

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜRİNER İNKONTİNANS TANISI ALAN KADINLARDA SEMPTOM
ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ**

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Figen KAZANKAYA

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ

İZMİR

2018

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜRİNER İNKONTİNANS TANISI ALAN KADINLARDA SEMPTOM
ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ**

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Figen KAZANKAYA

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ

İZMİR

2018

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Gül ERTEM

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nuray ECCELİOĞLU CETİŞLİ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 28.09.2018

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ'ye, araştırmanın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Prof. Dr. Gül ERTEM ve Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'ye, istatistiksel analiz çalışmalarındaki katkılarından dolayı Sayın Emire BOR'a, araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na, Ürojinekoloji Polikliniği'ndeki hemşirelere, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, her koşulda yanımda olan sevgili eşim Nurullah KAZANKAYA'ya TEŞEKKÜR EDERİM.

Figen KAZANKAYA

İZMİR – 2018

ÖZET

ÜRİNER İNKONTİNANS TANISI ALAN KADINLARDA SEMPTOM ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ

AMAÇ: Üriner inkontinans, kadınlarda yaşam kalitesinde azalmaya neden olan yaygın görülen bir sağlık sorunudur. Bu araştırma, üriner inkontinans tanısı alan kadınların semptom şiddeti ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL ve METOD: Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ürojenekoloji Polikliniği'ne üriner inkontinans şikayeti ile başvuran 160 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan ve 26 sorudan oluşan “Birey Tanılama Formu” ve “King Sağlık Anketi (KHQ)” ile yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Bulgular, %95 güven aralığında, $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 52.78 ± 10.89 yıl, %45'i obez, %41.9'u ilköğretim mezunu, %61.3'ü ev hanımıdır. İleri yaş, BKİ, doğum sayısı, doğum şekli, pelvik cerrahi geçirme, konstipasyon, kronik hastalıklar, kronik öksürük, hareketsiz yaşam tarzı, ağır cisim kaldırma, kafeinli içecek tüketme gibi faktörlerin kadınların Üİ'ye bağlı yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmaya katılan olguların King Sağlık Anketi birinci bölümünde; “Genel Sağlık Durumu” alt boyut puan ortalaması 41.09 ± 20.48 ; “İnkontinans Etkisi” alt boyut puan ortalaması 56.46 ± 28.47 ; “Rol Limitasyon” alt boyut puan ortalaması 41.04 ± 33.43 ; “Fizik Limitasyon” alt boyut puan ortalaması 46.67 ± 33.01 ; “Sosyal Limitasyon” alt boyut puan ortalaması 31.94 ± 30.26 ; “Kişisel İlişki” alt boyut puan ortalaması 15.94 ± 25.72 ; “Emosyonlar” alt boyut puan ortalaması 43.61 ± 34.82 “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyut puan ortalaması 27.71 ± 27.97 “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyut puan ortalaması 38.46 ± 24.56 olarak saptanmıştır. Ölçeğin ikinci bölüm (Semptom Ciddiyet Skalası) alt boyut puan ortalaması 9.56 ± 5.97 olarak saptanmıştır. Semptom değerlendirme sorusuna hastaların %45'i hiç ya da az (birinci grup) cevabı vermiş ve %55'i orta ya da çok cevabı (ikinci grup) vermiştir. İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümünün tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, birinci gruptaki

kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Üİ semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

SONUÇ: Kadınlarda inkontinans varlığının yaşam kalitesini orta düzeyde etkilediği, inkontinans semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: kadın; üriner inkontinans; yaşam kalitesi; semptom şiddeti



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOM SEVERITY AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN DIAGNOSED WITH URINARY INCONTINENCE

AIM: Urinary incontinence in women causing a reduction in the quality of life is a commonly seen health problem. This study was conducted with the aim of determining the relationship between symptom severity and quality of life in women diagnosed with urinary incontinence.

MATERIAL and METHOD: The study was conducted between March and June 2017, and included 160 women who attended Ege University Medical Faculty Hospital Outpatients' Department with a complaint of urinary incontinence. An Individual Description Form prepared by the researchers and consisting of 26 questions and the King Health Questionnaire (KHQ) were used in the collection of data. Findings were evaluated with a 95% confidence interval and significance at the level of $p < 0.05$.

FINDINGS: The mean age of the women participating on the study was 52.78 ± 10.89 years; 45% were obese, 41.9% were educated to primary level, and 61.3% were housewives. Risk factors for the development of urinary incontinence were found to be advanced age, number of births, entering the menopause, having undergone an operation on the lower abdominal area, constipation, caffeine consumption, the presence of a chronic illness, chronic coughing, an inactive lifestyle, and lifting heavy objects. Examining the mean scores of the participants on the subdimensions of the first part of the King Health Questionnaire, these were found to be 41.09 ± 20.48 for General State of Health, 56.46 ± 28.47 for the Effect of Incontinence, 41.04 ± 33.43 for Role Limitation, 46.67 ± 33.01 for Physical Limitation, 31.94 ± 30.26 for Social limitation, 15.94 ± 25.72 for Personal Relations, 43.61 ± 34.82 for Emotions, 27.71 ± 27.97 for Sleep Energy Level, and 38.46 ± 24.56 for Severity Measures. The mean subscale score on the second half of the scale (Symptom Severity Scale) was found to be 9.56 ± 5.97 . A statistically significant positive correlation was found between the Symptom Severity Scale and all subdimensions ($p < 0.01$).

CONCLUSION: It was concluded that the presence of incontinence in the women affected the subdimensions of the King Health Questionnaire at a moderate level, and that as the severity of incontinence symptoms increased, the quality of life declined.

Keywords: woman; urinary incontinence; quality of life; symptom severity



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	2
1.1. Araştırmanın Konusu	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Varsayımlar	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.5. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.6. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Üriner İnkontinansın Tanımlanması	5
2.2. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi.....	6
2.3. Üriner İnkontinans Tipleri.....	7
2.3.1. Stres Üriner İnkontinans (SUI) / Gerçek Stres Üriner İnkontinans (GSI)	7
2.3.2. Urge İnkontinans (UI)	8
2.3.3. Miks Üriner İnkontinans.....	10
2.3.4. Taşma İnkontinansı (Overflow İnkontinans)	10
2.3.5. Bypass İnkontinans/Devamlı İnkontinans	11
2.3.6. Fonksiyonel / Geçici İnkontinans.....	11
2.4. İnkontinans Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler	12
2.5. Üriner İnkontinansda Değerlendirme ve Tanı.....	14
2.6. Ürojenekolojik Hasta Değerlendirme Yöntemleri.....	15
2.7. Alt Üriner Sistem Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler.....	18
2.8. Üriner İnkontinansda Tedavi	19
2.8.1. Tıbbi Yönetim.....	22
2.8.2. İlaç Tedavisi.....	22

2.8.3. Cerrahi Tedavi	23
2.9. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi.....	23
2.10. Üriner İnkontinans'ta Hemşirelik Yaklaşımı	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Veri Toplama Araçları	27
3.4.1. Birey Tanılama Formu (Ek-I):	27
3.4.2. King Sağlık Anketi (KHQ) (Ek-II):.....	27
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	29
3.7. Süre ve Olanaklar	30
3.8. Etik Açıklamalar	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgileri.....	32
4.2. Kadınların Hastalık Öyküsü ve İnkontinansa İlişkin Özellikleri.....	38
4.3. Kadınların King Sağlık Anketi ve Semptom Ciddiyetine Verdiği Cevapların ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
4.4. King Sağlık Anketi Yaşam Kalitesi Anketi ile Semptom Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	42
5. TARTIŞMA	54
5.1. Kadınlarda Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.2. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	58
5.3. Üriner İnkontinans Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	67
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER.....	78
EK I: BİREY TANILAMA FORMU	78

EK II: KİNG SAĞLIK ANKETİ	81
EK III: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	86
EK IV: KİNG SAĞLIK ANKETİ KULLANIM İZNİ	90
EK V: ETİK KURUL ONAYI.....	91
EK VI: KURUM İZNİ.....	94
EK VII: ENSTİTÜ ONAYI.....	97
ÖZGEÇMİŞ.....	98



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=160)	32
Tablo 2: Kadınların Sağlık Öyküsünün Dağılımı (n=160)	34
Tablo 3: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Öyküsüne İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4: Kadınların İnkontinansa İlişkin Risk Faktörlerinin Dağılımı	38
Tablo 5: King Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 6: King Sağlık Anketi Yaşam Kalitesi Bölümü Alt Boyutları ile Semptom Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 7: King Sağlık Anketi genel sağlık algılaması alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	44
Tablo 8: King Sağlık Anketi inkontinans etkisi alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	45
Tablo 9: King Sağlık Anketi rol limitasyonları alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	46
Tablo 10: King Sağlık Anketi fiziksel limitasyonlar alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	47
Tablo 11: King Sağlık Anketi sosyal limitasyonlar alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	48
Tablo 12: King Sağlık Anketi kişisel ilişkiler alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	49
Tablo 13: King Sağlık Anketi emosyonlar alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	50
Tablo 14: King Sağlık Anketi uyku/enerji alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	51
Tablo 15: King Sağlık Anketi ciddiyet ölçümleri alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	52
Tablo 16: King Sağlık Anketi semptom ciddiyeti alt boyut puanı üzerine etki eden faktörler	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	32
Şekil 2: King Sağlık Anketi Yaşam Kalitesi Puan Dağılımları	42
Şekil 3: King Semptom Ciddiyet Skalası Puan Dağılımları	42



KISALTMALAR

Üİ	Üriner İnkontinans
ICS	Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society)
ICI	Uluslararası İnkontinans Konsültasyonu
EPINCONT	Norwegian Edipedmiology of Incontinence in the Country of Nord Trondelag
SUI	Stres Üriner İnkontinans
GSİ	Gerçek Stres Üriner İnkontinans
UI	Urge İnkontinans
DI	Detrüsör Instabilitesi
OAB	Aşırı Aktif Mesane (Over Active Bladder)
DM	Diabetes Mellitus
PVR	POST-Voiding Rezidüel
EMG	Elektromyografi
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Manyetik Rezonans Görüntüleme)
IVP	Intravenöz Pyelografi
MMK	Marshall-Marchetti-Krantz
I-QQL	Incontinence-Quality of Life
KHQ	King Sağlık Anketi
NCSS	Number Cruncher Statistical System
BKI	Beden Kitle İndeksi

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society: ICS) ilk standardizasyon raporunda (2002) üriner inkontinans (Üİ), sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmıştır (1). Güncellenmiş son raporda (2009) ise, her türlü idrar kaçırma durumu olarak ifade edilmiştir (2).

Üİ görülme sıklığı, ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Her yaş grubunu ilgilendiren bir sorun olmakla birlikte özellikle kadınları etkiler ve kadınlarda Üİ prevelansı erkeklere göre 2-5 kat daha fazladır (3). Dünya'da ortalama 250 milyon kadının inkontinans sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de Üİ görülme sıklığı ise %9.6 ile %25.8 arasında değişmektedir (4).

Üİ için risk faktörleri arasında ileri yaş, kadınlarda üretra boynunun kısalığı, hormonal durum (hipoöstrojenemi), doğum travması (sinir, kas, konnektif doku yaralanması), doğum sonrasında ağır çalışma temposuna erken dönülmesi, genetik farklılıklar, tekrarlayan dirençli üriner enfeksiyonlar, şişmanlık, kronik konstipasyon, öksürme, antiöstrojenik etki ve kollajen sentezinin azalmasına neden olduğundan ağır sigara içiciliği, jinekolojik operasyon, hareketsiz yaşam tarzı, diyabet, periferik vasküler yetersizlik, akciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve konjestif kalp yetersizliği gibi sistemik hastalıklar sayılabilir (5, 6).

Üİ, bireyin hayatını tehdit eden bir hastalık olmasa da, birçok psikososyal sorunlara ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur. Ayrıca inkontinans sorunu yaşayan kadınların günlük yaşam aktiviteleri ve cinsel yaşamları da etkilenmektedir (3). Bakarman ve Al-Ghamdi'nin (2016) 1200 kadınla yaptığı Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini araştırdığı çalışmada kadınların fiziksel, sosyal, kişisel, ruhsal olmak üzere her alanda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (7). Fernandes ve ark. (2015) Portekiz'de 305 kadınla yaptıkları çalışmada Üİ nedeniyle fizyolojik sınırlamalar ya da sosyal izolasyondan kaynaklanan psikolojik sorunların kadınların yaşam kalitelerini etkilediği saptanmıştır (8).

Yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biri de yaşanan inkontinansın şiddetidir. İdrar kaçırma miktarı, sıklığı ve şiddeti arttıkça, yaşam kalitesi

azalmaktadır (9, 10, 11). Abrams ve ark (2015) yaptığı çalışmada Üİ semptom şiddeti arttıkça ev ve iş aktiviteleri, kişisel ilişkiler, sosyal yaşamlar ve ruhsal iyi olma gibi kadınların yaşamları üzerinde daha fazla olumsuz etkiye neden olduğu belirlenmiştir (12).

Üİ pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olmakla birlikte yapılan çalışmalar, kadınların sadece %25-30'unun problemlerine çözüm aradıklarını ve doktora başvurdıklarını göstermiştir (4, 13). Kadınların Üİ'yi yaşlanmanın doğal sonucu olarak algılama, bilgi eksikliği, şikayetleri önemsememe, muayeneden utanma/korkma, muayene için vakit bulamama gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurana kadar ortalama dokuz yıl gibi uzun bir süre geçirdikleri tespit edilmiştir (3, 9, 14, 15, 16, 17, 18). Bu durum hastanın hem psikososyal sağlığını bozmakta, hem de tedavi maliyetini arttırmaktadır (3, 19, 20).

Kadınların bu konuyu mahrem kabul ederek sağlık kuruluşuna başvurmaması Üİ'nin belirlenmesi amacıyla yapılacak tarama programlarının ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Hemşireler cinsiyet avantajları nedeni ile kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzey sağlık kuruluşunda görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedir. Bu nedenle üriner inkontinansın tanınması, değerlendirilmesi ve izlenmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (3).

1.2. Araştırmanın Önemi

Üİ, sürekli idrar kaçırma ve kötü kokma korkusu, kendini yetersiz, kirli hissetme, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, damgalanma, utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, cilt problemleri, fiziksel aktivitede sınırlılık, sosyal izolasyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi olumsuz psikososyal etkiler oluşturmakta ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (9, 21). Yapılan pek çok çalışmada yaşanan inkontinans sorununun şiddetinin de yaşam kalitesinin azalmasında önemli rol oynadığı belirlenmiştir (10, 11, 12, 22, 23). Bu azalma, kadınları yalnız semptomlar yönüyle değil sosyal, ekonomik ve tıbbi yönden de olumsuz etkilemektedir (24). Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da sürekli ıslaklık ve iritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durumdur. Klinik

açından bakıldığında ciddi bir fiziksel engel olarak görünmese de inkontinansın ve aktivite kısıtlanmasının psikolojik etkileri büyük önem taşımaktadır (21). Bu nedenle Üİ sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin hangi düzeyde etkilendiğini belirlemek ve hemşirelik yönünden ele alınması gereken konuları saptayarak çözüm yolları geliştirmek büyük önem taşımaktadır.

1.3. Varsayımlar

Araştırmanın örnek ölçütleri ve büyüklüğü, veri toplama yöntemi, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçlerin, araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitede olduğu düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, İzmir ilinde bir üniversite hastanesinin ürojinekoloji polikliğine başvuran kadınlar ile yapılmıştır. Araştırmanın planlanması aşamasında örneklem büyüklüğü 2015 yılına göre hesaplanmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için resmi izinlerin alınmasında oluşan gecikme nedeniyle örneklem büyüklüğü 2015 yılına aittir.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Üİ semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır.

H₂: Üİ risk faktörleri semptom şiddetini etkilemektedir.

H₃: Üİ risk faktörleri yaşam kalitesini etkilemektedir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, üriner inkontinans tanısı alan kadınların semptom şiddeti ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Normal işeme refleksi mesane inferior duvarında uzanan kas tabakası olan detrusor kası içindeki reseptörlerin beyine sinyal göndermesi ile başlar. Eğer işeme için uygun sosyal ortam var ise beyin karar verir. Detrusor kası kasılır, artmış mesane basıncı üretra basıncına iletilir. İstemli kontrol altındaki eksternal üretral sfinkter gevşer ve işeme işlemi tamamlanır (24).

İdrarın normal bir şekilde depolanması, mesanenin uygun olarak kasılmasına ve sfinkter mekanizmasının kompetan olmasına bağlıdır. Bu iki önemli faktöre destek olarak pelvik taban kas ve fasyalar da kontinans üzerinde etkilidir. Risk faktörlerine bağlı olarak pelvik tabanın bu destek görevi zayıflar, alt üriner sistem organları yer değiştirir, mesane ve üretranın fonksiyon dinamiği bozulur, sonuçta üriner inkontinans meydana gelir (25, 26). Üriner kontinans; mesane ve üretral fonksiyona bağlı olsa da normal üriner kontinans mekanizmasında sinir sisteminin fonksiyonu, mesane duvarı, detrusör kas, üretra, pelvik taban kas ve bağ dokusunun normal olması gerekmektedir. Bunların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan; idrar depolanması ve toplanan idrarın üretra yoluyla uygun zamanda boşaltılması aşamalarında aksamalara neden olacaktır (27).

2.1. Üriner İnkontinansın Tanımlanması

Üriner kontinans, kontrollü idrar tutabilme anlamına gelmekte ve kişinin istediği zaman ve istediği yerde kontrollü idrar yapması olarak tanımlanmaktadır. Üriner inkontinans (Üİ) ise; idrarın kontrol edilemez kaybıdır ve idrar sızıntısı ya da idrar kaçağı olarak isimlendirilir (25).

Üİ, mesane içi basıncın maksimal üretral kapanma basıncını aşmasıyla gelişen ve kişinin istemsiz olarak idrar yapma durumudur (3, 25, 27). Uluslararası kontinans derneğinin (International Continence Society: ICS) ilk standardizasyon raporunda üriner inkontinans sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmışken, güncellenmiş son raporda ise her türlü idrar kaçırma durumu olarak ifade edilmiştir (1, 2).

Üİ bir semptom, bir bulgu veya bir durum olabilir. Semptom üriner inkontinansa, hasta idrar kaçırmaktan şikayetçidir. Bulguda, idrar kaçırma bir başka kişi tarafından gözlenir ve birçok laboratuvar yöntemleriyle değerlendirilerek de bir durum olarak ortaya konur (27).

Üİ yaşla birlikte artan, kadınlarda daha sık görülen önemli bir sorundur. Hijyenik olduğu kadar sosyal ve hatta cinsel yaşamı olumsuz etkileyen, kısaca yaşam kalitesini düşüren bu problemin, kadınlarda neredeyse 1/3 oranında görüldüğü iddia edilmektedir (25, 27, 28). Üİ bazen diğer üriner yakınmalarla birlikte olabilir (29). Üİ yaşamları boyunca kadınları fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak etkiler (28, 30). Bu etkiler; uyku problemleri, genital hijyen problemleri, fiziksel olarak cilt problemleri, sınırlı giyim seçenekleri, cinsel işlev bozukluğu, sıvı alımı kısıtlaması, sosyal yaşamın sınırlaması ve hareket ritminin yavaşlaması gibi günlük yaşam aktivitelerini içerir. Üİ'la ilişkili yaşanabilen tüm bu problemlere rağmen, çalışmalarda kadınların, yardım arama girişimlerinin, farkındalık ve önleyici girişimlerinin düşük olduğu rapor edilmektedir (25).

2.2. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi

Üriner inkontinans, kadınlarda erkeklere oranla 2-5 kat daha fazla görülmektedir. ABD'de yaklaşık 10 milyondan fazla erişkinde üriner inkontinans yakınması olduğu bildirilmektedir. Toplumumuzda ise 65 yaş üzerinde üriner inkontinans görülme sıklığı, erkeklerde %21.5, kadınlarda ise %57 olarak bildirilmektedir. Erkek/kadın oranı 80 yaş sonrası 1/1'dir. Üİ, kabul edilmesi zor bir durum olduğu için bu konuda yapılan çalışmaları sınırlandırmakta, hastalar tarafından sosyal özgürlüğün kısıtlanması olarak görüldüğü için çoğunlukla sağlık çalışanlarından gizlenmektedir. Bu durum gerçek insidansın tahmin edilmesini güçleştirmektedir (28, 31). Üriner sistem yakınmalı kadınların %10'u tedavi olma isteği ile doktora başvururken, çoğu kadın kendisinde tanı veya tedaviyi gerektirir bir problemin varlığından bile habersizdir (31). Üİ yaşlanmanın doğal sonucu olarak algılanmakla birlikte 1990'lardan beri toplumu etkileyen beş hastalıktan biridir (32). Dünyada Üİ deneyimleyen yaklaşık 250 milyon kadın olduğu ve Üİ sıklığının %10-60 arasında değiştiği bildirilmektedir (25, 33). ABD'de Üİ'lı kadın sayısının 2010 yılında 18.3 milyon olduğu, bu sayının 2050 yılında 28.4 milyona çıkacağı tahmin

edilmektedir (34). Bu konuda yapılan en geniş kapsamlı çalışma olan EPINCONT (Norwegian Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord Trondelag) çalışmasında inkontinans %25 olarak saptanmıştır (35). Üİ prevelansı, Amerika’da 60 yaş üzerinde kadınlarda yapılan bir çalışmada %37.7, Danimarka’da 30-59 yaş arası kadınlarda %17, Yeni Zelanda’da 18 yaş üstü kadınlarda %17, Kanada’da 18 yaş üzeri kadınlarda %22, İrlanda’da 25 yaş üzerinde %41, İngiltere’de 30 yaş üzeri kadınlarda %14, Çinlilerde bu oran %30.9 olarak bulunmuştur (36, 37).

Türkiye’de Üİ prevelansı konusunda yapılan çalışmalarda çok farklı rakamlar elde edilmiştir. Ülkemizde Üİ sıklığı %20-25 olarak belirtilmekle birlikte, literatürde kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının 30 yaş civarında %10, 64 yaş civarında %30, 80 yaşlarında ise %50’lerin üzerinde olduğu ve çoğu hastanın şikayetlerini belirtmekten kaçındıkları belirtilmektedir (25, 27, 33, 38). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Üİ prevelansı, Erzurum’da 65 yaş üzeri 1094 kadında %51.6 (39), Malatya’da 20 yaş üzeri 459 kadında %49.7 (40), İstanbul’da huzurevinde yaşayan 111 yaşlı bireyde %45 (9), Konya’da 65 yaş üstü 543 kadında %43.6 (41), İstanbul’da 35 yaş üzeri 201 hastada %42.8 (42), Ankara’da 20 yaş üstü 229 kadında %37.1 (43), Eskişehir’de 18 yaş ve üzeri 1023 kadında %31.4 (44) olarak bulunmuştur. Bu bulgular üriner inkontinansın gelecekte yaşam kalitesi açısından büyük bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkacağını göstermektedir (27).

2.3. Üriner İnkontinans Tipleri

Üİ, görülme şekli akut veya kronik olabilmektedir. Akut tip, en sık üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyona bağlı fekal baskı, ilaçlar ve bazı akut hastalıklara bağlı gelişmektedir. Kronik tip ise ICS tarafından, altta yatan nedenlere (patofizyolojisine) göre sınıflanmıştır (27, 31).

2.3.1. Stres Üriner İnkontinans (SUI) / Gerçek Stres Üriner İnkontinans (GSİ)

ICS, stres üriner inkontinansı; “öksürme veya hapşıрма gibi veya fiziksel aktiviteyle ani karın içi basınç artışına bağlı olarak, üretradan istemsiz idrar kaçırma” olarak tanımlanmaktadır. ICS’nin gerçek stres üriner inkontinansı tanımlaması da;

detrüsör kontraksiyonu olmadan intravezikal basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman istem dışı idrar kaçırması şeklindedir (27).

Normalde istirahat halinde intraüretral basınç intravezikal basınçtan daha fazladır. Mesane ve üretra arasındaki bu basınç farkı, üretral kapanma basıncı olarak bilinmektedir. Ancak intraabdominal basıncı arttıracak bir durum söz konusu olduğunda (öksürme, hapşırma, gülme, ıkınma, ağır eşya kaldırma, ani pozisyon değişiklikleri, aktivite vb.) bu basınç üretraya yeterli olarak iletilemezse o zaman kontinans sürdürülemez ve idrar sızması/kaçağı oluşur. Bunun nedeni, basınç iletiminin yetersizliğidir yani inkontinans detrusör kas faaliyeti normaldir ancak üretral kapanmada yetersizlik söz konusudur. Bu stres inkontinansın en sık rastlanan tipi olan anatomik inkontinanstır ve olguların yaklaşık %90'ını oluşturur. İntrensek sfinkter yetmezliği ise sfinkter fonksiyonunun bozulması ve mesane boynunun stres pozisyonunda ve istirahatte açık kalarak intraüretral basıncın, intravezikal basınçtan düşük olması nedeniyle idrar kaçağının olması durumudur (25, 27, 45, 46). Stres inkontinansın doğurganlık çağında görülme olasılığı düşük, post menopozal dönemde daha yüksektir (47). Genellikle orta yaşı geçen kadınlarda çoğul gebelik ya da vajinal doğumlar nedeni ile oluşan doğum travması, özellikle menopozal dönemde hormonal çekilmenin de etkisi ile stres inkontinans gelişimine neden olur (48). En sık görülen tip %60-70 oranında stres inkontinanstır (31).

Uygun cerrahi girişimi belirlemek amacıyla SÜİ'ye yönelik birçok sınıflama yapılmıştır. Klinik uygulamada en sık kullanılan üçü Blaivas, Mc Guire ve Raz sınıflamalarıdır. Diğer ikisinden farklı olarak Mc Guire sınıflaması ürodinamik belirteçlere yer vermiştir. Mc Guire ve Blaivas sınıflandırma sisteminde tip I ve II stres üriner inkontinans üretral hipermobilité nedeniyle, tip III ise intrinsik sfinkter yetmezliği nedeniyle oluşur. Raz, SÜİ'ı anatomik ve intrinsik sfinkter yetmezliği olarak ikiye ayırır (27).

2.3.2. Urge İnkontinans (UI)

Sıkışma tipi idrar kaçırma olarak bilinen urge inkontinans mesane kaslarının aşırı duyarlı olmasından kaynaklanan, mesane dolumu veya diğer uyarılmlarla kendiliğinden istem dışı detrusör kasılmalarına bağlı olan ve şiddetli idrar yapma isteği ile birlikte istemsiz idrar kaçırmadır (25). Bu grup hastalar tuvalete

yetişememekten şikayetçidirler (29). Üretra normaldir. Urge üriner inkontinans genellikle istem dışı mesane veya detrüşör kontraksiyonlarıyla ilişkilidir. Aşırı aktif detrüşör kası mevcuttur. İstem dışı mesane kontraksiyonu nedeniyle üriner inkontinans yanında, sık idrar yapma (frequency) ve ani olarak idrar yapma hissi (urgency) şikâyetleri mevcuttur. Stres üriner inkontinanstaki aktivite anında idrar kaçıırma şikayetlerinin aksine urge inkontinanstaki idrar kaçıırma her durumda söz konusudur. Herhangi bir nörolojik nedene bağlı olmayan her türlü idiyopatik urge inkontinans detrüşör instabilitesi (DI) denir. DI yerine literatürde aşırı aktif mesane (Over Active Bladder=OAB), mesane dissinerjisi, inhibe olamayan detrüşör ve unstabil (dengesiz) mesane gibi birçok farklı terimler kullanılmaktadır (27).

Genellikle sıkışma semptomlarıyla birlikte istemsiz miksiyon ve idrar kaçıırma vardır. Detrüşör istemsiz olarak aşırı bir şekilde kontrakte olur. Cinsiyet ayrımı olmadığı gibi yaşlılarda en sık görülen üriner inkontinans tipidir. Yaklaşık olarak yaşlıların %40-70'inde detrüşör instabilitesi görülmektedir (31). Gözlemde kontrol edilemeyen işeme aciliyeti ile birlikte eş zamanlı olarak üretradan istemsiz idrar akışı görülür. Bu tablonun altında çoğunlukla detrüşör over aktivitesi yatar. Benthanechol gibi bazı parasempatikomimetikler istemsiz detrüşör kontraksiyonlarını uyarabilirler (46). Ayrıca tiyazidler, kafein ve alkol mesanede idrar miktarını arttırarak detrüşör hiperaktivitesine neden olabilmektedirler (31).

Urge inkontinans, çeşitli nedenlerle oluşabilir. Kronik enfeksiyonlar, nöropatik mesaneye yol ačan spinal ve kranial yaralanmalar, tümörler, diyabet, benign prostat hiperplazisi gibi hastalıklar başlıca nedenler arasındadır (48). Nörolojik nedenlere bağlı (serebrovasküler hastalık, Parkinson, intervertebral disk hernisi, spinal kord yaralanması, multipl skleroz vb) mesane kontraksiyonlarının varlığı durumuna ise hiperfleks mesane denir. İdrar akım obstrüksiyonuna bağlı olarak da gelişebilir. Bu klinik tablo ile ilgili spesifik bir bulgu yoktur (27).

Tedavisinde öncelikle medikal tedaviler kullanılır (Oxybutynin, Tolterodine, Solifenasin, Darifenacin, Trospium, Propiverine). Dirençli vakalarda mesane içi Botox enjeksiyonları 6-9 ay süreli geçici rahatlama sağlayabilir (48).

2.3.3. Miks Üriner İnkontinans

İki ya da daha fazla Üİ tipinin kombine olmasıdır. Stres ve sıkışma tipi inkontinans birlikteliği en sık görülen formdur (25, 29, 31). Hastalarda her iki inkontinansın semptomları mevcuttur (27). Stres ve taşma tipi Üİ sıklıkla benign prostat hipertrofili hastalarda görülmektedir (31). Bu hastalarda anlamlı bir tanı sorunu vardır ve uygun değerlendirmenin yapılmasında fayda görürler. Hangi yaklaşımın daha iyi sonuç vereceği açık olmamasına rağmen bu klinik senaryo stres veya detrusor istikrarsızlığı şeklinde tedavi edilebilir (45).

2.3.4. Taşma İnkontinansı (Overflow İnkontinans)

Taşma inkontinans olarak bilinen overflow inkontinans, idrarın mesane kapasitesini aşması ve mesanenin aşırı gerilmesiyle oluşan, detrusörde kasılma ve idrar yapma hissi olmaksızın sık sık ya da sürekli damlalar şeklinde idrar kaçırmadır (25). Bu inkontinans formundaki sorun detrusor kasının kontrakte olmadaki yetersizliğine bağlı olarak işeme sırasında mesanenin tam boşaltılamamasıdır. Bu durum işeme ihtiyacı hissinin kaybı sonucunda oluşan hastalardaki nörolojik kayıp veya üretranın tıkanmasına bağlı oluşur. Mesane basıncı, üretra basıncını geçtiği zaman mesaneden dışarıya doğru idrar kaçağı olur. Bu hastalar sürekli küçük miktarlarda idrar kaçırmaya deneyimlerler (45). Taşma inkontinansda işeme sonrası mesanede büyük miktarda rezidü idrar kalır ve yatış pozisyonunda gün boyu idrar damlatma görülür. Patofizyolojisi tam olarak belirlenememiştir. Teorik olarak detrusör overaktivitesi veya relatif sfinkter yetmezliği gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (46). Muayenede; tümör olarak yanılığa neden olabilecek büyüklükte glop-mesane saptanır. Miksiyon sonrası rezidüel idrar 500 ml den fazla ölçülür. En sık görülen sebepler; diabetes mellitus, detrusör atonisine sebep olan nörolojik tablolar (lumbosakral sinir hastalıkları, intervertebral disk hernisi, spinal tümörler, serebral kortikal lezyonlar, meningomyelosel, multiple skleroz, yüksek spinal kord yaralanması), idrar çıkışında obstrüksiyon (üretral darlık, üretral nedbe, üretral kıvrılma, meatusta stenoz), enfeksiyon (sistit, üretrütüs), farmakolojik (antikolonerjikler, m-Adrenarjikler), iatrojenik-hekim hatası (cerrahi, obstetrik, anestetik) (27, 31). Sempatomitikler ve efedrin veya imipramine gibi trisiklik antidepressanlar mesane çıkım obstrüksiyonu, üriner retansiyon ve taşma

inkontinansına neden olabilirler (46). Overflow inkontinansında, fizik tedavi ve egzersiz pek tercih edilmemekle birlikte medikal tedavi fayda sağlamaktadır. Antikolinerjikler seçkin ilaçlardır (31).

2.3.5. Bypass İnkontinans/Devamlı İnkontinans

Üretra dışındaki yollardan gelişen, anormal anatomik farklılıklardan dolayı oluşan idrar kaybıdır (27). Bu inkontinans sıklıkla diğer Üİ formlarına benzer, fakat diğer inkontinans tiplerinin aksine hasta idrar kaçırdığını fark etmediğini, devamlı iç çamaşırının ıslak olduğunu söyler. Üriner ve genital fistüller bunlara güzel bir örnektir (29). Kadın istirahat halinde iken dahi üretradan idrar damladığı görülür. Yaygın değildir fakat inkontinanslı kadının değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması son derece önemlidir. Neden olan durumlar; üretral operasyonlara bağlı gelişen periüretral yaygın fibrozis, pelvik radyasyon, alt motor nöron hastalığı (meningomyelose vb), üreterovajinal, vezikovajinal ve üretrovajinal fistüller, ektopik üreter vb. muayenede; fistül açısından vajinal duvarlar dikkatle değerlendirilmelidir (27).

2.3.6. Fonksiyonel / Geçici İnkontinans

Kişilerin kontrolleri dışında zamanında tualete ulaşamaması sonucu ortaya çıkan durumdur (31). Fiziksel sağlığın bozulması, bilişsel fonksiyon, medikasyon, sistemik hastalıklar ve bağırsak fonksiyonlarıyla ilgili tüm faktörler inkontinansa katkıda bulunabilir. Özellikle yaşlı hastalarda bu problemlerde artış olduğundan, yaşlı popülasyonda daha sık görülür. Birçok ilaç mesane üzerine etkilidir. Mesane kapasitesini azaltabilir, mesane fonksiyonlarını inhibe edebilir, diürezi arttırarak mesanenin yükünü arttırabilir veya üriner sfinkterin relaksasyonuna neden olabilir. Üİ'nin dolaylı risk faktörleri; üriner enfeksiyonları, kas-iskelet veya nörolojik sistem hastalıklarına (Alzheimer, Parkinson, artrit) bağlı hareket kısıtlılığı, aşırı idrar üretimi (DM/DI, kalp yetmezliği), ilaç kullanımı, atrofik üretrit, konstipasyon, akut konfüzyon sayılabilmektedir (27, 31, 46).

2.4. İnkontinans Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler

Üİ risk faktörleri; ileri yaş, menopoz, cinsiyet, kadınlarda üretranın kısa olması, hormonal durum (hipoöstrojenemi), ırk, doğum travması, gebelikteki kilo alımı, dört kilo ve üzerinde bebek doğurma gibi gebelik ve doğumla ilişkili faktörler doğumdan sonra aktif ve yoğun çalışma programına erken dönüş, üriner sistem enfeksiyonu, obezite, kronik konstipasyon, aşırı sigara kullanımı, kronik öksürük, kafein tüketimi, hareketsiz yaşam şekli, diyabet, abdominal tümörler, histerektomi, nörolojik hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği gibi sistematik hastalıklar, bağ dokusunun yapısı, radyoterapi ve kullanılan bazı ilaçlardır (tiroid hormon preparatları, diüretik, sedatif, hipnotik, opioidler) (15, 25, 28, 31, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56). Üriner kontinansın sürdürülmesinde çok sayıda faktör rol oynamaktadır. Bu nedenle inkontinans gelişimini tek bir faktöre bağlamak yanlış olacaktır (27).

- **Cinsiyet:** Üİ'nin kadınlarda erkeklerden iki-üç kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bunun nedeni; kadınlarda üretral uzunluğun daha kısa olması ve doğuma bağlı olarak kadınlarda bu yapılarla ilgili dokularda, kaslarda ve sinirlerde hasar oluşmasıdır (3, 27).
- **Yaş:** Üİ ile ilgili yapılan çalışmalar, insidansın yaşla birlikte arttığını göstermiştir. Buna neden olarak; kas tonüsünde azalma, pelvik destek yapıda, bağ dokusunda atrofi vb. gösterilmektedir (39, 57, 58, 59, 60). Yapılan çalışmalarda, yaşın ilerlemesiyle birlikte urge inkontinansın arttığı, ancak SÜİ'nin azaldığı belirlenmiştir. İnkontinans tipi ile yaşın ilgisinin araştırıldığı çalışmada; SÜİ'nin 30-49 yaşları arasında %78, 50-89 yaşları arasında %57 oranında görüldüğü, urge inkontinansın da geriatrik popülasyonda %67, 50 yaş altında ise %56 oranında olduğu saptanmıştır (3, 27).
- **Menopoz:** Üretra epiteli, vajen epiteli ile ortak embriyolojik orijine sahip olduğu için seks steroidlerinden benzer şekilde etkilenir. Pubokoksigeus kası, üretra ve mesane trigonunda östrojen reseptörlerinin çok yoğun olduğu görülmüştür. Menopozla birlikte maksimal üretral basınç ve üretral uzunlukta düşme görülür. Üretral vaskülaritede azalma, istirahat halinde intraüretral basınçta düşme ve strese cevapta yetersizlik görülür (25, 27). Ayrıca yaş ve östrojen eksikliğinden kaynaklanan bağ dokusu

kollajen yapımındaki değişiklikler, üretral gevşeme, üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusları ile sonuçlanmaktadır (37, 60, 61, 62). Ancak bu özelliklere rağmen oral östrojen tedavisi kısa süreli bir klinik yarar sağlarken, uzun dönemde, 60 yaş ve üstünde inkontinans riskini değiştirememektedir (25, 27).

- **Sigara:** Sigara içme Üİ'nin tüm tiplerinin ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla Üİ iki-üç kat daha fazla görülmektedir (3, 27).
- **Geçirilmiş pelvik cerrahi:** Pelvik ameliyatlar, periüretral dokularda fibrozise neden olarak kompresyon ve aç bozukluğu oluşturabilir. Yapılan birçok çalışmada mesane boynu ameliyatlarından sonra ortaya çıkan inkontinans oranının %1,9-24 aralığında olduğu belirlenmiştir. Özellikle radikal histerektomide mesane ve üretranın inervasyonunu sağlayan sinirlerin harabiyetine bağlı oluşan inervasyon bozukluğu sonucunda kontinans bozuklukları görülebilir. Histerektomiyi izleyen ilk yıllarda inkontinans gelişiminin oluşumu için risk faktörü oluşturduğu bildirilmektedir (27, 39, 63, 64, 65).
- **Obezite:** Obezite Üİ gelişiminde önemli bir etken olup, inkontinansın şiddetini de arttırmaktadır. Kilo artışı pelvik kaslarda ve sinirlerde gerilmeye ve zayıflamaya neden olur. Karın içi basınç artışına neden olan bu faktörler obez kadınlarda kontinans mekanizmasını bozmaktadır. Yapılan çalışmalarda SÜİ'li kadınlarda beden kitle indeksinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Kilo verme sonucunda üriner inkontinans bulgularında düzelme olduğu görülmüştür (3, 27).
- **Gebelik:** Özellikle stres üriner inkontinansın gebelikte arttığı, büyük bir bölümünün doğum sonrası düzelme gösterdiği ve gebelik sırasında inkontinansı gelişen kadınların, yaşlandıkça inkontinans risklerinin de arttığı bildirilmektedir (27, 47).
- **Doğum:** Doğumun SÜİ'yi arttırmadaki etkisi çeşitli mekanizmalar yolu ile olmaktadır. Bu mekanizmalar; sinir yapısı ve fonksiyonuna, pelvik taban kaslarının yapısı ve fonksiyonuna, pelvik organ desteğine olan olumsuz etkisidir. Doğumun inkontinans ve prolapsus ile olan ilişkisi

epidemiyolojik olarak kanıtlanmıştır (10, 39, 59, 61, 66, 67, 68). Özellikle Levator ani'nin zayıflığı stres inkontinansın oluşumunda rol oynayan en önemli faktörlerdendir ve bu da doğum sonrası levator ani'nin pubovajinal kısmında oluşan gerilim ve laserasyonların neden olduğu zayıflık sebebi ilelerdir. Parite ile Üİ prevelansı üzerine pek çok çalışma yapılmıştır. Urge inkontinansın doğum yapmış kadınlarda, nulliplarlara göre daha sık olduğu ancak parite artışıyla bu oranın artmadığı, parite artışıyla birlikte artış gösterenin stres inkontinans olduğu belirtilmektedir (27). Doğum şekline göre yapılan çalışmalarda; vajinal spontan doğum ve forsepsle doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme oranının sezaryenle doğum yapanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu gösterilmiştir (27, 33).

- **Genetik:** Özellikle birinci derece akrabalarında SÜİ olanlarda, üç kat daha fazla sıklıkta görülmektedir. Bu da genetik olarak kollajen yapı özellikleri ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Kas yapısında, pelvik tabanın innervasyonunda ve kas dokusuna ait genetik bozukluklar inkontinans oluşumuna katkıda bulunmaktadır. SÜİ'li kadınlarda abdominal herni, alt bacak varisleri ve uterin prolapsusunun daha yüksek olduğu ve bunun da bağ dokusundaki zayıflıktan kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bu da bağ dokusundaki kollajen eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (3, 27).
- **Tedavi edilebilir faktörler:** Mesane ve üretrayı indirekt olarak etkileyen lokal ve sistemik nedenler üriner inkontinansa yol açabilir. Bunlar; üriner sistem enfeksiyonları, postmenopozal ürogenital atrofi, konstipasyon, hastanın kullandığı ilaçlar, sistemik hastalıklar, aşırı fiziki güç kaybı, ağır demans vb. (27, 31).

2.5. Üriner İnkontinanstaki Değerlendirme ve Tanı

Yaşamın hangi döneminde olursa olsun üriner inkontinans, mutlaka bir sağlık sorunu olarak ele alınmalı, gerekli ürojinekolojik değerlendirme yöntemleri ile altında yatan patofizyolojiler ortaya konularak inkontinans tipi belirlenmeli ve etkin yöntemlerle tedavi edilmelidir (27, 31). İdrar inkontinansı için temel değerlendirme öykü, fizik muayene, idrar kaçağının direk gözlenmesi, işeme sonrası idrar

volümünün ölçülmesi (Post-voiding rezidüel: PVR), idrar kültürü ve idrar analizidir. Başlangıç testlerindeki amaç stres inkontinansla ilişkili olan idrar yolu enfeksiyonu, nöromüsküler bozuklukları ve pelvik destek dokularını ekarte etmektir (25, 45). Öyküde, üriner inkontinans başlangıcı ve seyri, miktarı, zamanı, sıklığı ve eşlik eden semptomlar, uyaranlar faktörler, bağırsak alışkanlığı ve cinsel aktivite değerlendirilir (31). Hastalar semptomları ile sıvı alımları, aktiviteleri ve kullandığı ilaçlarla olan ilişkisi ve aldıkları sıvı miktarlarını belirtmelidirler. İdrar günlüğü (24 saatlik alınan sıvılar, idrar çıkışı sıklığı, her işemedeki idrar miktarları ve varsa ani sıkışma hissinin değerlendirilmesi bu süreci değerlendirmede yararlı olabilir (31, 45). İdrar tahlili değerlendirmenin ilk basamağını oluşturmalıdır. Enfeksiyon saptandığında gerekli antibiyotik tedavi başlanmalıdır. Atrofik vajina mukozası saptanan olgularda hormonal tedavi verilmelidir. Yeterli pelvik desteği olmayan hastalarda pelvik taban egzersizleri kullanılmalıdır. Rezidü idrar volümü, miksiyon volümünün %50'sinden fazlaysa veya >200 cc ise ürodinamik incelemeler (Sistometri, Uroflowmetri, EMG) yapılmalıdır (69). Ped testi ile kaçırma miktarının ve şiddetinin belirlenmesi, üretral hipermobilitenin ve eşlik eden pelvik organ sorunlarının (prolapsus, sistosel) değerlendirmesi yapılarak cerrahi tedavinin uygunluğuna karar verilir (48).

2.6. Ürojinekolojik Hasta Değerlendirme Yöntemleri

a. Hasta Öyküsü: Hasta soru formu, idrar günlüğü (boşaltıma ilişkin 24-48 saatlik kayıtları içerir) hasta görüşmesini kapsar. Kısa veya uzun formlar olarak dizayn edilen klinik çalışmalarla güvenilirliği sınanmış, hastanın inkontinans, fonksiyonel statü, yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon, depresyon vb durumunu değerlendirmeye yarayan soru formları vardır. Bu formlar kolaylıkla doldurulabilir olup teşhis ve tedavide izlenecek girişimlerde kolaylık sağlamaktadır (27).

1. Primer üriner yakınmaya yönelik öykü: Alt üriner sistem semptomları sorgulanır. Üriner inkontinansın başlangıcı, gelişimi, sıklığı, şiddeti, artması veya azalmasına neden olan etkenler araştırılır. Hastanın sosyal yaşamına etkisi, hijyenik bir sorun olup olmadığı sorulur. Stres üriner inkontinansı saptamak için intra-abdominal basıncı arttıran durumlarda hastanın idrar kaçırıp kaçırmadığı sorgulanmalıdır (27).

1. derece: öksürük, hapsirme ve gülme sırasında kaçırma.

2. derece: yürüme, koşma, merdiven çıkma, zıplama sırasında kaçırma.

Hastanın hangi sıklıkta idrar kaçırdığı ve idrar kaçırmaktan dolayı ped kullanma zorunluluğu, hastalığın şiddetini belirlemede yardımcıdır. Tuvalete yetişmeden idrar kaçırma (urgency), noktüri, nokturnal enürezis, dizüri, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma gibi sorular urge inkontinans ayırıcı tanısını belirlemede kullanılır (27).

2. Hasta özgeçmişi: Üriner inkontinansın patofizyolojisinde rol oynayabilecek bir etken bulabilmek amacı ile detaylı obstetrik (gravide, parite, doğum şekli, müdahaleli, zor doğum, iri bebek vb) jinekolojik (mesane kapasitesini azaltıp, mesane içi basınç artışına neden olabilecek kitle, asit, şiddetli endometriyozis veya pelvik enfeksiyon vb) ve ürolojik (kronik üriner enfeksiyon, interstisyel sistit, rekürren üriner taş ve üriner cerrahi girişim vb) öykü alınır. Medikal, nörolojik hastalıklar, cerrahi tedaviler (radikal histerektomi, alt üriner sistem denervasyonu, pelvik adezyon veya üriner fistüller vb.) ve ilaç kullanımı araştırılır. Hastaların detaylı öykülerini alırken çeşitli soru-cevap listeleri ve idrar günlükleri kullanılır (27, 31).

b. Hasta muayenesi: Genel fizik muayene: Hastalar alt üriner sistem disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden araştırılmalı, mental ve fonksiyonel statü değerlendirilmelidir. Nörolojik tarama muayenesi: pelvik nörolojik muayene, anal ve bulbokavernöz reflekslere bakılarak yapılır. Motor fonksiyonu değerlendirmek için kalça, diz ve ayak bileği eklemlerinde ekstansiyon ve fleksiyon fonksiyonları ile patella, aşıl eklemlerin refleks cevapları vb değerlendirilir. Lokal genitoüiner sistem muayenesi: inspeksiyonla vulva ve perinede eritem ve inflamasyon, spekulum muayenesinde vajende atrofi varlığı, valsalva manevrası ile anterior vajinal relaksasyon varlığı ve şiddeti, bimanuel muayene ile uterus ve adneksler, suprapubik hassasiyet değerlendirilir (27).

c. Tanıya Yardımcı Özel Ürojinekolojik Testler: İdrar tetkiki ve kültürü, idrar günlüğü, stres testi, ped testi, Q-tip test, pessier testi, boşaltım sonrası rezidüel idrar volümü (PVR) ölçümüdür. İşeme sonrası rezidüel idrar volümü <50 cc olması normal kabul edilir (27, 31).

İdrar (mesane) günlüğü; Üİ'nin tipini ve ciddiyet derecesini belirlemede, üç gün süre ile mesane günlüğünün hasta tarafından doldurulması oldukça değerli bilgiler vermektedir. Bu günlükte hasta tuvalete gittiği zamanları, miktarını, idrar kaçırma durumu var ise zamanını ve kabaca miktarını ve kendince nedenini ve sıvı alımını not etmektedir (31).

Stres testi; hastanın mesanesi dolu iken litotomi pozisyonunda, kaçırma olmazsa ayakta yapılır. Hastanın öksürme ve ıkınması istenirken, aynı anda eksternal üretral meatustan idrar kaçağı araştırılır. Stres testi sadece ayakta iken pozitif ise inkontinansın hafif olduğu, yatarken de pozitif olan stres test ayakta daha da artırıyorsa inkontinansın şiddetli olduğu söylenebilir. Tek başına herhangi bir inkontinans için tanısal değildir (27).

Ped testi; üriner inkontinansın varlığını ve derecesini gösteren en önemli testlerden biridir. Hastadan 500 cc oral hidrasyonu takiben, ağırlığı ölçülmüş bir pedi kullanması ve bir saat süresince karın içi basıncını arttıracak belirli hareketleri yapması istenir. Bir saat sonunda konulan ped gr cinsinden tekrar ölçülerek değerlendirilir, Normal değer <2 gr, 2-10 gr hafif, 10-50 gr orta, >50 gr ise şiddetli Üİ olarak değerlendirilir. Pesser testi ile pelvik relaksasyonu olanlarda inkontinansın varlığı, şiddeti ve tipi belirlenebilmektedir. Q-tip test; paraüretral dokuların anatomik desteğinin etkinliğini ve mesane boynu ile proksimal üretranın mobilitesinin derecesini objektif olarak değerlendirmek için yapılır (27).

PVR, idrar boşaltımının bitiminden sonra mesanede kalan idrar miktarını tanımlar. PVR tayini, alt üriner sistemin değerlendirilmesinde en önemli ve belirleyici testlerden biridir. Özellikle üriner retansiyon durumunda acilen müdahaleyi gerektirir. Hastalarda 200 ml'den fazla PVR saptandığında genellikle üretral foley kateter ile mesane drenajı gerekir. Günümüzde PVR ölçümünün daha pratik ve non-invazif yapılabilmesi için ultrasonik prensiple çalışan portatif cihazlar üretilmiştir. Bu cihazlar yardımıyla non-invazif, hızlı ve doğru bir PVR ölçümü yapılabilir. Yapılan ölçüm 50 ml'nin altında ise fizyolojik sınırlarda olarak değerlendirilir. PVR ölçümü 50-200 ml arasında yapılan hastalarda ek değerlendirmeler yapılarak bulunan değerlerin klinik anlamı ortaya konmalıdır. Bu durumlarda hastanın takibi ve aralıklı yapılan ölçümler ile PVR takibi daha uygun olabilir. Hastanın klinik olarak idrar çıkışı olmadığı ve 200 ml'den fazla PVR ölçümü yapılan hastalarda mesane direnainının sağlanması kaçınılmazdır (48).

2.7. Alt Üriner Sistem Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler

Ürodinamik test: dolum ve boşaltım esnasındaki akım hızını, mesanenin basınç ve volümünü ölçer. Tek kanallı ürodinamik testte, hasta işer ve volüm kaydedilir ve PVR kaydedilir, mesane redrograd olarak doldurulur. Mesanesi doldurulurken ilk algısı kayıt etmek için sorulur. Sonra ilk idrar yapma hissi sorulur ve kaydedilir. Normal değerler, ilk his 100-150 cc, ilk idrar yapma hissi 250 cc ve maksimum kapasite ise 500-600 cc'dir. Multikanal ürodinamik testte ise bir transdüser karın içi basıncı ölçmek için vajene veya rektuma yerleştirilir. Bir transdüser mesaneye yerleştirilir ve elektromyogram pedi perineye boylu boyunca yerleştirilir. Bu test tüm pelvik tabanın değerlendirilmesini sağlar ve istemsiz mesane kontraksiyonlarını açık bir şekilde dökümente edebilir (45).

Sistometri: Bu test genellikle eğitilmiş sağlık teknisyeni ya da ürolog tarafından yapılır. Ürodinamik çalışmaların temel taşlarından birini oluşturmaktadır (27). Alt üriner sistemin idrar depolama fonksiyonunun değerlendirildiği ve mesane içi basınçların ölçüldüğü bir testtir. Bu amaçla hastaya mesanesini boşaltması söylenir daha sonra mesane kateterize edilerek PVR ölçümü yapılır. Daha sonra mesane basıncını ölçmek üzere özel dizayn edilmiş sensörlü bir kateter mesaneye konulur. Karın içi basınç ile mesane içi basınç arasındaki basınç farkı detrüör adelesinin kasılma basıncını verir. Günümüzde bu matematiksel işlemi de bünyesinde bulunduran çok kanallı ürodinami cihazları bu ölçümü kolaylaştırmıştır (27, 48).

Sistoüretrografi: Mesanenin kontras madde ile doldurulduktan sonra filmlerin çekilmesidir (27).

Sistoüretroskopi: Alt üriner sistemin endoskopik olarak gözlenmesidir (27). Kılıf içerisinde ışıklandırılmış bir teleskop olan sistoüretroskopi ile mesaneye girilir. Üretral sfinkter ve intrinsik yetmezliği, fistüller, üretral divertiküllerin yanı sıra yabancı cisim ve mesane lezyonlarını tanımlamak için kullanılır. Sıklıkla inkontinans cerrahisinin bir parçası olarak kullanılır (45).

Üroflowmetri: Mesane ve üretra fonksiyonlarının idrar akımı ölçümleriyle değerlendirilmesi prensibine dayanır (27).

Videoürodinami: Dolum esnasında mesane içi basınç değerlendirilirken, mesane boynu ve üretranın da floroskopi ile gözlenmesidir (27).

Üretral basınç profili: Bu testin amacı üretral sfinkter mekanizmasını incelemektir (27).

Üretral sfinkter elektromyografisi (EMG): Üretral çizgili sfinkter kaslarının elektriksel aktivitesi değerlendirilir (27). Elektromiyografi (EMG) yardımı ile eksternal sfinkter kaslarının aktivitesi hakkında bilgi sahibi olunabilir. Normalde üretrada mesane dolumu sırasında sfinkter kas aktivitesinde artış gözlemlenir. İşeme başlamadan hemen önce de aktivite birden düşer. Bu düşme EMG’de hemen görülür (48).

Ultrasonografi: Modern ultrasonografi yöntemleri, stres inkontinanslı kadınlarda mesane boynu ve proksimal üretranın dinamik olarak incelenmesine olanak sağlar (27).

MRI: Çok iyi anatomik görüntüler vermesi nedeniyle ve diğer pek çok yönden avantajlıdır (27).

IVP: Kontraslı üriner sistem görüntüleme yöntemidir (27).

2.8. Üriner İnkontinanstaki Tedavi

Üİ tedavisinde amaç; inkontinansı önlemek ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Üİ tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri her zaman tedavinin birinci basamağı olmaktadır (69). Cerrahi tedavi yöntemleri ise ikinci plandadır (25).

Kilo verme, kafeinin azaltılması, sıvı düzenlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması (ör: iş ve egzersiz), sigarayı bırakma ve konstipasyonun giderilmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri inkontinansa yaklaşımda yardımcı olabilir. Pelvik kasların çalıştırılması (kegel egzersizleri) inkontinansın bazı tiplerinin özellikle stres inkontinansın tedavisinde oldukça etkilidir. Bu egzersizler pelvik kasları güçlendirerek üretral hipermobilitenin şiddetini azaltır. Hastaya pelvik kaslarını tekrarlayan şekilde kasmaı öğretilir. Biofeedback teknikleri ve ağırlıklı vajinal koniler hastanın tekniğı öğrenmesine yardımcıdır. Doğru uygulandığında bu egzersizlerin başarı oranı %85’tir. Başarı, inkontinans sıklığının azalması olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte hasta, egzersizleri bıraktığında inkontinans tipik olarak yeniden ortaya çıkmaktadır. Stres inkontinanstaki diğer tedavi seçenekleri çeşitli ovüller ve üretra kompresyonuna yardımcı olan vajinal kontinans tamponlarıdır (45).

Davranışsal değişikliklerin amacı, hastanın mesane kontrolünü ve kapasitesini arttırmak ve kademeli olarak işemeler arasındaki süreyi uzatmaktır. Bu tedavi yaklaşımı daha çok urge inkontinans için kullanılsa da stres ve miks inkontinansa da başarılı olabilir. Bu yöntem biofeedbackle de desteklenebilir (45).

*Sıvı yönetimi: Kafeinli ve alkollü içeceklerin tüketiminin ve akşam alınan sıvı miktarının kısıtlanmasının yararı vardır. Üriner inkontinanslı bir kişi günde en az dört litre sıvı almalıdır. Sıvı alımı konstipasyonu önler. Lifli besinler alınmalıdır. Günlük idrar miktarı 1200-1600 ml olmalıdır. Normal kontinansı olan bir kişi 4-6 kez gündüz ve bir iki kez de gece miksiyon yapar. Mesaneyi boşaltmak için, her miksiyonda 300 ml idrar yapmak gereklidir. Hasta daha sık ve daha az miktarda tuvalete çıkarsa boşalma olmayabilir. Kola, kahve, çay, çikolata ve alkol idrar yapma ihtiyacını arttırabilir, sıkışmaya sebep olabilir (31).

*Mesane eğitimi: Mesane eğitimi özellikle sıkışma tipi inkontinansa önemlidir. Sıkışmayı geciktirmek için tuvalete koşulmamalıdır. Ayakta durmalı ya da oturmalıdır. Perineye basınç uygulanır, abdominal kasları gevşetmek için solunum egzersizi ve pelvik taban egzersizi yapılır (31). Hafif veya orta düzeyde stres inkontinans tedavisinde kegel egzersizlerinin günde 80-100 kez yapılması yararlı olur. Bu egzersizler, Levator ani ve üretral sfinkter çizgili kasının izometrik kontraksiyonunu sağlayarak kas gücünü artırır. Bu tip egzersizler ile pelvik tabanın üretral kaslarının kuvvetlenmesi sağlanarak idrar kontrolünün sağlanması amaçlanır. Biofeedback ve elektriksel stimülasyon ile egzersizin etkinliği arttırılmaya çalışılır (27, 47).

Egzersizler kas gücü artışı yanında, uterus prolapsusu ihtimalini azaltmakta ve bağırsak kontrolünü arttırmaktadır. Perinenin tonüs ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalmaktadır. Kegel egzersizleri mesane boynu ve üretranın hipermobilitelerini de önlemektedir. Egzersizler öncelikle sekiz haftada motor ünit aktivasyonu sağlamakta, daha sonra kas hipertrofisi gelişmektedir. Aynı zamanda kadınlar bilinçlendiği için ağır bir aktiviteden önce pelvik taban kaslarını doğru bir şekilde kasarak idrar kaçırma önlenmektedir. Kegel egzersizlerinin bilinen bir kontrendikasyonu yoktur (28).

Bu egzersizde kişi bacaklarını hafif açarak, uyluk ve dizleri desteklenmiş olarak yatar veya oturur. Sanki idrar veya gaz geçişini durduruyormuşçasına kaslar

kasılır. İdeali bu pozisyonda 10 saniye tutmaktır ve 10-20 saniye dinlenilir. Gluteal bölge, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır. İlk uygulamada üç tekrarla başlanır. Bu kontraksiyonları kişinin günlük aktiviteleri sırasında da yapması istenir. Egzersizin 24 saatte altı veya sekiz defa yapılması önerilmektedir. Egzersiz yapılırken bacaklar düz bir şekilde uzatılmalıdır. Bu pozisyonda diğer kasların kontraksiyonundan kaçınmak daha kolaydır. Ancak yan, ayakta, emekleme gibi değişik pozisyonlarda da yapılabilir. Egzersiz programı düzenli olarak en az altı-sekiz hafta devam etmeli ve belli bir tonüse ulaşınca ömür boyu devam edilmelidir. İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkileri ortaya çıkar, altı-sekiz haftada şikayetler azalır, üç ya da altı ayda da düzelme olur. Eğer istenilen yanıt alınamaz ise altta yatan başka bir neden araştırılmalıdır. Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması için daha uzun bir süre geçebilir (28, 31). Çeşitli randomize çalışmalar ve sistematik derlemeler pelvik taban kası egzersizlerinin hem stres hem de miks (karışık) inkontinans tedavilerinde tek başına etkili olduğunu gösteren kuvvetli kanıtlar ortaya çıkarmıştır (28).

Vajinal koni egzersizi pelvik kas tabanının güçlendirilmesine yardımcı olabilir. Belirli bir ağırlıktaki koni vajinaya yerleştirilir ve pelvik taban kaslarının kontraksiyonu ile koni yerinde tutulmaya çalışılır. Hastaların en hafif koniden başlaması ve günde iki kez 15 dk bu egzersizi yapmaları gerekir. Bu egzersiz için hastalar ayağa kalkabilmelidirler (31).

* Biofeedback: Biofeedback kas gücü $<3/5$ olan hastalara uygulanabilir (69). Biyofeedback, fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Vajene yerleştirilen bir perinometri aleti ya da EMG ile çalışan bir proba hasta pelvis tabanını ne kadar kastığını ya ekranda görür ya da sesini duyar. Bu şekilde ne kadar kasma gerektiğini anlar (31).

* Fonksiyonel elektriksel stimülasyon: Kas gücü $<3/5$ olan hastalara elektriksel stimülasyon uygulanabilir (69). Anal veya vajinal problemler yardımıyla, pelvik efferent sinirler ve hipogastrik liflere elektriksel uyarı verilmesidir (27). Kas kontraksiyonu ile kas gücü artar yani pasif olarak Kegel egzersizi yaptırılır, pudental sinirin direkt stimülasyonu ile üretral basınç artar, pelvik sinirin refleks stimülasyonu ile detrüsrör inhibe edilir, lokal dolaşım artar, adrenerjik aktivite artar, kolinerjik aktivite azalır (31).

* Vajinal konlar, anti-inkontinans pesser: Mesane boynu ve proksimal üretranın bu mekanik aletlerle alttan desteklenmesi ile üretral rezistans arttırılarak üriner inkontinans önlenabilmektedir. Başarı oranı düşüktür (%50-70), bası nekrozu ve enfeksiyon riski yüksek olduğundan ancak geçici olarak kullanılabilirler (27).

2.8.1. Tıbbi Yönetim

Üriner inkontinansın tedavisinde ilk adım, düzeltilebilir sebeplerin saptanması ve ortadan kaldırılması olmalıdır. Yaşlılarda inkontinans gelişiminin genelde pek çok faktöre bağlı olduğu ve üriner sistem dışındaki sebeplerin ilk planda olabileceği gerçeği, tedaviye multidisipliner yaklaşmayı gerektirir. Çoğu zaman spesifik bir sebep ve dolayısıyla spesifik bir tedavi bulunamıyor olsa da, semptomatik iyileşmeye yönelik girişimler, yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Tedavide amaç, mesanenin tam olarak boşaltılmasının sağlanması, mesane çıkış direncinin hafifletilmesi, mesane kapasitesinin arttırılması, detrüör instabilitesinin giderilmesidir. Bunun için davranış, ilaç ve cerrahi tedavilerin uygun kombinasyonu gerekmektedir (31).

2.8.2. İlaç Tedavisi

Alt üriner sistemin depolama ve boşaltma işlevini kolaylaştırmak için ilaç tedavisi kullanılabilmektedir. Amaç, mesane kapasitesini üretral direnci arttırmak ve istemsiz mesane kontraksiyonlarını ve duyu iletimini azaltmaktır. Postmenopozal dönemde hormon takviye tedavisi ya da vajinal estrogenli ovüller, dokulardaki atrofiyi azaltarak ve kanlanmayı artırarak üriner kontrolün gelişmesini sağlayabilir (31).

Sık idrara çıkma, sıkışma ve urge inkontinansa bazı farmakolojik ajanlar da etkilidir. Tedaviye yanıt değişkendir ve öngörülemez olabilir. Ayrıca yan etkiler sıktır. İlaçlar genellikle mesanenin kontraktıl aktivitesini inhibe ederek düzeltir. Bu ilaçlar kabaca östrojen, α -adrenerjik ilaçlar, β -blokerler, imipramin HCL, trisiklik antidepresanlar, muskulotrofik ilaçlar olarak sıralanabilir (27, 31, 45).

2.8.3. Cerrahi Tedavi

Konservatif tedaviden fayda görmeyen, ağır SÜİ olan veya intrinsik sfinkter yetmezliği olan hastalarda cerrahi tedavi planlanır (69). İnkontinans tipine göre yapılan cerrahi girişimler; anterior vajinal defekt (sistosel) varsa ön vajinal duvar onarımı (Kelly plikasyonu ile birlikte anterior Colpografi), abdominal mesane boynu kolposüspansiyonları (Burch, Marshall-marchetti-krantz-MMK), transvajinal iğne süspansiyonları (Stamey-Raz-Gittes), Sling prosedürleri (sub/mid üretral, retropubik olarak; TVT-TOT-IVS vb), periüretral enjeksiyonlar (Teflon-Kollajen-Otolog yağ ve kan) vb sayılabilir (27).

Üriner inkontinans ameliyatlarında amaç, idrar kaçırma durumunu ortadan kaldırmaktır. Mesanenin gerçek kapasitesi küçüldüğünde ve böbreklerin fonsiyonlarında bozulma tehlikesi varlığında bu tip idrar kaçırma cerrahi tedavi kaçınılmazdır (31). Başarı oranları cerrahin yeteneğine ve kullanılan tekniğe göre değişmektedir. Gerilimsiz vajinal bant ve Burch retropubik kolpopeksinin beş yıllık başarı oranları %85'tir. Beş yıllık başarı sonuçları kısıtlı olduğundan hastalar tedavinin kalıcı olmayabileceği açısından uyarılmalıdır. Kanıtlar stres inkontinans Burch kolpopeksinin başarı oranının 10-12 yılda %69'a düştüğünü göstermektedir. Tedavinin diğer istenmeyen sonuçları arasında kontinansın kısıtlanması ve aşırı düzeltme (asmanın çok sıkı yapılması) nedeniyle üriner retansiyon sayılabilir. Hastaların yaklaşık %10'u stres inkontinans tedavisi için en az bir cerrahi girişime daha gereksinim duymaktadır (45).

2.9. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Üİ her yaş grubundan kadını etkileyen, sık görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ya da hijyenik bir hastalıktır. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir (3). Yaşam kalitesi terimi ilk olarak 1939 yılında Thorndike tarafından kullanılmış ve “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Kişinin sağlık durumunu gösteren ölçütlerin kombinasyonu anlamına gelir (70). Üİ'li hastalar, yaş, sosyal-kültürel durumlardaki ve genel sağlıktaki farklılıktan dolayı semptomlarını hafif ya da ciddi olarak tanımlarlar. Bu nedenle bu tür hastalar için hazırlanmış

standart bir form geliştirilmedikçe Üİ'nin yaşam kalitesine olan etkisi doğru bir şekilde saptanamaz. Yaşam Kalitesi Testleri Üİ'nin birey için sorun olma derecesini yansıtır (8, 12, 22, 23, 71). Ayrıca klinik parametrelerdeki objektif değişiklikler takip edilerek hastalardaki değişimlerin belirlenmesine yardımcı olur. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri, sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik ve spesifik medikal şikayetlerin etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçeklerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri, belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesini sağlar. Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında; Incontinence Impact Questionnaire (Wyman 1987), Urogenital Distress Inventory (Shumaker 1994), Symptom Impact Questionnaire (Black 1996), Incontinence-Quality of Life (I-QQL) (Wagner 1996), King's Health Questionnaire (Kelleher 1997) (Kelleher 2001) yer alır (70, 72, 73, 74)

Sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen kişinin günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesine yardımcı olmaktır. Üriner inkontinans hayatı tehdit etmeyen bir hastalık olmasına rağmen kadınların fiziksel, sosyal, iş, eğitim faaliyetlerini etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur (1). Üriner inkontinans şikâyeti yaşayanlar, üriner fonksiyonlarını kontrol edemedikleri için bu durumun dışarıdan fark edilebileceğini düşünerek kendilerini kusurlu ve eksik olarak görmekte, çekicilik ve cinsel gücün yitirildiğini düşünmektedirler. Bir yandan koku, temizlik ve cilt irritasyonu gibi sorunlar yaşayan kadınlar, diğer yandan da utanma, vücut imajında bozulma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi farklı emosyonel bozukluklar yaşamaktadır. Yaşanan bu sorunlardan dolayı Üİ'lı kişiler fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta ve toplum içerisindeki diğer insanlarla bir araya gelmekten kaçınmaktadırlar (43, 75). Üriner inkontinanslı bireylerin çoğu idrar kaçırmanın sosyal aktivitelerini kısıtladığı ve benlik saygılarının azaldığını belirtmişlerdir (75). Potansiyel fonksiyon kaybı, sosyal katılım ve engellilik gibi durumlar göz önüne alındığında Üİ ve yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki vardır (75, 76). De Vries'in çalışmasında Üİ'nin sosyal aktiviteler, alışveriş ve fiziksel aktivitelerden kaçınma gibi fonksiyon kaybı ile psikolojik strese neden olduğu görülmüştür (77).

Üİ'li bireyler yaşadıkları rahatsızlıktan dolayı kendilerine olan güvenlerinin azaldığını, kendilerini bağımlı olarak gördüklerini, toplumda kendilerini diğer

insanlardan farklı hissettiklerini ve sosyal izolasyon yaşadıklarını belirtmişlerdir (78, 79). Bununla birlikte inkontinanslı kişilerin günlük iş ve ev içi faaliyetleri, cinsel yaşamları da olumsuz yönde etkilenmektedir (3, 26).

2.10. Üriner İnkontinanstaki Hemşirelik Yaklaşımı

Üriner inkontinanstaki hemşirelik yönetimi, uygulanan tedavi doğrultusunda planlanır. Davranış tedavileri uygulanıyorsa egzersizlerin düzenli yapılması konusunda hasta cesaretlendirilmelidir. Hastaya mesane günlüğü tutulması, egzersiz düzeni, mesane işlevindeki değişimlerin kaydedilmesi konusunda bilgi verilir. İlaç tedavisi uygulanıyorsa, tedavinin amacı, nasıl uygulanacağı hastaya ve ailesine ameliyat şekli, işlemler, ameliyat sonrası ile ilgili bilgi verilir (31).

İleri olgularda cerrahi tedavi gerekebilir. Cerrahi sonrası kateter bakımı verilirken aseptik teknik kullanılmalıdır. Bunların dışında ameliyat sonrası perinedeki irritasyonu ve enfeksiyonu önlemek için perine hijyenine ve mesanenin düzenli ve tam olarak boşaltılmasına dikkat edilmeli ve bu konularda kadına eğitim verilmelidir (47).

Üİ açısından ev ortamında gerekli çevresel düzenlemelerin yapılması önerilmelidir (banyo-tuvaletteki fiziksel engeller kaldırılmalıdır). Üİ'ye yönelik ürünler (koku gidericiler, pedler vb.) ile ilgili bilgi verilmelidir. Kadınlara, idrarları geldiği zaman, idrarını tutmamaları ve idrar yapma ihtiyacını zamanında karşılamaları önerilmelidir. Pelvik taban kaslarını kuvvetlendirici Kegel egzersizi hakkında kadınlara eğitim verilmelidir (Kegel egzersizi, günde dört-altı defa 15-20 kez yapılmalıdır). İdrar kaçırma nedeniyle sürekli ıslaklık gelişecektir. Perine hijyeni ve perine bakımının önemi vurgulanmalıdır. Benzer sorunlar yaşayan kadınlarla sosyal iletişim kurmaları konusunda kadınlar desteklemelidir. Kadınların, sedanter yaşamdan uzaklaşması, yürüyüş (hafta üç-beş gün 30-45 dakika), bisiklete binme, ev ve bahçe işleri ile uğraşma gibi faaliyetler yapması önerilebilir. Konstipasyon Üİ'nin gelişmesinde etkili faktörlerdendir. Bu nedenle konstipasyonu önlemeye yönelik eğitim verilmelidir. Obesite Üİ riskini artıracığı için bu riski azaltmada doğru beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir (38).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, üriner inkontinans tanısı alan kadınların semptom şiddeti ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ürojinekoloji Polikliniği'nde yürütülmüştür. Ürojinekoloji polikliniği içerisinde hasta anemnezini alındığı oda, muayene odası ve fizik tedavi odası olmak üzere üç oda bulunmaktadır. Üİ'li hastalar jinekolojik muayene olduktan sonra, hastalardan idrar tahlili, jinekolojik ultrason istenmekte, gerekirse ürodinami ile tanı netleştirilmektedir. Bu hastalara klinikte görevli hemşireler tarafından ped testi yapılmakta, üriner günlük tutumaları sağlanmaktadır. Başka bir patolojisi olan hastalar, gerekli yerlere yönlendirilerek ileri tetkik ve tedavileri planlanmaktadır. Ön tetkikleri yapılan ve üriner inkontinans tanısı alan hastaların tedavisinde öncelikle konservatif ve fizik tedavi yöntemleri denendikten sonra operasyon seçenekleri hastaya sunulmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ürojinekoloji Polikliniği'ne 2015 yılında başvuran kadınlar oluşturmuştur (N=242). Araştırmada olasılıksız örnekleme seçim tekniği kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü, polikliniğe 2015 yılında başvuran kadınlar temel alınarak, evreni bilinen örneklem yöntemi ile %95 güven aralığında hesaplanmıştır. Çalışma, belirlenen tarihlerde polikliniğe başvuran ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 160 kadın ile tamamlanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{242(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(242-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 148.7$$

N =Evrendeki birey sayısı

n =Örnekleme alınacak birey sayısı

t =Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

p =İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.5)

q =İncelenen olayın görülmeşi sıklığı (1- p) (0.5)

d =Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma ($\pm\%5$ sapmadan $d=0.05$)

formülüne göre ürojinekoloji polikliniğine başvuran en az 149 kadının araştırma kapsamına alınması gerektiği hesaplanmıştır (80, 81).

Çalışmaya dahil olmak istemeyen, okuma-yazma bilmeyen, radyoterapi öyküsü olan, laktasyonel dönemde olan ve psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınlar çalışma dışında tutulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verileri toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplam 26 sorudan oluşan Birey Tanılama Formu (EK I) ve King Sağlık Anketi (EK II) kullanılmıştır.

3.4.1. Birey Tanılama Formu (Ek-I): Form, kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, yaşadığı yer, sosyal güvence), obstetrik-jinekolojik özellikleri, sağlık öyküsü ve inkontinans ile ilgili toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. King Sağlık Anketi (KHQ) (Ek-II): King Sağlık Anketi, üriner inkontinansın kişinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmede kullanılan, hastalığa özel bir ölçektir. Linda Cardozo (1991) tarafından, Londra'da Kings College Hospital'da üç yılı aşan bir sürede, 1000'in üzerinde hasta ile görüşülerek geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Kaya ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Uluslararası İnkontinans Konsültasyonu (ICI)

tarafından da klinik çalışmalarda kullanım için geçerli ve uygun bir ölçek olduğu önerilmektedir (82).

KHQ, 32 maddeden ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm 21 maddeden oluşur ve rol, fiziksel ve sosyal sınırlamalar, kişisel ilişki kısıtlılıkları, duygusal sorunlar, üriner inkontinansla ilişkili uyku ve enerji rahatsızlıkları ve inkontinans ciddiyet ölçümleri gibi genel sağlık algısı ve inkontinans etkisi değerlendirilmektedir.

King Sağlık Anketi birinci bölüm skor hesaplamaları:

King Sağlık Anketi alt boyutu	Hesaplama
1. Genel Sağlık Durumu	$[(1.\text{soru skoru}-1)/4]\times 100$
2. İnkontinans Etkisi	$[(2.\text{soru skoru}-1)/3]\times 100$
3. Rol Limitasyon	$[((3a+3b\text{ soru skorları})-2)/6]\times 100$
4. Fizik Limitasyon	$[((4a+4b\text{ soru skorları})-2)/6]\times 100$
5. Sosyal Limitasyon	$[((4c+4d+5e\text{ soru skorları})-3)/9]\times 100$
	Eğer 5c nin skoru ≥ 1 ise yukarıdaki formül,
	Eğer 0 ise $[((4c+4d+5e\text{ soru skorları})-2)/6]\times 100$
6. Kişisel İlişki	$[((5a+5b\text{ soru skorları})-2)/6]\times 100$
	Eğer 5a+5b skoru ≥ 2 yukarıdaki formül,
	Eğer 5a+5b=1 ise $[((5a+5b\text{ soru skorları})-1)/3]\times 100$
	Eğer 5a+5b=0 ise bu formül uygulanamaz.
7. Emosyonlar	$[((6a+6b+6c\text{ soru skorları})-3)/9]\times 100$
8. Uyku Enerji Düzeyi	$[((7a+7b\text{ soru skorları})-2)/6]\times 100$
9. Ciddiyet Ölçümleri	$[((8a+8b+8c+8d+8e\text{ soru skorları})-5)/15]\times 100$

Bu hesaplama göre belirlenen skorun yüksek saptanması hastanın yaşam kalitesinin bozulmuş olduğunu göstermektedir (82, 83, 84).

İkinci bölümde üriner inkontinans varlığını ve bu belirtilerin ne kadar rahatsız ettiğini ölçen semptom ciddiyet skalası 11 maddeden oluşmaktadır. Semptom ciddiyet skalası 0 ile 30 arası puanlanır, en düşük puan 0 (en iyi sağlık), en yüksek puan 30 (en kötü sağlık) olarak değerlendirilir.

KHQ'nin üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur (Cronbach alfa = 0.72-0.89) (82, 83). Çalışmada Cronbach alfa değeri 0.78-0.95 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Ürojinekoloji Polikliniği'ne başvuran kadınların bilgilendirilmiş yazılı onamları alındıktan sonra, hazırlanan soru formu ve ölçek yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ortalama görüşme süresi 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmada kullanılan veri toplama formları araştırmacı tarafından incelenip hata kontrolleri yapıldıktan sonra, veriler bilgisayara geçirilerek dökümleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi yapılmıştır. King Sağlık Anketi alt boyut puanları üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Her alt boyut puanı için ayrı regresyon modeli oluşturulmuştur. Analizlerde King Sağlık Anketi alt boyut puanları, bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, yaş, BKİ, çalışma durumu, daha önce doğum yapma durumu, doğum şekli, iri bebek doğurma, menopoza girme, sigara kullanımı, alkol kullanımı, daha önce alt karın bölgesinden ameliyat olma, sıklıkla ağır cisim kaldırma, konstipasyon, her gün kafeinli içecek tüketme, kronik hastalık varlığı, kronik öksürük varlığı,

hareketsiz yaşam tarzına sahip olma, yakın akrabalarda Üİ varlığı gibi inkontinans risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modellere dahil edilmiştir. Modeller, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Bu yöntemde ilk aşamada tüm bağımsız değişkenler modele dahil edilmiş ve her aşamada p değeri en büyük olan değişken modelden çıkarılarak kalan değişkenlerle yeniden model oluşturulmuştur. Modelde kalan tüm değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu noktada eleme işlemi sonlandırılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

3.7. Süre ve Olanaklar

Ağustos 2016-Ekim 2016 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatür taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma, Kasım 2016 tarihinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden tez onayı (Ek V), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek VI), ve araştırma yapılan hastanenin yönetiminden (Ek VII), gerekli yasal izinler alınarak, 31 Mart 2017-30 Haziran 2017 tarihleri arasında veri toplama aşaması tamamlanmıştır. Veri toplama aşamasıyla eş zamanlı olarak araştırmacı tarafından verilerin kodlamaları yapılmıştır. Temmuz ayında istatistiksel analizler yapılmış ve bu tarihten sonra tez yazımı tamamlanmıştır (Şekil 1).

Şekil 1: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2016			2017				2018
	Ağustos Ekim	Kasım	Aralık	Ocak Şubat	Mart Haziran	Temmuz	Ağustos Aralık	Ocak Haziran
FAALİYETLER								
Literatür taraması								
Tez Önerisi								
Gerekli İzinlerin Alınması								
Ölçeklerin uygulanması								
Verilerin Analizi								
Raporun tamamlanması								

3.8. Etik Açıklamalar

Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı onamları (EK III) alınmıştır.

Araştırmada kullanılan King Sağlık Anketi'nin Tükçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan Serap KAYA'dan kullanım izni e-posta yoluyla alınmıştır (EK IV)

Araştırmanın yürütülmesi için; Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırma yapılan hastanenin yönetiminden gerekli yasal izinler alınmıştır (Ek V, Ek VI ve Ek VII).

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan kadınlara ilişkin tanıtıcı özellikler, kadınların sağlık öyküsüne göre dağılımı, kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımı, kadınların hastalık öyküsü ve inkontinansa ilişkin özellikleri, King Sağlık Anketi ve semptom ciddiyeti'ne verilen yanıtlar ve anketlerin puan ortalamaları, King Sağlık Anketi alt boyutları ile semptom şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgileri

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=160)

Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
20-39 Yaş	18	11,3
40-59 Yaş	105	65,6
≥ 60 Yaş	37	23,1
Yaş Ort±Ss (Min-Max.)(yıl)	52,78±10,89 (22-87)	
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	20	12,5
İlköğretim mezunu	67	41,9
Lise mezunu	53	33,1
≥ Yüksek Öğretim mezunu	20	12,5
Meslek		
Ev Hanımı	98	61,3
Memur	20	12,5
İşçi	9	5,6
Emekli	33	20,6
Yaşanılan Yer		
İl	132	82,5
İlçe	23	14,4
Köy	5	3,1
Toplam	160	100

Çalışma Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ürojinekoloji Polikliniğinde yaşları 22 ile 87 arasında, yaş ortalaması 52.78 ± 10.89 yıl olan toplam 160 kadın ile yapılmıştır. Tablo 1’de görüldüğü gibi inkontinans tanısı alan kadınların %11.3’ünün (n=18) 20-39 yaş aralığında, %65.6’sının (n=105) 40-59 yaş aralığında, %23.1’inin (n=37) 60 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların, %12.5’inin (n=20) okur-yazar, %41.9’unun (n=67) ilköğretim mezunu, %33.1’inin (n=53) lise ve %12.5’inin (n=20) yüksek öğretim ve üzeri mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılanların, %61.3’ünün (n=98) ev hanımı, %12.5’inin (n=20) memur, %5.6’sının (n=9) işçi ve %20.6’sının (n=33) emekli olduğu bulunmuştur. Kadınların %82.5’inin (n=132) yaşadığı yerin il olduğu gözlenirken, %14.4’ünün (n=23) ilçe ve %3.1’inin (n=5) köy olduğu gözlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Kadınların Sağlık Öyküsüne Göre Dağılımı (n=160)

Tanıttıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
BKI $Ort \pm Ss$ (Min-Max.)	29,36 $\pm$ 5,29 (15,84 – 60,55)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
BKI (kg/m²)		
Normal	29	18,1
Fazla Kilolu	59	36,9
Obez	72	45,0
Sigara Kullanımı		
Var	36	22,5
Yok	124	77,5
Sigara Kullanım Adedi (n=36)		
≤ 5 adet	20	55,6
6-10 adet	9	25,0
≥ 11 adet	7	19,4
Alkol Kullanımı		
Var	7	4,4
Yok	153	95,6
Kafeinli, Asitli İçecek Tüketimi		
Var	113	70,6
Yok	47	29,4
Kafeinli, Asitli İçecek Tüketim Miktarı (n=113)		
1 Su Bardağı	57	50,4
2 Su Bardağı	44	39,0
≥ 3 Su Bardağı	12	10,6
Toplam	160	100

Kadınların boy BKI ölçümlerinin 15.84 ile 60.55 kg/m² arasında değiştiği, ortalama BKI 29.36 $\pm$ 5.29 kg/m² olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %18.1'inin (n=29) normal kilolu, %36.9'unun (n=59) fazla kilolu ve %45'inin (n=72) obez olduğu belirlenmiştir. Kadınların %22.5'i (n=36) sigara kullandığını belirtirken, %77.5'i (n=124) ise sigara kullanmadığını belirtmiştir. Sigara kullanan

olguların %55.6'sı (n=20) günde beş adet ve altında sigara kullandığını belirtirken, %25'i (n=9) 6-10 arasında ve %19.4'ü (n=7) 11 adet ve üzerinde sigara içtiğini belirtmiştir. Olguların %4.4'ü (n=7) alkol kullandığını, %95.6'sı (n=153) ise alkol kullanmadığını bildirmiştir. Olguların %70.6'sı (n=113) kafeinli, asitli içecek tükettiğini, %29.4'ü (n=47) kafeinli, asitli içecek tüketmediğini belirtmiştir. Kafeinli, asitli içecek tüketen olguların %50.4'ü (n=57) günde bir su bardağı, %38.9'u (n=44) iki su bardağı ve %10.6'sı (n=12) ise günde üç ve üzeri su bardağı kafeinli, asitli içecek tükettiğini belirtmiştir (Tablo 2).



Tablo 3: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum Yapma (n=160)		
Hayır	4	2,5
Evet	156	97,5
Doğum Sayısı (n=156)		
Bir	17	10,9
İki	70	44,9
Üç	28	17,9
Dört ve üzeri	41	26,3
Doğum Şekli (n=156)		
Vajinal	116	74,4
Sezaryen	18	11,5
Vajinal ve Sezaryen	22	14,1
Vajinal Doğumda Müdahale (n=138)		
Vakum/Forseps	14	11,1
Epizyotomi	35	27,8
Olmadı	77	61,1
Dört Kilo ve Üzerinde Doğan Bebek (n=156)		
Olan	33	21,2
Olmayan	123	78,8
Menopoza Girme Durumu (160)		
Giren	107	66,9
Girmeyen	53	33,1
Menopoz Süresi (yıl) Ort±Ss (Min-Max.)	10,65±8,09 (1-39)	
Menopoz Döneminde Hormon Replasman Tedavisi (n=107)		
Alan	14	13,1
Almayan	93	86,9

Kadınların gebeliğe ilişkin özelliklerinin dağılımları Tablo 3'te verilmiştir. İnkontinans tanısı alan kadınların %97.5'i (n=156) doğum yaptığını belirtirken, %2.5'i (n=4) doğum yapmadığını belirtmiştir. Doğum yapan olguların %10.9'u (n=17) bir kez, %44.9'u (n=70) iki kez, %17.9'u (n=28) üç kez ve %26.3'ü (n=41) dört ve üzeri doğum yaptığını belirtmiştir. Olguların %74.4'ü (n=116) vajinal doğum, %11.5'i (n=18) sezaryen doğum ve %14.1'i (n=22) hem vajinal hem sezaryen doğum yaptığını bildirmiştir. Kadınların %61.1'i (n=77) doğumda müdahale olmadığını belirtirken, %11.1'i (n=14) vakum/forceps uygulandığını, %27.8'i (n=35) epizyotomi açıldığını belirtmiştir. Olguların %21.2'sinin (n=33) dört kilo ve üzerinde bebek doğdurğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Kadınların %66.9'u (n=107) menopoza girdiğini belirtmiştir. Menopoza giren olguların menopoza süreleri 1-39 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 10.65 ± 8.09 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %13.1'i (n=14) menopoza döneminde hormon replasman tedavisi aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

4.2. Kadınların Hastalık Öyküsü ve İnkontinansa İlişkin Özellikleri

Tablo 4: Kadınların İnkontinansa İlişkin Risk Faktörlerinin Dağılımı

İnkontinansa İlişkin Risk Faktörleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alt Karın Bölgesi Ameliyatı		
Olan	76	47,5
Olmayan	84	52,5
Sıklıkla Ağır Cisimler Kaldırma İttirme		
Evet	110	68,8
Hayır	50	31,2
Konstipasyon		
Var	75	46,9
Yok	85	53,1
Kronik Hastalık		
Var	97	60,6
Yok	63	39,4
Akciğer Hastalığı		
Var	2	1,2
Yok	158	98,8
Kronik Kalp Yetmezliği		
Var	17	10,6
Yok	143	89,4
Hipertansiyon		
Var	39	24,4
Yok	121	75,6
Diyabet		
Var	24	15,0
Yok	136	85,0
Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu		
Var	16	10,0
Yok	144	90,0
Böbrek Hastalığı		
Var	3	1,9
Yok	157	98,1
Nörolojik Hastalık		
Var	13	8,1
Yok	147	91,9
Troid		
Var	35	21,9
Yok	125	78,1
Kronik Öksürük		
Var	23	14,4
Yok	137	85,6
Hareketsiz Bir Yaşam Tarzına Sahip Olma		

Var	38	23,8
Yok	122	76,2
Yakın Akrabada İdrar Kaçırma		
Var	35	21,9
Yok	103	64,3
Bilmiyor	22	13,8
İdrar Kaçıran Akraba		
Anne	27	77,1
Abla	6	17,1
Teyze	2	5,8
İdrar Kaçırma Sorununa Yönelik Tedavi Görme		
Evet	59	36,9
Hayır	101	63,1
Toplam	160	100
İdrar Kaçırma Süresi	<i>Medyan (Min-Max.)</i>	3,00 (1-30)

Kadınların %47.5'i (n=76) alt karın bölgesi ameliyatı olduğunu,%68.8'i (n=110) sıklıkla ağır cisimler kaldırıp-ittirdiğini belirtmiştir. Olguların %46.9'unun (n=75) konstipasyon sorunu yaşadığı, %60.6'sının (n=97) kronik hastalığının olduğu, %1.2'sinin (n=2) akciğer hastalığı, %10.6'sının (n=17) kronik kalp yetmezliği, %24.4'ünün (n=39) hipertansiyonu, %15'inin (n=24) diyabeti, %10'unun (n=16) sık idrar yolu enfeksiyonu, %1.9'unun (n=3) böbrek hastalığı, %8.1'inin (n=13) nörolojik hastalığı, %21.9'unun (n=35) troidi, %14.4'ünün (n=23) kronik öksürüğü, %23.8'inin (n=38) hareketsiz bir yaşam tarzına sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 3).

Olguların %21.9'u (n=35) yakın akrabasında idrar kaçırma problemi olduğunu belirtirken, %64.4'ü (n=103) yakın akrabasında idrar kaçırma problemi olmadığını ve %13.8'i (n=22) olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir. Yakın akrabasında idrar kaçırma problemi olan olguların %77.1'inin (n=27) annesi, %17.1'inin (n=6) ablası ve %5.8'inin (n=2) teyzesinin idrar kaçırma problemi yaşadığı bulunmuştur. Olguların idrar kaçırma süreleri 1-30 yıl arasında değişmekte olup, medyanı 3,00 yıl olarak saptanmıştır. Olguların %36.9'u (n=59) idrar kaçırma sorununa yönelik tedavi gördüğünü belirtmiştir (Tablo 3).

4.3. Kadınların King Sağlık Anketi ve Semptom Ciddiyetine Verdiği Cevapların ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

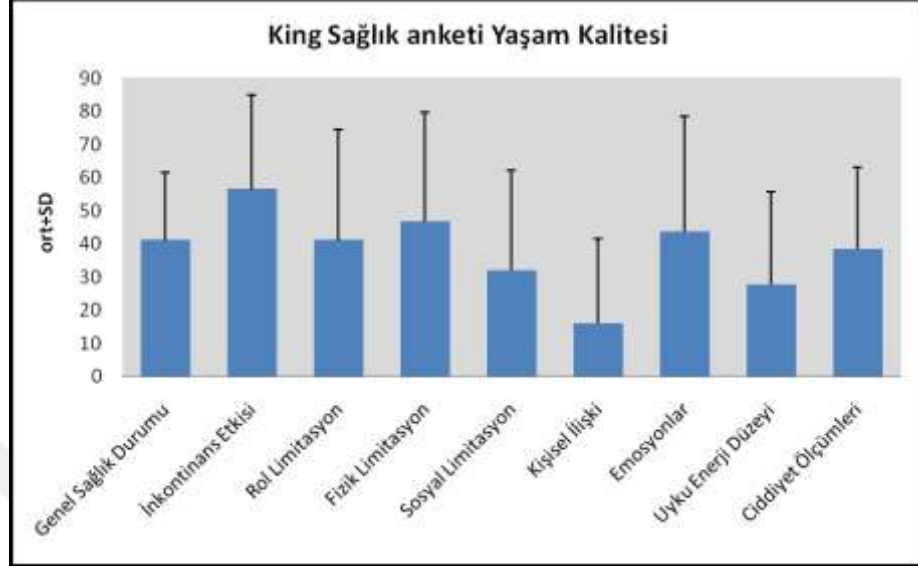
Tablo 5: King Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Genel Sağlık Durumu	1	0-100 (25)	41,09±20,48	-
İnkontinans Etkisi	1	0-100 (66,67)	56,46±28,47	-
Rol Limitasyon	2	0-100 (33,33)	41,04±33,43	0,87
Fizik Limitasyon	2	0-100 (50)	46,67±33,01	0,82
Sosyal Limitasyon	2	0-100 (22,22)	31,94±30,26	0,93
Kişisel İlişki	3	0-100 (0)	15,94±25,72	0,86
Emosyonlar	3	0-100 (33,33)	43,61±34,82	0,95
Uyku Enerji Düzeyi	2	0-100 (33,33)	27,71±27,97	0,91
Ciddiyet Ölçümleri	5	0-100 (33,33)	38,46±24,56	0,82
King Yaşam Kalitesi	21	-	-	0,95
King Semptom Ciddiyet Skalası	11	1-29 (8)	9,56±5,97	0,78

Çalışmaya katılan olguların King Sağlık Anketi birinci bölümü alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; “Genel Sağlık Durumu” alt boyut puan ortalaması 41.09±20.48 olarak, “İnkontinans Etkisi” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 56.46±28.47 olarak, “Rol Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 41.04±33.43 iç tutarlılığı $\alpha=0.87$ olarak, “Fizik Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 46.67±33.01 iç tutarlılığı $\alpha=0.82$ olarak hesaplanmıştır. “Sosyal Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 31.94±30.26 iç tutarlılığı $\alpha=0.93$ olarak, “Kişisel İlişki” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 15.94±25.72 iç tutarlılığı $\alpha=0.86$ olarak, “Emosyonlar” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 43.61±34.82 iç tutarlılığı $\alpha=0.95$ olarak, “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 27.71±27.97 iç tutarlılığı $\alpha=0.91$ olarak ve “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 38.46±24.56 iç tutarlılığı $\alpha=0.82$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin birinci kısım (Yaşam kalitesi) toplam puanı bulunmamakla birlikte iç tutarlılığı $\alpha=0.95$ olarak saptanmıştır. Ölçeğin ikinci kısım (Semptom Ciddiyet Skalası) toplam puanı 1 ile 29 arasında

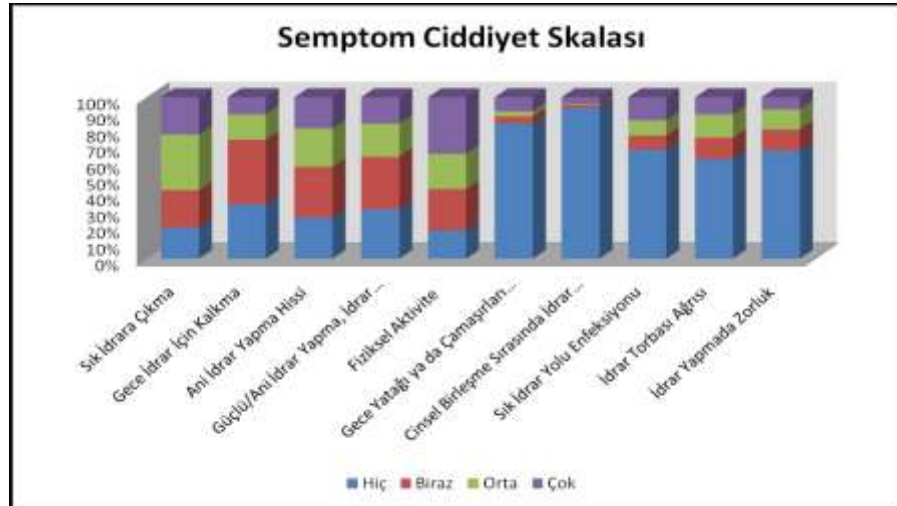
değişmekte olup, ortalama 9.56 ± 5.97 iç tutarlılığı $\alpha=0.788$ olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Şekil 2: King Sağlık Anketi Yaşam Kalitesi Puan Dağılımları



Şekil 2’de King Sağlık Anketi birinci bölümü alt boyut puanları şekil olarak gösterilmiştir.

Şekil 3: King Semptom Ciddiyet Skalası Puan Dağılımları



Şekil 3’de King Semptom Ciddiyet Skalası puan dağılımları şekil olarak gösterilmiştir.

4.4. King Sağlık Anketi Yaşam Kalitesi Anketi ile Semptom Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Kadınlar, semptom değerlendirme sorularına (King Sağlık Anketi ikinci soru) verdikleri cevaplara göre, hiç ya da az cevabı verenler birinci grup (n=72, %45) ve orta ya da çok cevabı verenler de ikinci grup (n=88, %55) olarak iki gruba ayrılmıştır. Hastaların iki grup arasındaki karşılaştırması tablo halinde özetlenmiştir.

Tablo 6: King Sağlık Anketi Alt Boyutları ile Semptom Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	İnkontinans etkisi		U	p
	1. grup (n=72)	2. grup (n=88)		
	Min-Maks (Medyan)	Min-Maks (Medyan)		
Genel Sağlık Durumu	25-75 (25)	0-100 (50)	-3,05	0,002**
İnkontinans Etkisi	0-33,33 (33,33)	66,67-100 (66,67)	-11,53	<0,001**
Rol Limitasyon	0-83,33 (16,67)	0-100 (66,67)	-7,18	<0,001**
Fizik Limitasyon	0-100 (33,33)	0-100 (66,67)	-6,39	<0,001**
Sosyal Limitasyon	0-100 (0)	0-100 (44,44)	-7,19	<0,001**
Kişisel İlişki	0-100 (0)	0-100 (0)	-2,62	0,009**
Emosyonlar	0-100 (22,22)	0-100 (66,67)	-5,60	<0,001**
Uyku Enerji Düzeyi	0-100 (16,67)	0-100 (33,33)	-4,32	<0,001**
Ciddiyet Ölçümleri	0-86,67 (26,67)	0-100 (40,00)	-5,02	<0,001**
Semptom Ciddiyeti	2-73 (6)	1-29 (10,50)	-5,63	0,000**

**p<0.01

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Genel Sağlık Durumu” alt boyutu puanlarının birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (U: -3.05; p:0.002) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “İnkontinans Etkisi” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -11.53; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki hastaların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Rol Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar birinci gruptakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -7.18; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Fiziksel Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -6.39; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Sosyal Limitasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -7.19; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki hastaların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Kişisel İlişki” alt boyutundan aldıkları puanlar birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -2.62; p:0.009) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Emosyonlar” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -5.60; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Uyku/Enerji Düzeyi” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -4.32; p<0.001) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (U: -5.02; $p<0.001$) (Tablo 6).

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puanlarının birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (U: -5,63; $p<0.001$) (Tablo 6).

Tablo 7: King Sağlık Anketi Genel Sağlık Algılaması Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	48,62	10,78	<0,001**	39,71	57,52
Yaş (40-59)	7,96	2,42	0,016*	1,47	14,45
BKI (Normal)	-8,81	-2,15	0,033*	-16,89	-0,74
Doğum sayısı (3)	11,19	2,74	0,007**	3,13	19,25
Kronik öksürük (hayır)	-15,34	-3,41	0,001**	-24,22	-6,45
F:6,684, $p<0,001$, R^2_{adj} :0,128					

* $p<0,05$

** $p<0,01$

King Sağlık Anketi **genel sağlık algılaması** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi genel sağlık algılaması alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, yaş, BKİ, çalışma durumu, daha önce doğum yapma durumu, doğum sayısı, doğum şekli, iri bebek doğurma, menopoza girme, sigara kullanımı, alkol kullanımı, daha önce alt karın bölgesinden ameliyat olma, sıklıkla ağır cisim kaldırma, kabızlık, her gün kafeinli içecek tüketme, kronik hastalık varlığı, kronik öksürük varlığı, hareketsiz yaşam tarzına sahip olma, yakın akrabalarda Üİ varlığı

(Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri) değişkenleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %12.8'ini açıkladığı saptanmıştır (F:6.684, $p<0.001$, R^2_{adj} :0.128).

Yaşın 40-59 arasında olması durumunun alt boyut puanını 7.968 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 7.968 (1.477, 14.458), p :0.016]. BKİ düzeyinin normal olması durumunun alt boyut puanını 8.819 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -8.819 (-16.896, -0.741), p :0.033]. Doğum sayısının üç olması durumunun alt boyut puanını 11.195 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.195 (3.139, 19.250), p :0.007]. Kronik öksürük olmaması durumunun alt boyut puanını 15.342 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -15.342 (-24.227, -6.457), p :0.001] (Tablo 7).

Tablo 8: King Sağlık Anketi İnkontinans Etkisi Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	43,72	9,83	<0,001**	34,94	52,51
Doğum şekli (sezaryen)	-14,68	-2,05	0,042*	-28,80	-0,55
Alt karın operasyonu (evet)	13,99	3,06	0,003**	4,97	23,01
Kafeinli içecek tüketme (evet)	11,15	2,29	0,023*	1,54	20,75
F:5,600, p :0,001, R^2_{adj} :0,082					

* $p<0,05$

** $p<0,01$

King Sağlık Anketi **inkontinans etkisi** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi inkontinans etkisi alt boyut puanı bağımlı değişken olarak

modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %8.2'sini açıkladığı saptanmıştır (F:5.600, p:0.001, R^2_{adj} :0.082).

Doğum şeklinin sezaryen olması durumunun alt boyut puanını 14.681 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -14.681 (-28.807, -0.556), p:0.042]. Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma durumunun alt boyut puanını 13.994 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 13.994 (4.974, 23.015), p:0.003]. Kafeinli içecek tüketme durumunun alt boyut puanını 11.150 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.150 (1.543, 20.757), p:0.023] (Tablo 8).

Tablo 9: King Sağlık Anketi Rol Limitasyonları Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	17,86	2,89	0,004**	5,67	30,05
Kronik hastalık (var)	14,76	2,80	0,006**	4,37	25,16
Hareketsiz yaşam (hayır)	19,01	3,17	0,002**	7,19	30,82
F:8,761, p<0,001, R^2_{adj} :0,091					

**p<0,01

King Sağlık Anketi **rol limitasyonları** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **rol limitasyonları** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %9.1'ini açıkladığı saptanmıştır (F:8.761, $p<0.001$, $R^2_{adj}:0.091$).

Kronik hastalık varlığının alt boyut puanını 14.768 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 14.768 (4.373, 25.163), $p:0.006$]. Hareketsiz yaşam tarzına sahip olmama durumunun alt boyut puanını 19.011 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 19.011 (7.194, 30.828), $p:0.002$] (Tablo 9).

Tablo 10: King Sağlık Anketi Fiziksel Limitasyonlar Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	31,82	3,78	<0,001**	15,21	48,44
Doğum sayısı (3)	14,06	2,10	0,037*	0,88	27,23
Ağır cisim kaldırma (hayır)	-18,16	-3,25	0,001**	-7,13	-29,20
Kronik hastalık (var)	11,99	2,32	0,022*	1,79	22,19
Kronik öksürük (hayır)	-16,90	-2,25	0,026*	-31,72	-2,09
Hareketsiz yaşam (hayır)	18,04	3,00	0,003**	6,17	29,91
F:5,275, $p<0,001$, $R^2_{adj}:0,121$					

* $p<0.05$

** $p<0.01$

King Sağlık Anketi **fiziksel limitasyonlar** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **fiziksel limitasyonlar** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %12.1'ini açıkladığı saptanmıştır (F:5.275, $p<0.001$, $R^2_{adj}:0.121$).

Doğum sayısının 3 olması durumunun alt boyut puanını 14.061 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 14.061 (0.885, 27.236), p:0.037]. Sıklıkla ağır cisim kaldırmama durumunun alt boyut puanını 18.169 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -18.169 (-7.137, -29.201), p:0.001]. Kronik hastalık varlığının alt boyut puanını 11.993 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.993 (1.793, 22.193), p:0.022]. Kronik öksürük olmaması durumunun alt boyut puanını 16.909 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -16.909 (-31.728, -2.090), p:0.026]. Hareketsiz yaşam tarzına sahip olmama durumunun alt boyut puanını 18.041 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 18.041 (6.171, 29.912), p:0.003] (Tablo 10).

Tablo 11: King Sağlık Anketi Sosyal Limitasyonlar Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	5,33	0,63	0,52	-11,19	21,87
Doğum şekli (vajinal)	12,61	2,06	0,04*	0,54	24,67
Alt karın operasyonu (evet)	16,35	3,08	0,00**	5,87	26,82
Hareketsiz yaşam (hayır)	12,34	2,20	0,02*	1,26	23,41
F:4,403, p:0,005, R ² _{adj} :0,062					

*p<0,05

**p<0,01

King Sağlık Anketi **sosyal limitasyonlar** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **sosyal limitasyonlar** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %6.2'sini açıkladığı saptanmıştır (F:4.403, p:0.005, R^2_{adj} :0.062).

Doğum şeklinin vajinal olması durumunun alt boyut puanını 12.612 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 12.612 (0.546, 24.679), p:0.041]. Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma durumunun alt boyut puanını 16.350 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 16.350 (5.877, 26.823), p:0.002]. Hareketsiz yaşam tarzına sahip olmama durumunun alt boyut puanını 12.341 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 12.341 (1.267, 23.414), p:0.029] (Tablo 11).

Tablo 12: King Sağlık Anketi Kişisel İlişkiler Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	11,82	1,91	0,05	-0,35	23,99
Doğum sayısı (3)	11,63	2,12	0,03*	0,81	22,44
Doğum sayısı (4 ve üzeri)	11,75	2,48	0,01*	2,40	21,10
Kronik öksürük (hayır)	-11,84	-2,00	0,04*	-23,52	-0,17
Hareketsiz yaşam (hayır)	12,16	2,55	0,01*	2,76	21,57
F:4,137, p:0,003, R^2_{adj} :0,075					

*p<0,05

King Sağlık Anketi **kişisel ilişkiler** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **kişisel ilişkiler** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %7.5'ini açıkladığı saptanmıştır (F:4.137, p:0.003, R^2_{adj} :0.075).

Doğum sayısının 3 olması durumunun alt boyut puanını 11.632 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.632 (0.817, 22.447), p:0.035]. Doğum sayısının 4 ve üzeri olması durumunun alt boyut puanını 11.755 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.755 (2.401, 21.109), p:0.014]. Kronik öksürük olmaması durumunun alt boyut puanını 11.848 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -11.848 (-23.524, -0.172), p:0.047]. Hareketsiz yaşam tarzına sahip olmama durumunun alt boyut puanını 12.169 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 12.169 (2.762, 21.576), p:0.012] (Tablo 12).

Tablo 13: King Sağlık Anketi Emosyonlar Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	26,71	5,70	<0,00**	17,47	35,96
Doğum sayısı (3)	15,75	2,25	0,02*	1,93	29,57
Alt karın operasyonu (evet)	12,23	2,22	0,02*	1,36	23,11
Kronik hastalık (var)	14,21	2,56	0,01*	3,27	25,16
F:7,525, p<0,001, R^2_{adj} :0,112					

*p<0,05

**p<0,01

King Sağlık Anketi **emosyonlar** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **emosyonlar** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde

yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %11.2'sini açıkladığı saptanmıştır (F:7.525, $p<0.001$, $R^2_{adj}:0.112$).

Doğum sayısının üç olması durumunun alt boyut puanını 15.758 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 15.758 (1.939, 29.577), $p:0.026$]. Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma durumunun alt boyut puanını 12.239 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 12.239 (1.366, 23.112), $p:0.028$]. Kronik hastalık olması durumunun alt boyut puanını 14.21 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 14.216 (3.270, 25.161), $p:0.011$] (Tablo 13).

Tablo 14: King Sağlık Anketi Uyku/Enerji Düzeyi Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	15,56	4,09	<0,00**	8,05	23,07
Alt karın operasyonu (evet)	9,55	2,14	0,03*	0,73	18,36
Kronik hastalık (var)	12,34	2,70	0,00**	3,31	21,36
F:7,563, $p:0,001$, $R^2_{adj}:0,078$					

* $p<0,05$

** $p<0,01$

King Sağlık Anketi **uyku/enerji düzeyi** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **uyku/enerji** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %7.8'ini açıkladığı saptanmıştır (F:7.563, $p:0.001$, $R^2_{adj}:0.078$).

Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma durumunun alt boyut puanını 9.551 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 9.55 (0.733, 18.368), $p:0.034$]. Kronik hastalık olması durumunun alt boyut puanını 12.340

düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 12.340 (3.312, 21.368), p:0.008] (Tablo 14).

Tablo 15: King Sağlık Anketi Ciddiyet Ölçümleri Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	18,11	3,35	0,00**	7,45	28,77
Doğum şekli (vajinal)	11,35	2,36	0,01*	1,85	20,84
Alt karın operasyonu (evet)	10,77	2,50	0,01*	2,27	19,27
Kronik hastalık (var)	10,76	2,71	0,00**	2,92	18,61
F:6.,520, p<0,001, R ² _{adj} :0,097					

*p<0,05

**p<0,01

King Sağlık Anketi **ciddiyet ölçümleri** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **ciddiyet ölçümleri** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %9.7'sini açıkladığı saptanmıştır (F:6.520, p<0.001, R²_{adj}:0.097).

Doğum şeklinin vajinal olması durumunun alt boyut puanını 11.352 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 11.352 (1.858, 20.845), p:0.019]. Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma durumunun alt boyut puanını 10.773 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 10.773 (2.272, 19.275), p:0.013]. Kronik hastalık olması durumunun alt boyut puanını 10.767 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 10.767 (2.923, 18.610), p:0.007] (Tablo 15).

Tablo 16: King Sağlık Anketi Semptom Ciddiyeti Alt Boyut Puanı Üzerine Etki Eden Faktörler

	Beta	t	p	Beta için %95 güven aralığı	
				Alt sınır	Üst sınır
Sabit	9,54	10,28	<0,00**	7,71	11,38
BKI (normal)	-3,13	-2,60	0,01*	-5,50	-0,75
Konstipasyon (hayır)	-2,26	-2,49	0,01*	-4,04	-0,47
Kronik hastalık (var)	2,89	3,12	0,00**	1,06	4,72
F:7,959, p<0,001, R ² _{adj} :0,119					

*p<0,05

**p<0,01

King Sağlık Anketi **semptom ciddiyeti** alt boyut puanı üzerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla lineer regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analize King Sağlık Anketi **semptom ciddiyeti** alt boyut puanı bağımlı değişken olarak modele dahil edilirken, Birey Tanılama Formu'nda sorgulanan Üİ risk faktörleri bağımsız değişkenler olarak modele dahil edilmiştir. Model, geriye doğru eleme yöntemi kullanılarak oluşturulmuştur. Elde edilen modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelde yer alan değişkenlerin sonuç değişkenine ait varyansın %11.9'unu açıkladığı saptanmıştır (F:7.959, p<0.001, R²_{adj}:0.119).

BKI düzeyinin normal olması durumunun alt boyut puanını 3.130 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -3.130 (-5.506, -0.754), p:0.010]. Kronik konstipasyon olmaması durumunun alt boyut puanını 2.260 düzeyinde azalttığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): -2.260 (-4.049, -0.472), p:0.014]. Kronik hastalık olması durumunun alt boyut puanını 2.891 düzeyinde artırdığı saptanmıştır [Beta (%95 GA): 2.891 (1.061, 4.721), p:0.002] (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen bulgular üç bölümde tartışılmıştır.

- Kadınlarda Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Üriner İnkontinans Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.1. Kadınlarda Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Mesane fonksiyonu ve morfolojisi yaşla birlikte değişir ve mesanenin idrara çıkmayı geciktirme kapasitesi de azalır. Ek olarak, üretral kas yapısında bozulma ve ilerleyen yaşla birlikte üretranın ön duvarındaki çizgili kas liflerinin sayısındaki azalma, ile Üİ sıklığı artabilir. Bu nedenle Üİ riski yaşla birlikte artmaktadır (39, 58, 59). Almanya ve Danimarka'da, 18 yaş üzeri 8000 kadın ile yapılan çalışmada, Üİ riskinin yaş ile anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (57). Türkiye'de 20 yaş üzeri 500 kadınla yapılan çalışmada Üİ prevalansının yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir (61). Üriner inkontinanslı 160 kadınla yapılan bu çalışmada kadınların yaş ortalamalarının 52.78 ± 10.89 olduğu ve yaşın Üİ gelişimi için risk faktörlerinden biri olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, ürojinekoloji polikliniğine, reproduktif çağın son dönemleri ve sonrasında daha fazla kadının başvurduğu belirlenmiş ve elde edilen bulgular ile literatür bilgisinin birbirini destekler nitelikte olduğu görülmüştür.

Kafeinli içecek tüketen kadınlarda, kafeinli içecek tüketmeyen kadınlara göre Üİ etkileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Kahve ve çayda bulunan kafeinin diürez etkisi, santral sinir sistemini stimule etmesi ve alt üriner sistem düz kaslarındaki kontraksiyonları artırması sonucu inkontinans üzerine olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir (32, 49, 50). Yapılan ulusal bir çalışmada 4300'den fazla kadın incelenmiş, günlük kafein alımının 204 mg'dan (yaklaşık bir fincan kahve içindeki kafein miktarı) fazla olmasının, üriner inkontinansın %40'lık prevalansı ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (49). Benzer şekilde, ABD'de 4.309

kadınla yapılan çalışmada günlük 204 mg kafein alımının Üİ riskini artırdığı saptanmıştır (50). Çalışmaya katılan kadınların tamamının kafeinli, asitli içecek tükettiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda, bunun önemli bir risk faktörü olarak ele alınması gerektiği söylenebilir. Kahve ve çay tüketiminin inkontinans üzerine etkisini inceleyen toplum bazlı çalışmalar az olmasına rağmen, inkontinans tedavi stratejisinde bu diüretiklerin azaltılması, önemli pozitif etkiler göstermektedir (32).

Doğum sayısı, Üİ etyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Bu durum, doğum sırasında pelvik kas sinirlerindeki bozulma, kaslarda atrofi gelişimi ve zaman içinde prolapsus gelişmesi ile ilişkili olabilir. Çeşitli çalışmalar doğum sayısının Üİ riskini artırdığını göstermiştir (10, 39, 59, 61, 68). Nemon ve Handa (2013) çalışmasında, doğum şekli ne olursa olsun, aynı yaştaki nullipar kadınlarla karşılaştırıldığında multipar kadınlarda Üİ'nin daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmada, paritenin Üİ üzerinde etkisinin, 20-34 yaş arasındaki genç kadınlarda en belirgin olduğu ve 65 yaşından büyük kadınlarda kaybolduğu belirtilmiştir (66). Hansen ve ark. (2012) primipar kadınlarda üriner inkontinansın, aynı yaştaki nullipar kadınlarla karşılaştırıldığında üç kat daha yaygın olduğunu bildirmiştir (67). Kadınların obstetrik özelliklerine bakıldığında, iki ve üzeri sayıda doğum yapanların sayısının, yapmayan ve bir kez doğum yapanlara göre daha fazla olması, doğum sayısının Üİ gelişiminde risk faktörlerinden biri olduğu bilgisini destekler niteliktedir.

Menopozdan sonra östrojenin azalması ve östrojen reseptörlerinin eksikliği Üİ sıklığını arttırmaktadır. (61). Amerika'da menopozun Üİ üzerine etkisini inceleyen çok merkezli prospektif çalışmada pre, peri ve postmenopozal 1529 kadın altı yıl boyunca izlenmiştir. Premenopozal kadınlar ile karşılaştırıldığında erken perimenopoz kadınlarda inkontinans gelişme riski 1.34 kat artmaktadır. Geç perimenopozda olma, inkontinans riskini 1.52 kat artırmaktadır. Postmenopozal kadınların %50'sinde Üİ gelişme riski bulunmuştur (60). Çin'de yaşları 20-99 arasında değişen 20.000 kadınla yapılan çalışmada menopoz, inkontinans gelişimi için risk faktörü olarak bulunmuştur (37). Ancak Üİ ile menopoz arasında ilişki bulmayan çalışma da mevcuttur (62). Bu çalışmada, polikliniğe başvuranlardan, menopoza girenlerin sayısının daha fazla olması, menopozun Üİ gelişimi için risk faktörü olduğu bilgisini desteklemektedir. Üİ, menopozun bir semptomu gibi gösterilse de aslında premenopozal dönemle de ilişkilidir ve bu yaş grubunda değiştirilebilir risk faktörlerinin (kilo gibi) kontrol altına alınması önem taşır (32).

Geçirilmiş pelvik cerrahi özellikle histerektomi, iyatrojenik travma riskini doğurmakta, dolayısıyla Üİ riski artmaktadır (63, 64). Altman ve ark. (2007), 100.000 kişiyi 30 yıl boyunca gözlemlemiş ve histerektomi olanlarda, Üİ gelişiminin histerektomi olmayanlara göre iki kat fazla olduğunu saptamışlardır. (63). Hindistan'da 177 kadınla yapılan çalışmada, Üİ gelişimi ile geçirilmiş pelvik cerrahi arasında ilişki saptanmıştır (64). Yapılan çalışmalar geçirilmiş cerrahinin Üİ için risk faktörü olduğu desteklemektedir (39, 65). Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısının alt karın bölgesi ameliyatı geçirdiği göz önüne alındığında, bu durumun Üİ risk faktörü olarak önemli bir yere sahip olduğu bilgisi desteklenmiştir.

Ağır cisim kaldırma, intraabdominal basıncı artırmakta, bu da pelvik taban kaslarının zarar görmesine ve üriner inkontinans gelişmesine yol açmaktadır (56). Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık üçte ikiden fazlasının sıklıkla ağır cisim kaldırdığı göz önüne alındığında, ağır cisim kaldırmanın Üİ gelişiminde risk faktörü olduğu bilgisi desteklenmektedir.

Konstipasyonun karın içi basıncını arttırdığı, pelvik sinirlerde gerilmeye neden olarak hasar oluşturduğu, hem anal hem de üretral sfinkter üzerinde stres yaratarak zamanla Üİ'ye neden olduğu belirtilmektedir (32, 39, 59, 61, 64). Hindistanda 353 kadınla yapılan çalışmada konstipasyonun üretra ve mesaneyi destekleyici yapılara zarar vererek Üİ'ye neden olduğu belirlenmiştir (65). Sensoy ve ark (2013) 20-80 yaşları arasında 1050 kadın ile yaptığı çalışmada konstipasyon ile Üİ'nin ilişkili olduğunu belirlemiştir (15). Bu çalışmada da kadınların yaklaşık yarısının konstipasyon sorunu yaşadığı görülmekte ve bu durumun Üİ görülme sıklığına etkisi olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan kadınlarda Üİ görülme sıklığı artmaktadır (55, 61). Bu çalışmada kronik hastalığı olan hastalarda, olmayanlara göre Üİ görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. Benzer şekilde 18 yaş üzeri 8000 kadın ile yapılan çalışmada kronik hastalık varlığının, Üİ görülme sıklığını arttırdığı belirlenmiştir (57). Yine yapılan başka bir çalışmada kronik hastalıklar ile Üİ arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmıştır (39).

Kronik öksürüğün karın içi basıncını arttırdığı ve bu nedenle zamanla Üİ'ye neden olduğu belirtilmektedir (6, 39, 52, 59, 64). Hindistanda 353 kadınla yapılan prevelans çalışmasında kronik öksürüğün üretra ve mesaneyi destekleyici yapılara

zarar vererek Üİ'ye neden olduğu belirlenmiştir (65). Bu çalışmada, kronik öksürüğü olan kadınların, olmayanlara göre Üİ etkileri, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir.

Fiziksel aktivitenin özellikle urge inkontinansın başlangıcı için bir koruma faktörü olduğu gözlenmiştir (51, 61). Song ve ark (2005) çalışmasında, haftada en az bir kez egzersiz yapan kadınların inkontinansa daha az eğilimli olduklarını belirlemiştir (53). Townsend ve ark. (2008) daha yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip kadınlarda daha düşük inkontinans oranları saptamışlardır (54). Bu çalışmada, kadınların yaklaşık %20'sinin hareketsiz yaşam tarzına sahip olduğu görülmekte ve bu değişkenin bir risk faktörü olarak ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Vajinal doğumun pelvik fasiyal desteğe hasar verdiği, pelvik taban ve üretral kasların parsiyel denervasyonuna yol açtığı ve bunun da idrar kaçırma için bir risk yaratabileceği bildirilmektedir (5, 44, 85). Terzi ve ark.'ın (2013) çalışmasında hiç doğum yapmamışlarda Üİ sıklığı %12.5 iken, üç ve üzeri vajinal doğum yapanlarda %68; yalnız sezaryen ile doğum yapanlarda ise bu oran %18.9 olarak tespit edilmiştir (5). Işıklı ve ark (2011) çalışmasında vajinal doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (44). Yılmaz ve ark (2014) çalışmasında vajinal doğum yapanlarda sezaryen doğum yapanlara göre, Üİ oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (85). Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Artmış BKİ inkontinansın gelişiminde önemli risk faktörlerinden biridir (61). Işıklı ve ark. (2011) çalışmalarında, BKİ, 25 ve üzerinde olanlarda Üİ'nin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (44). Terzi ve ark (2013) BKİ 18.5-25.0 aralığında olan normal kilolu kadınlarda Üİ sıklığını %29, BKİ 30'un üzerinde olanlarda ise %62.3 olarak tespit etmiştir (5). Güneş ve ark (2000) çalışmasında, 20 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları prevelans çalışmasında BKİ 25'in üzerinde olanlarda, Üİ görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlemiştir (40). Üİ'li kadınlarla yapılan bu çalışmada da kadınların %36.9'unun fazla kilolu ve %45'inin obez olması literatürü destekler niteliktedir.

5.2. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Genel sağlığı algılama

Çitak (2017), gebelikte inkontinansın yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalamasını 30.35 ± 13.36 olarak saptamıştır (86). Turhan (2010), Üİ'nin reproduktif ve postmenopozal dönemde olan kadınların sağlığına etkilerini incelemiş, reproduktif dönemde olan kadınların “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalamasını 44.50 ± 23.72 , postmenopozal dönemde olan kadınlarda 56.50 ± 21.20 olarak belirlenmiştir (87). Kaya ve ark (2015) Üİ'li kadınlarla yaptıkları çalışmada, “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalamasını 44.9 ± 22.4 ; Uemura ve Homma (2004) Japonya’da aşırı aktif mesaneli kadınlarla yaptıkları çalışmada “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalamasını $38,1 \pm 20,20$; yine Japonya’da Okamura ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, 52.7 ± 16.2 olarak saptamışlardır (82, 88, 89). Üİ'li kadınlarla yapılan bu çalışmada “Genel Sağlığı Algılama” alt boyutu puan ortalaması 41.09 ± 20.48 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların genel sağlık durumlarının orta derecede etkilendiği belirlenmiş olup, bulgu literatürü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda ileri yaş, artmış BKİ, doğum sayısı, kronik öksürük varlığının Üİ görülme sıklığının arttığı ve bu durumun genel sağlığı olumsuz etkilediği belirlenmiştir (8, 44, 61, 64, 65). Çalışma bulguları literatürü destekler niteliktedir (Tablo 7).

İnkontinans etkisi

Huzurevinde yaşayan Üİ şikâyeti olan kadınlarda yapılan çalışmada, “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalaması 13.3 ± 28.9 olarak saptanmıştır (83). Gebelikte inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalaması 31.41 ± 29.79 olarak saptanmıştır (86). Üİ'nin reproduktif ve postmenopozal dönemde olan sağlığına etkilerini incelediği çalışmada reproduktif dönemde olan kadınların “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalamasını 55.67 ± 25.54 ; postmenopozal dönemde olan kadınlarda 62.00 ± 25.08 olarak belirlenmiştir (87). Öz ve Altay’ın (2018) Üİ şikayetlerini azaltılmasında geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımının incelendiği çalışmada geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullananların “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan

ortalaması 64.87 ± 1.94 , kullanmayanların puan ortalaması 48.86 ± 1.71 olarak saptanmıştır (90). Bu çalışmada “İnkontinans Etkisi” alt boyutu puan ortalaması 56.46 ± 28.47 olarak hesaplanmıştır. Yapılan çalışmalarda alt boyut puan ortalamasındaki farklılığın, çalışılan grupların farklı Üİ risk faktörlerine sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Pelvik fasiyal desteğe verdiği zarardan dolayı, vajinal doğum yapma, alt karın operasyonu geçirme inkontinansın hasta üzerindeki etkisini artırmaktadır (44, 63,64, 85). Ayrıca kafeinin diürez etkisi, santral sinir sistemini stimüle etmesi ve alt üriner sistem düz kaslarındaki kasılmaları artırması sonucu inkontinans üzerinde olumsuz etkilerini artırmaktadır (49,50). Yapılan bu çalışmada da literatürü destekler şekilde vajinal doğum yapma, alt karın operasyonu geçirme ve kafeinli içecek tüketmenin Üİ’ye bağlı inkontinans etkisini artırdığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Rol Limitasyon

Oh ve Ku’nun (2009) SÜİ’li kadınlarla yaptıkları çalışmada, rol kısıtlamaları medyanının 41.7 (0-100) olduğu belirlenmiştir (91). Samsun’da yapılan çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 47.69 ± 2.66 olarak bulunmuştur (90). Bakarman’ın (2016) 15-50 yaş arası 412 kadınla yaptığı çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 21.4 ± 25.1 ; Tien ve ark.’ın (2017) SÜİ’li kadınlarda yaptıkları çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 25.00 ± 24.00 olduğu saptanmıştır (7, 92). Bu çalışmada “Rol Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 41.04 ± 33.43 olarak belirlenmiş olup, yurt dışı ve yurt içinde yapılan çalışmalar (90, 91) ile benzer; bazı çalışmalara (7, 92) göre etkilenmenin daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçların farklılık göstermesi, rol kısıtlamasını etkileyen faktörlerin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gerektiğini göstermektedir.

Kronik hastalığı olan ve hareketli yaşam tarzına sahip kadınlarda inkontinansa bağlı rol limitasyonların arttığı belirlenmiştir (Tablo 9). Kronik hastalık varlığının rolleri yerine getirmeyi olumsuz etkilediği, buna inkontinansın da eklenmesiyle rolleri yerine getirmede sorunların artırdığı düşünülmektedir.

Fiziksel Limitasyon

Bakarman’ın (2016) 15-50 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 21.4 ± 25.1 olarak belirlenmiştir (7). Benzer

şekilde Okamura ve ark.'nın (2009) çalışmasında da “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 21.1 ± 22.3 olarak saptanmışlardır (89). Uemura ve Homma (2004) aşırı aktif mesaneli kadınlarla yaptıkları çalışmada “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 43.8 ± 30.07 Turhan (2010) üreme çağındaki kadınlarda 57.83 ± 29.91 , postmenopozal dönemde olan kadınlarda 66.00 ± 27.72 olarak saptanmıştır (87, 88). Yapılan bu çalışmada “Fiziksel Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 46.67 ± 33.01 olup, kadınların orta derecede fiziksel limitasyon yaşadığı saptanmıştır. Fiziksel kısıtlamalar puanları arasındaki farklılığın, çalışma gruplarının inkontinans tiplerinden veya yaş farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum sayısının üç olması, sıklıkla ağır cisim kaldırma, kronik hastalık ve kronik öksürük varlığı, hareketli yaşam tarzı inkontinansa bağlı fiziksel limitasyonları artırmaktadır (Tablo 10). İdrar kaçırma problemlerinin fiziksel aktiviteleri (yürümek, koşmak, spor yapmak, yolculuk yapmak gibi) olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yaşam kalitesini artırmak için değiştirilebilir faktörlere yönelik (ağır cisim kaldırma, hareketsiz yaşam tarzı vb) eğitim verilebilir.

Sosyal Limitasyon

Üİ’li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda kadınların orta derecede sosyal limitasyon yaşadığı belirlenmiştir. Uemura ve Homma (2004) yaptıkları çalışmada “Sosyal Limitasyon” alt boyutu puan ortalamasını 25.8 ± 26.42 ; Kaya ve ark (2015) 35.1 ± 30.4 ; Turhan (2010), üreme çağındaki kadınlarda 49.00 ± 27.54 , postmenopozal dönemde 55.67 ± 27.92 olarak bulmuştur (82, 87, 88). Literatürü destekler biçimde Üİ’li kadınlarla yapılan bu çalışmada “Sosyal Limitasyon” alt boyutu puan ortalaması 31.94 ± 30.26 olup, kadınların orta derecede sosyal limitasyon yaşadığı belirlenmiştir. Ancak sosyal kısıtlamaların daha düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur (7, 90, 92, 93, 94). Çalışmadaki kadınların çoğunun ev hanımı ve emekli olduğu göz önüne alındığında, inkontinans nedeniyle kendilerini sosyal olarak çok fazla kısıtlamaya gerek duymadıkları düşünülmektedir.

Postekiz’de yapılan çalışmada Üİ nedeniyle sosyal izolasyondan kaynaklanan sorunların yaşam kalitelerini etkilediği belirlenmiştir (8). Bu çalışmada vajinal doğum yapan, alt karın operasyonu geçiren, hareketli yaşam tarzına sahip olan kadınların sosyal limitasyonları daha çok yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 11).

Kişilerarası İlişkiler

Uemura ve Homma (2004) çalışmalarında “Kişilerarası İlişkiler” alt boyutu puan ortalamasını 7.2 ± 14.17 ; Okamura ve ark. (2009) 7.4 ± 17.3 ; Kelleher (2002) 8.9 ± 1.2 ; Öz ve Altay (2018) 7.18 ± 1.42 olarak belirlemişlerdir (56, 70, 89). Bu çalışmada “Kişilerarası ilişkiler” alt boyutu puan ortalaması 15.94 ± 25.72 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların, kişisel ilişkilerinin yapılan diğer çalışmalara göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Kadınların inkontinans nedeniyle, kendilerine yönelik olumsuz duygularının kişisel ilişkilerine yansıdığı düşünülebilir.

Üriner fonkiyonlarını denetleyemen kadınlar, kendini kusurlu, eksik olarak görüp, kişisel ilişkilerini sınırlayabilmekte; çekiciliğini ve seksüalitesinin kaybettiğini düşünüp cinsel hayatını olumsuz etkileyebilmektedir (4). Bu çalışmada doğum sayısı üç ve üzeri olanlarda, kronik öksürüğü olanlarda, hareketli yaşam tarzına sahip olanlarda kişisel ilişkilerin daha çok etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 12).

Emosyonlar

Çalışmaya katılan kadınların, “Emosyonlar” alt boyutundan aldıkları puan 43.61 ± 34.82 olup, emosyonel yönden orta derecede etkilendikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde Turhan’ın (2010) Üİ’nin reproduktif ve postmenopozal dönemde olan kadınların sağlığına etkilerini incelediği çalışmada, reproduktif dönemde olan kadınların “Emosyonlar” alt boyutu puan ortalaması 41.78 ± 31.98 , postmenopozal dönemde olan kadınlarda 48.89 ± 30.38 olarak belirlenmiştir (87). Bu çalışmanın aksine “Emosyonlar” alt boyutu puan ortalamasını daha düşük bulan çalışmalar da mevcuttur. Çitak’ın (2017) çalışmasında “Emosyonlar” puan ortalaması 22.29 ± 25.96 ; Aslan’ın (2005) çalışmasında “Emosyonlar” puan ortalaması 9.3 ± 19.7 olarak daha düşük bulunmuştur (83, 86). Çalışmada, reproduktif dönem sonu ve postmenopozal dönemdeki kadınların daha fazla olduğu ve sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Üİ’li kadınlar kendini değersiz, kötü, tedirgin, depresif ve sinirli hissedebilmektedirler (4). Doğum sayısı üç olan, alt karın operasyonu geçiren ve kronik hastalığı olan kadınlarda emosyonların olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Tablo 13). Üriner inkontinansın da bir kronik hastalık olduğu göz önünde

bulundurulduğunda, kadının ruh sağlığı açısından Üİ'den korunma önem taşımaktadır.

Uyku/Enerji Düzeyi

Uemura ve Homma'nın (2004) yaptıkları çalışmada “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyutu puan ortalaması 33.5 ± 27.96 ; Kaya ve ark'ın (2015) çalışmasında 32.5 ± 26.9 ; Bakarman'ın (2016) yaptığı çalışmada 27.1 ± 22.8 ; Öz ve Altay'ın (2018) yaptıkları çalışmada 40.64 ± 2.15 olarak belirlenmiştir (7, 56, 82, 88). Bakarman'ın (2016) çalışmasına benzer şekilde bu çalışmaya katılan kadınların “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 27.71 ± 27.97 olup orta derecede etkilendikleri saptanmıştır.

Daha önce alt karın bölgesinden operasyon olma ve kronik hastalık olması Üİ'ye bağlı uyku/enerji düzeyini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Tablo 14). Yaşam kalitesinin önemli parametrelerinden biri olan uyku/enerji düzeyinin artırılması için geceleri yatmadan bir saat öncesinde sıvı alımı kısıtlamasının, uykudan uyanmaları azaltabileceği düşünülmektedir.

Ciddiyet Ölçümleri

Uemura ve Homma'nın (2004) çalışmasında “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalaması 31.9 ± 13.39 ; Bakarman'ın (2016) yaptığı çalışmada 23.1 ± 19.4 olarak bulunmuştur (7, 88). Aslan'ın (2005) huzurevinde yaşayan kadınlarda çalışmada “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalaması 18.7 ± 20.3 olarak saptanmıştır. Çitak (2017), gebelikte inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin incelediği çalışmasında, “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalamasını 35.3 ± 18.21 olarak saptamıştır (86). Bu çalışmada “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutu puan ortalaması 38.46 ± 24.56 olup, kadınların orta derece şiddette etkilendikleri belirlenmiştir. Bulgular, Çitak (2017), Uemura ve Homma'nın (2004) çalışmasını destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalar kadınlarda; inkontinansa bağlı iç çamaşırını değiştirmek zorunda kalma, kendisinden koku gelecek endişesi, ped kullanmayı gerektirecek şiddette inkontinans yaşama, kullanılan ped sayısının artmasının yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir (85, 97, 100,101). Bu çalışmada vajinal doğum yapan, alt karın operasyonu geçiren ve kronik hastalığa sahip olan kadınlarda yaşanan

inkontinansa bağılı semptomların daha ciddi olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Semptom Ciddiyeti

Kaya ve ark (2015) çalışmasında “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puan ortalaması 10.5 ± 5.8 ; Con ve ark “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puan ortalaması 12.3 ± 0.5 ; Öz ve Altay’ın (2018) yaptıkları çalışmada 17.20 ± 0.30 olarak belirlenmiştir (7, 70, 90). Bu çalışmada “Semptom Ciddiyeti” alt boyutu puan ortalaması $9,56 \pm 5,97$ olup kadınların orta derece şiddette etkilendikleri belirlenmiştir. Bulgular literatürü destekler niteliktedir.

Artmış BKİ, kronik konstipasyon varlığı, kronik hastalık varlığı Üİ’ye bağılı semptom ciddiyetini etkilemektedir (Tablo 16). Üİ’den korunma ve semptom şiddetini azaltmak için BKİ normal aralıkta tutma, konstipasyondan kaçınma, kronik hastalıklardan korunma gibi yaşam biçimi davranışları semptom ciddiyetini azaltmada yer tutmaktadır.

5.3. Üriner İnkontinans Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Üriner inkontinans semptomları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte; yaşamı tehdit etmese bile yetersizlik duygusundan, depresyona kadar giden emosyonel sorunlara neden olmaktadır (1, 95, 96). İnkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi arasında ilişkiyi araştıran bir çalışmada; 24 saatlik ped testinde idrar kaçırma miktarı 20 gr’dan az olanların, 20 gr’dan fazla olanlara kıyasla yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu yani semptom şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlenmiştir (22). Portekiz’de, 80 inkontinanslı kadınla yapılan çalışmada hafif idrar kaçağı olan kadınlarda, orta ve şiddetli idrar kaçağı olan kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (23). Abrams ve ark. (2015) Üİ’li 1203 kadınla dört gelişmiş ülkede (Fransa, Almanya, Birleşik Krallık ve ABD) ICIQ-UI Kısa Formu kullanarak yaptığı çalışmada, daha yüksek hacimde idrar kaçıran kadınların, günde birkaç kez idrar kaçıran kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varmıştır (12). Barbosa ve ark. (2017) Brezilya’da 329 kadınla Üİ şiddetinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada; orta ve şiddetli Üİ’si olan kadınların hafif Üİ olanlara kıyasla yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (7).

Lim ve ark. (2016) Malezya’da üroloji kliniğinde yaptıkları çalışmada kadınları yaşadıkları inkontinans şiddetine göre orta, ciddi ve çok ciddi derecede olarak gruplamış; inkontinansın şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğünü belirlemişlerdir (95).

İdrar kaçırma şikâyeti olan gebelerde inkontinansın şiddetini belirlemek için ne sıklıkla ve ne kadar idrar kaçırdığını sorgulayan Sandvik indeksi uygulanmıştır. Sandvik indeksi değerlerine göre olguların hafif şiddette idrar kaçırdıkları, idrar kaçırmanın yaşam kalitelerini minimal düzeyde olumsuz etkilediği ve inkontinans şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (86).

Ülkemizde inkontinans ile ilgili yapılan çalışmalar da inkontinans şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Gökkaya ve ark. (2011) üroloji polikliniğine başvuran kadınlara King Sağlık Anketi uygulamış ve semptom şiddetine göre kadınları iki gruba ayırmışlardır. İki grup, kişisel ilişki ile ilgili soruya verilen cevaplar açısından farklı değilken; genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi ve semptom şiddeti açısından anlamlı olarak farklı oldukları belirlenmiştir. Semptom şiddeti yüksek olan grubun kişisel ilişki hariç diğer yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları daha yüksek, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (84).

Yılmaz ve ark. (2014) üriner inkontinanslı kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların inkontinans şiddetini ped kullanımı ile değerlendirilmiş ve ped kullanan kadınların kullanmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (85).

Ergün ve ark. (2011) İstanbul’da üç huzurevinde yaptıkları çalışmada, her gün üriner inkontinansı olan yaşlıların yaşam kalitesi puanının en düşük olduğunu, sıklık arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemişlerdir (9).

Filiz ve ark. (2007) Sakarya’da yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesi değerlendirmek için SF-36 ölçeği, Üİ semptom şiddetinin değerlendirmek için Sandvik indeksi kullanmıştır. Ruhsal sağlık dışındaki SF-36 alt ölçeklerinden alınan puanlar ile Üİ şiddeti arasında negatif ilişki olduğu saptanmış, semptom şiddetinin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (97).

Kulaksızoğlu'nun (2017) kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla I-QOL ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada, düzenli ped kullanımı olan kadınların, ayda bir kez inkontinansı olanlardan; büyük miktar idrar kaçıranların küçük miktar idrar kaçıranlardan daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (18).

Koçak ve ark. (2005) 18 yaş üzeri 1012 kadınla yaptıkları çalışmada inkontinanstaki dolaylı ped kullanımının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Sürekli ped kullanan ve miktar olarak fazla inkontinansı olan kadınlarda, kendilerini her alanda sınırladıkları için yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. (98).

Akkuş'un (2014) 18 yaş üstü 150 kadınla yaptığı prevelans çalışmasında, Üİ sorunundan etkilenme düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (99).

Demir ve Beji (2015), kadınlardan bazen, genellikle ve her zaman idrar kaçıranların ara sıra idrar kaçıranlara göre yaşam kalitelerinin daha olumsuz etkilendiğini saptamışlardır (4).

Özdemir ve ark'ın (2011) çalışmasında, üriner şikayet ve inkontinans etkilenme puan ortalamalarının ciddi inkontinansı olanlarda en yüksek, nadir inkontinansı olanlarda en düşük olduğu; inkontinans sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların inkontinansa bağlı kullandıkları ped sayısı arttıkça, yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir (100).

Demirel (2012) 65 yaş üstü kadınlarla yaptığı çalışmada, Üİ sıklığının ve kaçırılan idrar miktarının artmasının, bireylerin Üİ yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir (101).

Güvenç ve ark. (2016) klimakterik dönemde olan 258 kadınla yaptığı çalışmada Üİ miktarı arttıkça, yaşam kalitesinin azaldığını belirlemiştir (10).

Üriner inkontinanslı kadınlarda semptom şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada; semptom şiddetinin artmasıyla yaşam kalitelerinin azaldığı sonucuna varılmış ve araştırmanın hipotezi, elde edilen bulgular ile desteklenmiş, H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Üriner inkontinans semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların yaşları 22 ile 87 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 52.78 ± 10.89 'dir.

Kadınların %41.9'unun (n=67) ilköğretim mezunu, %61.3'ünün (n=98) ev hanımı %45'inin (n=72) obez olduğu saptanmıştır.

Kişisel alışkanlıklarına göre, kadınların %22.5'inin (n=36) sigara kullandığı, %4.4'ünün (n=7) alkol kullandığı, %70.6'sının (n=113) kafeinli, asitli içecek tükettiği belirlenmiştir. Kadınların %21.9'unun yakın akrabalarında da Üİ şikâyeti olduğu saptanmıştır.

Üİ gelişiminde risk faktörlerinden ileri yaş, BKİ, doğum sayısı, doğum şekli, pelvik cerrahi geçirme, konstipasyon, kronik hastalıklar, kronik öksürük, hareketsiz yaşam tarzı, ağır cisim kaldırma, kafeinli içecek tüketme gibi faktörlerin çalışma grubundaki kadınların Üİ'ye bağlı yaşam kalitelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Obstetrik risk faktörlerine göre incelendiğinde; kadınların %33'ünün dört kilo ve üzerinde bebek doğurduğu, %74.4'ünün (n=116) vajinal doğum yaptığı, %52.4'üne doğumda müdahale (vakum, forseps, epizyotomi, sezaryen) uygulandığı belirlenmiştir. Obstetrik risk faktörü oranları yüksek olmasına rağmen, bu faktörlerin Üİ'nin yaşam kaliteleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Üİ'li kadınların yaşam kaliteleri King Sağlık Anketi ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan olguların King Sağlık Anketi birinci bölümü alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; "Genel Sağlık Durumu" alt boyut puan ortalaması 41.09 ± 20.48 ; "İnkontinans Etkisi" alt boyut puan ortalaması 56.46 ± 28.47 ; "Rol Limitasyon" alt boyut puan ortalaması 41.04 ± 33.43 ; "Fizik Limitasyon" alt boyut puan ortalaması 46.67 ± 33.01 ; "Sosyal Limitasyon" alt boyut puan ortalaması 31.94 ± 30.26 olarak orta düzeyde etkilendiği; "Kişisel İlişki" alt boyut puan

ortalaması 15.94 ± 25.72 olarak düşük düzeyde etkilendiği; “Emosyonlar” alt boyut puan ortalaması 43.61 ± 34.82 “Uyku Enerji Düzeyi” alt boyut puan ortalaması 27.71 ± 27.97 “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyut puan ortalaması 38.46 ± 24.56 olarak orta düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Ölçeğin ikinci kısım (Semptom Ciddiyet Skalası) alt boyut puan ortalaması 9.56 ± 5.97 olarak orta düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Tüm alt boyutlar incelendiğinde Üİ’li kadınların yaşam kalitelerinin orta düzeyde etkilendiği belirlenmiştir.

İkinci gruptaki kadınların King Sağlık anketi yaşam kalitesi bölümü “Genel Sağlık Durumu”, “İnkontinans Etkisi”, “Rol Limitasyon”, “Fiziksel Limitasyon”, “Sosyal Limitasyon”, “Kişisel İlişki”, “Emosyonlar”, “Uyku/Enerji Düzeyi”, “Ciddiyet Ölçümleri” alt boyutundan aldıkları puanlar, birinci gruptaki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$). Üİ semptom şiddeti arttıkça, yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Çalışmada, bir ya da daha fazla risk faktörü bulunan kadınların çoğunlukta olması sebebiyle; hemşirelerin kadın doğum ve ürojinekoloji kliniklerine başvuran tüm kadınlara Üİ risk faktörleri, erken tanı ve tedavi konusunda izlem yaparak eğitim vermesi,

Kontinansı güçlendirmek amacıyla, kadınlara Kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve egzersizlerin uygulanmasının bir yaşam tarzı haline getirilmesi konusunda bilgi verilmesi,

Üİ’nin erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonun sağlanması amacıyla sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı ile hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları ve ekip içinde daha etkin rol almaları,

Çalışma sonuçları doğrultusunda, Üİ şikâyeti olan kadınların yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak eğitimlerinin yapılması, tedaviye uyumlarının sağlanması,

Çalışmanın, daha geniş örneklem ile ve çalışmada ele alınmayan boyutlarının dikkate alınarak tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Wein A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 2003;61(1):37–49.
2. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecology (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report ON The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction, Australia, 2009, p:10-12.
3. Topuz Ş. Urinary continence and sexuality. *Balıkesir Health Sciences Journal* 2015;4(1):60–64.
4. Demir S, Beji NK. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları F.N. Hemş. Dergisi, 2015;23(1):23–31.
5. Terzi H, Terzi R., Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler *Ege Tıp Dergisi* 2013;52(1):15–19.
6. Sumardi R, Mochtar CA, Junizaf J, Santoso BI, Setiati S, Nuhonni SA et al. Prevalence of urinary incontinence, risk factors and its impact: Multivariate analysis from Indonesian nationwide survey. *Acta medica Indonesiana* 2016;46(3):175-182.
7. Bakarman MA, Al-Ghamdi SS. The effect of urinary incontinence on quality of life of women at childbearing age in Jeddah, Saudi Arabia. *Glob J Health Sci.* 2016;8(2):281-287
8. Fernandes, S., Carvalho Coutinho, E., Carvalho Duarte, J., Batista Nelas, P. A., Balula Chaves, C. M. C., & Amaral, O. Quality of life in women with Urinary Incontinence. *Revista de Enfermagem Referência*, 2015;5:93-99
9. Ergün A, Toptaner NE, Bıçakçı T, Baran S, Akkaya G. (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (Sf-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-03/html/2011-3-3-159-167.htm erişim tarihi: 28 temmuz 2016
10. Guvenç G, Kocaoz S, Kok G. Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract* 2016;22(6):649-59.

11. Barbosa L, Cruz T, Carvalho A, Torres E, Porto I, Nascimento K et al.. Urinary incontinence in pregnant adolescents: A case series. *Neurourology and Urodynamics* 2018;37:1329–1335.
12. Abrams P, Smith AP, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45–60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int* 2015;115(1):143-52.
13. Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. *International urogynecology journal* 2012;23(3):299-306.
14. Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2014;7(3):686-696.
15. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: Prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci* 2013; 29(3):818–822.
16. Elbiss HM, Osman N, Hammad FT. Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;122(2):136-139.
17. Wang C, Li J, Wan X, Wang X, Kane RL, Wang K. Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *J Clin Nurs* 2015;24:1112-1121.
18. Kulaksızoğlu S. 15-49 yaş kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul 2017
19. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *J Manag Care Pharm* 2014;20(2):130-140.
20. Hebbar S, Pandey H, Chawla A. Understanding King's Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *International Journal of Research in Medical Sciences (Int J Res Med Sci.)* 2015;3(3):531-538.
21. Tanrıverdi HS. Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyolojisi, etiyoloji ve risk faktörleri. *T Klin Jinekolo Obst*, 2004;14:231-238.

22. Krhut J, Gärtner M, Mokris J, Horcicka L, Svabik K, Zachoval R et al. Effect of severity of urinary incontinence on quality of life in women. *Neurourol Urodyn* 2018;31:1-6.
23. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence *Rev Assoc Med Bras* 2015;61(2):178-183.
24. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Investing* 2011;5(1):15-23.
25. Hazar HU. Üriner İnkontinans (Üİ). Saydam BK, editör. Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 209-217
26. Tozkır E, Demirci F. Üriner İnkontinans. İçinde: Demir C, Güleç ÜK, editörler. Bir Bakışta Kadın Doğum. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013: 55-57
27. Eryılmaz HY. Pelvik Bozukluklar. İçinde: Kavlak O, Şirin A, editörler. Kadın Sağlığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015; s. 122-141.
28. Topuz Ş. Stres İnkontinansda Kegel Egzersizleri Uygulaması. İçinde: Başer M, Taşçı S, editörler. Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015; s. 77-80.
29. Yalçın Ö. (2004). Jinekolojik Üroloji (Ürojinekoloji). S. Berkman içinde, *Jinekoloji* (s. 97). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
30. Bilge Ç, Beji NK. Üriner Semptom Profili'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / Düzce Sağlık Bil Enst Derg* 2016;6(3):154-160.
31. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. üriner sistem hastalıkları içinde: Karadakovan A, Aslan FE editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013; s. 859-861.
32. Karan A, editor. Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri;2016.
33. Karakuş A, Yanikkerem E. Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;2(3):54-59.

34. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol* 2009;114:1278–1283.
35. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. "A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of clinical epidemiology* 2000;53(11):1150-1157.
36. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol* 1990;45:67-74.
37. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause* 2009;16(4):831-836.
38. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(2):43-53.
39. Kaşıkçı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Archives of gerontology and geriatrics* 2015;61(2):217-223.
40. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesinde erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000;7(1):54-57.
41. Bilgili N. Kadınlarda Üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008:487-493.
42. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *ŞEEAH Tıp Bülteni* 2012;46(4):170-176.
43. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48:132-136
44. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu İlçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: Bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Medicus* 2011;7(2):34-39.

45. Kolusarı A. Pelvik Destek Bozuklukları, İdrar İnkontinansı ve İdrar Yolu Enfeksiyonları. İçinde: Demir CS, Güleç ÜK editörler. Obstetrik ve Jinekoloji. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015; s. 281-284.
46. Doğan MM, Üriner Yakınmalar. İçinde: Köker İ, editör. Kadın Hastalıkları ve Doğumda Temel Bilgiler. Adana: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 102-105.
47. Taşkın, L. (2016). Üreme Organlarının Yapısal ve Fonksiyonel Bozuklukları. L. Taşkın içinde, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (s. 749). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
48. Özveri H, Keskin S. Üriner Sistemin Değerlendirilmesi. içinde: Aslan FE editör. Sağlığın Değerlendirilmesi. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını, 2014: 67-78
49. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. Bmj 2014;349(15):4531-4542.
50. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. International urogynecology journal 2013;24(2):295-302.
51. Virtuoso J, Mazo GZ. The practice of physical exercise is a modifiable factor for urge urinary incontinence in older women. Rev Bras Med Esporte 2013;19(2):83-86.
52. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2002;4(1):29-39
53. Song YF, Zhang WJ, Song J, Xu B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. Chin Med J (Engl) 2005;118:887-92.
54. Townsend MK, Danforth KN, Rosner B, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Physical activity and incident urinary incontinence in middle-aged women. J Urol 2008;179:1012-7.
55. Demirtaş H, Özkan B. The relationship between urinary incontinence, geriatric depression and loneliness in elderly individuals 2017;4(5):4133-4139.
56. Öz Ö, Altay B. Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(1):34-37.

57. Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2017;96(8):939-948.
58. Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Current urology reports* 2011;12(5):363-369.
59. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence *BMC Women's Health* 2014;14(78):1-7.
60. Waetjen LE, Ye J, Feng WY, Johnson WO, Greendale GA, Sampsel CM et al. Association between menopausal transition stages and developing urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2009;114(5):989–998.
61. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):231-242.
62. Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennerstein L. Is incontinence associated with menopause? *Obstet Gynecol* 2001;98:628-33.
63. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *Lancet*. 2007;370:1494–9.
64. Biswas B, Bhattacharyya A, Dasgupta A, Karmakar A, Mallick N, Sembiah S. (2017). Urinary incontinence, its risk factors, and quality of life: A study among women aged 50 years and above in a rural health facility of West Bengal. *Journal of mid-life health* 2017;8(3): 130-136.
65. Prabhu SA, Shanbhag SS. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in women residing in a tribal area in Maharashtra, India. *J Res Health Sci* 2013;13(2):125-30.
66. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders *Womens Health (Lond Engl)* 2013;9(3):1-18.
67. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jørgensen T, Lose G. Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. *Neurourol. Urodyn* 2012;31(4):475–480.

68. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *BJOG* 2016;123:1203–1211.
69. Yüksel B, Uğurlucan FG. Stres İnkontinans. İçinde: Turfanda A, Büyükören A, İyibozkurt AC, Uğurlucan FG, Baştu E, Yaşa C ve ark., editörler. *Jinekoloji El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2013; s. 71-72.
70. Kelleher C, Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Staskin D., *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, London, 2001: p. 47-58.
71. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H., *Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık*, Ankara 2000: s. 19-27
72. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 1987;70:378–381.
73. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of lifemeasures for women with urinary incontinence: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. *Qual Life Res* 1994;3:291–306.
74. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996;47:67-71.
75. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:892–899.
76. Ramage-Morin PL, Gilmour H. Urinary incontinence and loneliness in Canadian seniors. *Health Reports* 2013;24(10):3-10.
77. de Vries HF, Northington GM, Bogner HR. Urinary incontinence (UI) and new psychological distress among community dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(1):49-54.
78. Özcan H, Beji NK. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi. *Med Med J* 2014;29(4):236-238.
79. Perry S, McGrother CW, Turner K, et al. Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge

- incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol* 2006;11(3):463-82.
80. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. Ankara; Nobel Akademik Yayıncılık; 2014
81. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. editörler. Hemşirelikte araştırma. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
82. Kaya S, Akbayrak T, Çelenay ŞT, Dolgun A, Ekici G, Beksaç S. Reliability and validity of the Turkish King's Health Questionnaire in women with urinary incontinence *Int Urogynecol J* 2015;26:1853–1859.
83. Aslan E, Kömürcü N, Beji NK, Yalçın Ö. Bladder Training and Kegel Exercises for Women with Urinary Complaints Living in a Rest Home *Gerontology* 2008;54:224–231.
84. Gökkaya SC, Demirel HC, Aktaş BK, Bulut S, Doluoğlu ÖG, Erkmen AE, Akdemir AÖ, Memiş A. Üroloji Polikliniğinde King Sağlık Anketi Uygulaması İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;18(2):96-105.
85. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):1-14.
86. Çitak G. Gebelikte üriner inkontinans ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Tokat 2017
87. Turhan A. Üriner inkontinansın reproduktif ve postmenopozal dönemde kadın cinsel fonksiyon bozuklukları üzerine etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul 2010
88. Uemura S, Homma Y. Reliability and validity of King's Health Questionnaire in Patients with symptoms of overactive bladder with urge incontinence in Japan. *Neurourology and Urodynamics* 2004;23:94-100
89. Okamura K, Nojiri Y, Osuga Y. Reliability and validity of the King's Health Questionnaire for lower urinary tract symptoms in both genders *BJU International* 2008;103:1673-1678.
90. Öz Ö, Altay B. Relationships among use of complementary and alternative interventions, urinary incontinence, quality of life, and self-esteem in women

- with urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(2):174-178.
91. Oh SJ, Ku JH. Comparison of three disease-specific quality-of-life questionnaires (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms, Incontinence Quality of Life and King's Health Questionnaire) in women with stress urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 2007;41:66-71.
92. Tien YW, Hsiao SM, Lee CN, Lin HH Effects of laser procedure for female urodynamic stress incontinence on pad weight, urodynamics, and sexual function. *Int Urogynecol J.* 2017;28(3):469-476.
93. Ulrich D, Bjelic-Radisi V, Grabner K, Avian A, Trutnovsky G, Tamussino K, Aigmüller T. Objective outcome and quality-of-life assessment in women with repeat incontinence surgery *Neurourol Urodyn.* 2017;36(6):1543-1549.
94. Akkoc Y, Karapolat H, Eyigör S, Yesil H, Yuceyar N. Quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders: reliability and validity of the Turkish version of King's Health Questionnaire *Neurological Sciences* 2011;32(3):417-421.
95. Lim R, Liong ML, Leong WS, Khan NAK, Yuen KH. Effect of stress urinary incontinence on the sexual function of couples and the quality of life of patients. *The Journal of Urology* 2016;196(1):153-158.
96. Zecca C, Riccitelli GC, Disanto G, Singh A, Digesu GA, Panicari L et al. Urinary incontinence in multiple sclerosis: Prevalence, severity and impact on patients' quality of life. *European Journal of Neurology* 2016;23(7):1228-1234.
97. Filiz TM, Topsever P, Uludag C, Görpelioglu S, Cinar N. Effects of age and urinary incontinence severity on generic SF-36 quality of life measurements in Sakarya, Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27;189-194.
98. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology* 2005;48(4):634-641.
99. Akkuş Y. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara 2014

100. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011;21(4):266-76.
101. Demirel T. 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi, Yüksek Lisans Tezi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya 2012.



8. EKLER

EK I: BİREY TANILAMA FORMU

ANKET NO:

1. Yaşınız :.....

2. Boyunuz..... Kilonuz.....

3. Eğitim Durumunuz:

a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Lise d) Yükseköğretim ve üstü

4. Mesleğiniz:

a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Emekli e) Diğer

5. Yaşanılan yer:

a) İl b) İlçe c) Köy

6. Sosyal güvenceniz:

a) SGK b) Özel sigorta c) Sosyal güvencesi yok

7. Kaç kez doğum yaptınız (varsa ölü doğumlar dahil)?

a) Hiç yapmadım b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri

8. Doğumlarınızın şekli nasıldı?

a) Normal doğum b) Sezaryen c) Normal doğum+Sezaryen

9. Doğumlarınızda herhangi bir müdahale oldu mu?

a) Olmadı b) Vakum c) Forceps d) Epizyotomi e) Diğer.....

10. Dört kg ve üzeri kiloda doğan bebeğiniz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

11. Menopoza girdiniz mi?

a) Evet (süre:.....) b) Hayır

12. Menopoz döneminde hormon tedavisi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

13. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet (.....adet/.....gün) b) Hayır

14. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

15. Daha önce alt karın bölgesinden ameliyat oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

16. Sıklıkla ağır cisimleri kaldırır mısınız veya iter misiniz?

- a) Evet b) Hayır

17. Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

18. Her gün kafeinli, asitli içecekler (kahve, kola vb) tüketir misiniz?

- a) Evet b) Hayır (20. Soruya geçiniz)

19. Günde ortalama ne kadar kafeinli, asitli içecek tüketirsiniz?

- a) Hiç içmem b) 1 su bardağı c) 2 su bardağı d) 3 su bardağı ve üzeri

20. Kronik hastalığınız var mı?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Hayır
b) Akciğer hastalığı (KOAH gibi)
c) Kronik kalp yetmezliği
d) Hipertansiyon
e) Diyabet
f) Sık idrar yolu enfeksiyonu
g) Böbrek hastalığı
h) Nörolojik hastalıklar
ı) Troid
i) Diğer....

21. Kronik öksürüğünüz var mı?

- a) Evet b) Hayır

22. Hareketsiz bir yaşam tarzına sahip misiniz?

- a) Evet b) Hayır

23. Yakın akrabalarınızda idrar kaçırma sorunu var mı?

- a) Evet (kim:.....) b) Hayır c) Bilmiyorum

24. Son bir yıl içerisinde hiç idrar kaçırma sorunu yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır

25. İdrar kaçırma sorununu ne kadar süredir yaşıyorsunuz?

.....

26. İdrar kaçırma sorununuza yönelik tedavi gördünüz mü?

- a) Evet b) Hayır

EK II: KİNG SAĞLIK ANKETİ

BÖLÜM I.

GENEL SAĞLIK ALGILAMASI

S1. Şu anda genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Çok iyi(1) İyi(2) Orta(3) Zayıf(4) Çok zayıf(5)

İNKONTİNANS ETKİSİ

S2. Sizce idrar probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

ROL LİMİTASYONLARI

S3a. İdrar probleminiz ev işlerinizi (örneğin temizlik, alış-veriş ve benzeri) ne ölçüde etkiliyor?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S3b. İdrar probleminiz işinizi veya ev dışındaki normal günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

FİZİKSEL LİMİTASYONLAR

S4a. İdrar probleminiz fiziksel aktivitelerinizi (örneğin yürümek, koşmak, spor yapmak, jimnastik ve benzeri) etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S4b. İdrar probleminiz yolculuk yapabilmenizi etkiliyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

SOSYAL LİMİTASYONLAR

S4c. İdrar probleminiz sosyal hayatınızı (örneğin gezmek, sinemaya veya tiyatroya gitmek ve benzeri) sınırılıyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S4d. İdrar probleminiz arkadaşlarınızla görüşmenizi/onları ziyaret etmenizi kısıtlıyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

KİŞİSEL İLİŞKİLER

S5a. İdrar probleminiz eşinizle/partnerinizle kişisel ilişkilerinizi etkiliyor mu?

(Eşim / partnerim yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S5b. İdrar probleminiz cinsel hayatınızı etkiliyor mu?

(Cinsel hayatım yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

S5c. İdrar probleminiz aile hayatınızı etkiliyor mu?

(Aile hayatım yok) (0) Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)

EMOSYONLAR

S6a. İdrar probleminiz kendinizi depresyonda hissetmenize neden oluyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

S6b. İdrar probleminiz sizi tedirgin veya sinirli yapıyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

S6c. İdrar probleminiz kendinizi kötü hissetmenize neden oluyor mu?

Hiç(1) Biraz(2) Orta(3) Çok (4)

UYKU/ENERJİ

S7a. İdrar probleminiz uykunuzu etkiliyor mu?

(gece uykudan uyanma gibi) Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S7b. İdrar probleminiz sizi çok bitkin/yorgun hissettiriyor mu? (örneğin sürekli tuvalet arayışında olmaktan veya sık sık tuvalete gidip gelmekten yorgun düşmek gibi)

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

CİDDİYET ÖLÇÜMLERİ

Aşağıdakilerin herhangi birini yapıyor musunuz? Eğer öyleyse ne kadar?

S8a. Kuru kalmak için ped/bez kullanıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8b. Ne kadar sıvı içtiğinize dikkat ediyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8c. Islanmaya bağlı iç çamaşırınızı değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8d. Sizden koku gelecek diye endişe ediyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

S8e. İdrar probleminiz yüzünden utanıyor musunuz?

Hiç(1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

BÖLÜM II.

SEMPOTOM CİDDİYET SKALASI

İdrar problemlerinizin ne olduğunu ve bu problemlerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki listeden sadece sizde şu an var olan problemleri seçiniz. Size uymayanları dikkate almayınız.

1. Frequency: Sık idrara çıkma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

2. Noktüri: Gece idrar için kalkma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

3. Urgency: Güçlü ve kontrol edilmesi zor, ani idrar yapma hissi.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

4. Urge inkontinans: Güçlü/ani idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçırma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

5. Stres inkontinans: Fiziksel aktivite örneğin öksürme, hapşıрма ve koşma ile birlikte idrar kaçırma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

6. Nokturnal enürezis: Gece yatağı ya da çamaşırları ıslatma.

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

7. Seksüel inkontinans: Cinsel birleşme sırasında idrar kaçırma

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

8. Sık idrar yolu enfeksiyonu

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

9. İdrar torbası ağrısı

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

10. İdrar yapmada zorluk

var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor? Hiç(0) Biraz(1) Orta(2)
Çok(3)

11. Diğer (belirtiniz:) var () yok ()

Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)



EK III: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmanın amacı, ürojinekoloji polikliniğine başvuran, idrar kaçırma şikâyeti olan kadınların yaşam kalitelerini değerlendirilmesi ve idrar kaçırmayı etkileyen faktörlerin neler olduğunun araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çalışmaya katılmayı kabul etmeniz, okuma-yazma bilmeniz, radyoterapi öykünüzün olmaması, psikiyatrik rahatsızlığınızın olmaması gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada verileri toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplam 26 sorudan oluşan Demografik Bilgi Formu, King Sağlık Anketi kullanılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak anketlerde yer alan sorula doğru yanıt vermek sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 149 ‘dur.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dk’dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar idrar kaçırmanıza bağlı sıkıntılarınız, şikayetlerinizin azaltılması ve yaşam kalitenizin artırılmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada Demografik Bilgi Formu ve King Sağlık Anketi uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışmaya dahil olmak istememeniz, okuma yazma bilmemeniz, gebe olmanız, radyoterapi almanız, psikiyatrik rahatsızlığınızın olması durumunda araştırmacınız sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının tedavisinde uygulanabilecek, ancak şimdilik uygulanmayacak olan bir tedavi yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05436673843 no.lu telefondan Araştırma Görevlisi Figen KAZANKAYA'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		



EK IV: KİNG SAĞLIK ANKETİ KULLANIM İZNİ

On Wednesday, October 12, 2016 9:14 PM, Figen Kazankaya

<fgnrdgn@hotmail.com> wrote:

Sayın Serap KAYA,

Geçerlik ve güvenirliliğini yapmış olduğunuz King Sağlık Anketini yüksek lisans tezimde kullanmak istiyoruz, kullanım izninizi, ölçeği ve ölçek ile ilgili değerlendirmeyi yollayabilir misiniz?

ilginiz için şimdiden teşekkürler

saygılarımla

Fzt. Serap KAYA

14.10.2016 (Cum) 11:28

Kime:

Figen Kazankaya (fgnrdgn@hotmail.com)

Sevgili Figen hanım,

Elbette kullanabilirsiniz atıf vererek. Ekte ilgili belgeleri gönderiyorum.

İyi çalışmalar

Yrd. Doç. Dr. Serap KAYA

Fizyoterapist

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizyoterapi ve Reh. Bölümü

06100, Samanpazari , ANKARA, TÜRKİYE.

EK V: ETİK KURUL ONAYI

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 29/03/2017-E.80767 /110



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 70198063-050.06.04
Konu : Kararlar 17-3/9

Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurduğunuz "**Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aytül ÖNAL
Kurul Başkanı V.

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı

Üniversitesi Cđ. No: 9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 388 10 23 Faks No: +90 (232) 388 11 15
E-Posta: tipdekan@efkalem@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sumru FESİCİOĞLU
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 0232 3902132

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEL9420HM adresinden yapılabilir.



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐	FAZ 4 ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Gözetimsel İlaç Çalışması ☐		Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması ☐		
	İn Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐		İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒		
	Diğer ise belirtiniz				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASTI ☐
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	13.03.2017	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.01.2017	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ İmza tarihi: 09.01.2017			
Diğer	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 17-3/9	Tarihi: 24.03.2017			
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.				
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ayşenur OKTAY				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Onsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**) İmza
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	E.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H
KOPLANTIYA KATILMADI					

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA 	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05	Sayfa 1/2
---	----------	----------------------------------	------------------	---------------------------------------	--------------



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cadi. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu : 17-3/9				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dahı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabım (**)	İmza
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Serbest	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	TOPLANTIYA KATILMADI
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

GIBİDİR
FESİHOĞLU
Klinik Araştırmalar
Kurulu Sekreteri

EK VI: KURUM İZNİ

v. Evrak Tarih ve Sayısı: 16/05/2017-E.126450



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-100
Konu : Tez Çalışması Hk.

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 19/04/2017 tarihli ve 101513 sayılı yazı.

Fakülteniz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Arş.Gör. Figen KAZANKAYA'nın "Üriner İnkontanans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını 31 Mart 2017 – 30 Haziran 2017 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojenekoloji polikliniğinde Prof.Dr.Mete İTİL danışmanlığında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cemil GÜRGÜN
Başhekim V.

Ek:Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalından gelen 120121 sayılı yazı.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 60502227-044
Konu : Tez Çalışması Hk.

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nin 21/04/2017 tarihli ve 104091 sy.yz.k.

Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Arş. Gör. Figen KAZANKAYA'nın "Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını 31 Mart 2017 – 30 Haziran 2017 tarihleri arasında Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. İsmail Mete İTİL danışmanlığında Ürojinekoloji Polikliniğimizde yapmalarının uygun olduğu ile ilgili Akademik Kurul Kararı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır

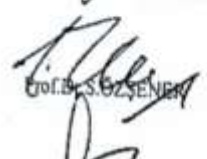
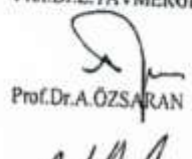
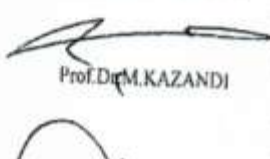
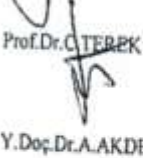
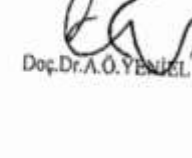
Prof. Dr. İsmail Mete İTİL
Anabilim Dalı Başkanı

Sayı: 6

AKADEMİK KURUL KARARLARI

Anabilim Dalımızın Akademik kurulunu oluşturan öğretim üyeleri 03.05.2017 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları aldılar.

6- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nin 21.04.2017 tarih ve E.104091 sayılı yazısı okunarak, Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Arş. Gör. Figen KAZANKAYA'nın "Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını 31 Mart 2017 – 30 Haziran 2017 tarihleri arasında Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. İsmail Mete İTİL danışmanlığında Ürojinekoloji Polikliniğimizde yapmalarının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

 Prof. Dr. S. YÜCEBİLGİN	 Prof. Dr. E. FAHMERGEN	 Prof. Dr. İsmail Mete İTİL Anabilim Dalı Başkanı	 Prof. Dr. N. KARADADAŞ
 Prof. Dr. S. ÖZŞENER	 Prof. Dr. A. ÖZSARAN	 Prof. Dr. S. SAGOL	 Prof. Dr. M. KAZANDI
 Prof. Dr. F. SENDAĞ	 Prof. Dr. F. AKERCAN	 Prof. Dr. T. GÖRKAN	 Prof. Dr. M. LULUKUŞ
 Prof. Dr. C. TEREK	 Doç. Dr. A. M. ERGENOĞLU	 Doç. Dr. A. Ö. YENİEL	 Y. Doç. Dr. AKMAN
 Y. Doç. Dr. A. AKDEMİR			

EK VII: ENSTİTÜ ONAYI

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 30/11/2016-E.242293



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kurul İşleri



Sayı : 86991637-302.14.01
Konu : Figen KAZANKAYA'nın tez
konusunu değişikliği

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulunun 24.11.2016 tarih ve 47/18 sayılı kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Handan AK
Müdür V.

Karar 18 – Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 21.11.2016 tarih ve 234368 sayılı yazısı ve ekleri okundu.

Görüşmelerden sonra;

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Figen KAZANKAYA'nın tez konusunun "Ürter İnkontinans Tanısı Alan Kadınlarda Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" olarak belirlenmesine oybirliğiyle karar verildi.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon No: 0 (232) 311 44 93 Faks No: 0 (232) 311 44 86
E-Posta: sbekurul@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Uğur GÖKÇE
Unvan: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Aralık 1989 yılında Aydın’da doğdu. İlköğretim ve liseyi Kütahya’da tamamladı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan 2013 yılında mezun oldu. Ocak 2014 tarihinden Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Halen aynı kurumda çalışmakta ve lisansüstü eğitimine devam etmektedir.

e-mail : fgndgn@hotmail.com

