

1. Giriş

Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner inkontinans; Uluslararası Kontinans Derneği (ICS-International Continence Society) tarafından "sosyal veya hijyenik bir problem olan ve objektif olarak gösterilebilen istem dışı idrar kaçırma durumu" olarak tanımlanmaktadır (Abrams ve diğerleri, 2008). Doğum yapan kadınların çoğunda kadın üreme organlarını destekleyen pelvik yapıların gevşemesiyle oluşabilecek bazı rahatsızlıklarla yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bu rahatsızlıklardan biride üriner inkontinanstır (Abrams, 2002; Mason ve diğerleri, 1999; Ruth, 2009)

Üriner inkontinans değişik nedenlerden dolayı meydana gelen kompleks bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir (Kelleher, 2001).

Dünyada 200 milyondan fazla insan inkontinans sorunu yaşamakta olup, bu sorun kadınlarda daha fazla görülmekte ve prevalansı %12.1 - 52 arasında değişmektedir (Irwin ve diğerleri, 2006; Malmstrom ve diğerleri, 2010; Miller, 2005; Niang ve diğerleri, 2010; Sampselle ve diğerleri, 1998; Song ve diğerleri, 2005; Yip ve Cordozo, 2007; Tanaka ve Furuin'in, 2000; Zhu ve ark. 2009;).

Konuyla ilgili Türkiye'de yapılan araştırmalarda kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %18.8 - %76.7 arasında değişmektedir (Ateşkan ve diğerler, 2000; Benlioğlu, 2006; Ertem, 2009; Güneş ve diğerleri, 2000; Oskay ve diğerler 2005;).

Yapılan çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı oldukça yüksektir. KKTC'de ise üriner inkontinansla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Üriner inkontinans açısından kadınlar için risk faktörleri yaş, ırk ve genetik, menapoz, histerektomi, obesite, üriner enfeksiyonlar, kronik konstipasyon, diyabet, gebelik, doğum yapmış olmaktır (Muscatello ve diğerleri, 2003).

Üriner inkontinans genç ve orta yaşlı kadınlarda erken dönemde ortaya çıkarılabilirse, tedavi edilebilen bir problem olabilmektedir. Üriner inkontinans yaşla birlikte arttığı için genellikle yaşlanmanın normal bir sonucuymuş gibi algılanabilmektedir (Çetinel, 2005).

Çoğu kadın, üriner inkontinans nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna hiçbir zaman başvurmamakta ya da üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra, semptomlarla baş edemeyeceğini anladığında herhangi bir sağlık kurumuna başvurmaktadır (Hunskar ve diğerleri, 2004). Başvurmama nedenleri incelendiğinde, kadının sağlık kurumuna başvurmadan utandığı, yaşın ilerlemesiyle birlikte normal olarak kabul ettiği, doğum sonu oluşan normal bir durum olarak algıladığı veya görülen inkontinans bulgularını önemsiz olarak kabul ettiği görülmektedir (Ertem 2009; Fultz, 2001; Hunskar ve diğerleri, 2004; Kök 2005; Williams, 2004).

Benlioğlu (2006)'nun yaptığı çalışmada, üriner inkontinansı olan kadınların yalnızca %38,5'inin bir doktora başvurduğu, %52'sinin ped kullandığı ve %34,9'unun idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladığı, %32,7'sinin ise uzun süreliğine evden ayrılmadığı bildirilmiştir. Bilgili ve diğerleri (2008) kadınların yalnızca %41.4'ünün, Kök (2005) kadınların %20.0'ünün idrar kaçırmadan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını saptamıştır.

Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşireler, inkontinansın

gelişmesini önlemek, erken tanı ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almalıdırlar. Üriner inkontinansın önlenmesi için öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hemşireler kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak inkontinansın korunmasını sağlayabilirler.

Bu araştırma ile daha önce değişik ülke ve bölgelerde yapılmış araştırmaların, KKTC’de farklı bir örneklem üzerinde ilk kez test edilmesi sağlanarak, karşılaştırma için veri elde edilmesi ve sonuçların gelecek araştırmalara temel teşkil etmesi hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin başkenti Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda ürener inkontinans görölme sıklığı ve risk faktörlerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner İnkontinans Tanımı

Üriner inkontinans, her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ve hijyenik problemlere sebep olan, objektif olarak değerlendirilebilen, istemsiz idrar kaçırmadır. Alt üriner traktus disfonksiyonunun önemli bir semptomudur (Abrams ve diğerleri, 2008; Hagglund ve diğerleri, 2001; Kelleher, 2001; Knight ve Procter, 1999; Yıldız ve ark, 2009).

Üriner inkontinans değişik nedenlerden dolayı meydana gelen kompleks bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir (Kelleher, 2001; Yıldız ve ark, 2009).

2.2. Kontinans Mekanizması

Kontinans, kişinin istediği zaman ve yerde kontrollü idrar yapmasıdır. İntrauterin basıncın, mesane basıncından daha yüksek olması ile sağlanır. İntrauterin basıncı, mesane boynu, üretranın iç ve dış sfinkterleri ve pelvik taban kaslarının istirahat tonusu ve gücü sağlar. Kontinans ile ilgili en önemli anatomik yapı levator ani kas grubudur. Levator ani kas grubu pubisten koksikse pelvik kaviteyi çaprazlar. Bu grubun en önemli kası pubokoksigeustur. Uretra kadında 3–4 cm, fonksiyonel üretral uzunluk ise 2–8 cm. kadardır. İnternal sfinkter düz kastan oluşurken, eksterna sfinkter çizgili kastan oluşur ve istemli kontrolü sağlar (Çelik ve Tunç, 2009; Yıldız ve ark, 2009).

Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrusor kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı

kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur (Yalçın, 2000).

Alt üriner sistem, birbiriyle sinerjik olarak çalışan iki kısımdan oluşur. Bunlardan mesane, depolama ve boşaltmadan, üretra ise kontrol ve taşımadan sorumludur. Kompleks nörolojik kontrol altında, bu iki kısmın ilişkisi normal alt üriner sistem fonksiyonunun ve bununla birlikte kontinansın temelini oluşturur (Çelik ve Tunç, 2009).

Kontinans mekanizması iki fazdan oluşur;

Dolum fazı; Mesane dolumu sırasında mesane boynu ve proksimal üretra düz kasındaki alfa adrenerjik reseptörlerin refleks uyarılmasıyla çıkış rezistansı artar. Artan efferent somatik aktiviteyle çizgili eksternal sfinkter uyarılır. Ürogenital sfinkterin proksimal intramural kısmı, pelvik pleksus yoluyla pelvik sinirin somatik kısmı tarafından innerve edilir. Distal ürogenital sfinkter ise pudental sinir tarafından innerve edilir. Dolum devam ettikçe belli bir mesane duvarı gerginliğinde işeme isteği oluşur. Mesane duvarındaki mekanoreseptörler aktive olur ve uyarı afferent parasempatik sinirlerle spinal kordun S2-S4 seviyesine ulaşır, uygun zaman ve yer bulana kadar idrar tutulmaya çalışılır (Nitti ve Blaivas, 2007; Wein ve Rovner, 2002; Yıldız ve ark, 2009).

İşeme Fazı; Mesane içinde 300–400 ml idrar biriktiğinde intravesikal basınç artmıştır. Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve volanter işeme başlatılır. Öncelikle pelvik taban ve üretra çizgili kaslar gevşer, üretral basınç azaltılır. Sonra detrusor kas kontrakte olur ve mesane içi basınç artar. Detrusor ile birlikte üretral düz kaslarda kontrakte olur ve üretranın genişlemesi sağlanır. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilir, üretravesikal açığı düzleşir ve idrar akışı başlar. İşeme fazı sonlandığında pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kontrakte olur. Mesane boynu

symphysise doğru yükselir. Üretral basınç artar. Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrusor kasını gevşetir. Siklus yeniden başa döner (Abrams ve diğerleri, 2008; Nitti ve Blaivas, 2007; Wein ve Rovner 2002).

2.3. Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinansın 5 ana tipi, stres, urge, mikst, ve taşma inkontinanslardır (Çetinel, 2005; Kocaöz, 2002; Yıldız ve ark, 2009).

2.3.1. Stres İnkontinans

Stres inkontinans, karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (gülerken, hapşırırken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken) istemsiz idrar kaybıdır (Abrams ve diğerleri, 2008; Wein ve Rovner 2002; Yıldız ve ark, 2009).

Stres inkontinans idrar kaçırmanın en sık görülen nedenidir ve idrar kaçıranların %50-70'inde görülmektedir. Üriner inkontinansın en önemli nedeni pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Güçlü bir pelvik taban üretrayı idrar yapma zamanı gelinceye kadar kapalı tutar. Pelvik taban kasları zayıf olduğunda, karın içi basıncını arttıracak durumlar (hapşırma gibi) üretranın açılmasına ve idrar kaçırmasına neden olur. Çok sayıda doğum, iri bebek doğurma, vakum ile doğurma, ailesel yatkınlık ve menopoz risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Stres üriner inkontinansın bir diğer nedeni de mesane boşalmasını sağlayan kasların yetersizliğidir. Bu kaslar mesane dolarken üretrayı tutar, idrar zamanı gelince gevşeyerek idrar yapmaya yardımcı olur. Sfinkter denen bu kasların yetmezliğinde kaslar işlevlerini yerine getiremediği için çeşitli hareketler sırasında (öksürme, hapşırma gibi) idrar kaçırlılır (Abrams ve diğerleri 2008; Can ve diğerleri, 2009; Culligan ve Heit, 2000; Güneş ve diğerleri, 2000; Parazzini, 2000; Wein ve Rovner 2002).

2.3.2. Urge İnkontinans (Acil İdrar Kaçırma)

Bu idrar kaçırma tipi genellikle mesane dolumu ya da diğer uyarılmalarla kendiliğinden mesane kasılmalarına bağlı olup, üriner inkontinansı olan hastaların %20-30'unda görülmektedir. Urge inkontinans, aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden istem dışı idrar kaçırmadır. Tuvalete gitme ihtiyacı hissedildiği anda tuvalete yetişemediğinden idrar kaçırma olayına bu tipte sık rastlanmaktadır (Stewart ve diğerleri 2003; Yıldız ve ark, 2009).

Stres inkontinansın farkı; idrar kaçırmanın pelvik tabandaki zayıflıktan değil, mesane kaslarının aşırı duyarlı olmasından kaynaklanıyor olmasıdır. Hastaların büyük çoğunluğunda neden bilinmemektedir. Bir kısmında da geçirilmiş sık mesane enfeksiyonları, omurga travması, bel fıtığı, diyabet, parkinson, demans ve kas hastalıkları gibi kronik hastalıklar görülmektedir (Stewart ve diğerleri 2003).

Kadınlarda bu durum herhangi bir heyecan durumunda, idrar yapma hissi uyandırmadan, altında yatan bir mekanizmaya bağlı olarak (detrusor kasların aşırı çalışması gibi) ortaya çıkabilmektedir. Urge inkontinans, mesanenin spontan kontraksiyonları veya mesanenin dolu olduğu durumda hastanın idrara çıkmamasına bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Bu durum mesanenin aşırı aktivitesi olarak bilinmektedir. Mesanenin aşırı aktivitesi, günlük aktivitelerin azalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Stewart ve diğerleri 2003). Bu durumda kişi idrarı geldiğinde tuvalete yetiştiremeden kaçırma problemi ile karşı karşıyadır. Klasik bulguları; idrar yapma (miksiyon) sıklığında artma (frequency), ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi (urgency) ve bu hissin bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır (Stewart ve diğerleri 2003; Culligan ve Heit, 2000).

2.3.3. Miks İnkontinans;

Mikst tip inkontinans, stres inkontinans ve urge inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü idrar kaçırma tipidir. İnkontinanslı hastaların %15-20'sinde görülmektedir (Culligan ve Heit, 2000; Yıldız ve ark,2009).

2.3.4. Taşma İnkontinansı;

İdrarın mesane kapasitesi aşıldığında kaçırılmasıdır (Culligan ve Heit, 2000). Mesanede kapasitenin üzerinde idrar biriktiğinde, idrar yapma zorunluluğu hissetmeden küçük miktarlarda idrar kaçırlır. Kadın hiçbir zaman mesanesini tamamen boşaltamaz. İdrar kaçıran kadınların %5-10'unda görülmekte olup en az yaygınlıkta görülen inkontinans tipidir. (Stewart, 2003; Yıldız ve ark,2009).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANSLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

2.4.1. Genel Risk Faktörleri

Yaş ve cinsiyet: Literatürde, yaşla birlikte üriner inkontinans prevalansının arttığını ve kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık görüldüğünü belirtmektedir. (Ateşkan, 1999; Ateşkan ve diğerleri, 2000; Benlioğlu, 2006; Kocaöz, 2001; Kök, 2005; Özerdoğan ve diğerleri, 2004; Ruth, 2009). Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflar, üretra aşağıya doğru yer değiştirir, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve inkontinans görülme olasılığı artmaktadır (Parazzini ve diğerleri, 2000; Yıldız ve ark, 2009).

Özellikle yaşlılarda, üriner sistemin dışında kalan bazı faktörler nedeniyle inkontinans ortaya çıkabilir. Üriner sisteme direkt müdahale edilmese bile, bu faktörlerin düzeltilmesi ile idrar kaçırma düzelir.

İnkontinansın bu fonksiyonel nedenleri Resnick tarafından DIAPPERS şeklinde özetlenmiştir. (Parazzini ve diğerleri,2000; Petrou ve Baracat, 2001).

D= Delirium (Deliryum)

I = Infection (Enfeksiyon)

A = Atrophy (Atrofi)

P = Pharmacologic agents (Farmakolojik Ajanlar)

P = Psychiatric disorders (Psikiyatrik Düzensizlikler)

E = Excess urine output (Aşırı idrar çıkarma)

R = Restricted mobility (Hareket kısıtlılığı)

S = Stoll impaction (Dışkılama bozukluğu)

İrk ve genetik: inkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir (Ateşkan ve diğerleri, 2000; Can ve Yağcı, 2006) Çinliler, Eskimolar ve zencilerde inkontinans prevalansı daha düşüktür (Foldspang ve diğerleri, 1999). Çinli kadavralarda yapılan çalışmalarda, levator ani kas demetlerinin daha kalın olduğu ve arkus tendineus üzerinde daha laterale uzandığı saptanmıştır (Foldspang ve diğerleri, 1999; Kelleher, 2001).

İnkontinans bulguları bulunan kadınların aile öyküleri incelendiğinde birçoğunun aile üyelerinde de üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Bu şekilde genetik olarak, ailesel kaynaklı bağı dokusundaki yapısal bozuklukların bulunması ile üriner inkontinans oluşma ilişkisi açıklanmaktadır (Luft, 1998; Milson, 2000).

Menapoz: Bu dönemde over fonksiyonları ve östrojen eksikliğinin sonucu olarak birçok fizyolojik değişiklikler oluşur. Bunlar vazomotor semptomlara ek olarak kemik-iskelet, vasküler ve genitoüriner sistemdeki değişikliklerdir. Hem hormonal değişimler, hem de vajinal ve üretral mukozadaki somatik değişimlerle, üretral kapanma basıncı kaybı ve normal üretrovezikal açıdaki farklılaşma kadınlarda üriner inkontinansa sebep olur (Parazzini ve diğerleri, 2000; Quinn, 2009).

Üriner inkontinansa ilişkin kaynaklarda menapoz ve post menapozal dönemde olma bir risk faktörü olarak görülmektedir (Ateşkan, 1999; Ateşkan ve diğerleri, 2000; Benlioğlu, 2006; Kök ve diğerleri, 2006;).

Histerektomi: Histerektomi ameliyatı, mesane destek yapıların travmatize olmasına, uretrada skar oluşmasına ve pelvik sinirlerin hasar görmesine neden olduğundan histerektomi olan kadınlarda %40 oranında üriner inkontinans gelişme riskinde artma meydana gelir (Minassian ve diğerleri, 2003). Birçok kesitsel çalışmada histerektominin üriner inkontinans gelişimi açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Ateşkan, 1999; Ateşkan ve diğerleri, 2000; Can ve Yağcı, 2006; Minassian ve diğerleri, 2003).

Obesite: Obesite beden kitle indeksinin 25 ve üstü olduğu durumlar için kabul edilmektedir. Obesite ve beden kitle indeksinin yüksek olması inkontinans açısından kanıtlanmış bir risk faktörüdür (Ateşkan ve diğerleri, 2000; Can ve Yağcı, 2006; Hannestad ve diğerleri, 2003). Obesite inkontinansa yol açabilir veya var olan inkontinansı daha da kötüleştirebilir. Obesite ile birlikte pelvik yapılarda;

- Kronik gerilme,
- Esneme,
- Kas zayıflaması,
- Sinir zayıflaması meydana gelebilir.

Ayrıca aşırı kilolu olanlarda karın içi basıncı artmakta ve idrar kaçırma daha sık olmaktadır (Hannestad ve diğerleri, 2003; Minassian ve diğerleri, 2003).

Üriner Enfeksiyonlar: Mesane enfeksiyonları kadınlarda genellikle sık görülür. Bunun nedeni geçici veya uzun süreli kullanılan idrar kateterleri nedeniyle hasar olması, mesane taşı, menapoz, diyabetle tekrarlayan sistit gözlenebilir ve bu nedenlere bağlı inkontinans gelişebilir (Ateşkan ve diğerleri, 2000; Can ve Yağcı, 2006; Newman, 2003; Petrou ve Baracat, 2001).

Kronik konstipasyon: Defekasyon esnasında zorlanma ve barsak hareketlerinde artış inkontinansa neden olabilir. Kronik konstipasyon pelvis sinirlerinde gerilmeye bağlı hasar nedeniyle pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabilir (Özdemir ve diğerleri 2006; Ruth, 2009; Zaccardi, 2004).

Diyabet: Diyabetli olmak üriner inkontinans risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Diyabete bağlı sinir harabiyeti sonucunda idrar kaçırma ortaya çıkmaktadır ve bu durum “nörojenik mesane” olarak da isimlendirilir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmaz. İdrar hissi oluştuğu anda ise kişi idrarını tutamayarak kaçırma problemi ile karşı karşıya kalır (Parazzini ve diğerleri, 2000).

Bazı ilaçlar: Antihipertansifler, antidepresanlar, hipnotikler, kas gevşeticiler, antihistaminikler, diüretikler ve tiroid hormon preparatları gibi ilaçlar üriner inkontinans gelişimi açısından risklidir (Newman, 2003; Özdemir ve diğerleri 2006; Petrou ve Baracat, 2001; Ruth, 2009;).

2.4.2. Gebelik ve Doğumla İlgili Risk Faktörleri

Gebelik : Gebelikte idrar kaçırmanın en önemli nedeni; gebelik ile birlikte artan karın içi basıncının mesaneyi etkilemesi ve inkontinansa yol açmasıdır. Üriner inkontinans görülme oranı gebelikten önce %4 iken, gebelik esnasında %32, gebelik sonrasında ise % 7'dir (Parazzini,2000).

Doğum yapmış olma: Üriner inkontinans açısından önemli sayılan diğer bir risk faktörü ise; geçmişte yaşanan vajinal doğum eylemidir. İlk doğumdan sonra ilk 5 yıl içerisinde üriner inkontinans gelişme riski genel olarak %30 oranında artmaktadır. Vajinal doğum esnasında pudental ve sakral sinirlerde oluşan distansiyon nedeniyle pelvik taban kasları özellikle de external sfinkterin travmatize olmasına sebep olmaktadır (Faundes ve diğerleri; 2001; Gurisi ve diğerleri, 2002; Nitti ve Blaivas; 2007).

Yapılan bazı çalışmalar, doğumun uzun sürmesi, doğum esnasında epizyotomi açılması, normal vajinal doğum yapma, ikiz veya kilolu bebek doğumu gibi obstetrik travmaların idrar kaçırma da rol oynadığı belirtilmektedir (Benlioğlu,2006; Ertem, 2009; Kocaöz, 2000; Kök, 2005; Kök ve diğerleri 2006; Yang ve diğerleri, 2004)

Tiplere göre ayırım yapıldığında ise, literatürde ilk gebelikle birlikte yaklaşık %5 oranında stres tip inkontinans gelişme riskinin olduğu vurgulanmaktadır (Kocaöz, 2001; Kök, 2005).

Çok sayıda doğum sayısının artışı ile birlikte üriner inkontinans görülme sıklığı da artar. Çünkü tekrarlayan vajinal doğum geri dönüşsüz olarak pelvik taban kaslarında zedelenmeye neden olur ve bu da üriner inkontinans açısından bir zemin oluşturur (Hvidman ve diğerleri, 2003).

2.5.Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinans değerlendirmesi detaylı bir sağlık öyküsü almakla başlar, sıklığını, süresini ve idrar kaçırma miktarını değerlendirmek için de fizik muayene yapılır. İnkontinans olgularında bütün olası nedenleri göz önüne alacak tarzda sistematik bir yaklaşım gerekmektedir (Pabuçcu, 2000).

2.5.1. Anamnez:

Anamnezde her kadının üriner inkontinans şikâyetinin başlangıcı, şiddeti ve sosyal yaşama olan etkisinin neler olduğu araştırılır. Üriner inkontinans yakınmasına neden olan genito üriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla, ayrıntılı olarak obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü alınır. Ayrıca genito üriner istem dışı etkenlere neden olabilecek genel sağlık durumu, geçirdiği operasyonlar ve kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinilir (Pabuçcu, 2000).

Öykü alınırken kadınlardan 24 saatlik bir idrar günlüğü tutması istenir. İdrar günlüğünde, idrar volümü, işeme sıklığı, ne sıklıkla inkontinansın olduğu, ne kadar idrar kaçırdığı ve üriner inkontinans durumunu artıran ve azaltan durumların neler olduğuna yönelik bilgiler kaydedilmelidir (Pabuçcu, 2000).

Karın içi basıncı artıran aktiviteler esnasında (stres anında) idrar kaçırmaya olayı olarak tanımlanan stres üriner inkontinans, sadece üretral sfinkter yetmezliği olanlarda değil fistül, istemsiz detrüsr kontraksiyonları ve üriner divertikülü olan kişilerde de görülebilmektedir. Bu nedenle sadece alınan öyküye yönelik stres üriner inkontinans tanısı konulmamalıdır (Pabuçcu, 2000).

2.5.2. Fizik Muayene

Kadınların genel sağlık durumunun belirlenmesi ve inkontinansa neden olan sistemik faktörlerin saptanabilmesi için fizik muayene yanında nörolojik muayene de yapılır. Nörolojik muayenede alt ekstremitelerde refleksler, duyu ve kasların motor gücü araştırılır (Pabuçcu, 2000).

Ayrıca üriner inkontinans gelişiminde katkıları bulunması yanında, tedavi yönteminin seçimini de etkileyebilecek pelvik relaksasyonlar ve eşlik eden diğer jinekolojik problemlerin belirlenmesi için jinekolojik ve ürolojik muayene yapılması gerekmektedir. Bazı durumlarda sistemik muayene ile üriner inkontinansın altta yatan patolojik nedeni bulunamaz. Bu durumda kesin tanıya ulaşmak için klinik ve laboratuvar testlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Karaçam, 2003).

2.5.3. Özel Ürojinekolojik Testler (Güner, 2000)

- İdrar kültürü ve postvoid rezidüel (idrar yapımı sonrası kalan miktar)
- Q Tip Test
- Stres Test (Marshall- Marchetti veya Boney Testi)
- Ped Testi

2.5.4. Ürodinamik Laboratuar İncelemeleri (Akkoç, 2005;Nager ve Albo, 2004; Yıldız ve diğerleri, 2009)

- Dolum Sistometrisi
- Üroflowmetri
- Üretral Basınç Profili (UBP)
- Elektromyografi (EMG)

2.6. Üriner İnkontinans Tedavisi ve Amacı

Üriner inkontinans tedavisinin amacı; İnkontinans sorununu önleyerek hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Cerrahi tedavi uygulanmadan önce konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesi literatürde ilke olarak kabul edilmektedir (Ergün ve diğerleri, 2010, Yıldız ve diğerleri, 2009).

Önceleri tedavi esas olarak cerrahi girişimler iken, tedavi maliyetinin fazlalığı dikkatleri konservatif tedavi yöntemlerine çevirmiştir. Uzun bir iyileşme dönemi geçirilmesi ve postoperatif komplikasyon ihtimali de konservatif tedaviye eğilimi arttırmıştır. Cerrahi tedavinin sonucu her zaman memnun edici olmayabilir. Hatta cerrahi girişimden sonra 'urge (sıkışma) inkontinans' vakalarında artış görüldüğü bildirilmektedir (Petrou ve Baracar, 2001).

Üriner inkontinans tedavisinde kullanılan yöntemler;

Elektriksel Stimulasyon (ES): Elektriksel stimülasyon da alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılır. Orta frekanslı akımların yayılımı daha düzenlidir ve daha derine nüfuz eder. Ancak iki farklı doğrultudan gelen interferensiyel akım kesisince bir 'Beat frekans' oluşur ve o noktada alçak frekanslı akım etkisi gösterir, yani kas ve sinir uyarılarak bir kasılma elde edilir. Bu akımlarla elektrodlar çıplak olarak deriye uygulansa bile kimyasal yanık veya sıcak yanığı tehlikesi yoktur. interferensiyel akım uygulaması elektrod ya da vajinal prob ile yapılabilir. Vajinal prob daha çok tercih edilmektedir. Vajinal probun iyice yerleştirilmesi tedavi etkinliği açısından önemlidir (Can ve Yağcı, 2006; Şahin ve diğerleri, 2000; Yıldız ve diğerleri, 2009).

Elektriksel stimulasyonun yapılmadığı durumlar şunlardır (Şahin ve diğerleri, 2000; Yıldız ve ark, 2009)

1. Obezite vakalarında
2. Çok gecikmiş vakalarda
3. ileri derecede prolapsus varlığında
4. Menstruasyon süresince
5. Hamilelikte ve hamilelik şüphesinde
6. Malignite varlığında
7. Enfeksiyon varlığında
8. Pace maker varlığında

Elektriksel stimulasyonun avantajları şunlardır (Şahin ve diğerleri 2000, Yıldız ve diğerleri, 2009):

- Urge inkontinans vakalarında da başarılıdır.
- Akım yayıldığı için daha çok motor ünit katılımı ile daha güçlü bir kasılma elde edilir.
- Elektriksel stimulasyon başarılı bir cerrahi girişim geçirme olasılığını azaltmaz ve operasyon riskini arttırmaz.

Biofeedback : Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Biofeedbackte, Elektrik stimülasyonuna göre kişi daha bağımsızdır. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Egzersiz ve elektrik stimülasyonunda görsel bir feedback olmadığından istenmeyen kaslar da kasılabilir. Biofeedbackte bu olasılık daha azdır. Pelvik taban kasının selektif kontrolünü sağlar. Haftada 3 kez 25–35 dk uygulanır, 10–20 seans sonunda istenen cevap elde edilir, program egzersiz ile devam etmelidir (Can ve Yağcı, 2006; Şahin ve diğerleri, 2000; Yıldız ve diğerleri, 2009).

Kegel Egzersizleri ; Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE): Stres üriner inkontinans ve mikst üriner inkontinansın tedavisinde PTKE'nin kullanılması önerilmektedir. Üriner inkontinans tedavisinde kullanılan PTKE'nin amacı, pelvik organların (özellikle mesane, mesane boynu ve üretra) desteğini iyileştirmek ve efor sırasında üretral kapanma basıncını artırmaktadır. Egzersizler sırasında iyi zamanlanmış, hızlı ve kuvvetli pelvik taban kas kontraksiyonu, simfisis pubise karşı üretrayı iterek, üretral kapanma basıncını artırmak için üretrayı sıkıştırmakta ve intra abdominal basıncı artıran durumlarda üretranın aşağıya doğru inmesini önleyebilmektedir. Aynı zamanda egzersizin uyarısıyla hipertrofi olan kaslar, üretral basınç ve pelvik organ destek yapılarında iyileşme meydana getirebilmektedir. Günümüzde pelvik taban kas egzersizleri üriner inkontinansın tedavisinde ilk seçenek olarak görülmektedir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009; Yıldız ve diğerleri, 2009).

İdrar akımını durduran kaslar pubokoksikal kaslardır. Kegel egzersizleri bu kaslar ile yapılır. Eğer kadın idrar yaparken idrarını durdurabiliyorsa kasların gücü iyi demektir (Çoban ve Şirin, 2003).

Egzersizin Yapılışı: Egzersizi yaparken bacaklar düz bir şekilde uzatılmalıdır. Bu pozisyonda iken diğer kasların kasılması engellenmiş olur. Sanki gaz ve idrar geçişini durdurmuşçasına pelvik taban kasları

kasılmalıdır. İstenilen pelvik taban kaslarını 10 sn kasılı tutup, 10 sn dinlendirmektir. Ancak kasları zayıf olan kadınlarda daha fazla dinlenme aralığı gerekebilmektedir. Egzersizi yaparken nefes tutulmamalı ve gluteal kasları, iç uyluk kasları ve karın kasları kasılmamalıdır. Pelvik taban kas egzersizlerinin periyodu, 3 uygulamayı içermektedir. Her uygulamada ise 10 kez tekrarlanan pelvik taban kaslarını kasılı tutma/ gevşetme egzersizleri yer almaktadır. Bu egzersizlerin önce yavaş ve sonra hızlı olarak tekrarlanması gerekmektedir (Kızılkaya Beji, 2002; Kocaöz ve Eroğlu, 2009; Yıldız ve ark, 2009).

Bunun yanında kadınların doğum eyleminde iyi bakım almalarını sağlamak, eylem sırasında gereksiz tüm operasyonlardan kaçınmak, servikal dilatasyon tamamlanmadan anneyi ıkındırmamak, perineyi dikkatle korumak ve gözlemek, doku elastikiyetinin azaldığı durumlarda, yırtıkları önlemek için epizyotomiye zamanında yapmak, pelvisi gereksiz travmalardan koruyacaktır (Kızılkaya Beji, 2002).

Kadınlarda görülen jinekolojik rahatsızlıkların çoğu erken tanı ve tedavi ile düzeltilebilmesine rağmen, düzenli jinekolojik muayeneye gitmeye çekinenlerde sorunlar daha ağırlaşabilir. Çocuklarını evde doğurmuş ve doğurganlık devresini tamamlamış kadınların çoğu jinekolojik muayeneyi utandırıcı, rahatsız edici ve gerekli olmayan bir işlem olarak algılayabilirler. Hemşire bütüncül bir yaklaşımla, kadın sağlığının korunmasında erken tanı, sağlığın bozulduğu durumlarda tanı ve tedavide, kadının sonraki yaşamını mutlu olarak sürdürebilmesi için rehabilitasyon ve sağlık eğitimi verilmesinde önemli görevler üstlenmektedir (Kızılkaya Beji, 2002;).

2.7. Üriner İnkontinansın Sağlık Hizmetlerindeki Yeri ve Önemi

Birçok kadında çeşitli nedenlerden dolayı istemsiz idrar kaçırma durumu görülebilir. Son yıllarda üriner inkontinansa yönelik dikkatlerin

artmasına rağmen üriner inkontinans bulguları bulunan bireylerin herhangi bir nedenden dolayı sağlık kurumuna başvurmadıkları belirlenmiştir (Milsom, 2000).

Üriner inkontinans tedavi edilebilir bir durum olmasına rağmen vakaların yaklaşık %38-50'si sağlık personeli tarafından bilinmemektedir (Sarkar, 2000). Kadınların doktora başvurana kadar semptomların ilk görüldüğünden itibaren ortalama 5 yıl geçirdikleri tespit edilmiştir (Hunskaar, 2004)

Üriner inkontinans yaşlanmanın normal bir sonucu ve sosyal bir problem olarak kabul edilmekte, sağlık kurumuna başvurulmaktan utanılmakta, doğum sonu oluşan normal bir durum olarak algılanmakta veya önemsiz görülmekte ve bu nedenle doktora geç başvurulmakta, sonuçta mevcut bozukluk daha da ağırlaşmaktadır (Ekin, 2004; Ertem, 2009; Fultz, 2001; Hunskaar ve diğerleri, 2004; Kök, 2005; Williams, 2004). Bu yüzden üriner inkontinans ve çeşitli üriner semptomlar kadınların yarısından çoğunda görülmesine rağmen düşük sayıda kadın tedavi amaçlı doktora başvurmaktadır. Bu konunun önemi yüksek yaş grubundaki populasyon için tedavi ve vaka yönetimi açısından daha zor olmaktadır (Ekin, 2004).

2.8. Üriner İnkontinansdan Korunmada Hemşirenin Görevleri

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumlulukları bulunan hemşirelerin, üriner inkontinans ile ilgili konularda da çalışma yapmaları istenmektedir. Hemşireler, inkontinanslı olan kişilerin belirlenmesinde, kontinansı sürdürme ve uygun kontinans bakımını sağlamada, sağlık ve sosyal bakım veren ekiple birlikte çalışmaktadır (Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Üriner İnkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak

rol almak temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Üriner inkontinansın önlenmesi için öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009; Zaccadi ve Cox, 2004).

Üriner inkontinansa primer koruma, inkontinansa neden olabilecek durumları önlemektir. Üriner inkontinansın gelişmesinde etkili risk faktörlerinden biriside gebelik ve doğum eyleminde yaşanan olaylardır (Havidman ve ark, 2003; Kocaöz ve Eroğlu, 2009). Hemşireler, üriner inkontinansın önlenmesinde etkin rol oynamaktadır. (Kızılkaya Beji, 2002; Kocaöz ve Eroğlu, 2009;). Bunu sağlık eğitimi vererek ve doğum eylemi sırasında müdahaleleri doğru ve zamanında yaparak sağlayabilirler. Üriner inkontinansa yönelik verilecek eğitimde, üzerinde durulması gereken konular aşağıda sıralanmıştır. Bunlar: (Kocaöz ve Eroğlu, 2009).

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

Doğum eylemi ve gebelik kontrollerinde ise: (Karaçam, 2003; Kocaöz ve Eroğlu, 2009).

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

Hemşireler kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek veya azaltarak inkontinanstan korunmayı sağlayabilirler (Kızılkaya Beji, 2002). Bilgili ve diğerleri (2008)'nin belirttiğine göre; günümüzde yurt dışında yer

alan kontinans merkezlerinde bu konuda eğitilmiş hemşirelerin %93'ü kontinans danışmanı olarak çalışmakta ve ekibin vazgeçilmez üyeleri arasında yer almaktadır. Bu merkezlerde çalışan hemşireler biofeed back, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, elektriksel stimülasyon gibi tedavi yöntemlerini ekiple birlikte ya da tek başına yürütmektedir (Bilgili ve diğerleri; 2008). Ancak ülkemizde böyle bir merkez ve bu konuda eğitilmiş hemşire bulunmamaktadır.

Üriner sistem problemi olan hastalarda en önemli hemşirelik yaklaşımı, olayın gelişmeden önlenmesi konusunda kadınların bilgilendirilmesidir. Bunun için karın içi basıncını artıracak hareketlerden kaçınılması ve pelvik tabanı kuvvetlendiren egzersiz yapılması önerilebilir. Doğumdan sonra gluteal ve pelvik adalelerin kasılmasını ve gevşemesini içeren "Kegel egzersizleri'nin" düzenli yapılması, pelvik relaksasyonun önlenmesi için önemlidir (Kelleher, 2001). Yarar sağlamanın 8–12 haftalık bir süreyi alacağı ve değerlendirmenin bu süre sonunda yapılması gerektiği hastaya söylenmelidir (Ergen, 2002).

Karan ve ark.'nın (2002) stres inkontinansı olan hastalarla yapmış olduğu bir çalışmada hastalarda pelvik taban kaslarını güçlendiren kegel egzersizleri öğretilmiş ve düzenli olarak egzersizleri yapan hastaların yakınmalarının azaldığı saptanmıştır (Karan ve diğerleri, 2002).

Kegel egzersizleri, düzenli yapıldığında uterus prolapsusunu ve stress inkontinansı önler. Kegel egzersizleri pelvik taban kas egzersizleridir ve gevşeyen pelvik kas tonusunun tekrar kazanılmasını sağlar (Karan ve diğerleri, 2002; Bilgili ve diğerleri, 2008)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma KKTC'nin başkenti olan Lefkoşa merkezde bulunan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve risk faktörlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, KKTC'nin başkenti olan Lefkoşa'da yapılmıştır. KKTC ve Kıbrıs Rum Kesimi'nin ortak başkenti olan Lefkoşa, Kıbrıs adasının en kalabalık kenti ve en büyük kültür, sanayi, ticaret ve ulaşım merkezidir (lefkosabelediyesi.org). 2006 genel nüfus sayımı sonuçlarına göre Lefkoşa'nın nüfusu 85.579'dur, bu sayının 38751'ini kadınlar oluşturmaktadır (nufussayimi.devplan.org). Lefkoşa şehrinin başkent olması ve tüm devlet dairelerinin burada olmasından dolayı nüfusun büyük çoğunluğunu kamu görevlileri oluşturmaktadır. Genç bir nüfusa sahip olan şehirde, okur-yazar oranı, ilkokul ve liselere kayıtlı öğrenci sayısı yüksektir. Lefkoşa merkezde toplam 23 mahalle vardır. Bu mahalleler; Abdiçavuş, Akkavuk, Arabahmet, Aydemet, Ayyıldız, Göçmenköy, Haydarpaşa, Kafesli, Karamanzade, Kızılay, Kumsal, Köşklüçiftlik, KüçükKaymaklı, Mahmutpaşa, Marmara, Ortaköy, Selimiye, Taşkinköy, Yenicami, Yenişehir, Çağlayan, İbrahimpaşa ve İplikpazarı Mahalleleridir. Bu mahallelerdeki toplam kadın nüfusu 23.020 iken erkek nüfusu 26.848'dir. Lefkoşa; nüfus yapısının hareketli olduğu, gündüz nüfusunun yoğun olduğu ve farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip insanların yaşadığı bir bölgedir. Konutların büyük çoğunluğunu tek katlı bağımsız yapılar oluşturmaktadır (mebnet.net , northcyprus.8k.com/lefkosa_tr.htm). Bölgeye hizmet veren sağlık kuruluşları Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve Kentsel Sağlık Merkezi'dir. Dr.B.N.D.H adanın en büyük hastanesi olup tam teşekküllü olarak hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Devlet Planlama Örgütü 2006 yılı nüfus sayımına göre, Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü 16.820 kadın oluşturmuştur.

Örneklemin tespitinde “Evreni Bilinen Örneklem Formülü” kullanılarak (Karataş, 2004) yirmi üç mahalleden 20 yaş ve üstü kadın nüfustan tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 376 kadın alınmıştır.

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

bu formülde;

n : Örneklem alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer:1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı: 0.50

d: 0.05 (%95 güvenirlikle)

N: Evren (16.820)

$$n = \frac{16.820 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}{0.05 \times 0.05(16.820-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5} = 376$$

Alınacak mahalleler ve örnek alınacak kadın sayısı Tablo 3.3.1’de verilmiştir. Her bir mahalleden alınacak kadın sayısı yaş gruplarına göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş, Tablo 3.3.2’de verilmiştir. Daha sonra her bir mahalleden alınacak kadın basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Tablo 3.3.1 Örnekleme Alınan Kadın Sayısı Dağılımı

Tabaka No	Mahalleler	Kadın Sayısı ni*	Tabaka Ağırlığı ai** =ni / n***	Örnekleme alınacak kadın sayısı
1	Abdi Çavuş Mah.	256	0,015	6
2	Akkavuk Mah.	251	0,01	7
3	Arabahmet Mah.	210	0,01	5
4	Aydemet Mah.	534	0,03	12
5	Ayyıldız Mah.	164	0,009	4
6	Göçmenköy Mah.	1102	0,07	26
7	Haydarpaşa Mah.	90	0,005	2
8	Kafesli Mah.	104	0,006	2
9	Karamanzade Mah.	134	0,008	3
10	Kızılay Mah.	1003	0,06	22
11	Kumsal Mah.	675	0,04	15
12	Köşklüçiftlik Mah.	1327	0,08	30
13	Küçük Kaymaklı Mah.	2850	0,17	63
14	Mahmut paşa Mah.	135	0,008	3
15	Marmara Mah.	933	0,055	20
16	Ortaköy Mah.	2175	0,12	48
17	Selimiye Mah.	230	0,01	5
18	Taşkinköy Mah.	1870	0,1	41
19	Yenicamii Mah.	466	0,03	10
20	Yenişehir Mah.	1558	0,09	35
21	Çağlayan Mah.	478	0,03	11
22	İbrahimpaşa Mah.	188	0,01	4
23	İplikpazarı Mah.	87	0,005	2
Toplam		16820		376

ni*= Tabakadaki birey sayısı

ai**=Tabaka ağırlığı

n***=Örnekleme alınacak birey sayısı

Tablo 3.3.2. Mahalle ve Yaş Gruplarına Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Kadın Sayılarının Dağılımı

Mahalle Adı	YAŞ ARALIKLARI							toplam
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 ve üzeri	
Abdi Çavuş Mah.	2	2	2	-	-	-	-	6
Akkavuk Mah.	3	2	1	-	1	-	-	7
Arabahmet Mah.	2	1	1	1	-	-	-	5
Aydemet Mah.	3	4	3	1	1	-	-	12
Ayyıldız Mah.	1	1	1	-	-	1	-	4
Göçmenköy Mah.	7	5	5	5	3	1	-	26
Haydarpaşa Mah.	1	1	-	-	-	-	-	2
Kafesli Mah.	1	-	1	-	-	-	-	2
Karamanzade Mah.	1	1	1	-	-	-	-	3
Kızılay Mah.	5	5	4	3	3	2	-	22
Kumsal Mah.	4	3	3	2	2	1	-	15
Köşklüçiftlik Mah.	8	5	6	4	3	3	1	30
Küçük Kaymaklı Mah.	19	14	12	9	5	3	1	63
Mahmut paşa Mah.	1	1	1	-	-	-	-	3
Marmara Mah.	5	5	4	3	2	1	-	20
Ortaköy Mah.	15	12	9	6	4	2	-	48
Selimiye Mah.	2	2	1	-	-	-	-	5
Taşkinköy Mah.	17	5	9	6	3	1	-	36
Yenicamii Mah.	3	3	2	1	-	1	-	10
Yenişehir Mah.	8	8	6	5	4	3	1	35
Çağlayan Mah.	3	3	2	2	-	1	-	11
İbrahimpaşa Mah.	1	2	1	-	-	-	-	4
İplikpazarı Mah.	1	-	1	-	-	-	-	2
	113	85	76	48	31	20	3	376

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama aracı araştırmacı tarafından gerekli literatür (Acar, 2007; Ateşkan, 1999; Güneş ve diğerleri, 2000; Kocaöz, 2001; Kök, 2005) taranarak hazırlanmıştır. Soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 9 soru (yaş, eğitim, durumu,medeni durum, yaşayan çocuk sayısı, gelir getiren iş, v.b.), ikinci bölümde ise kadınlarda üriner inkontinans varlığını ve varsa sıklığını, miktarını belirlemeye yönelik 15 soru (öksürürken idrar kaçıırma problemi, günlük aktivite esnasında idrar kaçıırma, idrar miktarı, ped kullanımı, vb.), üçüncü bölümde ise risk faktörlerini saptamaya yönelik 33 soru (beden kitle indeksi, kafatravması geçıırme, kabızlık sorunu, hemoroid, histerektomi, vb.) yer almaktadır.

3.4.2.Veritoplama Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan veri toplama formu öncelikle kapsam geçerliliği yönünden alanında uzman iki öğretim üyesi* tarafından değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda formlarda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Daha sonra formun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini kontrol etmek amacıyla örneklem grubunun %10'unu oluşturan 38 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için araştırmanın yapılmadığı örneklem grubuna benzer özelliklere sahip farklı bir bölgede yaşayan 38 kadın alınmıştır. Ön uygulama sonucunda, veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapılarak son şeklini almıştır.

*Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Doç. Dr. Sabire Yurtsever Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler EK 2'deki soru formu kullanılarak 9 Kasım 2009 – 22 Haziran 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, ev ziyaretleri yapılarak, kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından kadınlara okunup, kadınların vereceği yanıtlar yine araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılan 20 yaş üstü kadınların verilerinin toplanabilmesi için KKTC Devlet Planlama Örgütü İstatistik ve Araştırma Dairesinden gerekli yasal ve yazılı izin (EK 3) alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından kadınlara araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK 1).

Veri toplama formu doldurulduktan sonra üriner inkontinans hakkında bilgi almak isteyen kadınlar bilgilendirilmiştir. Üriner inkontinans yönünden risk altında olan kişiler de belirlenmiş ve gerekli bilgilendirme yapıp ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmişlerdir.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Lefkoşa merkezde bulunan uygulamanın yapıldığı mahalledeki 20 yaş ve üstü kadınlara genellenebilir. Araştırmada geçen “zor ve uzun süren doğum eylemi” kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, üriner inkontinans bulgusu varlığını ve tiplerini belirleyebilmek için sorulan soruların yanıtlarına göre; 20 yaş ve üstü kadınların şu ana kadar; gülme, öksürme, hapşırma, spor, ev işleri yapma sırasında idrar kaçırmış olması “stres üriner inkontinans” olarak, tuvalete yetişemeyip idrarını kaçırmaması “urge inkontinans” olarak (Abrams, 2008; Stewart, 2003), stres inkontinansla urge inkontinansın birlikte bulunması “mixt tip üriner inkontinans” olarak kabul edilmiştir (Abrams, 2008; Culligan ve Heit, 2000).

Diğer inkontinans tiplerinin ayırımı yapılmamıştır. Doğum ağırlığı 4000 gram ve üzerinde olan bebekler “iri bebek” olarak kabul edilmiş olup, “hemoroit” ve “doğumun güçlüğü” ile ilgili bilgiler hastaların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırmanın, bağımsız değişkenleri sosyo demografik özellikler (yaş, eğitim, çalışma durumu vs), risk faktörleri (beden kitle indeksi, diyabet, sık kabızlık, ailede idrar kaçırmama durumu vs) ve doğurganlık öyküleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli vs), bağımlı değişken ise üriner inkontinans varlığı olarak alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde lojistik regresyon analizi, yüzdeler ve Ki- Kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Kadınların sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler (n:376)	Sayı	%
Yaş		
20-30	115	30.6
31-40	108	28.7
41-50	70	18.6
51-60	46	12.2
61 ve üzeri	37	9.8
Eğitim Düzeyi		
OY Değil	13	3.5
OY	12	3.2
İlköğretim	106	28.2
Lise	115	30.6
Yüksekokul	130	34.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	243	64.6
Çalışmıyor	133	35.4
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	223	59.3
Gelir gidere denk	136	36.2
Gelir giderden fazla	17	4.5
Sosyal Güvence		
Var	299	79.5
Yok	77	20.5
Evlilik Geçirme Durum		
En az bir evlilik geçirmiş	307	81.6
Hiç evlenmemiş	69	18.4
Çocuk sayısı (n:275*)		
1-3 çocuk	247	89.8
4 ve üzeri çocuk	28	10.2

*çocuğu olanların sayısı

Kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de yer almaktadır. Kadınların %30.6’sının 20-30 yaş grubunda, %34.6’sının yüksek okul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %64.6’sının çalıştığı ve kendi ifadelerine göre %59.3’ünün gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %79.5’inin sosyal güvencesinin olduğu, %81.6’sının en az bir evlilik geçirdiği ve %89.8’inin çocuk sayısının 1–3 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı

Üriner İnkontinans (n:376)	Sayı	%
Var	160	42.6
Yok	216	57.4
Tipleri (n:160*)	Sayı	%
Miks İnkontinans	83	51.9
Stres İnkontinans	47	29.4
Urge İnkontinans	30	18.8

*verilerin değerlendirilmesi kısmında açıklanmıştır. Bkz. Sayfa 28.

Kadınların üriner inkontinans sıklığı ve üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı tablo 4.2. de yer almaktadır. Tabloya göre kadınların %42.6'sında üriner inkontinans bulgusu saptanmıştır. Üriner inkontinansı olan kadınların %51.9'unda miks inkontinans, %29.4'ünde stres inkontinans, %18.8'inde urge tip inkontinans olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Üriner İnkontinans Bulguları Saptanan Kadınların İdrar Kaçırma İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

İdrar kaçırma özellikleri (n:160)	Sayı	%
İdrar Kaçırma Sıklığı		
Her gün	26	16.2
Haftada birkaç gün	43	26.9
Ayda bir kez	50	31.2
Ayda 2 ve daha fazla	19	11.9
Yılda 2-3 kez	22	13.8
Kaçırılan İdrar Miktarı		
1-2 damla	116	72.5
Ped, çamaşır nemlenecek kadar	31	19.4
Ped, çamaşır ıslanacak kadar	13	8.1
Ped Kullanımı		
Kullanıyor	51	31.9
Kullanmıyor	109	68.1
İdrar kaçırmayı Problem Olarak Görme		
Görüyor	78	48.8
Görmüyor	82	51.2
Sağlık Kuruluşuna Başvurma		
Başvuran	35	21.9
Başvurmayan	125	78.1

Devam: Tablo 4.3. Üriner İnkontinans Bulguları Saptanan Kadınların İdrar Kaçırma İle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı.

Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenleri (n:125*)		
Doktora gitmeye vakit bulamayan	13	10.4
Muayene olmaktan çekinen	24	19.2
İdrar kaçırmaktan rahatsız olmayan	51	40.8
İdrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünen	37	29.6
Tedavi Olma Durumu (n:35**)		
Önerilen tedaviye uyan	23	65.7
Önerilen tedaviye uymayan	12	34.3
Tedavi Şekli (n:23***)		
İlaç tedavisi (Tibbi)	15	65.2
Ameliyat (Cerrahi)	8	34.8

* Sağlık kuruluşuna başvurmamış kadın sayısı

**Sağlık kurumuna başvuran kadın sayısı

*** Tedavi olan kadın sayısı

Tablo 4.3'de Üriner İnkontinans bulguları saptanan kadınların idrar kaçırmaya ile ilgili bazı özellikleri gösterilmektedir.

İdrar kaçıran kadınların %31.2'si ayda en fazla bir kez idrar kaçırdığında, %11.9'unun ise ayda iki ve daha fazla, %16.2'sinin ise hergün idrar kaçırdığı saptanmıştır. İdrar kaçıranların kendi ifadeleriyle %72.5'inin sadece 1–2 damla kaçırdığı ve %8.1'ininde ped ve çamaşırını ıslatacak kadar olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların sadece %31.9'unun ped kullandığı, %48.8'inin bu durumu problem olarak gördüğü, %21.9'unun sağlık kurumuna başvurduğu belirlenmiştir. Sağlık kurumuna başvuran kadınların %65.7'sinin önerilen tedaviye uyduğu, tedaviye uyan kadınların ise %65,2'sinin ilaç tedavisi, %34.8'inin ise ameliyat olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınlarda Üriner İnkontinans Gelişimine Neden Olabilecek Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı (n:376)

Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	Sayı	%
Beden Kitle İndeksi*		
Zayıf	79	21,0
Normal Kilo	123	32,7
Hafif Şişman	73	19,4
Orta Derecede Şişman	30	8,0
Obez	71	18,9
Diabet Öyküsü		
Olan	30	8.0
Olmayan	346	92.0
Sık Kabızlık Öyküsü		
Olan	69	18.4
Olmayan	307	81.6
Ailede İdrar Kaçırma Durumu		
Var	105	27.9
Yok	213	56.6
Bilmiyorum	58	15.4
Sık Üriner Sistem Enfeksiyonu		
Geçiren	49	13.0
Geçirmeyen	327	87.0
Hemoroid		
Var	71	18.9
Yok	305	81.1
Histerektomi Öyküsü		
Olan	37	9.8
Olmayan	339	90.2
Menapoz		
Menapoza giren	102	27.1
Menapoza girmeyen	274	72.9

* zayıf : 18.5 kg/metre kareden küçük
normal kilo : 18.6 kg/m – 24.9 kg/metre kare
hafif şişman : 25 kg/m – 29.9 kg/metre kare
orta derecede şişman: 30 kg/m – 34.9 kg/metre kare
obez : 35 kg/metre kare

Kadınlarda üriner inkontinans gelişmesine neden olabilecek bazı risk faktörlerinin dağılımı tablo 4.4.'de verilmiştir.

Tabloya göre kadınların %18.9'unun beden kitle indeksinin 35kg/m ve üzerinde olduğu (obez), %8.0'ının diabet öyküsü olduğu ve %18.4'ünün sık kabızlık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %27.9'unun ailesinde üriner inkontinans problemi bulunmaktadır. Kadınların %13.0'ının sık üriner sistem enfeksiyonu geçirdiği, %18.9'unun hemoroidi olduğu, %9.8'inin histerektomi olduğu ve kadınların %27.1'inin menopozda olduğu, tesbit edilmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Gebelik sayısı		
0	99	26.3
1	56	14.9
2	80	21.3
3 ve üzeri	141	37.5
Doğum sayısı		
0	12	4.2
1	84	29.1
2	114	39.4
3 ve üzeri	79	27.3
İlk doğum yaşı (n:278*)		
15-19	51	18.7
20-24	140	51.3
25-29	63	23.1
30 ve üzeri	19	7.0
Son doğum yaşı (n:278*)		
15-19	4	1.5
20-24	73	26.9
25-29	112	41.3
30-34	60	22.1
35 ve üzeri	22	8.1
Doğum şekli (n:278*)		
Normal	181	65.1
Sezeryan	77	27.7
Normal ve sezeryan	20	7.2
4 kg ve üzeri bebek doğumu (n:201**)		
Var	27	13.4
Yok	174	86.6
Zor doğum		
Var	43	11.4
Yok	158	42.0
Uzun süren doğum (n:201**)		
Var	32	15.9
Yok	169	84.1
Epizyotomi (n:201**)		
Var	161	80.1
Yok	40	19.9
Vakum-forseps (n:201**)		
Kullanıldı	45	22.4
Kullanılmadı	156	77.6
Düşük		
Düşük Yapan	79	27.2
Düşük Yapmayan	211	72.8

Devam: Tablo 4.5. Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Dağılımı

Düşük sayısı (n:79***)		
1	54	69.2
2 ve üzeri	24	30.8
Kürtaj		
Olan	106	36.6
Olmayan	184	63.4
Kürtaj sayısı(n:106****)		
1	68	64.8
2 ve üzeri	37	35.2
Gebelikte İdrar Kaçırma		
Var	79	72.8
Yok	211	27.2

*doğum yapmış kadın sayısı

** normal doğum yapmış kadın sayısı

*** düşük yapmış kadın sayısı

**** kürtaj olmuş kadın sayısı

Tablo 4.5'de gebelik ve doğumla ilgili üriner inkontinans risk faktörlerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tabloya göre kadınların %37.5'inin 3 ve üzerinde gebe kaldığı, %27.3'ünün de 3 ve üzeri doğum yaptığı tesbit edilmiştir. İlk doğum yaşı 15-19 yaş arasında olan kadınlar %18.7, 30 ve üzeri yaş da olanlar ise %7.0 olarak bulunmuştur. Kadınların %1.5'i son doğumlarını 15-19 yaş arasında yaparken, %8.1'inin 35 yaş ve üzerinde son doğumlarını yaptığı tesbit edilmiştir. Kadınların %65.1'i normal yolla doğum yaptığını, %13.4'ü 4kg ve üzeri bebek doğurduğunu, %11.4'ünün zor ve %15.9'u ise uzun süren doğum eylemi yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %80.1'inde epizyotomi olduğu, %22.4'ünün vakum yardımı ile doğurduğu, gebe kalmış kadınların %27.2'sinin düşük yaptığı, bir kez düşük yapanların %69.2 olduğu bulunmuştur. Gebe kalmış kadınların %36.6'sının kürtaj olduğu, kürtaj sayısı 2 ve üzeri olanların ise %35.2 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %72.8'inin gebelik döneminde idrar kaçırdığı saptanmıştır.

Tablo 4.6. Kadınların Kegel Egzersizi Bilgisi ve Kegel Egzersizi Yapma Durumunun Dağılımı

Kegel Egzersiz Bilgisi ve Yapma Durumu	Sayı	%
Kegel Egzersiz Bilgisi (n:376*)		
Var	123	32.7
Yok	253	67.3
Kegel Egzersiz Yapma Durumu (n:123**)		
Yapıyor	62	49.6
Yapmıyor	63	50.4

* Egzersiz bilgisi olan kadın sayısı

**Egzersiz yapan kadın sayısı

Kadınların kegel egzersizi bilgisi ile kegel egzersizi yapma durumunun dağılımı tablo 4.6.'da gösterilmektedir.

Kadınların %32.7'sinin kegel egzersizleri konusunda bilgisi olduğu saptanmıştır. Bilgisi olan kadınların ise (123 kadın) %49.6'sı bu egzersizleri yaptığını ifade etmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Bulgusu Görülme Sıklığının Dağılımı (n: 376)

Sosyo-Demografik Özellikler	Üriner İnkontinans Bulguları				P
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					p: 0.000
20-30	28	17.5	87	40.3	χ^2 X : 34.940
31-40	43	26.9	60	30.1	
41-50	35	21.9	35	16.2	
51-60	31	19.4	15	6.9	
61 ve üzeri	23	14.4	14	6.5	
Eğitim Durumu					p: 0.000
OY değil - OY	19	76.0	6	24.0	χ^2 X : 19.233
İlk-ortaokul	51	48.1	55	51.9	
Lise	49	42.6	60	57.4	
Yüksekokul	41	31.5	89	68.5	
Evlilik geçirme Durumu					p: 0.005
En az bir evlilik geçirmiş	141	45.9	166	54.1	χ^2 X : 7.796
Hiç evlenmemiş	19	27.5	50	72.5	
Çocuk Sayısı					p: 0.057
1-3 çocuk	112	45.3	135	54.7	χ^2 X : 3.620
4 ve üzeri	18	64.3	10	35.7	

Tablo 4.7'de kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre üriner inkontinans görülme bulgusu sıklığının dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların yaş gruplarına göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; 20-30 yaş grubundaki kadınların %17.5'inde, 31-40 yaş grubundaki kadınların %26.9'unda, 41-50 yaş grubu kadınların %21.9'unda, 51-60 yaş grubundaki kadınların %19.4'ünde, 61 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların ise %14.4'ünde üriner inkontinans bulgusu olduğu görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında; okur yazar değil – okur yazar olan kadınların %76.0'ında, ilk ve ortaokul mezunu olan kadınların %48.1'inde, lise mezunu olan kadınların %42.6'sında ve yüksekokul mezunu olan kadınların ise %31.5'inde üriner inkontinans bulgusu olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı ile eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların evlilik geçirme durumuna göre bakıldığında; en az bir evlilik geçirmiş kadınların %45.9'unda, hiç evlenmemiş kadınların %27.5'inde üriner inkontinans bulgusu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların çocuk sayısına göre bakıldığında; çocuk sayısı 1-3 arasında olan kadınların %45.3'ünde üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanırken, çocuk sayısı 4 ve üzeri olan kadınların %64.3'ünde, üriner inkontinans bulgusu olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.8. Kadınların Bazı Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Dağılımı

Etkileyen Faktörler	Üriner İnkontinans Bulgusu						P
	Var Sayı	%	Yok Sayı	%	Toplam Sayı	%	
Beden Kitle İndeksi							p: 0.048
Zayıf	29	36,7	50	63,3	79	100,0	χ^2 X:9.565
Normal Kilo	45	36,6	78	63,4	123	100,0	
Hafif Şişman	32	43,8	41	56,2	73	100,0	
Orta Derecede Şişman	19	63,3	11	36,7	30	100,0	
Obez	35	49,3	36	50,7	71	100,0	
Diyabet							P: 0.044
Olan	18	60,0	12	40,0	30	100,0	χ^2 X:4.059
Olmayan	142	41,0	204	59,0	346	100,0	
Sık Kabızlık							P: 0.000
Olan	43	62,3	26	37,7	69	100,0	χ^2 X :13.506
Olmayan	117	38,1	190	61,9	307	100,0	
Ailede İdrar Kaçırma Öyküsü							P: 0.000
Var	69	65,7	36	34,3	105	100,0	χ^2 X:34.707
Yok	66	31,0	147	69,0	213	100,0	
Bilmiyorum	25	43,1	33	56,9	58	100,0	
Sık Üriner Sistem Enfeksiyonu							P: 0.000
Geçiren	36	73,5	13	26,5	49	100,0	χ^2 X :22.030
Geçirmeyen	124	37,9	203	62,1	327	100,0	
Hemoroid Öyküsü							P: 0.038
Var	38	53,5	33	46,5	71	100,0	χ^2 X :4.307
Yok	122	40,0	183	60,0	305	100,0	
Histerektomi Öyküsü							P: 0.000
Olan	28	75,7	9	24,3	37	100,0	χ^2 X :18.418
Olmayan	132	38,9	207	61,1	339	100,0	
Menapoz							P: 0.000
Menapoza Giren	69	67,9	33	32,4	102	100,0	χ^2 X:36.056
Menapoza Girmeyen	91	33,2	183	66,8	274	100,0	

Tablo 4.8'de kadınların bazı üriner inkontinans risk faktörlerine göre üriner inkontinans görülme sıklığının dağılımı gösterilmektedir.

Beden kitle indeksine göre zayıf olan kadınların %36.7'sinde, normal kilolu olan kadınların %36.6'sında, hafif şişman olan kadınların %43.8'inde, orta derecede şişman olan kadınların %63.3'ünde ve obez olan kadınların ise %49.3'ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Diyabeti olan kadınların %60.0'ında diyabeti olmayanların ise %41.0'ında üriner inkontinans bulgusu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma grubunda sık kabızlık yakınması olma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; kabızlık yakınması olan kadınların %62.3'ünde, olmayan kadınların ise %38.1'inde üriner inkontinans bulgusu görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.005$).

Ailesinde idrar kaçırmaya öyküsü olan kadınların %65,7'sinde, ailesinde idrar kaçırmaya öyküsü olmayan kadınların ise %31.0'ında bilmeyenlerin ise %43.1'inde üriner inkontinans bulgusu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$).

Sık üriner sistem enfeksiyonu geçiren kadınların %73.5'inde üriner inkontinans bulgusu görülmekte iken, sık üriner sistem enfeksiyonu geçirmeyenlerin %37.9'unda üriner inkontinans bulgusu görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemoroidi olan kadınların %53.5'inde hemoroidi olmayan kadınların %40.0'ında üriner inkontinans bulgusu olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$).

Histerektomi öyküsü olan kadınların %75.7'sinde ve histerektomi öyküsü olmayan kadınların ise %38.9'unda üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$).

Menapoza giren kadınların %67.9'unda ve menapoza girmeyenlerin ise %33.2'sinde üriner inkontinans bulgusuna rastlanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili Risk Faktörlerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Dağılımı

Doğurganlıkla İlgili Risk Faktörleri	Üriner İnkontinans Bulgusu						P
	Var		Yok		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik sayısı							p: 0.000
0	28	28.3	71	71.7	99	100.0	2
1	21	37.5	35	62.5	56	100.0	X :40.647
2	22	27.5	58	72.5	80	100.0	
3 ve üzeri	89	63.1	52	36.9	141	100.0	
Doğum Sayısı (n:290*)							p: 0.091
0	5	41.7	7	58.3	12	100.0	2
1	35	41.2	50	58.8	85	100.0	X :6.473
2	50	43.9	64	56.1	114	100.0	
3 ve üzeri	47	59.5	32	40.5	79	100.0	
İlk doğum yaşı (n:278**)							p: 0.698
15-19	27	52.9	24	47.1	51	100.0	2
20-24	68	48.6	72	51.4	140	100.0	X :1.434
25-29	27	42.9	36	57.1	63	100.0	
30 ve üzeri	8	42.1	11	57.9	19	100.0	
Son doğum yaşı (n:278**)							p: 0.330
15-19	1	75.0	3	25.0	4	100.0	2
20-24	31	42.5	42	57.5	73	100.0	X :4.604
25-29	51	45.5	61	54.5	112	100.0	
30-34	35	58.3	25	41.7	60	100.0	
35 ve üzeri	11	30.0	11	50.0	22	100.0	
Doğum Şekli (n:278**)							p: 0.000
Normal	100	55.2	81	44,8	181	100.0	2
Sezeryan	22	28.6	55	71.4	77	100.0	X :15.472
Normal ve sezeryan	10	50.0	10	50.0	22	100.0	

Devam: Tablo 4.9. Kadınların Gebelik ve Doğumla İlgili Risk Faktörlerine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Dağılımı

4 kg Ve Üzeri Bebek Doğumu (n:201^{***})							p: 0.355 ² X :0.854
Olan	17	63.0	10	37.0	27	100.0	
Olmayan	93	53.4	72	46.6	174	100.0	
Zor Doğum (n:201^{***})							p: 0.231 ² X :1.436
Olan	27	62.8	16	37.2	43	100.0	
Olmayan	83	52.5	75	47.5	158	100.0	
Uzun süren doğum							p: 0.558 ² X: 0.343
Var	16	14.5	94	85.5	110	100.0	
Yok	16	17.6	75	82.4	91	100.0	
Epizyotomi (n:201^{***})							p: 0.137 ² X :2.127
Açılan	84	52.2	77	84.6	161	100.0	
Açılmayan	26	65.0	14	15.4	40	100.0	
Vakum-Forseps (n:201^{***})							p: 0.137 ² X :2.210
Kullanılan	29	64.4	16	17.6	45	100.0	
Kullanılmayan	81	51.9	75	82.4	156	100.0	
Düşük							p: 0.001 ² X :11.222
Var	50	63.3	29	19.0	79	100.0	
Yok	87	41.2	124	81.0	211	100.0	
Düşük sayısı							p: 0.181 ² X :1.789
1	32	59.3	22	40.7	54	100.0	
2 ve üzeri	18	75.0	6	25.0	24	100.0	
Kürtaj							p: 0.004 ² X :8.482
Var	62	58.5	44	28.8	106	100.0	
Yok	75	40.8	109	71.2	184	100.0	
Kürtaj Sayısı							p: 0.436 ² X :2.727
1	37	54.4	31	45.6	68	100.0	
2 ve üzeri	25	67.6	12	32.4	37	100.0	
Gebelikte İdrar Kaçırma Öyküsü (n:290*)							p: 0.000 ² X :21.817
Var	55	69.6	24	30.4	79	100.0	
Yok	82	38.9	129	61.1	211	100.0	

*gebe kalmış kadın sayısı

**doğum yapmış kadın sayısı

*** normal doğum yapmış kadın sayısı

Tablo 4.9'da kadınların gebelik ve doğumla ilgili risk faktörlerine göre üriner inkontinans görülme sıklığının dağılımı gösterilmektedir.

Kadınların toplam gebelik sayısına göre üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı incelendiğinde hiç gebe olmayanlarda %28.3, 1 kez gebeliği olanlarda %37.5, 2 kez gebeliği olanlarda %27.5 ve 3 ve üzeri gebeliği olanlarda %63.1 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların doğum sayısına göre üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı incelendiğinde hiç doğum yapmamış kadınların %41.7'sinde, 1 kez doğum yapmış kadınların %41.2'sinde, 2 kez doğum yapmış kadınların %43.9'unda, 3 ve üzeri doğum yapmış kadınların %59.5'inde üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre; ilk doğumunu 15-19 yaş grubunda yapanların %52.9'unda, 20-24 yaş grubunda yapanların %48.6'sinde, 25-29 yaş grubunda yapanların %42.9'unda, 30 ve üzeri yaşda olanların ise %42.1'inde üriner inkontinans bulgusu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların son doğumlarını yaptıkları yaşa göre; son doğumunu 15-19 yaş grubunda yapanların %75.0'ında, 20-24 yaş grubunda yapanların %45.5'inde, 30-34 yaş grubunda doğum yapanların %58.3'ünde ve 35 ve üzeri yaş grubunda yapanların ise %30.0'ında üriner inkontinans bulgusu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Normal doğum yapan kadınların %55.2'sinde, sezeryan doğum yapan kadınların %28.6'sında ve hem normal hemde sezeryan doğum yapanların %50.0'sinde üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Normal doğumla 4 kg ve üzeri ağırlıkta bebek doğuran kadınların %63.0'ında üriner inkontinans bulgusu olduğu görülürken, 4 kg'dan daha düşük ağırlıkta bebek doğuran kadınların %53.4'ünde olduğu tesbit edilmiştir.

Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların kendi ifadelerine göre; doğumu zor olan kadınların %62.8'inde üriner inkontinans bulgusu saptanmışken, doğumu zor olmayan kadınların %55.6'sında üriner inkontinans bulgusu olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların kendi ifadelerine göre; uzun süren doğumu olan kadınların %14.5'inde üriner inkontinans bulgusu saptanmışken, doğumu uzun sürmeyen kadınların %17.6'sında üriner inkontinans bulgusu olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Doğumunda epizyotomi açılan kadınların %52.2'sinde üriner inkontinans bulgusuna rastlanırken, doğumunda epizyotomi açılmayan kadınların %65.0'ında üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Doğumunda vakum – forseps kullanılan kadınların %64.4'ünde üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanırken, doğumunda vakum – forseps kullanılmayan kadınlarda %51.9 olduğu bulunmuştur. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların düşük yapma durumuna göre üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı incelendiğinde düşük yapmış kadınların %63,3'ünde düşük yapmamış olan kadınların ise %41.2'sinde üriner inkontinans bulgusu görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kadınların yaptığı düşük sayısına göre; üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığına bakıldığında, 1 kez düşük yapan kadınlarda %59.3, 2 ve üzeri düşük yapanlarda %75.0'ında tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların kürtaj olma durumuna göre üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı incelendiğinde kürtaj olmuş kadınların %58.5'inde kürtaj olmamış kadınların ise %40.8'inde görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Kürtaj olma sayısına göre, üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığına bakıldığında, 1 kez kürtaj olan kadınların %54.4'ünde, 2 ve üzeri kürtaj olan kadınların %67.6'sında üriner inkontinans olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gebeliğinde idrar kaçırma öyküsü bulunan kadınların %69.6'sında idrar kaçırma öyküsü olmayan kadınların %38.9'unda üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.10. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Lojistik Regresyon Analizine Göre Dağılımı

	B	S.E	Wald	Odds ratlo	%95 Güven Aralığı Alt - Üst	P değeri
Eğitim						
OY değil	1,746	1,915	,831	5,732	,134-244,513	,362
Okur Yazar	2,635	1,398	3,555	13,949	,901-215,943	,059
İlkokul	,302	,900	,113	1,353	,232-7,897	,737
Ortaokul	,432	,893	,234	1,540	,268-8,863	,628
Lise	,331	,784	,179	1,393	,300-6,469	,673
Yüksek okul			4,185	1		
Yaş						
20-30			1,292	1		
31-40	,447	,906	,244	1,564	,265-9,227	,621
41-50	,809	,948	,728	2,246	,350-14,411	,394
51-60	1,330	1,234	1,162	3,781	,337-42,475	,281
61 ve üzeri	,975	1,359	,514	2,650	,185-38,037	,473
Beden kitle indeksi						
Zayıf			10,906	1		
Normal kilo	-,254	,901	,080	,775	,133- 4,531	,778
Hafif şişman	,979	1,052	,865	2,661	,338-20,933	,352
Ortaderece şişman	2,804	1,148	5,968	16,513	1,741-156,633	,015
Obez	,541	,929	,339	1,718	,278-10,620	,560
İlk doğum yaşı						
15-19 yaş	1,119	1,795	,388	3,060	,091-103,268	,533
20-24 yaş	2,002	1,667	1,441	7,401	,282-194,274	,230
25-29 yaş	1,751	1,554	1,271	5,763	,274-121,071	,260
30 ve üzeri			2,601	1		
Ailede idrar kaçırma						
Hayır			12,109	1		
Evet	2,194	,643	11,652	8,969	2,545-31,610	,001
Bilmiyorum	,885	,640	1,911	2,423	,691-8,495	,167
Yaşayan çocuk						
1-3 çocuk				1		
4 ve üzeri çocuk	-,691	1,088	,404	,501	,059-4,224	,525
Şeker hastalığı						
Var	-1,047	,741	1,994	,351	,082-1,501	,158
Yok				1		

Devam Tablo 4.10. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Lojistik Regresyon Analizine Göre Dağılımı

Sık kabızlık						
Evet	1,471	,832	3,126	4,353	,852-22,234	,077
Hayır				1		
Üriner sistem enfeksiyonu						
Var	1,806	,824	4,805	6,086	1,211-30,592	,028
Yok				1		
Hemoroid						
Var	-,086	,741	,014	,917	,215-3,919	,907
Yok				1		
Histerektomi						
Evet	,653	,947	,475	1,921	,300-12,299	,491
Hayır				1		
Menapoz						
Evet	1,449	,863	2,820	4,261	,785-23,131	,093
Hayır				1		
4 kilo bebek						
Var	,273	,729	,140	1,314	,315-5,488	,708
Yok				1		
Zor doğum						
Evet	,259	,641	,163	1,296	,369-4,553	,686
Hayır				1		
Uzun süren doğum						
Evet	-1,930	,768	6,324	,145	,032-6,653	,012
Hayır				1		
Epizyotomi						
Evet	-1,719	,748	5,284	,179	,041-7,776	,022
Hayır				1		
Vakum-forseps						
Evet	1,359	,582	5,447	3,891	1,243-12,178	,020
Hayır				1		
Düşük						
Evet	,601	,626	,920	1,824	,534-6,223	,337
Hayır				1		
Kürtaj						
Evet	,449	,592	,576	1,567	,491-4,998	,448
Hayır				1		

Araştırmada eğitim durumuna bakıldığında, okuryazar olmayan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski, yüksek okul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR= 5,732; CI=0,134–244,513) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Okuryazar olan kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski, yüksek okul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=13,949 CI=0,901–215,943) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

İlkokul mezunu olan kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski, yüksek okul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,353 CI=0,232–7,897) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Ortaokul mezunu olan kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski, yüksek okul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,540 CI=0,268–8,863) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Lise mezunu olan kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski, yüksek okul mezunu olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,393 CI=0,300–6,469) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada yaş gruplarına bakıldığında; 31–40 yaş grubundaki kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski; 20–30 yaş grubunda olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,564 CI=0,265–9,227) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

41-50 yaş grubundaki kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski; 20-30 yaş grubunda olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=2,246 CI=0,350-14,411) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

51–60 yaş grubundaki kadınlarda üriyer inkontinans görölme riski; 20–30 yaş grubunda olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=3,781

CI=,337–42,475) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

61 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; 20–30 yaş grubunda olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=2,650 CI=0,185–38,037) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada beden kitle indeksine bakıldığında; normal kilodaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; zayıf olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=0,775 CI=0,133–4,531) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Hafif şişman kilodaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; zayıf olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR= 2,661 CI=0,338–20,933) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Orta derecede şişman kilodaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; zayıf olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=16,513 CI=1,741–156,633) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Obez kilodaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; zayıf olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,718 CI=0,278–10,620) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada kadınların ilk doğum yaşına bakıldığında; 15–19 yaş grubunda doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski 30 yaş ve üzeri yaşta doğum yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=3,060 CI=,091-103,268) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

20–24 yaş grubunda doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski 30 yaş ve üzeri yaşta doğum yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=7,401 CI=0,282-194,274) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

25–29 yaş grubunda doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski 30 yaş ve üzeri yaşta doğum yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=5,763 CI=0,274-121,071) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada ailesinde idrar kaçıрма durumuna bakıldığında; ailesinde idrar kaçıрма problemi olan kadınlarda, ailesinde idrar kaçıрма problemi olmayanlara göre daha yüksek olduğu (OR=8,969 CI=2,545–31,610) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Ailesinde idrar kaçıрма problemi olan kadınlarda, ailesinde idrar kaçıрма problemi olup olmadığını bilmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=2,423 CI=0,691–8,495) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada 4 ve üzeri çocuğu olan kadınlarda, üriner inkontinansı görülme riski 1–3 arası çocuk sahibi olan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=0,501 CI=0,059–4,224) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada şeker hastalığı olan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski şeker hastası olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=0,351 CI=0,082–1,501) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada sık kabızlığı olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski sık kabızlığı olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=4,353 CI=0,852–22,234) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada sık üriuer sistem enfeksiyonu geçiren kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski üriuer sistem enfeksiyonu geçirmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=6,086 CI=1,211–30,592) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada hemoroidi olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski hemoroidi olmayan kadınlara göre daha daha yüksek olduğu (OR=0,917 CI=,215-3,919) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada histerektomi olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski hemoroidi olmayan kadınlara göre daha daha yüksek olduğu (OR=1,921 CI=0,300-12,299) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada menapozda olan kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski menapozda olmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=4,261 CI=,785-23,131) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada 4 kilo bebek doğuran kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski 4 kilo bebek doğurmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,314 CI=0,315-5,488) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada zor doğum yapan kadınlarda üriuer inkontinans görölme riski zor doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,296

CI=0,369-4,553) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada uzun süren doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski uzun süren doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=0,145 CI=0,032-0,653) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada epizyotomili doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski epizyotomili doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=0,179 CI=0,041-0,776) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada vakum-forsepsle doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski vakum-forsepsle doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=3,891 CI=1,243-12,178) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada düşük doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski düşük doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,824 CI=0,534-6,223) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Araştırmada kürtaj yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski kürtaj yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu (OR=1,567 CI=0,491-4,998) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin saptanması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Üriner inkontinans her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ve hijyenik bir hastalıktır. Dünyada 200 milyondan fazla insan inkontinans sorunu yaşamaktadır (Kelleher, 2001; Rortveit ve ark. 2003). Çalışmamızda kadınların %42.6'sında üriner inkontinans bulgusu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Konu ile ilgili Türkiye'de farklı yaş gruplarında kadınlarda yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı %18.8-76.7 arasında değişmektedir (Ateşkan, 2000; Benlioğlu, 2006; Çiftci, 2009; Demirci ve ark. 1999; Ertem, 2009; Karan ve ark. 2000; Kocaöz, 2001; Kök ve ark. 2005; Oskay ve ark. 2005). Yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda ise kadınlarda üriner inkontinans görülme prevalansı %12.1 – 52.0 arasında değişmektedir (Hannestad ve ark. 2003; Hunskaar 2004; Irwin ve diğerleri, 2006; Malmstrom ve ark, 2010; Miller, 2005; Niang ve ark. 2010; Sampsel ve ark. 1998; Song ve ark. 2005; Tanaka ve Furui'nin, 2000; Van Oyen ve ark. 2002; Yip ve Cordozo, 2007; Zhu ve ark. 2009). Çalışma sonuçlarının bu kadar geniş aralıkta olmasının nedeni, çalışmalarda farklı ölçek ve öyküye dayalı yöntemler kullanıldığı için metodolojik yöntemlerin kullanılması ve inkontinansın tanımının farklı yapılmış olması olabilir.

Çalışmamızda üriner inkontinans bulguları saptanan kadınların, üriner inkontinans tiplerine göre dağılımları incelendiğinde; kadınların %51.9'unda mikst tip, %29.4'ünde stres inkontinans, %18.8'inde urge inkontinans olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Çalışmamızda en sık görülen inkontinans mikst tip inkontinanstır. Türkiye'de yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında; Özdemir ve ark. (2006)'nın, Kök (2005)'ün, Benlioğlu (2006)'nun Karan ve ark (2000)'nin yapmış oldukları çalışmada ise, kadınlarda stres üriner

inkontinansın en sık görülen inkontinans tipi olduğu görülmüştür. Çiftci (2009)'nin araştırmasında ise kadınların %26.8'inde stres üriner inkontinans, %8.4'ünde urge tip inkontinans ve %64.8'inde miks tip inkontinans olduğu saptanmıştır. Yurt dışında yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında, Hannestad ve ark. (2003)'nin yaptıkları çalışmada, üriner inkontinansı olanların %50.0'ında stres inkontinans, %11.5'inde urge inkontinans, %38.5'inde ise miks inkontinans, Zhu ve ark. (2009) Çinli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada %61'inde stres üriner inkontinans %8'inde urge inkontinans ve %31'inde miks inkontinans olduğunu saptamışlardır. Niang ve ark. (2010)'larının yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olanların %38.4'ünde stres üriner inkontinans, %28.6'sında urge tip inkontinans ve %33.0'ında miks tip inkontinans olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçlarına baktığımızda bizim ve Çiftci'nin çalışmasında en fazla miks tip inkontinans saptanmışken diğer araştırmalarda en fazla stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Bunun çalışmaların farklı coğrafya ve etnik gruplarla yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Üriner inkontinansı olan kadınlarda ped kullanmanın, kronik iritasyona ve enfeksiyona sebep olması öncelikle kadın sağlığını tehdit eden bir durum olmakla birlikte ekonomik boyutunda göz önünde tutulması gerekir. Ayrıca ped kullanma kadınların yaşantılarında stres yaratan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Parazzini ve diğerleri, 2000). Çalışmamızda kadınların %16.2'sinin her gün idrar kaçırdığı ve idrar kaçıran kadınların ise %31.9'unun idrar kaçırmadan dolayı ped kullandığı bulgusu tesbit edilmiştir (tablo 4.3). Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin çalışmasında kadınların %44.0'ının günde birkaç kez yada daha fazla idrar kaçırdığı ve %57.0'sinin ise idrar kaçırmadan dolayı ped kullandığı saptanmıştır. Ertem (2009)'in araştırmasında kadınların %34,4'ünün; Kök (2005)'ün araştırmasında kadınların %41.2'sinin, Benlioğlu (2006)'nin çalışmasında kadınların %52'sinin ve Kim (2001)'in çalışmasında kadınların %50.0'ının idrar kaçırmadan dolayı ped kullandığı tesbit edilmiştir. Çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi kadınların idrar kaçırmadan dolayı pek çoğu ped

kullanmaktadır. Bu durumun ise kadınlarda irritasyon ve enfeksiyon gibi sağlık sorunlarına yol açabileceği ayrıca stres yaratabileceği düşünülmektedir.

Literatürde çoğu kadının, üriner inkontinans nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna hiçbir zaman başvurmadığı ya da üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra, semptomlarla baş edemeyeceğini anladığında başvurduğu belirtilmektedir (Fultz, 2001; Hunskaar ve diğerleri, 2004; Williams, 2004;). Araştırmamızdaki kadınlarında %48.8'i idrar kaçırmayı problem olarak görürken bu kadınların yalnızca %21.9'unun sağlık kuruluşuna başvurduğu tesbit edilmiştir (Tablo 4.3). Bilgili ve ark. (2008) yaşlı kadınlarda yaptığı araştırmasında kadınların yalnızca %41.4'ünün idrar kaçırmayı nedeniyle bir doktora gittiğini belirlemiştir. Kök'ün (2005) araştırmasında idrar kaçırmayı problem olarak gören kadınların %43.5 ve idrar kaçırmadan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınların %20.0 olduğu saptanmıştır. Benlioğlu (2006)'nın çalışmasında idrar kaçırmadan dolayı bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar %38.5 olarak tesbit edilmiştir. Bu sonuçlar bize üriner inkontinansı olan kadınların bu durumu normal olarak kabul ettiğini ve bir sağlık sorunu olarak algılamadıklarını düşündürmektedir. Nitekim, çalışmamızda kadınların sağlık kurumuna başvurmama nedenleri incelendiğinde %40.8'inin idrar kaçırmaktan rahatsız olmadığı, %29.6'sının idrar kaçırmadan normal olduğunu düşündüğü, %19.2'sinin muayene olmaktan çekindiği ve %10.4'ünün ise doktora gitmeye vakit bulamadığı için sağlık kuruluşuna başvurmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.3). Kök'ün (2005) ve Ertem (2009)'in yaptıkları çalışmalarda da kadınların benzer nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmadıkları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınların üriner inkontinans konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı ve üriner inkontinansın tedavi edilebilir bir durum olduğunu bilmedikleri ve sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekindiklerini düşündürmektedir.

Literatürde yaşla birlikte üriner inkontinans prevalansının arttığı belirtilmektedir. (Ateşkan, 1999; Benlioğlu, 2006; Kocaöz, 2001; Kök, 2005;

Özerdoğan ve diğerleri, 2004; Ruth, 2009) Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflayarak üretra aşağıya doğru yer değiştirmekte, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve inkontinans görülme olasılığı artmaktadır (Parazzini ve diğerleri, 2000). Çalışmamızda, kadınların yaş gruplarına göre üriner inkontinans görülme sıklığına baktığımızda 20-30 yaş grubundaki kadınların %17.5'inde, 31-40 yaş grubundaki kadınların %26.9'unda, 41-50 yaş grubu kadınların %21.9'unda, 51-60 yaş grubundaki kadınların %19.4'ünde, 61 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların ise %14.4'ünde üriner inkontinans bulgusu olduğu görülmektedir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.7). Ateşkan ve diğerlerinin yaşlı popülasyonla yaptığı çalışmada 65 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %57.1 olarak bulunmuş ve yaşla üriner inkontinans prevalansındaki artış istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Çiftci (2009)'nin çalışmasında 50 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %58.3 olarak saptanmış ve yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Acar (2007)'in çalışmasında yaş grupları ile stres üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark olduğu en yüksek üriner inkontinans görülme sıklığının 39-49 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Kök (2005)'ün çalışmasında da üriner inkontinans görülme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, en fazla 40-49 yaş grubu arasındaki kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Çalışma sonuçlarındanda görüldüğü gibi üriner inkontinans görülme sıklığı yaşla birlikte artmamaktadır. Çalışma bulgumuz bu yönüyle literatürle paralellik göstermemektedir.

Kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında, okur yazar değil - okur yazar olan kadınların %70.6'sında, ilköğretim mezunu olanların %48.1'inde, lise mezunu olanların %42.6'sında ve yüksek okul mezunu olanların %31.5'inde üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Acar (2007)'in ve Benlioğlu (2006)'nin çalışmasında da çalışma bulgumuza paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığı azalırken ($p<0.05$), Kök (2005)'ün çalışma bulgusunda üriner inkontinans görülme sıklığı en düşük grubun ortaokul mezunları olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı görülmüştür. Van Oyen ve ark. (2002) Belçika'da yaptığı çalışmada, eğitim durumu ile üriner inkontinans prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı; yalnızca kadınlarda eğitim durumu arttıkça üriner inkontinans azalma eğiliminde olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına baktığımızda Kök (2005)'ün çalışma bulgusu dışındaki diğer çalışma bulguları sonucumuzla paralel bulunmuştur. Bunun eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlara göre daha genç yaşta oldukları ve sağlık bilincinin daha yüksek olabileceği için erken dönemde önlem almalarına bağlı olarak üriner inkontinans görülme sıklığının daha az olduğu düşünülebilir.

Literatürde, beden kitle indeksinin yüksek olmasının inkontinans açısından kanıtlanmış bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. (Hannestad ve diğerleri, 2003; Can ve Yağcı, 2006; Ateşkan ve diğerleri 2000). Obezite ile birlikte pelvik yapılarda esneme, kas zayıflaması, sinir zayıflaması meydana gelebilir. Aşırı kilolu olanlarda karın içi basıncı artmakta ve idrar kaçırma daha sık olmaktadır (Minassian ve ark, 2003; Hannestad ve ark, 2003). Çalışmamızda genel risk faktörlerine göre değerlendirme yapıldığında, beden kitle indeksi zayıf olan kadınların %36.7'sinde, normal kiloda olan kadınların %36.6'sında, hafif şişman olan kadınların %43.8'inde, orta derecede şişman olan kadınların %63.3'ünde ve obez olan kadınların ise %49.3'ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.8). Lojistik Regresyon Analizi sonucuna göre Orta derecede şişman kilodaki kadınlarda üriner inkontinans görülme riski; zayıf olan kadınlara göre daha yüksek olduğu ($OR=16,513$ $CI=1,741-156,633$) ancak farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.10). Acar (2007)'in çalışmasında da beden kitle indeksi ile üriner

inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, beden kitle indeksi 30 ve üzerinde olan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı tesbit edilmiştir. Benlioğlu (2006)'nın çalışmasında beden kitle indeksi arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Kök (2005)'ün yaptığı araştırmada üriner inkontinansı olan kadınların %42.4'ünün beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olduğu belirtilmektedir. Kocaöz ve Eroğlu (2009)'nın çalışmasında ise beden kitle indeksi ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur. Çalışma bulgumuz Kocaöz ve Eroğlu (2009)'nın çalışma bulgusu dışındaki diğer çalışma bulguları ile paralel bulunmuştur. Buna göre; beden kitle indeksi arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığında arttığını söyleyebiliriz.

Diyabetli olmak üriner inkontinans risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Diyabete bağlı sinir harabiyeti sonucunda idrar kaçırma ortaya çıkmaktadır ve bu durum “nörojenik mesane” olarak da isimlendirilir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmaz. İdrar hissi olduğu anda ise kişi idrarını tutamayarak kaçırma problemi ile karşı karşıya kalır (Parazzini ve ark, 2000). Çalışmamızda diyabeti olan kadınların %60.0'ında, diyabeti olmayanların ise %41.0'ında üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Çiftci'nin (2009) yaptığı araştırmada diyabet hastalığı olan kadınların %48.7'sinde üriner inkontinans görülmekte iken, diyabet hastalığı olmayanların %35.3'ünde üriner inkontinans görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamız bu çalışma sonucu ile ve literatürle paralellik göstermektedir.

Literatürde, kronik kabızlığın pudental sinirde gerilme yaratarak pelvis kas fonksiyonlarında bozulmalar oluşturduğu ve bunun da üriner inkontinansa yol açtığı öne sürülmektedir (Özdemir ve diğerleri, 2006; , 2009; Zaccardi, 2004). Çalışmamızda sık kabızlık problemi olanların %62.3'ünde, kabızlık problemi olmayanların ise %38.1'inde üriner inkontinans olduğu

tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından kabızlığı olan ve olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çiftçi (2009)'nin yaptığı araştırmada sık kabızlık yakınması olanların %49.5'inde üriner inkontinans görülmekte iken, sık kabızlık yakınması olmayanların %31.5'inde üriner inkontinans görüldüğü ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tesbit edilmiştir. Acar'ın (2007) araştırmasında kabızlık sorunu yaşayan kadınların %33.2'sinde stres üriner inkontinans bulunduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu belirtilmektedir. Araştırmamız bu çalışma sonuçları ile ve literatür ile paralellik göstermektedir.

İnkontinans bulguları bulunan kadınların aile öyküleri incelendiğinde birçoğunun aile üyelerinde de üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Bu şekilde genetik olarak, ailesel kaynaklı bağı dokusundaki yapısal bozuklukların bulunması ile üriner inkontinans oluşma ilişkisi açıklanmaktadır (Luft, 1998). Çalışmamızda ailesinde idrar kaçırmaya sorunu olan kadınların %65.7'sinde, ailesinde idrar kaçırmaya problemi olmayanların %31.0'ında üriner inkontinans bulgusu saptanmıştır. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Lojistik Regresyon Analiz sonucuna göre ailesinde idrar kaçırmaya problemi olan kadınlarda, ailesinde idrar kaçırmaya problemi olmayanlara göre daha yüksek olduğu ($OR=8,969$ $CI=2,545-31,610$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.10). Acar (2007)'in araştırmasında stres üriner inkontinanslı kadınların %30.7'sini 1. derece akrabasında ve %31.5 'inin 2.derece akrabasında stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Kök (2005)'ün yapmış olduğu araştırmada ise %44.7'sinin ailesinde üriner inkontinans öyküsü olduğunu saptamıştır. Araştırmamızın sonucu Acar (2007)'in ve Kök (2005)'ün çalışma sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bize akrabalarında üriner inkontinansı olan kadınların risk grubu olarak değerlendirilerek inkontinans yönünden izlenmesi, üriner inkontinans

konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Tekrarlayan mesane enfeksiyonlarının üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığı bilinmektedir (Parazzini ve diğerleri, 2000). Çalışmamızda sık üriner sistem enfeksiyonu geçirenlerin %73.5'inde üriner inkontinans bulgusu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından sık üriner sistem enfeksiyonu geçirenler ile sık üriner sistem enfeksiyonu geçirmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Lojistik regresyon analizi sonucuna göre sık üriner sistem enfeksiyonu geçiren kadınlarda üriner inkontinans görülme riski üriner sistem enfeksiyonu geçirmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu ($OR=6,086$ $CI=1,211-30,592$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.10). Samuelsson ve ark. (2008) 60 yaş üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınların %22.4'ünde üriner inkontinans olduğunu belirtmiştir. Kök (2005)'ün araştırmasında üriner sistem enfeksiyonu olan kadınların %25.9'unda, Acar (2007)'in yaptığı çalışmada idrar yolu enfeksiyon öyküsü olan kadınların %29.5'inde idrar yolu enfeksiyon öyküsü olmayan kadınların %20.2'sinde stres üriner inkontinans olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu tesbit edilmiştir. Çiftci (2009)'nin araştırmasında sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini ifade eden kadınların %54.7'sinde, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenlerin %28.8'inde üriner inkontinans görüldüğü iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bu sonuç Samuelsson ve ark. (2008), Kök (2005)'ün ve Acar (2007)'in çalışma sonuçlarından yaklaşık üç kat, Çiftci (2009)'nin çalışma sonucundan ise dörtte bir kat daha yüksek bulunmuştur. Sık üriner sistem enfeksiyonu geçirmenin üriner inkontinans sıklığında artırdığını söyleyebiliriz.

Araştırma kapsamına alınan kadınların hemoroit olma durumlarına üriner inkontinans sıklığı incelendiğinde; çalışmamızda hemoroit öyküsü olan

kadınların %53.5'inde, hemoroidi olmayanların %40.0'ında üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Acar (2007)'in araştırmasında hemoroidi olan kadınların %28.9'unda üriner inkontinans olduğunu ancak gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Histerektomi ameliyatı, mesane destek yapıların travmatize olmasına, uretrada skar oluşmasına ve pelvik sinirlerin hasar görmesine neden olduğundan üriner inkontinans gelişme riskinde artma meydana gelir (Minassian ve diğerleri, 2003). Çalışmamızda histerektomi olmuş kadınların %75.7'sinde, histerektomi olmayanların %38.9'unda üriner inkontinans olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Acar (2007)'in araştırmasında histerektomi öyküsü olan kadınların %42.3'ünde üriner inkontinans olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuz Acar (2007)'in çalışma sonucundan yüksek bulunmuştur.

Menopoz nedeniyle santral ve periferik sinirlerde dejenerasyonlar meydana gelmekte ve bunun sonucunda istemsiz kas kontraksiyonlarına bağlı olarak inkontinans gelişebilmektedir. Bu nedenle menopozun üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. (Perucchini ve ark. 2002). Çalışmamızda menepozda olan kadınların %67.9'unda ve menapozda olmayan kadınların %33.2'sinde üriner inkontinans olduğu görülmüştür. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Şentürk ve Kara (2010)'nın menapozlu kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada menapozla üriner inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi menapozla üriner inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, Şentürk ve Kara (2010)'nın çalışmasından daha yüksek

bulunmuştur. Menapozda olmanında üriner inkontinans açısından risk faktörleri arasında olduğunu söyleyebiliriz.

Gebelik ile birlikte artan karın içi basıncı mesaneyi etkilemekte ve inkontinansa yol açmaktadır (Gurisi ve ark. 2002). Gebelik sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme durumu da artmaktadır (Van Oyen, 2002). Çalışmamızda kadınların geçirmiş olduğu gebelik sayısına göre baktığımızda hiç gebe olmayanlarda %28.3, 1 kez gebeliği olanlarda %37.5, 2 kez gebeliği olanlarda %27.5 ve 3 ve üzeri gebeliği olanlarda %63.1 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Acar (2007), Çiftci (2009) ve Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin çalışmasında da çalışma sonucumuzda olduğu gibi gebelik sayısı ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gebelik sayısı arttıkça üriner inkontinans sıklığının arttığını söyleyebiliriz. Araştırmadan elde edilen sonuç, literatürle paralellik göstermektedir.

Doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme durumu da artmaktadır (Van Oyen, 2002). Çalışmamızda kadınların doğum sayısına bakıldığında hiç doğum yapmamış kadınların %41.7'sinde, 1 kez doğum yapmış kadınların %41.2'sinde, 2 kez doğum yapmış kadınların %43.9'unda, 3 ve üzeri doğum yapmış kadınların %59.5'inde üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). (Tablo 4.9). Çiftci (2009)'nin çalışmasında 5 ve daha fazla doğum yapmış kadınların %96.3'ünde üriner inkontinans görülmüş ve istatistiksel olarak da gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Herrmann ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada özellikle üçüncü doğum ve sonrasında üriner inkontinansın anlamlı olarak daha yaygın olduğunu saptamışlardır. Bu veriler bize doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans sıklığının arttığını düşündürmektedir.

Anne olma yaşı anne ve çocuğun sağlığı, yaşam kalitesi açısından toplum içinde önemli demografik sonuçlar doğurur (Akgün ve ark. 2006). Literatürde, çocuk doğurmanın en ideal olduğu yaş aralığı 20-30 olarak kabul edilmektedir (Taşkın 2007). Araştırmamızda kadınların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre; ilk doğumunu 15-19 yaş grubunda yapanların %52.9'unda, 20-24 yaş grubunda yapanların %48.6'sinde, 25-29 yaş grubunda yapanların %42.9'unda, 30 ve üzeri yaşda olanların ise %42.1'inde üriner inkontinans bulgusu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.9). Bilgili ve ark (2008)'nın yaptıkları çalışmada da ilk doğum yaşı ve son doğum yaşı ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tesbit edilmiştir. Acar'ın (2007) çalışmasında son doğum yaşı ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, ilk doğum yaşı ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tesbit edilmiştir. Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin yaptığı çalışmada ilk doğum yaşı ile üriner inkontinans arasındaki ilişki önemsiz bulunmuştur. Rortveit ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre ilk doğumunu 25 yaşından daha genç yapanlar için üriner inkontinans riski düşükkken, son doğum yaşının üriner inkontinans ile çok ilgili olmadığını belirtmiştir. Buna göre elde ettiğimiz sonuçlar, Bilgili ve ark (2008)'nin ve Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin çalışma sonuçları ile paralellik gösterirken diğer çalışma sonuçlarından farklı bulunmuştur.

Doğum şekli üriner inkontinans için bir risk faktörü olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda sezeryanla doğum yapan kadınlarda pudental sinir hasarına rastlanılmamış ve pelvik kas gücünün normal doğum yapanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Parazzini ve ark. 2003; Rortveit ve ark, 2003). Çalışmamızda normal doğum yapan kadınların %55.2'sinde, sezeryan doğum yapanların %28.6'sında ve hem normal hemde sezeryan doğum yapanların %50.0'ında üriner inkontinans olduğu tesbit edilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Acar (2007)'in yaptığı

çalışmanın sonuçlarına göre sadece sezeryan doğum yapanların % 7'sinde, sadece vaginal doğum yapanların ise % 26.3'ünde üriner inkontinans olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır. Kök (2005)'ün yaptığı araştırmada sezeryan doğum yapan kadınların %14.1'inde, normal doğum yapanların ise %85.9'unda üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans ile normal doğum arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır (Foldspang ve ark. 1999; Rortveit ve ark. 2003). Çalışma sonucumuz literatürle paralellik göstermektedir. Buna göre; normal doğum yapan kadınların üriner inkontinans açısından risk grubu olduğunu söyleyebiliriz.

Zor doğum eylemi sırasında yaşanan olayların doğum sonrası dönemde pudental sinir hasarı oluşturduğu ve bunun da bazı durumlarda geri dönüşsüz olduğu bildirilmektedir (Tetzchner, 1997). Üriner inkontinans ile uzun ve zor doğum arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır (Foldspang ve ark. 1999; Rortveit ve ark. 2003). Çalışmamızda kadınların kendi ifadelerine göre zor doğum öyküsü olanların %62.8'inde, zor doğum öyküsü olmayanların %52.5'inde üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Çiftci (2009)'nin yaptığı çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığı açısından zor doğum yapanlar ile yapmayanlar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Zor doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının artması beklenirken araştırmamızda ve Çiftci (2009)'nin araştırmasında bu beklentinin tersine bir durum görülmesi, zor doğumun kadınların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiş olmasına bağlanabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda doğum esnasında epizyotomi açılmasının üriner inkontinansa neden olduğu belirtilmektedir (Benlioğlu, 2006; Ertem,2009; Foldspang ve ark. 1999; Kocaöz, 2001; Kocaöz, 2002; Kök,2005; Kök ve diğerleri 2006; Rortveit ve ark. 2003; Yang ve diğerleri, 2004;). Çalışmamızda doğumunda epizyotomi açılan kadınların %52.2'sinde,

epizyotomi açılmayan kadınların %65.0'ında üriner inkontinans bulgusu saptanmıştır. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan Lojistik regresyon analizine göre epizyotomili doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski epizyotomili doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ($OR=0,179$ $CI=0,041-0,776$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.10). Acar (2007)'in çalışmasında doğumlarında epizyotomi açılan kadınların %19.3'ünde açılmayan kadınların %28.8'inde stres üriner inkontinans görüldüğü ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin çalışmasında kadınlarda doğum esnasında açılan epizyotominin stres üriner inkontinans görülme oranını azalttığı saptanmıştır. Bu çalışmalara göre epizyotomi yapılmasının üriner inkontinans oluşma riskini engellediği söylenmekle birlikte bizim ve Bilgili ve ark (2008)'nin çalışmasında epizyotomi açılma durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda düşük yapan kadınların %63.3'ünde, yapmayanların ise %41.2'sinde üriner inkontinans bulgusu görülmüş ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Kocaöz ve Eroğlu (2002)'nin ve Acar (2007)'in çalışmasında da düşük yapma durumu ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak çalışmamızda düşük sayısı ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), Acar(2007)'in çalışmasında düşük sayısı ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Aynı şekilde çalışmamızda kürtaj olma durumu ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), kürtaj olma sayısı ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$). Kocaöz (2001)'ün çalışmasında kürtaj olmanın stres üriner inkontinans için risk faktörü olduğu kabul edilmiş ancak kürtaj olma sayısının bu riski etkilemediği tesbit edilmiştir. Acar (2007)'in çalışmasında ise hem kürtaj olma durumu hemde kürtaj olma sayısı ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre

düşük yapmanın ve kürtaj olmanın üriner inkontinans sıklığını artırdığını söyleyebiliriz.

6. SONUÇLAR

KKTC'nin başkenti Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin saptanması amacıyla yapılan araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Çalışmamızdaki kadınların %30.6'sının 20-30 yaş grubunda, %34.6'sının üniversite mezunu %64.6'sı çalışan ve %81.6'sı en az bir kez evlilik geçirmiştir (Tablo 4.1).

Kadınların %42.6'sında üriner inkontinans saptanmış olup, bunun yarısından fazlasının (%51.9) miks tip inkontinans, %%29.4'ünde stres üriner inkontinans ve %18.8'inde urge tip inkontinans olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Üriner inkontinans saptanan kadınların, %31.9'unun idrar kaçırmadan dolayı ped kullandığı, yarıya yakınının (%48.8) idrar kaçırmayı problem olarak gördüğü ve yalnızca %21.9'unun bu nedenle sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmüştür. Sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine bakıldığında en fazla idrar kaçırmaktan rahatsız olmadığı için (%40.8) ve idrar kaçırmamanın normal olduğunu düşündüğü için (%29.6) başvurmadıkları görülmektedir (Tablo 4.3).

Kadınların %32.7'sinin Kegel egzersizleri konusunda bilgisi olduğu, bilgisi olan kadınların ise yarıya yakınının (%49.6) bu egzersizleri yaptığı tesbit edilmiştir (Tablo 4.6).

Kadınların sosyo demografik özelliklerine göre üriner inkontinans görülme sıklığına baktığımızda, en fazla 41-50 yaş grubunda (%21.9) üriner inkontinans görüldüğü ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo4.7).

Kadınların eğitim düzeyine göre en fazla okur yazar olmayan, okur yazar kadınlarda (%76.0) en az üniversite mezunu kadınlarda (%31.5) üriner inkontinans görüldüğü ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.7).

En az bir evlilik geçiren kadınların yarıya yakınında (%45.9) çocuk sayısı 4 ve üzerinde olan kadınların %64.3'ünde üriner inkontinans görülmekte olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Üriner inkontinans risk faktörlerine göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; beden kitle indeksi 35'den büyük olanların yarıya yakınında (49.3), diyabetli olan kadınların %60.0'ında, sık kabızlık öyküsü olan kadınların %62.3'ünde, ailede idrar kaçırma öyküsü olan kadınların %65.7'sinde üriner inkontinans olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. Aynı şekilde sık üriner sistem enfeksiyonu geçiren kadınların %73.5'inde, hemoroidi olan kadınların yarıdan fazlasında (%53.5), histerektomi öyküsü olan kadınların %75.7'sinde, menapoza giren kadınların ise %67.9'unda üriner inkontinans görülmekte ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) tesbit edilmiştir (Tablo 4.8).

Gebelik ve doğumla ilgili risk faktörlerine göre gebelik sayısı 3 ve üzerinde olan kadınların çoğunda (%63.1), normal doğum yapanların yarıdan fazlasında (%55.2), düşük öyküsü bulunan kadınların %63.3'ünde, kürtaj öyküsü olan kadınların yarıdan fazlasında (%58.5) ve gebelikte idrar kaçırma öyküsü olan kadınların %69.6'sında üriner inkontinans görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Doğum sayısı, ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, zor ve uzun süren doğum eylemi, epizyotomi açılması, doğumda vakum-forseps kullanılması,

düşük ve kürtaj sayısı ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

7. ÖNERİLER.

Çalışmamızda elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışmamızda kadınların yarıya yakınında üriner inkontinans görülmesine rağmen çok az kişinin sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlendiğinden; kadınların üriner inkontinans konusunda eğitimlerinin sağlanması ve sağlık kuruluşuna başvurmama nedenlerine yönelik ileri çalışmaların yapılması,

- Çalışmamızda 31-40 yaş arasında ve eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı arttığından bu kadınların risk grup olarak ele alınması ve üriner inkontinans yönünden izlenmesi,

- Beden kitle 30 ve üzeri olanlarda üriner inkontinans görülme sıklığı arttığından kadınların normal sınırlarda kilo alımının sağlanması,

- Diyabet hastası olan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı fazla olduğundan, sağlık bakanlığı ile işbirliği yapılması ve diyabet merkezinde bu hastalara üriner inkontinansın önlenmesi konusunda eğitim verilmesi,

- Histerektomi olan kadınların kadın doğum kliniğinden tesbit edilmesi ve üriner inkontinans hakkında bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi,

- Çalışmamızda bir ya da daha fazla risk faktörü saptanan kadınların çoğunlukta olması nedeniyle; hemşirelerin kadınlara üriner inkontinans için risk faktörleri ve üriner inkontinansın erken tanı ve tedavi konusunda izlem yaparak eğitim vermesi,

- Çalışmamızda gebelik ve doğumla ilgili risk faktörlerine yönelik olarak özellikle gebelik sayısı, düşük ve kürtaj olmanın üriner inkontinans sıklığını

artırdığı belirlendiğinden kadınlara Aile Planlanması hizmetlerinin etkin ve sürekli sunumunun sağlanması,

- Kadınların gebelik dönemi boyunca ve doğumdan sonra pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi ve düzenli yapmalarının sağlanması,

- Epizyotomi, zor ve uzamış normal doğum sırasında hemşire ve ebelerin üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri konusunda öneminin benimsenmesi ve bu hizmetlerin devamlılığının sağlanması amacıyla hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması, hemşire ve ebelerin konuyla ilgili duyarlılıklarının artırılması,

- Üriner inkontinansın önlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması amacıyla sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip yaklaşımı ile hemşirelerin bu konuda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları ve ekip içinde daha etkin bir rol almaları,

- Risk faktörleri yönünden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların üriner inkontinans yönünden taramalarının yapılması ve izleme programlarının oluşturulması önerilir.

KAYNAKLAR

Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. (2008) Incontinence In: 4th International Consultation on Incontinence. Healt Publications.

Abrams, P. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*; 21: 167-178

Acar, B. H. (2007). **Emek sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi.** Cumhuriyet üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü. Yüksek lisans tezi.

Akgün, S., Bakar, C. (2006) Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye’de Doğurganlık ve Aile Planlaması, *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(1):9-18

Akkoç Y. (2005) Nörojenik Mesane Fonksiyon Bozukluğu Değerlendirme, Ürodinamik incelemeler ve Sınıflama *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 51: 19-25

Ateşkan, U. (1999). **Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açışından Öneminin Değerlendirilmesi.** Yayınlanmış uzmanlık tezi. Ankara (GATA)

Ateşkan, U. Mas, MR. Doruk, H. Kutlu, M. (2000). Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açışından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatrici* 3; 45-50

Benlioğlu, C. (2006) **Kahramanmaraş İl Merkezinde 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı Çalışması.** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD Uzmanlık Tezi

Bilgili, N. Akın, B. Ege, E. Ayaz, S. (2008). Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 28:487-493

Can, B.M.B., Akçetin, Z.Y. (2009). Definition and Classification of Urinary Incontinence, *Turkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2009;2(1):13-6

Can, Güler, T., Yağcı. (2006). Kadın Üriner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. *Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 11:1302-3055

Culligan, P. Heit, M. (2000). Urinary Incontinence in Women: *Evaluation And Management, American Family Physician* ;62, 2433-2452

Çayır. G, (1999). **Üriner İnkontinans Operasyonu Geçiren Kadınlarda Postoperatif Dönemde Ortaya Çıkan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği**, İstanbul üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi

Çelik, M. Tunç, L. (2009). Classification of Stress Urinary Incontinence, Diagnosis and Symptoms *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* ,2(1):17-9

Çetinel B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinans): tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk üroloji dergisi*, 31 (2): 246 – 52

Çiftçi, Ö. (2009). **Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler**. Erciyes üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, halk sağlığı anabilim dalı, yüksek lisans tezi

Çoban, A., Şirin, A. (2003). Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Turkish Journal of Geriatrics Geriatri* 6 (2): 80-83

Demirci, F. Özden, S. Yücel, N. Yaltı, S. Demirci, E. (1999). Prevalence of Ürinary İncontinence in Turkish Menopausal Women. *Jinekoloj Obstet Dergi* 3:138-42.

Ekin, M. Karayalçın, R. Özcan, U. (2004). The Prevalence of Urinary İncontinence and its Influence on the Quality of Life in Women of Reproductive and Postmenopausal Age Groups, *Journal of Ankara Medical School*, 26, 21-25.

Ergen, A. (2002). Kadın İnkontinansları. In: Gökçe Kutsal Y (Ed): *Geriatrics*, HÜGEBAM. Turgut Yayıncılık ve Tic. A.Ş 2002, s: 103-106.

Ergün, O., Armağan, A., Soyupek, S., Oksay, T., Koşar A. (2010). Üretral hipermobilitayı değerlendirmede Q tip test ve POP-Q evreleme

sisteminin karşılaştırılması, *Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology* 36(4):387-392

Faundes A, Guarisi T, Pinto-Neto AM.(2001) The risk of urinary incontinence of parous women who delivered only by cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 72: 41–46

Foldspang A., Mommsen S., Djurhuus JC.(1999). Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *Am J Public Health* 89: 209–212

Fultz, N. Herzog, R. (2001). Self Reported Social And Emotional Impact of Urinary incontinence, *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 892-899

Güner H. (2000)Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. *Ürojinekoloji Atlas Kitabevi* 1-226

Gurisi, T., Pinto-Neto, M., Herrmann, V., Faundes, A. (2002). Urodynamics in Climacteric Women With Urinary Incontinence: *Correlation With Route Of Delivery*, *Int Urogynecol J*, 13, 366-371

Güneş, A., Güneş, G., Pehlivan, E. (2000). Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve etkili faktörler; *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 7(1) 2000

Haglund, D., Walker-Engstrom M.L., Larsson, G., Leppert, J. (2001). Quality of Life and Seeking Help İn Woman With Urinary İncontinence, *Acta Obstetrica Gynecology Scand*, 80:1051-1055

Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskaar, S. (2003). Are Smoking and Other Lifestyle Factors Associated With Female Urinary İncontinence? The Norwegian EPINCONT Study, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 247-254

Herrmann, V., Scarpa, K., Palma, PCR., Riccetto, CZ. (2008). Stess Urinary İncontinence 3 Years After Pregnancy: Correlation to Mode of Delivery and Parity. *Int Urogynecol J* ; 20(3): 281-8.

Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. (2004). The prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries, *BJU International*, 93, 324-330

<http://www.yasamvesaglik.com> erişim 30 ocak 2011

Hvidman, L., Foldspang, A., Mommsen, S., Nielse, J.B, (2003). Postpartum Urinary Incontinence, *Acta Obstet Gynecol Scand*; 82,556-563

Irwin, D.E., Milsom, I., Hunskaar, S., Reilly, K., Kopp, Z., Herschorn, S. (2006). Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: *results of the EPIC study. Eur Urol*.;50:1306-14.

Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, O., Eskiurt N. (2000) Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi Turkish Journal of Geriatrics Geriatri 3 (3): 102-106

Karaçam, Z. (2003). *Kadınlarda Üriner inkontinans: Üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemşirenin rolü. Sendrom*,15.112–7

Kelleher, C. (2001)Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Staskin D., *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, London, 47-58

Kızılkaya, Beji. N. (2002). Üriner İnkontinansa Yönelik Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri. Kızılkaya Beji N, editör. *Kadınlarda üriner inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İstanbul: Emek Matbaacılık; 61–73

Kim, JI. (2001). Continence Efficacy Intervention Program For Community Residing Women With Stres Urinary Incontinence in Japon, *Public Health Nursing*, 18, 64-72

KKTC Başbakanlık Devlet Planlama Örgütü. Erişim:2 şubat 2011, <http://nufussayimi.devplan.org/Nufus-nitelikleri-index.html>.

KKTC Milli Eğitim, Gençlik ve Spor Bakanlığı web sitesi <http://www.mebnet.net> Erişim:01 Haziran 2009

Kuzey Kıbrısın Başkenti "LEFKOŞA"<http://www.northcyprus.gov.kk.com/> lefkosa Erişim: 01 Haziran 2009

Knight, R. Procter, S. (1999). *Implementation of Clinical Guidelines for Female Urinary Incontinence, Health and Social Care in The Community*, 7: 280-290

Kocaöz, S. (2001). *Etimesgut II Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

Kocaöz, S. Eroğlu, K. (2002) Kadınlarda Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002-4(1)

Kocaöz, S., Eroğlu, K. (2009). Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini, *Derleme Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009;1(2):94-102

Kök, G.(2005). ***Gata Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin incelenmesi.*** *Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*

Kök, G., Şenel, N., Akyüz, A. (2006). GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 48: 132–136

Lefkoşa Türk Belediyesi Web sitesi

<http://www.lefkosabelediyesi.org> Erişim:01 Haziran 2009

Luft, J., Vriheas-Nichols, A.A. (1998). Identifying The Risk Factors For Developing Incontinence : Can We Modify Individual Risk?, *Geriatric Nursing*, 19, 66-71

Malmstrom, TK., Andresen, EM., Wolinsky, FD., Schootman, M., Miller, JP., Miller, DK. (2010). Urinary and fecal incontinence and quality of life in African Americans. *Department of Neurology & Psychiatry, School of Medicine, Saint Louis University, St. Louis, Missouri 63104, USA.*

Mason, L., Glenn, S., Walton, I. (1999). The Experience Of Stres Incontinence After Childbirth, *Birth*, 26(3): 164-171.

Miller, KL. (2005) Stress urinary incontinence in women: review and update on neurological control. *J Womens Health (Larchmt)* ;14:595-608.

Milson, I. (2000). *The Prevelance of Urinary İncontinence, Acta Obstet Gynecol Scand*, 79, 1056-1059

Minassian. V.A., Drutz. H.P., Badr. A.Al, (2003). *Urinary İncontinence As A Worldwide Problem, International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 327-338

Muscatello D.J., Rissel, C., Szonyı G. (2001). Urinary Symptoms and İncontinence in an Urban Community: Prevalence and Associated Factors in Older Men and women, *İnternal Medicine Journal*, 31, 151-160

Nager CW, Albo ME. (2004) Testing in women with lower urinary tract dysfunction. In: Weber A, ed. İncontinence 2004. Philadelphia, PA: *Lippincott Williams & Wilkins* 57–60

Newman, D. (2003). *Medical Advancement İn The Treatment of İncontinence, Combined Sections Meeting, Tapma*

Niang, L., Kane, R., Ndoye, M., Jalloh, M., Labou, I., Diaw, JJ., Ndiaye, A., Gueye, SM. (2010). Urinary incontinence in woman: *epidemiologic profile in Sub Saharian countries*. 20(13):1213-6.

Nitti, VW., Blaivas, JG. (2007)Urinary incontinance: Epidemyology, Pathophysiology, Evaluation, and Management Overview. *Campell-Walsh Urology; Philadelphia; WB Saunders* (3): 60: 2046-78

Oskay, UY., Beji, NK., Yalcin, O. (2005). A Study On Ürogenital Complaints Of Postmenopausal Women Aged 50 And Over. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 84.72–8.

Özdemir, S., Çelebi, İ., Nurullahoğlu, N., Ark, CH. (2006). Ürojinekoloji Kliniğimize Başvuran Üriner İnkontinans Olgularının Dağılımı. *Genel Tıp Dergisi*. 16(2):49-52

Özerdoğan, N. Beji, Kızılkaya. Yalçın, Ö. (2004). Urinary İncontinence : Its prevelance, Risk Factors, Effects On The Quality Of Life İn Turkey, *Gynecologic and Obstetric İnvestigation*, 58, 145-150 ,2004

Pabuçcu, R. (2000). Pelvik Relaksasyon ve Urojinekoloji, *GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı*, GATA basımevi. 549-555

Parazzini, F., Colli, E., Origgi, G., Surace, M., Bianchi, M., Benzi, G., Artibani, W. (2000). Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 37:637-43

Perucchini, D., DeLancey, JO., Ashton-Miller, JA., Galecki, A., Schaer, GN. (2002). Age effects on urethral striated muscle. II. Anatomic location of muscle loss. *Am J Obstet Gynecol* 186: 356-360.

Petrou, S., Baracat, F. (2001). Evaluation of Urinary Incontinence In Women, *Mayo Clinic Publication*

Quinn, SD., Domoney, C. (2009). The effects of hormones on urinary incontinence in postmenopausal women. *Climacteric*; 12:106-113.

Rortveit, G., Daltveit, AK., Hannestad, YS. (2003). Urinary incontinence after vaginal deliver yor cesarean section. *N Engl J Med*; 348:900-907

Ruth, F. (2009). Fundamentals Of Nursing Washington: *Lippincott Williams & Wilkins*; Sixth Edition. 1085-1086.

Sampselle, C.M., Miller, J.M., Mims, B.L., De Lancey, J., Ashtan-Miller J.A., Antonokos, C.L., (1998) Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after bird. *Obstetrics GYNECOLOGY*,3: 406-412.

Samuelsson, E., Rodhe, N., Englund, L., Mölsted, S., Bacteriuria is associated with urge urinary incontinence in older women. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 35-39

Sarkar, P.K., Ritch, A.E.S, (2000) Management of Urinary Icontinence, *Journal of Clinizar Pharmacy and Therapeutics*, 25,251-263.

Song, Y.F., Zhong, W. J., Song, J., Xu, B. (2005). Prevalance and risk factors of urinary incontinence in Fushou Chinese women. *Chin Med J.*, 5, 118 (11): 887-92.

Stewart, WF., Van Rooyen, JB., Cundiff, GW. (2003). Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 20: 327–336

Şahin, Y., Hepgüler, S., Kirazlı, Y., Aksit, R., Semerci, B., Cüreklibatır, İ. (2000). Stres inkontinans tedavisinde biofeedback. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 1: 66–69

Şentürk, Ş., Kara, Mustafa. (2010). Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*,17(1)

Taşkın, L. (2007). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. VIII. Baskı. Sistem Ofset, Ankara.

Tanaka, J., Fukui, J. (2000). An approach to prevention of urinary incontinence Effectiveness guidance on training of pelvic floor for pregnant women. *ICS 2000 International Continence Society Annual Meeting, Tampere, Finland.*

Tetzchner, T., Sorensen, M., Jonson, L., Lose, G., Christiansen, J. (1997). Delivery and pudental nerve function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 76.324–31

Wein, A.J., Rovner, ES. (2002). Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 60: 7–12

Williams, K. (2004). *Stres Urinary Incontinence : Treatment and Support, Nursing Standart*, 18; 45-52,

Van Oyen, H., Van Oyen, P. (2002) Urinary Incontinence in Belgium, Prevalence, Correlates and Psychosocial Consequences, *Acta Clin Belg*, 57 (4):207-218

Yalçın, Ö. (2000). Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H.,*Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık*, Ankara: s. 19-27

Yang, X., Zheng, H., Liao, QP., Tao, RX., Fu, C., Peng, XL., Wang, D., Luan, YQ. (2004). Mode of delivery on urinary incontinence. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 39.662–5

Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F(2009).Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları *FTR Bil Der J PMR Sci*;12:42-50

Yip, SK., Cardozo, L. (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*;21:321-9.

Zaccardi, JE., Cox, SB. (2004). Evaluation and management. Female urinary incontinence. *AWHONN Lifelines*, 8.326–32.

Zhu, L., Long, J., Liu, C. (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Peking Union Medical College, Beijing, People's Republic of China* 16(4):831-6.

EKLER

Ek 1.

SORU FORMU

Soru Formu No:

BÖLÜM I-

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? ()

- a) 20- 30
- b) 31- 40
- c) 41- 50
- d) 51- 60
- e) 61 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Yüksekokul

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar (.....) Bekar olup Daha önce bir evlilik geçirmiş

4. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4
- f) diğer.....

5. Yaşayan çocuğunuz var ise yaşları.....

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. çocuk..... | 4. çocuk..... |
| 2. çocuk..... | 5. çocuk..... |
| 3. çocuk..... | 6. çocuk..... |

6. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır (8. soruya geçiniz)

7. Ne iş yapıyorsunuz? (Açıklayınız).....

8. Size göre gelir durumunuz nedir?

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere denk
- c) Gelir giderden fazla

9. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

BÖLÜM 2

ÜRİNER İNKONTİNANSA (Üİ) YÖNELİK SORULAR

Üİ BELİRLEMeye YÖNELİK SORULAR	VAR	YOK
1- Şu ana kadar öksürürken ya da hapşırırken hiç idrar kaçıırma probleminiz oldu mu? (stres inkontinans)		
2- Her hangi bir günlük aktiviteniz (spor yaparken, ev işleri yaparken, banyo yaparken v.b.) esnasında isteğiniz dışında idrar kaçıırmanız oldu mu?		
3- İdrara sıkıştığınızı hissettiğinizde idrar kaçıırmanız oldu mu? (sıkışma tip)		
4- Tuvalete gittiğiniz halde hemen sonrasında idrar kaçıırmanız oldu mu?(miks tip)		
5- İdrar yapmak için gece iki ve ikiden fazla tuvalete kalkar mısınız? (nokturu tip)		
6- Bunların dışında herhangi bir şekilde idrar kaçıırma durumu (diğer)		

Üriner inkontinans belirlemeye yönelik soruların en az bir tanesine 'var' diyen kadınlara sorulacaktır. (7-15. sorular)

7. Günde ortalama kaç kez idrara çıkarsınız?
Ortalama sayı.....
8. İdrar kaçıırma sıklığınız nedir?
a) ayda en az bir kez
b) ayda 2 ve daha fazla
c) haftada birkaç gün
d) her gün
e) Diğer (yazınız).....
9. Kaçırdığınız idrar miktarı ne kadardır?
a) bir ya da iki damla (hafif miktar)
b) ped ya da çamaşırları nemlendirecek kadar (orta miktar)
c) ped ve çamaşırları ıslatacak kadar (ciddi)
d) Diğer (yazınız).....
10. İdrar kaçıırma durumunuzdan dolayı ped kullanır mısınız?
a) Evet b) Hayır c) Bazen (açıklayınız).....
11. İdrar kaçıırma durumunu sağlık problemi olarak düşündünüz mü?
a) Evet b) Hayır
12. Daha önce bu durumdan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu?
a) Evet (14. soruya geçiniz) b) Hayır

13. Bir sağlık kurumuna başvurmadıysanız bunun nedeni sizce neydi? (bu bölüm bitti)
- a) Doktora gitmek için vakit bulamadım
 - b) Muayene olmaktan çekindiğim için doktora gitmedim
 - c) İdrar kaçırmak beni çok rahatsız etmiyor
 - d) Yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşündüm
 - e) evremde idrar kaçıran çok olduğu için normal olduğunu düşündüm
 - f) Diğer...
14. Tedavi oldunuz mu?
a) Evet b) Hayır
15. Tedavi olduysanız nasıl bir tedavi yapıldı?

BÖLÜM 3

ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN SORULAR

1. boyunuz.....kilonuz.....beden kitle indeksi.....
2. Daha önce hiç kafa travması ve omurilikle ilgili kaza geçirdiniz mi?
a) Evet b) Hayır
3. Şeker hastalığınız var mı?
a) Evet b) Hayır
4. Uzun süreli kabızlık probleminiz mevcut mu?
a) Evet b) Hayır
5. Ailenizde (anne, baba, kardeşte...) idrar kaçırma problemi yaşayan var mı?
a) Evet (Kimde var?.....
b) Hayır
c) Bilmiyorum
6. Uzun süredir devam eden (kronik), üriner sistem (idrar yolu) enfeksiyonunuz mevcut mu?
a) Evet b) Hayır
7. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, büyük abdestinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi gibi rahim sarkması probleminiz var mı? (genital prolapsus)
a) Evet b) Hayır (9. soruya geçiniz)
8. Şu anda bu Őikâyetiniz devam ediyor mu?
a) Evet b) Hayır

9. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, idrar yaparken zorlanma, sık sık idrara çıkma yada alt bölgenizde dolgunluk gibi idrar torbası sarkması şikayetiniz oldu mu? (sistosel)

a) Evet b) Hayır (11. soruya geçiniz)

10. Şu anda şikayetiniz var mı?

a) Evet b) Hayır

11. Büyük abdestinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi, kan gelmesi, yada makat bölgenizde ağrının olması gibi basur şikayetiniz var mı? (Hemoroid)

a) Evet b) Hayır

12. İdrar torbanızın, rahminizin, ya da diğer iç organlarınızın alt bölgenizden dışarıya sarktığından dolayı her hangi bir ameliyat oldunuz mu? (ön-arka onarım)

a) Evet b) Hayır

13. Daha önce kadın hastalıkları nedeniyle rahminizin alınmasıyla ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi? (Histerektomi)

a) Evet b) Hayır

14. Kaç kez gebe kaldınız?.....

(Hayır ise 29. soruya geçiniz)

15. Kaç doğum yaptınız?.....

16. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....

17. Son doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

18. Doğum şekliniz Normal --- Sezeryan

1. doğum...../.....

2. doğum...../.....

3. doğum...../.....

4. doğum...../.....

5. doğum...../.....

Tüm doğumlar sezeryan ise 24. soruya geçiniz)

19. (normal doğum için) Doğumlarınızda hiç 4 kg. ve daha fazla ağırlıkta bebek doğurdunuz mu?

a) Evet (açıklayınız sayısı, kaçınıcı doğum vb.....)

b) Hayır

20. (normal doğum için) Her hangi bir doğum eyleminiz zor (makat doğum vb.) oldu mu?

a) Evet b) Hayır

21. (normal doğum için) Her hangi bir doğum eyleminizin 24 saatten uzun sürdüğü oldu mu?

a) Evet b) Hayır

22. (normal doğum için) Doğumunuz dikişli mi oldu? (epizyotomi)

a) Evet b) Hayır

23. (normal doğum için) Doğumunuz esnasında yardımcı bir doğum materyali (vakum, forseps) kullanıldı mı? a) Evet b) Hayır

24. Hiç düşük yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır (26. soruya geçiniz)

25. Kaç kez düşük yaptınız?

a) 1 b) 2 c) 3 d) Diğer.....

26. Hiç kürtaj oldunuz mu?

a) Evet b) Hayır (28. soruya geçiniz)

27. Kaç kez kürtaj oldunuz?

a) 1 b) 2 c) 3 d) Diğer.....

28. Gebeliğiniz sırasında idrar kaçıрма probleminiz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

29. Menopoza girdiniz mi?

a) Evet b) Hayır (31. soruya geçiniz)

30. Menopoza girdikten sonra doktor tavsiyesi üzerine hormon hapi kullandınız mı?

a) Evet b) Hayır

31. Alt bölge kaslarını güçlendirici egzersizler hakkında bilginiz var mı?

a) Evet b) Hayır

32. Alt bölge kaslarını güçlendirme egzersizleri yapıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır (sorular bitmiştir)

33. Bu egzersizleri nasıl yapıyorsunuz?.....

34. Bu egzersizleri ne sıklıkta yapıyorsunuz?.....

EK 2: AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU:

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Merkezde Yaşayan 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Saptanması amacıyla 20 yaş üstü kadınları Bilgilendirme ve Onay Alma Formu

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinansın sıklığını ve risk faktörleri olanları saptamak amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, KKTC'de verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi bakımından son derece önemlidir. Bayanlarda olabilecek üriner inkontinansın önemini ortaya koyacaktır.

Sizde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu veriler, kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular

araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Halk Sağlığı hemşireliği bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Belkis Karataş tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem DURMAZ

Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın yüksek lisans öğrencisi Özlem DURMAZ tarafından, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütölmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir

parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Özlem DURMAZ 'a hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

araştırmacı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
DEVLET PLANLAMA ÖRGÜTÜ



Lefkoşa, 12 Ekim 2010

İLGİLİ MAKAMA

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Sayın Özlem Durmaz tez çalışmasında kullanılmak üzere ihtiyaç duyduğu Nüfus verilerini kurumumuzdan talep ederek almıştır. Ayrıca söz konusu şahıs tarafında gerçekleştirilen alan çalışmasında kendi yöntemlerine göre tespit ettiği örnek istatistik birimlerle ilgili olarak kurumumuza herhangi bir sorun yaratmamıştır.

Bu yazı 12/10/2010 tarihinde Sayın Özlem Durmaz'ın kurumumuza yaptığı yazılı talep üzerine hazırlanıp kendisine verilmiştir.

Bilgi ve gereğini saygılarımla arz ve rica ederim.

Güner Mükellef

İstatistik ve Araştırma Dairesi
Başkanı

/NÖ

Tel: (90) (392) 228 3141
Fax: (90) (392) 228 5988
E-Mail: dpo@devplan.org

LEFKOŞA – KKTC