalitesi ve cinselliğin bütüncül sağlık bakım kavramının önemli bir unsuru olarak düşünüldüğünde hemşirelerin bu alanda yeterince değerlendirme yapmadıkları ve uygun girişimlerde bulunmadıkları söylenebilir. Hemşirelerin pelvik taban disfonksiyonuyla başvuran kadının cinsel fonksiyonu ve nasıl etkilendiğine ilişkin kadına soru sormada / bilgi almada kararsız olmaları, cinsel konularda danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmamaları, utanmaları, önemsememeleri, iş yoğunluğu, cinselliğe ilişkin kişisel inanç ve tutumları ve cinsellikle ilgili konuları tartışırken anksiyete yaşamaları, hemşirenin kadınları cinsel yönden ele almamalarına engel oluşturan faktörler arasında sayılabilir (Parish ve ark. 2007; Kutmec 2009).

Hemşireler hastalarla en fazla vakit geçiren ve onları en doğru biçimde gözlemleyebilen sağlık profesyonelleridir ki yaptıkları gözlem ve değerlendirmeler cinsel fonksiyona ilişkin sorunların saptanmasında önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyona ilişkin sorunların saptanması, tanınması, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, hemşirenin katkısı büyüktür.

Cinsellik, American Nursing Association'ın (ANA) kapsadığı organizasyonlar tarafından hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmış ve The North American Nursing Diagnosis Association, 1980 yılında cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları listesine dahil etmiştir. Bilgi vermek, danışmanlık sunmak ve rehabilite etmek, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir yöndür ve hemşireler bunu sağlamak için kilit konumdadırlar (Karakoyunlu ve Öncel 2009).

Pelvik taban disfonksiyonuyla başvuran kadınlar yaşadıkları sorunlar ve cinsellik hakkında endişelerini ifade etmede isteksiz olabilir, utanabilirler. Kadınlar cinselliğe özgü spesifik sorulara cevap vermesi konusunda teşvik edildiğinde cinsel konulardaki endişelerini ifade etmeleri daha kolay olacaktır. Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri / hemşireler ürojinekoloji birimlerine başvuran kadınlardan kapsamlı öykü alarak ve beraberinde geçerlik/güvenirliliği yapılmış soru formlarını kullanarak pelvik taban disfonksiyonunun yaşam kalitesini ve cinsel yaşamını tüm yönleriyle nasıl etkilendiğini değerlendirebilirler.

Sağlık profesyonelleri kadınlara uygun konuşma ortamı sağlamalı, belirsiz düşünceleri aydınlatmalıdır. Bu konuda endişelerini ve problemlerini ifade etmelerine yardım etmeli empatik yaklaşmalıdır. Pelvik taban disfonksiyon sorunlarının kadınların

duygusal durum, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine olan olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalıdır. Beden imajı, benlik saygısı, özgüveni, ilişkileri, görünümünü nasıl algıladığı, kendini çekiçi bulma durumu gibi cinselliğe ilişkin duygularını ifade etmesi sağlanmalıdır. Bazen kadınlar ürojinekolojik sorunlara bağlı yaşanan cinsel sorunların farkında olmayabilirler. Bu nedenle ürojinekoloji kliniklerine başvuran kadınların rutin olarak yaşam kalitesiyle birlikte cinsel fonksiyonları değerlendirilmelidir. Bu alandaki farkındalıkları arttırılmalıdır. Değerlendirme sonucunda tanımlanan bir cinsel sorun varsa üzerine odaklanılarak bu konuda danışmanlık yapılabilir ve sağlık profesyoneli gerekirse bu konuda eğitilmiş terapistle yönlendirme yapılabilir. Cinsel problemlerin bilinmesi tedavi yaklaşımını etkileyebilir.

Pelvik taban cerrahisi olacak kadınlar etkilenen yaşam kalitelerinin düzeleceği ve cinsel sorunlarının ortadan kalkabileceği beklentisine girebilmekte ve ameliyat sonrasında cinselliklerinin etkilenip etkilenmeyeceği konusunda endişe ve korku yaşayabilmektedirler. Sağlık profesyonelleri postoperatif dönemde cinsel fonksiyona geri dönüş ve cinsel yaşama ilişkin beklentileri konusunda danışmanlık yapabilirler. Danışmanlıkta kadınlara ameliyatın cinsel yaşamını hiçbir şekilde etkilemeyeceği, üriner inkontinansa yönelik operasyon sonrası 3 ay cinsel ilişkinin erteleneceği, pelvik organ prolapsus ameliyatlarından sonra kontrole geldiğinde doktoruna danışarak cinsel yaşamına başlayabileceği paylaşılmalıdır. Erken dönemde cinsel aktiviteye başladığında vajinal insizyon bölgesinin zedelenebileceği, kanama görebileceği anlatılmalıdır. Ameliyat sonrası 10-14 gün sonra ilk kontrole gelmesi, sonrasında 3., 6. ayda ve 1. yılda kontrole gelmesi belirtilir. Ameliyat sonrasında ayrıca kadınlara üriner inkontinans cerrahisi sonrası sık idrara çıkma, idrara sıkışma, urge üriner inkontinans, damla damla idrar kaçırma gibi şikayetlerinin geçici olarak görülebileceği ve bu şikayetlerin zamanla düzelebileceği açıklanmalıdır. Bazen kadınlar şikayetlerinin geçmediğini düşünerek ameliyatın etkili olmadığını düşünebilmektedirler, bu nedenle yaşanan semptomların geçici olduğu açıklanmalıdır. Yine ilk 3 ay boyunca 3 kilogramdan fazla ağırlık kaldırmaması, kabız olmaktan ve ıkmaktan korunması gerektiği açıklanmalı, beslenme önerilerinde bulunulmalı ve 3 ayın sonunda normal günlük yaşam aktivitelerine yavaş yavaş dönebileceği açıklanmalıdır (Çoşkun 2008; Kılıç ve ark. 2011).

Sağlık bakım profesyonelleri/hemşireler bireye özgü cinselliği tanımlayabilmeli, cinsel konularda rahat olmalı, iyi bir dinleyici olmalı, yargılayıcı bir tutum içinde olmamalı, danışmanlık yapabilme becerisi gelişmiş olmalı, kadınlarla cinsel konularda konuşurken iletişim yeteneklerini geliştirmeli, cinsellik konusunda kendini rahat hissetmeli, cinsellik ve cinsel fonksiyon konusunda bilgi sahibi olmalı, cinsellik konusunda kendinin ve kadınların inanç, değer ve tutumlarının farkına varmalıdır (Karakoyunlu ve Öncel 2009).

Hemşirelerin sağlıklı ya da hasta bireylere etkili bir bakım verebilmeleri için hemşirelik süreci doğrultusunda çalışmaları, başarıya ulaşmalarında anahtar rol oynayacaktır. Hemşirelerin kadınların cinsel sorunlarına yönelik hemşirelik yaklaşımı; cinsel sağlığın değerlendirilmesi, sorunun belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimleri ile sorunun çözülmesi ve cinsel sağlığın sürdürülmesini içermektedir. Bu anlamda hemşirelik girişimlerinin amacı, pelvik taban disfonksiyonuyla başvuran kadınların cinsel sorunlarını ifade edebilmeleri için cesaretlendirmek ve cinsel sorunların nedenlerini ve özelliklerini belirlemektir. Hemşirenin amacı aynı zamanda kadının bireysel cinsel sağlığını korumak, güçlendirmek, cinsel fonksiyon zarar gördüğünde bu zararı minimuma indirmeye çalışmak, saptanan sorunların çözümü için uygun girişimlerde bulunmak, yardım ve rehberlik etmek ve beraberinde kadınların yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır (Karakoyunlu ve Öncel 2009; Koyun ve ark. 2011).

Kadınların cinsel fonksiyon değişikliklerini veya cinsel fonksiyon bozukluklarını ele alan hemşirelik müdahaleleri kadının bilinç seviyesini artıracak, konuya ilişkin durum veya endişelerin açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olacak gerekli bilgiyi sağlamasına yardımcı olacaktır (Karakoyunlu ve Öncel 2009).

Sonuç olarak sağlık profesyonelleri/hemşireler PTD sorununu önemsemeli, bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde, kadının yaşadığı soruna, nedenlerine, tedavisine ve prognozuna yönelik bilgi gereksiniminin karşılanması, semptomların azaltılması ve yönetimi konusunda bilgilendirilmesi, var olan hijyen ve konforu üzerine etkisini belirleyerek bunların çözümünü sağlayıcı girişimlerde bulunulması ve kadının da çözümün içine katılması, sorunun oluşmadan önce ya da tedaviden sonra tekrar oluşmaması için yapılacaklar konusunda bilgilendirilmelidir (Kılıç ve ark. 2011). Kadının ameliyat öncesinde ve sonrası kontroller sırasında yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonu değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme yaşam kalitesinin yükseltilmesinde

önemli rol oynayacaktır. Hasta eğitimlerinde cinsel sağlığın korunmasına yönelik eğitimlere daha geniş yer verilmelidir. Pelvik taban disfonksiyonu ve yaşam kalitesi konusunda sağlık profesyonellerinin/hemşirelerin uygulamalarında ve eğitimlerinde mevcut eksiklikler giderilmelidir. Hemşirelerin kadınlara cinsellik konusunda danışmanlık ve eğitim yapabilmeleri için önceden bu konuda eğitim almaları yararlı olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların yaşam kalitesini ve cinsel işlevini değerlendirmek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
2. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda cinsel işlevleri arasında fark var mıdır?
3. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomları açısından fark var mıdır?
4. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan 3 grup kadının yapılan cerrahi ameliyat türü ile preoperatif ve postoperatif 6. ayda yaşam kaliteleri arasında fark var mıdır?
5. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan 3 grup kadının yapılan cerrahi ameliyat türü ile preoperatif ve postoperatif 6. ayda cinsel işlevleri arasında fark var mıdır?
6. Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan 3 grup kadının yapılan cerrahi ameliyat türü ile preoperatif ve postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomları açısından fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı ve prospektif bir araştırma olarak yapıldı.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji servisinde ve Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğinde Eylül 2008 - Aralık 2010 tarihleri arasında yürütüldü. Kadın Hastalıkları ve Doğum

Anabilim Dalı Jinekoloji polikliniklerine prolapsus genitalis ve/veya üriner inkontinans yakınmaları dolayısıyla başvuran ve ilk değerlendirmeleri yapılan hastalar, ileri düzey değerlendirme testleri yapılmak üzere Ürojinekoloji Bilim Dalı Polikliniğine sevkedilmektedir. Ayrıca bir referans merkezi olarak dış merkezlerden de hastalar tetkik ve/veya tedavi için bu bölüme yönlendirilebilmektedir.

Ürojinekoloji Bilim Dalında ayakta işlemler 3 hemşire tarafından gerçekleştirilmektedir. Muayenesi tamamlanan ve ileri tetkik önerilen hastalara ünite görevli hemşireler tarafından yapılacak işlemler açıklanmakta ve tekrar randevu verilmektedir. Hemşireler işlemden önce yapması gerekenler (mesane günlüğü) ve işlem günü yapması gerekenler konusunda kadınları bilgilendirmektedirler. Gerekli anamnez ve diğer değerlendirme ölçütleri doğrultusunda üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsusu tanısı konmuş ve cerrahi tedavi kararı verilmiş hastalara da ünite ameliyat randevusu verilmektedir.

Ünite yapılan tüm tetkik ve tedaviler hekim gözetiminde hemşireler tarafından yürütülmektedir. Ünite hemşireler **tetkik aşamasında:** anamnez alma (jinekolojik, ürolojik), değerlendirme testleri (yaşam kalite testi, minimental test vb.), ped test, dijital palpasyonla ve perineometre ile kas gücü ölçümü, ürodinami (uroflowmetri, sistometri, üretral basınç profili/UPP), üretral mobilite tayini (Q tipi testi), stres testi, vücut kitle indeksi (BKİ), metilen mavisi testi (hasta ve malzeme hazırlığı, işlem esnasında hekime yardım etmek) gibi tetkik işlemlerini, **tedavi aşamasında:** elektriksel stimülasyon, elektromanyetik dalgalarla tedavi, nöromodulasyon (tabial veya sakral), farmakolojik tedavide hasta eğitimi ve takibi, mekanik araçlar-pesserlerin uygulanmasında hasta ve malzeme hazırlığı, işlem sonrası hasta takibi, temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uygulaması gibi konservatif tedavi yöntemlerini, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, vajinal kon, mesane eğitimi, tuvalete gitme programı oluşturma gibi davranışsal tedavi yöntemlerinde rol almaktadırlar. Cerrahi tedavi sonrasında da jinekoloji servisinde hasta taburcu olmadan önce post-op hasta ziyareti yapılarak ameliyat sonrası eğitim verilmektedir.

Jinekoloji servisi toplam 26 yataklı olup 6 hemşire görev yapmaktadır. Jinekoloji servisine acil veya ameliyat randevulu jinekoloji, ürojinekoloji, jinekolojik onkoloji ve infertilite hastaları yatırılarak tedavi edilmektedir. Jinekoloji hemşireleri, fiziksel koşulların devamlılığının sağlanması, servise hasta kabulü, preop hasta

hazırlığı, post op hasta bakımı ve tedavisi, hasta eğitimi, eksik ilaç ve malzeme temininin sağlanması, steril malzeme hazırlığı, sterilizasyon ve dezenfeksiyon gibi sorumlulukları yerine getirmektedirler.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan ve kurumun Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek-8).

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma iki aşamalı olarak planlandığı için iki farklı evren ve örneklem alındı. Araştırmanın ilk aşamasında Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun (The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire PISQ-12) Türkçe dil geçerlik ve güvenirliği yapıldı. Araştırmanın bu ilk aşamasında evreni İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğine Eylül 2008 – Aralık 2008 tarihleri arasında başvuran ve gerekli anamnez ve diğer değerlendirme ölçütleri doğrultusunda üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsusu tanısı konmuş tüm kadınlar oluşturdu. Örneklem kapsamına ise cinsel yönden aktif ve eşi/partneri olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar alındı.

Ölçek uyarlama çalışmalarında uyarlanacak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması önerilmektedir (Talbot 1995; Öner 1997; Akgül ve Çevik 2005). Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun 12 maddeli olması göz önünde bulundurularak 120 kadın ile geçerlik güvenirlik çalışması yapıldı.

Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3-1'de verildi.

Geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının $48,9 \pm 8,6$ (min:24, max:69) olduğu, ortalama $29,0 \pm 9,6$ yıllık evli olduğu tespit edildi. Kadınların yarıya yakınının (%42,5) 50-59 yaş arasında olduğu, yarısının (%55,0) ilkokul mezunu olduğu, çoğunluğunun çalışmadığı (%86,7), yarısının (%55,8) gelirini giderine denk olarak ifade ettiği saptandı (Tablo3-1).

Tablo 3-1: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=120)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
20-29 yaş	3	2,5
30-39 yaş	13	10,8
40-49 yaş	42	35,0
50-59 yaş	51	42,5
60-69 yaş	11	9,2
Eğitim Düzeyi		
Okur Yazar Değil	18	15,0
İlkokul Mezunu	66	55,0
Orta Okul Mezunu	11	9,2
Lise Mezunu	12	10,0
Üniversite Mezunu	13	10,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	16	13,3
Çalışmıyor	104	86,7
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	53	44,2
Gelir Gidere Denk	67	55,8
Medeni Durum		
Evli	119	99,2
Boşanmış	1	,8
Evlilik Süresi (Yıl)		
1-10	6	5,0
11-20	18	15,0
21-30	42	35,0
31-40	44	36,7
41 ve üstü	10	8,3

Geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan kadınların obstetrik özellikleri Tablo 3-2 de gösterildi.

Tablo 3-2: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=120)

Obsterik Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
Gebelik Yok	3	2,5
1 Gebelik	1	0,8
2 Gebelik	18	15,0
3 Gebelik	26	21,7
4 Gebelik	18	15,0
5 ve Üzeri	54	45,0
Doğum Sayısı		
Doğum Yok	3	2,5
1 Doğum	7	5,8
2 Doğum	43	35,8
3 Doğum	35	29,2
4 Doğum	12	10,0
5 ve Üzeri Doğum	20	16,7
Doğum Şekli		
Yok	3	2,5
Vajinal Yolla	109	90,8
Sezaryen	2	1,7
Her İki Şekilde	6	5,0
Epizyotomi (n: 117)		
Evet	75	64,1
Hayır	42	35,9
Yırtık Oluşumu (n: 117)		
Evet	49	41,9
Hayır	68	58,1
Kilolu Bebek Doğurma (n: 117)		
Evet	28	23,9
Hayır	75	64,1
Bilmiyor	14	12,0
Düşük Yapma		
Evet	28	23,3
Hayır	92	76,7
Gebelik Tahliyesi		
Evet	65	54,2
Hayır	55	45,8
Menopoz Durumu		
Evet	55	45,8
Hayır	65	54,2

Geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan kadınların obsterik özellikleri incelendiğinde; yarıya yakınının (%45,0) 5 ve daha fazla gebelik yaşadığı, yaklaşık üçte birinin (%35,8) 2 doğum yaptığı, tamamına yakınının (%90,8) vajinal yolla doğum yaptığı, %54,2'sinin gebelik tahliyesi deneyimlediği, yarıdan fazlasına (%64,1)

epizyotomi açıldığı, dörtte birinin (%23,9) kilolu bebek (4500 gr ve üzeri) doğurduğu, ve %45,8'inin menopozda olduğu saptandı (Tablo 3-2).

Geçerlik-Güvenirlik çalışmasına katılan kadınların genel sağlık ve üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus özellikleri Tablo 3-3'de yer almaktadır.

Güvenirlik çalışmasına katılan kadınların genel sağlık özelliklerine bakıldığında %39,2'sinin 25,0 – 29,99 (1.Derece Şişmanlık) arasında beden kitle indeksine sahip olduğu, %43,3'ünün iki ve üzeri kronik hastalığa sahip olduğu, yarıdan fazlasının (% 60) sürekli ilaç kullandığı görülmektedir.

Üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus özelliklerinde kadınların %68,3'ünde hem Üİ hem de POP olduğu, çoğunluğunun (%70) 1-5 yıl süresince Üİ ve/veya POP yaşadığı ve en sık miks (%40,0) ve stres inkontinans (%36,7) yaşadıkları belirlendi. Kadınların yarıdan fazlası (%58,3) haftada 1-2 kez cinsel ilişki yaşamaktadır (Tablo 3-3).

Tablo 3-3: Geçerlik - Güvenirlik Çalışmasına Katılan Kadınların Genel Sağlık ve Üriner İnkontinans, Pelvik Organ Prolapsus Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=120)

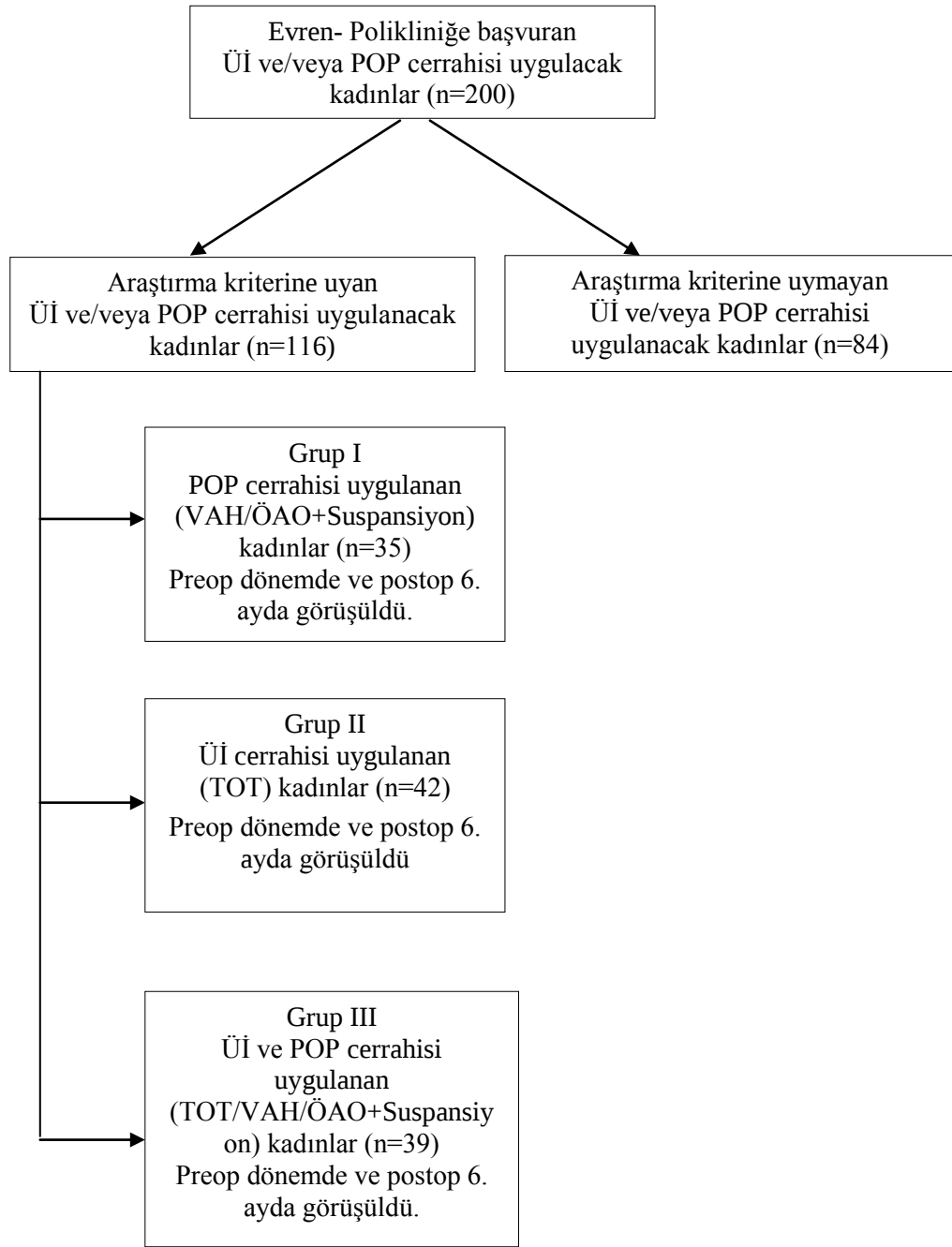
Genel Sağlık ve Üriner İnkontinans, Pelvik Organ Prolapsus Durumlarına İlişkin Özellikler	Sayı	%
Beden Kitle İndeksi		
18.5 - 24.99 (Normal)	22	18,3
25.0 - 29.99 (1. Derece Şişmanlık)	47	39,2
30.0 - 39.99 (2. Derece Şişmanlık)	44	36,7
40.0 ve üzeri (3. Derece Şişmanlık)	7	5,8
Kronik Hastalığa Sahip Olma		
Yok	36	30,0
Bir Kronik Hastalık	32	26,7
İki-↑ Kronik Hastalık	52	43,3
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	72	60,0
Hayır	48	40,0
Kronik Kabızlık		
Evet	49	40,8
Hayır	71	59,2
Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu		
Evet	32	26,7
Hayır	88	73,3
İnkontinans ve/veya POP durumu		
Sadece inkontinans	38	31,7
İnkontinans ve POP bir arada	82	68,3
İnkontinans ve/veya POP süresi		
1-5 yıl	84	70,0
6-10 yıl	22	18,3
11 yıl ve üzeri	14	11,7
İnkontinans Tipi		
Öyküde Üİ varlığı	7	5,8
Stres Üriner İnkontinans	44	36,7
Miks İnkontinans	48	40,0
Urge İnkontinans	21	17,5
Cinsel İlişki Sıklığı		
Haftada 2 den fazla	6	5,0
Haftada 1-2 kez	70	58,3
Ayda 1-3 kez	39	32,5
Ayda 1 ve daha az	5	4,2

Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniği'ne ve Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğine Aralık 2008 – Mayıs 2010 tarihleri arasında başvuran ve gerekli öykü ve diğer değerlendirme ölçütleri doğrultusunda üriner

inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsusu tanısı konmuş ve cerrahi tedavi uygulanacak kadınlar oluşturdu. Cinsel yönden aktif olup eşi/partneri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmanın ikinci aşamasında örneklem kapsamına alındı.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniğine ve Ürojinekoloji Bilim Dalı polikliniğine Aralık 2008 – Mayıs 2010 tarihleri arasında başvuran ve gerekli anamnez ve diğer değerlendirme ölçütleri doğrultusunda üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus tanısı konmuş ve cerrahi tedavi kararı verilmiş 200 hasta ile görüşüldü. Görüşülen hastalardan cinsel aktif olmayan 80 kadın ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 4 kadın olmak üzere 84 kadın araştırma kriterlerine uymadığı için araştırmaya alınmadı. Araştırma kriterlerine uyan: cinsel yönden aktif olup eşi ya da partneri olan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve onamları alınan gönüllü kadınlardan 3 ameliyat grubu oluşturuldu. Bunlar:

1. grup, pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan (VAH/ÖAO+Suspansiyon) 35 hasta,
2. grup, üriner inkontinans cerrahisi uygulanan (TOT) 42 hasta,
3. grup ise üriner inkontinans ve beraberinde pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan (TOT/VAH/ÖAO+Suspansiyon) 39 hasta olmak üzere, araştırma kriterlerine uyan toplam 116 hasta araştırma kapsamına alındı (Şekil 3-1). Oluşturulan 3 grup kadından önce preoperatif son günde ve sonra postoperatif 6. ayda (kontrolle geldiğinde) olmak üzere iki kez veri toplandı.



Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Kadınlara araştırmaya katılmadan önce Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okundu ve onamları alındı (Ek-1). Araştırmanın ilk aşmasında geçerlik güvenirlik çalışması için örnekleme alınan 40 kadına üç hafta arayla tekrar test uygulandı ve bu

kadınların ad soyad ve telefon bilgileri alındı, çalışmaya dahil olan diğer kadınların (120 kadın) ankete rahat yanıt verebilmeleri için kimlik bilgileri alınmadı.

Araştırmanın ikinci aşamasında, ameliyat grubuna (116 hasta) anketler uygulanırken post-op 6. ayda tekrar uygulanacağı için ad soyad ve telefonları kayıt edildi ve gerekçesi açıklandı.

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms- B-FLUTS), Urogenital Distress Envanteri (Urogenital Distress Inventory -UDI-6), İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire - IIQ-7), Pelvik Organ Prolapsusu /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu (The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire PISQ-12) kullanıldı.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu 31 maddeden oluşmuştur (Ek 2). Formda demografik özellikler, obstetrik, jinekolojik durumla ilgili özellikler, genel sağlık durumu ve şu anki ameliyat tipi ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Demografik özellikler ile ilgili olarak yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, medeni durum, evlilik süresi gibi sorulara yer verilmiştir. Obstetrik, jinekolojik durumla ilgili özelliklerde gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/gebelik tahliyesi deneyimi, doğum yapma şekli ve yeri, doğumda epizyotomi yapılma/yırtık oluşma durumu, kilolu bebek doğumu, menopoiz durumu, hormon tedavisi alma durumu gibi sorular yer almıştır. Genel sağlık özelliklerine ve ameliyat tipine ilişkin bilgilerle beden kitle indeksi, sigara, alkol kullanma durumu, kronik hastalık durumu, jinekolojik ameliyat geçirme öyküsü, ilaç kullanma durumu, üriner inkontinans ve/veya prolapsus süresi, üriner inkontinans tipi, prolapsus derecesi, cinsel ilişki sıklığı, şu anki ameliyat tipi sorgulanmıştır.

3.6.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS)

“Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği” Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş daha sonra soru sayısı azaltılmıştır. BFLUTS, alt üriner yol semptomlarını, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilen çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği, 19 maddeden oluşan

bir soru formudur. Soru formundan en az 0 en fazla 71 puan alınabilmektedir. Soru formu 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk üç boyutta depolama (1-4. sorular), idrar yapma, (5-7. sorular) ve inkontinansa (8-12. sorular) ilişkin sorular, dördüncü alt boyutta cinsel yaşama (13-14. soru) ve beşinci alt boyutta yaşam kalitesine (15-19. sorular) ilişkin sorular yer alır. Soru formunda maddeler 0'dan 3'e (4. 13. 14. 17. ve 19. sorular) ya da 0'dan 4'e (1-3. 5-12. ve 15. 16. sorular) kadar puanlanmaktadır (Ek 3). Ölçekten alınan skor yükseldikçe yaşam kalitesinin, cinsel yaşamın daha olumsuz yönde etkilendiğine ve semptomların daha şiddetli olduğuna işaret etmektedir. Literatüre göre kesme (cutt-of) değeri belirlenmemiştir (Jackson ve ark. 1996; Brookes ve ark. 2004). BFLUTS ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Güngör ve Yalçın tarafından 2005 yılında yapılmıştır (Güngör ve Yalçın 2005). Güngör'ün çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0.66 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları ölçeğinin ölçüm zamanına göre iç tutarlılığın değerlendirilmesinde, Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları preoperatif ve postoperatif dönemde $\alpha = ,88$ olarak bulundu. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları ölçeğinin ölçüm zamanına göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-4'te verildi.

Tablo 3-4: Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği'nin Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)

Soru Formunun Alt Boyutları	Madde No	Cronbach α Değeri	
		Preoperatif Dönem	Postoperatif 6. Ay
1.Depolamaya İlişkin Semptomlar	1, 2, 3,4	,63	,61
2.İdrar yapmaya ilişkin Semptomlar	5, 6, 7	,51	,67
3.İnkontinansa İlişkin Semptomlar	8, 9, 10, 11, 12	,78	,78
4.Cinsel Yaşama İlişkin Etkilenme	13, 14	,74	,51
5.Yaşam Kalitesine İlişkin Etkilenme	15, 16, 17, 18, 19	,82	,82

Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği'nin ölçüm zamanına göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları hem preoperatif dönemde hemde postoperatif 6. ayda α =,51 ile ,82 arasında bulundu (Tablo 3-4). Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.6.3. Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory – UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire – IIQ-7)

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Shumaker ve arkadaşları tarafından 1994 yılında Urogenital Distress Envanteri- 30 soruluk (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu- 19 soruluk (Incontinence Impact Questionnaire) uzun formları birlikte geliştirildi. Bu soru formları daha sonra Uebersax ve arkadaşları tarafından 1995 yılında kısa formları Urogenital Distress Envanteri- 6 (UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu-7 (IIQ-7) oluşturuldu (Shumaker ve ark. 1994; Uebersax ve ark. 1995). UDI-6 ve IIQ-7 altı ve yedi sorudan oluşmuş çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği soru formlarıdır. UDI-6 ve IIQ-7 her bir madde için 0:hiç, 1:hafif, 2:orta, 3:çok seçenekleri bulunmaktadır. Likert tipi soru formlarından UDI-6'nın irritatif /urge semptomlar (1-2. sorular), stres semptomları (3-4. sorular), obstrüktif/rahatsız edici ya da işleme güçlüğü oluşturan semptomlar (5-6. sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. IIQ-7 soru formunun ise fiziksel aktivite (1-3. sorular), yolculuk (4. soru), sosyal ilişkiler (5. soru) ve emosyonel sağlık (6-7. sorular) olmak üzere dört alt boyutu vardır. Dolayısıyla da

her iki formun toplam skoru yanısıra alt boyut skoru da bulunur. UDI-6'dan en az 0- en fazla 18 puan, IIQ-7'den en az 0-en fazla 21 puan alınabilmektedir. Her iki formun toplam skoru ve alt boyut skorları 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan ortalaması 33.3 ile çarpılarak 100'e dönüştürülür. UDI-6 ve IIQ-7 formlarının her birinden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir (Ek 4).

UDI-6 ve IIQ-7'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2007 yılında Çam ve arkadaşları tarafından yapılmış olup tüm soru formu için IIQ-7'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,87, UDI-6 için 0,74 olarak bulunmuştur (Cam ve ark. 2007). Her iki formun Literatüre göre kesme (cutt-of) değeri belirlenmemiştir.

Çalışmamızda Urogenital Distress Envanteri'nin ölçüm zamanına göre iç tutarlılığının değerlendirilmesinde, Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,65$ ve postoperatif dönemde $\alpha = ,61$ olarak bulundu. Urogenital Distress Envanteri'nin ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarına Tablo 3-5'de yer verildi.

Tablo 3-5: Ürogenital Distres Envanteri'nin Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)

Alt Boyutlar	Madde No	Cronbach α Değeri	
		Preoperatif Dönem	Postoperatif 6. Ay
1.Urge Semptomlar	1, 2	,65	,61
2.Stress Semptomlar	3, 4	,58	,74
3.Obstrüktif (İşeme güçlüğü) Semptomlar	5, 6	,36	,83

Ürogenital Distress Envanteri'nin ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,36$ ile $,65$ arasında, postoperatif 6. Ayda $\alpha = ,61$ ile $,83$ arasında bulundu (Tablo 3-5). Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda İnkontinans Etki Soru Formu'nun ölçüm zamanına göre iç tutarlılığının değerlendirilmesinde, Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,88$ ve postoperatif dönemde $\alpha = ,93$ olarak bulundu. İnkontinans Etki Soru Formu'nun ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-6 da gösterildi.

Tablo 3-6: İnkontinans Etki Soru Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)

Soru Formunun Alt Boyutları	Madde No	Cronbach α Değeri	
		Preoperatif Dönem	Postoperatif 6. Ay
1.Fiziksel Aktivite	1, 2, 3	,76	,83
2.Yolculuk*	4	-	-
3.Sosyal / İlişkiler*	5	-	-
4.Emosyonel Sağlık	6, 7	,78	,91

* Tek maddeden oluştuğu için α değerleri yoktur.

İnkontinans Etki Soru Formu'nun ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlilik katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,76$ ile $,78$ arasında, postoperatif 6. ayda $\alpha = ,83$ ile $,91$ arasında bulundu (Tablo 3-6). Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.6.4. Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu (The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire PISQ-12)

Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu (PISQ-12) 2003 yılında Rogers ve arkadaşları tarafından ürojinekolojik alana özgü cinsel fonksiyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilen soru formu 12 maddeden oluşmaktadır. Son 6 ay içindeki cinsel fonksiyonu sorgular. Formdaki 1-4. sorular 4 puan=her zaman ile 0= hiç birzaman şeklinde puanlanırken, 5-12 sorular 0= her zaman ile 4 puan = hiçbir zaman şeklinde puanlanmaktadır (Ek 5). Soru formundan en az 0 en fazla 48 puan alınabilmektedir. PISQ-12 soru formunun skoru yükseldikçe cinsel fonksiyonda gelişme olduğuna işaret eder. PISQ-12 davranışsal/emosyonel durum (1-4. sorular), fiziksel durum (5-9. sorular) ve partnerle ilgili durum (10-12. sorular) olmak üzere üç alt boyuta ayrılmaktadır. Genellikle toplam puan üzerinden ya da madde düzeyinde sonuç belirtilmektedir (Rogers ve ark. 2003). Ölçeğin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren araştırmacı Rebecca G. Rogers 'den izin alındı (Ek-6).

Geçerlik güvenirlik çalışması kapsamında Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3-7'de gösterildi.

Tablo 3-7: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri* (n=120)

Maddeler	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama	Std. Sapma
1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız? Cinsel istek duygusu cinsel ilişki kurma isteğini, ilişkiyi planlamayı, cinsel ilişkinin olmayışına bağlı hissedilen hayal kırıklığını içerebilir.	0	4	1,43	,90
2. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm olurmu sunuz?	0	4	1,83	1,08
3. Partnerinizle/eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız? (tahrik olur musunuz?)	0	4	1,64	1,07
4. Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden (pozisyon değiştirme, ön sevişme, oral seks , öpüşme vb.) memnun musunuz?	0	4	1,87	1,17
5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?	0	4	2,66	1,28
6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmamız olur mu?	0	4	3,10	1,36
7. Dışkı veya idrar kaçırmama (İnkontinans) korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?	0	4	3,39	1,06
8. Vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan (mesane/ıdrar torbası, rektum / makat ya da rahim sarkması) dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?	0	4	3,46	1,11
9. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?	0	4	3,31	1,19
10. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme (ereksiyon) sorunu var mı?	0	4	3,34	1,09
11. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?	0	4	2,63	1,41
12. Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla (tatmin olmayla) karşılaştığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?	0	3	1,48	,76
PISQ-12 Toplam Puan	,00	46,00	30,13	6,90

* Tüm sorular için olası en düşük ve en yüksek puan 0-4 arasındadır.

Pelvik Organ Prolapsus / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizi

Ölçeğin içerik ve kapsam geçerliğini (Content Validity) değerlendirmek üzere ölçeğin İngilizce orijinal formu (The Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire PISQ-12) (Ek 5) bir Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, araştırmacı ve bir İngilizce okutmanı tarafından Türkçe'ye çevrildi. Araştırmacı bu üç kişi tarafından çevirisi yapılmış ölçeği inceleyerek ortak bir Türkçe metin oluşturdu. Oluşturulan metnin Türkçe'ye uygunluğu ve anlaşılabilirliği bir edebiyat öğretmeni tarafından değerlendirildi. Daha sonraki aşamada ana dili Türkçe olan ölçek ve çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak ölçeğin orijinal formunu görmeyen, yurt dışında doktora eğitimi almış ve yaşamış bir öğretim üyesi ve yurt dışında yaşamakta ve eğitim almakta olan iki kişi tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. İngilizce'ye geri çevirisi yapılan ölçek bir öğretim üyesi tarafından tekrar Türkçe'ye çevrildi. Orijinal ölçeğe göre anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirilerek ölçeğe son hali verildi. Önerilen değişikliklere göre kültüre uygunluk, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için Kadın Sağlığı ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği'nde görev yapmakta olan sekiz öğretim üyesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında görev yapmakta olan iki öğretim üyesinin görüşü alındı ve gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ (Content Validity Index-CVI) kullanıldı. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan:uygun değil, 2 puan:biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan:uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan:çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istendi.

Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre her madde için 10 uzman görüşünün yüzde kaçından 3 veya 4 puan aldığı hesaplandı (Madde KGİ puanı). Tüm ölçekteki maddelerin KGİ puanlarının ortalaması ise tüm ölçek için KGİ puanını vermektedir. Toplam maddelerin tamamının 3-4 puan aldığı bulundu.

PISQ-12 formunun kapsam geçerliği için 10 uzmanın maddelere verdiği en düşük ve en yüksek puan, ortalama, standart sapmaları ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ

=CVI) değerleri Tablo 3-8’de görülmektedir. Soru formunda yer alan 12 maddenin tümü ve toplam ölçek için KGİ: 1,00 (% 100) olarak bulundu.

Ölçeğin düzenlenmiş son halinin anlaşılabilirliği 20 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak değerlendirildi ve gerekli düzeltmeler yapıldı.

Tablo 3-8: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Kapsam Geçerliliği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n=10)

Sorular	Min Puan	Max Puan	Ort Puan	Std. Sapma
1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız? Cinsel istek duygusu cinsel ilişki kurma isteğini, ilişkiyi planlamayı, cinsel ilişkinin olmayışına bağlı hissedilen hayal kırıklığını içerebilir.	3,00	4,00	3,50	,53
2. Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgasm (tatmin olur musunuz) olurmu sunuz?	3,00	4,00	3,90	,32
3. Partnerinizle / eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız? (tahrik olur musunuz?)	3,00	4,00	3,70	,48
4. Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden (pozisyon değiştirme, ön sevişme, oral seks , öpüşme vb.) memnun musunuz?	3,00	4,00	3,80	,42
5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?	3,00	4,00	3,80	,42
6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmanız olur mu?	3,00	4,00	3,80	,42
7. Dışkı veya idrar kaçırma (İnkontinans) korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?	3,00	4,00	3,90	,32
8. Vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan (mesane/idrar torbası, rektum / makat ya da rahim sarkması) dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?	3,00	4,00	3,50	,53
9. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tikslenme, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?	3,00	4,00	3,80	,42
10.Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme (ereksiyon) sorunu var mı?	3,00	4,00	3,90	,32
11.Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?	3,00	4,00	3,90	,32
12.Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla (tatmin olmayla) karşılaştırdığınızda, son 6 ayda ki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?	3,00	4,00	3,70	,48

Türkçeye uyarlanan PISQ-12 formunun kapsam geçerliği için maddelerin uygunluğu konusunda uzman görüşleri (n: 10) arasındaki uyumun değerlendirilmesi için Kendall's W iyi uyum analizi yapıldığında, uzmanlar arasında uyumun olduğu görüldü (Kendall's W: ,174, p: .058). ($p > .05$) (Kendall's Coefficient of Concordance) (p değerinin anlamlı çıkması ($p < .05$) uzman görüşleri arasında uyumun olmadığını, anlamsız ($p > .05$) çıkması ise uyumun olduğunu gösterir.)

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Madde Analizi

Bir ölçeğin madde uyumunda madde-toplam puan korelasyonlarının düzeyi önemli bir kriterdir. Bir ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise o maddenin ölçülmek istenen nitelik ile ilişkisi o derece yüksektir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, korelasyonların negatif olmaması ve hatta ,25 veya ,30'un üzerinde ve ,70'den küçük olması önerilmektedir (Talbot 1995; Öner 1997; Akgül ve Çevik 2005). Pelvik Organ Prolapsusu/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun madde toplam puan korelasyonları Tablo 3-9'da verildi.

Tablo 3-9: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Madde - Toplam Puan Korelasyonları (n=120)

Maddeler	r	p
1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız? Cinsel istek duygusucinsel ilişki kurma isteğini, ilişkiyi planlamayı, cinsel ilişkinin olmayışına bağlı hissedilen hayal kırıklığını içerebilir.	,60	,000
2. Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm (tatmin olur musunuz) olurmu sunuz?	,68	,000
3. Partnerinizle/eşinizle cinsel aktivitelerinizde cins olarak heyecan duyar mısınız? (tahrik olur musunuz?)	,55	,000
4. Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden (pozisyon değiştirme, ön sevişme, oral seks,öpmüşme vb.) memnun musunuz?	,59	,000
5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?	,45	,000
6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmamız olur mu?	,49	,000
7. Dışkı veya idrar kaçırmama (İnkontinans) korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?	,54	,000
8. Vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan (mesane/ıdrar torbası, rektum / makat ya da rahim sarkması) dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?	,42	,000
9. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?	,49	,000
10.Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme (ereksiyon) sorunu var mı?	,42	,000
11. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?	,47	,000
12. Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla (tatmin olmayla) karşılaştırdığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?	,48	,000

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Türkçe'ye uyarlanmasında güvenilirlik çalışması için 12 sorunun madde-toplam puan korelasyonları Pearson Korelasyon analizi (Pearson korelasyonu=Pearson Momentlar Çarpımı Korelasyonu) ile incelendi. Soruların madde – toplam puan korelasyon güvenilirlik katsayılarının r: ,42 ile ,68 arasında olduğu, madde puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<.001$) (Tablo 3-9).

Pelvik Organ Prolapsus / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Altboyutlarına Göre Madde Analizleri

Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için o ölçeğin tüm bölümlerinin /alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması gerekir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğini belirlemede başvurulan yöntemlerden biriside korelasyona dayalı madde analizinin yapılmasıdır. Bu şekilde her bir madde için 'r' değeri ortaya çıkar. Ölçek alt boyut içeriyorsa alt boyutlarında madde analizlerine bakılmaktadır. Maddeler arası korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, o maddenin ya da alt boyutun amaçlanan davranışı ölçmede o kadar etkin ve yeterli olduğunu gösterir (Ergin 1995). Korelasyon katsayısının negatif olmaması ve hatta ,25 veya ,30'un üzerinde olması önerilmektedir (Talbot 1995; Öner 1997; Akgül ve Çevik 2005). Ölçeğin ait olduğu madde - alt boyut toplam puan korelasyonlarının düşük olması güvenirliği düşürücü etki yaptığından o maddelerin ölçekten çıkarılması gerekir (Ergin 1995).

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında, altboyutların madde-altboyut toplam puan korelasyonları Tablo 3-10'da görülmektedir.

Tablo 3-10: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Madde- Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n=120)

Maddeler	Madde-Altboyut Toplam Puan Korelasyonları	
	r	p
Davranışsal Emosyonel Durum		
1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız? Cinsel istek duygusu cinsel ilişki kurma isteğini, ilişkiyi planlamayı, cinsel ilişkinin olmayışına bağlı hissedilen hayal kırıklığını içerebilir.	,79	,000
2. Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm (tatmin olur musunuz) olurmu sunuz?	,79	,000
3. Partnerinizle/eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız? (tahrik olur musunuz?)	,81	,000
4. Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden (pozisyon değiştirme, ön sevişme, oral seks , öpüşme vb.) memnun musunuz?	,83	,000
Fiziksel Durum		
5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?	,62	,000
6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmanız olur mu?	,61	,000
7. Dışkı veya idrar kaçırma (İnkontinans) korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?	,68	,000
8. Vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan (mesane/idrar torbası, rektum / makat ya da rahim sarkması) dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?	,58	,000
9. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?	,55	,000
Partnerle İlgili Durum		
10. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme (ereksiyon) sorunu var mı?	,73	,000
11. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?	,79	,000
12. Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla (tatmin olmayla) karşılaştığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?	,39	,000

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında altboyutların madde-altboyut toplam puan korelasyonları Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi ile incelendi. Soruların kendi altboyutu ile olan korelasyon güvenirlik katsayıları Davranışsal Emosyonel Durum boyutunda r: ,79 ile ,83 arasında, Fiziksel Durum boyutunda r: ,55 ile ,68 arasında, Partnerle İlgili Durum r: ,39 ile ,79 arasında olmak üzere, pozitif yönde ve

istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptandı. Ölçekten çıkarılmasını gerektiren herhangi bir madde olmadı (Tablo 3-10).

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun alt boyut puanlarının toplam puanla korelasyonları Tablo 3-11'de yer almaktadır.

Tablo 3-11: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Alt Boyutlarının Toplam Puanla Korelasyonları (n=120)

Maddeler	Madde Numaraları	Altboyut-Toplam Puan Korelasyonları	
		r	p
Davranışsal Emosyonel Durum	1, 2, 3, 4	,75	,000
Fiziksel Boyut	5, 6, 7, 8, 9	,78	,000
Partnerle İlgili Durum	10, 11, 12	,68	,000

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun üç altboyutunun toplam puanla ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, davranışsal emosyonel durum ve fiziksel durum boyutunda çok güçlü, partnerle ilgili durum boyutunda güçlü düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 3-11).

Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun iç tutarlılığını değerlendirmek için likert tipi ölçeklere uygun bir yöntem olan Cronbach Alfa tekniği kullanıldı. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini kapsayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısı ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı ,40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, ,40-,59 arası düşük güvenirlilikte, ,60-,79 arası oldukça güvenilir, ,80-1,00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül ve Çevik 2005).

Türkçeye uyarlanan Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun güvenirlilik çalışmasında iç tutarlılık için yapılan analizde

Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=,74$ olarak bulundu. Tespit edilen bu değer PISQ-12 formunun iç tutarlılığının oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Pelvik Organ Prolapsusu /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formunun Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları

Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Test-tekrar test güvenirliğini bulabilmek için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı (r) “0” ile “1” arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığını gösterir (Karasar 1995). Pelvik Organ Prolapsus /Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu’nun 40 kişi ile üç hafta arayla yapılan test-tekrar test ölçümleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ve t-testi ile değerlendirildi (Tablo 3-12).

Tablo 3-12: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Test-Tekrar Test Puan Ortalamasının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n=40)

Değişken	İlk Uygulama $\bar{x} \pm SS$	İkinci Uygulama $\bar{x} \pm SS$	t*	p	r	p
PISQ-12 Toplam Puanı	32,38 ± 5,24	32,50 ± 5,24	,544	,590	,961	,000

*t: bağımlı gruplarda t testi, serbestlik derecesi: 39

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldı. 3 hafta ara ile yapılan iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>,05$). Fark olması beklenmez, farkın olmaması; ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın/geçerliğin olduğunu göstermektedir (Karasar 1995).

Pelvik Organ Prolapsus / Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; 3 hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<,001$). Korelasyon katsayıları ne kadar yüksek ise ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılık o kadar güçlüdür (Karasar 1995).

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Yapı Geçerliği Analizi

Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Türkçeye uyarlanması çalışmasında, yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan bu değerler;

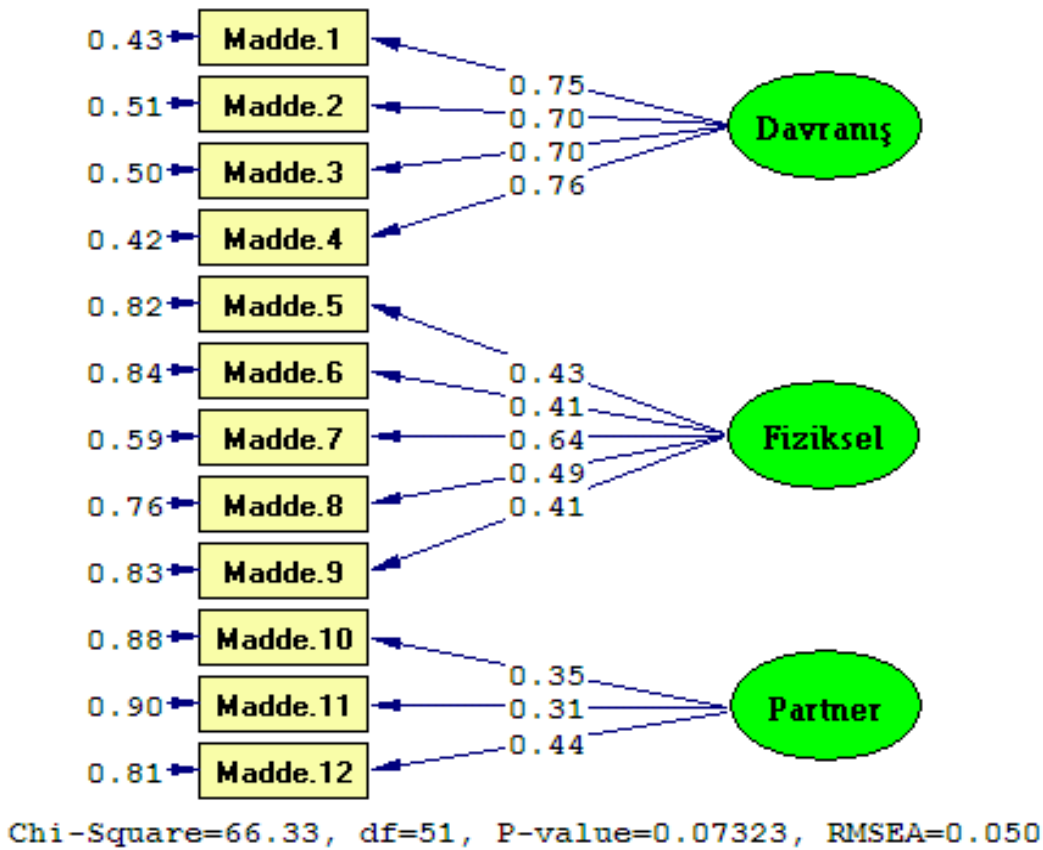
Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir. Ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür. Çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Şimşek 2007; Harrington 2009).

PISQ-12'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ki-kare değeri anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$) ve serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değer ise 1.30 olarak bulundu. Bu değerler modelin iyi bir model olduğunu göstermektedir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dir.

RMSEA'nın 0.080'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'den küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu (Şimşek 2007; Harrington 2009), 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir (Harrington 2009). PISQ-12'nin RMSEA değeri 0,050, $p < 0,05$ olarak bulundu. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.080'den küçük bulunması uyumun iyi olduğunu gösterdi.

SRMR'nin .10'dan küçük olması (Harrington 2009), CFI, NNFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0.80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. GFI değerinin 0.85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Şimşek 2007; Harrington 2009). PISQ-12'nin Türkçe formundan elde edilen SRMR = ,068, CFI = ,95, NNFI= ,95, GFI= ,92 ve AGFI=,87 olarak bulundu bu değerlere göre uyumun olduğu görüldü. Tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri ,31 - ,76 arasında (,30'un üzerinde olması önerilir) bulundu (Şekil 3-2).



Şekil 3-2: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formunun Doğrulayıcı Faktör Analizi

Şekildeki boyut ile maddeler arasındaki sayılar açıklayıcı faktör analizindeki faktör yüklerine denk düşen değerlerdir, yol katsayıları da denir. Alt boyut (altboyut=faktör) ile maddeler arasındaki ilişkiyi gösterir, bunların her biri yol (path) olarak dikkate alınır ve her bir yol katsayısının anlamlı olup olmadığına t testi ile bakılır. Çalışmamızda bütün değerler anlamlı olarak bulundu. Başka bir deyişle bu değerler (faktör yükleri) her bir maddenin kendi boyutunun ne kadar iyi bir temsilcisi olduğuna ilişkin bilgi verir, değer ne kadar yüksek ise ilişki o kadar güçlüdür, yani o kadar iyi temsil eder (Öner 1997; Akgül ve Çevik 2005).

Şeklin en solundaki rakamlar ise, her bir maddede boyut tarafından açıklanamayan hatayı gösterir (hata varyansları da denir). Her bir maddede söz konusu ölçme modeli ile açıklanamayan bir özelliğin var olduğunun göstergesidir. Yani her bir madde ile boyut arasındaki ilişki %100 değildir (Öner 1997; Akgül ve Çevik 2005).

PISQ-12'nin geçerlik-güvenirlik çalışması dışında soru formunun çalışmamızda (116 vaka) ölçüm zamanına göre iç tutarlılığının değerlendirilmesinde, Cronbach Alfa

Güvenirlilik Katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,74$ ve postoperatif 6. Ayda $\alpha = ,71$ olarak bulundu. PISQ-12'nin ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-13'de gösterildi.

Tablo 3-13: Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Fonksiyon Soru Formu'nun Ölçüm Zamanına Göre Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=116)

Alt Boyutlar	Madde No	Cronbach α Değeri	
		Preoperatif Dönem	Postoperatif 6. Ay
1.Davranışsal/Emosyonel Durum	1, 2, 3,4	,76	,74
2.Fiziksel Durum	5, 6, 7, 9	,60	,63
3.Partnerle ilgili durum	10, 11, 12	,53	,49

PISQ-12'nin ölçüm zamanına göre alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları preoperatif dönemde $\alpha = ,53$ ile $,76$ arasında, postoperatif 6. ayda $\alpha = ,49$ ile $,74$ arasında bulundu (Tablo 3-13). Bu değerler ölçeğin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.6.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler;

Geçerlik için;

Yüzeysel Geçerlilik (uzman görüşü)

- Aritmetik ortalama
- Kapsam Geçerlilik İndeksi

Güvenirlilik için;

Madde analiz

- Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi

Test – retest analizi

- Pearson korelasyon analizi
- Bağımlı gruplarda t testi

Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı

- Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçeğin yapı geçerliliği

Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin ameliyat gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılmasına ilişkin verilerin analizinde

- Doğrulayıcı faktör analizi
- Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare analizi, Yatest düzeltilmeli ki-kare analizi, Fisher kesin ki-kare testi, Kruskal Wallis analizi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi

Kadınların Prolapsus/üriner inkontinans cinsel fonksiyon puanı, Bristol kadın alt üriner yol semptomları puanı, inkontinans etki puanı ve ürogenital distress puanı ve alt boyutlarının, tüm grup ve ameliyat gruplarına göre pre-operatif ve post-operatif 6. Ayda ki karşılaştırılmasına ilişkin veri analizinde

- Sayı, yüzde, standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, Wilcoxon analizi

Ölçüm zamanına göre ayrı olarak, ameliyat gruplarına göre kadınların cinsel ilişki sıklıklarının karşılaştırılmasına ilişkin veri analizinde ve ameliyat öncesi ve sonrası cinsel ilişki sıklıklarının karşılaştırılmasına ilişkin veri analizinde

- Ki kare analizi ve McNemar analizi,
-

3.6.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sadece İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Jinekoloji kliniği ve Ürojinekoloji Bilim dalı polikliniğine başvuranlarda yapılması ve belli ameliyat tiplerinin ele alınması nedeniyle pelvik taban cerrahisi geçiren tüm kadınlara genellenemez. Çalışmada hastaların sadece postoperatif 6. ayda takip edilmesi tamamen iyileşmeleri için yeterli olmayabilir.

4. BULGULAR

Üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların ameliyat öncesiyle ameliyat sonrası 6. ayda yaşam kalitelerinin ve cinsel işlevlerinin nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları 4 bölümde ele alındı :

4.1.Kadınların ameliyat gruplarına göre tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.2.Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda üriner semptomlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.3.Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda yaşam kalitelerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.4.Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda cinsel işlevlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.1. Kadınların Ameliyat Gruplarına Göre Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus ameliyatı olan kadınların ameliyat gruplarına göre tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Çalışmaya dahil edilen kadınların ameliyat gruplarına göre dağılımına Tablo 4-1’de yer verildi.

Tablo 4-1: Kadınların Ameliyat Gruplarına Göre Dağılımı (n=116)

Gruplar	Sayı	%
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (Grup 1)	35	30,2
Üriner İnkontinans Cerrahisi (Grup 2)	42	36,2
Üİ ve POP Cerrahisi (Grup 3)	39	33,6
Toplam	116	100

Çalışmaya dahil edilen kadınlara uygulanan ameliyatlar 3 gruba ayrıldı. Kadınların %30,2'sine prolapsus cerrahisi (VAH/ÖAO+Suspansiyon), %36,2'sine üriner inkontinans cerrahisi (TOT) ve %33,6'sına üriner inkontinans ile birlikte prolapsus cerrahisi (TOT+VAH+ÖAO+Suspansiyon) uygulandı (Tablo 4-1).

Çalışmaya dahil edilen kadınlara uygulanan ameliyatların dağılımı Tablo 4-2 de gösterildi.

Tablo 4-2: Kadınlara Uygulanan Ameliyatların Dağılımı (n=116)

	Sayı	%
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (Grup 1)		
VAH	9	7,8
VAH ve ÖAO+Suspansiyon	23	19,8
VAH ve AO	2	1,7
ÖO+Suspansiyon	1	,9
Üriner İnkontinans Cerrahisi (Grup 2)		
TOT	42	36,2
Üİ +POP Cerrahisi (Grup 3)		
TOT ve VAH	1	,9
TOT ve ÖAO+Suspansiyon	6	5,2
TOT ve VAH ve ÖAO+Suspansiyon	22	19,0
TOT ve ÖO+Suspansiyon	6	5,2
TOT ve AO+Suspansiyon	3	2,6
TOT ve VAH ve ÖO+Suspansiyon	1	,9
Toplam	116	100,0

Çalışmaya dahil edilen 116 kadından Grup 1 dahilindeki kadınlardan sadece 9'una VAH ameliyatı, 25'ine VAH ile birlikte ek ameliyatlar ve 1 kişiye ÖO+Suspansiyon ameliyatı uygulandı. Grup 2 kapsamındaki kadınların tamamına (42 vaka) TOT operasyonu, grup 3 olarak tanımlanan kadınlara ise TOT ile birlikte ek ameliyatlar uygulandı (Tablo 4-2).

Ameliyat gruplarına göre kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4-3'de yer almaktadır.

Tablo 4-3: Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi		Üriner İnkontinans Cerrahisi		Üİ ve POP Cerrahisi		χ^2	p	Toplam	
	(n: 35)		(n: 42)		(n: 39)				Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%				
Yaş Grupları										
44 yaş ve altı	4	11,4	13	31,0	12	30,8	5,089 (sd: 4)	,278	29	25,0
45-54 yaş	18	51,4	17	40,5	17	43,6			52	44,8
55 yaş ve ↑	13	37,1	12	28,6	10	25,6			35	30,2
Eğitim Düzeyi										
Okur yazar değil / okur yazar	10	28,6	9	21,4	7	17,9	4,721 (sd: 4)	,317	26	22,4
İlköğretim	17	48,6	20	47,6	26	66,7			63	54,3
Lise ve üniversite	8	22,9	13	31,0	6	15,4			27	23,3
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	8	22,9	8	19,0	5	12,8	1,293 (sd: 2)	,524	21	18,1
Çalışmıyor	27	77,1	34	81,0	34	87,2			95	81,9
Gelir Durumu										
Gelir giderden az	12	34,3	18	42,9	18	46,2	1,130 (sd: 2)	,568	48	41,4
Gelir gidere denk /fazla	23	65,7	24	57,1	21	53,8			68	58,6
Evlilik Süresi (Yıl)										
7-25 yıl	6	17,1	16	38,1	15	38,5	6,201 (sd: 4)	,185	37	31,9
26-35 yıl	17	48,6	18	42,9	17	43,6			52	44,8
36 ve ↑	12	34,3	8	19,0	7	17,9			27	23,3

Ameliyat gruplarına göre kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, kadınların **yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi** ve **evlilik süresine** göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>,05$). Kadınların yaş ortalaması $50,2\pm8,3$ idi. Gruplara göre bakıldığında POP grubundaki kadınların yaş ortalaması $53,7\pm7,9$, Üİ grubunun yaş ortalaması $49,1\pm7,9$, Üİ+POP grubunun yaş ortalaması $48,5\pm8,4$ olarak belirlendi. Evlilik süre ortalaması ise $29,8\pm8,6$ yıldır. Gruplara göre evlilik süre ortalamaları ise sırasıyla POP / $32,6\pm8,4$, Üİ / $28,4\pm8,7$ ve Üİ+POP $28,7\pm8,4$ yıl olarak saptandı (Tablo 4-3).

Ameliyat gruplarına göre kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4-4'de görülmektedir.

Tablo 4-4: Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Gebelik Sayısı										
Gebelik Yok*	1	2,9	0	0	0	0	2,579 (sd: 6)	,860	1	,9
2 gebelik	5	14,3	11	26,2	7	17,9			23	19,8
3 gebelik	6	17,1	8	19,0	6	15,4			20	17,2
4 gebelik	7	20,0	6	14,3	9	23,1			22	19,0
5 ve ↑ gebelik	16	45,7	17	40,5	17	43,6			50	43,1
Doğum Sayısı										
1 ve 2 doğum	15	44,1	21	50,0	21	53,8	,693 (sd: 2)	,707	57	49,6
3 ve ↑ doğum	19	55,9	21	50,0	18	46,2			58	50,4
Doğum Şekli										
Vajinal yolla	32	94,1	38	90,5	38	97,4	1,717 (sd: 2)	,424	108	93,9
Vajinal ve Sezaryen	2	5,9	4	9,5	1	2,6			7	6,1
Doğum Yeri										
Hastane	20	58,8	31	73,8	23	59,0	3,141 (sd: 4)	,535	74	64,3
Ev	7	20,6	5	11,9	6	15,4			18	15,7
Hastane ve Ev	7	20,6	6	14,3	10	25,6			23	20,0

(Tablo 4-4 Devamı)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)		χ^2	P	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Düşük Yapma Durumu										
Evet	7	20,6	12	28,6	11	28,2	,758	,684	30	26,1
Hayır	27	79,4	30	71,4	28	71,8	(sd: 2)		85	73,9
Gebelik Tahliyesi										
Evet	20	58,8	21	50,0	20	51,3	,661	,719	61	53,0
Hayır	14	41,2	21	50,0	19	48,7	(sd: 2)		54	47,0
Epizyotomi										
Evet	20	58,8	28	66,7	26	66,7	,642	,725	74	64,3
Hayır	14	41,2	14	33,3	13	33,3	(sd: 2)		41	35,7
Doğumda Yırtık										
Evet	15	44,1	19	45,2	16	41,0	,154	,926	50	43,5
Hayır	19	55,9	23	54,8	23	59,0	(sd: 2)		65	56,5
Kilolu Bebek Doğumu ($\geq 4500\text{gr}$)										
Evet	3	8,6	5	11,9	10	25,6	4,881 (sd: 2)	,087	18	15,5
Hayır	28	80,0	36	85,7	26	66,7			90	77,6
Bilmiyor*	3	8,6	1	2,4	3	7,7			7	6,0
Doğum Yapmadı*	1	2,9	-	-	-	-			1	,9

Gebelik ve doğuma ilişkin sorularda gebe olmayan 1 kişi dağılımlara alınmadı.

* Gruplardaki örneklem sayısı az olduğu için analize alınmadı

Ki-kare analizi yapıldı

Araştırmaya katılan kadınların yarıya yakınının (%43,1) 5 ve üzeri gebeliği olduğu, yarısının (%50) 3 ve üzeri doğum yaptığı, tamamına yakınının (%93,9) vajinal yolla doğum yaptığı, yarıdan fazlasının (%64,3) hastanede doğum yaptığı ve epizyotomi yapıldığı, %43,5'nin doğumda yırtık oluştuğu, yaklaşık dörtte bir kadının (%26,1) düşük yaptığı, yarısının (%53) gebelik tahliyesi deneyimlediği belirlendi (Tablo 4-4).

Kadınların kilolu bebek doğurma (≥ 4500 gr) durumları incelendiğinde %15,5 oranında kadının kilolu bebek doğurduğu (Tablo 4-4) ve kilo ortalamasının $4730,56 \pm 278,20$ kilo (min-max:4500-5500) olduğu saptandı. Kilolu bebek doğuran kadınların ameliyat gruplarına göre bebeklerinin kilo ortalamaları incelendiğinde POP grubunda (n=3) $5100,00 \pm 360,56$, Üİ grubunda (n=5) $4640,00 \pm 167,33$, Üİ+POP grubunda (n=10) $4665,00 \pm 223,67$ olduğu görüldü.

Ameliyat gruplarına göre kadınların **gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli ve yeri, düşük yapma, gebelik tahliyesi deneyimi, epizyotomi yapılma, doğumda yırtık oluşması ve kilolu bebek doğumuna** ilişkin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$) (Tablo 4-4).

Ameliyat gruplarına göre kadınların menopoza ilişkin özelliklerinin dağılımına Tablo 4-5'de yer verildi.

Tablo 4-5: Kadınların Menopoza İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Menopoz Durumu										
Evet	21	60,0	15	35,7	20	51,3	4,722	,094	56	48,3
Hayır	14	40,0	27	64,3	19	48,7	(sd: 2)		60	51,7
Menopoza Girme Yaşı										
38 - 46 yaş	6	28,6	3	20,0	10	50,0	3,871	,144	19	33,9
47 yaş ve ↑	15	71,4	12	80,0	10	50,0	(sd: 2)		37	66,1
Menopoz Süresi										
1 -5 yıl	8	38,1	3	20,0	10	50,0	4,660		21	37,5
6 -10 yıl	5	23,8	7	46,7	4	20,0	(sd: 4)	,324	16	28,6
11 yıl ve ↑	8	38,1	5	33,3	6	30,0			19	33,9
Hormon Replasman Tedavisi Alma										
Evet	5	23,8	6	40,0	4	20,0	1,900	,387	15	26,8
Hayır	16	76,2	9	60,0	16	80,0	(sd: 2)		41	73,2

Kadınların %48,3'ü menopozdadır, %66,1'i 47 yaş ve üzerinde menopoza girmiştir, ortalama menopoz yaşı $47,82 \pm 4,58$ (min-max: 38-55) dır. Gruplara göre ortalama menopoz yaşı Üİ grubunda $48,73 \pm 5,20$, POP grubunda $48,29 \pm 4,15$, ve Üİ+POP grubunda $46,65 \pm 4,50$ olarak belirlendi. Kadınların %37'5'i 1-5 yıldır menopozdadır. Ortalama menopoz süresi $8,58 \pm 6,23$ (mim-max: ,1-26) dır. Gruplara göre bakıldığında ortalama menopoz süresi Üİ grubunda $8,67 \pm 4,15$, POP grubunda $9,62 \pm 7,91$, Üİ+POP grubunda $7,42 \pm 5,59$ olarak saptandı. Menopozda olanların %26,8'i hormon replasman tedavisi almıştır (Tablo 4-5). Hormon replasman tedavisi alanların hepsi (15 hasta) daha önce tedavi almış olup, 12 hasta ağızdan, 3 hasta transdermal hormon replasman tedavisi almıştır.

Ameliyat gruplarına göre kadınların **menapoza girme durumu, menapoza girme yaşı, menapoza girme süresi, hormon tedavisi alma durumlarına** ilişkin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>,05$), (Tablo 4-5).

Ameliyat gruplarına göre kadınların sağlık durumu ve sorunlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4-6'da görülmektedir.

Tablo 4-6: Kadınların Sağlık Durumu ve Sorunlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi ^a (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi ^b (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi ^c (n: 39)		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Beden Kitle İndeksi*									
18.5 - 24.99 (Normal)	4	11,4	4	9,5	2	5,1		10	8,6
25.0 - 29.99 (Hafif Şişman)	20	57,2	15	35,7	11	28,2		46	39,7
30.0 ve üzerinde (1. derece ve ileri derecece şişman)	11	31,4	23	54,8	26	66,7		60	51,7
Ortalama BKİ değeri**	$\bar{x} \pm SS$ 28,0±3,23		$\bar{x} \pm SS$ 30,7±5,90		$\bar{x} \pm SS$ 31,15±4,33		F 4,768	p , 010	Fark: a<b,c
Sigara Kullanma*									
Evet	1	2,9	6	14,3	3	7,7		10	8,6
Hayır	34	97,1	36	85,7	36	92,3		106	91,4
Alkol Kullanma*									
Evet	1	2,9	1	2,4	3	7,7		5	4,3
Hayır	34	97,1	41	97,6	36	92,3		111	95,7

*Gruplardaki örneklem sayısı az olduğu için analiz yapılmadı.

**Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi, gruplararası sd: 2, grup içi sd: 113, toplam sd: 115

(Tablo 4-6 Devamı)

Sağlık Sorunları	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Kronik Kabızlık										
Evet	14	40,0	20	47,6	27	69,2	6,973	,031	61	52,6
Hayır	21	60,0	22	52,4	12	30,8	(sd: 2)		55	47,4
Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu										
Evet	3	8,6	8	19,0	9	23,1	2,871	,238	20	17,2
Hayır	32	91,4	34	81,0	30	76,9	(sd: 2)		96	82,8
Kronik Hastalığa Sahip Olma										
Evet	23	65,7	26	61,9	29	74,4	1,477	,478	78	67,2
Hayır	12	34,3	16	38,1	10	25,6	(sd: 2)		38	32,8
Kronik Hastalık Durumu										
Bir kronik hastalık	13	37,1	11	26,2	13	33,3	2,561	,634	37	31,9
İki ve üzeri kronik hastalık	10	28,6	15	35,7	16	41,0	(sd: 4)		41	35,3
Yok	12	34,3	16	38,1	10	25,6			38	32,8
Sürekli İlaç Kullanma										
Evet	16	45,7	22	52,4	22	56,4	,856	,652	60	51,7
Hayır	19	54,3	20	47,6	17	43,6	(sd: 2)		56	48,3

Kadınların beden kitle indeksi ortalaması $30,0 \pm 4,85$ (mim-max: 0,21-52) olarak belirlendi. Ameliyat gruplarına göre beden kitle indeksi ortalamaları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD ileri analizinde, POP cerrahisi uygulanan kadınların beden kitle indeksi ortalamasının hem Üİ cerrahisi uygulanan (p: ,039) hem de Üİ+POP cerrahisi uygulanan kadınlarınkinden (p: ,013) anlamlı olarak daha düşük olduğu, Üİ ve Üİ+POP cerrahisi uygulanan grup arasında anlamlı fark olmadığı (p: ,887 ya da $p > ,05$) belirlendi.

Kadınların yarısında (%52,6) kronik kabızlık sorunu olduğu, çoğunluğunun (%82,8) sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmediği ve yarıdan fazla kadının (%67,2) kronik hastalığı olduğu belirlendi. Kadınların %35,3'ünde iki ve daha fazla kronik sağlık sorunu mevcuttu. Kronik hastalıklardan en sıklıkla sırasıyla hipertansiyon (%39,7), allerjik astım (%24,4), diabetes mellitus (%21,8) ve depresyon (%11,5) öyküsünün olduğu saptandı.

Ameliyat gruplarına göre kadınların **kronik hastalığa sahip olma, kronik hastalık sayısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, sürekli ilaç kullanma** durumlarına ilişkin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda gruplar arasında kronik hastalığa sahip olma, kronik hastalık sayısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu yönünden anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), **kronik kabızlık** durumuna göre ise anlamlı fark olduğu ($p < ,05$) saptandı (Tablo 4-6).

Kronik kabızlık durumuna göre farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, Üİ+POP grubu analiz dışında bırakıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı (χ^2 : ,194, sd: 1 p: ,664), farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlendi. Üİ+POP cerrahisi grubunda bulunan hastalarda kronik kabızlık sorunu yaşayanların oranı diğer gruplardan daha yüksek bulundu (Tablo 4-6).

Araştırmaya alınan kadınların yarısının (%51,7) beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olduğu, tamamına yakınının (%91,4) sigara ve alkol (%95,7) kullanmadığı yarısının (%51,7) sürekli ilaç kullanmadığı görülmektedir (Tablo 4-6).

Ameliyat gruplarına göre kadınların daha önce geçirdikleri jinekolojik ameliyat ve mevcut Üİ ve/veya POP semptomlarına ilişkin özelliklerinin dağılımına Tablo 4-7’de yer verildi.

Tablo 4-7: Kadınların Daha Önce Geçirdikleri Jinekolojik Ameliyat ve Mevcut Üİ ve/veya POP Semptomlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=116)

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi ^a (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi ^b (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi ^c (n: 39)		χ^2	p	Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			Sayı	%
Histerektomi, UI ve/veya POP Ameliyatı Geçirme Öyküsü										
Evet	2	5,7	8	19,0	2	5,1	5,383	,068	12	10,3
Hayır	33	94,3	34	81,0	37	94,9	(sd: 2)		104	89,7
Üriner İnkontinans Varlığı										
Var	29	82,9	41	97,6	38	97,4	8,197	,017	108	93,1
Yok	6	17,1	1	2,4	1	2,6	(sd: 2)	a<b,c	8	6,9
POP Varlığı										
Var	35	100,0	28	66,7	35	89,7	17,425	,000	98	84,5
Yok	-	-	14	33,3	4	10,3	(sd: 2)	b<a,c	18	15,5
Üİ ve/veya POP Süre Grup										
1-3 Yıl	19	54,3	10	23,8	14	35,9	11,595	,072	43	37,1
4-7 Yıl	10	28,6	12	28,6	8	20,5	(sd: 6)		30	25,9
8-10 Yıl	2	5,7	11	26,2	8	20,5			21	18,1
10 Yılın Üstü	4	11,4	9	21,4	9	23,1			22	19,0
Sık idrara çıkma (Frequency)										
Var	4	11,4	16	38,1	14	35,9	7,783	,020	34	29,3
Yok	31	88,6	26	61,9	25	64,1	(sd: 2)	a<b,c	82	70,7
İdrara sıkışma (Urgency)										
Var	16	45,7	26	61,9	21	53,8	2,022	,264	63	54,3
Yok	19	54,3	16	38,1	18	46,2	(sd: 2)		53	45,7

(Tablo 4-7 Devamı)

Sistosel Varlığı										
Var	28	80,0	25	59,5	32	82,1	6,398	,041	85	73,3
Yok	7	20,0	17	40,5	7	17,9	(sd: 2)	b<a,c	31	26,7
Sistosel Derecesi (n:28/25/32)										
2. Derece	21	75,0	22	88,0	11	34,4	19,790	,000	54	63,5
3. Derece	7	25,0	3	12,0	21	65,6	(sd: 2)		31	36,5
Rektosel Varlığı										
Var	24	68,6	21	50,0	24	61,5	2,835	,242	69	59,5
Yok	11	31,4	21	50,0	15	38,5	(sd: 2)		47	40,5
Rektosel Derecesi (n: 24/21/24)										
2. Derece	19	79,2	19	90,5	22	91,7	1,983	,371	60	87,0
3. Derece	5	20,8	2	9,5	2	8,3	(sd: 2)		9	13,0
Uterin Prolapsus Varlığı										
Var	34	97,1	8	19,0	23	59,0	47,468	,000	65	56,0
Yok	1	2,9	34	81,0	16	41,0	(sd: 2)	a>c>b	51	44,0
Uterin Prolapsus Derecesi										
2. Derece	1	2,9	8	100	14	60,9	36,795	,000	23	35,4
3. Derece	33	97,1	-	-	9	39,1	(sd: 2) 86,445	a>b,c	42	64,6
İnkontinans ve POP Durumu										
Sadece Üİ	-	-	14	33,3	4	10,3	38,682	,000	18	15,5
Sadece POP	14	40,0	1	2,4	2	5,1	(sd: 4)		17	14,7
Her ikisi var	21	60,0	27	64,3	33	84,6			81	69,8

Ki-kare analizi yapıldı

Araştırmaya katılan kadınların 12'si daha önce jinekolojik ameliyatı geçirmiş olup 7'si histerektomi, 3'ü POP ameliyatı, 1'i histerektomi / Üİ, 1 kişi Üİ / POP ameliyatı olduğunu belirtmiştir. Ameliyat grupları arasında jinekolojik ameliyat geçirme dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>,05$) (Tablo 4-7).

Kadınların %93,1'inde herhangi bir tip üriner inkontinans vardı. Üİ tiplerine göre incelendiğinde kadınlarda en yüksek oranda %37,9 miks tip, ikinci olarak %33,6 oranıyla SÜİ olduğu saptandı. Gruplar arasında üriner inkontinans görülme dağılımları arasında ki-kare analizi sonucunda anlamlı fark olduğu saptandı ($p<,05$). POP cerrahisi grubu dışarıda tutularak yapılan ileri analizde diğer iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı (Fisher kesin testi $p: 1,000$), farkın POP grubundan kaynaklandığı, POP grubunda üriner inkontinansı olan hastaların oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Kadınların %37,1'i 1-3 yıldır üriner inkontinans ve/veya prolapsus sorunu yaşamaktadır. 10 yıl ve daha uzun süre Üİ ve/veya POP yaşayan kadın oranı ise beşte bir (%19) oranındadır. Gruplar arasında Üİ ve/veya POP görülme sürelerinin dağılımları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4-7).

Kadınların üçte bir oranında sık idrara çıkma (frequency) ve yarısında (%54,3) sıkışma hissi (urgency) şikayeti vardı. Ameliyat grupları arasında urgency görülme durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptandı ($p>,05$). Ameliyat gruplarına göre frequency (gündüzleri ve uyanıkken 8 kez den fazla idrar yapma/sık idrara çıkma) varlığının dağılımları arasında ise anlamlı fark olduğu saptandı ($p<,05$) (Tablo 4-7). POP cerrahisi grubu dışarıda tutularak yapılan ileri analizde diğer iki grup arasında anlamlı fark olmadığı (Yates düzeltilmeli Ki-kare: 0,000, sd:1, $p: 1,000$), POP grubunda frequency şikayeti olan hastaların oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi.

Kadınların %84,5'inde 2 derece ya da daha fazla derece prolapsus mevcuttu. Ameliyat gruplarına göre **POP görülme** durumunun dağılımları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<,001$). UI cerrahisi grubu dışarıda tutularak yapılan ileri analizde diğer iki grup arasında anlamlı fark olmadığı (Fisher kesin testi $p: 117$), UI

grubunda pelvik organ prolapsus olan kadınların oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Kadınların %73,3'ünde sistosel, %59,5'inde rektosel ve %56'sında uterin prolapsus mevcuttu. **Sistosel** görülme durumu açısından üç ameliyat grubu arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p < ,05$), (Tablo 4-7). UI grubu analiz dışında tutularak yapılan ileri analizde gruplar arasında farkın olmadığı (Yates düzeltmeli Ki-kare: 000, sd:1, p: 1,000), sonuç olarak UI grubunda sistoseli olan hasta oranının diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Ameliyat grupları arasında **rektosel görülme durumu** yönünden yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$). Üç ameliyat grubunun **uterin prolapsus** görülme oranları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$, Tablo 4-7), yapılan ileri analizlerde (Yates düzeltmeli ki-kare) farkın tüm ikili gruplar arasında olduğu belirlendi ($p < ,01$). POP grubunda uterin prolapsusu olan hasta oranı en yüksek iken (%97,1), bunu UI+POP grubu (%59) izlemekteydi. UI grubunda ise (%19,0) uterin prolapsus görülme oranı en düşük bulundu.

Prolapsus olan kadınlar, (n=98) prolapsus derecesi yönünden değerlendirildiğinde sistoseli olan kadınların (n=85) yarıdan fazlasının (%63,5), rektoseli olan kadınların (n=69) çoğunluğunun (%87) 2. derece prolapsusu olduğu, uterin prolapsusu olan kadınların (n=65) ise yarıdan fazlasının (%64,6) 3. derece prolapsusu olduğu belirlendi.

Ameliyat gruplarına göre sistosel görülen hastalarda **sistosel derecesinin** dağılımları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$) saptandı (Tablo 4-7). UI+POP grubu analiz dışında tutularak yapılan ileri analizde diğer iki grup arasında anlamlı fark olmadığı (Fisher kesin testi : ,302, $p > ,05$), UI+POP cerrahisi grubunda sistosel derecesi 3 olan hastaların oranının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulundu. Ameliyat grupları arasında **rektosel derecesi** yönünden anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$) (Tablo 4-7).

Gruplar arasında uterin prolapsus görülen kadınların **uterin prolapsus derecesine** göre yapılan istatistiksel değerlendirmede de ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-7). POP grubu analiz dışında tutularak yapılan ileri analizde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı (Fisher kesin testi p: ,068), POP

grubundaki kadınlarda 3. derece uterin prolapsus görülme oranının diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-7).

Kadınların yarısından fazlasında (%69,8) prolapsus ve üriner inkontinans vardı. Ameliyat grupları arasında üriner inkontinans ya da prolapsus görülme durumu yönünden ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$) (Tablo 4-7) yapılan ileri ki-kare analizlerinde farkın tüm ikili gruplar arasında olduğu ($p < ,05$) belirlendi. POP grubunda sadece üriner inkontinans yaşayan kadın hiç yoktu, üriner inkontinans oranı Uİ grubunda (%33,3), Uİ+POP grubundakinden (%10,3) daha yüksekti. Sadece prolapsus görülen hasta oranı POP grubunda daha yüksek (%40,0) iken diğer iki grupta düşük oranda idi (Uİ grubunda %2,4; Uİ+POP grubunda %5,1). Hem Uİ hem de prolapsus bulunan hasta oranı Uİ+POP grubunda (%84,6) diğer gruplardan daha yüksek orandaydı (POP grubunda %60, Uİ grubunda %64,3).

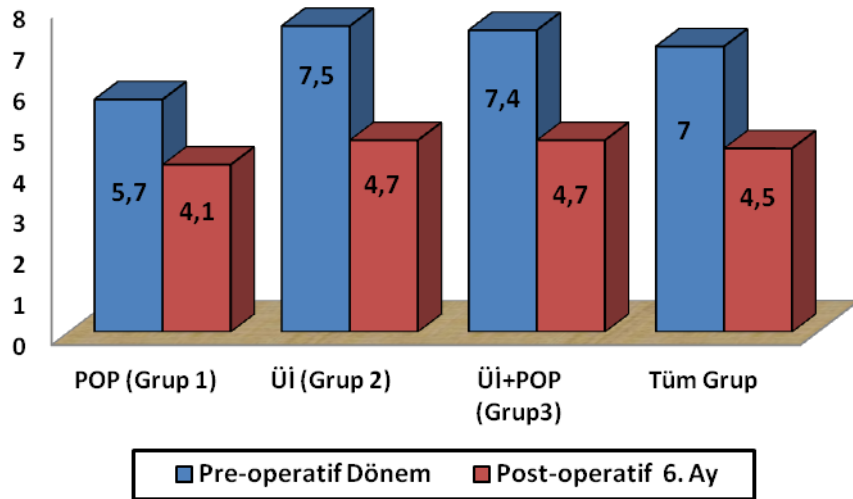
4.2. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ayda Üriner Semptomlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda ki Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu (BFLUTS) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Tüm grup ve ameliyat gruplarına göre kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu ve altboyut puan ortalamaları arasındaki fark Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-8).

Kadınların BFLUTS'nun **depolamaya ilişkin alt boyut** puan ortalaması preop $7,0 \pm 3,3$ iken postop 6. ayda $4,5 \pm 2,7$ olarak belirlendi. Gruplara göre depolama alt boyutu incelendiğinde, POP grubunda puan ortalaması preop $5,7 \pm 3,0$, postop 6. ayda $4,1 \pm 2,5$; Üİ grubunda preop $7,5 \pm 3,4$ 'den 6. ayda $4,7 \pm 2,8$ 'e, POP+Üİ grubunda preop $7,4 \pm 3,3$ iken postop 6. ayda $4,7 \pm 2,7$ olarak saptandı (Şekil 4-1), (Tablo 4-8).

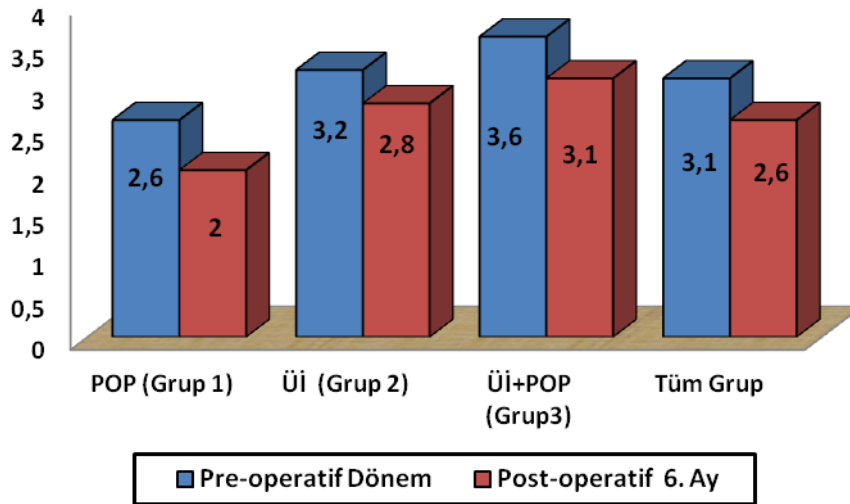
Tüm grup ve 3 ameliyat grubu, preoperatif ve postoperatif 6. ayda **depolama semptomları** açısından kıyaslandığında tüm grubun toplam puan ortalamaları ve 3 grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), ameliyattan sonra puan ortalamalarının düştüğü belirlendi (Tablo 4-8). Kadınların postoperatif 6. ayda depolama semptomlarında ameliyat öncesine oranla düzelme olmuştur.



Şekil 4-1: Kadınların BFLUTS depolama alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların BFLUTS'nun **idrar yapmaya ilişkin alt boyut** puan ortalaması preop $3,1 \pm 2,7$ iken postop 6. ayda $2,6 \pm 2,6$ olarak belirlendi. Gruplara göre idrar yapmaya ilişkin alt boyutu incelendiğinde POP grubunda puan ortalaması preop $2,6 \pm 2,3$, postop 6. ayda $2,0 \pm 2,6$; Üİ grubunda preop $3,2 \pm 2,6$ postop 6. ayda $2,8 \pm 2,7$; POP+Üİ grubunda preop dönemde $3,6 \pm 3,0$ postop 6. ayda $3,1 \pm 2,6$ olarak bulgulandı (Tablo 4-8).

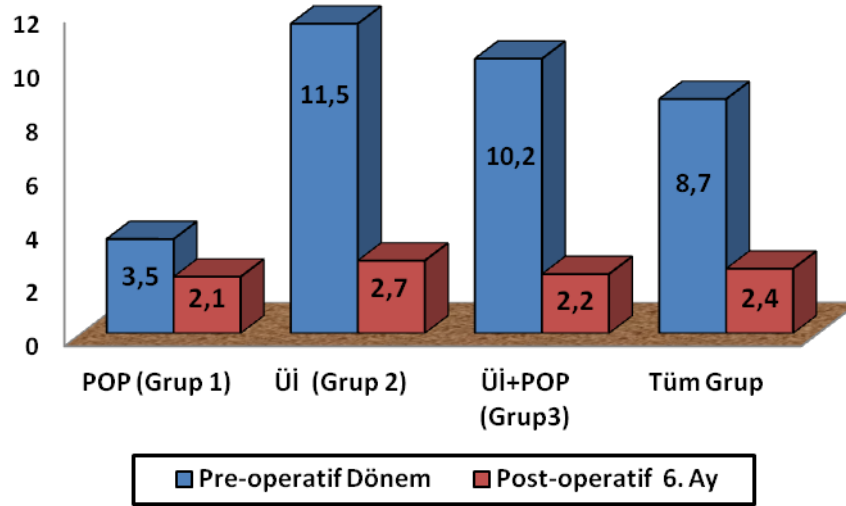
Tüm grup ve 3 ameliyat grubu, preoperatif ve postoperatif 6. ayda **idrar yapma semptomları** açısından kıyaslandığında (Şekil 4-2), tüm grubun ve 3 grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) saptandı (Tablo 4-8). Kadınların ameliyat sonrası 6. ayda **idrar yapma semptomlarında** postoperatif döneme kıyasla bir değişiklik olmamıştır.



Şekil 4-2: Kadınların BFLUTS idrar yapma alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların BFLUTS'nun **inkontinans semptomları alt boyut** puan ortalaması preop $8,7 \pm 5,1$ 'den postop 6. ayda $2,4 \pm 3,0$ 'a düşmüştür. Gruplara göre inkontinans semptomları alt boyutu incelendiğinde, POP grubunda puan ortalaması preop $3,5 \pm 3,6$, postop 6. ayda $2,1 \pm 2,9$; Üİ grubunda preop $11,5 \pm 3,7$ 6. ayda $2,7 \pm 3,8$, POP+Üİ grubunda preop dönemde $10,2 \pm 4,0$ postop 6. ayda $2,2 \pm 2,2$ olarak belirlendi (Tablo 4-8).

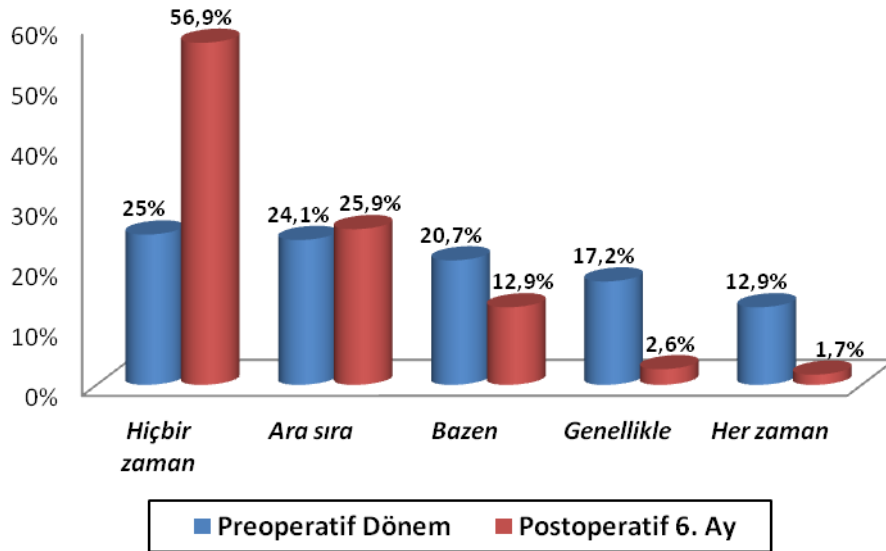
Tüm grup ve 3 ameliyat grubu, preop ve postop 6. ayda **inkontinans semptomları** açısından kıyaslandığında (Şekil 4-3), tüm grubun ve 3 grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), ameliyattan sonra puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-8). Kadınların ameliyat sonrası 6. ayda inkontinans semptomlarında ameliyat öncesine oranla düzelme olmuştur.



Şekil 4-3: Kadınların BFLUTS inkontinans semptomları alt boyut puanlarının karşılaştırılması

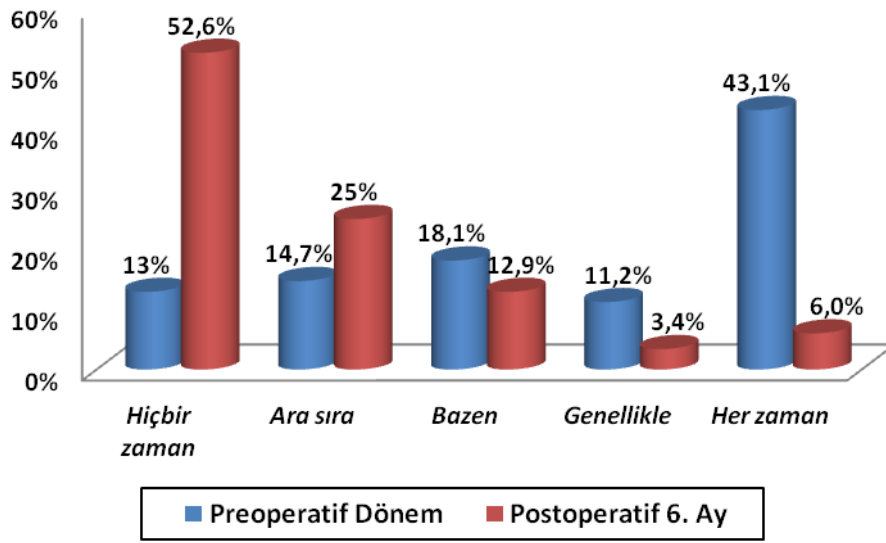
Ayrıca kadınların preop ve postop 6. ayda BFLUTS'nun inkontinans alt boyutuna ait dört maddesinin (**8.madde** *Tuvalete yetişemedi idrar kaçırdığınız oluyor mu?*) (**9. madde** *Ne kadar sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?*) (**10. madde** *Öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçırmıyor musunuz?*), (**11. madde** *Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan idrar kaçırdığınız oluyor mu?*) ayrı **puan ortalamaları** Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde (Tablo 4-9), 8. 9. 10. ve 11. maddelerin ameliyattan 6 ay sonrası elde edilen puan ortalamalarının ameliyat öncesine oranla istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p < .001$), ameliyat sonrası puan ortalamalarının çok daha düştüğü belirlendi (Tablo 4-9).

Preop dönemde kadınlar ara sıra (%24,1), bazen (%20,7) ve genellikle (%17,2) **tuvalete yetişemedi idrar kaçırdığını** (**8. madde**) ifade ederken, postop 6. ayda yarıdan fazla (%56,6) kadının bu şikayetinin hiç olmadığı, %25,9'unun ise ara sıra bu şikayeti yaşadığı saptandı (Şekil 4-4). Bu maddeye ait puan ortalaması preoperatif dönemde $1,69 \pm 1,36$, postoperatif 6. ayda $,66 \pm ,92$ olarak bulgulandı ve iki değer arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu (Tablo 4-9).



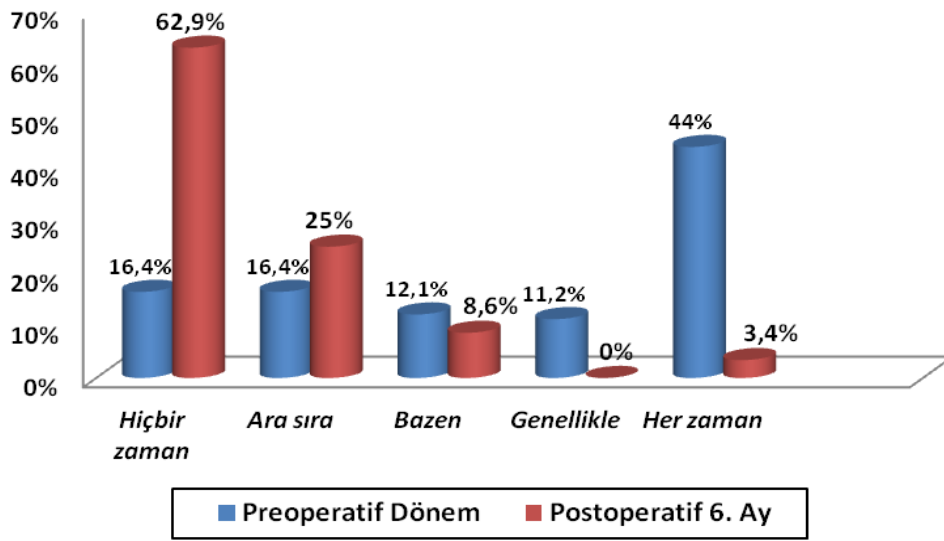
Şekil 4-4: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda tuvalete yetişemedi idrar kaçırmaları durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 8. Madde)

Ne kadar sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz? (9. madde) sorusuna preop %43,1 oranında kadın her zaman şeklinde ifade ederken, postop 6. ayda %52,6 oranında kadın hiçbir zaman cevabını verdi (Şekil 4-5), (Tablo 4-9). Bu. maddeye ait puan ortalaması preoperatif dönemde $2,57 \pm 1,48$, postoperatif 6. ayda $,85 \pm 1,15$ olarak belirlendi ve iki değer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo4-9).



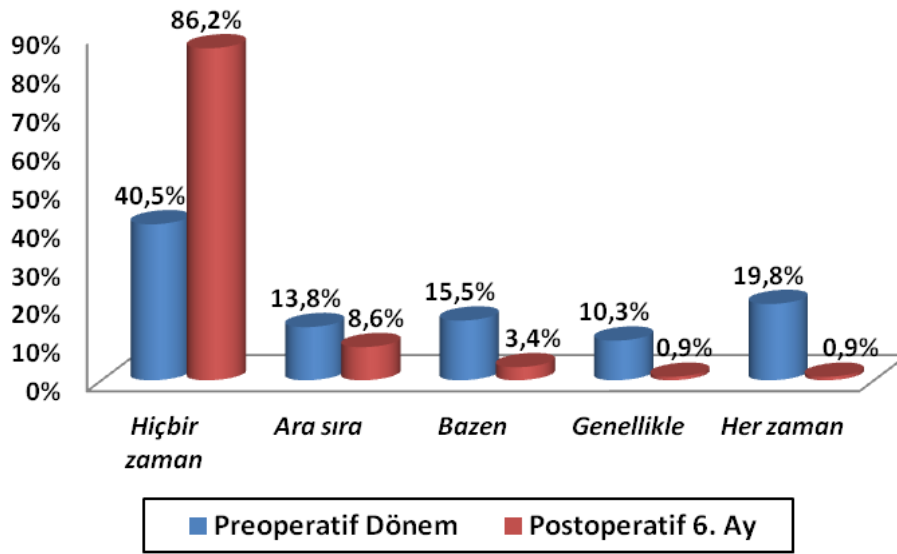
Şekil 4-5: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda idrar kaçırma sıklıklarının karşılaştırılması (BFLUTS 9. Madde)

Preop dönemde kadınların %44'ü her zaman öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli olduğunda idrar kaçırdığını (10. madde) ifade etti, postop 6. ayda %62,9 oranında kadının bu şikayetinin olmadığı, %25'inin ise ara ara bu şikayetinin olduğu saptandı (Şekil 4-6). 10. maddeye ait puan ortalaması preop dönemde $2,50 \pm 1,57$, postop 6. ayda $,56 \pm ,92$ olarak saptandı ve iki değer karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 4-9).



Şekil 4-6: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda stres inkontinans görülme durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 10. Madde)

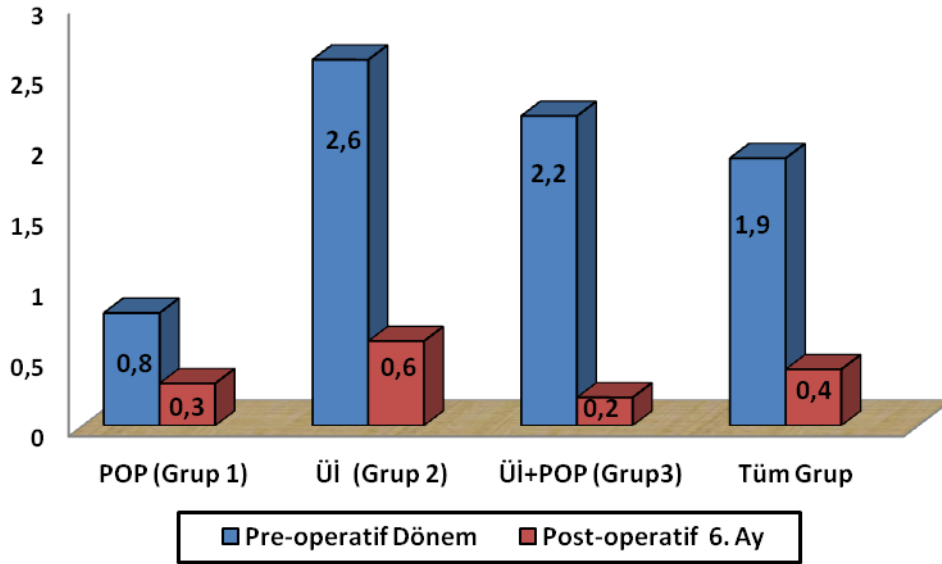
Kadınların %19,8'i preoperatif dönemde her zaman **hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan idrar kaçırdığını (11. madde)** belirtirken, ameliyat sonrası 6. ayda %86,2 oranında kadının bu şekilde idrar kaçırmadığını saptandı (Şekil 4-7), (Tablo 4-9). 11. maddeye ait puan ortalaması preoperatif dönemde $2,50 \pm 1,57$ postoperatif 6. ayda $,56 \pm ,92$ olarak belirlendi ve iki değer arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 4-9).



Şekil 4-7: Kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda nedensiz ve idrar hissi olmaksızın idrar kaçırmaları durumlarının karşılaştırılması (BFLUTS 11. Madde)

Kadınların BFLUTS'nun **cinsel yaşamın etkilenmesine ilişkin alt boyut** puan ortalaması preop $1,9 \pm 2,0$, postop 6. ayda $,4 \pm 1,0$ olarak saptandı. İstatistiksel olarak puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$) görüldü.

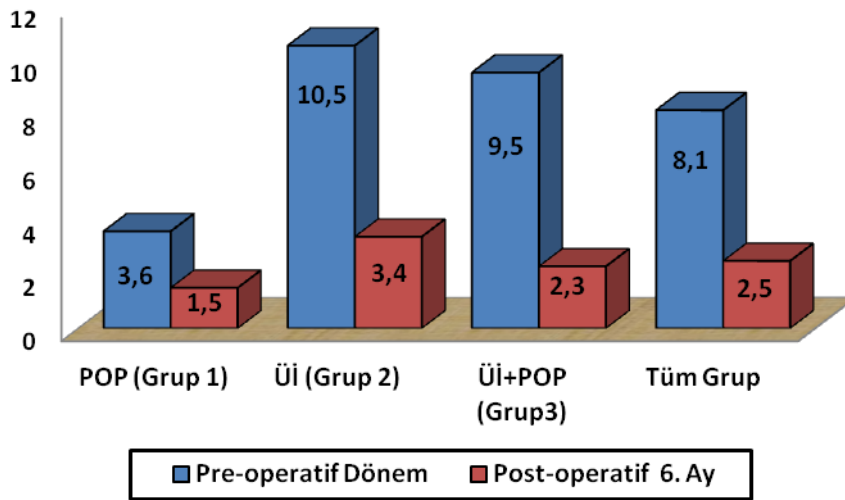
Gruplara göre **cinsel yaşamın etkilenmesine ilişkin alt boyut** incelendiğinde POP grubunda puan ortalaması preop, $8\pm1,3$, postop 6. ayda $,3\pm1,0$ olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu $p< ,05$ görüldü. Üİ grubunda preoperatif dönemde $2,6\pm2,3$, postoperatif 6. ayda $,6\pm1$; POP+Üİ grubunda da preop dönemde $2,2\pm1,8$ postoperatif 6. ayda $,2\pm,7$ olarak belirlendi. Üİ ve POP+Üİ grubunun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p< ,001$) (Tablo 4-8), (Şekil 4-8). Kadınların postop 6. aydaki cinsel yaşam puanında, preoperatif döneme oranla artma olduğu görüldü.



Şekil 4-8: Kadınların BFLUTS cinsel yaşamın etkilenmesine ilişkin alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların BFLUTS'nun yaşam kalitesinin etkilenmesine ilişkin alt boyut puan ortalaması preop $8,1 \pm 5,2$ postop 6. ayda $2,5 \pm 3,7$ olarak saptandı. İstatistiksel olarak puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$) görüldü.

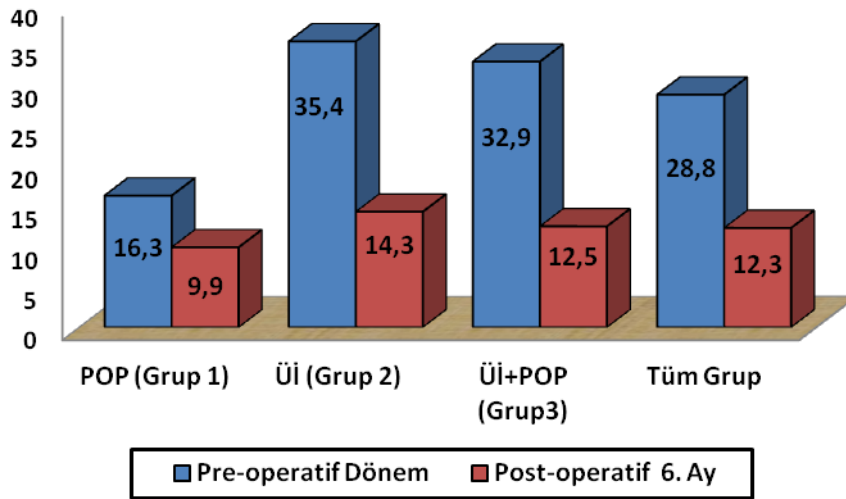
Gruplara göre yaşam kalitesinin etkilenmesine ilişkin alt boyut incelendiğinde POP grubunda puan ortalaması preop $3,6 \pm 4,8$, post op 6. ayda $1,5 \pm 2,6$ olduğu ve puan ortalamaları arasında çok anlamlı fark olduğu $p < ,01$ görüldü. Üİ grubunda yaşam kalitesi puanı preoperatif $10,5 \pm 4,1$ 'den 6. ayda $3,4 \pm 4,6$ 'a; POP+Üİ grubunda da preop dönemde $9,5 \pm 3,9$ 'dan postop 6. ayda $2,3 \pm 3,4$ 'e düştü (Şekil 4-9). Gerek Üİ gerekse POP+Üİ grubunun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-8). Kadınların postop 6.aydaki yaşam kalitesinde preop döneme oranla düzelme olduğu belirlendi.



Şekil 4-9: Kadınların BFLUTS yaşam kalitesinin etkilenmesine ilişkin alt boyut puanlarının karşılaştırılması

BFLUTS'nun **toplam puan ortalaması** kadınlarda preop $28,8 \pm 14,0$, postop 6. ayda $12,3 \pm 10,0$ olarak belirlendi. Gruplara göre incelendiğinde BFLUTS'nun toplam puan ortalamaları POP grubunda preop $16,3 \pm 11,7$ postop 6. ayda $9,9 \pm 8,8$; Üİ grubunda preop $35,4 \pm 11,6$ postop 6. ayda $14,3 \pm 11,5$; POP+Üİ grubunda preop $32,9 \pm 10,7$ postop 6. ayda $12,5 \pm 8,9$ olarak belirlendi (Şekil 4-10). (Tablo 4-8).

BFLUTS'nun toplam puan ortalaması ve gruplara göre toplam puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-8). Kadınların postop 6.aydaki alt üriner yol semptomlarında preop döneme kıyasla düzelme olduğu görüldü.



Şekil 4-10: Kadınların toplam BFLUTS puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4-8: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu ve Alt Boyutları	Ölçüm Zamanı		Z*	p
		Preoperatif Dönem $\bar{x} \pm SS$	Postoperatif 6. Ay $\bar{x} \pm SS$		
TÜM GRUP (n: 116)	Depolama	7,0±3,3	4,5±2,7	6,830	,000
	İdrar Yapma	3,1±2,7	2,6±2,6	1,725	,085
	İnkontinans	8,7±5,1	2,4±3,0	8,409	,000
	Cinsel Yaşam	1,9±2,0	,4±1,0	6,605	,000
	Yaşam Kalitesi	8,1±5,2	2,5±3,7	8,334	,000
	Toplam Puan	28,8±14,0	12,3±10,0	8,839	,000
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)	Depolama	5,7±3,0	4,1±2,5	3,025	,002
	İdrar Yapma	2,6±2,3	2,0±2,6	1,238	,216
	İnkontinans	3,5±3,6	2,1±2,9	2,759	,006
	Cinsel Yaşama	,8±1,3	,3±1,0	2,415	,016
	Yaşam Kalitesi	3,6±4,8	1,5±2,6	3,210	,001
	Toplam	16,3±11,7	9,9±8,8	3,639	,000
Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)	Depolama	7,5±3,4	4,7±2,8	4,334	,000
	İdrar yapma	3,2±2,6	2,8±2,7	1,067	,286
	İnkontinans	11,5±3,7	2,7±3,8	5,409	,000
	Cinsel Yaşam	2,6±2,3	,6±1,1	4,333	,000
	Yaşam Kalitesi	10,5±4,1	3,4±4,6	5,490	,000
	Toplam	35,4±11,6	14,3±11,5	5,590	,000
Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)	Depolama	7,4±3,3	4,7±2,7	4,302	,000
	İdrar Yapma	3,6±3,0	3,1±2,6	,728	,467
	İnkontinans	10,2±4,0	2,2±2,2	5,379	,000
	Cinsel Yaşam	2,2±1,8	,2±,7	4,368	,000
	Yaşam Kalitesi	9,5±3,9	2,3±3,4	5,232	,000
	Toplam	32,9±10,7	12,5±8,9	5,339	,000

*Z: Wilcoxon analizi.

Tablo 4-9: Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Soru Formu Maddelerinin Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Dağılımları ve Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=116)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$		
1.Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?	1,74±1,14			1,14±,89			5,074	,000
Hiç	18	15,5		30	25,9			
1 kez	31	26,7		48	41,4			
2 kez	38	32,8		31	26,7			
3 kez	21	18,1		6	5,2			
4 kez ve daha fazla	8	6,9		1	,9			
2.İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?	1,88±1,36			1,12±1,14			5,419	,000
Hiçbir zaman	24	20,7		44	37,9			
Ara sıra	22	19,0		32	27,6			
Bazen	34	29,3		28	24,1			
Genellikle	16	13,8		6	5,2			
Her zaman	20	17,2		6	5,2			
3.Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?	1,34±1,29			,63±,93			4,759	,000
Hiçbir zaman	44	37,9		71	61,2			
Ara sıra	19	16,4		24	20,7			
Bazen	32	27,6		15	12,9			
Genellikle	12	10,3		5	4,3			
Her zaman	9	7,8		1	,9			
4.Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?	2,00±1,02			1,62±,93			3,379	,001
Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir	12	10,3		11	9,5			
Her 3 saatte bir yapıyorum	24	20,7		47	40,5			
Her 2 saatte bir yapıyorum	32	27,6		33	28,4			
Saatte bir yapıyorum	48	41,4		25	21,6			
5.İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?	,57±1,07			,53±1,06			,214	,830
Hiçbir zaman	84	72,4		87	75,0			
Ara sıra	12	10,3		10	8,6			
Bazen	10	8,6		11	9,5			
Genellikle	6	5,2		3	2,6			
Her zaman	4	3,4		5	4,3			
6.İdrar yapmak için ıkınmanız gerekiyor mu?	,86±1,30			,54±1,05			2,033	,042
Hiçbir zaman	73	62,9		87	75,0			
Ara sıra	10	8,6		7	6,0			
Bazen	19	16,4		13	11,2			
Genellikle	4	3,4		6	5,2			
Her zaman	10	8,6		3	2,6			

(Tablo 4-9 Devamı)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Post- operatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$		
7.İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?			1,72±1,36			1,57±1,29	,813	,416
Hiçbir zaman	24	20,7		32	27,6			
Ara sıra	35	30,2		26	22,4			
Bazen	28	24,1		28	24,1			
Genellikle	8	6,9		20	17,2			
Her zaman	21	18,1		10	8,6			
8.Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?			1,69±1,36			,66±92	6,853	,000
Hiçbir zaman	29	25,0		66	56,9			
Ara sıra	28	24,1		30	25,9			
Bazen	24	20,7		15	12,9			
Genellikle	20	17,2		3	2,6			
Her zaman	15	12,9		2	1,7			
9.Ne kadar sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz?			2,57±1,48			,85±1,15	7,827	,000
Hiçbir zaman	15	12,9		61	52,6			
Ara sıra	17	14,7		29	25,0			
Bazen	21	18,1		14	12,9			
Genellikle	13	11,2		4	3,4			
Her zaman	50	43,1		7	6,0			
10.Öksürürken hapsürürken fiziksel olarak hataketli olduğunuzda idrar kaçıırıyor musunuz?			2,50±1,57			,56± ,92	7,940	,000
Hiçbir zaman	19	16,4		73	62,9			
Ara sıra	19	16,4		29	25,0			
Bazen	14	12,1		10	8,6			
Genellikle	13	11,2		-	-			
Her zaman	51	44,0		4	3,4			
11.Hiç bir neden yokken ve idrar hissi olmadan idrar kaçırdığınız oluyor mu?			1,55±1,57			,22± ,63	6,663	,000
Hiçbir zaman	47	40,5		100	86,2			
Ara sıra	16	13,8		10	8,6			
Bazen	18	15,5		4	3,4			
Genellikle	12	10,3		1	,9			
Her zaman	23	19,8		1	,9			

(Tablo 4-9 Devamı)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$		
12.Uykuda iken idrar Kaçırıyor musunuz?			,34±,81			,06±,30	3,559	,000
Hiçbir zaman	93	80,2		111	95,7			
Ara sıra	12	10,3		3	2,6			
Bazen	7	6,0		2	1,7			
Genellikle	2	1,7		-	-			
Her zaman	2	1,7		-	-			
13.İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?			1,21±1,19			,30±,76	5,970	,000
Hiç	50	43,1		97	83,6			
Az	14	12,1		8	6,9			
Biraz	30	25,9		6	5,2			
Çok	22	19,0		5	4,3			
14.Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?			,73±1,08			,08±,38	5,576	,000
Hiç	73	62,9		110	94,8			
Az	15	12,9		4	3,4			
Biraz	14	12,1		1	,9			
Çok	14	12,1		1	,9			
15.İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafet değiştirmeniz gerekiyor mu?			1,65±1,47			,51±1,07	5,968	,000
Hiçbir zaman	40	34,5		89	76,7			
Ara sıra	15	12,9		10	8,6			
Bazen	24	20,7		6	5,2			
Genellikle	20	17,2		7	6,0			
Her zaman	17	14,7		4	3,4			
16.İdrar şikayetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?			1,07±1,35			,33±,83	5,373	,000
Hiçbir zaman	62	53,4		97	83,6			
Ara sıra	13	11,2		7	6,0			
Bazen	22	19,0		6	5,2			
Genellikle	9	7,8		5	4,3			
Her zaman	10	8,6		1	,9			
17.İdrar şikayetleriniz günlük yaptığınız işleri ne derece etkiliyor?			1,50±1,21			,48±,86	6,546	,000
Hiç	38	32,8		82	70,7			
Az	14	12,1		18	15,5			
Biraz	32	27,6		10	8,6			
Çok	32	27,6		6	5,2			

(Tablo 4-9 Devamı)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$		
18.Yakınlarında tuvalet olmadığınızı bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?			1,86±1,61			,57±1,16	6,718	,000
Hiçbir zaman	43	37,1		90	77,6			
Ara sıra	8	6,9		5	4,3			
Bazen	9	7,8		6	5,2			
Genellikle	34	29,3		11	9,5			
Her zaman	22	19,0		4	3,4			
19.İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?			2,01±1,08			,57±,94	7,900	,000
Hiç	18	15,5		78	67,2			
Az	13	11,2		19	16,4			
Biraz	35	30,2		10	8,6			
Çok	50	43,1		9	7,8			

*Z:Wilcoxon Signed Ranks Testi.

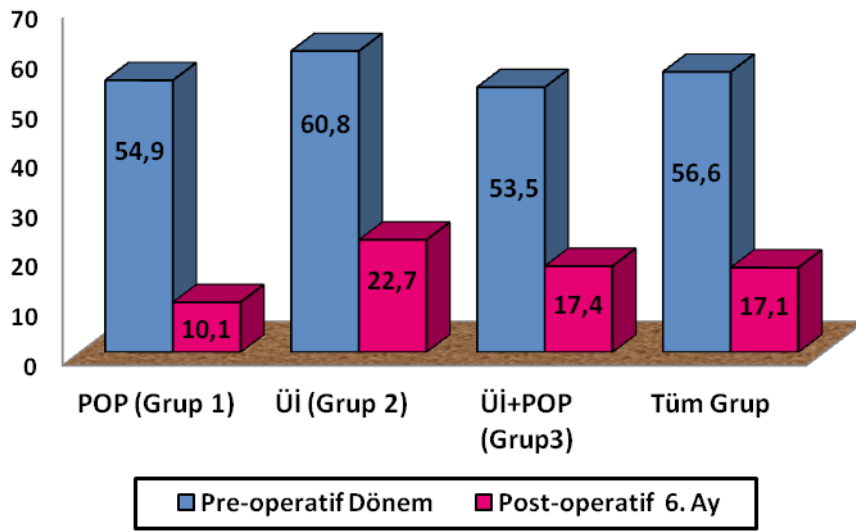
4.3. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus ameliyatı olan kadınların IIQ-7 (İnkontinans Etki Soru Formu-7) ve UDI-6 (Ürogenital Distres Envanteri - 6) formunun alt boyutları ve toplam puanlarının preop ve postop 6. ay karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır. IIQ-7 ve UDI-6 maddelerinden en az 0 ve en fazla 3 puan alınmaktadır.

Tüm gruba ve ameliyat gruplarına göre kadınların preop ve postop 6. ayda ki toplam IIQ-7 puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-10).

Araştırmaya alınan tüm kadınların IIQ-7 **fiziksel aktivite** (1-3. sorular) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu kıyaslandığında fiziksel aktivite puan ortalaması preop dönemde $56,6 \pm 31,1$ ve postop 6. ayda $17,1 \pm 27,9$ olarak belirlendi.

Ameliyat gruplarına göre IIQ-7 **fiziksel aktivite** alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde **POP** grubunda preop $54,9 \pm 32,5$ ve postop 6. ayda $10,1 \pm 17,5$; **Üİ** grubunda preop $60,8 \pm 30,5$ ve postop 6. ayda $22,7 \pm 33,0$; **Üİ+POP** grubunda preop $53,5 \pm 40,7$ ve postop 6. ayda $17,4 \pm 28,8$ olarak saptandı (Şekil 4-11), (Tablo 4-10).



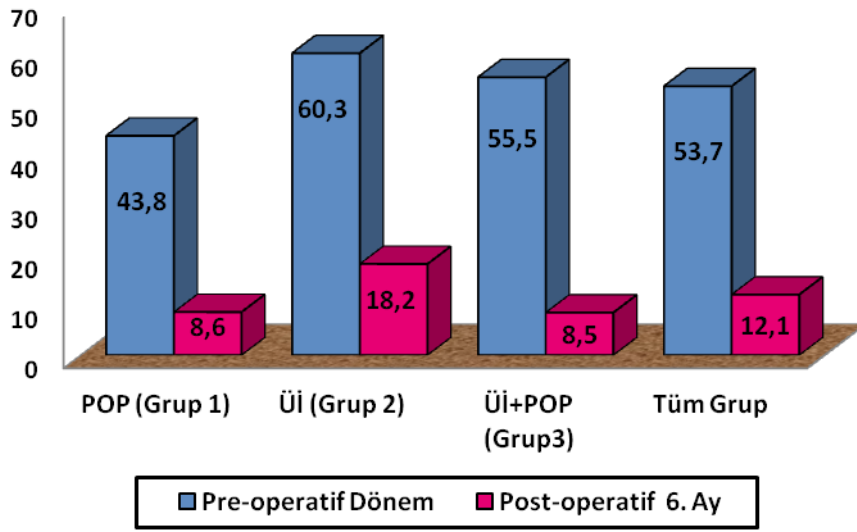
Şekil 4-11: Kadınların IIQ-7 fiziksel aktivite alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların preop ve postop 6. ayda IIQ-7 **fiziksel aktivite** alt boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), ameliyattan sonra puan ortalamalarının düştüğü belirlendi (Tablo 4-10).

Ameliyat gruplarına göre, ameliyat öncesi ve sonrası 6. ayda IIQ-7 **fiziksel aktivite** alt boyut puan ortalamaları açısından kıyaslandığında 3 grubun puan ortalamalarının ameliyat öncesine göre ileri düzeyde anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-10). Kadınların preop döneme kıyasla postop 6. ayda fiziksel aktivite düzeylerinde (ev işlerini yapabilme, fiziksel etkinlik yapma ve eğlence amaçlı etkinliklere katılma) gelişme oldu.

Kadınların IIQ-7 **yolculuk** (4. soru) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu kıyaslandığında yolculuk puan ortalaması preop $53,7 \pm 40,9$ ve postop 6. ayda $12,1 \pm 29,6$ olarak belirlendi.

Ameliyat gruplarına göre **yolculuk** alt boyutu preop ve postop 6. ay puan ortalamaları incelendiğinde **POP** grubunda preop $43,8 \pm 44,1$ ve postop 6. ayda $8,6 \pm 21,9$; **Üİ** grubunda preop $60,3 \pm 37,7$ ve postop 6. ayda $18,2 \pm 36,9$; **Üİ+POP** grubunda preop $55,5 \pm 40,7$ ve postop 6. ayda $8,5 \pm 26,2$ olarak saptandı (Şekil 4-12), (Tablo 4-10).



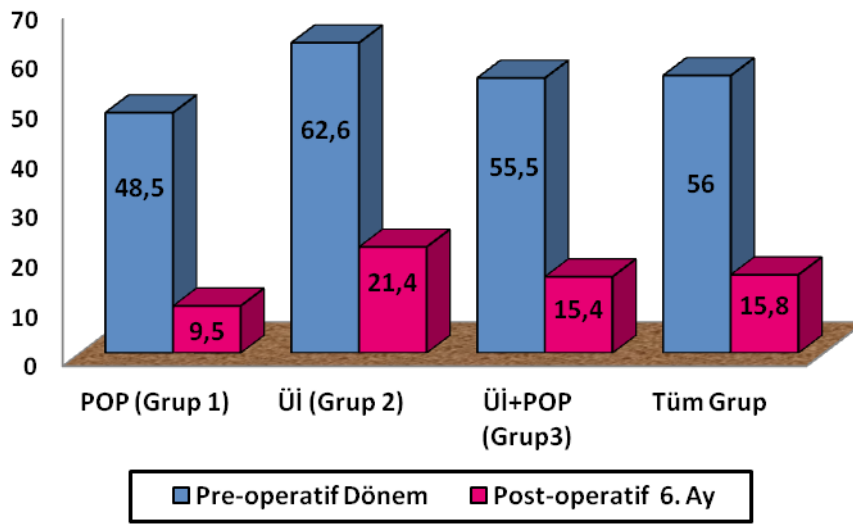
Şekil 4-12: Kadınların IIQ-7 yolculuk alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların postop 6. aydaki IIQ-7 **yolculuk** alt boyut puan ortalamalarının preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-10).

Ameliyat gruplarına göre, ameliyat öncesi ve sonrası 6. ayda IIQ-7 **yolculuk** alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde **POP** grubunda yolculuk altboyutunun puan ortalamaları arasında çok anlamlı fark olduğu ($p < ,01$), diğer iki grubun puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), (Tablo 4-10) saptandı.

IIQ-7 **sosyal aktivite/ilişkiler** (5. soru) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu karşılaştırıldığında kadınların **sosyal aktivite/ilişkiler** alt boyut puan ortalamalarının preop $56,0 \pm 39,7$ ve postop 6. ayda $15,8 \pm 29,9$ olarak saptandı.

Ameliyat gruplarına göre **sosyal aktivite/ilişkiler** alt boyut puan ortalamalarının **POP** grubunda preop $48,5 \pm 42,2$ ve postop 6. ayda $9,5 \pm 20,7$; **Üİ** grubunda preop $62,6 \pm 36,9$ ve postop 6. ayda $21,4 \pm 35,9$; **Üİ+POP** grubunda preop $55,5 \pm 39,9$ ve postop 6. ayda $15,4 \pm 29,4$ olarak saptandı (Şekil 4-13), (Tablo 4-10).

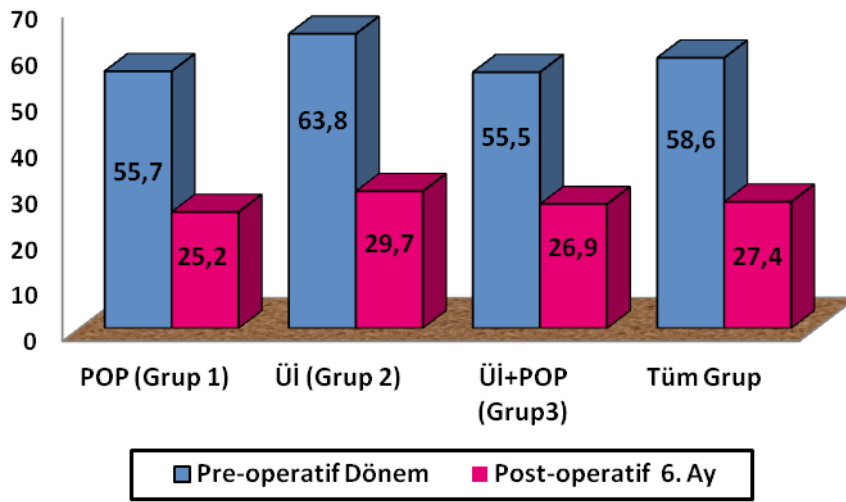


Şekil 4-13: Kadınların IIQ-7 sosyal aktivite / ilişkiler alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların ameliyattan sonra 6. aydaki IIQ-7 **sosyal aktivite /ilişkiler** alt boyut puan ortalamalarının preop dönem göre ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-10). Ameliyat gruplarına göre, preop ve postop 6. ayda IIQ-7 sosyal aktivite /ilişkiler alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde 3 grubunda sosyal aktivite /ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), (Tablo 4-10) saptandı. Kadınların postop 6. ayda sosyal aktivite /ilişkiler boyutunda gelişme oldu.

Kadınların IIQ-7 **emosyonel sağlık** (6. ve 7. soru) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu karşılaştırıldığında kadınların **emosyonel sağlık** alt boyut puan ortalamaları preop $58,6 \pm 33,8$ ve postop 6. ayda $27,4 \pm 36,9$ olarak saptandı.

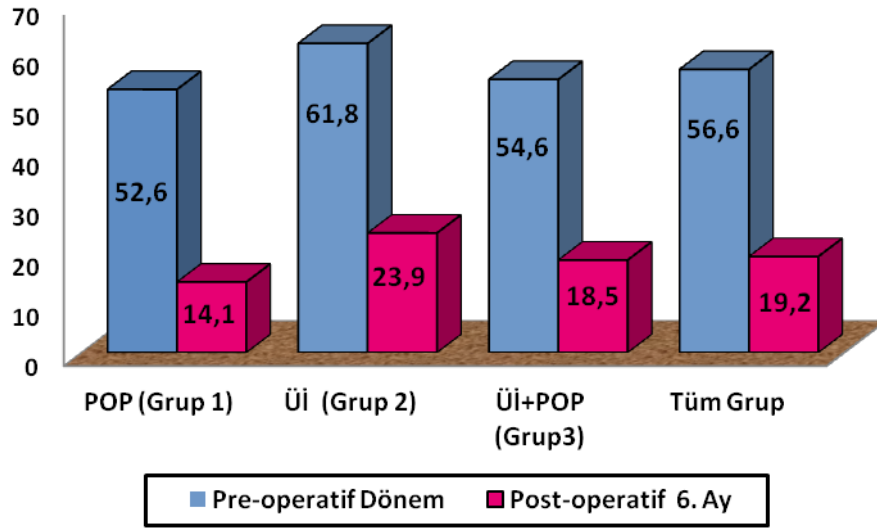
Ameliyat gruplarına göre **emosyonel sağlık** alt boyut puan ortalamalarının **POP** grubunda preop $55,7 \pm 32,0$ ve postop 6. ayda $25,2 \pm 37,5$; **Üİ** grubunda preop $63,8 \pm 35,3$ ve postop 6. ayda $29,7 \pm 38,3$; **Üİ+POP** grubunda preop $55,5 \pm 34,0$ ve postop 6. ayda $26,9 \pm 35,5$ olarak saptandı (Şekil 4-14), (Tablo 4-10).



Şekil 4-14: Kadınların IIQ-7 emosyonel sağlık alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen kadınların ve 3 grubun ameliyattan sonra 6. aydaki IIQ-7 **emosyonel sağlık** alt boyut puan ortalamalarının preop döneme kıyasla ileri düzeyde anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-10). Kadınların preop döneme göre postop 6. ayda emosyonel sağlık durumlarında gelişme oldu.

Kadınların **IIQ-7 toplam puan ortalaması** preop $56,6 \pm 29,2$ postop 6. ayda $19,2 \pm 27,8$ olarak belirlendi. Gruplara göre incelendiğinde IIQ-7 toplam puan ortalamaları **POP** grubunda preop $52,6 \pm 30,6$, postop 6. ayda $14,1 \pm 18,9$; **Üİ** grubunda preop $61,8 \pm 28,5$, postop 6. ayda $23,9 \pm 33,2$; **POP+Üİ** grubunda preop $54,6 \pm 28,5$, postop 6. ayda $18,5 \pm 28,0$ olarak belirlendi (Şekil 4-15) (Tablo 4-10).



Şekil 4-15: Kadınların toplam IIQ-7 puanlarının karşılaştırılması

IIQ-7 toplam puan ortalaması ve gruplara göre toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında ameliyat öncesine oranla ameliyat sonrası IIQ-7 puan düzeyinde görülen azalma istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p < ,001$) (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda IIQ-7 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

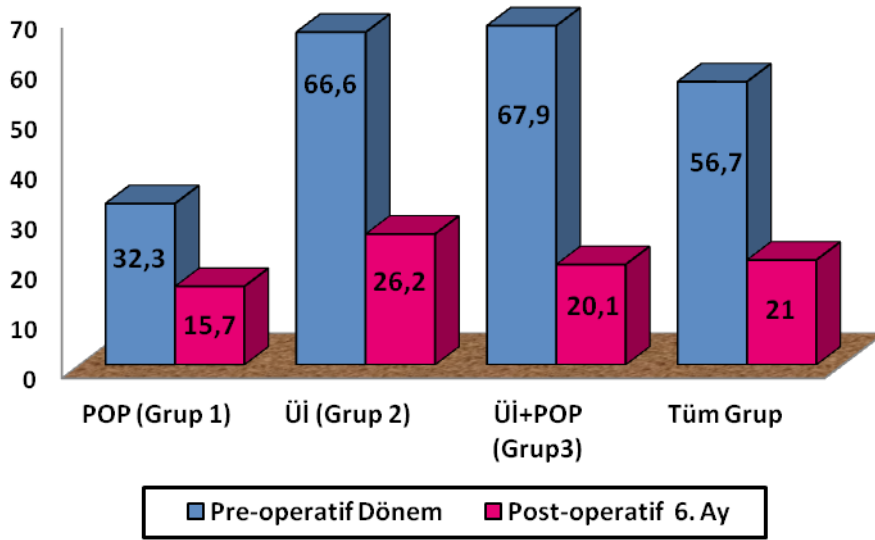
Gruplar	IIQ-7	Ölçüm Zamanı		Z*	p
		Preoperatif Dönem	Postoperatif 6. Ay		
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
TÜM GRUP (n: 116)	Fiziksel Aktivite	56,6 $\pm$ 31,1	17,1 $\pm$ 27,9	7,966	,000
	Yolculuk	53,7 $\pm$ 40,9	12,1 $\pm$ 29,6	6,725	,000
	Sosyal/İlişkiler	56,0 $\pm$ 39,7	15,8 $\pm$ 29,9	7,259	,000
	Emosyonel	58,6 $\pm$ 33,8	27,4 $\pm$ 36,9	6,620	,000
	Sağlık				
	Toplam	56,6 $\pm$ 29,2	19,2 $\pm$ 27,8	8,374	,000
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)	Fiziksel Aktivite	54,9 $\pm$ 32,5	10,1 $\pm$ 17,5	4,515	,000
	Yolculuk	43,8 $\pm$ 44,1	8,6 $\pm$ 21,9	3,403	,001
	Sosyal aktivite/İlişkiler	48,5 $\pm$ 42,2	9,5 $\pm$ 20,7	3,977	,000
	Emosyonel	55,7 $\pm$ 32,0	25,2 $\pm$ 37,5	3,502	,000
	Sağlık				
	Toplam	52,6 $\pm$ 30,6	14,1 $\pm$ 18,9	4,864	,000
Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)	Fiziksel Aktivite	60,8 $\pm$ 30,5	22,7 $\pm$ 33,0	4,653	,000
	Yolculuk	60,3 $\pm$ 37,7	18,2 $\pm$ 36,9	4,280	,000
	Sosyal/İlişkiler	62,6 $\pm$ 36,9	21,4 $\pm$ 35,9	4,444	,000
	Emosyonel	63,8 $\pm$ 35,3	29,7 $\pm$ 38,3	4,219	,000
	Sağlık				
	Toplam	61,8 $\pm$ 28,5	23,9 $\pm$ 33,2	4,956	,000
Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)	Fiziksel Aktivite	53,5 $\pm$ 30,8	17,4 $\pm$ 28,8	4,647	,000
	Yolculuk	55,5 $\pm$ 40,7	8,5 $\pm$ 26,2	4,036	,000
	Sosyal/İlişkiler	55,5 $\pm$ 39,9	15,4 $\pm$ 29,4	4,163	,000
	Emosyonel	55,5 $\pm$ 34,0	26,9 $\pm$ 35,5	3,729	,000
	Sağlık				
	Toplam	54,6 $\pm$ 28,5	18,5 $\pm$ 28,0	4,731	,000

*Z: Wilcoxon analizi

Kadınların tüm grup ve ameliyat gruplarına göre preop ve postop 6. ayda ki toplam UDİ-6 puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-11).

Araştırmaya alınan tüm kadınların UDİ-6 **irritatif / urge semptomlar** (1. ve 2. sorular) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu incelendiğinde irritatif / urge semptomlar puan ortalaması preop $56,7 \pm 36,5$ ve postop 6. ayda $21,0 \pm 30,4$ olarak belirlendi.

Ameliyat gruplarına göre **urge semptomlar** alt boyutu preop ve postop 6. ay puan ortalamaları incelendiğinde **POP** grubunda preop $32,3 \pm 35,7$ ve postop 6. ayda $15,7 \pm 26,5$; **Üİ** grubunda preop $66,6 \pm 33,5$ ve postop 6. ayda $26,2 \pm 34,1$; **Üİ+POP** grubunda preop $67,9 \pm 29,9$ ve postop 6. ayda $20,1 \pm 29,1$ olarak saptandı (Şekil 4-16), (Tablo 4-11).



Şekil 4-16: Kadınların UDİ-6 irritatif / urge semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması

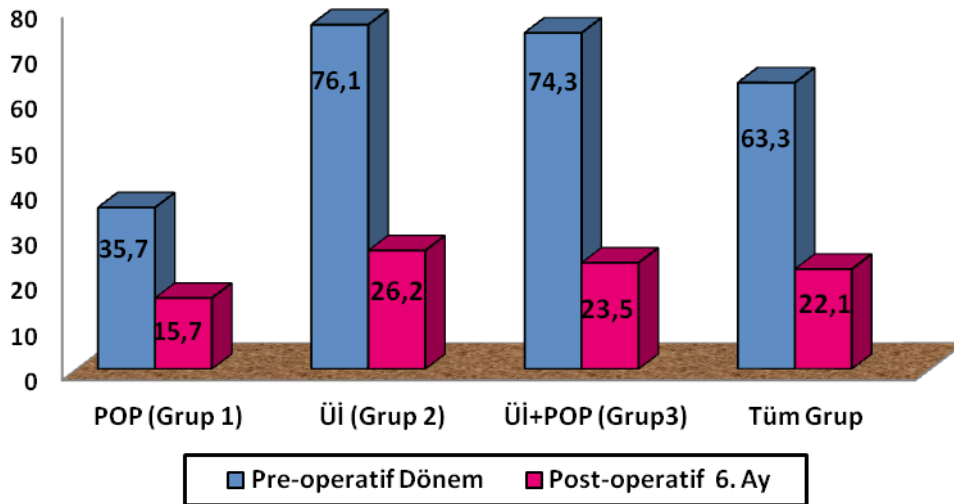
Kadınların preop ve postop 6. aydaki UDİ-6 **irritatif /urge semptomlar** alt boyutunun ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), ameliyattan sonra puan ortalamalarının düştüğü belirlendi (Tablo 4-11).

Ameliyat gruplarına göre, preop ve postop 6. ayda UDİ-6 **irritatif /urge semptomlar** alt boyutunun puan ortalamaları açısından kıyaslandığında preop döneme göre **POP** grubu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde fark ($p < ,001$), **Üİ** grubu puan

ortalamaları arasında ve **Üİ+POP** grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < ,01$) olduğu saptandı (Tablo 4-11).

Kadınların UDİ-6 **stres semptomlar** (3. ve 4. sorular) alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu kıyaslandığında **stres semptomlar** puan ortalaması preop $63,3 \pm 34,8$ ve postop 6. ayda $22,1 \pm 32,3$ olarak belirlendi (Şekil 4-17), (Tablo 4-11).

Ameliyat gruplarına göre **stres semptomlar** alt boyutu preop ve postop 6. ay puan ortalamaları incelendiğinde **POP** grubunda preop $35,7 \pm 34,8$ postop 6. ayda $15,7 \pm 29,1$; **Üİ** grubunda preop $76,1 \pm 29,5$ ve postop 6. ayda $26,2 \pm 37,7$; **Üİ+POP** grubunda preop $74,3 \pm 25,3$ ve postop 6. ayda $23,5 \pm 28,5$ olarak saptandı (Şekil 4-17), (Tablo 4-11).



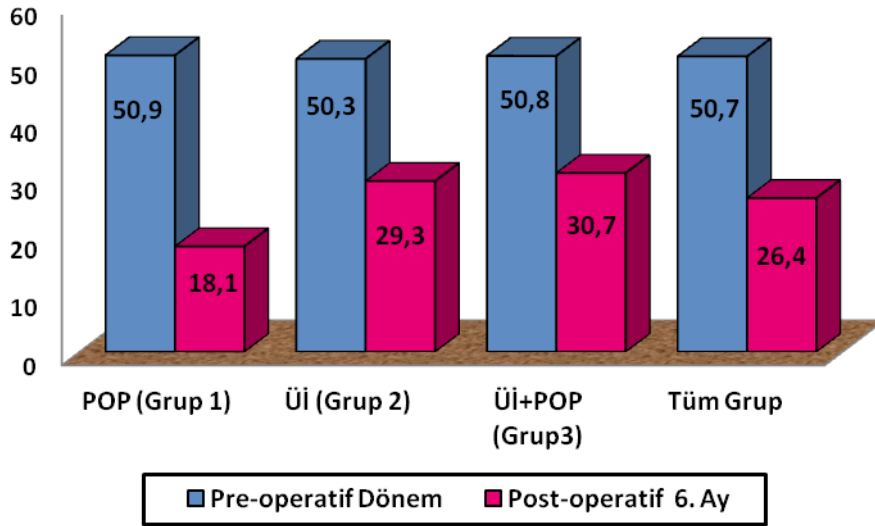
Şekil 4-17: Kadınların UDİ-6 stres semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların postop 6. aydaki UDİ-6 **stres semptomlar** alt boyut puan ortalamalarının preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak düştüğü saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-11).

Ameliyat gruplarına göre, preop ve postop 6. ayda UDİ-6 **stres semptomlar** alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde **POP** grubunda **stres semptomlar** alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < ,01$), diğer iki grubun puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), (Tablo 4-11) saptandı.

UDİ-6 **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar (6. ve 7. soru)** alt boyutunun preop ve postop 6. aydaki durumu karşılaştırıldığında tüm kadınların **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar** alt boyut puan ortalamalarının preop $50,7 \pm 33,3$ ve postop 6. ayda $26,4 \pm 28,3$ olarak saptandı. (Tablo 4-11), (Şekil 4-18).

Ameliyat gruplarına göre **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar** alt boyut puan ortalamalarının **POP** grubunda preop $50,9 \pm 32,0$ ve postop 6. ayda $18,1 \pm 22,3$; **Üİ** grubunda preop $50,3 \pm 36,9$ ve postop 6. ayda $29,3 \pm 32,2$; **Üİ+POP** grubunda preop $50,8 \pm 31,0$ ve postop 6. ayda $30,7 \pm 27,7$ olarak saptandı (Şekil 4-18), (Tablo 4-11).

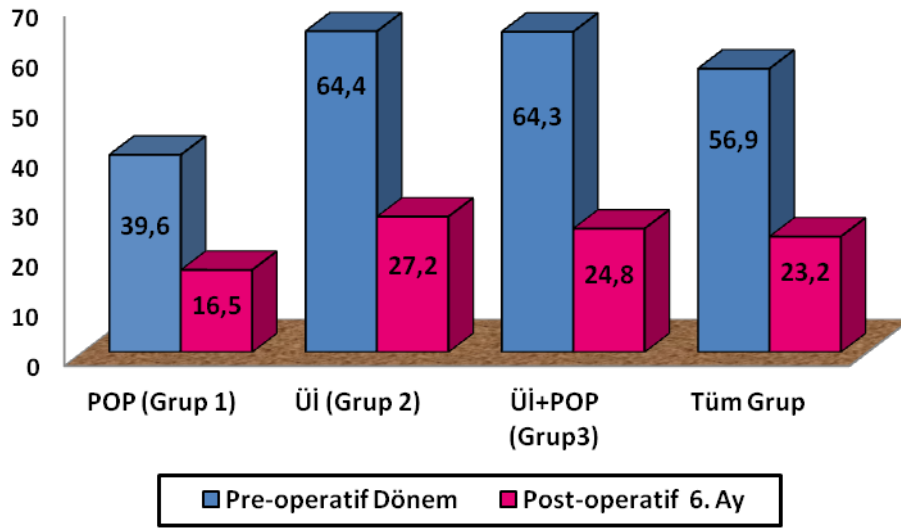


Şekil 4-18: Kadınların UDİ-6 obstrüktif/rahatsız edici semptomlar alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kadınların postoperatif 6. ayda UDİ-6 **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar** alt boyut puan ortalamalarının preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak azaldığı saptandı ($p < ,001$) (Tablo 4-11).

Ameliyat gruplarına göre, preop ve postop 6. ayda UDİ-6 **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar** alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde, **POP** grubunda **obstrüktif/rahatsız edici semptomlar** alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, ($p < ,05$), diğer iki grubun puan ortalamaları arasında ise ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$) saptandı (Tablo 4-11).

UDİ-6 toplam puan ortalaması kadınlarda preop dönemde $56,9 \pm 26,2$ postop 6. ayda $23,2 \pm 24,6$ olarak belirlendi. Gruplara göre incelendiğinde UDİ-6 toplam puan ortalamaları **POP** grubunda preop $39,6 \pm 27,0$ postop 6. ayda $16,5 \pm 23,3$; **Üİ** grubunda preop $64,4 \pm 24,5$ postop 6. ayda $27,2 \pm 26,6$; **Üİ+ POP** grubunda preop $64,3 \pm 19,7$ postop 6. ayda $24,8 \pm 22,7$ olarak belirlendi (Şekil 4-19) (Tablo 4-11).



Şekil 4-19: Kadınların toplam UDİ-6 puanlarının karşılaştırılması

UDİ-6 toplam puan ortalaması ve gruplara göre toplam puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ameliyat öncesine oranla ameliyat sonrası UDİ-6 puan düzeyinde görülen azalma istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < ,001$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-11: Kadınların Ameliyat Öncesi ve Sonrası 6. Ayda UDİ-6 Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	UDİ-6	Ölçüm Zamanı		Z*	p
		Preoperatif Dönem $\bar{x} \pm SS$	Postoperatif 6. Ay $\bar{x} \pm SS$		
TÜM GRUP (n: 116)	İrritatif / Urge Semptomlar	56,7±36,5	21,0±30,4	7,207	,000
	Stres Semptomlar	63,3±34,8	22,1±32,3	7,569	,000
	Obstrüktif / Rahatsız edici Semptomlar	50,7±33,3	26,4±28,3	6,284	,000
	Toplam	56,9±26,2	23,2±24,6	8,342	,000
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)	İrritatif / Urge Semptomlar	32,3±35,7	15,7±26,5	2,242	,025
	Stres Semptomlar	35,7±34,8	15,7±29,1	3,030	,002
	Obstrüktif / Rahatsız edici Semptomlar	50,9±32,0	18,1±22,3	4,296	,000
	Toplam	39,6±27,0	16,5±23,3	3,992	,000
Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)	İrritatif / Urge Semptomlar	66,6±33,5	26,2±34,1	4,644	,000
	Stres Semptomlar	76,1±29,5	26,2±37,7	4,813	,000
	Obstrüktif / Rahatsız edici Semptomlar	50,3±36,9	29,3±32,2	3,462	,001
	Toplam	64,4±24,5	27,2±26,6	5,090	,000
Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)	İrritatif / Urge Semptomlar	67,9±29,9	20,1±29,1	4,795	,000
	Stres Semptomlar	74,3±25,3	23,5±28,5	4,995	,000
	Obstrüktif / Rahatsız edici Semptomlar	50,8±31,0	30,7±27,7	3,206	,001
	Toplam	64,3±19,7	24,8±22,7	5,093	,000

*Z: Wilcoxon analizi

4.4. Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Aydaki Cinsel İşlevlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus ameliyatı olan kadınların cinsel ilişki sıklıklarının ve PISQ-12 puanlarının preop ve postop 6. ay karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almıştır.

Kadınların ölçüm zamanına göre cinsel ilişki sıklıklarının karşılaştırılması Tablo 4-12’de yer almaktadır.

Tablo 4-12: Kadınların İzlem Zamanına Göre Cinsel İlişki Sıklıklarının Karşılaştırılması

Özellikler	Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)		Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)		Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Preoperatif Cinsel İlişki Sıklığı								
Haftada 2 ve daha fazla	19	54,3	27	64,3	21	53,8	1,151 (sd: 2)	,562
Haftada 1 ve daha az	16	45,7	15	35,7	18	46,2		
Postoperatif 6. Ay Cinsel İlişki Sıklığı								
Haftada 2 ve daha fazla	18	51,4	25	59,5	23	59,0	,614 (sd: 2)	,736
Haftada 1 ve daha az	17	48,6	17	40,5	16	41,0		

Ki-kare analizi yapıldı

İzlem zamanına göre ameliyat gruplarının cinsel ilişki sıklıklarının dağılımları arasındaki fark ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, hem preop hemde postop 6. ayda gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$), (Tablo 4-12).

Ameliyat gruplarına göre kadınların preop ve postop 6. ay cinsel ilişki sıklıklarının karşılaştırılması Tablo 4-13’de yer almaktadır.

Tablo 4-13: Ameliyat Gruplarına Göre Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Cinsel İlişki Sıklıklarının Karşılaştırılması

Ameliyat Öncesi Cinsel İlişki Sıklığı	Ameliyattan 6 Ay Sonra Cinsel İlişki Sıklığı					
	Haftada 2 ve daha fazla		Haftada 1 ve daha az		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Tüm Grup (n: 116)						
Haftada 2 ve daha fazla	51	44,0	16	13,8	67	57,8
Haftada 1 ve daha az	15	12,9	34	29,3	49	42,2
Toplam	66	56,9	50	43,1	116	100,0
McNemar Testi / p	$\chi^2_{\text{McNemar}}: ,000$ p: 1,000					
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)						
Haftada 2 ve daha fazla	14	40,0	5	14,3	19	54,3
Haftada 1 ve daha az	4	11,4	12	34,3	16	45,7
Toplam	18	51,4	17	48,6	35	100,0
McNemar Testi* / p	p: 1,000					
Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)						
Haftada 2 ve daha fazla	20	47,6	7	16,7	27	64,3
Haftada 1 ve daha az	5	11,9	10	23,8	15	35,7
Toplam	25	59,5	17	40,5	42	100,0
McNemar Testi* / p	p: ,774					
Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)						
Haftada 2 ve daha fazla	17	43,6	4	10,3	21	53,8
Haftada 1 ve daha az	6	15,4	12	30,8	18	46,2
Toplam	23	59,0	16	41,0	39	100,0
McNemar Testi* / p	p: ,754					

*McNemar testinde Binomial dağılım kullanıldı. Örneklem sayıları küçük olduğu için, test değeri bulunmaz.

Hastaların preop dönem ve postop 6 ay sonrası cinsel ilişki sıklıklarının dağılımları McNemar analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Kadınların preop dönemde (son 6 ay içinde) haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %57,8 iken postop 6. ayda bu oran %56,9 olarak bulundu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > ,05$), (Tablo 4-13).

Ameliyat gruplarına göre; **POP** grubundaki kadınların preop dönemde (son 6 ay içinde) haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %54,3 iken postop 6. ayda bu oran %51,4 olarak bulundu. Kadınların preop ve postop 6. ayda cinsel ilişki sıklığının

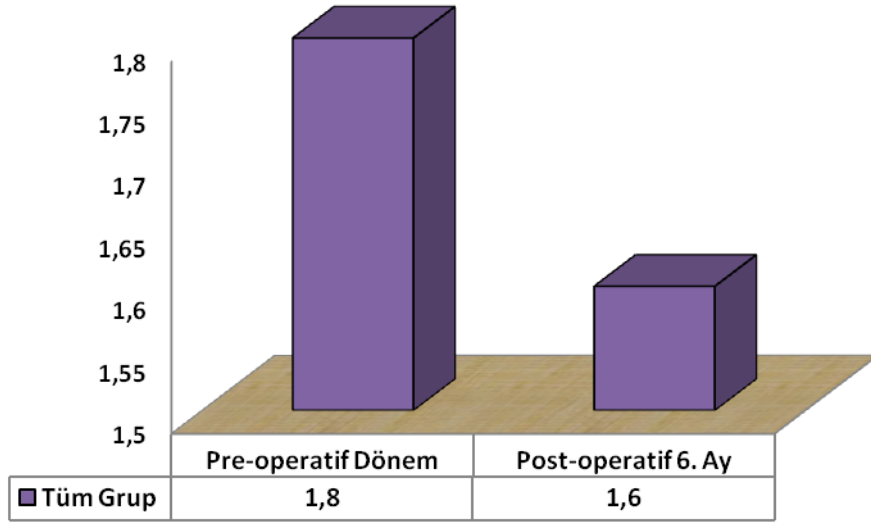
dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$). **Üİ** grubundaki kadınların preop dönemde (son 6 ay içinde) haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %64,3 iken postop 6. ayda bu oran %59,5 olarak bulundu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > ,05$). **Üİ+POP** grubundaki kadınların preop dönemde (son 6 ay içinde) haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %53,8 iken postop 6. ayda bu oran %59,0 olarak bulundu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p > ,05$), (Tablo 4-13). Hem tüm grup hemde ameliyat gruplarına göre yapılan analizlerde kadınların preop ve postop 6. ayda cinsel ilişki sıklıklarında değişim olmamıştır.

Kadınların preop ve postop 6. ay PISQ-12 soru formunun madde dağılımları ve puan ortalamaları karşılaştırılmasına Tablo 4-14'te yer verilmektedir. PISQ-12 soru formunun maddelerinden en az 0 ve en fazla 4 puan alınmaktadır.

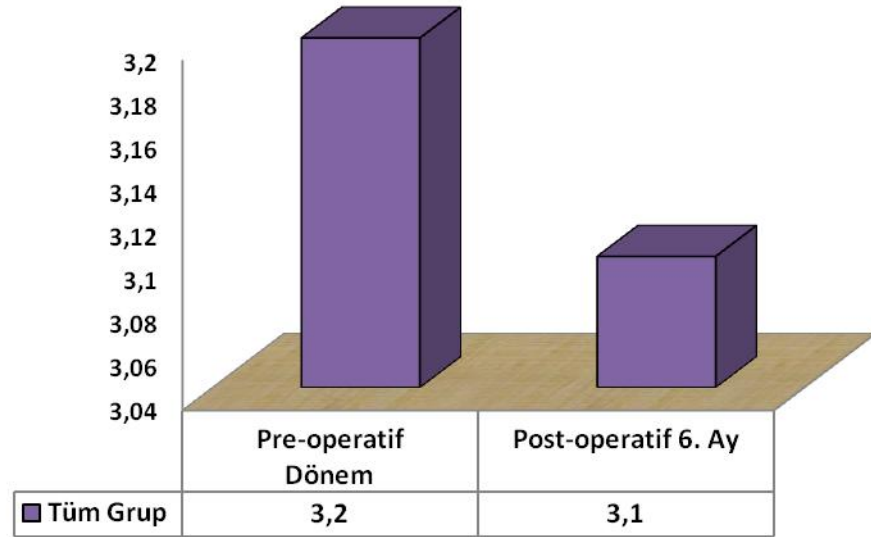
Kadınların preop ve postop 6 ay sonrasında elde edilen PISQ-12 maddelerinin her birinin puan ortalamaları Wilcoxon analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Kadınların preop ve postop 6 ay sonrası, **1.madde** (*Ne sıklıkla cinsel istek duyarsınız?*), **3.madde** (*Partnerinizle/eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız?*), **5.madde** (*Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?*), **10.madde** (*Partnerinizin/eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme sorunu var mı?*) ve **11.maddeye** (*Partnerinizin/eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?*) verdiği yanıtların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$), (Tablo 4-14).

Kadınların preop ve postop 6. ayda, **2.madde** (*Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm olur musunuz?*) (Şekil 4-20), ve **12.maddeye** (*Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla karşılaştığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu/derecesi nasıldır?*) (Şekil 4-21), verdikleri yanıtların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (madde sırasıyla $p < ,05$ ve $p < ,001$), postop 6. ayda puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-14). Kadınların preop döneme oranla postop 6. ayda orgazm olma durumlarında ve orgazm yoğunluklarında azalma olmuştur.

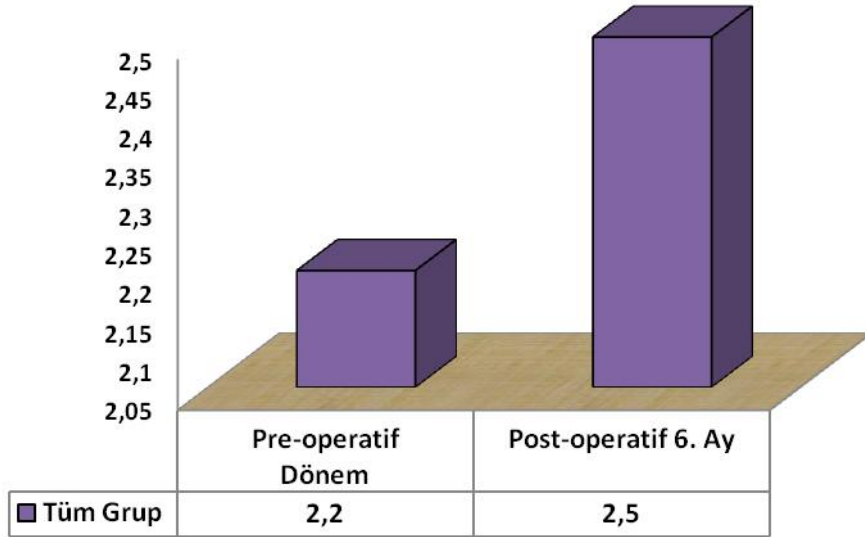


Şekil 4-20: PISQ-12 / 2. madde puan ortalamaları (cinsel ilişki sırasında orgazm olurlarınız?)

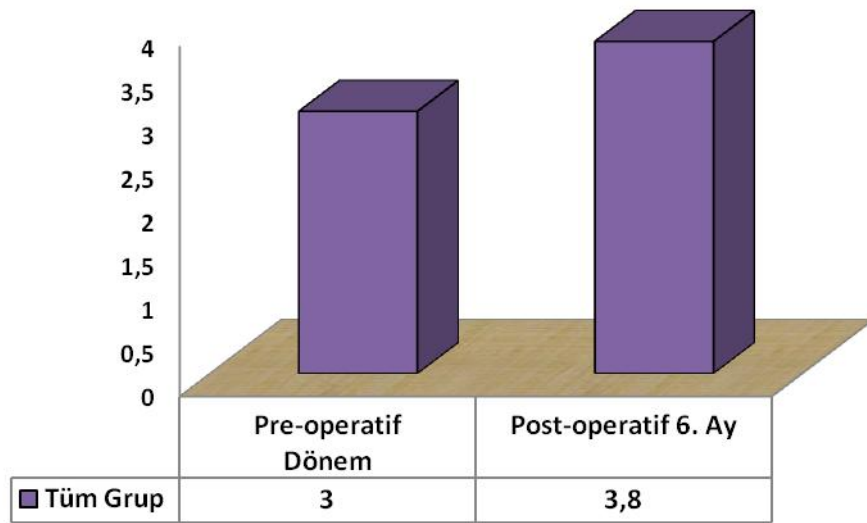


Şekil 4-21: PISQ-12 / 12. madde puan ortalamaları (geçmişte yaşadığınız orgazmlarla karşılaştırdığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?)

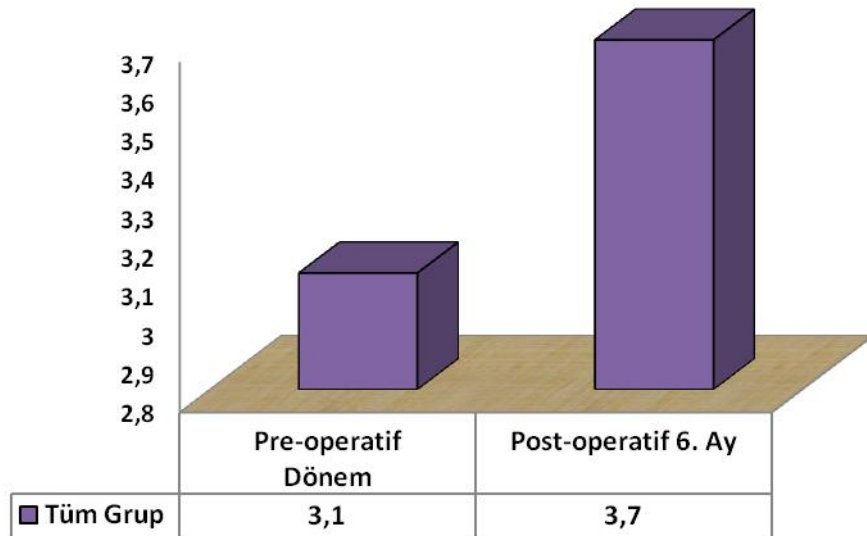
Kadınların postop 6. ayda PISQ-12 **4.madde** (*Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden memnun musunuz?*), (Şekil 4-22), **6.madde** (*Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmamız olur mu?*) (Şekil 4-23), **7.madde** (*Dışkı veya idrar kaçırmak korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?*), (Şekil 4-24), **8.madde** (*Vajinaya doğru olan şişlik/çıkıntıdan dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?*) (Şekil 4-25) ve **9.maddeden** (*Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?*) (Şekil 4-26), aldıkları puan ortalamalarının ise preop döneme göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (4. ve 9. madde için $p < ,05$, 6-8. maddeler için $p < ,001$).



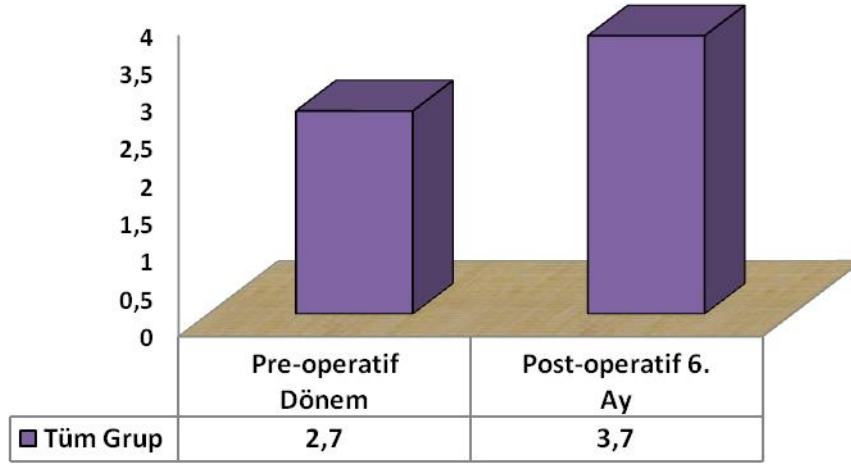
Şekil 4-22: PISQ-12 /4. madde puan ortalamaları (şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden memnun musunuz?)



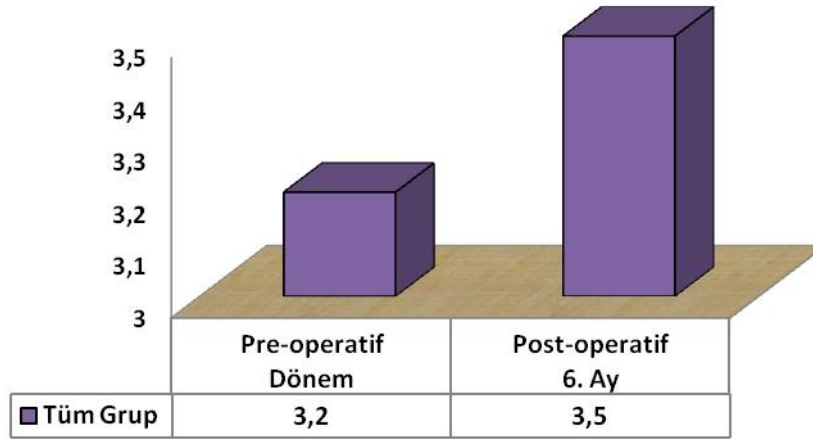
Şekil 4-23: PISQ-12 / 6. madde puan ortalamaları (cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmanız olur mu?)



Şekil 4-24: PISQ-12 / 7. madde puan ortalamaları (dışkı veya idrar kaçırma korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?)



Şekil 4-25: PISQ-12 / 8. madde puan ortalamaları (vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan dolayı cinsel ilişkiden kaçmır mısınız?)



Şekil 4-26: PISQ-12 / 9. madde puan ortalamaları (cinsel ilişki sırasında korku, tikslenme, utanç veya suçluluk gibi duygusal tepkiler gösterir misiniz?)

Preop ve postop 6 ay sonrası PISQ-12'nin **5 maddesinin** puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, **7 maddesinin** puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu, fark olan 7 maddeden; 2 maddenin puanında azalma, 5 maddenin puan ortalamasında ise artma olduğu görüldü.

Kadınların preop ve postop 6. ayda **PISQ-12 toplam** puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde, postop 6. ayda PISQ-12 toplam puan ortalamalarının preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < ,001$), (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: PISQ-12'nin Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay Madde Dağılımları ve Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{X} \pm SS$		
1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız?	1,4±1,0			1,4±1,1			,149	,882
Her zaman	3	2,6		5	4,3			
Genellikle	5	4,3		7	6,0			
Bazen	54	46,6		47	40,5			
Nadiren	25	21,6		25	21,6			
Hiçbir zaman	29	25,0		32	27,6			
2. Cinsel ilişkiniz sırasında orgazm olur musunuz?	1,8±1,3			1,6±1,3			2,459	,014
Her zaman	16	13,8		13	11,2			
Genellikle	15	12,9		12	10,3			
Bazen	41	35,3		34	29,3			
Nadiren	23	19,8		27	23,3			
Hiçbir zaman	21	18,1		30	25,9			
3. Cinsel aktiviteleriniz de cinsel olarak heyecan duyar mısınız?	1,7±1,1			1,5±1,2			1,752	,080
Her zaman	10	8,6		8	6,9			
Genellikle	10	8,6		15	12,9			
Bazen	52	44,8		38	32,8			
Nadiren	27	23,3		22	19,0			
Hiçbir zaman	17	14,7		33	28,4			
4. Cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden memnun musunuz?	2,2±1,4			2,5±1,4			2,453	,014
Her zaman	27	23,3		44	37,9			
Genellikle	20	17,2		9	7,8			
Bazen	34	29,3		33	28,4			
Nadiren	18	15,5		19	16,4			
Hiçbir zaman	17	14,7		11	9,5			
5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?	2,3±1,5			2,5±1,7			1,043	,297
Her zaman	21	18,1		31	26,7			
Genellikle	18	15,5		1	,9			
Bazen	20	17,2		19	16,4			
Nadiren	14	12,1		8	6,9			
Hiçbir zaman	43	37,1		57	49,1			

*Z: Wilcoxon Signed Ranks Testi. Maddelerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanıldı.

(Devamı)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$		
6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmamız oluyor mu?	3,0 $\pm$ 1,4			3,8 $\pm$,7			5,230	,000
Her zaman	11	9,5		2	1,7			
Genellikle	6	5,2		1	,9			
Bazen	20	17,2		3	2,6			
Nadiren	11	9,5		2	1,7			
Hiç bir zaman	68	58,6		108	93,1			
7. Dışkı veya idrar kaçırmaya korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?	3,1 $\pm$ 1,4			3,7 $\pm$ 1,0			3,717	,000
Her zaman	10	8,6		4	3,4			
Genellikle	10	8,6		4	3,4			
Bazen	14	12,1		4	3,4			
Nadiren	8	6,9		1	,9			
Hiç bir zaman	74	63,8		103	88,8			
8. Vajinaya doğru olan şişlik/çıkıntıdan dolayı cinsel ilişkiden kaçınmıyorsunuz?	2,7 $\pm$ 1,4			3,7 $\pm$,9			5,344	,000
Her zaman	9	7,8		3	2,6			
Genellikle	19	16,4		6	5,2			
Bazen	25	21,6		2	1,7			
Nadiren	8	6,9		-	-			
Hiç bir zaman	55	47,4		105	90,5			
9. Cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?	3,2 $\pm$ 1,2			3,5 $\pm$ 1,0			2,122	,034
Her zaman	6	5,2		4	3,4			
Genellikle	5	4,3		4	3,4			
Bazen	21	18,1		11	9,5			
Nadiren	10	8,6		8	6,9			
Hiç bir zaman	74	63,8		89	76,7			

*Z: Wilcoxon Signed Ranks Testi. Maddelerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanıldı.

(Devamı)

Ölçek Maddeleri	Preoperatif Dönem			Postoperatif 6. Ay			Z*	p
	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$	Sayı	%	$\bar{x} \pm SS$		
10. Eşinizin/partnerinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme sorunu var mı?			2,7±1,4			2,8±1,4	,109	,914
Her zaman	3	2,6		4	3,4			
Genellikle	8	6,9		12	10,3			
Bazen	24	20,7		20	17,2			
Nadiren	14	12,1		7	6,0			
Hiç bir zaman	67	57,8		73	62,9			
11. Eşinizin/partnerinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?			1,3±,8			1,7±,8	1,019	,308
Her zaman	13	11,2		10	8,6			
Genellikle	10	8,6		10	8,6			
Bazen	31	26,7		31	26,7			
Nadiren	11	9,5		8	6,9			
Hiç bir zaman	51	44,0		57	49,1			
12. Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla karşılaştırdığınızda, son 6 aydaki orgazmların yoğunluğu/derecesi nasıldır?			3,2±1,1			3,1±1,2	4,171	,000
Çok az derecede/yoğunlukta	17	14,7		7	6,0			
Az derecede / yoğunlukta	59	50,9		36	31,0			
Aynı derecede/yoğunlukta	35	30,2		59	50,9			
Daha çok derecede/yoğunlukta	2	1,7		13	11,2			
Çok daha fazla derecede/yoğunlukta	3	2,6		1	,9			
PISQ-12 Toplam Puan**			28,6±7,6			31,8±6,9	t: 4,499	,000

*Z: Wilcoxon Signed Ranks Testi. Maddelerin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında kullanıldı.

**Toplam PISQ-12 puan ortalamalarının analizinde bağımlı gruplarda t testi kullanıldı, sd: 115.

Kadınların preop ve postop 6. ay PISQ-12 ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4-15’de yer almaktadır.

Tablo 4-15: Kadınların Preoperatif ve Postoperatif 6. Ay PISQ-12 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Gruplar	PISQ ve Altboyutları	Ölçüm Zamanı		t / Z*	p
		Preop Dönem $\bar{x} \pm SS$	Postop 6. Ay $\bar{x} \pm SS$		
TÜM GRUP (n: 116)	Davranışsal / Emosyonel Durum	7,1 $\pm$ 3,6	6,9 $\pm$ 3,7	Z: ,215	,830
	Fiziksel Durum	14,4 $\pm$ 4,3	17,2 $\pm$ 3,5	t: 6,308	,000
	Partnerle İlgili Durum	7,1 $\pm$ 2,5	7,6 $\pm$ 2,4	t: 2,579	,011
	Toplam Puan	28,6 $\pm$ 7,6	31,8 $\pm$ 6,9	t: 4,499	,000
Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi (n: 35)	Davranışsal / Emosyonel Durum	7,6 $\pm$ 3,7	6,3 $\pm$ 4,0	Z: 1,815	,069
	Fiziksel Durum	15,1 $\pm$ 3,2	17,2 $\pm$ 3,9	t: 2,571	,015
	Partnerle İlgili Durum	7,3 $\pm$ 2,3	7,4 $\pm$ 2,4	t: ,228	,821
	Toplam Puan	30,0 $\pm$ 5,7	30,8 $\pm$ 7,3	t: ,640	,526
Üriner İnkontinans Cerrahisi (n: 42)	Davranışsal / Emosyonel Durum	7,2 $\pm$ 3,7	7,7 $\pm$ 3,7	Z: 1,566	,117
	Fiziksel Durum	14,3 $\pm$ 4,9	16,5 $\pm$ 3,8	t: 2,943	,005
	Partnerle İlgili Durum	6,8 $\pm$ 2,5	7,9 $\pm$ 2,4	t: 2,744	,009
	Toplam Puan	28,3 $\pm$ 8,5	32,2 $\pm$ 7,1	t: 3,026	,004
Üİ ve POP Cerrahisi (n: 39)	Davranışsal / Emosyonel Durum	6,7 $\pm$ 3,5	6,7 $\pm$ 3,5	Z: ,056	,955
	Fiziksel Durum	13,8 $\pm$ 4,5	18,1 $\pm$ 2,7	t: 5,526	,000
	Partnerle İlgili Durum	7,2 $\pm$ 2,6	7,6 $\pm$ 2,5	t: 1,198	,238
	Toplam Puan	27,6 $\pm$ 8,2	32,3 $\pm$ 6,4	t: 4,197	,000

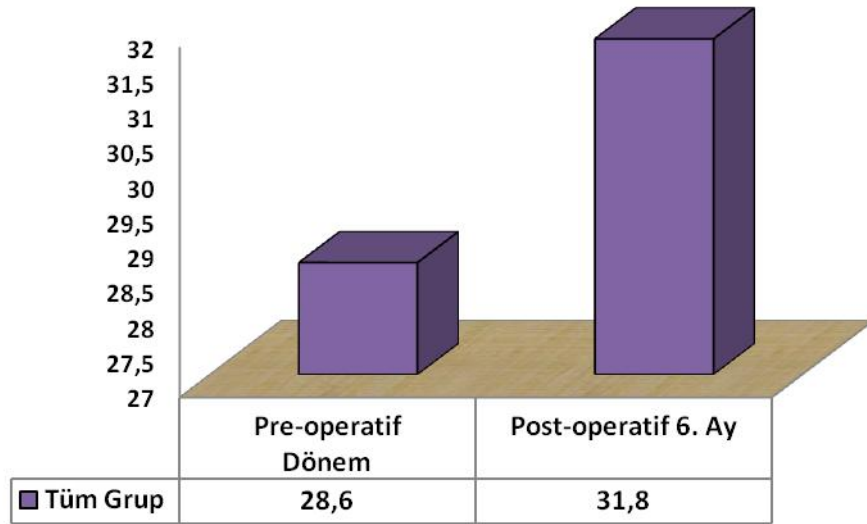
*Z: Wilcoxon analizi

*t: Bağımlı gruplarda t testi, Serbestlik derecesi, tüm grup için 115, POP grubu için 34, Üİ grubu için 41, Üİ+POP grubu için 38

Tüm gruba ve ameliyat gruplarına göre kadınların preop ve postop 6. ayda PISQ-12 toplam puan ve alt boyutlarından **fiziksel durum ve partnerle ilgili duruma** ilişkin puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile, PISQ-12 alt boyutlarından **davranışsal/emosyonel durum** puan ortalaması arasındaki fark ise Wilcoxon analizi (normal dağılımdan çok uzak olduğu için) ile karşılaştırılarak değerlendirildi (Tablo 4-15).

Tüm kadınların preop ve postop 6. ayda **PISQ-12'nin davranışsal/emosyonel durum** puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), **toplam puan** (Şekil 4-27) ve diğer **iki alt boyut** puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu belirlendi (toplam ve fiziksel durum $p < ,001$, partnerle ilgili durum $p < ,05$) (Tablo 4-15). Üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus ameliyatı geçiren kadınların 6.

aydaki **toplam PISQ-12 ve fiziksel durum boyutunun** puan ortalamalarının ileri düzeyde $p < ,001$, **partnerle ilgili durum boyutunun** puan ortalamalarının ise anlamlı düzeyde ($p < ,05$) olmak üzere preop döneme kıyasla daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-15).



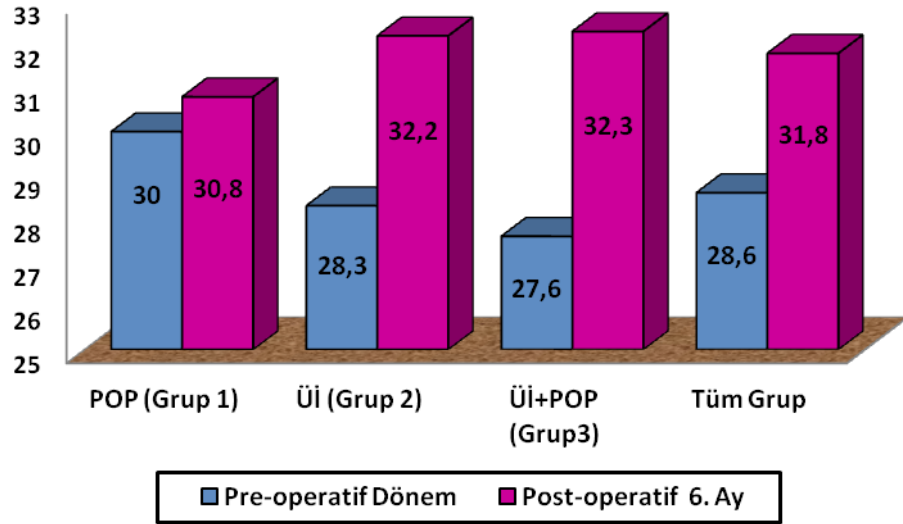
Şekil 4-27: Kadınların toplam PISQ-12 puanlarının karşılaştırılması

Ameliyat gruplarına göre kadınların preop ve postop 6. ayda PISQ-12 puan ortalamaları incelendiğinde (Şekil 4-28), **POP** grubundaki kadınların preop ve postop 6. ayda PISQ-12 **toplam puan ve davranışsal/emosyonel durum ve partnerle ilgili duruma** yönelik puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), **fiziksel durum alt boyutunda** ise 6. ayda puan ortalamalarının preop döneme göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p > ,05$),(Tablo 4-15).

Üİ grubundaki kadınların preop ve postop 6. ayda ölçümlerden elde edilen PISQ-12 **davranışsal durum alt boyutunun** puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), **PISQ-12 toplam puan ve fiziksel durum ve partnerle ilgili durum puan ortalamalarının** ise preop döneme göre çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < ,01$), (Tablo 4-15).

Üİ+POP grubundaki kadınların postop 6. ayda PISQ-12 **davranışsal durum ve partnerle ilgili durum alt boyutlarının** puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), **PISQ-12 toplam puan ve fiziksel durum alt boyut** puan

ortalamalarının ise preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p < ,001$),(Tablo 4-15).



Şekil 4-28: Kadınların ameliyat gruplarına göre toplam PISQ-12 puanlarının karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Çalışma üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel işlevi değerlendirmek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

Pelvik taban disfonksiyonu her yaşta, özellikle orta yaş kadınlarda sık görülmekte olup yaşla birlikte artış göstermektedir. Birçok kadın yetişkin yaşta PTD sorunlarından bir veya birkaçını deneyimleyebilmektedir (Lukacz ve ark. 2006). İsveç'te 40 yaş sonrası kadınların %15'inde PTD'ü saptanmıştır (Samuelsson ve ark. 1999). Üriner inkontinans konusunda 13 çalışmanın gözden geçirildiği bir (metaanaliz) makalede de özellikle 45-54, 55-64 ve 75-84 yaşları arasında en fazla görüldüğü saptanmıştır (Minassian ve ark. 2003). POP oranı ise 50-59 yaşlarında %55,6 dır (Hendrix ve ark. 2002). Ülkemizde de Üİ görülme yaş grupları 40-49, 50-59 ve 60 yaş ve üstünde yoğunlaşmaktadır (Turan ve ark. 1996; Özerdoğan ve ark. 2004; Kocak ve ark. 2005; Tozun ve ark. 2009; Kocaöz ve ark. 2010).

PTD tedavisinde ilk seçenek genellikle konservatif tedavi olmasına rağmen, Üİ/POP nedeniyle cerrahi tedavi de yaygındır. Pelvik taban yetmezliği nedeniyle ortaya çıkan üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsusu nedeniyle cerrahi operasyon geçirme oranı kadın popülasyonunda % 11-11,8 dir (Fialkow ve ark. 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde ilerleyen yaşla artmakla birlikte POP nedeniyle cerrahi operasyon geçiren kadın oranı 2003 yılında 18/10000 dir. İngiltere'de jinekolojik cerrahi için bekleyen kadınların %20'si POP nedeniyledir. Yine İngiltere'de 2009-2010 yılında Üİ nedeniyle tek başına midüretal sling operasyonu uygulanan kadın oranı 11000 dir. POP cerrahisi geçirme riskinin 85 yaşında %19 olduğu saptanmıştır (Abdel-Fattah ve ark. 2011). Önümüzdeki 30 yıl da, 50 yaş ve üzerindeki kadınların artışıyla orantılı olarak cerrahi gerektiren POP oranının %45 olacağı tahmin edilmektedir (Luber ve ark. 2001). Ülkemizde PTD nedeniyle ameliyat olan kadınların ele alındığı çalışmalar incelendiğinde yaş ortalamalarının genellikle 47 ile 57 yaş arasında değiştiği görülmektedir (Özyüncü 2004; Ağralı 2005; Güngör ve Yalçın 2005; Esin 2007; Sarı ve ark. 2008; Günay 2009; Mediyev ve ark. 2010).

Çalışmamızda kadınların yaş gruplarının 45-54 yaş üstünde olan kadın oranı POP cerrahisi grubunda %51,4, Üİ cerrahisi grubunda %40,5, Üİ+POP cerrahisi

grubunda %43,6 olduğu saptanmıştır. Tüm grubun yaş ortalamasının $50,2 \pm 8,3$ olarak saptanması, (Tablo 4-3) yaşla birlikte PTD'unun artış gösterdiği ve ameliyat olan grubun yaş ortalamasının ve yaş gruplarının literatürle aynı doğrultuda olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gerek tüm grup gerekse ameliyat gruplarında ilköğretim mezunu olan (sırasıyla %54,3, Üİ grup %47,6, POP grup %48,6, POP+Üİ grup %66,7) ve çalışmayan kadın oranı (sırasıyla %81,9, Üİ grup %81, POP grup %77,1, POP+Üİ grup %87,2) daha fazladır (Tablo 4-3). TNSA 2008 sonuçlarına göre 45-64 yaş grubu kadınların büyük kısmı sekiz yıl ve altı eğitim almıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008). Eğitime katılım hane halkının refah düzeyi ile yakından ilişkilidir; en yoksul refah düzeyindeki hanelerde yer alan kadınların %60'ı ya hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiştir. Çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeyi de TNSA 2008 ile uyumludur. Bu sonuç kadınların eğitim durumları ne kadar düşük olursa olsun Üİ ve/veya POP'u patolojik durum olarak algıladıklarını ve tedavi için başvurduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve evlilik süresi açısından ameliyat grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. Grupların birbirine benzer olması, çalışma sonucu elde edilen verilerin güvenilirliğini arttırmaktadır.

PTD etyolojisi multifaktöriyeldir ve obstetrik öykü ile PTD arasında güçlü bir ilişki vardır. Parite ve doğum şekli pelvik taban kaslarının zayıflamasında ve SÜİ/POP gelişiminde temel risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Bununda pelvik organ desteği ve kontinans mekanizması kontrolü için gerekli olan tüm bağlantıların vajinal doğum sonucunda fasya, ligamentler, kas ve periferik sinirlerin hasarına bağlı zarar görmesinden kaynaklandığı kabul edilmektedir (Sigurdardottir ve ark. 2011). Tekrarlayan doğumlarda doğum kanalının aşırı gerilmesine bağlı levator ani kas demetindeki ayrılmaya bağlı perine ve rektumun normal desteği kaybolur ve böylece POP gelişme riski artar (Taşkın 2009). Parite, POP'u 4-11 kat arttırmaktadır. Nullipariteyle kıyaslandığında 2 doğum yapan kadınlarda POP gelişme riski göreceli olarak 8.4'ken, 4 ve üzeri doğum yapan kadınlarda bu risk 10.9'a çıkmaktadır (Mant ve ark. 1997). Kadın Sağlığı İnisiyatif çalışmasında da 5 doğum yapan kadınlarda POP gelişme riskinin %10-20 olduğu belirtilmektedir (Hendrix ve ark. 2002). Perimenopozal

dönemde 2625 kadının obstetrik özgeçmişlerinin incelendiği bir çalışmada da paritenin 3'ün üzerinde olmasının inkontinansla ilişkili olduğu saptanmıştır (Fritel ve ark. 2005). Çalışmamızda da kadınların obstetrik öyküleri incelendiğinde yarıya yakınının (%43,1) 5 ve üzeri gebeliği olduğu, yarısının (%50) 3 ve üzeri doğum yapmış olması literatürü desteklemektedir (Tablo 4-4).

Doğum şeklinin pelvik taban kas fonksiyonuna etkisini araştıran az sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışmalardan çıkan sonuçlar vajinal doğumun pelvik taban kas dayanıklılığını azalttığı yönündedir (Sigurdardottir ve ark. 2011). Vajinal doğum yapanlarda % 21 oranında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek inkontinans sıklığı özellikle stres ve miks tip inkontinans daha sık rapor edilmiştir (Rortveit ve ark. 2003). Her bir vajinal doğumun POP gelişme riskini 1,2 -1,8 kat arttırdığı bildirilmiştir. Vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapanlara veya nulliparlara göre, Üİ ve POP nedeniyle daha fazla opere oldukları çalışmalarda gösterilmiştir (Sigurdardottir ve ark. 2011). Vajinal doğum kanıtlanmış bir risk faktörü olmasına rağmen, sezaryenin PTD'ü için koruyucu olup olmadığı konusu tartışmalıdır. Çalışmamızda da kadınların tamamına yakınının (%93,9) vajinal doğum yaptığının saptanması literatür bilgisini desteklemektedir (Tablo 4-4).

Epizyotomi, laserasyonlar (3. ve 4. derece), iri bebek, ikinci evre doğumun uzaması gibi diğer obstetrik nedenler pelvik taban hasarı için risk oluşturan diğer faktörler arasındadır. Epizyotominin de levator koruyuculuğunu 3 kat, rektovajinal yırtık koruyuculuğunu ise 12 kat daha iyi koruduğu açıklansada obstetrisyenler rutin profilaktik epizyotomiye reddetmektedirler, çünkü prospektif randomize çalışmalarda epizyotomi, kadınları SÜİ gelişimine karşı korumamıştır (Kumtepe 2009). Çalışmamızda da kadınların yarıdan fazlasının (%64,3) hastanede doğum yapması ve epizyotomi açılması epizyotominin SÜİ'a karşı koruyuculuğunun olmadığını düşündürmüştür ve literatür bilgisini desteklemektedir (Tablo 4-4).

Sonuçta obstetrik öykü PTD prevalansı ile yakından ilişkilidir. Genelde pelvik taban hasarının doğumla ilişkili olduğu kabul edilsede obstetrik faktörler ve PTD arasındaki ilişki gücünün yaşla birlikte değişkenlik gösterebildiği ve (MacLennan ve ark. 2000), sezaryen doğum ve nulliparitenin Üİ'dan koruyucu etkisinin 50-60 yaşlarında önemsizleşerek kaybolabildiği belirtilmektedir (Kumtepe 2009).

Çalışmamızda kadınların obstetrik öykülerinde tamamına yakınının (%93,9) vajinal yolla doğum yaptığı, yarından fazlasının (%64,3) hastanede doğum yaptığı ve epizyotomi açıldığı, %43,5'nin doğumunda yırtık oluştuğu, %15,5'inin kilolu bebek doğurduğu saptandı (Tablo 4-4). Kadınların obstetrik öyküleri PTD patofizyolojisinde ki obstetrinin etkisini destekler niteliktedir.

Türkiyede yapılan PTD cerrahisine ilişkin literatürde yeterli yayınlanmış çalışma yoktur. Ancak yapılmış tez çalışmaları vardır. Tez çalışmalarındaki kadınların obstetrik verileri çalışmamızın obstetrik verileriyle benzerlik göstermektedir buda hasta profilinin benzer olduğuna işaret etmektedir (Özyüncü 2004; Esin 2007; Çopur 2007; Azman 2008). Çalışmamızda ameliyat gruplarına göre kadınların gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli ve yeri, düşük yapma, gebelik tahliyesi deneyimi, epizyotomi açılma, doğumda yırtık oluşması ve kilolu bebek doğuranların tartı ortalamalarına ilişkin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. Grupların birbirine benzer olması, çalışma sonucunun güvenilirliğini arttırmaktadır.

Çalışmamızda tüm grubun %48,3'ü menopoza girmiştir. Menopoza girenlerin ortalama menopoz yaşı $47,82 \pm 4,58$ dir. POP cerrahisi grubunda %60, Üİ cerrahisi grubunda %35,7 ve Üİ+POP grubunda ise %51,3 oranında kadının menopoza girdiği ve menopoz yaş ortalamalarının sırasıyla $48,29 \pm 4,15$, $48,73 \pm 5,20$ ve $46,65 \pm 4,50$ olduğu belirlendi (Tablo4-5). Literatürde menopoz yaşı 46-52 yaş arasında değişmektedir (Reynols ve Obermeyer 2005). Ülkemizde ise menopoza girme yaşı, ortalama 46-48 yaş arasındadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008). Çalışmamızda ki menopoza girme yaşı TNSA 2008 ile uyumludur.

Menopoza girmek pelvik taban disfonksiyonunun klinik belirtilerinin ortaya çıkmasında en önemli faktörlerden birisidir. Pelvik taban disfonksiyonu perimenopoz ve postmenopozdaki kadınların %50 den fazlasını etkileyen bir sorundur. Menopozda östrojen yokluğu üretra mukozasında atrofik değişikliklere, mesane kaslarının zayıflığına sebep olarak ürogenital semptomlara (idrara sıkışma, inkontinans) yol açabilmektedir. Ancak menopoz döneminde artmış inkontinans prevalansının direkt hormon eksikliğine bağlı yoksa yaş, parite, BKİ gibi faktörleremi bağlı olduğu net anlaşılamamıştır (Uncu ve Özdil 2009). Benzer olarak menopoz, prolapsus gelişmesinde de bir risk faktörü olarak gösterilmesine rağmen hormonal durum ve prolapsusun birbiri ile olan ilişkisini araştıran çalışmalarda östrojen seviyesi ile prolapsus arasında bir

bağlantı kurulamamıştır. Nygaard ve arkadaşları (2004), postmenopozal kadınlarda hormon tedavisinin pelvik taban desteği üzerine etkisini tam olarak belirleyememişlerdir. Prolapsusu olan hastaların bir kısmına HRT vermişler ve hormon tedavisi almayan hastalar ile alanlar arasında bir ilişki saptayamamışlardır (Nygaard ve ark. 2004). Postmenopozal hormon tedavisinin inkontinans semptomlarını azaltmadaki etkinliğini araştıran çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analizde de inkontinans semptomlarını azaltmada hormon tedavisinin beklenildiği kadar etkili olmadığı gösterilmiştir (Sultana ve ark. 1994).

Çalışmamızda tüm grubun yarısı (%51,7), POP cerrahisi grubunda yarıdan fazlası (%60), Üİ cerrahisi grubunda üçte biri (%35,7) ve Üİ+POP cerrahisi grubunda yarısı (%51,3) menopoza girmiştir (Tablo 4-5). Çalışmamızda toplam grubun ortalama menopoz süresi $8,58 \pm 6,23$ (mim-max: 0,1-26) dır. POP grubu kadınların $9,62 \pm 7,91$ yıldır, Üİ grubu $8,67 \pm 4,15$ yıldır, Üİ+POP grubu $7,42 \pm 5,59$ yıldır menopozda oldukları ve menopozda olanların (15 vaka) %26,8'i hormon replasman tedavisi aldığı saptandı (Tablo 4-5). Çalışmamızda ameliyat gruplarına göre kadınların menapoza girme durumu, menapoza girme yaşı, menapoza girme süresi, hormon tedavisi alma durumlarına ilişkin dağılımları arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo 4-5). Menopoza ilişkin bulgularımız, diğer risk faktörleri göz ardı edilmeksizin PTD'ununda menopozun etkili olabildiğini doğrular niteliktedir.

Epidemiyolojik çalışmalar kilo artışının ve obezitenin Üİ/POP gibi pelvik taban bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Agur ve Rızk 2011). Pelvik taban disfonksiyonu amacıyla yapılan vajinal cerrahiye ilişkin çalışmalarda kadınların beden kitle indeksi (BKİ) ortalamalarının genelde 27,9 (Mathlouthi ve ark. 2011), $27,8 \pm 6,4$ (Sokol ve ark. 2012), $24 \pm 3,6$ (Vollebregt ve ark. 2011), $28,1 \pm 5,8$ ve $25,9 \pm 3,7$ olduğu (Hinoul ve ark. 2011) görülmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da pelvik taban cerrahisi geçiren kadınların BKİ'leri $27,8 \pm 4,1$, (Özyüncü 2004), $27,6 \pm 3,9$ (Ağralı 2005), $28,8 \pm 5,4$ (Esin 2007) ve $29,16 \pm 4,76$ (Altaş 2008) olarak belirlenmiştir.

BKİ ölçüsü 25-30 arasında olan kilolu kadınlarda POP gelişme riskinin 2,51 kat, BKİ değeri 30'un üzerinde olan obez kadınlarda ise 2,56 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Jelovsek 2007). BKİ değeri 26 ve üzeri olan kadınların daha düşük değerlerde olan kadınlara oranla prolapsus cerrahisi geçirme olasılığının 3 kat daha fazla

olduğu saptanmıştır. Ayrıca obezitenin, kontinans cerrahisi sonrasında 1 yıllık izlemlerinde cerrahi başarısızlık riskini arttıran önemli bir faktör olduğu da kanıtlanmıştır. BKİ 30 ve üzeri olan hastalarda cerrahiden 1 yıl sonra tekrar inkontinans gelişme olasılığı obez olmayanlara göre 3.7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Agur ve Rizk 2011).

Çalışmamızda da gruplara göre ise BKİ ortalamaları POP grubunda $28,0 \pm 3,2$, Üİ grubunda $30,6 \pm 5,9$, Üİ+POP grubunda $31,1 \pm 4,3$ ve tüm grup için $30,0 \pm 4,8$ olarak belirlendi. Çalışmamızda BKİ değerlerinin POP grubunun %57,2'sinin 25,0–29,99 arasında, Üİ grubunun (% 54,8) ve Üİ+POP grubunun (%66,7) BKİ değerlerinin 30,0 ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo4-6). Gerek gruplara göre gerekse tüm grubun BKİ ortalamaları literatürle uyumlu olmakla birlikte yüksek çıkması BKİ ve pelvik taban disfonksiyon ilişkisini açıklamaktadır.

Genel olarak haftada üç veya daha az sayıda dışkılama alışkanlığı kabızlık olarak tarif edilmekle birlikte, yalnız başına sayı yeterli bir kriter değildir. Dışkılama sayısı ve miktarı bireyler arasında ve çeşitli toplumlarda değişiklikler göstermektedir (Leung ve ark. 2011). Konstüpsiyonun pelvis sinirlerinde gerilmeye bağlı hasara yol açması nedeniyle, pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği öne sürülmektedir. Kronik konstüpsiyona bağlı ıkınma vajen ön duvarı ve perine desensusu ile ilişkili bulunmuştur. II ve daha üstü derecede POP olan kadınlarda konstüpsiyon riskinin daha fazla olabileceği belirtilirken diğer yandan büyük çaplı araştırmalar bu ilişkinin tartışmalı olduğunu konstüpsiyonun POP dereceleriyle değil, barsak fonksiyonlarıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Ayrıca sadece Üİ olan kadınlarda da konstüpsiyon sıklığının POP hastalarıyla benzer sıklıkta olabileceği belirtilmektedir (Jelovsek 2007). Çalışmamızda da POP grubunun %40'ında, Üİ grubunda da %47,6 oranında konstüpsiyon görüldüğünün saptanması literatür bilgisini destekler niteliktedir. Çalışmamızda konstüpsiyonun Üİ+POP grubunda %69,2 oranıyla daha yüksek çıkması da (Tablo 4-6) yine SÜİ ve prolapsusulu kadınlarda normale göre daha sık konstüpsiyon görülebileceği bilgisiyle uyumaktadır.

Kullanılan bazı ilaçlar Üİ için bir risk faktörü olabilmektedir. Bunlardan biri hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar Üİ için risk oluşturmaktadır. Diabetes mellitus olgularında da özellikle hastalık süresi, insülin tedavisi ve vasküler komplikasyonların varlığı (nefropati, nöropati, retinopati) üriner inkontinans için risk

faktörleridir. Arıcan (2009)'ın bronşiyal astımlı hastalarla yaptığı çalışmada da bronşiyal astımlı hastalarda kontrol grubuna oranla stres üriner inkontinans ve sistoselde anlamlı derecede artma olduğu saptanmıştır. Ayrıca iki veya daha fazla sistemik hastalığın olması Üİ oluşumunu kolaylaştırabilmektedir (Arıcan 2009).

Çalışmamızda da kadınlarda birinci sırada hipertansiyon (Tüm Grup %39,7; POP/ %47,8; Üİ/ %38,5; Üİ+POP %34,5), ikinci sırada allerjik astım (Tüm Grup %24,4; POP/ %17,4; Üİ/ %26,9; Üİ+POP/ %27,6) ve üçüncü sırada diabetes mellitus (Tüm Grup %21,8; POP/ %21,7; Üİ/ %11,5; Üİ+POP/ %31,0) öyküsünün saptanması, yarıdan fazla kadının (%67,2) kronik hastalığının olması ve %35,3'ünde iki ve daha fazla kronik sağlık sorununun olması literatürde de bildirildiği gibi Üİ/POP gelişiminde etkili faktörler olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda daha önce histerektomi, Üİ ve/veya POP cerrahisi geçiren kadın sayısı oldukça azdı. Araştırmaya katılan kadınların 12'si daha önce jinekolojik ameliyat geçirmiş olup 7'si histerektomi, 3'ü POP ameliyatı, 1'i histerektomi+Üİ ve 1 kişide Üİ+POP ameliyatı olduğunu belirtmiştir. Ameliyat grupları arasında jinekolojik ameliyat geçirme dağılımları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4-7).

Genital prolapsus ile Üİ sık görülen şikayetler olup aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. İnkontinans ile özellikle sistosel ve prolapsus birliktelik göstermektedir. Ancak sistosel ve prolapsus arttıkça stres inkontinans şikayeti maskelenebilir (Yamada ve Kobashi 2007). Pelvik organ prolapsusu ile inkontinansın birlikteliğini gösteren çok sayıda çalışma vardır. Prolapsuslu kadınların %20-90'ında Üİ görülebilmektedir (Stoutjesdijk ve ark. 2006). Üİ olanların %15-80'inde de POP görülebilmektedir (Lin ve ark. 2011).

Pelvik organ prolapsus tamiri yapılan 78 müslüman kadınla yapılan çalışmada El-Azap ve arkadaşları (2009), preop dönemde kadınlarda %74,4 oranında sistosel, %19,2 stres inkontinans ve % 47,4 oranında miks üriner inkontinans tanılamışlardır (El-Azap, ve ark. 2009). Prolapsus cerrahisi uygulanan benzer başka bir çalışmada da kadınların prolapsusa ek olarak %60'ında SÜİ saptanmıştır (Sergent ve ark. 2011).

Çalışmamızda da tüm grup kadınların tamamına yakınında (%93,1), POP grubunun %82,9'unda, Üİ grubunun %97,6'sında ve Üİ+POP grubunun %97,4'ünde

üriner inkontinans vardı. Üİ tipleri incelendiğinde tüm grup içinde ilk sırayı mikس üriner inkontinans (%37,9), ikinci sırayı %33,6 ile SÜİ almaktadır.

Gruplara göre Üİ tiplerine bakıldığında POP grubunda yarıdan fazla kadın (%60) semptom düzeyinde stress ve/veya urge inkontinans tanımlarken, Üİ grubunda SÜİ (%47,6) ve MÜİ (%47,6) oranları aynıydı, Üİ+POP grubunda da SÜİ (%46,2) ve MÜİ (%48,7) oranları birbirine yakındı (Tablo 4-7).

Çalışmamızda tüm grup için %84,5 (98 vaka) oranında, POP grubunun tamamında (35 vaka), Üİ grubunun %66,7'sinde (28 vaka), Üİ+POP grubunun %89,7'sinde (35 vaka) prolapsus mevcuttu (Tablo 4-7).

POP grubunun tamamına yakınında (%97,1) uterin prolapsus ve %80'inde sistosel saptanması bu grup için beklenen bir sonuçtur. Üİ grubunda %59,5'inde sistosel, yarısında (%50) rektosel vardı. Üİ+POP olan grupta ise benzer olarak en fazla %82,1 ile sistosel, %61,5 ile rektosel tanılanmıştı (Tablo 4-7).

Çalışmamızda POP grubunda üriner inkontinansı olan kadın oranının diğer gruplara göre daha düşük oranda olduğu belirlendi (Tablo 4-7). Literatürde de özellikle ileri derecede prolapsus durumlarında gizli inkontinans olabileceği, sistosel ve prolapsus arttıkça stres inkontinans şikayetinin maskelenebileceği belirtilmektedir (Yamada ve Kobashi 2007). Çalışmamızda POP grubunda üriner inkontinans oranının diğer gruplara oranla daha düşük çıkmasının nedeni de gizli inkontinans olabilir. Çalışmamızda Üİ grubunda prolapsus olan kadın oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-7). Literatürde prolapsuslu kadınların %20-90'ında Üİ, (Stoutjesdijk ve ark. 2006), Üİ olanların %15-80'inde de POP görülebileceği bildirilmektedir (Lin ve ark. 2011). Sonuçlarımız bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Üriner inkontinans ve prolapsus genelde gizli yaşanan bir sorundur ve bir süre sonra bu sorun normal ya da doğal kabul edildiği için yıllarca insanlar bu sorunlarla birlikte yaşamak zorunda kalabilmektedirler. Dünyada çoğu kadın üriner inkontinansın yarattığı sorunlara rağmen, ya üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık 5 yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmaktadır ya da hiç başvurmamaktadır (Özerdoğan ve ark. 2004). Kök ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da kadınlar Üİ bulgularını 1-8 yıl arasında yaşamalarına rağmen çoğu (%80), Üİ nedeniyle tedavi kuruluşuna başvurmamışlardır (Kök ve ark. 2006). Literatürde bu oranın 5-15 yıl arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (Fultz ve Herzog 2001).

Çalışmamızda gruplar arasında Üİ ve/veya POP görülme süreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Çalışmamızda kadınların %37,1'i en az 1-3 yıldır üriner inkontinans ve/veya prolapsus sorunu yaşamaktaydı. 1-3 yıldan sonra tedaviye başvurulması, bu sorunun önemsendiğini, soruna duyarlılığın arttığını göstermektedir, ancak 10 yıl ve daha uzun süre Üİ ve/veya POP yaşayan kadın oranı ise beşte bir (%19) oranında olmasıda azımsanmayacak bir orandır (Tablo 4-7). Yardım aramama davranışı ya da geciktirilmesinde inançlar, algılamalar ve duygular etkili olabilmektedir. Ayrıca yaşanan sorun uzun süreli yaşansa bile yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılanmadığında, toplumda göz ardı edilen bir sağlık sorunu haline gelebilmektedir.

Üriner inkontinansın ve /veya ürogenital prolapsusun yaşam kalitesi üzerine olan etkileri bilinmektedir. Çalışmalar, pelvik taban disfonksiyonunun ve cerrahisinin kadınların yaşamları üzerine olan etkisinin sağlık profesyonelleri tarafından çokta dikkate alınmadığını göstermiştir. Ancak bugün artık pelvik taban cerrahisi sonuçlarını değerlendirme konusunda daha iyimser bir yaklaşım sergilenmektedir. Günümüzde kadınlar pelvik taban cerrahisinin anatomik ve fonksiyonel başarısının yanında yaşam kalitesinin de artırılmasına yönelik beklenti içine girmektedir (Lowenstein ve ark. 2008). Pelvik taban cerrahisini takiben, semptom olarak kuru kalmak ve anatomik olarak ürogenital yolun fonksiyonelliğinin sağlanması, üriner, prolapsus ve cinsel semptomların yaşanmaması, beden imajının artması, fiziksel ve sosyal aktivitelere yeniden dönüş, yaşam kalitesinin gelişmesiyle eşdeğer olarak değerlendirilmektedir (Srikrishna ve ark. 2010).

Literatürde yer alan antiinkontinans ve pelvik organ prolapsus cerrahisi sonrası yaşam kalitesini değerlendiren birçok çalışma çoğu kadının yaşam kalitesinin cerrahi sonrası geliştiğini göstermektedir (Mukherjee ve Constantine 2001; Richter ve ark. 2005; Holmgren ve ark 2006; Morse ve ark. 2007; Schraffordt Koops ve ark. 2006; Schraffordt Koops ve ark. 2007; Shen ve ark. 2011; Shalom ve ark. 2011).

71 TVT ve 166 TVT-O ameliyatı olan kadınların 6. ayda yaşam kalitelerini değerlendiren Murph ve arkadaşları (2008) her iki grubun preoperatif ve postoperatif IIQ-7 ve UDİ-6 skorlarının azaldığını ve önemli derecede yaşam kalitelerinin geliştiğini saptamıştır (Murphy ve ark. 2008). But ve Faganelj (2008), randomize çalışmalarında TVT ve TVT-O uygulanan toplam 89 kadının ameliyat sonrası 3. ayda UDI ve IIQ ile yaşam kalitelerini değerlendirmişler ve IIQ skorlarında postoperatif anlamlı derecede

(TVT preop 210, postop 41,72) (TVT-O grubunda preop 208,5, postop 34,3) yaşam kalitelerinde ilerleme olduğu, UDİ skorlarında da preoperatif dönemle kıyaslandığında tüm grubun stres, irritatif/urge ve obstrüktif semptom skorlarında anlamlı derecede düşme olduğu saptanmıştır (But ve Faganelj 2008).

SÜİ cerrahisinde uygulanan cerrahi teknikleri karşılaştıran (TVT ve TOT) 6 randomize çalışmada postoperatif (2-12 ay aralıklarında değişen sürelerde) yaşam kaliteleri incelendiğinde kadınların postoperatif yaşam kalitesinde pozitif etkiler olduğu ve TOT grubunda postoperatif idrar yapma güçlükleri (238/6 vakada) ve de novo urgency (254/22 vakada) daha az oranda görüldüğü saptanmıştır (Latthe ve ark. 2007).

Benzer şekilde inkontinans cerrahisi konusunda yapılan çok sayıda çalışmanın incelendiği bir (metaanaliz çalışması) makalede (15 randomize çalışma) Latthe ve arkadaşları (2010), SÜİ nedeniyle midüretal sling cerrahisi uygulanan (TVT, TOT) kadınların ICS tarafından önerilen yaşam kalitesi ölçekleriyle yapılan değerlendirmelerinde 3-44 ay arasında değişen aralıklarda postoperatif yaşam kalitelerinde olumlu değişim olduğu ve yaşam kalitesinde artma olduğu belirlenmiştir. Aynı makalede operasyon sonrası TOT grubunda 270 kadından 27'sinde de-novo urgency şikayeti ve 543 kadından 21'inde idrar yapma güçlüğü şikayeti olduğu belirtilmiştir (Latthe ve ark. 2010).

Sarı ve arkadaşları (2008), TVT sonrası 6. ayda hastaların inkontinans yakınmalarında düzelme olduğu ve yaşam kalitelerinden memnun olduklarını, Azman (2008), TVT sonrası 6. ayda UDİ-6 ölçeğinin tüm alt boyutlarında (irritatif/urge semptomlar, stres semptomlar ve obstrüktif/rahatsız edici semptomlar) ve toplam puanda anlamlı düzeyde farklılık saptamış ve yaşam kalitesinin iyi yönde değiştiğini bildirmiş, Karaca (2008), TOT operasyonu sonrası kadınların 6. ayda yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde artma olduğunu saptamıştır (Azman 2008; Karaca 2008; Sarı ve arkadaşları 2008).

Çalışmamızda sadece Üİ cerrahisi (TOT) uygulanan kadınların BFLUTS toplam puan skorları preoperatif $35,4 \pm 11,6$, postoperatif 6. ayda $14,3 \pm 11,5$ olarak saptandı. Toplam puan skorunda ve BFLUTS alt boyutlarından depolama (preop $7,5 \pm 3,4$ postop $4,7 \pm 2,8$) ve inkontinans alt boyutunda (preop $11,5 \pm 3,7$ postop $2,7 \pm 3,8$) preoperatif döneme kıyasla ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (Tablo 4-8), ve hem depolama hemde inkontinans semptomlarında postoperatif 6. ayda düzelme olduğu saptandı. Bu sonuç,

BFLUTS ile yapılan değerlendirmede üri ner semptomların postoperatif dönemde anlamlı düzeyde azaldığını göstermektedir.

Ayrıca TOT ameliyatı uygulanan kadınların toplam UDİ-6 skorlarında (preoperatif dönemde $64,4 \pm 24,5$ postoperatif 6. ayda $27,2 \pm 26,6$) ve tüm alt boyut skorlarında (irritatif/ urge semptom, stress semptom ve obstrüktif / rahatsız edici semptom) anlamlı derecede azalma olması (Tablo 4-11), TOT ameliyatı olan kadınların postoperatif 6. ayda toplam IIQ-7 skorları (preop $61,8 \pm 28,5$, postop $23,9 \pm 33,2$) ve alt boyut skorlarında da (fiziksel aktivite, yolculuk, sosyal/ilişkiler ve emosyonel sağlık) anlamlı derecede azalma olması (Tablo 4-10), yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilendiğini göstermektedir. Yaşam kalitesindeki bu artış üri ner semptomların ortadan kalkmasının, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmeye başlanmasıyla etkisiyle olabilir. Sonuçlarımız gerek metaanaliz çalışmalarının gerekse diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. TOT cerrahisinin postoperatif üri ner inkontinans semptomlarını ortadan kaldırdığı ve yaşam kalitesini önemli derecede geliştirdiğı söylenebilir.

TOT operasyonunun önemli avantajlarından birisinin diğer midüretal sling yöntemlerle kıyaslandığında postoperatif de novo urgency ve urge inkontinansın daha düşük oranlarda görülmesi ve kısa dönem başarı oranlarının yüksek olması nedeniyle tercih edilebilecek bir yöntem olabileceğı belirtilmektedir (Juma ve Brito 2011).

Sadece POP cerrahisi geçiren kadınların yaşam kalitelerinin incelendiğı çalışmalarda cerrahi operasyon sonrası 6. ve 12. ayda kadınların yaşam kalitelerinin tüm boyutlarında önemli derecede gelişme olduğı, gerek ön tamir gerekse arka tamir cerrahisi sonrası kadınların 6. ayda ki yaşam kalitesi skorlarında gelişme olduğı saptanmıştır (Fayyad ve ark. 2008). Hirata ve arkadaşları da (2004), benzer olarak VAH, ön, arka onarım ameliyatı olan 52 kadının 1. yılda yaşam kalitelerinde önemli derecede gelişme olduğunu saptamışlardır (Hirata ve ark. 2004).

Altman ve arkadaşları (2008) çok merkezli bir çalışmada da ÖÖ, AO ve ÖAO operasyonu geçiren kadınların çoğunun postop 2. ayda yapılan yaşam kalite değerlendirmelerinde (UDI ve IIQ-7), yaşam kalitelerinin tüm yönlerinde anlamlı düzeyde gelişme olduğunu belirlemişlerdir (Altman ve ark. 2008).

Çalışmamızda sadece prolapsus cerrahisi geçiren POP grubunda ($n=35$), BFLUTS toplam puan skorları preoperatif $16,3 \pm 11,7$, postoperatif 6. ayda $9,9 \pm 8,8$

olarak saptandı. Toplam puan skorunda ve BFLUTS alt boyutlarından depolama (preop $5,7\pm3,0$ postop $4,1\pm2,5$) ve inkontinans alt boyutunda (preop $3,5\pm3,6$ postop $2,1\pm2,9$) preoperatif döneme kıyasla ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (Tablo 4-8), ve hem depolama hemde inkontinans semptomlarında postoperatif 6. ayda düzelme olduğu saptandı. POP cerrahisi geçiren grubun BFLUTS ile yapılan değerlendirmesinde üriner semptomların postoperatif dönemde anlamlı düzeyde geliştiği saptandı. Aynı grupta kadınların toplam UDİ-6 skorlarında (preoperatif dönemde $39,6\pm27,0$ postoperatif 6. ayda $16,5\pm23,3$) ve tüm alt boyut skorlarında (irritatif/ urge semptom, stress semptom ve obstrüktif / rahatsız edici semptom) anlamlı derecede düzelme olduğu (Tablo 4-11), postoperatif 6. ayda toplam IIQ-7 skorları (preop $52,6\pm30,6$, postop $14,1\pm18,9$) ve alt boyut skorlarında da (fiziksel aktivite, yolculuk, sosyal/ilişkiler ve emosyonel sağlık) anlamlı derecede azalmanın belirlenmesi (Tablo 4-11) bu gruptaki kadınların da yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilendiğini göstermektedir. Sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. POP cerrahisinin postoperatif üriner inkontinans semptomlarını ortadan kaldırdığı ve yaşam kalitesini önemli derecede geliştirdiği söylenebilir. Sadece postoperatif anatomik başarının yanı sıra postop dönemde prolapsus semptomların olmayışı ve kadınların bu durumu iyileşme olarak algılamaları yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli olabilmektedir.

Ayrıca literatürde anti-inkontinans cerrahisi olmaksızın sadece POP cerrahisi sonrasında %13-%67 oranında SÜİ gelişebileceği belirtilmektedir (Liang ve ark. 2007; Al-Mandeel ve ark. 2011; Malak 2011). Al-Mandeel ve arkadaşlarının (2011), çalışmasında POP cerrahisi geçiren ve kontinan olan 100 kadından %42'sinde 1. yılda SÜİ geliştiği bulgulanmıştır. Çalışmamızda BFLUTS inkontinans alt boyutunda postop 6. ayda, preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı fark saptanması literatür bilgisini destekler nitelikte değildir. Hastaların 1. yıl kontrollerinde inkontinans görülme olasılığı vardır.

SÜİ'a eş zamanlı POP cerrahisi uygulaması tekrarlı üriner inkontinans ve POP gelişimini ve tekrar operasyon oranını azaltabilmekte, operasyon başarısızlık riskini en aza indirebilmekte, inkontinans semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırabilmektedir (Anger ve ark. 2008; Lin ve ark. 2011).

Domingo ve arkadaşları (2007), 49 TOT, 44 TOT ve beraberinde ek pelvik taban tamiri olan kadınların ameliyat sonrası UDİ-6 ve IIQ-7 ile yaşam kalitelerini

değerlendirdiklerinde; Tüm grubun UDİ-6 skorunun preoperatif 49'dan postoperatif 15'e, TOT grubunun UDİ-6 skorunun preoperatif 52'den postoperatif 14'e, TOT+pelvik taban tamiri olan grubun skorunun preoperatif 45'den postoperatif 17'e düştüğü, IIQ-7 skorları analiz edildiğinde ise tüm grup skorunun 40'dan 9'a, TOT grubunun IIQ-7 skorunun preoperatif 45'den postoperatif 10'a, TOT+pelvik taban tamiri olan grubun skorunun preoperatif 35'den postoperatif 8'e düştüğü saptanmıştır. Buna göre tüm grubun ve grupların ameliyat sonrası yaşam kaliteleri önemli derecede artmıştır. Aynı çalışmada %10 kadında ameliyat sonrası urge inkontinans ve SÜİ şikayeti, %34 kadında urgency, frequency şikayeti görülürken %96,8 oranında ise üriner inkontinans ortadan kalkmıştır (Domingo ve ark. 2007). Barber ve arkadaşları (2008), randomize çalışmalarında TVT (76 vaka), TOT (66 vaka) ve beraberinde ek prolapsus cerrahisi geçiren kadınların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinde artma olduğunu ancak %15'inde stres inkontinans ve %10'unda urge inkontinans şikayetleri tanımlamışlardır (Barber ve ark. 2008).

Bary ve arkadaşları (2008), TVT, TOT+ön onarım, VAH ve kaf prolapsus tamiri geçiren iki grubun BFLUTS ve IIQ-7 ölçekleri postoperatif 3. ayda yaşam kaliteleri incelendiğinde tüm grubun preoperatif döneme kıyasla BFLUTS skorlarında ve IIQ-7 skorlarında önemli derecede gelişme olduğu saptanmıştır (Barry ve ark. 2008). SÜİ ve MÜİ nedeniyle midüretal sling ve ek POP cerrahisi uygulanan (anterior, posterior kolporafi, VAH) kadınların 1. yılda yaşam kalitelerinin (UDİ-6 ve IIQ-7) önemli derecede arttığı Lin ve arkadaşları (2011) tarafından bulgulanmıştır (Lin ve ark. 2011). Nguen ve Burchette (2008), randomize çalışmalarında anterior vajinal prolapsus tamiri ve ek prolapsus ve beraberinde midüretal sling operasyonu geçiren kadınların ameliyat sonrası yaşam kalitelerinin 6. ayda geliştiğini ve üriner semptomlarının azaldığını belirlemişlerdir (Nguyen ve Burchette 2008).

Fitzgerald ve arkadaşları (2001) ve Bakas ve arkadaşları da (2006) pelvik taban tamiri ve/veya SÜİ cerrahisi geçiren kadınlarda ameliyat sonrası çok düşük UDİ-6 ve IIQ-7 skorları elde etmiş, UDİ-6 ölçeğinin alt boyutlarından postoperatif irritatif/urge semptomlar ve stres semptomlarda anlamlı derecede düzelme sağlandığını saptamışlardır (FitzGerald ve ark. 2001; Bakas ve ark. 2006). Rogers ve arkadaşları (2006), benzer olarak sadece SÜİ ve POP+SÜİ cerrahisi geçiren kadınların postop 6.

ayda IIQ-7 skorlarında anlamlı derecede azalmayla birlikte yaşam kalitelerinin arttığını göstermiştir (Rogers ve ark. 2006).

Çalışmamızda SÜİ cerrahisi ve beraberinde ek POP cerrahisi geçiren Üİ+POP grubunda (n=39), BFLUTS toplam puan skorları preoperatif $32,9 \pm 10,7$, postoperatif 6. ayda $12,5 \pm 8,9$ olarak saptandı. Toplam puan skorunda ve BFLUTS alt boyutlarından depolama (preop $7,4 \pm 3,3$ postop $4,7 \pm 2,7$) ve inkontinans alt boyutunda (preop $10,2 \pm 4,0$ postop $2,2 \pm 2,2$) preoperatif döneme kıyasla ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (Tablo 4-8), ve hem depolama hemde inkontinans semptomlarında postoperatif 6. ayda düzelme olduğu görüldü. Üİ+POP cerrahisi geçiren grubun BFLUTS ile yapılan değerlendirmesinde üriner semptomların postoperatif dönemde anlamlı düzeyde azaldığı belirlendi. Aynı grupta kadınların toplam UDİ-6 skorlarında (preoperatif dönemde $64,3 \pm 19,7$ postoperatif 6. ayda $24,8 \pm 22,7$) ve tüm alt boyut skorlarında (irritatif/ urge semptom, stress semptom ve obstrüktif / rahatsız edici semptom) anlamlı derecede azalma olduğu (Tablo 4-11), postoperatif 6. ayda toplam IIQ-7 skorları (preop $61,8 \pm 28,5$, postop $23,9 \pm 33,2$) ve alt boyut skorlarında da (fiziksel aktivite, yolculuk, sosyal/ilişkiler ve emosyonel sağlık) anlamlı derecede azalma olduğunun belirlenmesi (Tablo 4-11) bu gruptaki kadınların yaşam kalitelerinin pozitif yönde etkilendiğini göstermektedir. Sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Üİ+POP cerrahisinin postoperatif üriner inkontinans semptomlarını ortadan kaldırdığı ve yaşam kalitesini önemli derecede geliştirdiği söylenebilir.

Sistorektosel, rektosel, sistosel ve pelvik organ prolapsus cerrahisine ek antiinkontinans cerrahisi uygulanan ve postop 6. ayda yaşam kaliteleri değerlendirilen bir çalışmada da kadınların UDİ-6 ve IIQ-7 toplam ve alt boyut skorlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu yaşam kalitelerinin yükseldiği ve üriner inkontinans ve prolapsus şikayetlerinin ortadan kalktığı saptanmıştır (El-Azab ve ark. 2009). Esin (2007), TOT ve /veya POP cerrahisi uygulanan kadınların 6. ayda UDİ-6 toplam skor ve alt boyutlarından irritatif/urge semptom ve stress semptom skorlarında ve IIQ-7 skorlarında anlamlı düzeyde azalma saptamış ve yaşam kalitesinin pozitif yönde geliştiğini bulgulamıştır (Esin 2007). Benzer olarak Özyüncü (2004)'de TVT ve/veya ÖAP/VAH cerrahisi uygulanan kadınların 6. ayda IIQ-7 ve UDİ-6 skorlarında ki azalmanın anlamlı olduğunu belirlemiştir (Özyüncü 2004). Altaş (2008)'in çalışmasında da TOT ve TOT+POP cerrahisi uygulanan kadınların 9. ayda IIQ-7 toplam

puan skorlarında ve UDİ-6 toplam skor ve tüm alt boyut skorlarında ileri düzeyde anlamlı düzelme görülmüştür (Altaş 2008).

Çalışmaya katılan ve Üİ ve/veya POP cerrahisi uygulanan tüm kadın grubunun preop – postop 6. ay analizlerinde BFLUTS toplam puan skorları preoperatif $28,8 \pm 14,0$, postoperatif 6. ayda $12,3 \pm 10,0$ olarak saptandı. Toplam puan skorunda ve BFLUTS alt boyutlarından depolama (preop $7,0 \pm 3,3$ postop $4,5 \pm 2,7$) ve inkontinans alt boyutunda (preop $8,7 \pm 5,1$ postop $2,4 \pm 3,0$) preoperatif döneme kıyasla ileri düzeyde anlamlı fark olduğu (Tablo 4-8), ve hem depolama hemde inkontinans semptomlarında postoperatif 6. ayda düzelme olduğu işeme semptomlarında değişiklik olmadığı saptandı. Tüm grubun BFLUTS ile yapılan değerlendirmesinde alt üriner yol semptomlarının postoperatif dönemde anlamlı düzeyde azaldığı söylenebilir. Tüm kadınların toplam UDİ-6 puanlarında (preoperatif dönemde $56,9 \pm 26,2$ postoperatif 6. ayda $23,2 \pm 24,6$) ve tüm alt boyut puanlarındaki (irritatif/ urge semptom, stress semptom ve obstrüktif / rahatsız edici semptom) azalmanın ileri düzeyde anlamlı olduğu (Tablo 4-11), postoperatif 6. ayda toplam IIQ-7 puanları (preop $56,6 \pm 29,2$, postop $19,2 \pm 27,8$) ve alt boyut puanlarında da (fiziksel aktivite, yolculuk, sosyal/ilişkiler ve emosyonel sağlık) ileri düzeyde anlamlı azalma olduğunun belirlenmesi (Tablo 4-10) gruptaki kadınların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğinin göstergesidir.

Sonuçlarımız literatürde Üİ ve/veya POP cerrahisi uygulanan gerek aynı gerekse farklı yaşam kalite ölçekleriyle yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumludur (FitzGerald ve ark. 2001; Helstrom ve Nilsson 2005; Bakas ve ark. 2006; Rogers ve ark. 2006; El-Azab ve ark. 2009; Shalom ve ark. 2011; Shen ve ark. 2011).

Çalışma bulgularımız Üİ ve/veya POP cerrahisinin IIQ-7 ve UDİ-6 ve BFLUTS ölçekleriyle ameliyat sonrası 6. ayda yapılan değerlendirmelerinde kadınların yaşam kalitelerinde önemli derecede gelişme sağladığını göstermektedir. Aynı zamanda postop 6. ayda SÜİ'nin ve/veya POP semptomlarındaki iyileşmenin yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli bir etkisi olduğu kuşkusuzdur. Ayrıca çalışmamızda birçok kadın preop dönemde, üriner inkontinans nedeniyle özellikle temizlik alışkanlıklarının kesintiye uğradığını dolayısıyla abdest alma ve namaz kılma gibi dini ibadetlerini yerine getirmede çok sıkıntı yaşadıklarını ve kendilerini kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir, postop 6. ayda Üİ semptomlarının ortadan kalkmasıyla dini inançların yerine

getirilmeye başlanması, kadınların kendilerine olan güvenin artmasına ve beraberinde yaşam kalitelerinin olumlu etkilenmesine katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda tüm grupta semptomların anlamlı olarak azalması ve yaşam kalitesinin tüm operasyon gruplarında anlamlı derecede gelişmesi olumlu bir sonuçtur. Hastaların post-op uzun dönem takiplerinin yapılması, uzun dönemde tekrarlayan semptomların belirlenmesi açısından yararlı olacaktır.

POP ve Üİ cerrahisi, lokal anatominin rekonstrüksiyonunda ve semptomların azaltılmasında / giderilmesinde büyük bir role sahiptir. Ancak bu durum cinsel yaşamın optimal düzeyde iyileşeceğini garantilemez. Bazı çalışmalarda; prolapsus ya da inkontinans için yapılan vajinal cerrahi sonrası cinsel disfonksiyonun % 20'lere kadar ulaştığı öne sürülmüştür. Cinsel fonksiyon vajinal cerrahiden kötü ya da iyi yönde etkilenebildiği gibi hiç etkilenmeyebilir.

POP ve Üİ amacıyla uygulanan cerrahiler sonrası kadında görülen cinsel fonksiyon bozuklukları düzeliyor mu? sorusuna cevap verebilecek araştırma sayısı özellikle ülkemizde yok denecek kadar azdır. Literatürde pelvik taban cerrahilerinin etkilerine yönelik yapılan en önemli ilk çalışmalardan biri Weber ve arkadaşları (2000)'nin çalışmasıdır. Toplam 161 olgudan cinsel aktif olan 81 kadının ameliyat sonuçları postoperatif 6. ve 12. ayda değerlendirildiğinde histerektomi, inkontinans cerrahisi, vajinal histerektomi ve abdominal yoldan prolapsus cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası üriner inkontinans yönünden kadınlar kontinan hale gelmesine rağmen ilişki sıklıklarında anlamlı bir değişim olmadığı görülmüş ve ilişki sıklıkları %51 kadında aynı kalırken, %22'sinde artmış, %27'sinde azalmış olduğu saptanmıştır (Weber ve ark 2000).

Pauls ve arkadaşları (2007) pelvik organ prolapsusu ve/veya üriner inkontinans cerrahisi uygulanan 61 kadının postoperatif 6. ayda cinsel ilişki sıklıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında, preoperatif dönemde %51 oranında kadın ayda 2-4 kez cinsel ilişki yaşarken, postoperatif 6. ayda bu oranın %54'e yükseldiği, ayda 5-8 kez cinsel ilişki yaşayan %23 oranında kadının postoperatif 6. ayda %33'e yükseldiği saptandı, ancak cinsel ilişki sıklık oranlarda değişim olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır (Pauls ve ark. 2007).

Benzer şekilde Kim ve arkadaşlarının (2008) sadece midüretal sling (32 vaka) ve midüretal sling ile birlikte posterior kolporafi operasyonu geçiren (15 vaka) toplam

47 kadında preoperatif ve postoperatif 6. ayda gerek tüm grup gerekse ameliyat grupları arasında cinsel ilişki sıklıklarında anlamlı bir değişim olmadığı saptanmıştır (Kim ve Choi 2008). TOT operasyonu geçiren ve 6. ayda 62 kadının cinsel fonksiyonlarını değerlendiren El-Enen ve arkadaşları da (2009), postoperatif kadınların %63'ü haftada 1-2 kez ya da ayda 3 kez ilişkiye girdiği postoperatif 6. ayda %57'sinin cinsel ilişki sıklıklarının aynı kaldığı, %31'inde artma olduğu, %13'ünde azalma olduğunu saptamışlardır (El-Enen ve ark. 2009). Sarı ve arkadaşları (2008), TOT ve TVT yapılan 29 kadının postoperatif 9. ayda ve Elzeiver ve arkadaşları (2008), TOT ve TVT-O yapılan 77 kadınıla postoperatif 3. ayda yaptıkları görüşmelerinde preoperatif ve postoperatif cinsel ilişki sıklıklarında bir değişiklik olmadığını saptamışlardır (Elzeiver ve ark. 2008; Sarı ve ark. 2008). POP ve SÜİ nedeniyle anterior vajinal duvar cerrahisi yapılan 61 kadının postop 1. yılda cinsel ilişki sıklığında ise azalma olduğu saptanmıştır (Shen ve ark. 2011).

Çalışmamızda da tüm grup (116 vaka) kadınların postoperatif dönemde haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %57,8 iken postoperatif 6. ayda bu oran % 56,9 olarak bulundu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4-13). Ameliyat gruplarına göre; POP grubundaki kadınların preoperatif dönemde haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı % 54,3 iken postoperatif 6. ayda bu oran % 51,4 olarak bulundu ve preoperatif ve postoperatif 6. ayda cinsel ilişki sıklığının dağılımları arasında anlamlı fark saptanmadı. Üİ grubundaki kadınların ameliyat öncesinde haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı %64,3 postoperatif 6. ayda bu oran % 59,5 olarak bulundu ve aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi. Üİ +POP grubundaki kadınların ameliyat öncesinde haftada 2 ve daha fazla cinsel ilişkide bulunma oranı % 53,8 iken postoperatif 6. ayda bu oran % 59 olarak bulundu ve yine aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4-13).

Çalışmamızda postoperatif 6. ayda PISQ-12 skorlarında anlamlı düzeyde farklılık olmasına ve cinsel fonksiyonda iyileşme olmasına rağmen hem tüm grup hem de ameliyat gruplarına göre kadınların preoperatif ve postoperatif 6. ayda cinsel ilişki sıklıklarında değişim olmadığı bulguları. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. İlişki sıklıklarında değişimin olmaması Üİ ya da POP nedeniyle olabileceği gibi kadının yaşı, menopozal durum, eşle olan ilişkileri, ameliyat bölgesine zarar verileceği ve buna bağlı ağrı korkusuyla ilişkide isteksizlik yaşanabileceği gibi nedenlerle olabilir.

SÜİ cerrahisinin/vajinal diseksiyonun vasküler ve nöral yapılara zarar verebileceği bunun da vajinal duyu ve orgazmı etkileyebileceği, vajinadaki daralma, skarlaşma, bant erezyonu ya da bantın çok sıkı yerleştirilmesine bağlı olarak cinsel fonksiyonun bozulabileceği ya da etkilenebileceği belirtilmektedir (Kim ve Choi 2008; Srivastava ve ark. 2008; Espuña Pons 2009; Thakar 2009).

Prospektif bir İsveç çalışması SÜİ cerrahisi sonrası cinsel istek ve dispareniye azda olsa bir gelişme olduğunu ancak orgazmik fonksiyonun bozulduğunu göstermiştir (Berglung ve Fugl-Meyer 1996). İnkontinans/pelvik taban cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini ele alan çalışmalar incelendiğinde sonuçlar farklılık göstermektedir. Hasse ve Skibsted (1998) Burch operasyonu sonrasında cinsel fonksiyonu değerlendirmiş ve kadınların %24'ünün cinsel fonksiyonlarının geliştiğini, %67'sinin değişmediğini ve %19'unun bozulduğunu saptamışlardır (Hasse ve Skibsted 1988). Lemack ve Zimmern (2000), vajinal süspansiyon cerrahisinin kadınların cinsel aktivitesini değiştirmediklerini raporlamıştır (Lemack ve Zimmern 2000). Glavind ve Tetsche (2004) vajinal siling operasyonu olan ve öncesinde koital inkontinans yaşıyıp ameliyat sonrasında iyileşen kadınların yarısının daha iyi bir cinsel yaşama sahip olduklarını saptamıştır (Glavind ve Tetsche 2004).

Bazı çalışmalar SÜİ cerrahisi sonrası genital duyarlılıkta azalma, lubrikasyonda değişim gibi nedenlerle cinsel fonksiyonda bozulmaya yol açtığı sonucuna varırken, bazı çalışmalarda cinsel fonksiyonda gelişme olduğu ya da değişmediği saptanmıştır. Son yıllarda özellikle Üİ nedeniyle TVT'nin yanı sıra TOT sıklıkla uygulanmaktadır. TOT uygulamasının cinsel fonksiyon üzerine etkilerine yönelik çalışma sayısı literatürde ve ülkemizde kısıtlıdır. Bu konuda yapılan çalışma sonuçları tutarlılık göstermemektedir.

TOT sonrası, sling prosedürünün vasküler ve nöral yapılara zarar vermesiyle cinsel fonksiyonun bozulabileceği açıklanmaktadır. Ancak TVT ve TOT sonrası klitoral kan akımına olan etkinin değerlendirildiği çalışmalarda, TVT'nin kan akımını negatif etkilediğini klitorisdeki erektile dokuya olan kan akımının azalmasıyla birlikte vajinal duvar elastikiyetinin azalması ve skarlaşma sonucunda cinsel fonksiyonun bozulduğu düşüncesi öne sürülmüştür (Goldstein ve Berman 1998; Caruso ve ark. 2007). TOT'un ise operasyonunda izlenen anatomik yol nedeniyle, yerleştirilen bandın aslında major nörovasküler yapılarla ilişkide olmadığı ve cinsel fonksiyona etkisi olmadığı ve TOT'un

bu anlamda diğer tekniklere göre anatomik olarak daha güvenli bir yaklaşım olduğu bildirilmektedir (Delmas 2005). Ancak yinede TOT sonucunda vajinal anatominin değişime uğramasıyla cinsel disfonksiyon görülebilmektedir. Elzeiver ve arkadaşları (2008), TOT'un TVT'den daha fazla cinsel disfonksiyona katkı sağladığını rapor etmiştir. Bunun nedenini de TOT'un vajinal bölgede daralmaya neden olduğu ve bunun sonucunda da ilişki sırasında ağrı daha fazla yaşanacağı şeklinde açıklamıştır. Ayrıca TOT ameliyatı olan kadınların eşlerinin %10'u vajinal daralma deneyimlediklerini belirtmiştir (Elzevier ve ark. 2008). Cholhan ve arkadaşları (2010), paraüretal bandın TOT sonrası disparoni ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Cholhan ve ark. 2010).

TVT'nin cinsel fonksiyon üzerine etkisini geçerlik güvenirliği yapılmamış soru formuyla araştıran bir çalışmada %72 kadında postoperatif dönemde cinsel fonksiyonda bir değişim olmazken, %14 oranında kadın, libido kaybıyla birlikte cinsel fonksiyonda kötüleşme olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde TVT ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada da kontrol grubuna oranla TVT grubunda anlamlı derecede orgazm, ağrı ve memnuniyette bir kötüleşme olduğu saptanmıştır (Kim ve Choi 2008).

Çayan ve arkadaşları (2008) tarafından SÜİ cerrahisi geçiren 94 kadının (53 vajinal siling, 41 Burch) postoperatif dönemde FSFI ile yapılan değerlendirmesinde tüm grubun toplam FSFI skorlarında postoperatif dönemde önemli derecede düşüş (ameliyat öncesi $20,83 \pm 9$ postoperatif dönemde $17,33 \pm 9$) olmuştur. Postoperatif FSFI alt boyutlarında (cinsel istekde, uyarılmada, lubrikasyonda, orgazmda ve memnuniyet skorlarında) da önemli derecede azalma gözlenmiş, cinsel yaşam negatif etkilenmiştir. İki ameliyat grubu kıyaslandığında total FSFI skorları ve alt boyutlarının gruplar arasında da cerrahi sonrasında fark olduğu Burch grubunda postoperatif cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon ve orgazm skorlarında anlamlı derecede daha fazla azalma olduğu, ağrı boyutunda anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Cayan ve ark. 2008). Yeni ve arkadaşları (2003), TVT sonrasında FSFI alt boyut ortalamalarında önemli derecede azalma rapor etmişlerdir (Yeni ve ark. 2003). Sarı ve arkadaşları da (2008), TOT ve TVT yapılan 29 kadının postoperatif 9. ayda FSFI değerlendirmesinde FSFI skorlarını $19,3 \pm 10,7$ olarak saptamışlardır. Kadınların 9. ayda üriner inkontinans semptomları olmamasına rağmen cinsel fonksiyonlarının bozuk olduğunu saptamışlardır (Sarı ve ark. 2008). Özellikle vajinal cerrahiyi takiben cinsel disfonksiyonun sebebinin cerrahinin

iliohipogastik ya da pudendal arterial kan akımının bozulmasına yol açarak vajinal düz kaslarda fibroze, vajinal kuruluğa ve disparoniye neden olabileceği düşünülmektedir (Espuña Pons 2009).

Üİ ve/veya POP cerrahisi cinsel fonksiyonu negatif etkileyebildiği kadar SÜİ cerrahisinin cinsel fonksiyonu pozitif yönde etkilediği ya da değişim yaratmadığına dair çalışmalar da vardır. Bu çalışmalar incelendiğinde;

De Souza ve arkadaşları (2011), 27 TVT ve 37 TOT operasyonu geçiren kadınların postoperatif 6. ay cinsel fonksiyonları PISQ-12 ile değerlendirildiği çalışmada TVT grubunun %79'unda, TOT grubunun %66'sında koital inkontinansın azaldığı ve gruplar arasında farkın olmadığı belirlendi. Preoperatif ve postoperatif 6. ay karşılaştırıldığında her iki grubun PISQ-12 skorlarında önemli gelişme olduğu saptandı. İlişkide ağrı ve inkontinans korkusu 6. ayda her iki grupta önemli derecede azalma göstermiş ve 6. ayda siling cerrahisini takiben disparonide bir artış ve orgazm yoğunluğu üzerine olumsuz bir etkisi olmadığı saptanmıştır (De Souza ve ark. 2012). Benzer şekilde Pinto ve arkadaşları (2007)'da 64 subüretal cerrahi geçiren kadınların postoperatif 6. ay FSFI ile yaptıkları değerlendirmede hem toplam FSFI skorlarında hem de alt boyutlarında preoperatif döneme göre istatistiksel olarak önemli farklılık saptamamışlardır (Pinto ve ark. 2007).

TOT prosedürü için Sentilhes ve arkadaşları %31 oranında ilişki memnuniyetinde artma ve %10 bozulma rapor etmişlerdir (Sentilhes ve ark. 2008). Hasse ve arkadaşları (1988), prospektif çalışmalarında SÜİ cerrahisi sonrası kadınların %24'ünde cinsel yaşamlarında gelişme olduğunu, %67'sinde değişim olmadığını ve %9'unun cinsel yaşamlarında bozulma olduğunu bulgulamışlardır ancak hastaların iyi şekilde bilgilendirildiklerinde vajinal cerrahi sonrası cinsel yaşam prognozlarının iyi olduğu sonucuna varmışlardır (Hasse ve Skibsted 1998). Maatia ve arkadaşları (2002), TVT sonrasında cinsel fonksiyonda hiçbir değişim olmadığını saptarken (Maatia ve ark. 2002), Xu ve arkadaşları (2011) ek prolapsus cerrahisi geçirmeksizin sadece SÜİ cerrahi geçiren (TVT-O) ve cinsel aktif olan 55 kadını postoperatif 6. ayda cinsel fonksiyonları FSFI ile kıyaslandığında toplam FSFI skorları preoperatif $19,98 \pm 1$, postoperatif $20,10 \pm 0,95$ olarak saptanmış, FSFI alt boyutlarında da (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı) postoperatif dönemde bir yükselme olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Xu ve arkadaşları 2011). Lau ve

arkadaşları da (2010) benzer çalışmada PISQ -12 ile yaptığı değerlendirmede aynı sonuçlara ulaşmıştır (Lau ve ark. 2010).

Murphy ve arkadaşları (2008), 36 TVT ve 103 TVT-O olan kadınların postoperatif dönemde cinsel fonksiyonlarında pozitif yönde gelişme olduğunu 2 prosedür arasında önemli bir fark olmadığını saptamıştır (Murphy, ve ark. 2008). El-Enen ve arkadaşları (2009), 62 TOT operasyonu geçiren ve 6. ayda cinsel fonksiyonlarını değerlendiren çalışmalarında, FSFI alt boyutu olan disparonide anlamlı derecede düzelme olduğunu (ameliyat öncesi %34 iken postoperatif dönemde %18) saptamışlardır. Aynı çalışmada 34 kadın ameliyat öncesine oranla orgazm olma yönünden değişim olmadı diye ifade ederken, 10 kadın ameliyat sonrasında daha az sıklıkta orgazm olduğunu, 16 kadın ise orgazm sıklıklarında artma olduğunu belirtmiştir. Ameliyat öncesinde nadiren ya da hiç orgazm olmayan kadın oranı %19 iken ameliyat sonrası bu oran %13'e gerilemiştir. Yine cinsel ilişki memnuniyetinde ameliyat sonrasında anlamlı derecede artış olmuştur. FSFI toplam skor postoperatif dönemde 21,2 ve postoperatif dönemde 30.1 olmuş ve tüm alt boyutlarında postoperatif dönemde anlamlı derecede bir artma olmuştur. Ayrıca bu çalışmada ameliyat öncesiyle (10,4cm), postoperatif dönemde (9,8 cm) vajinal uzunluk ölçülmüş vajinal kısalma olmasına rağmen hiçbir kadın cinsel ilişki sırasında herhangi bir problem yaşamadığını belirtmiştir (El-Enen ve ark. 2009).

Jha ve arkadaşları (2007), 43 TVT ve 11 TVT- O ameliyatı olan kadınların her iki grubun postoperatif 6.ayda cinsel fonksiyonlarında (PISQ skorlarında) anlamlı düzeyde gelişme olduğunu, PISQ davranışsal/emosyonel alt boyutta preoperatif – postoperatif bir değişim olmazken, fiziksel durum ve partnerle ilgili durum alt boyutunda postoperatif anlamlı gelişme saptamışlardır (Jha ve ark. 2007).

Çalışmamızda da TOT olan Üİ grubu (42 vaka) kadınların preop ve postop 6 ay sonrası ölçümlerden elde edilen PISQ-12 toplam puan ortalamalarının preop $28,3 \pm 8,5$, postop $32,2 \pm 7,1$ 'e yükseldiği ve anlamlı fark olduğu, PISQ-12 **davranışsal/emosyonel durum** (cinsel istek, orgazm olma, cinsel heyecan duyma, ilişki memnuniyeti) altboyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark çıkmazken, ameliyattan sonra 6. ayda, **fiziksel durum** (cinsel ilişkide ağrı, cinsel ilişkide idrar kaçırma, kaçırma korkusu nedeniyle ilişkiden kaçınma, cinsel ilişkide olumsuz duygusal tepkiler gösterme) ve **partnerle ilgili durum** (ešte ereksiyon, erken boşalma sorunu ve orgazm yoğunluğu)

puan ortalamalarının preoperatif döneme göre çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-15). Sling operasyonlarının kadın cinsel fonksiyonları üzerine etkisi olmadığı yönünde sonuçlanan çalışmaların aksine çalışmamızda genel cinsel fonksiyonda 6. ayda TOT grubunda gelişmenin anlamlı düzeyde olması ve çalışmalarda TOT'un postoperatif cinsel ilişkide ağrının daha fazla olduğu gösterilmesine rağmen çalışmamızda dispareniyi içeren fiziksel durum boyutunun anlamlı çıkması olumlu bir sonuçtur.

Bu sonuç pozitif yönde etki gösteren diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. TOT ameliyatı sonrası cinsel fonksiyonun pozitif yönde etkilenmesinin nedeni midüretal sling ameliyatının minimal invazif bir yöntem olması, yine üriner inkontinansın postoperatif dönemde ortadan kalkmasıyla birlikte kuru kalmanın ve beden imajının gelişmesinin cinsel fonksiyon üzerine olumlu etki yapmış olması olabilir. Arts-de Jong ve arkadaşları (2011), TOT'un ilişkide idrar kaçırmayı azalttığı ve ilişki sırasında ve sonrasındaki ağrıyı azalttığı için cinsel fonksiyon üzerine pozitif etki yaptığını saptamıştır (Arts-de Jong ve ark. 2011). Çalışmalarda koital inkontinansın cerrahi sonrası azalması ya da geçmesiyle cinsel fonksiyonda gelişme olduğu gösterilmiştir (Sentilhes ve ark. 2009; Jha ve ark. 2012).

Çalışmamızda TOT grubunda PISQ-12 davranışsal/emosyonel durum (cinsel istek, orgazm olma, cinsel heyecan duyma/uyarılma, ilişki memnuniyeti), alt boyutunun puan ortalamalarının preoperatif döneme göre azda olsa artış göstermesi (Tablo 4-15) sling ameliyatının cinsel istek, orgazm, cinsel heyecan duyma/uyarılma ve ilişki memnuniyeti üzerine negatif etki yapmadığının göstergesidir. Çalışmamızda TOT ameliyatı sonrası cinsel fonksiyonda bozulma olmadığı saptanmıştır.

Bir çok çalışmada pelvik organ prolapsus cerrahi tedavisinin cinsel fonksiyon üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları, pelvik organ prolapsus cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine farklı etkilerinin olduğu yönündedir. Prolapsusu düzeltmek için yapılan pelvik rekonstrüktif cerrahinin vajinal kanalın daralması, vajinal fizyolojik aksın değişmesi, dispareni, lubrikasyonun azalması, üriner inkontinans korkusu gibi sebeplerden dolayı cinsel fonksiyonu etkileyebilmektedir (Srivastava ve ark. 2008; Espuno Pons 2009; Thakar 2009).

Rogers ve arkadaşları (2006), tarafından yapılan bir çalışmada PISQ-12 ile 6. ayda yaptıkları değerlendirmede özellikle prolapsus ameliyatı geçirmiş kadınların üriner

semptomlarında düzelme olmasına rağmen cinsel fonksiyonlarında bozulma olduğunu saptamışlardır (Rogers ve ark. 2006). POP cerrahisi uygulanan 33 kadının postop 6. ayda PISQ-12 ile yapılan cinsel fonksiyon değerlendirmesinde PISQ-12 skorlarında ve alt boyut skorlarında önemli derecede azalma olduğu saptanmış ve 6. ayda cerrahinin bir yan etkisi olarak cinsel fonksiyonda bozulma olduğu yorumunu yapmışlardır (Su ve ark. 2009).

Azar ve arkadaşları (2008), POP'lu kadınların anterior ve posterior kolporafi yöntemi ile ameliyat edilen kadınların FSFI ile postoperatif 6. ayda cinsel fonksiyonlarını değerlendirdiklerinde cinsel istek, tahrik olma, vajinal kayganlık, orgazm olma ve cinsel memnuniyetin pozitif yönde etkilendiğini, cinsel fonksiyonun geliştiğini ancak dispareni arttığını negatif etkilendiğini bulmuşlardır (Azar ve ark 2008). Hoda ve arkadaşları (2011) benzer çalışmada anterior ve posterior kolporafi yöntemi ile ameliyat olan kadınların 3. ayda FSFI skorlarında azalma olurken 6. ve 12. ayda giderek FSFI skorlarında yükselme olduğu ve zamanla cinsel fonksiyonda gelişme olduğunu belirtmişlerdir (Hoda ve ark. 2011).

Carey ve arkadaşları (2009), anterior ve posterior kolporafi operasyonu geçiren kadınların %40'ı postoperatif 6. ayda ilişkide dispareni tanımlamışlardır (Carey ve ark. 2009). Bir çalışmada da anterior tamir sonrası dispareni %20 oranında, arka tamir operasyonu sonrası bu oranın %63'e yükseldiği saptanırken (Milani ve ark. 2005), sistosel ameliyatı olan 64 kadının PISQ-12 ile 6. ayda cinsel fonksiyonlarını değerlendiren Cervigni ve arkadaşları (2011), prolapsus cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine pozitif etki yaptığını ve hastaların 6. ayda daha iyi bir cinsel fonksiyon tariflediklerini saptamışlardır. Dispareni insidansı bu çalışmada preoperatif %17,2'den postoperatif 6. ayda %4,7'ye düşmüştür (Cervigni ve ark. 2011). Bradner ve arkadaşları. (2011), 68 rektosel tamiri olan kadınların 6. ayda cinsel fonksiyonlarında (istek, memnuniyet, dispareni) önemli derecede gelişme sağlandığını ancak uyarılma, lubrikasyon ve orgazmda bir değişim olmadığını saptamışlardır (Brandner ve ark. 2011). Posterior tamir ameliyatı geçiren ve geçirmeyen iki grup kıyaslandığında da 6. ayda postoperatif iki grupta cinsel fonksiyonda önemli gelişme olurken posterior tamir geçiren grupta disparenide bir değişim olmamıştır (Komesu ve ark. 2007).

Kuhn ve arkadaşları da (2009), ÖAO+Süspansiyon ameliyatı olan 70 kadının postoperatif 4. ayda istek, uyarılma, lubrikasyon, ilişki memnuniyeti ve ağrı boyutunda

önemli düzeyde gelişme saptarken, orgazmde değişim olmadığını saptadılar (Kuhn ve ark. 2009). De vita ve arkadaşları (2008), ön onarım, arka onarım ve her ikisi yapılan 3 grubun postoperatif 6. ayda PISQ-12 ile değerlendirdikleri cinsel fonksiyonlarında gelişme olduğunu saptamışlardır (De Vita ve ark. 2008).

Porter ve arkadaşları (1999), tek başına posterior kolprafi ve beraberinde diğer vajinal cerrahi yapıldığında cinsel fonksiyonun kötü etkilenmediğini çoğu kadında disparoninin iyileştiğini, orgazm olmada ve cinsel istek de bir değişim olmadığını yaptıkları çalışmada saptamışlardır (Porter ve arkadaşları (1999). Shen ve arkadaşları da (2011) anterior kolporafi yapılan kadınların yarıya yakınında (%45,9) 1. yılda cinsel fonksiyonlarında bir değişim olmadığını belirlemişlerdir (Shen ve ark. 2011).

Prolapsusu düzeltmek için yapılan histerektomi de cinsel fonksiyonu ve cinsel yanıtı olumlu yada olumsuz etkileyebilmektedir (Santos ve ark. 2004; Achdari ve Dwyer 2005). Bazı çalışmalarda histerektominin vajinal kanalın üst kısmını etkileyip vajinal kısılmaya, daralmaya ya da nöropatiye sebep olduğu bunun da disparoni, lubrikasyon kaybının, orgazm sıklığındaki azalmanın ve anorgazminin kaynağı olabileceği ve cinsel memnuniyeti bozabileceği belirtilmektedir (Achdari ve Dwyer 2005). Bunun yanında bazı çalışmalarda ise histerektominin cinsel disfonksiyona neden olmadığı, hatta pelvik patolojinin ortadan kalkmasıyla cinsel aktivite ve kayganlık hissinin arttığı, disparoni ve pelvik ağrı gibi semptomların belirgin olarak azaldığı ve semptomlardan kurtulmanın orgazm sıklığında ve cinsel zevkte artışa yol açabileceği bildirilmiştir (Kjerulff ve ark. 2002).

Vajinal histerektomi olan 641 kadın 6. ayda cinsel yönden yapılan değerlendirmelerinde, vajinal histerektominin cinsel aktivite üzerine pozitif etki yaptığı saptanmıştır (Pakbaz ve ark. 2009). Lowder ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da prolapsus cerrahisi geçiren 76 kadının postoperatif 6. ayda PISQ-12 skorları 32 den 34'e yükselmiş ve cinsel fonksiyonda gelişme saptanmıştır (Lowder ve ark. 2010). Benzer şekilde Occhino ve arkadaşları (2011), vajinal prolapsus cerrahisi geçiren 92 kadınında postoperatif 6. ayda PISQ-12 ile yaptıkları değerlendirmede bu kadınların vajinalarında kısılma olmasına rağmen 6. ayda cinsel fonksiyonlarında bir değişim olmadığını belirlemişlerdir (Occhino ve ark. 2011).

Çalışmamızda da sadece pelvik organ prolapsus cerrahisi geçiren (VAH, ÖAO+Suspansiyon) gruptaki kadınların (n=35) PISQ-12 toplam puan ortalamaları

preop dönemde $30,0 \pm 5,7$ postoperatif dönemde $30,8 \pm 7,3$ olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. PISQ-12 alt boyutlarından hem **davranışsal/emosyonel durum** (cinsel istek, orgazm olma, cinsel heyecan duyma, ilişki memnuniyeti) (preoperatif dönemde $7,6 \pm 3,7$, postop dönemde $6,3 \pm 4,0$) puan ortalamaları arasında ve **partnerle ilgili duruma** (ešte ereksiyon, erken boşalma sorunu ve orgazm yoğunluğu) (preoperatif dönemde $7,3 \pm 2,3$; postoperative dönemde $7,4 \pm 2,4$) yönelik puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanırken, **fiziksel durum** alt boyutunda (cinsel ilişkide ağrı, cinsel ilişkide idrar kaçırma, kaçırma korkusu nedeniyle ilişkiden kaçınma, cinsel ilişkide olumsuz duygusal tepkiler gösterme) (preoperatif dönemde $15,1 \pm 3,2$; postoperative dönemde $17,2 \pm 3,9$) 6. ayda puan ortalamalarının preop döneme göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-15), (Şekil 4-28).

Buna göre çalışmamız sadece prolapsus cerrahisinin cinsel fonksiyonda sorunlara yol açabildiğini gösteren çalışmalarla benzerlik göstermemektedir (Achtari ve Dwyer 2005). Çalışmamızda prolapsus cerrahisi, kadınların cinsel fonksiyonlarında bir değişim yapmamıştır. Fiziksel alt boyutunda postoperatif 6. ayda olumlu pozitif yönde değişim sağlanmıştır. Ancak genel PISQ-12 skoruna göre çalışmamızda prolapsus cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine negatif etki yapmadığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde, Üİ ve POP cerrahisinin birlikte uygulandığı çalışmaların bazılarında cinsel fonksiyonda bozulma olduğu belirtilirken bazılarında cinsel fonksiyonda gelişme olduğu ya da değişmediği belirtilmektedir.

Hellstrom ve Nilson (2005), 118 kadının Üİ ve POP cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonlarında bozulma olduğunu (Helstrom ve Nilsson 2005), Burrows ve arkadaşları (2004) da prolapsus ve üriner inkontinans cerrahisi sonrasında %35 oranında kadında disparoni, %46'sında vajinal kuruluk, %14'ünde anorgazmi görülürken, %83'ünde ilişkide memnuniyet saptamışlardır (Burrows ve ark. 2004). Kim ve arkadaşlarının (2008) sadece midüretal sling (32 vaka) ve midüretal sling ile birlikte posterior kolporafi operasyonu geçiren (15 vaka) toplam 47 kadında preop ve postop 6. ayda toplam FSFI ve ağrı dışındaki alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmazken, transobturatuar yolla operasyon geçiren grupta ağrı alt boyutunda anlamlı fark saptanmış ameliyat sonrasında ağrı artış göstermiştir (Kim ve Choi 2008). İnkontinans cerrahisiyle birlikte POP cerrahisi geçiren 16 kadının (sling cerrahisi,

rektosel cerrahisi, VAH) preop ve postop 6. ayda cinsel fonksiyonlarında hiçbir değişim olmadığı saptanmıştır (Shah ve ark. 2005). İngiltere’de yapılan bir çalışmada da Üİ ve POP cerrahisi geçiren kadınların cerrahi sonrası toplam PISQ skorlarında ve fiziksel ve partnerle ilgili alt boyut puanlarında önemli gelişme olduğu saptanmıştır (Thakar ve ark. 2008).

Çalışmamızda da sadece Üİ+POP grubundaki kadınların (n=39) preop ve postop 6. ayda PISQ-12 ölçümlerinde, PISQ-12 toplam puanın preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. **Fiziksel durum** (cinsel ilişkide ağrı, cinsel ilişkide idrar kaçırma, kaçırma korkusu nedeniyle ilişkiden kaçınma, cinsel ilişkide olumsuz duygusal tepkiler gösterme) alt boyut puan ortalamalarının preop döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olması (Tablo 4-15) üriner inkontinans ve POP cerrahisi birlikte uygulandığında cinsel yaşamı pozitif yönde etkilediği ve sonuçlarımızın benzer çalışmalarla paralellik gösterdiği söylenebilir.

Postoperatif 6. ayda prolapsus ve üriner inkontinans semptomlarının yarattığı rahatsızlığın giderilmesi ve idrar kaçırma korkusu gibi durumların geçmesiyle, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma semptomunun azalması/ortadan kalkması ve POP semptomunun ortadan kalkması ve bunula birlikte kadının kendine olan güveninin artması, bununda cinsel memnuniyeti artırması, çalışmamızda PISQ-12 skorunun yüksek çıkmasında ve cinsel yaşamın gelişmesinde etkili olmuş olabilir.

Weber ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında POP ve/veya Üİ cerrahisi uygulanan kadınların ameliyat öncesi %8 olan dispareni sıklığı ameliyat sonrası 6. ayda %19’a yükselmiştir. Aynı çalışmada 80 kadından 47’sinde (%59) orgazm sıklıklarında herhangi bir değişim olmazken, %21’inin ameliyat öncesine oranla daha az sıklıkta orgazm olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada saptanan en önemli bulgu ise POP ve/veya Üİ operasyonu geçiren kadınların cinsel fonksiyon ve memnuniyetinde gelişme olduğu ya da çoğunun cinsel fonksiyonlarında bir değişim olmadığı bulgusuydu (Weber ve ark. 2000).

Pauls ve arkadaşlarının (2007) pelvik organ prolapsusunu ve/veya üriner inkontinans cerrahisi uygulanan (TVT, TVT-O, VAH, ÖAP) 61 kadının ameliyat sonrası 6. ayda cinsel fonksiyonlarını FSFI ile değerlendirdikleri çalışmalarında FSFI toplam skoru preop 25.16 ± 6.67 iken postoperatif 6. ayda 24.63 ± 6.58 düşmüştür toplam skor ve alt boyutlarında (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgasm, memnuniyet ve ağrı)

istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır (Pauls ve ark. 2007).

Üriner inkontinans ve/veya POP cerrahisi geçiren toplam 75 hastanın cerrahi öncesi ve sonrası PISQ ile cinsel fonksiyonlarının karşılaştırıldığı çok merkezli prospektif çalışmada postop 6. ayda kontinansda bir ilerleme sağlanmasıyla birlikte çoğu kadının PISQ total skorlarında önemli derecede bir yükselme saptanmasına rağmen cinsel istek, orgazm olma, cinsel heyecan duymada değişim olmamış ve disparoni şikayetinde artma olmuştur (Rogers ve ark. 2006). Bouchet ve arkadaşları (2011) da Üİ ve/veya POP cerrahisi uygulanan kadınlarda ameliyat sonrasında PISQ-12 skorlarında düşme olduğunu, cinsel istekte, orgazm sıklığında, orgazm yoğunluğunda ve disparonide önemli düzeyde bozulma olduğunu belirlemişlerdir (Bouchet ve ark. 2010). Literatür incelendiğinde pelvik taban cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine etkilerine yönelik çalışmaların farklı sonuçlarının olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda da Üİ ve/veya POP ameliyatı geçiren tüm kadınların (116 vaka) preoperatif ($28,6 \pm 7,6$) ve postoperatif 6. ayda ($31,8 \pm 6,9$) PISQ-12 toplam puan ortalamalarının ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve cinsel fonksiyonlarında gelişme olduğu saptandı (Tablo 4-15), (Şekil 4-27). Ancak tek tek maddeler analiz edildiğinde sonuçlar farklılık göstermektedir. Kadınların preoperatif döneme göre postoperatif 6. ayda orgazm olma (pre-op $1,8 \pm 1,3$ post-op $1,6 \pm 1,3$) ve orgazm yoğunluğu (pre-op $3,2 \pm 1,1$ post-op $3,1 \pm 1,2$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak düşme saptandı ve postop 6. ayda orgazm olma ve orgazm yoğunluklarında azalma olduğu belirlendi. Bunun yanında cinsel istekte, tahrik olmada, disparonide preoperatif döneme göre postoperatif 6. ayda değişim olmadığı saptanırken, cinsel ilişki memnuniyetinde, cinsel ilişkide idrar kaçırma, idrar kaçırma korkusu gibi durumlarda anlamlı düzeyde olumlu yönde gelişme olduğu saptandı (Tablo 4-15).

Daha öncede belirtildiği gibi Üİ cerrahisi ya da vajinal diseksiyon vasküler ve nöral yapılara zarar verebilmekte buda vajinal duyu ve orgazmı etkileyebilmektedir, Ancak normal fonksiyonel anatominin yanısıra cinsel fonksiyonun bir çok faktörden etkilenebileceği de unutulmamalıdır. Buna göre çalışmamızda Üİ ve/veya POP cerrahisi 6. ayda kadınların cinsel yaşamına olumlu/pozitif etki yapmakla birlikte cinsel fonksiyona pozitif etki gösteren çalışmalarla benzerlik gösterse de tüm cinsel fonksiyon, cinsel istek, orgazm olma, cinsel memnuniyet gibi bireysel parametreler değişiklik gösterebilmektedir.

Pelvik taban cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine etkilerine yönelik çalışmaların sonuçlarındaki farklılık, çalışma grupları arasındaki demografik verilerin farklı olmasına, farklı ölçme araçlarının kullanılmasına, yaşam stresörlerine, eşle olan ilişkilere, yaşa, menopozal duruma, kronik hastalık varlığına ve kültürel özelliklere göre değişkenlik gösterebilmektedir. Ayrıca cerrahi sonrası iç organlara zarar verme korkusu ve endişesiyle birlikte hem eşin hem de kadının genital sağlık algısındaki değişim cinsel fonksiyon üzerine negatif etkinin oluşmasına katkıda bulunan ek bir faktör olabilmektedir (Espuno Pons 2009; Thakar 2009). Bu nedenle pelvik taban cerrahisinin tüm kadınlarda cinsel fonksiyonu geliştirdiği sonucuna varmak güçtür. Bu nedenle Üİ ve/veya POP ameliyatı geçirecek kadınlara postoperatif cinsel fonksiyonun gelişme potansiyeli konusunda ve cinsel fonksiyonun etkilenme olasılığına karşı danışmanlık verilmesi önemlidir.

Çalışmamız hem üriner inkontinans ve/veya POP cerrahisi sonrası cinsel fonksiyonun devam ettiği konusuna hem de inkontinans /prolapsus tedavi edildiğinde cinsel fonksiyonun da geliştirilmesi gerektiği konusuna dikkat çekmektedir.

Literatürde çalışmalarda özellikle standardize edilmiş geçerlik güvenirliği yapılmış ölçeklerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Son yıllarda pelvik taban cerrahisinin cinsel fonksiyon üzerine olan etkisini değerlendiren çalışmalarda genellikle FSFI ve özelliklede PISQ-12 ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir. Çalışmalar incelendiğinde genelde pelvik taban cerrahisi sonrası PISQ skorlarında yaklaşık %70 artış olduğu, alt boyutlarından genelde fiziksel ve partnerle ilgili alt boyutlarında önemli derecede gelişme olduğu orgazm, istek ya da uyarılmada azalma ya da bir değişim olmadığı sonucu çıkmıştır (Kammerer-Doak 2009).

Çalışmamızda bu anlamda PISQ-12 ölçeğinin kullanılması ve ameliyat sonrası cinsel yaşamın pozitif etkilenmesi yönünden literatürle uyumluluk göstermektedir. Erken dönemde cinsel fonksiyonu değerlendiren çalışmalarda disparenin genelde kötüleştiği yönünde sonuçların aksine çalışmamızda disparenide postoperatif 6. ayda değişim olmaması da olumlu bir sonuçtur.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Çalışma üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ayda yaşam kalitelerinin ve cinsel işlevlerinin nasıl etkilendiğini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve prospektif olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın başlangıcında öngörülen hipotezler sınandı ve üriner inkontinans ve / veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınların;

- Preoperatif dönemle karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomları arasında fark vardır.
- Her bir ameliyat grubunda preoperatif dönemle karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda alt üriner yol semptomları arasında fark vardır.
- Preoperatif dönemle karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda yaşam kaliteleri arasında fark vardır,
- Her bir ameliyat grubunda preoperatif dönemle karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda yaşam kaliteleri arasında fark vardır.
- Preoperatif dönemle kıyaslandığında postoperatif 6. ayda cinsel işlevleri arasında fark vardır.
- Preoperatif dönemle kıyaslandığında POP cerrahisi uygulanan grubun postoperatif 6. ayda cinsel işlevleri yönünden fark yokken, Üİ ve Üİ+POP grubunda fark vardır.

3 ameliyat grubunu oluşturan kadınlar arasında sosyo-demografik özelliklerden yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p > ,05$).

3 ameliyat grubunu oluşturan kadınlar arasında obstetrik özelliklerden gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli ve yeri, düşük yapma, küretaj deneyimi, epizyotomi uygulanma, doğumda yırtık oluşması açısından anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$).

Benzer şekilde, 3 grup arasında kadınların menapoza girme durumu, menapoza girme yaşı, menapoza girme süresi, hormon tedavisi alma durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$).

Ameliyat gruplarına göre kadınların kronik hastalığa sahip olma, kronik hastalık sayısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarına ilişkin dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında kronik hastalığa sahip olma, kronik hastalık sayısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu yönünden anlamlı fark olmadığı ($p>,05$), kronik kabızlık durumuna göre ise anlamlı fark olduğu ($p<,05$) saptandı. Üİ ve POP cerrahisi grubunda bulunan hastalarda kronik kabızlık sorunu yaşayanların oranı diğer gruplardan daha yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan kadınların 12'si daha önce jinekolojik ameliyat geçirmiş olup 7'si histerektomi, 3'ü POP ameliyatı, 1'i histerektomi ve Üİ ve 1 kişide Üİ ve POP ameliyatı olduğunu bildirdi. Ameliyat grupları arasında jinekolojik ameliyat geçirme dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>,05$).

Kadınların %93,1'inde herhangi bir tip üriner inkontinans vardı. Üİ tiplerine göre incelendiğinde kadınlarda en yüksek oranda %37,9 miks tip, ikinci olarak %33,6 oranıyla SÜİ olduğu saptandı. Gruplar arasında üriner inkontinans görülme dağılımları arasında ki-kare analizi sonucunda anlamlı fark olduğu saptandı ($p<,05$). POP grubunda üriner inkontinansı olan hastaların oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi.

Kadınların %37,1'i 1-3 yıldır üriner inkontinans ve/veya prolapsus sorunu yaşamaktaydı. 10 yıl ve daha uzun süre Üİ ve/veya POP yaşayan kadın oranı ise beşte bir (%19) oranındaydı. Gruplar arasında Üİ ve/veya POP görülme sürelerinin dağılımları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>,05$).

Kadınların %84,5'inde 2 derece ya da daha fazla derece prolapsus mevcuttu. Ameliyat gruplarına göre POP görülme durumunun dağılımları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<,001$). Üİ grubunda prolapsus olan kadın oranının diğer gruplara göre daha düşük olduğu belirlendi.

Kadınların %73,3'ünde sistosel, %59,5'inde rektosel ve % 56,0'ında uterin prolapsus mevcuttu. Sistosel görülme durumuna göre üç ameliyat grubu arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<,05$), Üİ grubunda sistoseli olan hasta oranının diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi.

Ameliyat grupları arasında rektosel görülme durumu yönünden yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmadı ($p > ,05$). Üç ameliyat grubunda uterin prolapsus görülme oranları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), POP grubunda uterin prolapsus olan hasta oranı en yüksek iken (% 97,1), bunu Üİ+POP grubu (%59) izlemekteydi. Üİ grubunda ise prolapsus görülme oranı en düşük bulundu.

BFLUTS toplam puan ortalaması ve gruplara göre toplam puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p < ,001$). Kadınların ameliyat sonrası 6.aydaki alt üriner yol semptomlarında ameliyat öncesine oranla düzelme oldu.

Tüm grup ve 3 ameliyat grubunda, preoperatif dönem ve postoperatif 6. ayda BFLUTS/ depolama semptomları açısından karşılaştırıldığında, tüm grubun toplam puan ortalamaları ve 3 grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), ameliyattan sonra puan ortalamalarının azaldığı belirlendi. Kadınların ameliyat sonrası 6. ayda depolama semptomlarında ameliyat öncesine oranla düzelme oldu.

Tüm grup ve 3 ameliyat grubunda, preoperatif dönem ve postoperatif 6. ayda BFLUTS/ idrar yapma semptomları açısından değerlendirildiğinde tüm grubun ve 3 grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) saptandı.

Tüm grup ve 3 ameliyat grubunda, preoperatif dönem ve postoperatif 6. ayda BFLUTS/ inkontinans semptomları açısından kıyaslandığında tüm grubun ve 3 grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p < ,001$), postoperatif 6. ayda puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı. Kadınların postoperatif 6. ayda inkontinans semptomlarında postoperatif döneme oranla düzelme oldu.

Toplam grup ve 3 ameliyat grubunda preoperatif döneme göre postoperatif 6. ayda yaşam kalitelerinin olumlu yönde arttığı görüldü (IIQ-7/fiziksel aktivite,yolculuk, sosyal ilişkiler ve emosyonel sağlık ve UDI-6/urge, stres, obstrüktif,rahatsız edici semptom).

Ölçüm zamanına göre ameliyat gruplarının cinsel ilişki sıklıklarının dağılımları karşılaştırıldığında, hem preoperatif dönem hemde postoperatif 6. ayda gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$).

Gerek tüm grubun gerekse ameliyat gruplarına göre kadınların preoperatif dönem ve postoperatif 6. ayda cinsel ilişki sıklıklarında değişim olmadığı saptandı.

Kadınların preoperatif dönem ve postoperatif 6 ay sonrası, PISQ-12 / 1.madde (*Ne sıklıkla cinsel ilişki duyarsınız?*), 3.madde (*Partnerinizle/eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız?*), 5.madde (*Cinsel ilişki sırasında ağrı hisseder misiniz?*), 10.madde (*Partnerinizin/eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme sorunu var mı?*) ve 11.maddeye (*Partnerinizin/eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?*) verdiği yanıtların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$).

Kadınların preoperatif dönem ve postoperatif 6. ayda, PISQ-12/ 2.madde (*Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm olur musunuz?*) (Şekil 4-20), ve 12.maddeye (*Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla karşılaştığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu/derecesi nasıldır?*) verdikleri yanıtların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu (madde sırasıyla $p < ,05$ ve $p < ,001$), postoperatif 6. ayda puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi. Kadınların preoperatif döneme oranla postoperatif 6. ayda orgazm olma durumlarında (2. madde) ve orgazm yoğunluklarında (12. madde) azalma olduğu görüldü.

Postoperatif 6. aydaki PISQ-12 / 4.madde (*Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden memnun musunuz?*), 6.madde (*Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmamız olur mu?*) 7.madde (*Dışkı veya idrar kaçırmaya korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?*), 8.madde (*Vajinaya doğru olan şişlik/çıkıntıdan dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?*) ve 9.maddeden (*Partnerinizle/eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tiksime, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?*) aldıkları puan ortalamalarının ise ameliyat öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Kadınların preoperatif döneme oranla postoperatif 6. ayda cinsel aktivite memnuniyetinde artma, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaya şikayetinde azalma, idrar kaçırmaya korkusuna bağlı cinsel aktiviteyi kısıtlama durumunda azalma, prolapsusa bağlı cinsel ilişkiden kaçınma durumunda azalma ve cinsel ilişki sırasında gösterilen olumsuz duygusal tepkilerde azalma olduğu görüldü.

Kadınların preoperatif dönem ve postoperatif 6. aydaki PISQ-12 toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, postoperatif 6. ayda PISQ-12 toplam puan ortalamalarının preoperatif döneme göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek

olduğu saptandı ($p < ,001$).

Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Pelvik taban disfonksiyonu, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalıklarının arttırılması,
- Multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi,
- Rutin olarak urojinekoloji kliniklerine başvuranların yaşam kalitesi ve cinsel yaşamlarının standart ölçeklerle değerlendirilmesi,
- Üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisi için hizmet veren merkezlerin sayısının artırılması ve bu merkezlerde hemşirelerin de etkin rol alması,
- Pelvik taban disfonksiyonları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, eğitim programlarının yaygınlaştırılması,
- Çalışmanın daha büyük örneklem gruplarında ve daha uzun süreli izlemi kapsayacak şekilde tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abdel-Fattah, M., Familusi, A., Fielding, S., Ford, J. ve Bhattacharya, S. (2011). Primary and repeat surgical treatment for female pelvic organ prolapse and incontinence in parous women in the UK: a register linkage study. *British Medical Journal Open*, **14,1(2)**, e000206.
- Abrams, P., Blaivas. J.G., Stanton. S.L. ve Andersen, J.T. (1988). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scandinavian journal of urology and nephrology. Supplementum*, **114**, 5-19.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ve ark. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourology and Urodynamics*, **21(2)**, 167-178.
- Abu Ali, R.M., Al Hajeri, R.M., Khader, Y.S. ve Ajlouni, K.M. (2009). Factors associated with sexual dysfunction in Jordanian women and their sexual attitudes. *Annals of Saudi Medicine*, **29(4)**, 270-274.
- Achtari, C. ve Dwyer, P.L. (2005). Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **19 (6)**, 993–1008.
- Addis, I.B. (2008). Social İmpact of Urinary Incontinence and Pelvic Floor Dsyfunction. İn R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard (Eds.), *Female Urology*. (3th Ed.). Philadelphia: Saunders Elseiver; 69–74.
- Agur, W. ve Rizk, D.E.E. (2011). Obesity and urinary incontinence in women: is the black box becoming grayer? *İnternational Urogynecology Journal*, **22**, 257-258.
- Ağralı, Y. (2005). Gerçek Stres İnkontinansın Cerrahi Tedavisinde Burch Operasyonu, Kolporafi Anterior Kelly Plikasyonu, TVT ve Kolporafi Anterior Operasyonlarının Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Akgül, A. ve Çevik, O. (2005). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Emek Ofset, Ankara.
- Akhan, S.E. (2009). Pelvik taban ve cinsel yaşam. Ö Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel TıpKitapevleri Ltd. Şti.;525-541.
- Aksakal, O.S. (2009). Orta kompartman defektleri ve cerrahi tedavisi. Ö.Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.;113- 117.

- Al-Mandeel, H., Ross, S., Robert, M. ve Milne, Jill. (2011). Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. *Neurourology and Urodynamics*, **30(3)**, 390–394.
- Alabaz, Ö. (2009). Defekasyon sorunları ile birlikte prolapsus (arka kompartman prolapsusları). Ö Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 91- 97.
- Altaş Z.G.U. (2008). Stres üriner inkontinans hastalarında midüretal Transobturator bant (TOT) cerrahisi: Klinik gözlem ve erken dönem sonuçları. TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Altman, D., Väyrynen, T., Engh, M.E., Axelsen, S. ve Falconer, C. (2008). Short term outcome after transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(6)**, 787-793.
- Anderson, K.E. (2006). Pharmacologic Treatment. In C.R. Chapple, P.E. Zimmern, L. Brubaker, A.R.B. Smith, B. Kari (Eds.), *Multidisciplinary Management of Female Pelvic Floor Disorders*. China: Churchill Livingstone Elsevier; 125-139.
- Anger, J.T., Litwin, M.S., Wang, Q., Pashos, C.L. ve Rodríguez, L.V. (2008). The effect of concomitant prolapse repair on sling outcomes. *The Journal of Urology*, **180(3)**, 1003-1006.
- Arıcan, A.E. (2009). Bronşial astım ve genital prolapsus arasındaki ilişki. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Düzce.
- Armitage, S., Seman, E.I. ve Keirse, M.J. (2012). Use of surgisis for treatment of anterior and posterior vaginal prolapse. *Obstetrics and Gynecology International*, **2012 (376251)**, 1-5.
- Arts-de Jong, M., van Altena, A.M., Aalders, C.I., Dijkhuizen, F.P. ve van Balken, M.R. (2011). Improvement of sexual function after transobturator tape procedure in women with stress urinary incontinence. *Gynecological Surgery*, **8(3)**, 315-319.
- Aslan, E. (2002). Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. İçinde N.K. Beji (Edit). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul: Emek Matbaacılık; 51-60.

- Aslan, E., Yalçın, O. ve Erkan, HA. (2010). *Pessierler*. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Ürojinekoloji Birimi. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Aslan, E., Beji, N.K., Gungor, I., Kadioglu, A. ve Dikencik, B.K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, **5(9)**, 2044- 2052.
- Aşkar, N. ve Akman, L. (2009). Semptomatik ve Asemptomatik Pelvik Organ Prolapsusu- Muayene ve Evreleme. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.;69-74.
- Avery, K.N.L. ve Donovan, J.L. (2008). Quality of Life Assessment and Questionnaires. İn J. Haslam., J. Laycock. (Eds.). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain* .(2nd Ed.). London: Springer Springer-Verlag; 67-73.
- Azar, M., Noohi, S., Radfar, S. ve Radfar, M.H. (2008). Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(1)**, 53–57.
- Azman, M.A. (2008). Tension-Free Vaginal Tape (TVT) Operasyonunun Uygulaması ve Kısa Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Bakas, P., Liapis, A., Giner, M. ve Creatsas, G. (2006). Quality of life in relation to TVT procedure for the treatment of stress urinary incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **85(6)**, 748–752.
- Barber, M.D. (2007). Questionnaires for women with pelvic floor disorders *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(4)**, 461–465.
- Barber, M.D., Amundsen, C.L., Paraiso, M.F.R., Weidner A.C., Romero, A. ve Walters, M.D. (2007). Quality of life after surgery for genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery. *International Urogynecology Journal*: **18(7)**,799–806.

- Barber, M.D, Dowsett, S.A, Mullen, K.J. ve Viktrup, L. (2005). The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, **72(3)**, 225- 32.
- Barber, M.D., Kleeman, S., Karram, M., Paraiso, M.F., Walters, M.D. ve Ellerkmann, M. (2008). Transobturator tape compared with tension free vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, **111(3)**, 611–621.
- Barber, M.D., Visco, A.G., Wyman, J.F., Fantl, J.A. ve Bump, R.C. (2002). Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology*, **99(2)**, 281–289.
- Barry, C., Lim, Y.N., Muller, R., Hitchins, S., Corstiaans, A., Foote, A. ve ark. (2008). A multi-centre, randomised clinical control trial comparing the retropubic (RP) approach versus the transobturator approach (TO) for tension-free, suburethral sling treatment of urodynamic stress incontinence: the torp study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(2)**, 171-178.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J. ve ark. (2000). Report on the international consensus development conference of female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of Urology*, **163(3)**, 888–893.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, **172(10)**, 1327- 1333.
- Baytur, Y.B., Deveci, A., Uyar, Y., Ozcakir, H.T., Kizilkaya, S. ve Caglar, H. (2005). Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **88(3)**, 276–280.
- Beji, N.K., Yalcin, O. ve Erkan, H.A. (2003). The effect of pelvic floor training on sexual function of treated patients. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **14(4)**, 234- 238.
- Berek, J.S. (Ed). (2004). *Novak Jinekoloji*. (13ncü Baskı). A, Erk (Çev. Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 691-692.
- Berglung, A.L. ve Fugl-Meyer, K.S. (1996). Some sexological characteristics of stress incontinent women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, **30(3)**, 207– 212.

- Berthier, A., Sentilhes, L., Taibi, S., Loisel, C., Philippe, G. ve Marpeau, L. (2008). Sexual function in women following the transvaginal tension-free tape procedure for incontinence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **102(2)**, 105–109.
- Bilgiç, D., Beji, N.K. ve Yalçın, Ö. (2011). Ürojinekoloji Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 9, 248-258.
- Bilgic, D. ve Beji K.N. (2010). Lower urinary tract symptoms in women and quality of life. *International Journal of Urological Nursing*, **4(3)**, 97–105.
- Biri, A., Durukan, E., Maral, I., Korucuoğlu, Ü., Biri, H., Tıraş, B. ve ark. (2006). Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **17(6)**, 604–610.
- Blaivas, J.G. ve Sandha, J. (2008). Clinical Evaluation Of Lower Urinary Tract Symptoms İn R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard. (Eds.). *Female Urology*.(3th Ed.). Philadelphia: Saunders Elseiver; 77-85.
- Bonetti, T.R., Erpelding, A. ve Pathak, L.R. (2004). Listening to “felt needs”: investigating genital prolapse in Western Nepal. *Reproductive Health Matters*, **12(23)**, 166–175.
- Bogner, H.R. (2004). Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older African Americans and whites. *Journal of American Geriatrics Society*, **52(11)**, 1870–1874.
- Bouchet, P., Crenn, D., Deleflie, M. ve Hocké, C. (2010). Influence of genital prolapse surgery on patient sexual life. *Gynecology Obstetrics & Fertility*, **38(6)**, 373-379.
- Bozkırlı, İ. ve Batur, A.A.F. (2009). Üretral Enjeksiyonlar ve Artifisiyel Sfinkterler. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 375–387.
- Bradway, C., Coyne, K.S., Irwin, D. ve Kopp, Z.J. (2008). Lower urinary tract symptoms in women-a common but neglected problem. *American Academy of Nurse Practitioners*, **20(6)**, 311 – 318.
- Brandner, S., Monga, A., Mueller, M.D., Herrmann, G. ve Kuhn, A. (2011). Sexual function after rectocele repair. *Journal of Sexual Medicine*, **8(2)**, 583-588.

- Brookes, S.T., Donovan, J., Wright, M., Jackson, S., ve Abrams, P.A. (2004). Scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract symptom questionnaire: Data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **191**(1), 73–82.
- Brown, W. J. ve Miller, Y. D. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of Science Medicine in Sport*, **4**(4), 373–378.
- Brown, J. S., Vuittinghoff, E., Wyman, J.F., Stone, K.L., Nevitt, M.C., Ensrud, K.E. ve ark. (2000). Urinary incontinence: Does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Journal of American Geriatrics Society*, **48**(7), 721–725.
- Brown, H. (1997). Cervical prolapse complicating pregnancy. *Journal National Medical Association*, **89**, 346–348.
- Brummen, H.J., Pol, G., Aalders, C.I.M., Heintz, A.P.M. ve Vaart, C.H. (2003). Sacrospinous hysteropexy compared to vaginal hysterectomy as primary surgical treatment for a descensus uteri: effects on urinary symptoms. *International Urogynecology Journal*, **14**, 350–355.
- Bullock T.L., Ghoniem, G., Klutke, C.G. ve Staskin, D.R. (2006). Advances in female stress urinary incontinence: mid-urethral slings. *British Journal Urology International*, **98**(1), 32–40.
- Bump, R.C., Mattiasson, A., Bo, K., Brubaker, L.P., DeLancy, J.O.L., Klarskov, P. ve ark. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **175**(1), 10–17.
- Burrows, L.J., Meyn, L.A., Walters, M.D. ve Weber, A.M. (2004). Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology*, **104**(5), 982–988.
- Bush, T.A., Castellucci, D.T. ve Phillips, C. (2001). Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*, **21**(3), 211–218.
- But, I. ve Faganelj, M. (2008). Complications and short-term results of two different transobturator techniques for surgical treatment of women with urinary incontinence: a randomized study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19** (6), 857–861.

- Cam, C., Sakalli, M., Ay, P., Cam, M. ve Karateke, A. (2007). Validation of the Short Forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish Population. *Neurourology and Urodynamics*, **26(1)**, 129-133.
- Campeau, L., Afra, T. ve Corcos J. (2008). Evaluation and management of urinary retention after a suburethral sling procedure in women. *Current Urology Reports*, **9(5)**, 412-418.
- Carey, M., P, Higgs., J, Goh., J, Lim., J, Leong, A., Krause, H. ve ark. (2009). Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **116(10)**, 1380–1386.
- Caruso, S., Rugolo, S., Bandlera, S., Mirabella, D., Cavallaro, A. ve Clanci, A. (2007). Clitoral blood flow changers after surgery for stres urinary incontinence: pilot study on tvt versus tot procedures. *Urology*, **70(3)**, 554–557.
- Cervigni, M., Natale, F., La Penna, C., Saltari, M., Padoa, A. ve Agostini. M. (2011). Collagen-coated polypropylene mesh in vaginal prolapse surgery: an observational study, *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, **156(2)**, 223-227.
- Cetinel, B., Demirkesen ,O., Tarcın, T., Yalcın, O., Koçak, T., Senocak, M. ve ark. (2007). Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18 (6)**, 659 – 664.
- Chiaffarino, F., Parazzini, F., Lavezzari, M. ve Giambanco, V. (2003). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *European Urology*, **43(5)**, 535–538.
- Cholhan, H.J., Hutchings, T.B. ve Rooney, K.E. (2010). Dyspareunie associated with paraurethral banding in the transobturator sling. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **202(5)**, 481.e1-5.
- Cinsel Yaşam ve Sorunları. *Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği*. http://cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611bilgilendirme_dosyasi_1.pdf Erişim 12-12-2011.

- Córcoles, M.B., Sánchez, S.A., Bachs, G.J., Moreno, D.M., Navarro, P.H. ve Rodriguez, V.J. (2008). Quality of life in patients with urinary incontinence. *Actas Urologicas Espanolas*, **32(2)**, 202 – 210.
- Cosson, M., Rajabally, R., Querleu, D. ve Crepin, G. (2001). Long term complications of vaginal hysterectomy: a case control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **94 (2001)**, 239–244.
- Coyne, K. S., Payne, C., Bhattacharyya, S. K., Revicki, D. A., Thompson, C., Corey, R. ve ark. (2004). The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: Results from a national community survey. *Value Health*, **7(4)**, 455–463.
- Crivellaro, S., Smith, J. J., Kocjancic, E. ve Bresette, J. F. (2004), Transvaginal sling using acellular human dermal allograft: safety and efficacy in 253 patients. *Journal of Urology*, **172(4)**, 1374–1378.
- Cundiff, G.W., Weidner, A.C., Visco, A.G., Bump, R.C. ve Addison ,W.A. (2000). Survey of pessary use by members of the American Urogynecologic Society. *Obstetrics & Gynecology*, **95(6)**, 931–935.
- Çapar, M. ve Balcı, O. (2009). Ön Kompartman Defektleri Ve Cerrahi Tedavi: Ö. Yalçın (Ed), *Temel Ürojenekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 99-112.
- Çayan, S., Akbay, E., Canpolat, B., Acar, D., Bozlu, M. ve Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, **72(1)**, 52-57.
- Çayan, F., Dilek S., Akbay, E. ve Çayan, S. (2008). Sexual function after surgery for stress urinary incontinence: vaginal sling versus Burch colposuspension. *Archieves of Gynecology and Obstetrics*, **277(1)**, 31–36.
- Çopur, H. (2007). Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Transobturator Askı Girişimi Sonuçları: İki Yıllık Takipli Klinik Ve Yaşam Kalitesi Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Çoşkun, A. (Ed.). (2008). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık.

- Daker-White, G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic review. *Archives of Sexual Behaviour*, **31**(2), 197–209.
- Dalpiaz, O., Kerschbaumer, A., Mitterberger, M., Pinggera, G.M., Colleselli, D., Bartsch, G. ve ark. (2008). Sexual medicine female sexual dysfunction: a new urogynecological research field. *B J U International*, **101**(6), 717–721.
- Daneshgari, F. ve Moore, C.K. (2008). Epidemiology Of Pelvic Organ Prolapse. İn R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard. (Eds.). *Female Urology*. (3th Ed.). Philadelphia: Saunders Elseiver; 527-532.
- Darkow, T., Fontes, C.L. ve Williamson, T.E. (2005). Costs associated with the management of overactive bladder and related comorbidities. *Pharmacotherapy*, **25**(4), 511–519.
- Davila, G.W. (2006). Medications for Stress Urinary Incontinence. İn G.W. Davila, M. G. Ghoniem, S.D. Wexner (Eds.), *Pelvic Floor Dysfunction A Multidisciplinary Approach*, London: Springer-Verlag; 113- 114.
- Delmas, V. (2005). Anatomical risks of transobturator suburethral tape in the treatment of female stress urinary incontinence. *European Urology*, **48**(5), 793–798.
- De Souza, A., Dwyer, P.L., Rosamilia, A., Hiscock, R., Lim, Y.N., Murray, C. ve ark. (2012). Sexual function following retropubic TVT and transobturator Monarc sling in women with intrinsic sphincter deficiency: a multicentre prospective study. *International Urogynecology Journal*, **23**(2), 153-158.
- DeLancey, J.O.L. (2008). Epidemiology, Pathophysiology, And Evaluation of Pelvic Organ Support. İn R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard. (Eds.). *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (10 th. Ed.). Lippincott Williams & Wilkins; 818- 838.
- Demir, C. (2009). Vaginal Vault Prolapsusu ve Cerrahi Tedavisi. Ö. Yalçın (Ed.) *Temel Ürojinekoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 129- 140
- Demirci, F. (2009). Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları İle Birlikte Prolapsus (Ön Kompartman Prolapsusları): Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 75-90.
- Demirci, F., Demirci, O. ve Demirci E. (2009). Anterior vajinal duvar prolapsusunun meş ve cerrahi kit kullanılarak onarımı. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji & Obstetri Özel Sayı*, **2**(2), 46-53.

- Derogatis, L.R. ve Melisaratos, N. (1979). The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **5(3)**, 244–281.
- De Vita, D., Araco, F., Gravante, G., Sesti, F. ve Piccione, E. (2008). Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A ‘uterine-sparing’ technique using polypropylene prostheses. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **139(2)**, 245–251.
- Digesu, G.A., Chaliha, C., Salvatore, S., Hutchings, A. ve Khullar, V.M. (2005). The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **112 (7)**, 971–976.
- Dobson, A., Robert, M., Swaby, C., Murphy, M., Birch, C., Mainprize, T. ve ark. (2007). Trans-obturator surgery for stress urinary incontinence: 1-year follow-up of a cohort of 52 women. *International Urogynecology Journal*, **18(1)**, 27–32.
- Domingo, S., Alama, P., Ruiz, N., Lazaro, G., Morell, M. ve Pellicer, A. (2007). Transobturator tape procedure outcome: a clinical and quality of life analysis of a 1-year follow-up. *International Urogynecology Journal*, **18(8)**, 895–900.
- Domoney, C. (2009). Sexual function in women: What is normal? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(1)**, 9- 17.
- Dökmeci, F. ve Çetinkaya, E. (2009). Arka Kompartman Bozuklukları ve Cerrahi Tedavisi. Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojenekoloji*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 119-128.
- Dugan, E., Cohen, S. J., Bland, D. R., Preisser, j.S., Davis, C. C, Suggs, P. K. ve ark. (2000). The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, **48(4)**, 413- 416.
- El-Azab, A.S., Abd-Elsayed, A.A. ve Imam, H.M.K. (2009). Patient Reported and Anatomical Outcomes After Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Neurourology and Urodynamics*, **28(3)**, 219–224.
- El-Enen, M.A., Ragb, M., El Gamasy, Ael-N., El-Ashry, O., El-Sharaby, M., Elbadawy, A. ve ark. (2009). Sexual function among women with stress incontinence after using transobturator vaginal tape, and its correlation with patient's expectations. *BJU International*, **104(8)**, 1118-1123.

- Ellerkmann, R.M., Cundiff, G.W., Melick, C.F., Nihira, M.A., Lefler, K. ve Bent, A.E. (2001). Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **185(6)**, 1332–1338.
- Elzevier, H.W., Putter, H., Delaere, K.P., Venema, P.L., Lycklama à Nijeholt, A.A. ve Pelger, R.C. (2008). Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: transobturator suburethral tape vs tension-free vaginal tape procedure. *The Journal of Sexual Medicine*, **5(2)**, 400–406.
- Elzevier, H.W., Venema, P.L. ve Lycklama a Nijeholt, A.A. (2004). Sexual function after tension-free vaginal tape (TVT) for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **15(5)**, 313–318.
- Ergin, D.Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Bilimler Dergisi 7: 125–148.
- Ertem, G. (2009). Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, **6(1)**, 177–187.
- Esin, S. (2007). Transobturator Tape (TOT) Uygulanan Hastaların Ürodinami Ve Anket Formları ile Degerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Eskiyurt, N. (2009). Pelvik taban yetmezliği profilaksisi ve egzersizleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji & Obstetri Özel Sayı*, **2(2)**, 36-41.
- Espuña Pons, M. (2009). Sexual helth in women with pelvic flor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires-a summary. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(1)**, 65-71.
- Espuña Pons, M. ve Puig Clota, M. (2008). Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(5)**, 621- 625.
- Espuña Pons, M. ve Puig-Clota, M. (2009). Coital urinary incontinence. Associated symptoms and severity of incontinence. *Actas Urologicas Espanolas*, **33(7)**, 801-805.
- Fayyad, A.M., Redhead, E., Awan, N., Kyrgiou, M., Prashar, S. ve Hill, S.R. (2008). Symptomatic and quality of life outcomes after site-specific fascial reattachment for pelvic organ prolapse repair. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(2)**, 191–197.

- Fialkow, M.F., Newton, K.M., Lentz, G.M. ve Weiss, N.S. (2008). Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **19(3)**, 437-440.
- Filiz, T.M., Uludag, C., Cinar, N., Gorpelioglu, S. ve Topsever, P. (2006). Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Medical Journal*, **27(11)**, 1688–1692.
- FitzGerald, M.P., Kenton, K., Shott, S. ve Brubaker, L. (2001). Responsiveness of quality of life measurements to change after reconstructive pelvic surgery. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, **185(1)**, 20–24.
- FitzGerald, S.T., Palmer, M.H., Berry, S.J. ve Hart, K. (2000). Urinary incontinence. Impact on working women. *Journal of the American Association, of Occupational Health Nurses*, **48(3)**, 112–118.
- Franco, A.V.M., Lee, F. ve Fynes, M.M. (2008). Is there an alternative to pad tests? correlation of subjective variables of severity of urinary loss to the 1- h pad test in women with stress urinary incontinence. *British Journal of Urology International*, **102(5)**, 586- 589.
- Fritel, X., Ringa, V., Varnoux, N., Fauconnier, A., Piaux, S. ve Bréart, G. (2005), Mode of delivery and severe stress incontinence. a cross-sectional study among 2,625 perimenopausal women. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **112(12)**, 1646-1651.
- Fultz, N.H., Burgio, K., Diokno, A.C., Kinchen, K.S., Obenchain, R. ve Bump R.C. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **189(5)**, 1275–1282.
- Fultz, N.H. ve Herzog, R. (2001). Self reported social and emotional impact of urinary incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*. **49(7)**, 892–899.
- Gasquet, I., Tcherny-Lessenot, S., Gaudebout, P., Goux, B.B., Klein, P. ve Haab, F. (2006). Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: a national cross-sectional survey. *European Urology*, **50(4)**, 818–825.
- Ghezzi, F., Serati, M., Cromi, A., Uccella, S., Triacca, P. ve Bolis, P. (2005). Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: Results of a prospective study. *International Urogynecology Journal*, **17(1)**, 54–59.

- Ghielmetti, T., Kuhn, Peter., Dreher, E.F. ve Kuhn, A. (2006). Gynaecological operations: Do they improve sexual life? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **129(2)**, 104–110.
- Gil, K.M., Somerville, A.M., Cichowski, S. ve Savitski, J.L. (2009). Distress and quality of life characteristics associated with seeking surgical treatment for stress urinary incontinence. *Health and Quality of Life Outcomes*, **7(8)**, 1–8.
- Glavind, K. ve Tetsche, M.S. (2004). Sexual function in women before and after suburethral sling operation for stress urinary incontinence: a retrospective questionnaire study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **83(10)**, 965–968.
- Glowacki, C.A. ve Wall, L.L. (2003). J. Laycock., J. Haslam. (Eds.), *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. (2.th. Ed.). Great Britain: The Cromwell Pres: 193-196.
- Goetsch, M.F. (2005). The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **192(6)**, 1922–1927.
- Goldstein, I. ve Berman, J.R. (1998). Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *International Journal of Impotence Research*, **10(2)**, 84–90.
- Gotoh , M. (2007). Quality of life assessment for patients with urinary incontinence. *Nagoya Journal of Medical Science*, **69(3-4)**, 123-131.
- Graziottin, A. (2007). Prevalence and evaluation of sexual health problems-HSDD in Europe. *The Journal of Sexual Medicine*, **4(3)**, 211- 219.
- Güler, T.C. (2006). Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. T.C. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Denizli.
- Günay, T. (2009). Pelvik organ prolapsusuna eşlik eden gizli stres inontinas olgularında profilaktik antiinkontinans cerrahisinin etkinliği. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Güner, H. ve Arısoy, Ö. (2009). Vajen kaf prolapsusunun cerrahi tedavisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji & Obstetri Özel Sayı*, **2(2)**, 60–64.

- Güner, H. ve Güler, İ. (2009). Stres Üriner İnkontinansda Vaginal Operasyonlar. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 349–357.
- Güngör, M. ve Çetinkaya E. (2009a). Pelvis taban yetmezliği-pelvik organ prolapsusu ve pelvis tabanı disfonksiyonları. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 33-39.
- Güngör, M., Çetinkaya, E. (2009b). Stres Üriner İnkontinans. İçinde Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 267-274.
- Güngör, F. ve Yalçın, Ö. (2005). Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension –Free Vaginal Tape – Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodynamic Sonuçlarının Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Güven, S., Güvendağ, E.S. ve Bektaş, M.S. (2006). Pelvik Relaksasyon. İçinde M.S. Bektaş, A. Ayhan, N. Demir, H. Hassa, D. Kösebay, M.B.Tıraş, ve ark. (Ed.), *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite ve Jinekoloji Onkoloji*. Ankara: Medikal Network; 425–441.
- 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 ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hagen, S., Stark, D., Maher, C. ve Adams, E.J. (2006). Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **18(4)**, CD003882, 1–10.
- Hagglund, D., Walker-Engström, M., Larsson, G. ve Leppert, J. (2001). Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population-based study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **80(11)**, 1051–1055.
- Hakverdi, A.U. (2009a). Miks Üriner İnkontinans. İçinde Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 275–282.
- Hakverdi, A.U., Güngören, A. ve Erdem, D. (2009b). Ürojinekolojide laboratuvar testleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji & Obstetri Özel Sayı*, **2(2)**, 28–35.
- Handa, V.L., Garrett, E., Hendrix, S., Gold, E. ve Robbins, J. (2004a). Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **190(1)**, 27–32.

- Handa, V.L., Harvey, L., Cundiff, G.W., Siddique, S.A. ve Kjerulff K.H. (2004b). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **191**(3), 751–756.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunskaar, S. (2000). A community – based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. *Journal Clinical Epidemiology*, **53**(11), 1150-7.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press: New York, USA.
- Hasse, P. ve Skibsted, L. (1998). Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. **67**(7), 659–661.
- Hayes, R.D. ve Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual based studies. *The Journal of Sexual Medicine*, **2**(3), 317- 330.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M. ve Fairley, C.K. (2008). What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *The Journal of Sexual Medicine*, **5**(4), 777- 787.
- Heit M, Culligan P, Rosenquist C, Shott S. (2002). Is pelvic organ prolapse a cause of pelvic or low back pain? *Obstetrics and Gynecology*, **99**(1), 23-28.
- Helstrom, L. ve Nilsson, B. (2005). Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **84**(1), 79–84.
- Hendrix, S.L., Clark, A., Nygaard, I., Aragaki, A., Barnabei, V. ve McTiernan, A. (2002). Pelvic organ prolapse in the women’s health initiative: Gravity and gravidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**(6), 1160–1166.
- Hines, T.M. (2001). The G-spot: a modern gynecologic myth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **185**(2), 359–362.
- Hinoul, P., Vervest, H.A., den Boon, J., Venema, P.L., Lakeman, M.M., Milani, A.L. ve ark. (2011). A randomized, controlled trial comparing an innovative single incision sling with an established transobturator sling to treat female stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, **185**(4), 1356-1362.

- Hirata, H., Matsuyama, H., Yamakawa, G., Suga, A., Tatsumur, M., Ogata, H. Ve ark. (2004). Does surgical repair of pelvic prolapsed improve patients' quality of life? *European Urology*, **45(2)**, 213-218.
- Hoda, M.R., Wagner, S., Greco, F., Heynemann, H. ve Fornara, P. (2011). Prospective follow-up of female sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse using transobturator mesh implants. *Journal of Sexual Medicine*, **8(3)**, 914-922.
- Holmgren, C., Hellberg, D., Lanner, L. ve Nilsson, S. (2006). Quality of life after tension-free vaginal tape surgery for female stres incontinence. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, **40(2)**, 131-137.
- Horrocksa, S., Somerset, M., Stoddart, H. ve Peters T J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Famil Practice*, **21(6)**, 689-696.
- Hu, T.W. (1990). Impact of urinary incontinence on health-care costs. *Journal of The American Geriatrics Society*, **38(3)**, 292-295.
- Hu, T.W., Wagner, T.H., Bentkover, J.D., Leblanc, K., Zhou, S.Z. ve Hunt, T. (2004). Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: A comparative study. *Urology*, **63(3)**, 461-465.
- Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D. ve Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *British Journal of Urology International*, **93(3)**, 324-330.
- Hunskar, S., Burgio, K., Clark, A., Lapitan, MC., Nelson, R., Sillen, U. ve ark. (2005). *Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)*. Erişim 10.10.2011, <http://www.icsoffice.org>.
- Iskander, M.N., Kapoor, D.S. ve Mohammed, A. (2003). Subjective outcomes of the TVT procedure. *International Journal Gynaecology and Obstetrics*, **83(1)**, 69-70.
- Irwin, D.E., Milsom, I., Hunskar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S. ve ark. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: Results of the EPIC study. *European Urology*, **50(6)**, 1306 - 1315.
- ISSWSH - İnternational Society for the Study of Women's Sexual Health / (2003). Annual Meeting Proceedings, 16-19 October, Amsterdam, Hollanda.

- Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L. ve Abrams, P. (1996). The Bristol Female Lower Urinary Tract symptom questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology*, **77**, 805–812.
- Jelovsek, J. ve Barber, M.D. (2006). Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **194(5)**, 1455-1461.
- Jelovsek, J.E., Maher, C. ve Barber, M.D. (2007). Pelvic Organ Prolapse. *Lancet*, **369(9566)**, 1027–1038.
- Jha, S., Moran, P., Greenham, H. ve Ford, C. (2007). Sexual function following surgery for urodynamic stress incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(8)**, 845-850.
- Jha, S., Ammenbal, M. ve Metwally, M. (2012). Impact of incontinence surgery on sexual function: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*. **9(1)**, 34-43.
- Juma, S. ve Brito, C.G (2011). Transobturator tape (TOT): Two years follow-up. *Neurourology and Urodynamics*, **26(1)**, 37-41.
- Kahn, M.A. ve Stanton, S.L. (1997). Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **104(1)**, 82–86.
- Kammerer-Doak, D. (2009). Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(1)**, 45-50.
- Karaca, S. (2008). Stres Üriner İnkontinanslı Kadın Hastalarda Transobturator Tape Yönteminin Erken ve Orta Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi. T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. Üroloji ABD. Uzmanlık Tezi, Malatya.
- Karakoyunlu, F.B. ve Öncel, S. (2009). Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(3)**, 82-92.
- Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu, M, Yalçın O, Eskiurt.N (2000). Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi. *Geriatrics*, **3(3)**, 102-106.
- Karan, A. (2009). Üriner İnkontinansla Konservatif Tedavi Rehabilitasyon Programları. İçinde Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 305–315.

- Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, 7.* Baskı, Ankara, 116-129.
- Karateke, A. ve İzmit, E. (2009). Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu Tedavisi. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 389–391.
- Kelleher, C.J. ve Radley, S. (2006). Quality of Life and Urinary Incontinence. İn L. Cardoza., D. Staskin (Eds.), *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, (2nd ed.), United Kingdom: Informa Healthcare; 63-74.
- Kenton, K. ve Mueller, E.R. (2006). The global burden of female pelvic floor disorders, *British Journal of Urology International*, **98(1)**, 1–5.
- Khan, F.G. ve Wall, L.L. (2008). Treatment and prevention of prolapse: J. Haslam, J. Laycock (Eds.). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. (2th ed). London: Springer-Verlag; 263- 266.
- Kılıç, M., Apay, S.E. ve Beji, N.K. (2011). Pelvik organ prolapsusu sonucu gelişen cinsel fonksiyon bozuklukları ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **19(3)**, 194-202.
- Kim, J.C., Chung, B.S., Choi, J.B., Lee, J.Y., Lee, K.S., Park, W.H. ve ark. (2007). A safety and quality of life analysis of intravaginal slingplasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *International Urogynecology Journal*, **18 (11)**, 1331–1335.
- Kim, D.Y. ve Choi J.D. (2008). Change of sexual function after midurethral sling procedure for stress urinary incontinence, *International Journal of Urology*, **15(8)**, 716–719.
- Kinchen, K.S., Burgio, K., Diokno, A.C., Fultz, N.H., Bump, R. ve Obenchain, R. (2003). Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *Journal of Womens Health*, **12(7)**, 687–697.
- Kingsberg, S. ve Althof, S.E. (2009). Evaluation and treatment of female sexual disorders. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20 (1)**, 33- 43.
- Kizilkaya, B.N., Ozbas, A., Aslan, E., Bilgic, D. ve Erkan, A.H. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, **30(6)**, 327–334.

- Kizilkaya, B.N., Yalcin, O., Ayyildiz, E.H. ve Kayir, A. (2005). Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urologia Internationalis*, **74(3)**, 250- 255.
- Ko, Y., Lin, S.J., Salmon, J.W., Bron, M.S. ve Pharm, D. (2005).The Impact of Urinary Incontinence on Quality of Life of the Elderly. *American Journal Managed Care*,**11(4)**, 103-111.
- Kocak, I., Okyay. P., Dundar. M., Erol. H. ve Beser. E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology*, **48(4)**, 634–641.
- Koch, L. H. (2006). Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **51(6)**, e39 – 44.
- Kocaöz, S., Talas, M.S. ve Atabekoğlu, C.S. (2010). Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, **19(23-24)**, 3314-23.
- Komesu, Y.M., Rogers, R.G., Kammerer-Doak, D.N., Barber, M.D. ve Olsen, A.L. (2007). Posterior repair and sexual function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **197(1)**,101.e1–6.
- Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3(1)**, 67-99.
- Kök, G., Şenel, N. ve Akyüz A. (2006). Gata jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, **48**, 132- 136.
- Kuhn, A., Vits, K., Kuhn, B. ve Monga A. (2006). Do women with urinary incontinence really know where all the toilets are? The toilet paper, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, **129(1)**, 65- 68.
- Kuhn, A., Brunnmayr, G., Stadlmayr, W., Kuhn, P. ve Mueller, M.D. (2009). Male and female sexual function after surgical repair of female organ prolapse. *Journal of Sexual Medicine*, **6(5)**, 1324-1334.
- Kulseng-Hanssen, S. ve Berild, G.H. (2002). Subjective and objective incontinence 5 to 10 years after Burch colposuspension. *Neurourology Urodynamics*, **21(2)**, 100–105.

- Kumtepe, Y. Pelvis Tabanı, Gebelik ve Doğum. (2009). Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 61–65.
- Kutmec, C. (2009), Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**, 111-136.
- Kjerulff, K.H., Langenberg, P.W., Greenaway, L., Uman, J. ve Harvey, A. (2002). Urinary incontinence and hysterectomy in a large prospective cohort study in American women. *The Journal of Urology*, **167(5)**, 2088-92.
- Lau, H.H., Su, T.H., Su, C.H., Lee, M.Y.ve Sun, F.J. (2010). Short-term impact of tension-free vaginal tape obturator procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *Journal of Sexuality Medicine*, **7(4 Pt 1)**, 1578-1584.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E.ve ark. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, **17(1)**, 39-57.
- Latthe, P.M., Foon, R. ve Tooze-Hobson, P. (2007). Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **114(5)**, 522–531.
- Latthe, P.M., Singh, P., Foon, R. ve Tooze-Hobson, P. (2010). Two routes of transobturator tape procedures in stress urinary incontinence: a meta-analysis with direct and indirect comparison of randomized trials. *BJU International*, **106(1)**, 68-76.
- Lemack, G.E. ve Zimmern, P.E. (2000). Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Urology*, **56(2)**, 223–227.
- Leung, L., Riutta, T., Kotecha, J. ve Rosser, W. (2011). Chronic Constipation: An Evidence-Based Review. *Journal of the American Board of Family Medicine*, **24(4)**, 436–451.
- Liang, C.C., Chang, S.D., Chang, Y.L., Tseng, L.H., Shu Lo, T. ve Soong, Y. (2007). Postsurgical Urinary Incontinence in Continent Women undergoing Hysterectomy for Uterine Prolapse. *Incont Pelvic Floor Dysfunct*, **2**, 45-48.
- Lim, J.L., Cornish, A. ve Carey, M.P. (2006). Clinical and quality-of-life outcomes in women treated by the TVT-O procedure. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **113(11)**, 1315–1320.

- Lim, H.S., Kim, J.M., Song, P.H., Kim, H.T., Jung, H.C. (2010). Impact of the Midurethral Sling Procedure on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence. *Korean Journal of Urology*, **51(2)**, 122–127.
- Lin, S.Y. ve Dougherty, M.C. (2003). Incontinence impact, symptom distress and treatment seeking behavior in women with involuntary urine loss in Southern Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. **40(3)**, 27–34.
- Lin, S.N., Klapper, A.S., Wong, P., Shalom, D.F. ve Winkler, H.A. (2011). Quality of life after treatment with midurethral sling and concomitant prolapse repair in patients with mixed versus stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, **30(8)**, 1507-1511.
- Lowder, J. L., Ghetti, C., Moalli, P., Zyczynski, H. ve Cash, T. F. (2010). Body image in women before and after reconstructive surgery for pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, **21(8)**, 919-925.
- Lowenstein, L., FitzGerald, M.P., Kenton, K., Dooley, Y., Templehof, M., Mueller, E.R. ve ark. (2008). Patient-selected goals: the fourth dimension in assessment of pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunction*, **19(1)**, 81–84.
- Luber, K.M., Boero, S. ve Choe, J.Y. (2001). The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **184**, 1496-1501.
- Lucas, M.G. ve Bjornssen, S. (2008). Surgery for Urinary Incontinence. İn J.Haslam, J. Laycock (Eds.), *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Pelvic Organ Disorders*. (2nd Ed). London: Springer; 171-179.
- Lucente, V.R. ve Mastropietro, M.A. (2005). Tension – Free Vaginal Tape: An Innovative, Minimally Invasive Pubovaginal Sling for Female Stress Urinary Incontinence: İn S.P. Vasavada, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Shlomo (Eds.), *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. New York: Marcel Dekker; 399 – 416.
- Lukacz, E.S., Lawrence, J.M., Contreras, R., Nager, C.W. ve Luber, K.M. (2006). Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetric & Gynecology*, **107(6)**, 1253–1260.

- Maaaita, M., Bhaumik, J. ve Davies, A.E. (2002). Sexual function after using tension-free vaginal tape for the surgical treatment of genuine stress incontinence. *BJU International*, **90(6)**, 540–545.
- MacLennan, A.H., Taylor, A.W., Wilson, D.H. ve Wilson, D. (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **107(12)**, 1460–1470.
- Maher, C., Baessler, K., Glazener, C.M.A., Adams, E.J. ve Hagen, S. (2007). Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **18(3)**, CD004014.
- Malak, M. (2011). The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *International Urogynecology Journal*. **Sep 17**, 1-3.
- Mant, J., Painter, R. ve Vessey, M. (1997). Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family planning association study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **104(5)**, 579–585.
- Margalith, I., Gillon, G. ve Gordon, D. (2004). Urinary incontinence in women under 65: Quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research*, **13(8)**, 1381–1390.
- Master, W.B. ve Johnson, V.E. (1994). Human Sexual Behaviour. İnsanda Cinsel Davranış. Sayın Ü. (Çev. Ed.). İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınlar Çeviri Vakfı.
- Mathlouthi, N., Elloumi, J., Trabelsi, H., Ben Ali, I., Dhouib, M., Chaabene, K. ve ark. (2011). Anatomic and functional results after surgical treatment of uro genital prolapse: prospective study about 93 cases. *Tunis Medicine*, **89 (12)**, 896 – 901.
- Mehdiyev, M., İtil, M.İ., Şendağ, F., Akdemir, A. ve Aşkar, N. (2010). Stres inkontinans olgularının cerrahi tedavisinde transvaginal tape (TVT) ve transobturator tape (TOT) uygulamalarının etkinliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **7**, 117- 124.
- McKertich, K. (2008). Urinary incontinence assesment in women: stress, urge or both? *Australian Family Physcian*, **37(3)**, 112–117.
- Migliari, R., Angelis, M.D., Madeddu, G. ve Verdamlhi, T. (2000). Tension-free vaginal mesh repair for anterior vaginal wall prolapse. *European Urology*, **38(2)**, 151-155.

- Milani, R., Salvatore, S., Soligo, M., Pifarotti, P., Meschia, M. ve Cortese, M. (2005). Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. *BJOG:An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **112(1)**, 107–111.
- Milsom, L. (2009). Lower urinary tract symptoms in women. *Current Opinion in Urology*, **19(4)**, 337–341.
- Minassian, V.A., Drutz, H.P. ve Al-Badr. A.(2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynaecology and Obstetric*, **82(3)**, 327–338.
- Minassian, V.A., Stewart, W.F., ve Wood, G.C. (2008). Urinary incontinence in women, variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, **111(2)**, 324-331.
- Moller, L.A. ve Lose, G. (2006). Sexual activity and lower urinary tract symptoms. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **17(1)**, 18-21.
- Moller, L. A., Lose, G. ve Jorgensen, T. (2000). The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **79(4)**, 298–305.
- Monz, B., Kastler, E.C., Hampel, C., Samsioe, G., Hunskaar, S., Espuna-Pons, M. ve ark. (2007). Patient characteristics associated with quality of life in european women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *European Urology*, **51(4)**, 1073–1082.
- Moran, P.A., Dwyer, P.L ve Ziccone S.P. (1999). Urinary laekage during coitus in women. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **19(3)**, 286–288.
- Morse, A.N., O'dell, K.K., Howard, A.E., Baker, S.P., Aronson, M.P. ve Young, S.B. (2007). Midline anterior repair alone vs anterior repair plus vaginal paravaginal repair: a comparison of anatomic and quality of life outcomes. *International Urogynecol Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(3)**, 245-249.
- Muir, T.W. ve Step, K.J. (2003). Adoption of the pelvic organ prolapse quantification system in peer- reviewed literature. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **189(6)**, 1632-1635.
- Mukherjee, K. ve Constantine, G. (2001). Urinary stress incontinence in obese women: tension-free vaginal tape is the answer. *BJU International*, **88(9)**, 881–883.

- Murphy, M., Raalte, H., Mercurio, E., Haff, R., Wiseman, B. ve Lucente, V.R. (2008). Incontinence-related quality of life and sexual function following the tension-free vaginal tape versus the “inside-out” tension-free vaginal tape obturator. *International Urogynecology Journal*, **19(4)**, 481–487.
- Nager, C.W. ve Kane, A.R. (2008). Operative Management of Urinary Incontinence. In R.S. Gibbs, B.Y. Karlan, A.F. Haney, I.N. Nygaard (Eds.), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, (10th Ed.), Copyright Lippincott Williams & Wilkins; 877–888.
- Naughton, M.J., Donovan, J., Badia, X., Corcos, J., Gotoh, M., Kelleher, C. ve ark. (2004). Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology*, **126(1)**, 114–123.
- Nguyen, J.N, ve Burchette, R.J. (2008). Outcome after anterior vaginal prolapse repair: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, **111(4)**, 891-898.
- Nieminen, K., Hiltunen, K.M., Laitinen, J., Oksala, J. ve Heinonen P.K. (2004). Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. *Diseases of the Colon and Rectum*, **47(10)**, 1636–1642.
- Nilson, C.A. (2006). Tension-free Vaginal Tape Procedure For Treatment Of Female Urinary Stress İncontinence. İçinde L. Cardoza., D. Staskin (Eds.), *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, (2nd ed.). United Kingdom: Informa Healthcare; 917-923.
- Norton, P.A. (2006). Uterine and Vaginal Vault Prolapse. P.E. Zimmern, P.A. Norton, F.Haab, C.C.R.Chapple (Eds.), *Vaginal Surgery for İncontinence and Prolapse*. London: Springer-Verlag; 155- 167.
- Norton, P.A. (2008a). Female Urinary İncontinence: Epidemiology and Evaluation. In R.S. Gibbs, B.Y. Karlan, A.F. Haney, I.N. Nygaard (Eds.), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, (10th ed). Copyright Lippincott Williams & Wilkins; 870–876.
- Norton, P.A. (2008b). Nonsurgical treatment of vaginal prolapse: devices for prolapse and incontinence: In R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard. (Eds.). *Female Urology*.(3th Ed.), Philadelphia: Saunders Elseiver; 603–608.
- Norton, C. (1982). The effects of urinary incontinence in women. *International Rehabilitation Medicine*,**4(1)**, 9–14.

- Norton, K. R., Bhat, A. V. ve Stanton, S. L. (1999). Psychiatric aspects of urinary incontinence in women attending an outpatient urodynamic clinic. *British Medical Journal*, **301(6746)**, 271–272.
- Norwitz, ER., Arulkumaran, S., Symonds, I.M. ve Fowlie, A. (Eds.). (2007). *Oxford American Handbook of Obstetrics and Gynecology*. New York: Oxford University Pres; 558- 608.
- Novi, J.M., Jeronis, S., Morgan, M.A. ve Arya, L.A. (2005). Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *Journal of Urology*, **173(5)**, 1669- 1672.
- Nygaard, I.E. (2008). Nonsurgical treatment of pelvic organ prolapse. İn R.S. Gibbs., B.Y. Karlan., A.F. Haney., I.E. Nygaard. (Eds.). *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (10 th Ed.), Lippincott Williams & Wilkins; 867- 869.
- Nygaard, I., Bradley, C. ve Brandt, D. (2004). Pelvic Organ Prolapse in Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstetrics & Gynecology*, **104(3)**, 489-497.
- Nygaard, I., Turvey, C., Burns, T.L., Crischilles, E, ve Wallace, R. (2003). Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstetrics and Gynecology*, **101(1)**, 149–156.
- Occhino, J.A., Trabuco, E.C., Heisler, C.A., Klingele, C.J. ve Gebhart, J.B. (2011). Changes in vaginal anatomy and sexual function after vaginal surgery. *International Urogynecology Journal*, **22(7)**, 799-804.
- Oh, S.J., Ku, J.H., Soo Choo, M., Yun, J.M., Kim, D.Y. ve Park.W.H. (2008). Health-related quality of life and sexual function in women with stress urinary incontinence and overactive bladder. *International Journal of Urology*, **15(1)**, 62–67.
- Oh, S. J., Ku, J.H., Hong, S.K., Kim, S.W., Paick, J.S. ve Son, H. (2005). Factors influencing self-perceived disease severity in women with stress urinary incontinence combined with or without urge incontinence. *Neurourology Urodynamics*, **24(4)**, 341- 347.
- Ohl, L.E. (2007). Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing*, **27(1)**, 57-63.
- Oksuz, E. ve Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women. *Journal of Urology*, **175(2)**, 654-658.

- Oniz, A., Keskinoglu, P. ve Bezircioglu, I. (2007). The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The Journal. Sexual Medicine*, **4(6)**, 1575- 1581.
- Oskay, Ü., Beji, N., Yalcın, Ö. (2005). A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **84(1)**, 72–78.
- Ozel, B., White, T., Urwitz, L.R. ve Minaglia, S. (2006). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **17(1)**, 14–17.
- Ozerdoğan, N., Beji, K.N., Yalçın, O. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic Obsterict Investigation*, **58(3)**, 145–150.
- Öner, N. (1997). *Türkiye’de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı*, 3. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
- Özdemir, E. (2009). Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Özgür, G. ve Yıldırım, S. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam doyumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu dergisi*, **24(1)**, 57-65.
- Özyüncü, H. (2004). Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde TVT (Tension-Free Vaginal Tape) Uygulanan Hastaların Hayat Kalitesi Testleri ile Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Pace, G. ve Vicentini, C. (2008). Female sexual function evaluation of the tension-free vaginal tape (TVT) and transobturator suburethral tape (TOT) incontinence surgery: results of a prospective study. *The Journal of Sexual Medicine*, **5(2)**, 387–93.
- Pakbaz, M., Mogren, I. ve Löfgren, M. (2009). Outcomes of vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse: a population-based, retrospective, cross-sectional study of patient perceptions of results including sexual activity, urinary symptoms, and provided care, *BMC Women's Health*, **20(9)**, 9.

- Papanicolaou, S., Hunskaar, S., Lose, G. ve Sykes, D. (2005). Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *British Journal of Urology International*, **96**(6), 831 – 838.
- Paraíso, M.F.R., Walters, M.D., Karam, M.M., Barber, M.D. (2004). Laparoscopic Burch colposuspension versus tension-free vaginal tape: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, **104**(6), 1249–1258.
- Parish, W.L., Luo, Y., Laumann, E.O., Kew, M. ve Yu, Z. (2007). Unwanted sexual activity among married women in urban china. *Journal of Sex Research*, **44**(2), 158-171.
- Pauls, R.N., Silva, W.A., Rooney, C.M., Siddighi, S., Kleeman, S.D., Dryfhout, V. ve Karam, M.M. (2007). Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **197**(6), 622.e1-7.
- Perry S, Shaw C, Assassa P., Dallosso, H., Williams, K., Brittain, K. R. ve ark. (2002). An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: the Leicestershire MRC incontinence Study. *Journal of Public Health*, **22**(3), 427–34.
- Peters, W.A., Smith, M.R. ve Drescher, C.W. (2001). Rectal prolapse in women with other defects of pelvic floor support. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **184**(7), 1488–1494.
- Pinto, A.C., Baracat, F., Montellato N.D., Mitre, A.I., Lucon, A.M. ve Srougi, M., (2007). The Short-Term Effect of Surgical Treatment for Stress Urinary Incontinence Using Sub Urethral Support Techniques on Sexual Function, *International Brazilian Journal of Urology*, **33**(6), 822-828.
- Piya-Anant, M., Leelaphatanadit, C., Therasakvichya, S. ve Techatrisak, K. (2003). Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *Journal Medical Association of Thailand*, **86**(6), 509–515.

- Poon, C. ve Zimmern, P.E. (2006). Transvaginal Surgery for Stress Urinary Incontinence Owing to Urethral Hypermobility. İn P.E. Zimmern, P.A. Norton, F.Haab, C.C.R.Chapple (Eds.), *Vaginal Surgery for Incontinence and Prolapse*. London: Springer-Verlag; 155- 167.
- Porena M, Costantini E, Frea B, Giannantoni A, Ranzoni S, Mearini L, Bini V, Kocjancic E. (2007). Tension-free vaginal tape versus transobturator tape as surgery for stress urinary incontinence: results of a multicentre randomised trial. *European Urology*, **52(5)**, 1481–1490.
- Porter, W.E., Steele, A., Walsh, P., Kohil, N. ve Karram, M.M. (1999). The anatomic and functional outcomes of defect –specific rectocele repairs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **181(6)**, 1353 -1359.
- Reynolds, R.F. ve Obermeyer, C.M (2005). Age at menopause in Spain and The United States: Results from the DAMES Project. *American Journal of Human Biology*, **17(3)**, 331-341.
- Richter, H. E., Burgio, K. L., Holley, R.L., Goode , P.S., Locher, J. L., Wright, K. C. ve Varner, R. E. (2003). Cadaveric fasica lata sling for stress urinary incontinence: a prospective quality-of-life analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **189(6)**, 1590–1596.
- Richter, H.E., Norman, A.M., Burgio, K.L., Goode, P.S., Wright, K.C., Benton, J. ve ark. (2005). Tension-free vaginal tape: a prospective subjective and objective outcome analysis. *International Urogynecology Journal*, **16(2)**, 109–113.
- Richter, H.E. ve Burgio, K.L. (2007). Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Nonsurgical Management. İn M.D. Walters, M.M. Karram (Eds.), *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, (3rd Ed.). Philadelphia: Mosby Elseiver; 172–185.
- Robinson, D., Pearce, K.F., Priesser, J.S., Dugan, E., Suggs, P.K. ve Cohen, S.J. (1998). Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstetrics & Gynecology*, **91(2)**, 224–228.
- Rodoplu, H. (2009). Aşırı Aktif Mesane. İçinde Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 253–266.

- Rogers, R.G., Kammerer-Doak, D., Darrow, A., Murray, K., Qualls, C., Olsen, A. ve ark. (2006). Does Sexual Function Change After Surgery for Stress Urinary Incontinence and/or Pelvic Organ Prolapse? A Multicenter Prospective Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. **195**(5), e1–e4.
- Rogers, R.G., Coates, K.W., Kammerer-Doak, D., Khalsa, S. ve Qualls, C. (2003). A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **14**(3), 164-168.
- Rojas F. ve Cundiff, G.W. (2007). Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. K.B. Fortner, L.M. Szymanski, H.E. Fox, E. E. Wallach. (Eds.), *Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*, (3th Ed.). Lippincott Williams & Wilkins; 325- 342.
- Roovers, J.P., van der Vaart, C.H., van der Bom, J.G., van Leeuwen, J.H., Scholten, P.C. ve Heintz, A.P. (2004). A randomized controlled trial comparing abdominal and vaginal prolapse surgery: effects on urogenital function. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **111**(1), 50–56.
- Rortveit, G., Brown, J.S., Thom, D.H., Van Den, E.S.K., Creasman, J.M. and Subak, L.L. (2007). Symptomatic pelvic organ prolapse prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstetrics & Gynecology*, **109**(6), 1396–1403.
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S. ve Hunskaar, S. (2003). Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. **189**(5), 1268-1274.
- Roumeguere, T., Quackels, T., Bollens, R., Groote, A., Zlotta, A., Bossche, M.V. ve ark. (2005), Trans-obturator vaginal tape (TOT) for female stress incontinence: one year follow-up in 120 patients. *European Urology*, **48**(5), 805–809.
- Roussis, N.P., Waltrous, L., Kerr, A., Robertazzi, R. ve Cabbad M.F. (2004). Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **190**(5), 1427–1428.
- Sadock, V.A. (2000). Normal Human Sexuality and Sexual And Gender Identity Disorders. In B.J Sadock., V.A. Sadock., K, Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry I*. (7. Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Saigal, C. ve Litwin, M.S. (2005). Epidemiology of Female Urinary Incontinence. İçinde S.P. Vasavada, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Shlomo (Eds.), *Female Urology, Urogynecology, And Voiding Dysfunction*. New York: Marcel Dekker; 45- 51.
- Salonia, A., Zannia, G., Nappi, R.E., Briganti, A., Deho, F., Fabbri, F. ve ark. (2004). Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *European Urology*, **45(5)**, 642- 648.
- Samuelsson, E.C., Victor, F.T., Tibblin, G. ve Svärdsudd, K.F. (1999). Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **180(2 Pt 1)**, 299-305.
- Santos, M.R., Anger, J.T. ve Berman, J.R. (2004). Role of pelvic floor in female sexual dysfunction: Diagnosis and treatment. *Urologica*, **14 (1)**, 122-126.
- Sarı, D., Bulut, V., Çakmak, Ö., Mertoğlu, O., Sıçramaz, H., Bölükbaşı, A. ve ark. (2008). Orta üretral askı operasyonu olan kadınların inkontinans, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **22(2)**, 63 -68.
- Sen, I., Onaran, M., Aksakal N, Acar, C., Tan, M.O., Acar, A.ve ark. (2006). The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Advances in Therapy*, **23(6)**, 999- 1008.
- Sentilhes, L., Berthier, A., Loisel, C., Descamps, P., Marpeau, L., Grise, P. (2009). Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension-free vaginal versus transobturator tape procedure. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(4)**, 393–399.
- Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Nappi, R.E. ve Bolis, P. (2009). Female urinary incontinence during intercourse: A review on an understudied problem for women's sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, **6(1)**, 40- 48.
- Sergent, F., Resch, B., Al-Khattabi, M., Ricbourg, A., Schaal J.P. ve Marpeau, L. (2011). Transvaginal Mesh Repair of Pelvic Organ Prolapse by the Transobturator-Infracoccygeal Hammock Technique: Long-Term Anatomical and Functional Outcomes. *Neurourology and Urodynamics*, **30(3)**, 384–389.

- Seven, M., Akyüz, A. ve Açıklı, C. (2008). Ürogenital Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **7(4)**, 317–322.
- Schimpf, M.O., O’Sullivan, D.M., LaSala, C.A. ve Tulikangas, P.K. (2007). Anterior Vaginal Wall Prolapse and Voiding Dysfunction in Urogynecology Patients. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(7)**, 721–725.
- Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Hoffman, B.L., Bradshaw, K.D. Cunningham, F.G. (Eds.). (2008). *Pelvic Organ Prolapse: Williams Gynecology*, United State: The McGraw-Hill Companies.
- Schraffordt Koops, S.E., Bisseling, T.M., Heintz, A.P. ve Vervest H.A. (2006). Quality of life before and after TVT, a prospective multicentre cohort study, results from the Netherlands TVT database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **113(1)**, 26-29.
- Schraffordt Koops, S.E., Bisseling, T.M., van Brummen, H.J., Heintz, A.P. ve Vervest, H.A. (2007). Result of the tension-free vaginal tape in patients with concomitant prolapse surgery: A 2-year follow-up study. An analysis from the Netherlands TVT database. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **18(4)**, 437–442.
- Scotti, R.J., Flora, R., Greston, W.M., Budnick, L. ve Hutchinson-Colas, J. (2000). Characterizing and reporting pelvic floor defects: The revised New York classification system. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **11(1)**, 48–60.
- Shah, S.M., Bukkapatnam, R. ve Rodriguez, L.V. (2005) Impact of vaginal surgery for stress urinary incontinence on female sexual function: is the use of polypropylene mesh detrimental? *Urology*, **65(2)**, 270–274.
- Shalom, D.F., Klapper, A.S., Lin S.N. ve Winkler, H.A. (2011). Comparison of quality-of-life changes in patients with stress urinary incontinence after midurethral sling placement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **114(2)**, 137–140.
- Shaw, C. (2001). A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, **10(1)**, 15–24.

- Shaw, C.A (2002). Systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *European Urology*, **42(5)**, 432- 440.
- Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C. ve Allan, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice*, **18(1)**, 48–52.
- Shaw, C., Brittain, K., Tansey, R. ve Williams, K. (2008). How people decide to seek health care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, **45(10)**, 1516–1524.
- Shen, T., Song, L.J., Xu, Y.M., Gu, B.J., Lu, L.H. ve Li. F. (2011). Sexual function and health-related quality of life following anterior vaginal wall surgery for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. *International Journal of Impotence Research*, **23(4)**, 151-157.
- Shumaker, S.A., Wyman, J.F, Uebersax, J.S., McClish, D. ve Fantl, J.A. (1994). Health-related QOL measures for women with urinary incontinence: The incontinence impact questionnaire and urogenital distress inventory. *Quality of Life Research*, **3(5)**, 291-306.
- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Arnason, A. ve Bø, K. (2011). Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *International Urogynecology Journal*, **22(12)**, 1497-503.
- Silva, W.A. (2007). Treatment of stress urinary incontinence-midurethral slings: top-down, bottom-up, "outside-in, or inside-out. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **50(2)**, 362–375.
- Sivaslıoğlu, A.A. (2009). Pelvik Organ Prolapsusu'nda Cerrahi Olmayan Tedavi: Pesserler: İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 141-147.
- Slieker-ten Hove MCP, Vierhout M, Bloembergen H, Schoenmaker G (2004) Distribution of pelvic organ prolapse in the general population: prevalence, severity, aetiology and relation with the function of the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn* 23:401–402.
- Sokol, A.I., Iglesia, C.B., Kudish, B.I., Gutman, R.E., Shveiky, D., Bercik, R. ve ark. (2012). One-year objective and functional outcomes of a randomized clinical trial of vaginal mesh for prolapsed. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **206 (1)86**, e1-9.

- Sokol, A.I. and Walters, M.D. (2007). Pelvic Organ Prolapse And Pelvic Floor Dysfunction.. Sokol AI, Sokol ER. (Eds). *General Gynecology: The Requisites in Obstetrics And Gynecology*. United States of America: Mosby Elsevier: 543–608.
- Soyupak, B.ve İzol, V. (2009). Üriner İnkontinansta Farmakolojik Tedavi. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 295–303.
- Srikrishna, S., Robinson, D., Cardozo, L. ve Gonzalez, J. (2008). Is There a Difference in Patient and Physician Quality of Life Evaluation in Pelvic Organ Prolapse? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* **19(4)**, 517–520.
- Srikrishna, S., Robinson, D, ve Cardozo, L. (2010). A longitudinal study of patient and surgeon goal achievement 2 years after surgery following pelvic floor dysfunction surgery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **117(12)**, 1504–1511.
- Srivastava, R., Thakar, R. ve Sultan, A. (2008). Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstetrical & Gynecological Survey*, **63(8)**, 527–537.
- Stach-Lempinen, B., Kirkinen, P., Laippala, P., Metsonoja, R. ve Kujansuu, E. (2004). Do objective urodynamic or clinical findings determine impact of urinary incontinence or its treatment on quality of life? *Urology*, **63(1)**, 67–72.
- Staskin, D. ve Wein, A.J. (2006). Classification Of Voiding Dysfunction in The Female Patient. In L. Cardoza & D. Staskin (Eds.), *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, (2nd Ed.). United Kingdom; Informa Healthcare, an imprint of Informa UK Ltd.;173- 181.
- Stoutjesdijk, J.A., Vierhout, M.E., Spruijt, J.W. ve Massolt, E.T. (2006). Does vaginal reconstructive surgery with or without vaginal hysterectomy or trachelectomy improve sexual well being? A prospective follow-up study. *International Urogynecology Journal*, **17(2)**, 131-135.
- Strohbehn, K., Richter, H.E. ve Nygaard, I.E. (2008). Operative Management Of Pelvic Organ Prolapse: İn R.S. Gibbs, B.Y. Karlan, A.F. Haney, I.N. Nygaard (Eds.), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, (10th Ed.), Copyright Lippincott Williams & Wilkins; 840- 865.

- Su, T.H., Lau, H.H., Huang, W.C., Chen, S.S., Lin, T.Y, Hsieh, C.H. ve ark. (2009). Short term impact on female sexual function of pelvic floor reconstruction with the Prolift procedure. *The Journal of Sexual Medicine*. **6(11)**, 3201-3207.
- Sultana, C.J. ve Walters, M.D. (1994). Estrogen and urinary incontinence in women. *Maturitas*. **20**, 129-138.
- Swift, S.E., Tate, S.B. ve Nicholas, J. (2003). Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? *American Journal Obstetrics and Gynecology*, **189(2)**, 372–77.
- Swift, S. (2005). Physical Exam And Assesment of Pelvic Support Defects: İn S.P. Vasavada, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Shlomo (Eds.), *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. New York: Marcel Dekker; 497–506.
- Swift, S.E. ve Herring, M.(1999). Comparison of pelvic organ prolapse in the dorsal lithotomy compared with the standing position. *Obstetrics and Gynecology*, **91(6)**, 961–964.
- Şimşek, Ö.F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Cem web Ofset, Ankara.
- Talbot, L.A. (1995). *Principles and Practice of Nursing Research*. Mosby Year Book, USA.
- Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 579-596.
- Tennstedt, S.L., Fitzgerald, M.P., Nager, C.W., Xu, Y., Zimmern, P., Kraus, S. ve ark. (2007). Quality of life in women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, **18(5)**, 543–549.
- Thakar, R. (2009). Review of current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **20(1)**, 27–31.
- Thakar, R. Chawla, S., Scheer, I., Barrett, G, ve Sultan, A.H. (2008). Sexual function following pelvic floor surgery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. **102(2)**, 110–114.
- Thakar, R. ve Sultan, A.H. (2005). Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. *Best Practica Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, **19(3)**, 403–418.

- Theobald, P. (2008). Vaginal Vault Prolapse: Treatment of Posterior IVS. In V. Gomel & B. Herendael (Eds), *Female Genital Prolapse and Urinary Incontinence*, (1nd Ed.). The United States of America; Informa Healthcare USA, Inc. Newyork;177 – 187.
- Tincello, D.G. ve Alfirevic, Z. (2002). Important clinical outcomes in urogynecology: views of patients, nurses and medical staff. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **13(2)**, 96-98.
- Tomoe, H., Kondo, A., Takei, M., Nakata, M. ve Toma. H. (2005). Tension-free Vaginal Tape Trial Group: Quality of life assessments in women operated on by tension- free vaginal tape (TVT). *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*,**16(2)**,114–118.
- Tosunoğlu, D. (2010). 40 Yaş Üstü Kadınlarda Pelvik Organ Prolapsusu Sıklığı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
- Tozun, M., Ayranci, U. ve Unsal, A. (2009). Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **67(4)**, 241-249.
- Tunuguntla, H.S. ve Gousse, A.E. (2006). Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *The Journal Urology*, **175(2)**, 439–446.
- Turan, C., Zorlu, C.G., Ekin, M., Hancerlioğulları, N. ve Saraçoğlu, F. (1996). Urinary incontinence in women of reproductive age. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, **41(2)**, 132-4.
- Uebersax, J.S., Wyman, J.F., Shumaker, S.A., McClish, D. ve Fantl, J.A. (1995). Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The incontinence impact questionnaire and urogenital distress inventory. *Neurourology and Urodynamics*, **14(2)**,131-139.
- Uncu, G. ve Özdil, M. (2009). Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbacılık;41-47.
- Urwitz-Lane, R. ve Özel B. (2006). Sexual function in women with urodynamic stress incontinence, detrusor overactivity, and mixed urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **195(6)**, 1758 – 1761.

- Van der Vaart, C.H., Lamers, B.H.C. ve Heintz, A.P.M. (2007). Feasibility and patient satisfaction with pelvic organ prolapse and urinary incontinence day Surgery. *International Urogynecology Journal*, **18(5)**, 531–536.
- Visco, A.G., Wei, J.T., McClure, L.A., Handa, V.L, ve Nygaard, I.E. (2003). Effects of examination technique modifications on pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) results. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **14(2)**, 136–140.
- Vollebregt, A., Fischer, K., Gietelink, D. ve van der Vaart, C.H. (2011). Primary surgical repair of anterior vaginal prolapse: a randomised trial comparing anatomical and functional outcome between anterior colporrhaphy and trocar-guided transobturator anterior mesh. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* **118(12)**, 1518-1527.
- Wai, C.Y. (2008). Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery; Urinary Incontinence. İçinde J.O. Schorge., J.I. Schaffer., L.M. Halvorson., B.L. Hoffman., K.D. Bradshaw., F.G. Cunningham (Eds.), *Williams Gynecology*. China: The McGraw-Hill Companies.
- Walker, G.J. ve Gunasekera, P. (2011). Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *International Urogynecology Journal*. **22(2)**, 127-135.
- Walters, M.D. (2007). Description And Classification Of Lower Urinary Tract Dysfunction And Pelvic Organ Prolapse. İn M.D. Walters, M.M. Karram (Eds). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, (3rd Ed). Philadelphia: Mosby Elseiver; 55–61.
- Waltregny, D., Gaspar, Y., Reul, O., Hamida, W., Bonnet, P. ve De Leval, J. (2008), TVT-O for the treatment of female stress urinary incontinence: results of a prospective study after a 3-year minimum follow-up. *European Urology*, **53(2)**, 401–408.
- Weber, A.M., Walters, M.D., Schover, L.R. ve Mitchinson, A. (1995). Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, **85**, 483–487.

- Weber A. M., Walters M.D. ve Piedmonte M.R. (2000). Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **182(6)**, 1610-1615.
- Weber, A.M., Walters, M.D., Piedmonte, M.R. ve Ballard, L.A. (2001). Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **185(6)**, 1299–1304.
- Weber, A.M. ve Richter, H.E. (2005). Pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, **106(3)**, 615–634.
- Weber, A.M. (2007). Epidemiology and Psychosocial Impact of Pelvic Floor Disorders. In M.D. Walters, M.M. Karram (Eds). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, (3rd Ed). Philadelphia: Mosby Elseiver; 44–54.
- Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. (2001). Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, **98(3)**, 398-406.
- Wylie, K. (2007). Sexual dysfunction in women. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, **18(2)**, 39- 42.
- Yalçın, Ö. ve Karamustafaoğlu, B. (2009). Üriner inkontinansın medikal tedavisi. *Jinekoloji & Obstetri Forumu*, **1(1)**, 53–60.
- Yalçın, Ö. (2009a). Ürojinekoloji. İçinde Ö Yalçın (Ed). *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.;1-4.
- Yalçın, Ö. (2009b). Stres Üriner İnkontinansda Minimal İnvasiv Operasyonlar, Midüretal Slingler. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 359–373.
- Yalçın, Ö.T. (2009). Üriner İnkontinans – Genel Değerlendirme, Öykü ve Muayene. İçinde Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 163–175.
- Yamada, B.S. ve Kobashi, K.C. (2007). Urogenital prolapse and occult stress urinary incontinence. *Nature Clinical Practice Urology*. **4(1)**, 55-58.
- Yaşa, O. (2009). Genel Popülasyonda Pelvik Organ Prolapsusu Sıklığı Ve Evrelerin Semptomlarla İlişkisi.T.C. Mersin üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Uzmanlık Tezi. Mersin.

- Yeni, E., Unal, D., Verit, A., Kafali, H., Çiftci, H. ve Gulum, H. (2003). The effect of tension-free vaginal tape (TVT) procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, **14(6)**, 390–394.
- Yip, S.K. ve Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence, *Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **21(2)**, 321–329.
- Youngkin, E.Q. ve Davis, M.S. (2004). *Women's Health a Primary Care Clinical Guide*. (3.Ed.). Pearson Education Limited, New Jersey.
- Yu, H.J., Wong, W.Y., Chen, J. ve Chie, W.C.(2003). Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence. *Quality of Life Research*, **12(3)**, 327–333.
- Xu, Y., Song, Y ve Huang, H. (2011), Impact of the tension-free vaginal tape obturator procedure on sexual function in women with stress urinary incontinence. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, **112(3)**, 187-189.

FORMLAR

EK 1: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi'yim "İdrar Kaçırma Sorunu ve / veya Cinsel Organ sarkmasından Dolayı Ameliyat Geçiren Kadınlarda Yaşam Kalitesini ve Cinsel İşlevi Değerlendirmek" amacıyla bir anket çalışması yapmaktayız.

Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket çalışmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, kendinize de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Size elimdeki soruları size şu an ameliyat öncesinde soracağım. Ameliyat sonrası 6. ayda kontrole geldiğinizde aynı soruları size tekrar sorarak yaşam kaliteniz ve cinsel işlevinizle ilgili bilgi alacağım. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Az sonra soracağım soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız çok memnun oluruz. Araştırmayla ilgili sorunuz veya sorunuz olduğunda bize aşağıdaki telefonlardan ulaşabilirsiniz Teşekkür ederim.

Tarih :

Katılımcının adı :

İmzası

Tanık bir hastane personelinin adı :

İmzası

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Tel: 0 212 440 00 00/27018

Yardımcı Araştırmacı

Msc. Dilek BİLGİÇ

Araştırma Görevlisi

Tel: 0 212 440 00 00 / 27072

EK 2: TANITICI BİLGİ FORMU**Anket No:****Adres:****Tel:****Görüşme tarihi:****Ameliyat Tarihi:****Ameliyat GRUP : ()**

1. Pelvik organ prolapsus cerrahisi
2. Üriner inkontinans cerrahisi
3. Üİ ve POP cerrahisi

Amelyat tipi :**1- Yaşınız()**

- | | | | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|-----|
| 1-20-29 | 2.-30-39 | 3.-40-49 | 4-.50-59 | 5-.60-69 | 6.- |
| ≥ 70 | | | | | |

2- Eşinizin yaşı..... ()

- | | | | | |
|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|
| 1.- 20-29 | 2.- 30-39 | 3.-. 40-49 | 4-. 50-59 | 5-. 60-69 |
| 6.- ≥ 70 | | | | |

3.Eşininizin eğitim durumu:

- | | | | |
|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|
| 1.Okur yazar değil | 2.Okur yazar | 3.İlkokul mezunu | 4.Ortaokul mezunu |
| 5. Lise mezunu | 6.Üniversite mezunu | | |

4. Eşin Çalışma Durumu

- | | |
|-------------|----------------|
| (1) Çalışan | (2) Çalışmayan |
|-------------|----------------|

5. Eşinizin mesleği:

- | | | | | |
|---------|--------|----------|-------------------|----------|
| 1-Memur | 2-İşçi | 3-Emekli | 4- Serbest meslek | 5- İşsiz |
|---------|--------|----------|-------------------|----------|

6. Eğitim Durumunuz ()

- | | | | |
|--------------------|---------------------|------------------|-------------------|
| 1.Okur yazar değil | 2.Okur yazar | 3.İlkokul mezunu | 4.Ortaokul mezunu |
| 5. Lise mezunu | 6.Üniversite mezunu | | |

7. Gelir durumunuz 1. Gelirim giderimden az ()

2. Gelirim giderime denk ()

3. Gelirim giderimden fazla ()

8. Medeni durumunuz ()

- | | | | | |
|----------|----------|--------------|------------------|----------|
| 1.- Evli | 2- Bekar | 3.- Boşanmış | 4.- Partneri var | 5. Diğer |
|----------|----------|--------------|------------------|----------|

9. Ne kadar süredir evlisiniz?.....

10. Mesleğiniz ()

1-Ev Hanımı 2- Memur 3-İşçi 4-Emekli 5- Serbest meslek 6- İşsiz

11. Çalışma Durumu

(1) Çalışan

(2) Çalışmayan

12. Beden kitle indeksi:

Boy.....

Kilo.....değer: .

- 1- < 16.0 (3.derece zayıflık)
- 2- 16.0-16.99 (2.derece zayıflık)
- 3- 17.0-18.49 (1.derece zayıflık)
- 4- 18.5-24.99 (Normal)
- 5- 25.0-29.99 (1.derece şişmanlık)
- 6- 30-39.99 (2.derece şişmanlık)
- 7- < 40.0 (3.derece şişmanlık)

13. Gebelik sayınız ()

() yok () 1 gebelik () 2 gebelik () 3 gebelik () 4 gebelik () > 5 gebelik

14. Doğum sayınız ()

() yok () 1 doğum () 2 doğum () 3 doğum () 4 doğum () > 5 doğum

15. Düşük yaptınız mı?

Evet () sayısı

yeri

Hayır ()

16. Kürtaj yaptınız mı?

Evet () sayısı

yeri

Hayır ()

17. Doğum yapma şekliniz? ()

1. Vajinal yolla

2. Sezaryen

3. Her ikisinde

2.

18. Doğumlarınızı nerde yaptınız?

1 Hastane ()

2 Evde ()

3 Hastane / Evde ()

19. Doğumda epizyotomi uygulanma durumu ()

1. Evet

2. Hayır

20. Doğumda yırtık oluşup dikiş atılma durumu ()

1. Evet

2. Hayır

21. 4 ve üzeri kiloda doğan bebeğiniz oldu mu?

1 Evet () kilosu;

2 Hayır ()

22. Menopoza girdiniz mi?

1. Evet

2. Hayır

23. Cevabınız evet ise menopoza gireli kaç yıl oldu? ()

1- 1 yıldan az

2- 1-2 yıl

3- 3-4 yıl

4- 5-6 yıl

5- 7 yıl ve

üstü

24. Hormon replasman tedavisi (menapoza bağlı) alıyormu sunuz? ()

1. Evet ise adı süresi

2. Hayır

25. Sigara kullanma durumunuz nedir? ()

1. Evet gün /

adet

2. Hayır

26. Alkol kullanma durumu nedir? ()

1. Evet gün/

kadeh

2. Hayır

27. Sizde aşağıdaki durumlardan hangileri var? ()

1. Yok
2. Kronik kabızlık
3. Sık idrar yolu enfeksiyonu
4. Diabetes mellitus varsa ne kadar süredir.....
5. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ne kadar süresi
6. Allerjik astım ne kadar süresi.....
7. Norolojik hastalık (MS)
8. Diğer

28. Daha önceden aşağıdaki ameliyatlardan geçirdiğiniz oldu mu?

1. Hayır
2. Rahim alınması zamanı:
3. İdrar kaçırma ameliyatı zamanı:
4. Cinsel organ sarkması ameliyatı () sistosel () rektosel () rahim sarkması zamanı:

29. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ()

1. Evet (ilacın türü ne kadar süredir.....
2. Hayır

30. İdrar kaçırma ve / veya genital organ sarkması sorununu ne zamandır yaşıyor sunuz? ()

1. 1 yıldan az
2. 1-2 yıldır
3. 3-5 yıldır
4. 6-10 yıldır
5. 11 ≥

31. İnkontinans tipi :

32. Cinsel ilişki sıklığı:

1. Haftada 2 den fazla
2. Haftada 1-2
3. Ayda 1-3 kez
4. Ayda 1 ve daha az

EK 3: BRISTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI SORU FORMU (THE BRISTOL FEMALE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS- B-FLUTS)

Aşağıda yer alan idrar yapma ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik soruları geçtiğimiz ay içinde yaşadığınız sorunları düşünerek cevaplayınız. Bu sorunların sıklığını belirtirken

Ara sıra - geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez / defa

Bazen - geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte iki arasında kez / defa

Genellikle - geçtiğimiz ayın üçte ikiden daha fazla kez / defa anlamında kullanılmaktadır.

1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4 ya da daha fazla

2. İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

3. Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

4. Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?

☐ Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum
☐ Her 3 saatte bir yapıyorum
☐ Her 2 saatte bir yapıyorum
☐ Saatte bir yapıyorum

5. İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

6. İdrar yapmak için ıkınmanız gerekiyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

7. İdrar yaparken bir kereden fazla, durup tekrar idrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

8. Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman
☐ Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)
☐ Bazen (Haftada 2 – 3 kez)
☐ Genellikle (Günde 1 kez)
☐ Her zaman (Günde birkaç kez)

10. Öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçııyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

11. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

12. Uykuda iken idrar kaçıırıyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?

☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Çok

14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?

☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Çok

15. İdrar kaçıırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

16. İdrar şikayetlerinizin azalması ve yapmak istediklerinizi rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

17. İdrar şikayetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derecede etkiliyor?

☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Çok

18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz? (Alış veriş, seyahat, tiyatro).

☐ Hiçbir zaman ☐ Ara sıra ☐ Bazen ☐ Genellikle ☐ Her zaman

19. İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

☐ Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Çok

EK 4: PELVİK ORGAN PROLAPSUSU / ÜRİNER İNKONTİNANS CİNSEL FONKSİYON SORGULAMA FORMU (PISQ-12) (THE PELVIC ORGAN PROLAPSE/URINARY INCONTINENCE SEXUAL QUESTIONNAİRE)

Aşağıda sizin ve partnerinizin/eşinizin cinsel yaşantısına dair sorular verilmiştir. Tüm bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler hastaların cinsel yaşamlarındaki önemli noktaların anlaşılmasında sağlık personeline yardımcı olmak amacıyla kullanılacaktır. Lütfen sizin için en uygun cevabı gösteren kutuyu işaretleyiniz. Soruları cevaplarken, son 6 ay içindeki cinsel yaşamınızı düşünerek cevaplayın. Yardımlarınız için teşekkürler

1. Ne sıklıkta cinsel istek duyarsınız? Cinsel istek duygusu cinsel ilişki kurma isteğini, ilişkiyi planlamayı, cinsel ilişkinin olmayışına bağlı hissedilen hayal kırıklığını içerebilir.

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

2. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişkiniz sırasında orgazm (tatmin olurmu sunuz) olurmu sunuz?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

3. Partnerinizle / eşinizle cinsel aktivitelerinizde cinsel olarak heyecan duyar mısınız? (tahrik olur musunuz?)

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

4. Şuan ki cinsel yaşamınızda cinsel aktivitelerinizin çeşitliliğinden (pozisyon değiştirme , ön sevişme, oral seks , öpüşme vb.) memnun musunuz?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiçbir zaman

5. Cinsel ilişki sırasında ağrı hissedermi siziz?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

6. Cinsel aktiviteleriniz sırasında idrar kaçırmanız olur mu?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiçbir zaman

7. Dışkı veya idrar kaçırma (İnkontinans) korkusu cinsel aktivitenizi kısıtlar mı?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

8. Vajinaya doğru olan şişlik / çıkıntıdan (mesane / idrar torbası, rektum / makat , ya da rahim sarkması) dolayı cinsel ilişkiden kaçınır mısınız?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

9. Partnerinizle / eşinizle cinsel ilişki sırasında korku, tikslenme, utanç veya suçluluk gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterir misiniz?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

10. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen bir sertleşme (ereksiyon) sorunu var mı?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

11. Partnerinizin / eşinizin cinsel aktivitenizi etkileyen erken boşalma sorunu var mı?

☐ Her zaman ☐ Genellikle ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Hiç bir zaman

12. Geçmişte yaşadığınız orgazmlarla (tatmin olmayla) karşılaştırdığınızda, son 6 aydaki yaşadığınız orgazmların yoğunluğu / derecesi nasıldır?

- ☐ Çok az yoğunlukta / derecede
☐ Az yoğunlukta / derecede
☐ Aynı yoğunlukta / derecede
☐ Daha çok yoğunlukta / derecede
☐ Çok daha fazla yoğunlukta / derecede

EK 5: İNKONTİNANS ETKİ SORU FORMU -7 (İNCONTINENCE İMPACT QUESTIONNAIRE SHORT FORM IIQ-7)

IIQ - 7	İdrarınızı kaçırmak veya organınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi:	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1.	Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
2.	Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
3.	Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
4.	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
5.	Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilme etkiledi mi?	0	1	2	3
6.	Ruhsal sağlığını etkiledi mi?(sinirlilik, depresyon, ve benzeri).	0	1	2	3
7.	Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?	0	1	2	3

EK 6: UROGENİTAL DİSTRESS ENVANTERİ -6 (UROGENİTAL DİSTRESS INVENTORY SHORT FORM-UDI-6)

UDI-6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu?				
	Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1.	Sık idrara çıkma ?	0	1	2	3
2.	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçıрма?	0	1	2	3
3.	Öksürme veya hapşıрма gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçıрма ?	0	1	2	3
4.	Damla damla az miktarda idrar kaçıрма?	0	1	2	3
5.	İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?	0	1	2	3
6.	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

EK 7: PISQ-12 KULLANIM İZNI**From:** dilekbilgic <dbilgic@mynet.com>**To:** RRogers@salud.unm.edu 5/13/2008 1:18 AM

Dear Rogers,

Hello, I am from Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing in Turkey. I'm doctorate student. I saw research about "A short form of the pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire (PISO-12)". I want to use your questionnaire for my doctorate thesis. May I use your questionnaire? Would you allow using your questionnaire in my research? Will you send to me your scale and scoring information, please?

Thank you for your interest. Sincerely,

Msc. Dilek BİLGİÇ İstanbul

Kimden : "Rebecca Rogers" RRogers@salud.unm.edu**Kime :** dbilgic@mynet.com**Gönderme tarihi :** 14/05/2008 6:19**Konu :** Re: asking for permission-Turkey

Dear Sir,

You do have my permission to use the PISQ in your studies. The scoring system is published with the manuscript. Please be aware that there was an erratum published regarding the scoring. I wish you well in your research endeavors. Sincerely Becky Rogers University of New Mexico Health Sciences Center 1 University of New Mexico MSC 10-5580 Albuquerque, NM 87131-0001 505-272-9712 Ph.

505-272-1336 Fax**RRogers@salud.unm.edu**

EK 8: ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
PERSONEL DAİRESİ BAŞKANLIĞI



Sayı :
 Konu :

10557

39328 14.08.08

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 23.06.2008 tarihli 23953 sayılı yazımız.

Sorumlu araştırmacılığını Yüksekokulunuz Hemşirelik Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ'nin** üstlendiği ve **Msc.Dilek BİLGİÇ'in** yürüteceği 2008/1618 dosya no'lu "Üriner inkontinans ve veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınlarda yaşam kalitesinin ve cinsel işlevin değerlendirilmesi" başlıklı anketli doktora tez çalışması İstanbul Tıp Fakültesi Yerel Kurulunun 18.06.2008 tarihli 06 sayılı toplantısında incelenmiş, etik yönden bir sakınca taşımamış olup, çalışmanın uygulamaya konabileceği ve çalışmanın ilgili Fakültenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof.Dr.Önay YALÇIN'in** gözetimi altında uygulanmasına karar verildiği hakkında adıgeçen Fakülte Dekanlığından alınan 08.08.2008 tarihli 20444 sayılı yazı ve eklerinin fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPİLA
 Rektör a.
 Rektör Yardımcısı

Ek: 3

Dr. Beji
 15.8.08
 27

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Gelen Kayıt No. : 14557
 Gelen Tarih : 15.8.2008



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 18/06/2008

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 6

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nezih KIZILKAYA BEJİ'nin, üstlendiği ve Msc.Dilek BİLGİÇ'in, yürüteceği 2008/1618 dosya no'lu "Üriner inkontinans ve/veya pelvik organ prolapsus cerrahisi uygulanan kadınlarda yaşam kalitesinin ve cinsel işlevinin değerlendirilmesi" başlıklı anketli doktora tez çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI
Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN (Katılmadı)
Farmakoloji ve Kll.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL (Katılmadı)
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN
Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ
Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE
Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM
Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN
Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP
İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU
Biokimya A.D

Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR
Patoloji A.D., Nöropatolojik B. D.

Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)
Genel Cerrahi A.D.

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK
İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR
Farmakoloji ve Kll.F. A.D

Fatma Ceyda DÖNMEZER
Sivil Toplum Örgütü Üyesi

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK
Hukukçu

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilek	Soyadı	Bilgiç Çelik
Doğ.Yeri	Gümüşhane	Doğ.Tar.	04-03-1972
Uyruğu	T.C	TC Kim No	34123544646
Email	bilgicdilek@gmail.com	Tel	0 542 2561804

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul	2006 -Halen
Yük.Lis.	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas	1996 - 1998
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1990 - 1994
Lise	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Meslek Lisesi	1986 - 1990

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul	2006 -
2.	Öğretim Görevlisi	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Sivas	1998 - 2005
3.	Uzman	Cumhuriyet Üniversitesi Sağ. Hiz. M.Y. O, Sivas	1996 -1998
4.	Hemşire	Cumhuriyet Üniversitesi Uyg. Ve Arş. Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi ,Sivas	1990 - 1996

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
	İyi	Zayıf	Orta	75.00	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	48,276	50,316	52,355
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Kitap bölüm yazarlığı

- Şahin NH, **Bilgiç D**, Demirgöz M. Doğurganlığı Etkileyen Faktörler. İçinde: Beji NK (Ed). İnfertilite Hemşireliği, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını No:1, Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş. İstanbul 2009; 147-162.

Uluslararası Yayınlar

- Ozcan S, Sahin HN, **Bilgiç D**, Yilmaz DS. Is Sexual Dysfunction Associated with Diabetes Control and Related Factors in Women with Diabetes? Sex Disabil. 2011; April: 29(3) 251-261. DOI 10.1007/s11195-011-9209-5.
- Sahin HN, Ozcan S, Yilmaz DS, **Bilgiç D**. Attitudes and Barriers of Diabetes Health Care Professionals on Sexual Health. Sex Disabil. 2011; 29(1):3-9. DOI: 10.1007/s11195-010-9192-2.
- Bilgiç D**, Beji KN. Lower Urinary Tract Symptoms in Women and Quality of Life. International Journal of Urological Nursing, 2010; 4 (3): 97-105. DOI: 10.1111/j.1749- 771X.2010.01100.x
- Kizilkaya BN, Ozbas A, Aslan E, **Bilgiç D**, Erkan AH. Overview of the Social Impact of Urinary Incontinence with A Focus On Turkish Women. Urologic Nursing. 2010 ; November-December 30(6):327-334.

Ulusal Yayınlar

- Doğaner G., **Bilgiç D.**, Doğaner A., Umut Ü.F., Kürk H., ve Çelik E. “15 – 49 Yaş Kadınların Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumları” DEUHYO ED, 2011, 4 (4), 159-164.
- Şahin, N,H, ve **Bilgiç, D.**, “Perinatal Hasta Güvenliği”, Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi 2009; 1(1):4-10.
- Şahin, N, H ve **Bilgiç, D.**, Esen, Ü., Çetinkaya, R.,ve Tozoğlu, Z., “Bayan Kuaförü Çalışanlarının Hepatit B’ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi”, **TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni** 2009; Mart-Nisan 8(2):4-10.
- Bilgiç D**. Premenopozal ve postmenopozal kadınlar arasında cinsel istek işaretleri yönünden farklılıklar. Androloji Bülteni 2008; 32 Mart:90-91.
- Bilgiç D**, Güler H, Does Early Breastfeeding Decrease the Duration of Third Stage of Labor and Enhance the Infant – Mother Interaction. Journal of The Turkish German Gynecological Association (Artemis) 2004; Vol.5(3): 208 - 211.

Poster / Sözel Sunum

- **Bilgiç ÇD**, Beji NK, Yalçın Ö, Uğurlucan GF. “Üriner İnkontinans ve/veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti” 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011, İstanbul.(Poster)
- **Bilgiç ÇD**, Beji NK, Yalçın Ö, Uğurlucan GF. “Stres Üriner İnkontinans ve /veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Yapılan Kadınlarda Cinsel Fonksiyon” 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011, İstanbul.(Poster)
- **Bilgiç ÇD**, Beji NK, Yalçın Ö, Uğurlucan GF. Stres Üriner İnkontinans ve /veya Pelvik Organ Prolapsus Cerrahisi Sonrası Yaşam Kalitesi: 1 Yıllık Sonuçlar” 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011, İstanbul. (Poster)
- **Bilgiç ÇD**, Beji NK, Özbas A, Cavdar İ, Yalçın Ö. “İdrar Kaçıran Bireylerin Depresyon Durumları ve Başa Çıkma Yaklaşımları”. 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011, İstanbul. (Poster)
- **Bilgiç D**. “Pelvik Taban Disfonksiyonu Olan Kadınlarda Sağlık Arama Davranışları-Tedavi Kararı Alma Süreci” 5. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi. 19-21 Ekim 2011, İstanbul. (Sözel sunum)
- **Bilgiç D**, Beji NK. “Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesine Etkisi” 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 03-06 Mart 2011, Bursa. (Poster)
- **Bilgiç D**. “Ürojinekolojide cinsel fonksiyon değerlendirmesi” The First Balkan Pelvic Floor Dysfunction Symposium. 1-3 Nisan 2011, Edirne, Türkiye (Sözel sunum)
- Nevin H. Şahin, Özlem C.Gürkan, **Dilek Bilgiç**, Melek E. Cingi,Yeliz D. Merih, Sonay Canbolat, Ayşe K. Kılıç, Arife Aydın, Anahit M. Coşkun, Ergül Aslan. “Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği Üyelerinin Profili” 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 03-06 Mart 2011, Bursa. (Sözel sunum)
- **Bilgiç D**, Beji NK, Ozbas A, Cavdar İ, Aslan E, Yalcın O. The Coping and Help Seeking Behaviours for Management of Urinary Incontinence Problem. EAU 6th South Eastern European Meeting (SEEM). 1-2 October 2010,İstanbul, Turkey. (Sözel sunum)
- **Bilgiç D**. Ürojinekoloji Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirilmesi. Prevention of Pregnancy & Childbirth-induced Pelvic Floor Dysfunction In Turkey. A multi-disciplinary Approach. Turkish Society of Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery and International Continence Society (ICS) joint meeting. Kurs Kitabı. 23-25 Eylül 2010, İstanbul, Türkiye. (Sözel sunum)
- Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Aslan E, Ayyidiz Erkan H, **Bilgiç D**, Gungor Ugurlucan F. The Effect of Transobturator Vaginal Tape (TVT-O) Operation on Sexual Function. EAU 6th South Eastern European Meeting (SEEM). 1-2 October 2010,İstanbul, Turkey. (Sözel sunum)
- **Bilgiç D**, Beji NK. “Ürojinekoloji Hastalarında Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi” IV Ulusal Ürojinekoloji Kongresi 21-24 Ekim 2009, İstanbul Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi. (Poster)
- **Bilgiç D** “Pelvik İnflamatuvar Hastalık ve Kadın Sağlığına Etkileri” 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi. 02-04 Kasım 2009. İstanbul Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi. (Poster)
- Özkan S, **Bilgiç D** “Obezite ve Gebelik” 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği

Kongresi. 02-04 Kasım 2009. İstanbul Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi. Poster.

- Ozcan Ş, Şahin N.H., **Bilgiç D**, Yılmaz S, Somek A, *Reproductive Health of Turkish Women with Diabetes*, 68th Scientific Sessions Abstract Book, June 2008 supplement to the journal Diabetes abstract number 3820.
- **Bilgiç D**. “Yaşlı İstismar / İhmali ve Hemşirelik Yaklaşımı” “ V. Kapadokya Adli Bilimler Kongresi “Adli Hemşirelik” 27 - 29 Kasım 2008. Yıltok Otel Avanos Nevşehir.(P:10 poster)
- Kum M,**Bilgiç D**: Üniversitede Öğrenim Gören Adölesan Kız Öğrencilerin Etkin Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Özet Kitabı, s.353,19–22 Nisan 2007,Ankara.
- **Bilgiç D**: Adölesan Jinekolojisi Sorunları ve Üreme Sağlığı Sonuçları, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Özet Kitabı, s.355,19-22 Nisan 2007,Ankara.
- **Bilgiç D**, Şahin N,Yılmaz S: Kadın Sağlığında Öncelikler, 8.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Özet Kitabı, s.186,17–21 Ocak 2007,Bursa.
- Yılmaz S, Şahin N,**Bilgiç D**: Kadın Sağlığında Kilometre Taşları: 8.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Özet Kitabı, s.187,17–21 Ocak 2007,Bursa
- Şahin N H, **Bilgiç D**: Perinatal Hasta Güvenliği,1.Ulusal Ebelik Kongresi, Özet Kitabı, s:76,20–22 Haziran 2007,İstanbul.
- Şahin NH, **Bilgiç D**, Esen Ü, Çetinkaya R, Tozoğlu Z: Bayan Kuaförleri Çalışanların Hepatit B'ye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi 6.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Uluslar arası katılımlı), Özet Kitabı, 26–29 Haziran, 2007, İstanbul
- **Bilgiç D**, Yılmaz S, Şahin NH: Diyabetin Üreme Sağlığına Etkisi,1.Ulusal Ebelik Kongresi, Özet Kitabı, s:36,20–22 Haziran 2007,İstanbul.
- Güner T, **Bilgiç D**: Cumhuriyet Üniversitesi'nin Sağlıkla İlgili Bölümlerinde Okuyan 1. Sınıf Öğrencilerin AİDS Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması,4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Özet Kitabı, s.314,20-23 Nisan 2005, Ankara.
- **Bilgiç D**. Güler H, The Investigation of the Effect of Early Suckling On Contact Between the Newborn and mothers and On the Duration of placenta Outlet, VII. National Nursing Congress, Erzurum-Turkey,1999.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Tiyatro, sinema, kitap okuma, bulmaca çözme