

ESKİŞEHİR, BİLECİK, AFYON, KÜTAHYA İLLERİNDE 20 YAŞ VE ÜSTÜ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ, YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ*

Dr. Nebahat ÖZTAÇ ÖZERDOĞAN
O. Ü. Eskişehir Sağlık Yüksekokulu
Doç. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Nüfusa dayalı cross- sectional (kesitsel) olarak planlanan bu çalışmanın amacı; Eskişehir, Afyon, Kütahya, Bilecik illerinde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

Çalışma grubu İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı Sağlık Ocakları'nın 2000 yılı nüfus kayıtlarından, yerleşim bölgesi ve yaşa göre tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 625 kadından oluştu. Araştırmada veriler araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Patrick ve diğ. (1999) tarafından geliştirilen, Incontinence Quality of Life - I-QOL (Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği) kullanılarak toplandı. Veri toplama araçları ev ziyaretleri yapılarak karşılıklı görüşme yöntemi ile toplandı.

Elde edilen verilere göre üriner inkontinansın prevalansı %25.8'di. İleri analiz tekniklerinden lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre üriner inkontinans; beden kitle indeksinin normalden fazla olması (OR 12.75, 95% CI 6.68-24.6), diyabet (OR 3.55, 95% CI 1.44-8.73), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme(OR 4.73, 95% CI 2.52-8.88), nörolojik hastalık bulunması durumu (OR 3.80, 95% CI 1.69-8.58) ile anlamlı olarak ilişkili idi. Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitesini hafif ya da orta derecede etkilemekteydi. Yaşam kalitesindeki bozulma, istatistiksel olarak üriner inkontinansın tipi ($p<0.001$), inkontinans epizodlarının sıklığı ($p<0.001$), kaçırılan idrarın miktarı ($p<0.001$), cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaya ($p<0.001$) bağlı olarak anlamlı derecede artmaktaydı.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, Prevalans, Risk faktörleri, Yaşam kalitesi

* Bu araştırma, İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce 2003 yılında kabul edilen doktora tezi özettir.

SUMMARY

The Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Its Influence on the Quality of Life in 20 Years or Older of Women in Eskişehir, Afyon, Kütahya , Bilecik Cities:

The aim of this population-based cross-sectional study was to determine the prevalence, risk factors of UI on 20 year or older women and assess its influence on the quality of life.

The study group was comprised of 625 women designated with the stratified sampling technique according age and settlement district of 2000 year's population according to health registrations. The data were collected by using questionnaire are developed by researcher and the Urinary Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL) are developed by Patrick et al (1999). Questionnaire and QOL Instrument was carried out by home visits and face to face interview.

The prevalence of urinary incontinence was 25.8%. Logistic regression analysis showed that, UI was significantly associated with body mass index (OR 12.75, 95% CI 6.68-24.6), diabetes mellitus (OR 3.55, 95% CI 1.44-8.73), neurologic disorders (OR 3.80, 95% CI 1.69-8.58), recurrent urinary tract infections (OR 4.73, 95% CI 2.52-8.88).

Impairment of quality of life was related as statistically significant to type of UI ($p<0.001$), frequency of incontinence episodes ($p<0.001$), amount of leakage ($p<0.001$), incontinence at during sexual intercourse ($p<0.001$).

Key Words: Urinary incontinence, Prevalence, Risk factors, Quality of life

GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) için kullanılan mevcut tanımların epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmayışı, standart bir tanım oluşturma ihtiyacını ortaya çıkarmış, bu ihtiyaca yönelik olarak Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society - ICS), 2002 yılında Üİ'ı semptom, bulgu ve ürodinamik veriler temelinde üç farklı kategoride tanımlamıştır. ICS, Üİ'ı semptom olarak "miktarı ne olursa olsun istemsiz olarak oluşan idrar kaybı şikayeti" olarak ifade etmiştir

ICS inkontinans tiplerini; stres, urge, miks, overflow (taşma), transient (fonksiyonel-geçici), total (devamlı) inkontinans şeklinde ayırmaktadır. İnkontinans hastalarının ortalama olarak % 95'inde görülen inkontinans tipi; stres, urge ve miks inkontinanstır. Semptom olarak, stres inkontinans (Sİ); "hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı şikayeti", urge inkontinans (Üİ); "sıkışma hissinden hemen önce ya da sıkışma ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı şikayeti" olarak tanımlanmaktadır. Miks ink. (Mİ) her iki inkontinans durumunun birlikte bulunması durumu olarak ifade edilmektedir (Abrams, 2002; Gallo ve ark., 1997).

Üİ'in prevalansı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olup, bu oran ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde beklenen yaşam

süresinin artışı ile yaşlı nüfus oranlarındaki yükselme, Üİ'nin prevalans oranlarını da yükseltmiştir. Bu durum Üİ'nin önlenmesi ve tedavisi için yapılan sağlık harcamalarını önemli ölçüde artırmıştır (Hampel et al, 1997; Milsom, 2000; Thom, 2000).

Hampel ve ark. (1997) 48 epidemiyolojik araştırmayı inceledikleri çalışmalarında, kadınlarda Üİ prevalans değerlerinin %12 ile %53 oranları arasında, Thom (1998) ise 21 literatürü incelediği çalışmasında, %2 ile %55 oranları arasında değişim gösterdiğini saptamışlardır. Sonuç olarak Üİ tanımında kullanılan inkontinans epizodlarının sıklığına yönelik ifadelerin, araştırma metodolojilerinin prevalans oranları üzerinde önemli etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Ülkemizde Üİ prevalansının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar az sayıda olup, sınırlı bölgelerde yapılmışlardır. Demirci ve ark. (1999) postmenopozal dönemdeki kadınlarda Üİ prevalansını %56.4, son ayda iki ya da daha sık idrar kaçırma oranını %37 olarak belirlemiştir. Maral ve ark. (2001) 15 yaş üstü kadınlarda Sİ prevalansını % 20.8, Güneş ve ark. (2000) 20 yaş ve üstü bayanlarda Üİ prevalansını %49.7, Turan ve ark. (1996) 18-44 yaş arasındaki kadınlarda %24.5 olarak bulmuşlardır.

Üİ'nin risk faktörleri çeşitli olup; yapısal, ürojinekolojik, nörolojik, davranışsal olarak sınıflandırılmaktadır (Hampel, 1997). Üİ, yaşam için doğrudan bir tehdit oluşturmasa da kadınların % 15-30'unda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Üİ nedeniyle bireylerin sosyal, fiziksel, psikolojik durumları, ev, iş ve cinsel yaşamları olumsuz etkilenmektedir.

Bireylerin yaşamları ile ilgili genel doyumları ve iyilik durumlarını algılayışları olarak tanımlanan yaşam kalitesi, büyük oranda subjektif bir kavram olup; kişisel ve kültürel değerler, inançlar, kendini algılama, hedefler ve yaşam beklentisinin etkisi ile şekillenir. Bu nedenle objektif bulgular ile hasta yakınmaları arasında farklılık görülebilir. Yaşam kalitesindeki etkilenmenin düzeyini belirlemek için çeşitli madde ve sorulardan oluşan ölçekler kullanılmaktadır (Macdonagh, 1996; Thom, 2000).

Üriner inkontinansa yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesinde, multidisipliner bir ekip yaklaşımı sağlanmalıdır. Bu ekibin bir üyesi olan hemşirenin bütüncü bakım anlayışı çerçevesinde mesleki rollerini kullanarak, üriner inkontinansa sağlık hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi aşamalarında aktif olarak görev alması gerekir (Aslan, 1999).

AMAÇ

Prevalans oranının ve risk faktörlerinin bilinmesi, Üİ'nin önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında veri tabanı sağlayacağından önemlidir. Ayrıca inkontinans durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, bu alanda verilen sağlık hizmetinin daha nitelikli olmasını ve böylece kadının yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayacağından bu çalışma; Eskişehir, Bilecik, Afyon ve Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda Üİ'nin prevalansını, risk faktörlerini ve Üİ'a sahip kadınların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Çalışma kesitsel (cross-sectional) araştırma özelliğinde idi.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini; sağlık ocaklarının 2000 yılı ETF (ev tespit fişi) kayıtlarından elde edilen, Eskişehir (235719), Afyon (203569), Kütahya (188303) ve Bilecik (59169) illerinde yaşayan, toplam 686760 kişiden oluşan 20 yaş ve üzeri kadın nüfusu oluşturdu. Evreni temsil edecek olan örneklem hacmi, 0.02'lik standart sapmaya göre 625 kişi olarak belirlendi (Sabuncu, Akbulut 1993). Evrenin temsil gücünün artırılması için, yaş grupları ve yerleşim birimleri (kent, köy) nüfusları dikkate alınarak, tabakalı örnekleme yöntemine göre örneklem seçimi yapıldı.

Verilerin Toplanması: Verilerin toplanmasında anket formu, Üİ'lı hastalara özgü geliştirilmiş olan yaşam kalitesi ölçeği ve kilo değerlerini elde etmek için baskül kullanıldı.

Yayınlanmış literatür bilgilerinin temelinde araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, 36 sorudan oluşturuldu. Bu formda; kadınların demografik özellikleri, Üİ'nin varlığı, tipleri, risk faktörleri, cinsel ilişki sırasında idrar tutamama durumuyla ilgili sorulara yer verildi.

Anket formunda Üİ varlığı, Thomas kriterlerine göre üç alt gruba bölünerek tanımlandı. Ayda bir ya da daha az sıklıkta idrar kaçırma durumu "nadir inkontinans", ayda iki ya da ikiden daha sık idrar kaçırma durumu "düzenli inkontinans", idrar kaçırma sıklığına bakılmaksızın sürekli ped kullanmayı gerektirecek derecedeki inkontinans "ciddi inkontinans" olarak

açıklandı. İnkontinans tiplerinden Sİ; “fiziksel aktivite, gülme, öksürme ve hapşırma sırasında idrar kaçıрма”, Uİ; ”ani idrar yapma hissiyle sıkışıp tuvalete yetişemedi idrar kaçıрма”, Mİ ise;”her iki durumda da idrar kaçıрма” şikayeti olarak ifade edildi.

Araştırmada idrar yolu enfeksiyonu dışındaki diğer tıbbi hastalıklar, hekim tarafından tanılanmış olması koşulu aranarak sorgulandı. İdrar yolu enfeksiyonu geçirilmesi durumu “son bir yılda en az iki kez küçük miktarlarda sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma, ağrı şikayetiniz oldu mu?” sorusuyla değerlendirildi. Örneklem grubuna uygulanmadan önce, anket formunun pilot çalışması 30 kişilik kadın grubunda yapıldı ve forma son şekli verildi.

Üİ’in kadınların yaşam kalitesini etkileme durumu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden (Incontinence Quality of Life - I-QOL) alınan puanlarla değerlendirildi. İlk versiyonu 1996 yılında geliştirilen, 1999 yılında Patrick, Martin, Bushnell, Yalcın, Wagner ve Buesching tarafından tekrar düzenlenerek son şekli verilen ölçeğin üç alt ölçeği bulunmakta idi. Bunlar; davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyondur. 22 maddeden oluşan İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde, bütün maddeler beş kategorilik Likert tipi skalada değerlendirilmekte ve hesaplanan toplam puan, 0’dan (en düşük yaşam kalitesi) 100’e kadar olan (en yüksek düzeydeki yaşam kalitesi) ölçek değerine dönüştürülmekte idi (Patrick ve ark., 1999).

Ölçek için “Medikal Outcomes Trust” kurumundan kullanım izni alındı. Ölçeğin dil eşdeğerliliğini sağlamak için ölçek ve çevirisi 15 uzman görüşüne sunuldu. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlik çalışmasında, Cronbach Alfa ve Test-retest istatistik testleri kullanıldı. Tablo 1’deki sonuçlardan da görüldüğü gibi değerler, ölçeğin istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir, dolayısı ile uygulanabilir olduğunu göstermekte idi.

Tablo 1. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Alan Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışmasında Elde Edilen Cronbach Alfa, Test-retest Değerleri

Ölçek ve alt alan ölçekleri	Cronbach’s Alfa	Test-Retest
İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği (22 madde)	.96	.97
Davranışların sınırlanması (8 madde)	.88	.93
Psikososyal etkilenme (9 madde)	.92	.95
Sosyal izolasyon (5 madde)	.90	.94

Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları, Eskişehir'de Osmangazi Üniv. Tıp Fak. Jinekoloji Polikliniği'nde 3 Eylül-18 Ekim 2001 tarihleri arasında 30 kadın üzerinde gerçekleştirildi.

Anket formu ve Üİ yaşam kalitesi ölçeği; Eskişehir, Bilecik, Afyon ve Kütahya İl Sağlık Müdürlüklerinin Sağlık Ocaklarına bağlı olan bölgelerinde, Kasım ayı 2001 - Temmuz ayı 2002 tarihleri arasında ev ziyaretleriyle, karşılıklı görüşme yapılarak uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayarda SPSS 10.0 for Windows istatistik paket programında; yüzdeler, chi-square (χ^2), student t testi, tek yönlü varyans analizi (çoklu karşılaştırmalar-LSD) ayrıca lojistik regresyon (logistic regression) analizi yöntemi kullanılarak yapıldı. Üİ ile risk faktörlerinin ilişkisi chi-square (χ^2) analizi ile değerlendirildi. Üİ'nin gelişmesinde risk faktörü olabileceği düşünülen değişkenlerle lojistik regresyon analizi yapıldı ve inkontinansın oluşmasını açıklayıcı değişkenler bulundu. Üİ'nin kadınlarda yaşam kalitesi düzeyindeki farklılıkları oluşturan nedenlerin belirlenebilmesi için, ikili gruplarda student t testi, ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi yöntemleri kullanıldı. İstatistiksel yöntemlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Demografik bulgular değerlendirildiğinde; genç ve orta yaş grubundaki kadınların (%49'u 20- 39 yaş grubunda) yaşlı nüfustan daha fazla olduğu saptandı. Okur- yazar olmayan grubun oranı %9.4, ilkokul mezunu olanların oranı %50.9'du. Kadınların büyük bir kısmı evli (%86.4) ve çalışmıyordu (%79.2). Ortalama olarak dört kadından biri köyde yaşamaktaydı.

Araştırma grubundaki kadınların obstetrik ve jinekolojik verileri incelendiğinde; her beş kadından birinin dört ve dördün üzerinde doğum yaptığı, bu doğumların büyük bir bölümünün (%86.6) vaginal doğumla gerçekleştiği belirlendi. Tüm doğumların %25'inin evde gerçekleştiği, iri bebek doğumunun yaygın olduğu (%22.5), epizyotominin doğumların %43.3'ünde uygulandığı saptandı. Kadınların üçte birinin menopoza girmiş olduğu, %9.6'sının jinekolojik ameliyat geçirdiği ve hormon replasman tedavisi (HRT) tedavisi aldığı belirlendi.

Genel sağlık durumlarıyla ilgili verilerde; kadınların ortalama yarısının şişman olduğu, ¼'ünün sigara kullandığı ve kronik kabızlık şikayeti olduğu belirlendi. Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme (%19) ve uzun süreli ilaç (antihipertansif, antidiyabetik, analjezik, kardiyotonic ve antidepresan grubu ilaçlar) kullanımı (%31.5) yaygındı. %6.6'sında diyabet, %7.5'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %11.2'sinde nörolojik hastalık olduğu saptandı.

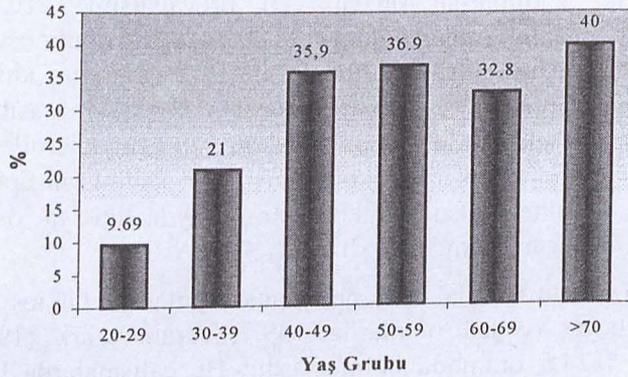
İnkontinans tanımlarını kullandığımız Thomas ve ark. (1980) 25 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda; düzenli Üİ prevalansını %10.02, nadir Üİ prevalansını %15.7 oranında (toplam prevalans %25.7) bulmuşlardır. Hampell ve ark. (1997) araştırmamızda kullandığımız Üİ tanımının kullanıldığı sekiz çalışmada, kadınlardaki prevalans oranlarının %4.5-37 arasında değiştiğini saptamışlardır. Çalışmamızda Üİ prevalansı literatür sonuçları ile uyumlu olarak %25.8 olarak belirlendi. Nadir inkontinans olan kadınların oranı %9.3, ciddi inkontinansla birlikte düzenli inkontinansı (ayda iki ya da ikiden fazla inkontinans) olanların oranı %16.5'ti.

Ülkemiz kadınlarındaki Üİ prevalans oranlarını; Güneş ve ark. (2000) Malatya'da 20 yaş ve üstü olanlarda %49.7, Turan ve ark. (1996) Ankara'da (18-44 yaş) %24.5 oranında bulmuşlardır. Bu çalışmalarda Üİ "son bir yıl içinde olan idrar kaçırma durumu" olarak tanımlanmıştır.

Üİ'ı olan kadınlarda Sİ görülme oranı %42.9, Uİ oranı %27.3, Mİ oranı %29.8 olarak belirlendi. Çalışma sonuçlarımıza paralel olarak, Hampel ve ark. (1997) 48 epidemiyolojik araştırmayı inceledikleri çalışmada, Sİ prevalansını %49, Uİ prevalansını %22 ve Mİ oranını da %29 olarak belirlemişlerdir. Hunskaar ve ark. (2000) 11 araştırmayı inceleyerek Üİ tiplerinin prevalans oranlarını Sİ için %48, Uİ için %17, Mİ içinse %34 olarak saptamışlardır.

χ^2 analizlerine göre kadınların eğitim düzeyi, medeni ve çalışma durumları, artan yaş, beden kitle indeksinin normalden fazla olması Üİ gelişmesinde etkisi olan faktörlerdi. Üİ'nin eğitim süreleri düşük, evli ve çalışmayan kadınlarda daha sık görüldüğü saptandı. Ancak bu ilişkilerdeki belirleyici faktör yaş değişkeni idi. Genç yaşlardaki kadınlarda yaşlılara oranla eğitim düzeyi yüksek, bekar ve çalışan kadın oranı fazla idi. Üİ görülme sıklığı ile yaşanan il ve yerleşim birimleri arasında ilişki yoktu. Literatürde bizim çalışmamızla paralel olarak Üİ gelişmesinde beden kitle indeksinin normalden fazla olmasını risk faktörü olarak bulan çalışmalar olduğu gibi (Demirci ve ark., 1999), (Klingler ve ark., 2000), (Luna ve ark., 2000), (MacLennan ve ark., 2000), (Sherburn ve ark., 2001), bu ilişkiyi bulamayan çalışmalarda (Peyrat ve ark., 2002) vardır.

Araştırmamızda kadınlarda Üİ görülme oranının yaşın artmasına paralel olarak artış gösterdiği ($p < 0.001$), 20-29 yaş grubunda 9.69'dan, 60-69 yaş grubunda hafif bir düşme olsa da 70 ve üzeri yaş grubunda %40'lara yükseldiği görülmektedir (Şekil 1). Bulgumuzla uyumlu olan çalışmalar (Aggazzotti ve ark., 2000), (Klingler ve ark., 2000), (Samuelsson ve ark., 2000) olduğu gibi, artma olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (8).

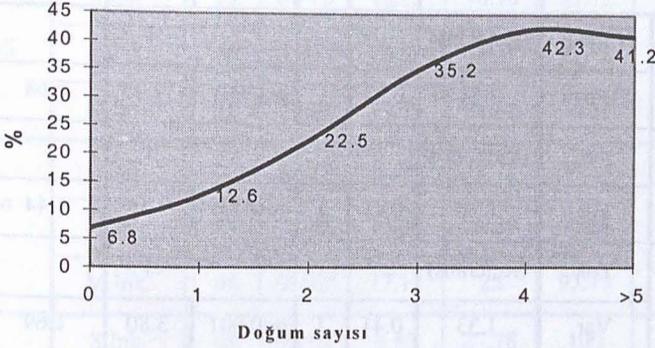


Şekil 1: Kadınların yaş gruplarına göre Üİ dağılımları

χ^2 analizlerine göre doğum sayısının fazlalığı, vaginal doğum, evde doğum, iri bebek doğumu, epizyotomisiz doğum, jinekolojik ameliyat ($\frac{3}{4}$ ' lük kısmı histerektomi olmak üzere myomektomi ve salpenjektomi operasyonları) geçirme, Üİ gelişimi ile ilgili obstetrik ve jinekolojik risk faktörleri olarak belirlendi. Üİ prevalansı, menopoz yılı ve HRT' nin alınıp alınmamasına göre değişiklik göstermiyordu. Araştırma sonuçlarımızla paralel, Üİ gelişmesinde vaginal doğumu (Demirci ve ark., 1999), (MacLennan ve ark., 2000), (Persson ve ark., 2000), (Peyrat ve ark., 2002), iri bebek doğumunu (Demirci ve ark., 1999), (Persson ve ark., 2000), jinekolojik ameliyat geçirmeyi (Klingler ve ark., 2000), (Peyrat ve ark., 2002), (Milsom ve ark., 1993) risk faktörü olarak bulan çalışma sonuçlarının yanısıra, Üİ gelişmesini vaginal doğum (Jolleys, 1988), (Luna ve ark., 2000), ve epizyotomisiz doğumla (MacLennan ve ark., 2000) ilişkili bulmayan çalışma sonuçları da vardı.

Üİ görülme oranı dördüncü doğuma kadar, doğum sayısı arttıkça doğrusal olarak artmakta idi (Şekil 2). Araştırma bulgularımızla uyumlu; Samuelsson ve ark. (2000), Milsom ve ark. (1993), Güneş ve ark. (2000), Demirci ve ark. (1999) araştırmalarında parite ile inkontinansın doğrusal olarak arttığını

belirlemişlerdir. Bu ilişkiyi bulamayan çalışmalar da vardır (Brown ve ark., 1999), (Burgio ve ark., 1991), (Hording ve ark., 1986).



Şekil 2: Doğum sayılarına göre Üİ görülme oranı

χ^2 analizlerine göre Üİ görülme oranı; diyabeti, nörolojik hastalığı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, kronik kabızlığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda anlamlı olarak artmaktaydı. Bulgularımızla uyumlu olarak Üİ gelişimi ile diyabet (Güneş ve ark., 2000), (Klingler ve ark., 2000), (MacLennan ve ark., 2000), (Maral ve ark., 2001), (Persson ve ark., 2000), nörolojik hastalık (Aggazzotti ve ark., 2000), tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu (Aggazzotti ve ark., 2000), (Sherburn ve ark., 2001), kronik kabızlık (Aggazzotti ve ark., 2000), (Demirci ve ark., 1999), (Sherburn ve ark., 2001) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (MacLennan ve ark., 2000), olmasını ilişkili bulan araştırma sonuçları vardı. Araştırma verilerimize göre sigara kullanılması Üİ görülme sıklığını etkilemiyordu. Ancak sigara kullanımını Üİ gelişmesinde risk faktörü olarak bulan araştırmalar da vardı (Samuelsson ve ark., 2000).

Tablo 2: Lojistik Regresyon Analizine Göre Üİ'ta Risk Faktörleri

Üİ Risk Faktörleri		B	S.E	sd	p	OR	% 95 CI	
							Alt değer	Üst değer
BKİ	Normal	(Referans)				1		
	Şişman	2.54	0.33	1	p<0.001	12.75	6.68	24.36
Diyabet. m.	Yok	(Referans)				1		
	Var	1.26	0.45	1	p=0.005	3.55	1.44	8.73
Nörolojik hastalık	Yok	(Referans)				1		
	Var	1.33	0.41	1	p<0.001	3.80	1.69	8.58
İdrar yolu enfeksiyonu	Yok	(Referans)				1		
	Var	1.55	0.32	1	p<0.001	4.73	2.52	8.88

Lojistik regresyon analizine göre Üİ varlığını açıklayan bağımsız değişkenler tablo 2'de sunulmuştur. Bu analiz sonuçlarına göre, Üİ gelişme olasılığı; beden kitle indeksine göre şişman olanlarda olmayanlara göre 12.75 kat, diyabetli olanlarda olmayanlara göre 3.55 kat, nörolojik hastalığı bulunanlarda 3.80 kat, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirenlerde 4.73 kat daha fazlaydı.

Üİ yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlara göre (55 - 94.97), Üİ kadınların yaşam kalitelerini hafif ya da orta derecede etkilemekteydi. I-QOL ölçeğinin alt ölçeklerinden sosyal izolasyon yaşama durumu, yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği alandı. Olumsuz etkilenmeyi ikinci sırada davranışların sınırlandırılması, daha sonra da psikososyal etkilenme alanı izliyordu. Bizim araştırma bulgumuza benzer olarak, yaşam kalitesinin en olumsuz etkilendiği alanın sosyal izolasyon yaşama durumu olduğunu gösteren çalışma sonuçları vardır (Lam ve ark., 1992), (Patrick ve ark., 1999) (Sandvik ve ark., 1993).

Üİ tiplerine göre Sİ'ı olan kadınlar Uİ'ı olan kadın grubuna, Uİ'ı olanlar da Mİ'ı olan gruba göre daha iyi yaşam kalitesine sahiplerdi (Tablo 3). Simeonova ve ark. (27), Sandvik ve ark. (1993), Hagglund ve arkadaşlarının (2001) çalışma sonuçları bulgularımızla paraleldir.

Tablo 3: Üİ Tiplerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki Farklılık

Yaşam kalitesi ölçeği ve alt ölçekleri	İnkontinans tipi		X	SS	Minim.	Maksim.	İki yönlü anlamlılık
Ölçeğin geneli	S İnk.	69	88.16	10.75	18.18	97.73	F=17.42 p<0.001
	U İnk.	44	82.57**	13.73	34.09	97.73	
	M İnk.	48	73.25*	16.38	31.82	94.32	
Davranışların sınırlandırılması	S İnk.	69	86.19	12.90	18.75	96.88	F=26.12 p<0.001
	U İnk.	44	78.34**	15.06	28.13	96.88	
	M İnk.	48	66.02*	17.12	25	93.75	
Psikososyal etkileri	S İnk.	69	93.92	9.88	27.78	100	F=8.16 p<0.001
	U İnk.	44	90.53	12.99	44.44	100	
	M İnk.	48	83.80*	17.48	33.33	100	
Sosyal izolasyon	S İnk.	69	80.94	14.28	0	100	F=10.87 p<0.001
	U İnk.	44	75.00**	16.39	25	100	
	M İnk.	48	65.83*	21.42	15	100	

* Sİ veÜİ gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük puan ortalamalarına sahip (p< 0.05).

** Sİ grubundan anlamlı derecede daha düşük puan ortalamalarına sahip (p< 0.05).

İnkontinans epizodlarının sık olduğu kadınlar olmayanlara göre, kaçırılan idrar miktarı fazla olan kadınlar az olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahipti (p<0.001). Üİ'lı kadınların yaşları, eğitim durumları, yerleşim birimleri ve diyabetli olup olmamaları, yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktaydı. Sık idrar yolu enfeksiyonu olan ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçıran Üİ'lı kadınların yaşam kaliteleri bu durumların olmadığı inkontinanslı kadınlara oranla daha düşüktü (p<0.001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak araştırma bulgularımız, Üİ'nin ilerleyen yaşla birlikte artış gösterse de her yaştaki ve sosyal düzeydeki kadında yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Araştırma bölgemizdeki kadınlar için Üİ'nin gelişiminde rol oynayan en önemli risk faktörleri; obesite, kronik hastalıklar (diyabet, nörolojik hastalık), sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumudur.

Üİ nedeniyle kadınların yaşam kaliteleri hafif ya da orta derecede olumsuz olarak etkilenmektedir. Yaşam kalitesinin etkilenmesinde rol oynayan faktörler çeşitli ve çok yönlüdür. Araştırmamızın sonuç bulguları ışığında önerilerimiz şunlardır:

- Bizim araştırma bulgularımız belli bir bölgeyi kapsadığı, bundan dolayı da ülke nüfusuna genellenemeyeceği için, daha geniş alanda ve örnekleme prevalans araştırmaları yapılmalıdır.
- Kadınlarda üriner inkontinansın gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin önlenmesi ve giderilmesine yönelik çalışmaların yapılması ve yaygınlaştırılması gereklidir.
- Üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkileri konusunda toplumu ve sağlık profesyonellerini bilinçlendirmeye yönelik olarak, üriner inkontinans konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından, eğitim faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Bütün hemşirelerin inkontinans sorunu olan kişilerin ilk değerlendirmelerini yapabilmeleri için hizmet içi eğitim programları ile bu konuda bilinçlendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Üriner inkontinanslı kişilerin danışmanlık alma, eğitim ve tedavi hizmetleri için başvurabilecekleri ünitelerin hastaneler bünyesinde kurulması, ayrıca bu konuyla ilgili olarak çalışan resmi, özel ve gönüllü kuruluşların yaygınlaştırılması ve bu kurumlarda hemşirelerin ekip içerisinde aktif rol almaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abrams P, Cordazo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck, WA (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics*, 21: 167-178.

- Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, Santacrose S, Artibani W (2000). Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: A cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in northern Italy. *Urology*, 56(2):245-249.
- Aslan E. Stres İnkontinansta Ped Testin Önemi ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Hemşirelik) Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
- Brown JS, Grady D, Ouslander JG, Herzog G, Varner RE, Posner SF, HERS Research Group (1999). Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 94 (1) :66-70.
- Burgio KL, Matthews KA, Engel BT (1991). Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged Women. *J Urology*, 146: 1255-1259.
- Demirci F, Özden S, Yücel N, Yaltı S, Demirci E (1999). Türkiye’de postmenapozal kadınlarda inkontinans prevalansı. *İstanbul Jinekolojisi ve Obstetri Dergisi*, 3:138-142.
- Gallo LM, Fallon JP, Staskin RD (1997). Urinary incontinence: steps to evaluation, diagnosis and treatment. *The Nurse Practitioner*, 22 (2): 21-44.
- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E (2000). Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7 (1) : 54-57.
- Hagglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J (2001). Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(11): 1051- 1055.
- Hampel C, Wienhold N, Benken C, Eggersmann C, Thüroff JW (1997). Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*, 50 (Suppl 6A) : 4-14.
- Hording U, Pedersen K, Sidenius K, Hedegaart L (1986). Urinary incontinence in 45 year-old-women. *Scand J Urol Nephrol*, 20:183-186.
- Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR (2000). Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 11:301-319.
- Jolleys JV (1988). Reported Prevalence of urinary incontinence in women a general practise. *BMJ*, 296: 1300-1302.
- Klingler HC, Schmidbauer J, Temmel C, Haidinger G, Madersbacher S (2000). Risk factors for urinary incontinence in men and women, ICS 2000 Tampere; posters, <http://www.icsoffice.org/publications/2000/POSTERS> (5.06.2001).
- Lam GW, Folsparang A, Elving IB, Mommsen S (1992). Social context, social abstention and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence. *Danish Medical Bulletin*, 39(6): 565-570.
- Luna MTC, Hirakawa T, Nokano (2000). Urinary incontinence in women seen in the obstetrics and gynecology clinic. *International Urogynecology Journal*, 11:277-281.

- MacLennan, AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107: 1460-1470.
- Macdonagh R (1996). Quality of life and its assessment in urology. *British Journal of Urology*, 78(4) : 485-496.
- Maral I, Özkardeş H, Peşkirioğlu L, Bumin MA (2001). Prevalence of stress incontinence in both sexes at or after age 15 years. *The Journal of Urology*, 165 : 406-412.
- Milson I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B (1993). The influence of age, parity, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *The Journal of Urology*, 149:1459-1462.
- Milson I (2000). The prevalence of urinary incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79:1056-1059.
- Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP (1999). Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*, 53: 71-76.
- Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydstroem (2000). Obstetric risk factors for urinary incontinence: A population-based study. *Obstetric & Gynecology*, 96 (3): 440-445.
- Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y (2002). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. 89(1):61-66.
- Sabuncu H, Akbulut T (1993). Epidemiyoloji. Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Samuelsson E, Victor A, Svardsudd K (2000). Determinants of urinary incontinence in a population of young and middle-aged women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79: 208-215.
- Sandvik H, Kveine E, Hunskar S (1993). Female urinary incontinence psychosocial impact, self care and consultation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7:53-56.
- Sherburn M, Guthrie JR, Dudley EC, O'Connell HE, Dennesrtein L (2001). Is incontinence associated with menopause. *Obstetrics & Gynecology*, 98 (4): 628-633.
- Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW (1980). Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J*, 281: 1243-1245.
- Thom D (1998). Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46 (4): 473-480.
- Thom, HD (2000). Overactive bladder: Epidemiology and impact on quality of life. *Contemporary OB/ GYN*, [http:// www.findarticles.com](http://www.findarticles.com) (5.06.2001).
- Turan C, Zorlu C, Ekin M (1996). Urinary incontinence in women of reproductive age. *Gynecologic and Obstetric Invest*, 41: 132-134.