

T. C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği)

ÜROGENİTAL PROLAPSUS TANISI ALMIŞ KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF ÖZDEMİR

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi MÜYESSER ERDEM

Prof. Dr. GÜLŞEN VURAL

2018

GAZİANTEP

TEZ ONAY SAYFASI

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Elif ÖZDEMİR	Tez Savunma Tarihi	08.06.2018
Tez Adı	Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi		

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı (Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği) kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD./ Halk Sağ. Hem. Öğ. Üy.	<i>m.erdem</i>
Üye	Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU	SANKO Ü./SBF Hemşirelik AD./ Doğum ve Kadın Hast. Hem. Öğ. Üy.	<i>Türkan</i>
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Semra ÇEVİK	Gaziantep Ü./SBF Hemşirelik AD./ Doğum ve Kadın Hast. Hem. Öğ. Üy.	<i>Semra</i>

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih : ____/____/____

Karar No : ____/____/____

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

--/--/2018

Elif ÖZDEMİR

TEŞEKKÜR

Çalışmamda birçok değerli insanın katkıları olmuştur. Başta çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan, elindeki her bilgiyi bizimle paylaşmaktan çekinmeyen, mesleğini özverili ve onurlu şekilde sürdürerek bizlere örnek olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM'e ve beni bu araştırmaya yönlendirerek Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğine olan sevgimin katlanmasına sebep olan, ilgisi ve bilgisi ile bana her konuda örnek olan Sayın Prof. Dr. Gülşen VURAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitim süremiz boyunca bize kendi alanları ile ilgili eşsiz bilgiler katan Hocalarım; Sayın Prof. Dr. Arzu TUNA, Sayın Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU ve Sayın Doç Dr. Medet KORKMAZ'a ve tez çalışmamın analizlerinde bana yardım ederek değerli bilgilerini benimle paylaşan Sayın Doç. Dr. Seval KUL'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamı hastanelerinde yapmama onay veren SEV Amerikan Hastanesi yönetimine ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayın Dr. Ramazan SÜRÜCÜ ve Dr. Faruk BEKİR'e teşekkür ederim.

Bu araştırmanın veri tabanını sağlayan katılımcılara teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde katkısını ve desteğini esirgemeyen, gösterdikleri manevi destek ve tahammülleri ile başarıya ulaşmamı sağlayan canım aileme ve iş ortamında motivasyonumu sağlayarak bana güç veren mesai arkadaşlarıma ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Özdemir, E, Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği), Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018

Pelvik organ prolapsusları (POP) ileri yaş kadınlarda sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışma; ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlarda, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini 2016 yılı içinde Gaziantep Özel SEV (Sağlık Eğitim Vakfı) Amerikan Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran tüm ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlar oluştururken örneklem olarak kliniğe 1 Ocak-30 Haziran 2017 tarihleri arasında başvurmuş olan kadınlar alınmıştır. Verilerin toplanmasında, anket formu ve prolapsus yaşam kalitesi (P-YK) ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 24.0 programında değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %62,5'i 49 yaş ve altında, % 48,6'sı orta öğrenim mezunu ve %73,6'sı çalışmamaktadır. Kadınların % 30,5'i 3 kez gebe kalmış, %30,5'i iki doğum yapmıştır. Kadınların %62,5'i menopoza girmemiş ve %51,4'ünün ailesinde POP öyküsü bulunmamaktadır. Kadınların %81,9'u ürogenital prolapsus semptomları sebebiyle daha önce hastaneye başvurmamış, %87,5'i ise daha önce ürogenital prolapsusla ilgili tedavi almamıştır. Araştırmaya katılan kadınlar, sağlık kuruluşlarına en sık; idrar kaçırma (%93,1), kasık ağrısı (%73,6) ve vajenden ele gelen kitle (%58,3) şikayetleri ile başvurmuştur. Kadınlar bu şikayetleri %63,8 oranı ile 6 ay ve 5 yılı arasında yaşamaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre P-YK'nın en çok etkilenen alt alanları; fiziksel sınırlılıklar, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi ve genel sağlık algısı alanları olmuştur. Genel olarak ürogenital prolapsus; kadınların günlük aktivitelerini, sosyal hayatını, kişisel ilişkilerini ve uyku kalitelerini etkilemekte olup, kadının yaş, eğitim, beden kütle indeksi (BKİ) gibi demografik özelliklerinden ve POP semptomlarının görülme şiddetinden etkilenmektedir.

Bu çalışma ürogenital prolapsusun sık yaşanan ve kadınların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sorunu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin POP'un gelişmesini engelleme, erken tanı ve tedavi için gerekli eğitim ve danışmanlığı sağlaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pelvik organ prolapsusu; kadın; yaşam kalitesi; inkontinans; pelvik taban bozuklukları.

ABSTRACT

Özdemir, E, Determination of the Quality of Life in Urogenital Prolapse Diagnosed Women, SANKO University Institute of Health Sciences, Department of Nursing (Birth And Gynecological Nursing), Gaziantep, 2018

Pelvic organ prolapse (POP) is an important health problem that is common in older women. This study is a descriptive one to determine the effect of urogenital prolapse on quality of life in women who have been diagnosed of urogenital prolapse.

The sample of the study consisted of women who had been diagnosed with urogenital prolapse who were referred to Gaziantep Özel SEV (American Medical Association) American Hospital, Obstetrics and Gynecology Polyclinic, and women who applied to the clinic between January 1 and June 30, 2017 were included. Data collection was made by a questionnaire which was developed by researcher and Prolapse Quality of Life (P-QOL) scale. The obtained data was evaluated in the SPSS 24.0 program.

In our study, 62,5% of women were 49 years old or younger, 48,6% of women were secondary school graduate and 73,6% did not have any job. At the end of the study 30,5% of the women got pregnant 3 times, and they gave birth 2 times. 62,5% of women did not enter the menopause and, 51,4% did not have POP history in their family. This study shows that 81,9% of women, did not admit to the hospital due to urogenital prolapse symptoms and 87,5% did not get any treatment related to urogenital prolapse.

Women participating in our study are most frequently admitted to the health institutions; they stated that they came with complaints of urinary incontinence (93,1%), inguinal pain (73,6%) and vaginal mass (58,3%). 63,8% of women lived these complaints between 6 months and 5 years. According to our results; the most affected sub-areas of P-YK; the physical limitations, effect of urogenital prolapse on life quality of the urogenital prolapse and the general health perception area. Urogenital prolapse affects women's daily activities, social life, personal relationships and sleep quality, and is influenced by the demographic characteristics of women, such as age, education, body mass index (BMI) and the severity of POP symptoms.

As a result this study suggests that urogenital prolapse is a common and an important problem that affects the quality of life of women. For that reason, nurses should give education and consultation to women on prevention and treatment of POP.

Key Words: Pelvic organ prolapse; quality of female life; incontinence; pelvic floor disorders.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI	3
2. 1. POP'un Tanımı ve Sıklığı	3
2. 2. POP'un Kadın Sağlığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi	3
2. 3. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Etkileyen Faktörler	4
2. 4. POP'un Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2. 4. 1. Parite	6
2. 4. 2. Doğum şekli	6
2. 4. 3. Yaş ve menopoz	7
2. 4. 4. Obezite	7
2. 4. 5. Irk	7
2. 4. 6. Barsak disfonksiyonu	7
2. 4. 7. Yaşam tarzı, kronik hastalıklar ve sigara kullanımı	8
2. 4. 8. Genetik ve kollajen yapısı	8
2. 4. 9. Geçirilmiş operasyonlar	8
2. 4. 10. Kemik pelvis şekli	9
2. 5. POP'ta Tanı İşlemleri	9
2. 5. 1. Anamnez	9
2. 5. 2. Laboratuvar testleri	9
2. 6. POP'lu Hastanın Değerlendirilmesi	9
2. 6. 1. POP değerlendirmesinde hemşirenin rolü	10
2. 7. POP'un Yol Açtığı Sorunlar	11
2. 7. 1. Üriner sorunlar	12
2. 7. 2. Defekasyonla ilgili sorunlar	12
2. 7. 3. Seksüel sorunlar	12
2. 7. 4. Diğer sorunlar	12

2. 8. POP'un Tedavisi	12
2. 8. 1. Konservatif tedavi yöntemleri	13
2. 8. 2. Cerrahi tedavi yöntemleri	14
2. 9. POP ve Hemşirelik	14
2. 9. 1. POP'un yönetimi ve hemşirenin rolü	14
2. 9. 2. Ameliyat öncesi ve sonrası bakımda hemşirenin rolü	15
2. 9. 3. Pelvik taban kas (kegel) egzersizleri ve hemşirenin rolü	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3. 1. Araştırmanın Türü	18
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	18
3. 3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	18
3. 4. Verilerin Toplanması	19
3. 4. 1. Anket formu	19
3. 4. 2. Prolapsus yaşam kalitesi ölçeği	19
3. 5. Araştırmanın Değişkenleri	21
3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3. 7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	21
3. 8. Araştırmada Etik İlkeler	21
3. 9. Araştırmanın Bütçesi	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
7. KAYNAKLAR	38
8. ÖZGEÇMİŞ	46
9. EKLER	
EK-1 Ölçek Kullanım İzinleri	
EK-2 SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Karar Formu	
EK-3 SEV Amerikan Hastanesi Kurum Çalışma İzni	
EK-4 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Onam Formu	
EK-5 Veri Toplama (Anket) Formu	
EK-6 Prolapsus Yaşam Kalitesi (P-YK) Ölçeği	
EK-7 Tez İntihal Raporu	

KISALTMALAR

POP: Pelvik Organ Prolapsusu

ARK: Arkadaşları

BKI: Beden Kütle İndeksi

P-YK: Prolapsus-Yaşam Kalitesi leđi

UI: Üriner İnkontinans

SEV: Sağlık Eğitim Vakfı

TABLULAR

Tablo 4. 1. Kadınların Demografik Özellikleri	22
Tablo 4. 2. Kadınların Menopoz Durumu ve POP'a İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4. 3. Kadınların Polikliniğe Başvurma Nedenlerinin Dağılımı	24
Tablo 4. 4. Kadınların Yaşadıkları Şikayet Sayılarının Dağılımı	24
Tablo 4. 5. Kadınların Yaşadıkları Şikayetlerin Sürelerinin Değerlendirilmesi	25
Tablo 4. 6. Kadınların Sahip Oldukları POP Türü ve Derecesi	25
Tablo 4. 7. Kadınların Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği Alanları Puanları	26
Tablo 4. 8. Kadınların P-YK Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	27
Tablo 4. 9. Kadınların P-YK Puanlarının POP Türlerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4. 10. Kadınların P-YK Puanlarının POP Derecelerine Göre Dağılımı.....	29

1. GİRİŞ

Ürogenital prolapsus; pelvik organların fizyolojik pozisyonunu koruyarak onlara destek sağlayan, sinir, kas ve faysa kombinasyonunun zayıflaması sonucunda oluşur ve pelvik organ prolapsusu (POP) olarak da adlandırılır. POP orta ve ileri yaş grubu kadınlarda görülen sağlık sorunları içinde önemli paya sahiptir (Price ve ark., 2010; Taşkın, 2016). POP sık rastlanan bir kadın sağlığı sorunu olmasına rağmen, kadınlar tarafından yaşlanmanın doğal sonucu olarak görülmesi sebebiyle hekime başvurulmadığından gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir (Karan ve ark., 2000). Bununla beraber POP'un insidans ve prevelansı, tanımlama şekli ve taranan popülasyondaki yaş, eğitim, ve ırk gibi farklılıklara bağlı %2 ile %50 arasında değişkenlik gösterir (Vitobello ve ark., 2012). İsveç'te yapılan bir çalışmada kadınlarda ürogenital prolapsus prevelansı %30, Batı Afrika'da ise %46 olarak bulunmuştur (Phillips ve ark., 2005). De Boer ve ark. (2011) 45-85 yaş arası Amerikalı kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, vajinal prolapsus oranını %21 olarak belirlemişlerdir. Yine Amerika Birleşik Devletlerinin verilerine göre yaşam boyunca kadınların %11'i prolapsus nedeniyle opere olmakta ve bunların 1/3'ünden fazlası tekrarlayan operasyonlara ihtiyaç duymaktadır (Swift ve ark., 2003). Vitobello ve ark. (2012) ise kanser dışında menopoz dönemindeki histerektomilerin en sık görülen nedenini POP olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde ise POP'un görülme sıklığını araştıran yeterli çalışma bulunmamakla birlikte POP ve üriner inkontinansın kadınlarda her yaşta görülebilen bir sağlık sorunu olduğu söylenebilir (Acar, Yurtseven, 2010). Bazı çalışmalarda Türkiye'de üriner inkontinans prevalansının %25,8 ile %68,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Acar, Yurtseven, 2010; Eryılmaz, 2008). Demir ve Beji (2015) ise Türkiye'de üriner inkontinans prevalansının %9,6 ile %25,8 arasında değiştiğini bildirmişlerdir.

POP, kadınlarda ağrı, basınç hissi, üriner ve fekal inkontinans, konstipasyon, idrar ve defekasyonda güçlük, koitusta zorlanma, sık vajinal enfeksiyon, prolapsus (sarkma), servikte ülserasyonlar ve buna bağlı kanama gibi semptomlarla birlikte seyredebilmektedir. POP'ta yaşanan bu semptomlar yaşamı değil ama yaşam kalitesini tehdit eden kadının; psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik durumunu olumsuz etkileyen, iş, aile ve cinsel yaşamında sınırlıklara yol açan durumlardır (Siddiqui, Edenfield, 2014). Özellikle semptomların haftada bir defadan daha fazla yaşanması kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte olup POP'un ciddiyetini arttırmaktadır.

POP yaşam konforunu bir çok alanda azaltır ve kadınlar tarafından oturma, kalkma, yürüme ve bir şeyler kaldırma gibi işleri yapabilmeyi engelleyen büyük bir problem olarak tanımlanır (De Boer ve ark., 2010). POP kadında; utanç, kadınlık özelliklerinin ve çekiciliğini yitirilmesi, hayal kırıklığı, beden imajında bozulma, öz saygı ve öz güven kaybına yol açabilmektedir. Bu özellikleri ile POP cinsel fonksiyonları da olumsuz etkilemektedir (Ellerkmann ve ark., 2001; Barber, 2005). POP'ta yaşanan idrar inkontinansı ve anal inkontinans ise kadınların yaşam kalitesinin bozulmasına, sosyal hayattan izole olmalarına neden olur. İnkontinans, mahremiyeti ortadan kaldırıp, kötü koku ve görüntüye neden olduğundan kadında sosyal ilişkilerin kötüleşmesi, toplumdaki izole olma, eve kapanma ve depresyonda artışa neden olabilmektedir (Occhino ve ark., 2010). Çelik ve Beji'ye (2012) göre POP'un fiziksel ve psikososyal anlamda yıpratıcı semptomlarını yaşayan kadınların, yaşamayanlara göre öz güveni düşük, anksiyete düzeyleri yüksek, sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi, kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik, amaçlar, yaş ve hayattan beklentilerin bileşimi olan ve bireyden bireye değişiklik gösteren bir kavramdır. Yaşam kalitesi; genel anlamda kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal halinden tatmin olması olup yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyumunu ifade eder (Sarı, Khorsid, 2007). Hemşireler POP'ta yaptıkları birçok uygulama ile POP'un yönetiminde aktif rol alıp kadınların yaşam kalitesini yükseltebilirler. Hemşireler, POP'lu kadınlara; risk faktörleri, korunma yolları, erken tanı, belirti ve bulgular konularında eğitim vermeli ve tedaviye uyumlarını sağlamalıdır. Bu sayede hemşireler; POP tanısı alan kadınların problemlerini tanımlarına yardım edebilir, tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirebilir, tercih edilen tedavinin uygulanmasını sağlayabilir ve kadınların yaşam kalitelerini geliştirebilir (Digesu ve ark., 2005). POP'un yaşam kalitesine etkisi ise her toplum, aile ve bireyde farklılık gösterir. Bunun nedeni kadının toplumdaki ve aile içindeki statüsü, sosyo kültürel, dinsel, ekonomik ve eğitim gibi farklılıklardır. Bu farklılıklar göz önüne alındığında kadının ön planda olduğu toplumlarda yaşam kalitesi etkilenmesinin daha fazla olacağı düşünülmekte olup yaşam kalitesi değerlendirmesinin bireye özgü olarak yapılması gerekir. Hemşireler; kadının yaşadığı soruna, nedenlerine, prognozuna ve tedavisine göre kişiye özel planlamalar yapıp danışmanlık vererek semptomların azaltılması ve yönetimi konusunda fayda sağlarlar (Tsai ve ark., 2010).

Bu araştırma ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI

2. 1. POP'un Tanımı ve Sıklığı

Pelvik tabanda oluşan anatomik ya da fonksiyonel bozukluk genel olarak Kadın Pelvik Taban Disfonksiyonu (PTD) olarak adlandırılır. PTD birden fazla klinik durumu ifade eder. Bunlar idrar kaçırma, anal inkontinans, POP, idrar ve gaitada boşaltım bozuklukları, seksüel disfonksiyon ve kronik ağrı benzeri semptomlardır. Pelvik organların vajinal boşluğa doğru yer değiştirmesi şeklinde tanımlanan POP ise bu tablonun içerisinde en sık izlenen sorundur (Raizada ve ark., 2008).

Amerika Jinekoloji ve Obstetri Koleji teknik bülteninde, pelvisteki organların vajinal kanal içinde ve kanalın dışından aşağıya doğru sarkması olarak tanımlanan POP, anterior vajinal duvar (üretrosel, sistosel), posterior vajinal duvar (enterosel, rektosel), ve vajinanın apikal segmentinin prolapsusunu içermektedir. POP vakalarında prolapsusun bir ve birkaç çeşidi bir arada bulunabilir (Vitobello ve ark., 2012).

Kadın Sağlık Enstitüsü tarafından yapılan çalışmada yaşları 50-79 arasında olan kadınların %41'inde prolapsus izlenmiş olup, bu hastaların %34'ünde sistosel, %19'unda rektosel, %14'ünde uterin prolapsus görülmüştür (Vrijens, 2017).

POP ciddi sosyo-ekonomik etkileri olan, ileri yaş kadınlarda sık görülen ve semptomatik olgularda yaşam kalitesini kötü etkileyen bir hastalıktır. Özellikle kadınlarda ileri yaşlarda gerçekleşen operasyonların en sık nedenlerinden biridir. POP'un olası risk faktörleri arasında vajinal doğum, yaşlanma, genetik yatkınlık, menopoz, kabızlık, östrojen eksikliği, abdominal basınç, beden kütle indeksinde artma gibi nedenler sayılsa da belirgin bir nedeni yoktur (Acar, Yurtseven, 2010).

2. 2. POP'un Kadın Sağlığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Sağlıklı toplumların oluşmasında rol oynayan faktörlerin başında, o toplumda yaşayan kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal açılarından sağlıklı olması gelir (Hunskar ve ark., 2000). POP ise kadını psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden etkileyen ve yaşam kalitesini bozan önemli bir sağlık sorunudur. POP'lu bireylerde yaşam kalitesi günlük aktivitelerden sosyal hayata, cinsel hayattan kendine güvene kadar birçok açıdan önemli derecede etkilenmektedir (Bilgili ve ark., 2008). Prolapsusu olan hastaların %13-82'sinde inkontinans da vardır (Nygaard ve ark., 2004).

POP kadınlarda, pelviste ve vajinada ağırlık hissi, vajinadan sarkan şişlik ya da yumru, bel ağrısı, stres üriner inkontinans, idrar yapmada güçlük, bağırsak problemleri ve cinsel sorunlar oluşturabilir. POP'ta yaşanan bu semptomlar mortaliteye ya da morbiditeye neden olmasa da yaşam kalitesine olumsuz etkilerinden dolayı son yıllarda önemsenen bir sorun haline gelmiştir (Digesu ve ark., 2005). Bu yüzden pelvik taban bozukluklarında uygulanan tedavide esas amaç, bozulan yaşam kalitesini düzeltmek olarak planlanmalıdır. Bu doğrultuda bireyin yaşam kalitesi ve semptomlarının esas alınması tedavinin başarısında birincil derecede etkilidir (Koçak ve ark., 2005).

POP oldukça yaygın, maliyetli ve kadınların yaşam kalitesini dramatik olarak etkileyen psiko sosyal bir bozukluktur (Kenton, Mueller, 2006; Weber, 2007). Aslında POP'un asemptomatik olarak seyrettiği vakalar az olmamakla birlikte sıklıkla idrar inkontinansı ile birlikte görülür. Bu durum da yaşam kalitesini bozmakta ve bireylerin sosyal hayattan izolasyonuna neden olmaktadır. Hatta POP'lu kadınlar, idrar kaçırmayı sıklık ve miktar olarak azaltmak için sıvı alımını kısıtlama yoluna giderek üriner sistem rahatsızlıkları açısından riskli gruba girmektedirler. POP'ta sık yaşanan üriner ve boşaltım sistemi sorunları; sık idrara çıkma, idrar yaparken zorlanma, farklı tiplerde inkontinanslar, kesik kesik idrar yapma, mesaneyi tam olarak boşaltamama hissi, konstipasyon, barsakları boşaltmada zorlanma ya da boşaltamama hissi ve barsakları boşaltmaya yardım etmek için parmak kullanılmasıdır (Jelovsek ve ark., 2007).

POP yaşam kalitesini bir çok alanda etkilemektedir. Ancak prolapsusun dışarıdan görülebilmesi; utanma ve mahçubiyet duygusu da oluşturduğundan cinsel problemlere ve daha ağır etkilenmelere neden olur (Rogers ve ark., 2006; Pauls ve ark., 2007). Yapılan araştırmalar sonucu POP'lu kadınların, POP sorunu olmayan kadınlara göre yaşam kalitelerinin ve beden imajlarının daha düşük olduğu, daha fazla utanma duygusu yaşadıkları, fiziksel ve cinsel yönden kendilerini cazibeli hissetmedikleri bildirilmiştir (Jelovsek ve ark., 2007; Karan ve ark., 2000). Aynı şekilde klinik olarak ileri düzeyde POP'u olan kadınların da POP'u asemptomatik yaşayan kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha çok olumsuz etkilendiği izlenmiştir.

2. 3. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesi terimi ilk olarak 1939 yılında Thorndike tarafından kullanılmış ve sosyal çevrenin bireye yansımaları olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramının; genel yaşam, fiziksel fonksiyonlar, fiziksel semptom, duygusal ve bilişsel fonksiyonlar, rollerin yerine getirilmesi, sosyal iyilik hali ve cinsel fonksiyonları kapsadığı konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Demirel, Gölbaşı, 2015; Avery, Donovan, 2008). Yaşam kalitesi bireyin sağlık

durumunu gösteren ölçütlerin kombinasyonu olup fiziksel alan; günlük iş ve uğraşların yerine getirilebilmesi, sosyal alan; bireyin ailesi, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiğini, duygusal alan ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumları içerir (Avery, Donovan, 2008). Yaşam kalitesi; kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik, amaçlar, yaş ve hayattan beklentilerden etkilenen oldukça subjektif bir kavramdır. Buna göre bireyin yaşam kalitesini artıran faktörler; aktif bir yaşantının olması, sosyal çevre ile uyum, otonomi, huzur ve güven içinde yaşama, inanç ve değerlere saygı, özgün bir birey olarak algılanma, iyi ekonomik durum ve sosyal güvenceye sahip olma olarak sayılabilir (Özgür, Yıldırım, 2008). Bunun tersi olarak ise; temel gereksinimlerin karşılanamaması, cinsel fonksiyonda bozukluk, kronik yorgunluk, akut ya da kronik sağlık sorunları, destek sistemlerinin yetersizliği, gelecek ile ilgili kaygılar ve yakın çevreyle ilişkilerin bozulması ise yaşam kalitesini azaltan faktörlerdir (Özgür, Yıldırım, 2008).

Yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlardan biri olan POP ise semptomları evrensel olan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur (Monz ve ark., 2007). Oh ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada POP'lu kadınların, yaşadıkları rahatsızlıktan dolayı kendilerine olan güvenlerinin azaldığı, kendilerini bağımlı ve diğer insanlardan farklı hissettikleri belirlenmiştir. Bu konuda yapılan birçok çalışmada da POP'un kadınlarda; sosyal ve fiziksel kısıtlanmaya, sosyal ilişki, mesleki yaşantı, cinsel yaşantı ve evliliklerinde olumsuzluklara yol açtığı saptanmıştır (Chiaffarino ve ark., 2003; Kocak ve ark., 2005; Oh ve ark., 2008). Bununla birlikte kadınlar utanma, idrar kaçırma ve kötü kokma korkusu, yetersiz ve kirli hissetme, damgalanma, beden imajında bozulma, inkar, anksiyete ve depresyon benzeri emosyonel tepkiler de gösterebilmektedir. Sonuç olarak POP'un kadının yaşam kalitesine bir çok yönden olumsuz etkileri bulunmaktadır (Çelik, Beji, 2012).

2. 4. POP'un Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

POP yaygın fakat etyopatogenezi net olarak ortaya konulamayan multifaktöriyel bir hastalıktır. POP'un gelişmesinde rol oynayan durumlar genel olarak; pelvis tabana aşırı yük binmesi, pelvis tabanının yapısal yetersizliği ya da her ikisinin birlikte olduğu durumlar olarak sınıflandırılabilir (Dökmeci, Çetinkaya, 2009).

POP için temel risk faktörleri ise; doğum ve histerektomi gibi nedenlerle pelvik taban kaslarının nöromüsküler hasara uğraması, yaş, parite ve gebelik, zor ve müdehaleli doğumlar, ilk doğumun erken yaşta gerçekleşmesi, doğumun 2. evresinin uzaması, 4 500 gramın üzerinde doğum ağırlığı olan bebek dünyaya getirme olarak tanımlanmaktadır. Kemik pelvisin biçimi,

aile hikâyesi, ırk, etnik köken, ağır kaldırmayı gerektiren meslekler, kronik kabızlık ve ıkınma, konnektif doku anormallileri, obesite, kronik öksürük benzeri intra-abdominal basıncı arttıran durumlar da POP'un gelişiminde rol almaktadır. Bedendeki östrojen seviyesinin azalması, menopoz, genetik yatkınlık, kollajen ve konnektif dokudaki değişikliklerin neden olduğu metabolik anomalilerde diğer faktörler olarak sayılabilir. Bu risk faktörleri kadından kadına değişmekte, tek başına ya da kombine olarak POP'a neden olmaktadır (Jelovsek ve ark., 2007).

2. 4. 1. Parite

Gebelik ve doğum pelvik organ prolapsuslarına yol açan en temel risk faktörleri arasında yer almaktadır. POP'lu kadınların %90'ı doğum yapmış kadınlar olup paritenin POP riskini 4-11 kat arttırdığı bilinmektedir (Miedel ve ark., 2009). Bunun sebebinin gebelik sürecinde ve doğum esnasında pelvik tabanın hasar görmesi olarak düşünülmektedir. Gibbs ve ark. (2010) yaptıkları bir çalışmada POP riskinin ilk doğum sonrası 4, ikinci doğum sonrası 8, üçüncü doğum sonrası 9, dördüncü doğum sonrası ise 10 kat arttığı izlenmiştir. Oxford Aile Planlaması merkezi tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmaya göre parite 60 yaştan daha genç hastalar için güçlü bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Mant ve ark., 1997).

2. 4. 2. Doğum şekli

Doğum şeklinin POP gelişimine etkileri tartışılmaktadır. Bu konuda farklı sonuçlar gösteren çalışmalar olsa da vajinal doğumun POP riskini anlamlı olarak arttırdığı görülür. Handa ve ark. (2003) tarafından yapılan doğum sonrası 5-10 yıllık takip içeren çalışmada vajinal doğumun elektif sezaryene göre POP riskini 5,6 kat, operatif vajinal doğumun ise 7,5 kat arttırdığı gösterilmiştir. Polat ve ark. (2012) ise, vajinal doğumun pelvik taban relaksasyonu için sezaryene göre daha ciddi bir risk faktörü olduğu, doğumun aktif fazında yapılan sezaryenin da elektif sezaryene göre daha riskli olup, tamamen koruyucu olmadığı sonucuna varmışlardır. Özellikle zor doğum, iri bebek, müdahaleli doğum ve benzeri durumlar, endopelvik fasyada yırtılmaya yol açmakta, ardından gerilme ve skar dokusu oluşmakta; iyileşme olsa bile bu bölgenin zayıflamasına sebep olmaktadır (Yılmaz ve ark., 2014). Bunun aksi olarak postpartum üriner inkontinans sıklığının araştırıldığı sistematik bir derlemede; postpartum 3-12. aylardaki üriner inkontinans (Üİ) prevalansı sezaryen sonrası %15, vajinal doğum sonrası %31 olarak belirlenmiştir (Addis ve ark., 2006). Dolan ve ark. 2010 yılında yaptığı bir çalışmada ise; sezaryenin kısa vadede prolapsus riskini azalttığı fakat uzun vadede doğum şekli ve prolapsus arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir. Rortveit ve ark. (2003) tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada sezaryen olan ve vajinal doğum yapan 2 109 kadın 4 yıl (Kasım 1999-Ekim

2003) süre ile takip edilmiş ve 50 yaş ve üstü kadınların Üİ prevalanslarının benzer olduğu saptanmıştır.

2. 4. 3. Yaş ve menopoz

Kadının ürogenital sistemi yaşam boyunca değişik biyolojik özellikler göstermektedir. Menopoz sürecinde ise hem yaşlanma hem de hormonal değişim pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir (Fritel ve ark., 2009). Östrojenin düz kas ve kollajen liflerine olumlu etkisinin azalmasıyla beraber pelvik taban hastalıklarına yatkınlık oluşmaktadır. Düzenli yıllık kontrolünü yaptıran 1 000 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, prolapsus riskinin kadın hayatında her 10 yılda %40 arttığı gösterilmiştir (Kenton, Mueller, 2006). Başka bir çalışmada ise menopoza geçişin yaşandığı 40-59 yaş aralığından sonra (20-39 yaş %1,6, 40-59 yaş %3,8, 60-79 yaş %3 80≥ %4,1) POP riskinin artmadığı gösterilmiştir (Lince ve ark., 2012).

2. 4. 4. Obezite

Kilo alımının prolapsus oluşumunda hazırlayıcı etkileri olup, beden kütle indeksi (BKİ) 25'in üzerinde olan kadınlarda POP riski 2 kat artmıştır. BKİ arttıkça POP riskinin de arttığı bilinmekte ve göbek çevresi 88 cm'i geçen kadınlarda sistosel ve rektosele yatkınlık artmaktadır (Hendrix ve ark., 2002). Kudish ve ark. (2009) ise POP semptomlarının obez kadınlarda daha şiddetli olduğunu ve tedavi sonuçlarının daha başarısız olduğunu bildirmişlerdir. Obezite, pelvik tabana olan kan akışı ve sinir innervasyonunu engellediğinden, fazla kiloların verilmesi sonucunda pelvik tabanda iyileşmenin gerçekleşmesi amaçlanır (Cameron ve ark., 2013).

2. 4. 5. Irk

Yapılan çalışmalarda Afrikalı-Amerikalı bireylerde POP'un daha nadir izlendiği, Latin ve beyaz ırka sahip kadınlarda POP sıklığının arttığı izlenmiştir (Scherf ve ark., 2002; Carter ve ark., 2012). Jeon ve ark. (2008) ise Asyalı kadınlarda doğurganlığın arttığı ve POP'un daha sık yaşandığı rapor edilmiştir (Jeon ve ark., 2008). Ancak Nyagaard ve ark., (2008) yaptığı çalışmada POP ile ırk arasında ilişki gösterilmemiştir. Bu konuda Chow ve ark. (2013) ise beyaz ırkın POP için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir.

2. 4. 6 Barsak disfonksiyonu

Kronik konstipasyon, tekrarlayan ıkınmalara yol açtığından pelvik taban kaslarına ve pudental sinirlere zarar vererek POP'a neden olur. Konstipasyon en sık rektosel şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Sears ve ark., 2009).

2. 4. 7. Yaşam tarzı, kronik hastalıklar ve sigara kullanımı

Kadınların alışkanlıkları ve yaşam tarzı POP gelişimi için risk faktörü olabilmektedir. İtalya’da yapılan bir çalışmada ev hanımlarında ofis çalışanlarına oranla 3 kat daha fazla POP görüldüğü rapor edilmiştir (Chiaffarino ve ark., 2003). Ağır kaldırmayı gerektiren meslek gruplarında ve ağır spor yapan kadınlarda POP riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Bilgili ve ark., 20008; Duman, Elbaş, 2009). Buna karşın Nygaard ve ark. (2004) çalışmasında günlük aktiviteyle POP riski arasında ilişkinin olmadığı ortaya konmuştur.

Progetto Menopausa Italia Study Group’un 2000 yılında yaptıkları çalışmada POP’un değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olduğu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) da POP’un değiştirilemez risk faktörleri arasında yer aldığı bildirilmiştir. Tekrarlayan öksürük ataklarının karın içi sürekli pozitif basınç oluşturarak pelvik taban hasarına neden olduğu düşünülmektedir (Kim ve ark., 2007). Sigara ise POP gelişiminde rol oynayan bağımsız risk faktörlerinden biri olup POP ile olan ilişkisi üzerinde farklı sonuçlar mevcuttur (Newman ve ark., 2013; Cameron ve ark., 2013). Lucas ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada, içilen sigaranın sayısı ve süresi arttıkça PTD görülme riskinin arttığı bildirilmiştir.

2. 4. 8. Genetik ve kollajen yapısı

Ailesel öykü ve genetik yatkınlığın POP riskini arttırdığı bilinmektedir (Sasso, 2006). Jeon ve ark. (2008) çalışmasında POP’un gelişiminden genlerin sorumlu olduğu, özellikle de kollajen ve elastin biyosentezinde görev alan gen patolojilerinin POP’a neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca östrojen ve progesteron reseptörleri mutasyonunun da POP gelişimini etkilediği gösterilmiştir (Jeon ve ark., 2008).

2. 4. 9. Geçirilmiş operasyonlar

Geçirilmiş ameliyatlar, pelvik destek sistemi ve sinirlerde hasar oluşturup periüretal dokularda fibrozis ve aç bozukluklarına sebep olduğundan POP için önemli risk faktörlerindedir (Niyibizi ve ark., 2000). Özellikle radikal histerektomide mesane ve üretraya ait sinirlerin alınması ilerleyen zamanlarda POP için risk faktörü oluşturabilir (Ward ve ark., 2000). Farquhar ve ark., (2002) yaptıkları çalışmalarında uterusu olan hastaların %7-14’üne, sadece prolapsus nedeniyle histerektomi operasyonu yapıldığını göstermişlerdir. Operasyondan sonra geçen yıllar itibarı ile de her 15 yılda bir ise bu riskin %5 olacak şekilde artmakta olduğunu görmüşlerdir. Soysüren’e (2011) göre ise jinekolojik operasyonlarda yaygın olarak uygulanan histerektominin, vezikal anatomi ve fonksiyonları etkileyerek üriner fonksiyonlar üzerine olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır.

2. 4. 10. Kemik pelvis şekli

Kemik pelvis şeklinin POP gelişimine etkisi bulunmaktadır. Özellikle geniş transvers pelvik girişi olan kadınlarda POP riski artmaktadır (Handa ve ark., 2003).

2. 5. POP'ta Tanı İşlemleri

Üriner inkontinans (Üİ) ve POP'lu hastalarda tanılama genel olarak anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testlerinden oluşur.

2. 5. 1. Anamnez

Değerlendirmede kullanılan anamnez detaylı olmalı, jinekolojik, obstetrik ve üriner öyküyü kapsamalıdır. Özellikle POP'a yönelik şikâyetler iyi tanımlanmalıdır. Anamnez değerlendirilmesinde hastanın yaşadığı şikâyetleri bir sorun olarak görmesi önemlidir (Mouritsen, 2005). Kadında kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik konstipasyon, obezite, diyabetes mellitus, multiple skleroz, parkinson, serebrovasküler hastalık, disk hernisi ve kalp yetmezliğinin varlığı ve kullanılan bazı ilaçlar üriner inkontinansa neden olabilir. Anamnezde hastaların miksiyon değerlendirmesini gösteren idrar günlüklerinden de yararlanılabilir (Turan, 2004).

2. 5. 2. Laboratuvar testleri

POP'lu hastaların inkontinans ve pelvik organ prolapsusu değerlendirilmesinde laboratuvar testlerine ihtiyaç duyulabilir. Tam idrar tahlili ve kültürü, stres testi, boney-marchetti testi, ped testi (1 saatlik test – 24 saatlik test), Q tip test ve postmiksiyonel rezidü idrar volümü değerlendirmesi, üroflowmetri, sistometri, elektromiyografi (EMG) ve ultrasonografi bu amaçla kullanılan ürojinekolojik laboratuvar testlerindedir (Maher ve ark., 2007).

2. 6. POP'lu Hastanın Değerlendirilmesi

POP'lu hastaların değerlendirmesinde amaç, hastalığın ayırıcı tanısının konulması ve derecelerinin belirlenmesidir. Günümüzde, POP şiddetinin değerlendirilmesi için yaygın olarak Baden-Walker half-way sistemi kullanılmaktadır (Polat ve ark., 2012).

Baden-Walker Halfway evrelendirme sistemi, prolapsusu 4 evrede inceler ve "Halfway Sistemi" olarak tanımlanır. Bu sistemde vajinanın ön vajinal duvarı, apeksi ve arka vajinal duvarı ayrı ayrı incelenir. Yapılan değerlendirmeye göre prolapsus, 0 ve 4 derece arasında evrelendirilir;

0 derece: Prolapsusun olmaması durumudur.

1. derece: Himene ulaşmamış olan prolapsus varlığıdır.

2. derece: Himene kadar olan prolapsus varlığıdır.
3. derece: Himenin distaline kadar uzanan prolapsus varlığıdır.
4. derece: Dışarıdan rahatlıkla görülebilen prolapsus varlığıdır (Polat ve ark., 2012).

2. 6. 1. POP değerlendirmesinde hemşirenin rolü

Sağlığın her alanında olduğu gibi POP konusunda da hemşirelere önemli görevler düşmektedir. POP'ta yaşanan tedavi hakkında bilgi eksikliği, nereye başvuracağını bilememe, tedavinin yararlı olabileceğine inanmama, muayene olmaktan ve cerrahi tedaviden korkma, hastalığın tedavi ve bakım süreçlerini güçleştirmektedir (Yip, Cardozo, 2007; Çelik, Beji, 2012). Hemşireler ise POP'un tanı, tedavi, bakım ve korunma aşamalarında birer danışman, rehber ve sağlık eğitimcisi rolünü üstlenmeli ve bu düşüncelerin önüne geçmelidir. Ürojinekolojik sorunların bir diğer özelliği olan mahcubiyet ve utanma duyguları ise bu sorunları bir kat daha önemli hale getirmektedir ve sorunun gizli olarak yaşanmasına sebep olmaktadır. Özerdoğan ve ark., (2004) yaptıkları çalışmada çoğu kadının üriner inkontinansın yarattığı sorunlara rağmen üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık 5 yıl sonra sağlık kurumuna başvurduklarını veya hiç başvuru yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler bu konu da hastanın mahtemiyetini korumalı, sürecin her aşamasında hasta odaklı planlamalar yapmalı, etkin iletişim sağlayıp sorunlara objektif olarak yaklaşmalı ve empatik olmalıdır. Kadının korku ve endişelerini dinlemeli ve uygulanacak yöntem ile ilgili basit ve anlaşılır bir şekilde bilgi verilerek aydınlatılmış onamı alınmalıdır. Muayene esnasında mümkün olduğunca kadının yanında bulunulmalı, muayene için gerekli fiziki ortam ve malzemeler temin edilmelidir. Özellikle kullanılacak malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyon basamakları dikkatlice kontrol edilmelidir. Gerekli ilaç uygulamaları yapılarak ilaçların etki ve yan etkileri gözlenmelidir. İşlem sonrasında hastanın gerekli kontrolleri ve takibi yapılmalı, soruları uygun bir dille cevaplandırılıp rahatlama sağlanmalıdır. Kadına ve yakınlarına işlem sonrası yapılacaklar ve tedavi süreci konusunda gerekli eğitim yapılmalıdır. Hastaya yapılan eğitimler, işlemler ve tedavi ile ilgili gerekli kayıtlar tutulmalıdır (Koçak ve ark., 2005).

Üriner sistem problemleri, erken tanı ve koruyucu önlemlerin başarısı ile şekillenir. Bu doğrultuda uygulanacak hemşirelik yaklaşımı da korunma yolları, eğitim ve danışmanlık üzerine yoğunlaşmalı ve kadına karın içi basıncı artıracak hareketlerden kaçınması, erken tanı yöntemleri ve pelvik tabanı kuvvetlendiren egzersizleri uygulaması konusunda eğitim verilmelidir. POP'ta verilecek iyi bir bakım ve danışmanlıkla kadın duygusal yönden desteklenecek toplumun hemşirelik hizmetlerine olan güveni ve saygısı artırılacak ve hastalığın kontrolünü kolaylaştıracaktır.

2. 7. POP'un Yol Açtığı Sorunlar

PTD'ye ilişkin şikâyetler, kadının sosyal yaşantısını, aile içi ilişkilerini, fiziksel aktivitelerini ve iş yaşamını olumsuz etkilemektedir. Özellikle de üriner inkontinansın gerçekleşmesi ya da buna ilişkin sürekli bir kaygı ve korkunun yaşanması kadının ev içi aktivitelerini, alışveriş ve yolculuk yapmasını, tatile çıkmasını, spor aktivitelerini, eğlence yaşamını, hobileriyle uğraşmasını, dini inançlarını yerine getirmesini sınırlandırabilir. Bunlara ek olarak POP'lu kadınlar günlük yaşamlarını devam ettirebilmek için evden dışarı çıkmadan önce tuvalete gitme, pet kullanma, yedek giysi taşıma gibi önlemleri almak zorundadırlar. POP kadının evin dışına çıkarken ön hazırlık yapma ya da sıvı alımını kısıtlama, tuvalet olmayan yerlere gitmeme gibi yaşam rutinlerinde değişiklikler yapmaya neden olabilir (Weber, 2007). POP kadınlarda utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma benzeri olumsuz psikososyal etkiler de oluşturmaktadır (Addis, 2006). POP'dan psikososyal etkilenim, idrar kaçırma semptomlarının şiddeti, yarattığı sıkıntı ve yetersizliğe bağlı olarak değişmektedir. İdrar kaçıran kadınlarda depresyon oranı (%15), bu sorunu yaşamayan kadınlardaki depresyon oranından (%9) daha yüksek olarak saptanmıştır (Vigod, Stewart, 2009). Özellikle sıkışma tipi idrar kaçıran kadınlar ev dışında tuvalet olmayan yerlerde, endişe ve kaygı yaşamakta, flört ilişkilerinde ve cinsel aktivitelerinde sorun yaşamaktadır (Addis, 2008). Stach-Lempinen ve ark. (2004) 82 kadınla gerçekleştirdikleri prospektif bir çalışmada sıkışma tipi idrar kaçıran kadınların %44'ünde, stres tipi idrar kaçıran kadınların %17,5'inde majör depresyon saptanmıştır. Bunun yanında pelvik alanda POP'a bağlı yaşanan ağırlık, dolgunluk hissi benzeri semptomlar, kronik rahatsızlık, ağrı ve şekil bozukluğu depresyona neden olabilmektedir. Grace ve Zondervan'ın (2006) 1 160 kadını içeren araştırmalarında POP'lu kadınların daha fazla uyku problemi yaşadıkları, yaklaşık yarısının (%52,7) ağrılarının aktivitelerini etkilediği, analjezik almadan veya dinlenmeden herhangi bir aktivite yapamadıkları (%12,2) ve hareketlerini kısıtlamak (%14,3) zorunda kaldıkları belirlenmiştir.

POP kadınların, cinsel fonksiyonlarını daolumsuz etkileyen bir sorundur. Ter Kuile ve ark. (2010), POP'lu ve sağlıklı kadınları karşılaştırdıkları çalışmalarında, depresyon, kaygı ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bu konuda yapılan bir çalışmada koitus sırasında idrar kaçırma, eşin/partnerin olumsuz reaksiyonları, çekiciliğin azaldığını düşünme kadında cinsel disfonksiyon ve depresyon belirlenmiştir (Weber, 2007).

2. 7. 1. Üriner sorunlar

POP sıklıkla boşaltım ve üriner sorunlar ile birlikte yaşanır. Ellerkman ve ark. (2001) 237 POP'lu hasta ile yaptıkları çalışmada; kadınların %73'ünde üriner inkontinans, %62'sinde miksiyon disfonksiyonu, %31'inde ise fekal inkontinans izlenmiştir. POP'a bağlı gelişen üriner sorunlar arasında; çeşitli tiplerde görülebilen üriner inkontinans (stres, urge, mikst) başta olmak üzere idrar yapmayı erteleyememe, sık idrar yapma (gece ve/veya gündüz), idrar kesesini boşaltamama hissi, miksiyon için elle prolapsusun itilmesi gibi sorunlar görülmektedir (Moller ve ark., 2000). Yaşa ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada; katılan kadınların %68,8'inde üriner inkontinans, %11,7'sinde ise idrar boşaltımını sağlamak için mesaneye elle basınç yapıldığı belirtilmiştir. Demirci ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada kadınların %78,3'ünün idrar kaçırdıkları belirlenmiştir. POP olan kadınların %20-90'ında idrar kaçırma, idrar kaçırması olanların %30-70'inde POP görülebilmektedir (Stoutjesdijk ve ark., 2006). İnkontinans kadınlarda farklı tiplerde görülebilmektedir.

2. 7. 2. Defekasyonla ilgili sorunlar

POP'lu kadınların, defekasyonda güçlük, gaz ve/veya gaita inkontinansı, defekasyon için elle prolapsusun itilmesi, fekal boşalmanın tam olmadığı hissi, defekasyon sırasında ya da sonrasında rektumda ele gelen kitle varlığı hissi benzeri şikayetler yaşadıkları belirtilmiştir (Eryılmaz, 2008; Acar, Yurtseven, 2010; Demir, Beji, 2015).

2. 7. 3. Seksüel sorunlar

POP'lu kadınlar, koitusta bulunamama, disparoni, orgazm olamama, koitustan memnuniyetsizlik, koitus sırasında idrar kaçırma benzeri sorunlar yaşamaktadır (Çelik ve ark., 2012).

2. 7. 4. Diğer sorunlar

POP'lu kadınlarda sorunlar prolapsusun evresine ve kadının sağlık algısına göre değişebilir. POP'ta vaginada basınç, ağırlık hissi, vaginada ya da perinede ağrı, vaginadan birşey çıkacakmış hissi, bel ve sakral bölgede ağrı, prolabe olan kitlenin ele gelmesi ve görülmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir (Çelik, Beji, 2012; Demir, Beji, 2015; Koçak ve ark., 2005).

2. 8. POP'un Tedavisi

POP'un tedavisi; hastalığın şiddetine ve derecesine, yaşanan semptomlara ve kadının tedaviden beklentisine, yaşına, gebelik isteğine, kronik hastalıklarına, daha önce geçirmiş olduğu cerrahilere ve cerrahın deneyimine göre değişmektedir (Sutar, 2016). Fourth International Consultation on Continence'in önerilerine göre POP tedavisi yalnızca

semptomatik hastalara uygulanmalıdır (Usta ve ark., 2017). POP tedavisinde birçok yöntem kullanılabilir. Fakat tedavi kadar POP'un tanısı, derecelendirme ve kadının yaşam kalitesine olan etkisinin doğru yapılması da önemlidir (Demirci ve ark., 2012).

Tanı, tedavi ve korunma sürecinde; kadın, hekim, hemşire ve diğer sağlık ekibinin işbirliği içinde olması, semptomların ayrıntılı değerlendirilmesi, tüm sistemlere (gastrointestinal, ürolojik, jinekolojik, psikolojik, nörolojik, kas ve iskelet sistemi) ait ayrıntılı öykünün alınması, gerekli konsültasyonların planlanması ve kadının beklentilerinin dikkate alınması önemlidir. Digesu ve ark. (2005) göre POP'ta tercih edilen yöntem için; kadının yaş, gebelik varlığı ve planları, mevcut sağlık durumu, sağlık ve yaşam kalitesi algıları, tedaviye uyumu ve tedaviden beklentisi, inkontinansın bulunup bulunma durumu, inkontinansın tipi ve sıklığı benzeri faktörler dikkate alınmalıdır. Pelvik organ prolapsusuna yönelik uygulanabilen tedaviler; konservatif tedaviler (ilaç tedavisi, pelvik taban fizyoterapisi, davranışsal tedaviler) ve cerrahi tedavilerdir (Hagen, 2011).

2. 8. 1. Konservatif tedavi yöntemleri

POP'un derecesine, türüne ve hastaya uygunluğuna göre cerrahi dışı tedavi yöntemleri kullanılabilir. Uygulana bazı cerrahi dışı tedavi yöntemleri şunlardır:

Davranışsal tedavi: Sağlık profesyonelleri tarafından kolaylıkla uygulanabilen, yan etkileri olmayan, basit, ucuz ve etkili bir yöntemdir. Davranışsal tedavinin amacı mesanenin kapasitesini artırarak mesane kontrolünü geri kazandırmaktır (Halil, 2006).

Konservatif tedaviler: Cerrahi olmayan yöntemlerle beraber kullanılabilir. Amaç kadında BKI, barsak fonksiyonları ve sıvı alımını düzenlemedir (Çelik, Beji, 2012).

Pelvik taban rehabilitasyonu programları: Bu yöntemlerde kegel egzersizleri, biofeedback, vaginal konlar, elektriksel stimülasyon, elektromagnetik dalgalar ve mekanik araçlar (vajinal tampon, vajinal pesser, mesane boynunu destekleyici protezler, diyafram) ve mesane eğitimi kullanılır (Eskiyurt, 2004).

Medikal tedavi: İlaç tedavisinde amaç istemsiz üretra kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncını arttırmaktır (Yalçın, 2000). POP'un tedavisinde tek başına kullanılabildiği gibi davranışsal tedavi ile birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır (Turan, 2004). Hemşirenin ilaç tedavisi alan kadına ilaç tedavisinin amacını, dozunu, alınma sıklığını ve yan etkilerini anlaşılır bir dille aktarması gerekir (Halil, 2006).

2. 8. 2. Cerrahi tedavi yöntemleri

POP sıklıkla cerrahi tedavi gerektirse de genellikle ilaç tedavisi ve davranışsal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda uygulanır. Asemptomatik hastalara uygulanan cerrahi tedavinin faydaları net olmadığı gibi, ek olarak operasyon riski de getirmektedir. Cerrahi tedavide amaç normal pelvik anatomiye sağlamak, üriner, bağırsak ve cinsel fonksiyonları düzeltmek, semptomların olumsuz etkilerini azaltmak ve hayat kalitesini düzeltmektir (Turan, 2004).

2. 9. POP ve Hemşirelik

POP medikal, psikososyal ve hijyenik açıdan bireylerde çeşitli semptomlar oluşturabilen, oldukça yaygın ve giderek önemi artan bir sağlık sorunudur. Hemşirelerin ise POP değerlendirilmesinde, yönetiminde, tedavisinde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasında ve bakım kalitesinin yükseltilmesinde etkin rol oynadıkları kanıtlanmıştır (Vrijens, 2017). POP'un önlenmesi ve tedavisinde çeşitli sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner ekip çalışması gerekir. Bu ekipte aktif rol oynayan ve ekibin etkili, vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin etki alanları gün geçtikçe genişlemektedir (Çelik, Beji, 2012; Kaplan, Demirci, 2010).

2. 9. 1. POP'un yönetimi ve hemşirenin rolü

Son yıllarda prolapsusa bağlı gelişmelerin hızlanması, yaşlı nüfus artışı ve yaşam kalitesi beklentilerinin yükselmesi ile ürogenital sorunlara olan farkındalık artmış ve hemşirelerin de bu alanda aktif olma gerekliliği ortaya çıkmıştır (Yılmaz ve ark., 2014). Bu amaçla hemşireler; mesane eğitimleri, pelvik taban kas egzersizleri, elektromanyetik sandalye, biyofeedback, tibial sinir uyarısı ve nöromodülasyon gibi POP'un tanı, tedavi ve korunma aşamalarında kullanılan birçok yöntemi uygulamakta ve eğitimler yapmaktadırlar (Kaplan, Demirci, 2010).

POP'lu kadınlar, yaşadığı sıkıntılardan dolayı utanma, çekinme ya da sorulan sorulara doğru ve tam cevaplar vermeme gibi davranışlar gösterip, değerlendirmenin yanlış yapılmasına yol açabilir. Bu nedenle, hemşirenin kadınla güçlü iletişim halinde olması, kadının kendini rahatça ifade etmesini sağlaması, anlayışlı ve destekleyici olması gerekmektedir. Bunun yanında POP'ta birden fazla patolojinin birlikte bulunma ihtimali de unutulmamalı, özellikle inkontinans varlığı, varsa ise tipi ve derecesi dikkatlice sorgulanmalıdır (Usta ve ark., 2017). Bu durumda hemşirelerin anamnez için uygun bir konuşma ortamı hazırlayıp kadının psikolojik açıdan hazır olduğu anda, sade ve anlaşılır bir dil ile ayrıntılı ürojinekolojik, psikososyal ve cinsel yaşantı ile ilgili öyküyü almaları gerekmektedir. Özellikle kadının beden imajında değişiklik olup olmadığı ve prolapsusun yaşam kalitesini ne şekilde etkilediği belirlenmelidir (Çelik, Beji, 2012). Anamnez ve diğer değerlendirmelerden elde edilen veriler

ile bütüncül bir değerlendirme yapılmalıdır.

Değerlendirme aşaması kadar tedavi aşamasında da aktif olan hemşireler; uygulanacak konservatif ve cerrahi tedavi yöntemlerinde gerekli planlamaları, girişimleri ve uygulamaları yapmalıdır. POP, tedavisi uzun süren bir sağlık sorunudur ve hemşirelerin kadınları sürekli destekleyici bir tavırda olması tedavinin başarısında son derece önemlidir. Bunun için aynı sorunu yaşayan kadınlardan oluşan destek gruplarının kullanılması, sosyal izolasyonun azaltılmasına ve kadınların kendilerine olan güvenlerinin artmasına katkı sağlayabilir.

POP'un önlenmesinde koruyucu önlemler arasında kronik hastalıkların ve alışkanlıkların kontrolü yer almaktadır. Kronik öksürüğün kontrol altına alınması, idrar kaçırmayı azaltır ve POP'un ilerlemesini önler. Bunun yanında prolapsusun risk faktörlerinden olan sigaranın bırakılması, konstipasyonun önlenmesi, üriner sistem enfeksiyonlarından korunma ve obezitenin kontrolü de prolapsustan koruyucu önlemler arasındadır (Işıldak, 2007; Eryılmaz, 2008). Ayrıca kadına ve aileye, aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirmeler yaparak gebelik ve doğum sayısını sınırlı tutmak ve menopoz döneminde kadınların düzenli kontrollere gitmelerini konusunda rehberlik etmek de hemşirelerin önemli rollerindedir (Çelik, Beji, 2012).

Sonuç olarak; hemşire kadına her aşamada sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi vermeli, yol gösterici ve yardımcı olmalıdır. Tam ve etkili bir bakımın sağlanması için değerlendirme, bakım ve tedaviye ek olarak, ürojinekolojik sorunlarla ilgili gelişmelerin takip edilmesi, bu alanda eğitim programlarına katılım sağlanması önemlidir (Özcan, Kapucu, 2014).

2. 9. 2. Ameliyat öncesi ve sonrası bakımda hemşirenin rolü

Klinik uygulamada cerrahi tedavi yöntemleri kısa sürede sonuç sağladığından hekimler ve kadınlar tarafından sık tercih edilir (Yaşa, 2010). Hemşirelerin POP'un diğer tedavi yöntemlerinde olduğu gibi ameliyat sürecinde de sorumlulukları bulunmaktadır. Ameliyat süreci ameliyat öncesi hazırlık dönemini, ameliyat sırasını ve ameliyat sonrası dönemi içerir. Ürojinekolojik sorunlarda uygulanan cerrahi tedavilerin başarısı etkin bir ekip çalışması ve postoperatif hasta tatmini ile doğru orantılıdır. Ekibi oluşturan her üyenin, rol ve sorumluluklarını bilmesi, ekip üyeleri arasında işbirliği ve motivasyon önemlidir. Hemşireler POP'un cerrahi tedavisinde ameliyat öncesi; hastanın psikolojik, fizyolojik ve yasal hazırlık süreçlerinde, ameliyat esnasında; cerrahi işleme yardım ve sterilizasyon basamaklarının kontrollerinde, ameliyat sonrası ise; bakım, tedavi ve tüm eğitim süreçlerinde aktif rol alırlar. Ayrıca ürojinekolojik cerrahi, standart cerrahi bakım girişimlerine ek olarak, psikolojik ve

fiziksel hazırlık gerektirir. Hemşire hekimle işbirliği içinde, planlanan cerrahi işlem hakkında kadını bilgilendirmelidir. Hastaya verilen bu eğitim; ameliyat sonrası optimal fonksiyonlara dönme durumu, yaşanabilecek semptomlar, hastanın beklentileri ve kaygıları, cilt temizliği, analjezi, anestezi, dren ya da kateter varlığı ve uygulanması istenen rutinleri kapsamalıdır. Bunun yanında kadına, perine kaslarının güçlendirilmesi için ameliyat sonrası yapılacak kegel egzersizleri de öğretilir ve uygulanır (Çelik, Beji, 2012).

Operasyon türüne göre bağırsakların boşaltılması için ameliyat öncesinde lavman yapılabilir ya da vajinal yolla uygulanacak ameliyatlarda, aseptik bir ortam sağlamak amacıyla hekim istemine göre vajinal lavaj yapılabilir (Eryılmaz, 2008). Ameliyat sonrası dönemde ise, ürojinekolojik organların fonksiyonları değerlendirilmeli ve takip edilmeli, herhangi bir komplikasyon bakımından hasta gözlenmeli, verilen tedaviler doğru ve zamanında yapılmalıdır. Kadının aldığı-çıkardığı mayi takipleri yapılmalı, enfeksiyon yönünden gözlenmeli ve egzersizler konusunda da eğitimlere devam edilmelidir. Özellikle taburculuk öncesinde ve sonrasında verilen hasta eğitimleri, cerrahi tedavinin başarısında son derece önemlidir. Taburculuk eğitimi hastanın kullanacağı ilaçları, tedaviye uyumun önemini, enfeksiyondan korunma yollarını, kişisel temizliği, perine temizliğinin önemi, ev işleri ve günlük işlerde ağır ve zorlayıcı hareketlerden ilk haftalarda kaçınması gerektiği, beslenme düzeni, kabızlıktan korunma yollarını ve bir sonraki kontrol zamanlarını içermelidir (Özcan, Kapucu, 2014). Hasta eğitimi yapılırken uygun ortam sağlanmalıdır. Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla ürkütülmemeli, bakış açısını anladığımızı belli eden sözlerle desteklenmelidir. Bireyin sadece hastalığı değil, sosyal, psikolojik ve kültürel durumu ile özgeçmişini dikkate alınmalıdır. Hastaya rehberlik yapılmalı, hastanın kendi tedavisinde aktif rol oynaması ve tedavisine katılması sağlanmalıdır. Sade ve anlaşılır ifadeler kullanılmalı, gerekirse anlatım basit şekiller ve çizimler yapılarak ya da diğer görseller ile pekiştirilmeli, tıbbi terim kullanmak gerektiğinde yanında açıklamalarda bulunulmalı ve eğitim sonrası değerlendirme yapılmalıdır (Duman, Elbaş, 2009).

2. 9. 3. Pelvik taban kas (kegel) egzersizleri ve hemşirenin rolü

Kegel egzersizleri ilk olarak Dr. Arnold Kegel tarafından 1948 yılında tanımlanmıştır ve POP'ta en basit ve etkili yöntemlerdendir. Bu egzersizler korunma yöntemi, tedavinin başlangıç aşaması ya da diğer konservatif tedavi yöntemlerine ek olarak kullanılabilir. Kegel egzersizleri pelvik taban kaslarını ve üretral kapanma mekanizmasını güçlendirmek amacıyla yapılır ve uzun dönemde olumlu sonuçları vardır. Fayda sağlanması için egzersizlere en az 6-8 hafta devam edilmelidir (Borello ve ark., 2007). Uygun vakalarda bu

tedavi yöntemi ile %39- 64 oranında düzelme olduğu bildirilmiştir (Maher, 2004). Yapılan egzersizler dışarıdan fark edilmediğinden her yerde ve zamanda uygulanabilir. Bu egzersizler ile inkontinansın tedavi başarısının %80'in üzerinde olduğu belirtilmiştir (Kaplan, Demirci, 2010; Newman, 2013). Kegel egzersizleri pelvik kas gücünü ve tonüsünü artırır, elastikiyeti korur, barsak kontrolü sağlar, orgazmı artırır, cinsel problemleri azaltır, doğum sonu vajinanın daha çabuk toparlanmasını sağlar ve epizyotomi ihtiyacını azaltır.

Kegel egzersizlerinde başarı, uygulamalardaki doğru tekniğe ve düzenli egzersiz programına bağlıdır. Bir ömür boyu ve her gün düzenli olarak uygulanmalıdır (Terzi ve ark., 2013). Tosunoğlu'nun (2010) yaptığı araştırmada pelvik organ prolapsusu olan kadınların %84,6'sının kegel egzersizleri hakkında bilgili olmadıkları, bilgisi olan grupta (%15,4) ise sadece %4,6'sının bu egzersizi uyguladığı, uygulayanların %83,3'ünün ise kegel egzersizlerinden bir fayda görmedikleri belirtilmiştir. Pelvis taban kasları egzersizleri genellikle eşit gevşeme aralıklarıyla 5-10 saniye kontraksiyon şeklinde yapılır. Kegel egzersizlerinin günde ortalama 3 defa, 50-70 kez yapılması önerilmektedir. Egzersizlerin kullanılmasında ve sıklığının belirlenmesinde kadının inkontinans tipi ve durumu göz önünde bulundurulmalı, kadına özgü bir program belirlenmelidir (Özcan, Kapucu, 2014).

Mahrem bir konu olan ürojinekolojik sorunların kegel egzersizleri ile tedavi edilmesi, kadın ile yakın ilişkide olan hemşirelerin sorumluluk alanıdır. Hemşireler kegel egzersizlerinin tekniği, uygulama sıklığı ve yararları konularında kadınlara gerekli eğitimleri vermeli, farkındalık oluşturmalı ve egzersizlerin başarısını değerlendirmelidir. Kegel egzersizlerinin öğretiminde hemşire sağlıklı bir iletişim kurmalı, doğru tekniği öğretmeli, evde egzersiz programına uyumu kontrol etmeli ve egzersizin etkinliğini değerlendirmelidir (Eryılmaz, 2008; Acar, Yurtsever, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Gaziantep Özel SEV (Sağlık ve Eğitim Vakfı) Amerikan Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında 6 aylık bir dönemde yapılmıştır.

SEV Amerikan Hastanesi, 1848 yılında Gaziantep'e yerleşmeye karar veren ve hayatının sonuna kadar Antep'te yaşayan Dr. Azariah Smith anısına 1879'da Yale Üniversitesi'nden sınıf arkadaşlarının yaptıkları bağışlar ve topladıkları yardımlar ile kuruldu. O tarihte hastaneye Dr. Azariah Smith Memorial Hospital adı verilse de SEV Amerikan Hastanesi olarak hizmet vermiştir.

Sağlık ve Eğitim Vakfı ise 1968 yılında İzmir, Tarsus ve Üsküdar Amerikan Liselerinin (Amerikan Bord Okulları) mezunları tarafından kurulan bir vakıf olup kendisine bağlı kurumların hizmet kalitesini üstün ve sürekli kılmayı amaçlıyor. Bölgenin ilk modern tıp hastanesi olan SEV Amerikan Hastanesi ise bu amaçla 1879 yılından beri Gaziantep'te hizmet vermeye devam etmektedir. Hastane tanı ve tedavi gibi hizmetlerin yanı sıra kurulduğu ilk yıllarda sağlık eğitimi de vermiştir.

Gaziantep Özel SEV Amerikan Hastanesi 82 yatak kapasitesine sahip olup, hastanede, 30 uzman hekim ve 55 sağlık personeli görev yapmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği branşında 3 (üç) Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı 3 (üç) ayrı poliklinikte hizmet vermekte ve polikliniklerde günde ortalama 90 hastaya hizmet verilmektedir.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Özel SEV Amerikan Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine 2016 yılında başvurmuş ve her dereceden ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlar oluşturmaktadır. 2016 yılı içinde POP tanısı almış toplam 144 kadın bulunmaktadır. Araştırmanın dönemsel farklılıklardan etkilenmesini önlemek amacıyla 6 ay olarak kesitsel bir çalışma olmasına karar verilmiştir. Bu sebeple araştırmanın örneklemini 6 ay içerisinde Gaziantep Özel SEV Amerikan Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, ürogenital prolapsus tanısı almış ve daha önce ürogenital prolapsus sebebiyle cerrahi operasyon geçirmemiş tüm kadınlar oluşturmuştur. Bu dönem içerisinde POP tanısı alan ancak daha önce

daha önce ürogenital prolapsus sebebiyle cerrahi operasyon geçiren 8 hasta çalışmadan çıkarılmış ve çalışmaya 72 kadın dahil olmuştur.

Araştırma grubuna alınacak örnekleme ürogenital prolapsus tanısı almış tüm kadınlar yer almış fakat bu kadınlar içinde daha önce ürogenital prolapsus sebebiyle cerrahi operasyon geçirmiş olanlar araştırmanın dışında bırakılmıştır.

3. 4. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada, araştırmacı tarafından geliştirilen ‘Gönüllülük Bilgilendirme ve Onam Formu’ (Ek-1), ‘Anket Formu’ (Ek-2) ve Digesu ve arkadaşlarının geliştirdiği, Seven ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı ‘Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği’ (P-YK) (Ek-3) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri 1 Ocak 2017- 30 Haziran 2017 tarihleri arasındaki 6 aylık süreçte toplanmıştır.

3. 4. 1. Anket formu

Anket formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve katılımcılar ile yüzyüze görüşme tekniği ile her anket için ortalama 5 dakikalık bir sürede uygulanmıştır. Anket formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için rastgele seçilen 10 kadına yazılı onam alınarak ön uygulama yapılmıştır. Herhangi bir aksaklığın olmadığı görülünce asıl uygulamaya geçilmiştir. Anket formunda; kadınların yaş, eğitim ve çalışma durumu, obstetrik ve jinekolojik ve prolapsusa ilişkin öyküleri, polikliniğe başvurma sebepleri, sahip olduğu POP türü ve dercelerini içeren toplam 15 soru bulunmaktadır.

3. 4. 2. Prolapsus yaşam kalitesi ölçeği

P-YK ölçeği ürogenital prolapsuslu hastaların genel sağlık algılarını, prolapsusta yaşanan semptomların şiddetini, semptomların yaşam kalitesine etkisini ve sonuçlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen, kolay uygulanabilen, geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Ölçek ilk olarak, Digesu ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Digesu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İtalyanca ve İngilizce versiyonları da bulunan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seven ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri, şiddet oranı alanında 0.64 bulunurken, diğer tüm alanlarda 0.75’ten yüksek bulunmuştur. Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren Digesu’dan ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Seven’den izin alınmıştır (Ek: 6).

Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği toplamda 20 sorudan ve 9 alandan oluşmuştur. Ölçek

formunun doldurulması her hasta için ortalama 10 dakika almaktadır. Ölçeğin alt alanları; genel sağlık algısı (1. soru), ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi (2. soru), rol sınırlılıkları (3. ve 4. soru), fiziksel sınırlılıkları (5. ve 6. soru), sosyal sınırlılıkları (7. ve 8. soru), kişiler arası ilişkiler (9, 10 ve 11. soru), duygular (12, 13. ve 14. soru), uyku/enerji (15 ve 16. soru) ve şiddet oranı (16, 17, 18, 19. ve 20. soru) dır.

Ölçekte kullanılan alanların toplam puanı olmayıp her alan kendi içerisinde puanlandırılmaktadır. Alanların puan hesaplamasında; hiç etkilemiyor, hafif etkiliyor, orta derecede etkiliyor ve çok etkiliyor ifadeleri için; sırası ile 1, 2, 3, 4 olmak üzere dörtlü puanlama sistemi kullanılmıştır. Ölçeğin her alanı içerdiği sorulara bağlı olarak ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Ölçek 0 ile 100 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin bozuk olduğunu, düşük olması ise yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçek puanlandırma hesabı aşağıdaki gibidir;

1. Genel Sağlık Algılamaları Puanı= [(1. soruda alınan değer - 1) / 1] x 100

2. Prolapsusun Yaşam Kalitesine Etkisi Puanı= [(2. soruda alınan değer - 1) / 3] x 100

3. Rol Sınırlılıkları Puanı= [(3. ve 4. sorularda alınan değerler toplamı - 2) / 6] x 100

4. Fiziksel Sınırlılıklar Puanı= [(5. ve 6. sorularda alınan değerler toplamı - 2) / 6] x 100

5. Sosyal Sınırlılıklar= [(9, 10 ve 11. sorularda alınan değerler toplamı - 3) / 9] x 100 *

* 9, 10 ve 11. sorularda alınan değerler toplamı = 0 ise [(. . - 2) / 6] x 100

6. Kişisel İlişkiler Puanı= [(7. ve 8. sorularda alınan değerler toplamı - 2) / 6] x 100 **

**7. ve 8. sorularda alınan değerler toplamı = 1 ise; [(. . - 1) / 3] x 100

7. ve 8. sorularda alınan değerler toplamı = 0 ise; eksik değer olarak davran (geçerli değil)

7. Duygular Puanı= [(12, 13 ve 14. sorularda alınan değerler toplamı - 3) / 9] x 100

8. Uyku / Enerji Puanı= [(15. ve 16. sorularda alınan değerler toplamı) - 2) / 6] x 100

9. Şiddet Oranı Puanı= [(17, 18, 19 ve 20. sorularda alınan değerler toplamı - 4) / 12] x 100

3. 5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: P-YK'dan elde edilen puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Doğum sayısı, meslek, BKİ, eğitim durumu, yaş, menopozal durum, ailesel öykü, prolapsus şekli ve prolapsus dereceleri araştırmanın bağımsız değişkenlerindedir.

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerdeki kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin saptanmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçek maddelerinin güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama (\pm), standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile test edilmiş olup bu araştırmanın verilerinin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Normal dağılmayan özelliklerin karşılaştırılmasında Mann Whintney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanılmış ve hata payı ($p < 0.05$) olarak kabul edilmiştir.

3. 7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada kullanılan P-YK; POP'lu kadınlara uygunlanan ve prolapsusun kadının yaşam kalitesine etkisini belirleyen bir ölçektir. Yaşam kalitesi kavramı, sağlık ve hastalık algılarına kadının yaşam tarzına ve toplumdaki statüsüne göre değişmektedir. Bunun yanında daha çok ileri yaş sorunu olarak karşımıza çıkan prolapsus; kadınlarda yaşlılığın doğal sonucu olarak görülebildiğinden hastaneye başvuru ve tedaviye uyum istenilen düzeyde olmamaktadır. Yaşam kalitesinin bireysel algıya bağlı olarak değişmesi ve POP sebebi ile sağlık kuruluşuna başvurunun istenilen düzeyde olmaması çalışmanın sınırlılığı olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre; Kadınların prolapsusta hastaneye başvuru şikayetlerinin benzer olması dikkati çekmiş ve Gaziantep SEV Amerikan Hastanesi için şikayetlerin genellenebileceği sonucuna varılmıştır.

3. 8. Araştırmada Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için; SANKO Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (Ek-4) ve hastane yönetiminden yazılı izin alınmıştır (Ek-6). Araştırmada kullanılan bütün bilgiler etik ilkeler çerçevesinde elde edilmiş ve kullanılan kaynaklar belirtilmiştir. Araştırmaya katılan kadınlara fiziksel veya psikolojik herhangi bir zarar verilmemiş, aydınlatılmış onamları alınmış ve araştırmanın değerlendirme aşamasında tarafsızlık ve dürüstlük ilkelerine bağlı kalmıştır. Kadınların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra çalışmaya alınmıştır.

3. 9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Kadınların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler (n=72)	Sayı	%
Yaş		
39 altı	16	22,2
40-49	29	40,3
50-59	17	23,6
60 ve üzeri	10	13,9
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	3	4,2
Okuryazar	6	8,3
İlkokul	14	19,4
Ortaokul	18	25,0
Lise	17	23,7
Üniversite	14	19,4
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	53	73,6
Çalışıyor	19	26,4
BKI*	Ortalama: 27,66±4,46	
Gebelik Sayısı	Ortalama: 3,88±2,14	
Doğum Sayısı	Ortalama: 3,22±1,59	

*BKI 18,5-24,9 kg/m² arasında normal, 25-29,9 kg/m² arasında fazla kilolu, 30 kg/m² ve üzeri ve üstü obez (Cameron ve ark., 2013).

Tablo 4.1’de kadınların demografik özellikleri gösterilmiştir. Kadınların %40,3’ü 40-49 yaş aralığında, %23,6’sı lise mezunu ve %73,6’sı çalışmamaktadır. Araştırmaya dahil olan kadınların BKI ortalamaları 27,66±4,46 olup, fazla kilolu olarak değerlendirilmektedir. Ortalama gebe kalma sayısı 3,88±2,14 ve ortalama doğum sayısı ise 3,22±1,59 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Kadınların Menopoz Durumu ve POP'a İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Menopoz Durumu ve POP'a İlişkin Özellikler (n=72)	Sayı	%
Menopoza Girme Durumu		
Menopoza giren	27	37,5
Menopoza girmeyen	45	62,5
Menopozda Olma Süresi		
4 yıl ve altı	8	29,6
5-10 yıl	8	29,6
11 yıl ve üzeri	11	40,8
Ailede POP Olma Durumu		
Ailede prolapsus var	35	48,6
Ailede prolapsus yok	37	51,4
POP Nedeni İle Daha Önce Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
Başvuran	13	18,1
Başvurmayan	59	81,9
POP Nedeni İle Daha Önce Tedavi Alma Durumu		
Tedavi alan	9	12,5
Tedavi almayan	63	87,5

Tablo 4.2'de kadınların menopoz durumu ve POP'a ilişkin özellikleri gösterilmiştir. Kadınların %37,5'i menopoza girmiş, menopoza giren kadınların %40,8'inin en son 11 yıl ve daha önce adet gördüğü belirlenmiştir. Ailesinde prolapsus olmayan kadın oranının %51,4 olduğu, %81,9'unun POP nedeni ile daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı, %87,5'inin ise daha önce POP nedeni ile tedavi almadığı görülmüştür.

Tablo 4.3: Kadınların Polikliniğe Başvurma Nedenlerinin Dağılımı

Başvurma Nedenleri (n=72*)	Sayı	%
İdrar kaçıрма	67	93,1
Kasık ağrısı	53	73,6
Vajende ele gelen kitle	42	58,3
İdrar yaparken yanma	27	37,5
Kaşıntı	22	30,6
Aşırı kanama	7	9,7
Postmenopozal kanama	6	8,3

*Katılımcılar birden fazla neden belirtmişlerdir.

Tablo 4.3’de katılımcıların yaşadıkları şikayetler değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre kadınlar en çok; idrar kaçıрма (%93,1), kasık ağrısı (%73,6), vajenden ele gelen kitle (%58,3), idrar yaparken yanma (%37,5) ve kaşıntı (%30,6) şikayetlerini yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4: Kadınların Polikliniğe Başvurdukları Şikayet Sayılarının Dağılımı

Şikayet Sayıları (n=72)	Sayı	%
1-2 şikayet yaşayanlar	28	38,9
3-4 şikayet yaşayanlar	32	44,4
5 ve üzeri şikayet yaşayanlar	12	16,7

Tablo 4.4’de kadınların yaşadıkları şikayet sayıları değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %37,7’sinin iki şikayet ile %44,4’ü ise 3-4 şikayet ile sağlık kuruluşuna başvurduklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.5: Kadınların Yaşadıkları Şikayet Sürelerinin Dağılımı

Katılımcıların Yaşadıkları Şikayet Süreleri (n=72)	Sayı	%
5 ay ve altı	7	9,7
6 ay-1 yıl	23	32,0
2-5 yıl	23	32,0
6 yıldan fazla	19	26,3

Tablo 4.5’de kadınların yaşadıkları şikayetlerin süreleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %64’ü bu şikayetleri 6 ay ve 5 yıl arasında yaşarken %9,7’ si bu şikayetleri 5 ay ve daha kısa süredir yaşamaktadır.

Tablo 4.6: Kadınların Sahip Oldukları POP Türü ve Derecesi

Prolapsus Türü ve Derecesi (n=72)	Sayı	%
POP Türü		
Sistosel	2	2,8
Sistosel+rektosel	48	66,7
Rektosel	5	6,9
Sistosel+uterin prolapsus	17	23,6
POP Derecesi		
2. Derece	16	22,2
3. Derece	44	61,1
4. Derece	12	16,7

Tablo 4.6’da elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan kadınlarda POP türlerinden %66,7 oranı ile en çok sistosel+rektosel tespit edilmiş olup %61,1 oranı ile POP derecelerinin en çok 3. derece olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7: Kadınların Prolapsus Yaşam Kalitesi Ölçeği Alanları Puan Ortalamaları

P-YK Alt Grupları	Ölçekten Alınan Min-Max Puan	$\bar{X} + SS$	Cronbach Alfa
Genel sağlık algısı	25-100	51,73±17,46	-
Yaşam kalitesine etkisi	0-100	56,94±26,50	-
Rol sınırlılıkları	16,66-100	50,23±19,00	0,503
Fiziksel sınırlılıkları	33,33-100	57,40±19,55	0,673
Sosyal sınırlılıkları	0-100	46,45±22,94	0,800
Kişiler arası ilişkiler	0-100	50,23±22,63	0,853
Duygular	0-100	47,83±26,93	0,895
Uyku/enerji	0-100	50,92±22,18	0,730
Şiddet oranı	0-100	47,68±20,18	0,810

*Tüm ölçek alt boyutlarından alınabilecek minimum 0 puan maksimum 100 puandır.

Tablo 4.7’de araştırmadan elde edilen prolapsus yaşam kalitesi ölçeği puanları sunulmuştur. Tablo 4.7’ye göre prolapsus yaşam kalitesi alt gruplarından; fiziksel sınırlılıklar alanı ortalama; 57,4±19,55 puan, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi alanı ortalama; 56,94±26,5 ve genel sağlık algısı alanı ortalama 51,73±17,46 puan olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.8: Kadınların P-YK Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

P-YK Alt Grupları	Eğitim Durumu (n=72)				KW	p
	Okula Gitmemiş (n=9)	İlkokul (n=14)	Ortaöğrenim (n=35)	Ünivesite (n=14)		
Genel Sağlık Algısı	66,66±17,67	55,35±14,47	47,14±17,95	50,00±13,85	10,206	0,017
Yaşam Kalitesine Etkisi	74,07±27,77	61,90±25,67	47,61±24,63	64,28±24,33	9,989	0,019
Rol Sınırlılıkları	53,70±16,19	63,09±20,85	45,09±16,68	47,61±19,45	8,878	0,031
Fiziksel Sınırlılıkları	64,81±15,46	64,28±20,52	49,04±14,54	66,67±24,45	11,816	0,008
Sosyal Sınırlılıkları	49,38±20,11	54,76±17,13	39,36±21,78	53,96±28,53	8,411	0,038
Kişiler Arası İlişkiler	62,96±27,35	53,57±22,81	40,47±17,75	63,10±20,85	14,293	0,003
Duygular	45,67±29,62	61,90±27,46	37,78±20,20	60,32±30,72	10,616	0,014
Uyku/Enerji	61,11±23,57	57,14±23,30	45,72±27,63	51,19±16,62	3,740	0,291
Şiddet Oranı	57,40±19,29	50,00±16,01	42,38±20,44	52,38±21,78	4,727	0,193

Tablo 4.8’de P-YK ile kadınların eğitim durumları karşılaştırılmıştır. Bu tabloya göre, katılımcıların eğitim durumları ile P-YK’nın genel sağlık algısı, yaşam kalitesine etkisi, rol sınırlılıkları, fiziksel sınırlılıklar, sosyal sınırlılıklar, kişiler arası ilişkiler ve duygular alt alanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.9: Kadınların P-YK Puanlarının POP Türlerine Göre Dağılımı

P-YK Alt Grupları	Ürogenital Prolapsus Türleri (n=72)				KW	p
	Sistosel (n=2)	Sistosel + Rektosel (n=48)	Rektosel (n=5)	Sistosel+ Uterin prolapsus (n=17)		
Genel Sağlık Algısı	37,50±17,67	47,91±14,43	55,00±27,38	63,23±17,93	10,409	0,015
Yaşam Kalitesine Etkisi	50,00±23,57	47,91±22,70	73,33±27,88	78,43±23,39	18,476	0,001
Rol Sınırlılıkları	50,00±23,57	47,87±19,22	53,33±27,38	55,88±15,57	3,126	0,373
Fiziksel Sınırlılıkları	41,66±11,78	54,51±19,36	56,66±19,00	67,64±18,13	8,700	0,034
Sosyal Sınırlılıkları	55,55±31,42	40,04±22,54	60,00±16,85	59,47±18,40	12,373	0,006
Kişiler Arası İlişkiler	50,00±23,57	45,83±21,60	56,66±14,90	66,01±34,57	6,030	0,110
Duygular	38,88±8,88	41,66±21,31	48,88±28,97	66,01±34,57	8,405	0,038
Uyku/Enerji	50,00±0	46,52±20,03	70,00±21,73	57,84±25,76	5,731	0,125
Şiddet Oranı	33,33±0	43,75±19,33	58,33±22,82	57,35±19,29	9,326	0,025

Tablo 4.9’da prolapsus yaşam kalitesi ölçeği ile katılımcıların ürogenital prolapsus türleri karşılaştırılmıştır. Tablo 4.9’a göre katılımcıların ürogenital prolapsus türleri ile P-YK’nın genel sağlık algısı, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi, fiziksel sınırlılıklar, sosyal sınırlılıklar, duygular ve şiddet oranı alt alanları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4. 10: Katılımcıların P-YK Puan Ortalamalarının POP Derecelerine Göre Dağılımı

P-YK Alt Grupları	Ürogenital Prolapsus Dereceleri (n=72)			KW	p
	2. Derece (n=16)	3. Derece (n=44)	4. Derece (n=12)		
Genel Sağlık Algısı	43,75±17,07	51,70±15,62	62,50±19,94	6,975	0,031
Yaşam Kalitesine Etkisi	53,75±15,95	57,57±28,17	72,22±23,92	8,201	0,017
Rol Sınırlılıkları	40,00±13,80	50,75±18,66	61,11±20,51	8,035	0,018
Fiziksel Sınırlılıkları	53,12±22,94	57,19±19,48	63,88±13,91	3,833	0,147
Sosyal Sınırlılıkları	40,27±26,25	45,70±21,85	57,40±20,00	3,346	0,188
Kişiler Arası İlişkiler	44,79±24,12	50,75±21,85	55,55±19,24	2,033	0,362
Duygular	43,05±28,36	46,96±26,66	57,40±25,87	2,308	0,315
Uyku/Enerji	36,45±22,12	53,40±19,54	61,11±23,92	7,750	0,021
Şiddet Oranı	38,02±22,56	46,96±16,38	63,19±22,03	8,234	0,016

Tablo 4.10’da prolapsus yaşam kalitesi ölçeği ile kadınların ürogenital prolapsus dereceleri karşılaştırılmıştır. Araştırmamızda 1. Dereceden POP’ lu hasta bulunmamış olup, Tablo 4.10’a göre katılımcıların ürogenital prolapsus dereceleri ile P-YK’nın genel sağlık algısı, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi, rol sınırlılıkları, uyku/enerji ve şiddet oranı alt alanları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Kadın nüfusu içinde giderek yaygınlaşan POP her yaştan kadında görülebilse de sıklıkla ileri yaş problemi olup farklı tip ve derecelerde gelişebilmektedir (Demirbaş, 2012). Prolapsus tanısı almış kadınlar ile yapılan bu çalışmada, kadınların %77,8'inin 40 yaş ve üstü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Ülkemizde yapılan birçok çalışmada da POP için en riskli yaş grubu 40 ve üstü olarak bildirilmiştir (Turan, 2004; Özerdoğan ve ark., 2004; Kocaöz ve ark., 2010). Kocaöz ve ark. çalışmasında (2010) POP'lu kadınların %50,8'inin 60 yaş ve üzeri, Özerdoğan ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında ise kadınların %51'inin 40 yaş ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Adı geçen çalışmalar bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısının orta öğrenim mezunu (%48,7) oldukları ve %73,6'sının çalışmadığı, BKİ'nin ise ortalama 27,66 (fazla kilolu) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Ürogenital prolapsus ve yaşam kalitesini inceleyen benzer çalışmalarda da kadınların yaşı ilerledikçe, eğitim seviyeleri düştükçe ve BKİ arttıkça ürogenital prolapsus sıklığının arttığı belirtilmektedir (Güner, Yılmaz, 2005; Kudish, 2008). Boyles ve ark. (2003) ise düşük sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, beslenme durumu ve hayat kalitesinin prolapsus gelişiminde rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. Ancak POP ile bu faktörler arasındaki ilişkiyi kesin olarak gösterememişlerdir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da pelvik taban cerrahisi geçiren kadınların BKİ'leri 27,8 ile 29,16 olarak belirlenmiştir (Ağralı, 2005; Altaş, 2008). Agur ve Rizk (2011) ise kilo artışının ve obezitenin üriner inkontinans ve/veya prolapsus gibi pelvik taban bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Öztürk ve arkadaşları (2012) ise; yine obez kadınların üriner inkontinans oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Thubert ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada morbid obez kadınlardaki idrar kaçırma şikayetleri, normal kilolu kadından beş kat daha fazla bulunmuş ve kilo verme ile bu şikayetlerin %50 oranında gerileyebileceği bildirilmiştir.

PTD etyolojisi multifaktöriyel olup obstetrik öykü ile PTD arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Parite ve doğum şekli pelvik taban kaslarının zayıflamasında ve prolapsus gelişiminde temel risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Sigurdardottir ve ark., 2011). Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalama 3,88 ve doğum yapma ortalaması ise 3,22'dir (Tablo 4.1). Benzer şekilde Şahin'in çalışmasında (2011) ürogenital prolapsus tanısı almış kadınların doğum sayısının 3 ve daha fazla olduğu belirtilmiştir. Schaffer ve ark. (2005) yaptıkları pelvik organ desteği çalışmasında her vajinal doğumda ürogenital prolapsus riskinin 1,2 kez arttığı belirtilmektedir. Vajinal doğumların her defasında uterusu kısmi olarak zarara

uğrattığı için POP olasılığını artırdığı belirtilmektedir (Yalçın, 2000). Sze ve arkadaşları (2009) ise sezaryen doğum ve ürogenital prolapsus gelişimi arasındaki ilişkinin tam olarak açıklanamadığını belirtmiştir. Bu konuda başka çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Menopoz pelvik taban disfonksiyonlarında önemli risk faktörlerden birini oluşturmaktadır. Wu ve ark. (2013) çalışmasına göre menopoz sonrası kadınların %50'sinden fazlasında PDT izlenmiştir. Menopoz sonrası dönemde östrojen yoksunluğuna bağlı ürogenital organlarda oluşan değişiklikler ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak mesane kaslarında zayıflama sonucunda ürogenital semptomlar (idrara sıkışma, inkontinans) meydana gelmektedir (Uncu, Özdil, 2009). Bu çalışmada kadınların %37,5'inin menopozda olduğu, %62,5'inin henüz menopoza girmediği belirlenmiştir. Menopoza giren kadınların da %40,8'inin en son 11 yıl ve daha önce adet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4.2). Ergün ve arkadaşlarının (2010) ürogenital prolapsuslu kadınlarla yaptığı çalışmada da kadınların %37'sinin menopoza girmiş olması bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Prolapsus için önemli risk faktörlerinden biri de aile öyküsüdür. Özyüncü ve Durukan (2008) yaptıkları çalışmada PTD'li kadınların ailelerinde prolapsus hikayesinin olduğu ve prolapsusun kadınların gen yapılarında bulunabileceğini bildirmiştir. Bu araştırmada kadınların yaklaşık yarısının (%48,6) ailelerinde prolapsus olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Duman ve Elbaş'ın (2009) yaptığı çalışmada prolapsuslu kadınların %97,3'ünün, Şahin'in (2011) çalışmasında ise kadınların %29,1'inin ailelerinde ürogenital prolapsus öyküsü varken, % 10,6'sının ailelerinde POP öyküsünün olup olmadığını bilmedikleri gösterilmiştir. Duman ve Elbaş'ın (2009) çalışmasındaki bu farklılığın çalışmanın 65 yaş üstü kadınlarla gerçekleştirilmiş olmasından ve yaşla beraber diğer faktörlerinde etkilemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda kız kardeşlerinde ürogenital prolapsus öyküsü olan kadınların, olmayanlara göre daha fazla risk taşıdığı bildirilmiştir (Miedel ve ark., 2009; Buchbaum ve ark., 2006). Bradley (2008) ise prolapsus nedeni ile ameliyat olan kadınların %30'unun ailesinde prolapsus öyküsü olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında POP'ta aile öyküsü bulunan kadınlara pelvik tabanın korunması amacı ile elektif sezaryen önerilebileceği belirtilmektedir (Luber, 2001).

Pelvik organ prolapsusları, sistosel ve rektoseller, benign jinekolojik cerrahi endikasyonları arasında en sık görülen sorunlardan biridir (Mouritsen ve ark., 2003). Buna rağmen dünyada çoğu kadın POP'ta prolapsus ya da üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık 5 yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmakta ya da hiç başvurmamaktadır (Özerdoğan ve ark., 2004). Çalışmadaki kadınların ise %81,9'u daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna

başvurmamış ve %87,5'i de prolapsus sebebi ile daha önce tedavi almamıştır (Tablo 4.2). Şahin'in (2011) çalışmasında da kadınların %77,7'si önceden hastaneye başvurmamış, %82,1'i ürogenital prolapsus ile ilgili tedavi almamıştır. Hendrix ve ark. (2002) onyediyedi yıl boyunca 25 ile 35 yaş arası 17 000 kadını izleyerek yaptıkları bir çalışmada POP nedeniyle hastaneye başvurma oranını %20,4 olarak belirlemiştir. Farklı çalışmalarda da görüldüğü gibi POP kadınlar tarafından yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılanmakta, kadınların hastaneye başvurmadan ve tedavi olmaktan çekindiği bir sorun olarak düşünülmektedir.

Prolapsuslu kadınlarda üriner sistem, barsak ve cinsel yaşama ilişkin birçok semptom tek başına görülebileceği gibi birlikte de görülebilir (Barber ve ark., 2005). Araştırmada ürogenital prolapsuslu kadınların hastaneye başvuru sürecinde en çok yaşadıkları şikayetlerin; idrar kaçırma (%93,1), kasık ağrısı (%73,6) ve vajende ele gelen kitle (%58,3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Literatürde bu çalışmayı destekler şekilde kadınların en fazla idrar kaçırma sorunu ile karşılaştıkları belirtilmektedir (Fritel ve ark., 2009; Blain ve ark., 2008). Mouritsen ve ark. (2005) ise ürogenital prolapsuslu kadınların %27'sinin stres inkontinansı, %21'inin karışık tip inkontinans, %36'sının boşaltım problemi yaşadıklarını ve %86,6'sının da vajinadan dışarı sarkmış yumru/çıkıntı hissi yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar POP sorunu olan kadınların yumru hissi yaşama oranının %50'nin üzerinde olduğunu belirtmektedir (Fritel ve ark., 2009; Blain, Dietz, 2008).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların %44,4'ünün 3-4 şikayet ile sağlık kuruluşuna başvurdukları (Tablo 4.4) ve %64'ünün bu şikayetleri 6 ay ve 5 yıl arasında yaşadıkları görülmüştür (Tablo 4.5). POP semptomlarının yaşanma süresi ile ilgili olarak Kök ve arkadaşları (2006) kadınların POP semptomlarını 1-8 yıl arasında yaşadıklarını bildirirken, Fultz ve Herzog (2001) ise bu sürenin 5-15 yıl arasında değiştiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmadan kadınların POP nedeni ile birden fazla sorunla uzun süre yaşadıkları ve baş etmek zorunda kaldıkları görülmektedir.

Çalışmada, ürogenital prolapsus tanısı almış kadınların %66,7'sinin sistosel + rektosel tanısı aldığı, %61,1'inin de 3. derece ürogenital prolapsusa sahip oldukları bildirilmiştir (Tablo 4.6). Ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlarla yapılan başka bir çalışmada, kadınların %34,8'i sistosel, %18,4'ü rektosel, %13,4'ü uterus prolapsusu tanısı almıştır (Kudish ve ark., 2009). Sarı ve Kohorsid (2007)'in çalışmasında ise kadınların %88,2'inin prolapsus ve sistoseli olduğu, %52,9'unun rektoseli olduğu saptanmıştır. Prolapsusun dereceleri konusunda Yeniel ve arkadaşları (2009) ve Şahin (2011)'in yaptığı çalışmalar, kadınların en fazla 3. Derece ürogenital prolapsusa sahip olduklarını göstermektedir. Yukarıda verilen çalışmalar bu

çalışmanın bulgularını destekler nitelikte olup en sık görülen prolapsus türünün sistosel ve 3. derece prolapsus olduğunu göstermektedir.

POP, kadınları duygusal, sosyal ve fiziksel olarak etkileyerek iş, aile ve cinsel yaşamda sınırlılıklara sebep olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada kullanılan prolapsus yaşam kalitesi ölçeği ile prolapsusun kadınların yaşam kalitesine etkisi dokuz alt grupta incelenmiştir (Tablo 4.7).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre prolapsus yaşam kalitesi alt gruplarından; fiziksel sınırlılıklar alanı puanı ortalama; $57,40 \pm 19,55$ olarak saptanmıştır. Şahin'in (2011) yaptığı çalışmada ise; fiziksel sınırlılıklar alanının ortalaması $57,82 \pm 33,62$ olarak bildirilmiştir. Şahin'in çalışmasından elde edilen sonuç bu çalışmadan elde edilen sonuçla benzerdir. Çalışmada prolapsus yaşam kalitesi ölçeğinin en fazla fiziksel sınırlılıklar alt alanının etkilendiği görülmüştür. Esen ve Çam'ın (2006) çalışmasında ise kadınların yaşam kaliteleri, fiziksel sınırlılıklar alanı için bu araştırmadan daha yüksek bulunmuş ve fiziksel sınırlılıklar alanı için ortalama puan $56,43 \pm 10,95$ olarak belirtilmiştir. Yine Seven ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da P-YK'nın fiziksel sınırlılıklar alt alanı puanı $53 \pm 30,52$ olup kadınların bu alandaki yaşam kalitesi bu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmada P-YK ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi alanı puanı ortalama; $56,94 \pm 26,5$ iken, Şahin (2011)'in çalışmasında $78,58 \pm 2,68$ 'dir. Bu bulgulara göre Şahin (2011)'in çalışmasında kadınların yaşam kalitesi ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi alanı için bu araştırmadan daha düşük bulunmuştur. Bu değişiklik çalışmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Tosunoğlu'nun 2010 yılında yaptığı çalışmada ise pelvik organ prolapsusuna bağlı semptomların yaşam kalitesini ciddi oranda etkilediği ve en çok fiziksel kısıtlamaya yol açtığı, kişisel ilişkileri etkilediği belirtilmiştir.

Bu çalışmada kadınların genel sağlık algısı alanı puanı ortalaması $51,73 \pm 17,46$ olarak belirlenmiştir. Şahin'in (2011) yaptığı çalışmada ise; ürogenital prolapsus tanısı almış kadınlarda genel sağlık algısı puan ortalaması $47,70 \pm 2,29$ olup bu araştırmada yer alan kadınlara göre yaşam kalitesi genel sağlık algısı alanı için daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen diğer puanların ortalamaları uyku/enerji alanında; $50,92 \pm 22,18$, rol sınırlılıklarında; $50,23 \pm 19,00$, kişisel ilişkilerde; $50,23 \pm 22,63$, duygular alanında; $47,83 \pm 26,93$, şiddet oranında; $47,68 \pm 20,18$ ve sosyal sınırlılıklar alanında; $46,45 \pm 22,94$ olarak bulunmuştur. Şahin'in (2011) çalışmasında uyku/enerji alanında; $40,96 \pm 26,15$, rol sınırlılıklarında; $52,79 \pm 36,14$, kişisel ilişkilerde; $53,81 \pm 54,21$, duygular alanında; $67,84 \pm 3,14$, şiddet oranında; $38,03 \pm 25,12$ ve sosyal sınırlılıklar alanında; $43,51 \pm 37,94$ puan olarak belirtilmiştir. Şahin'in

(2011) bulgularına göre P-YK'nın genel sağlık algısı, uyku/enerji, şiddet oranı ve sosyal sınırlılıklar alt alanlarında yaşam kalitesi bu çalışmadan daha yüksek saptanmıştır. Araştırmada P-YK'nın prolapsusun yaşam kalitesine etkisi, rol sınırlılıkları, kişisel ilişkiler ve duygular alt alanları için yaşam kalitesi Şahin'in (2011) çalışmasından daha yüksek bulunmuştur. Bu iki çalışma karşılaştırıldığında en çok duygular ve şiddet oranı alanlarında ciddi değişiklikler olduğu dikkati çekmektedir. P-YK'nın duygular alt alanındaki farklılığın Şahin'in (2011) çalışmasında daha fazla menopoza giren kadının bulunmasına, kadınların yaş ve menopozal durum itibari ile duygusal değişiklikleri daha çok yaşamalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Şiddet oranındaki farklılık ise Şahin'in çalışmasında yer alan kadınların yaşadığı bölge, maddi ve sosyal imkanlarından kaynaklanmış olabilir.

Tüm bu bulgular ışığında yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki genel farklılıkların; kadının yaşam kalitesi algısından, yaşadıkları problemleri değerlendirmesinden ve sosyo-kültürel düzeyleri benzeri faktörlerden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Prolapsuslu kadınların yaşam kalitesi puanları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında katılımcıların eğitim durumları ile P-YK ölçeği genel sağlık algısı, yaşam kalitesine etkisi, rol sınırlılıkları, fiziksel sınırlılıklar, sosyal sınırlılıklar, kişiler arası ilişkiler ve duygular alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.8). Bu çalışmada; okula gitmeyen kadınlarda P-YK'nın en çok etkilenen alanı ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi iken, diğer gruplarda fiziksel sınırlılık alanı en çok etkilenen alan olmuştur. Şahin'in (2011) yaptığı çalışmaya göre de eğitim durumu ile kadınların genel sağlık algısı, prolapsusun etkisi, rol sınırlılıkları, fiziksel sınırlılıklar ve sosyal sınırlılıklar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tosunoğlu'nun (2010) çalışmasında pelvik organ prolapsusu olan ve olmayan kadınlar eğitim ve meslek durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın verilerine göre P-YK'nın genel sağlık algısı, yaşam kalitesine etkisi, fiziksel sınırlılıklar, kişiler arası ilişkiler, uyku/enerji ve şiddet oranı alt alanlarında okula gitmemiş, ilkokul ve ortaöğrenim mezunu olan kadınlar için eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır.

P-YK ile katılımcıların ürogenital prolapsus türleri karşılaştırıldığında; P-YK'nın genel sağlık algısı, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi, fiziksel sınırlılıklar, duygular ve şiddet oranı alt alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.9). P-YK'nın bu alanlarında sistosel+uterin prolapsuslu kadınların yaşam kaliteleri diğer POP türlerine göre daha düşük bulunmuştur. Bunun yanında sistosel sorunu olan bireylerde sosyal sınırlılıklar alanı, sistosel+rektoselli bireylerde fiziksel sınırlılıklar alanı, rektoselli ve

sistosel+uterin prolapsuslu bireylerde ise ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi alanı P-YK'nın en çok etkilenen alt alanları olmuştur. Yalçın ve ark. (2000) ürogenital prolapsuslu kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların yaklaşık %75'inde sistosel saptanmış ve özellikle ileri derecede sistosel ya da uterin prolapsusu olan kadınların semptomları daha şiddetli yaşadığını ve yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiğini belirtmişlerdir. Altaş ve Yücel'in (2008) yaptıkları çalışmada ise; POP türlerinin (sistosel, rektosel ve prolapsus) sıklıkla birlikte bulunduğu ve karşılaşılan bir defektin diğerlerini de etkileyeceği bildirilmektedir. Aynı çalışma POP türlerine göre şikayetlerin farklılık gösterdiği ancak, POP dereceleri ile semptomların ciddiyeti arasında ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Altaş ve Yücel'in (2008) çalışması, POP türleri bakımından bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada prolapsus yaşam kalitesi ölçeği ile katılımcıların ürogenital prolapsus derecelerinin karşılaştırılması Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Tablo 4.10'a göre; katılımcıların ürogenital prolapsus dereceleri ile P-YK'nın genel sağlık algısı, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi, rol sınırlılıklar, uyku/enerji ve şiddet oranı alt alanları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Bu alanlar için POP derecesi arttıkça yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Lucacz ve ark. (2006) çalışması da bu araştırmayı destekler şekilde hafif dereceli (1. ve 2. derece prolapsuslar) prolapsusların genellikle semptomsuz seyredip yaşam kalitesine daha az etki ettiğini, ileri dereceli prolapsusların (3 ve 4. derece prolapsuslar) kadınlarda yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir. Kadınların ürogenital prolapsus dereceleri incelendiğinde; 1. dereceden ürogenital prolapsuslu kadın olmadığı, 2, 3 ve 4. derece prolapsuslu kadınlarda ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi alanının P-YK'nın en çok etkilenen alt alanı olduğu görülmüştür. Şahin (2011) tarafından yapılan çalışmada; 3. derece ve üzeri ürogenital prolapsusu olan kadınların genel sağlık algısının daha kötü olduğu ve prolapsusun yaşamlarını daha çok etkilediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada P-YK'nın genel sağlık algısı, prolapsusun etkisi, rol sınırlılıkları, fiziksel sınırlılıklar, duygular, uyku/enerji ve şiddet oranı alanı ile, prolapsus derecesi arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirtilmiştir (Şahin, 2011).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Kadınların dörtte üçü 40 yaş ve üzerinde olup yaklaşık yarısının ailesinde POP öyküsü bulunmaktadır. Kadınların tamamına yakınının daha önce POP sebebiyle hastaneye başvurmadığı ve POP ile ilgili tedavi almadığı görülmüştür. Kadınların sağlık kuruluşuna en sık başvurdukları neden idrar kaçırma olup, POP şikayetlerini yaşama süresi çoğunlukla 6 ay ve 5 yıl arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan kadınlarda POP türlerinden en çok sistosel+rektosel görülüp POP dereceleri de 3. derece olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlarda P-YK'nın en çok etkilenen alanları sırası ile; fiziksel sınırlılıklar, ürogenital prolapsusun yaşam kalitesine etkisi ve genel sağlık algısı alanlarıdır.

Araştırmada P-YK ile kadınların eğitim durumları ve sahip oldukları POP tür ve dereceleri de karşılaştırılmıştır. Kadınların eğitim durumları ile P-YK arasında okula gitmemiş, ilkokul ve ortaöğrenim mezunu olan kadınlar için eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. P-YK ile POP türleri için ise; sistosel+uterin prolapsuslu kadınların diğer gruplara göre genel olarak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu ve POP dereceleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü izlenmiştir.

Yukarıda verilen sonuçlar doğrultusunda yapılan öneriler;

- 40 yaş üstü ve ailesinde POP öyküsü bulunan kadınların POP konusunda bilinçlendirilmesi ve önleyici yöntemler (doğum sonu kegel egzersizleri) konusunda eğitim verilmesi,
- Hemşirelerin, kadınları POP semptomlarını yaşlılığın doğal sonucu olarak görmelerinin yanlış olduğu konusunda bilgilendirmeleri, sağlık kuruluşuna başvuru konusunda farkındalık sağlamaları ve tedavi için gereken yönlendirmeleri yapmaları,
- Hemşirelerin, kadınları POP'un tedavi edilebilir ve önlenebilir bir problem olduğu, tedaviye aktif katılım ile kendilerine en uygun yöntemi belirleyebilecekleri ve yaşam kalitelerini yükseltebilecekleri konularında bilgilendirmeleri,
- POP'un erken dönemde tanınıp kontrolünün sağlanması için kadınların yaşadıkları şikayetleri, tam ve eksiksiz olarak aktarmasının önemi konusunda bilinçlendirilmeleri,
- Sağlık profesyonellerinin de kadını bütüncül bir yaklaşımla ele alarak, POP'un tanı ve derecelendirme aşamalarını hassasiyetle yürütmeleri önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Acar, N. B., Yurtsever S.** (2010). Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., Thom, D. H., Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Study Group.** (2006). Sexual Activity and Function In Middle-Aged and Older Women. *Obstetrics and Gynecology*, 107 (4): 755.
- Agur, W., Rizk, D. E. E.** (2011). Obesity and Urinary Incontinence In Women: Is The Black Box Becoming Grayer. *International Urogynecology Journal*, 22: 257-258.
- Ağralı, Y.** (2005). Gerçek Stres İnkontinansın Cerrahi Tedavisinde Burch Operasyonu, Kolporafi Anterior Kelly Plikasyonu TVT ve Kolporafi Anterior Operasyonlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul.
- Altaş, Z. G. U., Yücel, N.** (2008). Stres Üriner İnkontinans Hastalarında Midüretal Transobturator Bant (Tot) Cerrahisi: Klinik Gözlem ve Erken Dönem Sonuçları. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
- Avery, K. N. L., Donovan, J. L.** (2008). Quality of Life Assessment and Questionnaires. In *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*, 67-73.
- Barber, M. D.** (2005). Symptoms and Outcome Measures Of Pelvic Organ Prolapse. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48 (3): 648-661.
- Bilgili, N., Akin, B., Ege, E., Ayaz, S.** (2008). Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences*, 28 (4): 487-493.
- Blain, G., Dietz, H. P.** (2008). Symptoms Of Female Pelvic Organ Prolapse: Correlation With Organ Descent In Women With Single Compartment Prolapse. *Australian and New Zealand Journal Of Obstetrics and Gynaecology*, 48 (3): 317-321.
- Bradley, C. S., Kennedy, C. M., Nygaard, I. E.** (2005). Pelvic Floor Symptoms and Lifestyle Factors In Older Women. *Journal Of Women's Health*, 14 (2): 128-136.
- Borello-France, D. F., Handa, V. L., Brown, M. B., Goode, P., Kreder, K., Scheufele, L. L., Pelvic Floor Disorders Network.** (2007). Pelvic-Floor Muscle Function In Women With Pelvic Organ Prolapse. *Physical Therapy*, 87 (4): 399-407.
- Boyles, S. H., Weber, A. M., Meyn, L.** (2003). Procedures For Pelvic Organ Prolapse In The United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol*, 188 (1): 108-115.
- Buchsbaum, G. M., Duecy, E. E., Kerr, L. A., Huang, L. S., Perevich, M., Guzick, D. S.** (2006). Pelvic Organ Prolapse In Nulliparous Women and Their Parous Sisters. *Obstetrics & Gynecology*, 108 (6): 1388-1393.
- Cameron, A. P., Jimbo, M., Heidelbaugh, J. J.** (2013). Diagnosis and Office-Based Treatment Of Urinary Incontinence In Adults. Part Two: Treatment. *Therapeutic Advances In Urology*, 5 (4): 189-200.
- Carter, D., Beer-Gabel, M.** (2012). Lower Urinary Tract Symptoms In Chronically Constipated Women. *International Urogynecology Journal*, 23 (12): 1785-1789.

- Chiaffarino, F., Parazzini, F., Lavezzari, M., Giambanco, V.** (2003). Impact Of Urinary Incontinence and Overactive Bladder On Quality Of Life. *European Urology*, 43 (5): 535–538.
- Chow, D., Rodríguez, L. V.** (2013). Epidemiology and Prevalence Of Pelvic Organ Prolapse. *Current Opinion In Urology*, 23 (4): 293-298
- Clevelandclinic. Org/Appointments Barbara R North Kingsville Ohio Prolapsus Cerrahisi** Erişim: 05. 07. 2017
- Çelik, D. B., Beji, N. K.** (2012). Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20 (1): 69-79.
- De Boer, T. A., Salvatore, S., Cardozo, L., Chapple, C., Kelleher, C., Van Kerrebroeck, P., Tubaro, A.** (2010). Pelvic Organ Prolapse and Overactive Bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 29 (1): 30-39.
- De Boer, T. A., Sliker-ten Hove, M. C., Burger, C. W., Vierhout, M. E.** (2011). The Prevalence and Risk Factors Of Overactive Bladder Symptoms and Its Relation To Pelvic Organ Prolapse Symptoms In A General Female Population. *International Urogynecology Journal*, 22 (5): 569-575.
- Demir, S., BEJİ, N. K.** (2015). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23 (1): 23-31.
- Demirbaş, S.** (2012). Pelvik Prolapsus. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 22 (1): 1-9.
- Demirci N., Aba Y. B. ,Süzer F., Karadağ F., Ataman H.** (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:7, Sayı:19.
- Demirel, G., Gölbaşı, Z.** (2015). Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 638.
- Digesu, G. A., Chaliha, C., Salvatore, S., Hutchings, A., Khullar, V.** (2005). The Relationship Of Vaginal Prolapse Severity Tosymptoms and Quality Of Life. *Bjog: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 112 (7): 971-976.
- Dolan, L. M., Hilton, P.** (2010). Obstetric Risk Factors and Pelvic Floor Dysfunction 20 Years After First Delivery. *International Urogynecology Journal*, 21 (5): 535-544.
- Dökmeci, F., Çetinkaya, E.** (2009). Arka Kompartman Bozuklukları ve Cerrahi Tedavisi. Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojenekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Duman N. B., Elbaş N. O.,** (2009). 65 Yaş ve Üstündeki Kadınların Kadın Sağlığına Yönelik Sorunlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 62-71.
- Ellerkmann, R. M., Cundiff, G. W., Melick, C. F., Nihira, M. A., Leffler, K., Bent, A. E.** (2001). Correlation Of Symptoms With Location and Severity Of Pelvic Organ Prolapse. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 185 (6): 1332-1338.
- 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.
- Eryılmaz, Y. H.** (2008). Pelvik Bozukluklar. Şirin, A. (Ed.). *Kadın Sağlığı*. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 198-233.
- Esen, E., Çam, O.** (2006). Histerektomi Olmuş Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1): 107-117.

- Eskiyurt, N.** (2005). Pelvik Taban Kaslarının Egzersizleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1 (45): 63-67.
- Farquhar, C. M., Steiner, C. A.** (2002). Hysterectomy Rates In The United States 1990–1997. 1. *Obstetrics &Gynecology*, 99 (2): 229-234.
- Fritel, X., Varnoux, N., Zins, M., Breart, G., Ringa, V.** (2009). Symptomatic Pelvic Organ Prolapse At Midlifequality Of Life and Risk Factors. *Obstetrics and Gynecology*, 113 (3): 609.
- Fultz, N. H., Herzog, R.** (2001). Self Reported Social and Emotional Impact Of Urinary Incontinence. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 49 (7): 892– 899.
- Gibbs, S. R., Karlan, Y. B., Haney, F. A., Nygaard, I.** (2010). Danforth’s Obstetrik ve Jinekoloji, Çeviri editorü: Ayhan A. Onuncu baskı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri, 604-25.
- Grace, V., Zondervan, K.** (2006). Chronic Pelvic Pain In Women In New Zealand: Comparative Well-Being, Comorbidity and Impact On Work and Other Activities. *Health Care For Women International*, 27 (7): 585-599.
- Güner, H., Yılmaz, E.** (2005). Pelvik Tabanın Fonksiyonel Anatomisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1 (45): 1-4.
- Hagen, S., Stark, D.** (2011). Conservative Prevention and Management Of Pelvic Organ Prolapse In Women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 (12): 45-50.
- Halil M.** (2006). Geriatrik Sendromlara Yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14 (1): 45-49.
- Handa, V. L., Pannu, H. K., Siddique, S., Gutman, R., Vanrooyen, J., Cundiff, G.** (2003). Architectural Differences In The Bony Pelvis Of Women With and Without Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics &Gynecology*, 102 (6): 1283-1290.
- Hendrix, S. L., Clark, A., Nygaard, I., Aragaki, A., Barnabei, V., Metiennan, A.** (2002). Pelvic Organ Prolapse In The Women's Health Initiative: Gravity and Gravidity. *American Journal Of Obstetrics &Gynecology*, 186 (6): 1160-1166.
- Hunskar, S., Arnold, E. P., Burgio, K. E. T. A., Diokno, A. C., Herzog, A. R., Mallett, V. T.** (2000). Epidemiology and Natural History Of Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal*, 11 (5): 301-319.
- İşıldak, S.** (2007). Kolporafi Anterior Ve/Veya Kolporafi Posterior Operasyonu Olanlarda Disparoni Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, Ankara. 74-80.
- Jelovsek, J. E., Maher, C., Barber, M. D.** (2007). Pelvic Organ Prolapse. *The Lancet*, 369 (9566): 1027-1038.
- Jeon, M. J., Chung, S. M., Jung, H. J., Kim, S. K., Bai, S. W.** (2008). Risk Factors For The Recurrence Of Pelvic Organ Prolapse. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66 (4): 268-273.
- Kaplan, S., Demirci, N.** (2010). Üriner İnkontinanstaki Konservatif Tedavi Metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (13): 1-8.
- Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, O., Eskiyurt, N.** (2000). Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi. *Geriatrics*, 3 (3): 102-106.
- Kenton, K. ve Mueller, E. R.** (2006). The Global Burden Of Female Pelvic Flor Disorders. *British Journal Of Urology International*, 98 (1): 1–5.

- Kim, C. M., Jeon, M. J., Chung, D. J., Kim, S. K., Kim, J. W., Bai, S. W.** (2007). Risk Factors For Pelvic Organ Prolapse. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 98 (3), 248-251.
- Kocak, I., Okyay. P., Dundar. M., Erol. H. ve Beser. E.** (2005). Female Urinary Incontinence In The West Of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact On Quality Of Life. *European Urology*, 48 (4):634–641.
- Kocaöz, S., Talas, M. S., Atabekoğlu, C. S.** (2010). Urinary Incontinence In Pregnant Women and Their Quality Of Life. *Journal Of Clinical Nursing*, 19 (23-24):3314-3323.
- 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 (3): 132-136.
- Kudish, B. I., Iglesia, C. B., Sokol, R. J., Cochrane, B., Richter, H. E., Larson, J., Howard, B. V.** (2009). Effect Of Weight Change On Natural History Of Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and Gynecology*, 113 (1): 81.
- Lince, S. L., Van Kempen, L. C., Vierhout, M. E., Kluivers, K. B.** (2012). A Systematic Review Of Clinical Studies On Hereditary Factors In Pelvic Organ Prolapse. *International Urogynecology Journal*, 23 (10): 1327-1336.
- Luber, K. M., Boero, S., Choe, J. Y.** (2001). The Demographics Of Pelvic Floor Disorders: Current Observations and Future Projections. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 184 (7): 1496-1503.
- Lucas, M. G., Bedretidnova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K., Pickard, R. S.** (2012). Guidelines On Urinary Incontinence. *European Association Of Urology*, 62 (6): 1118-1129.
- Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Contreras, R., Nager, C. W., Luber, K. M.** (2006). Parity, Mode Of Delivery, and Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 107 (6): 1253-1260.
- Maher Cm, Feiner B, Baessler K, Glazener C.** (2011). Surgical Management Of Pelvic Organ Prolapse In Women: The Updated Summary Version Cochrane Review. *Int Urogynecol J.* (11): 1445-1457.
- Mant, J., Painter, R., Vessey, M.** (1997). Epidemiology Of Genital Prolapse: Observations From The Oxford Family Planning Association Study. *B J Obstet Gynecology*, 104 (5): 579-585.
- Miedel, A., Tegerstedt, G., Mæhle-Schmidt, M., Nyrén, O., Hammarström, M.** (2009). Nonobstetric risk factors for symptomatic pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 113 (5): 1089-1097.
- Moller La, Lose G, Jorgessen T.** (2000). The Prevalence and Bothersomeness Of Lower Urinary Tract Symptoms In Women 40-60 Years Of Age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000, 79 (4): 298-305.
- Monz, B., Kastler, E. C., Hampel, C., Samsioe, G., Hunskaar, S, Espuna-Pons, M.** (2007). Patient Characteristics Associated With Quality Of Life In European Women Seeking Treatment For Urinary Incontinence: Results From Pure. *European Urology*, 51 (4): 1073–1082.
- Mouritsen, L.** (2005). Classification and Evaluation Of Prolapse. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19 (6): 895-911.

- Newman, D. K., Wein, A. J.** (2013). Office-Based Behavioral Therapy For Management Of Incontinence and Other Pelvic Disorders. *Urologic Clinics*, 40 (4): 613-635.
- Niyibizi, C., Kavalkovich, K., Yamaji, T., Woo, S. L.** (2000). Type V Collagen Is Increased During Rabbit Medial Collateral Ligament Healing. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 8 (5): 281-285.
- Nygaard, I., Bradley, C., Brandt, D.** (2004). Pelvic Organ Prolapse In Older Women: Prevalence and Risk Factors. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3): 489-497.
- Occhino, J. A., Gebhart, J. B.** (2010). Difficult Vaginal Hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53 (1): 40-50.
- Oh, S. J., Ku, J. H., Soo Choo, M., Yun, J. M., Kim, D. Y. ve Park., W. H.** (2008). Healthrelated Quality Of Life and Sexual Function İn Women With Stress Urinary Incontinence and Overactive Bladder. *International Journal Of Urology*, 15 (1):62–67.
- Özcan, M., Kapucu, S.** (2014). Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1 (2).
- Özerdoğan, N., Beji, K. N., Yalçın, O.** (2004). Urinary Incontinence: İt s Prevalence, Risk Factors and Effects On The Quality Of Life Of Women Living in a Region Of Turkey. *Gynecologic Obsterict Investigation*, 58 (3): 145–150.
- Özgür, G., Yıldırım, S.** (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Konusundaki Görüşleri ve Yaşam Doyumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24 (1): 57-65.
- Özyüncü, Ö., Durukan T.** (2008). Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Tvt (Tension-Free Vaginal Tape) Uygulanan Hastaların Hayat Kalitesi Testleri İle Değerlendirilmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6 (1): 48- 57.
- Pauls, R. N., Silva, W. A., Rooney, C. M., Siddighi, S., Kleeman, S. D., Dryfhout, V., Karram, M. M.** (2007). Sexual Function After Vaginal Surgery For Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 197 (6): 622-E1.
- Phillips, C., Monga, A.** (2005). Childbirth and The Pelvic Floor: “The Gynaecological Consequences”. *Reviews In Gynaecological Practice*, 5 (1): 15-22.
- Polat, İ., Akagündüz, N. G., Yıldırım, G., Ülker V., Bakır, V. L., Ekiz A, Tekirdağ, A. İ.** (2012). Doğum Şeklinin, Pelvik Taban ve Mesane Boynu Üzerinde Etkileri, *Jopp Derg* 4 (2): 47-60.
- Price, N., Slack, A., Jackson, S. R.** (2010). Laparoscopic Hysteropexy: The Initial Results Of A Uterine Suspension Procedure For Uterovaginal Prolapse. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 117 (1): 62-68.
- Progetto Menopausa Italia Study Group.** (2000). Risk Factors For Genital Prolapse In Non-Hysterectomized Women Around Menopause-Results From A Large Cross-Sectional Study In Menopausal Clinics In Italy. *European Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 2 (93): 135-140.
- Raizada, V. Mittal Rk.** (2008). Pelvic Floor Anatomy and Applied Physiology. *Gastroenterol Clin North Am. Sep*; 37 (3): 493-509.
- Rogers, R. G., Kammerer-Doak, D., Darrow, A., Murray, K., Qualls, C., Olsen, A., Barber, M.** (2006). Does Sexual Function Change After Surgery For Stress Urinary Incontinence And/Or Pelvic Organ Prolapse? A Multicenter Prospective Study. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 195 (5): e1-e4.

- Rortveit, G., Daltveit, A. K., Hannestad, Y. S., Hunskaar, S.** (2003). Urinary Incontinence After Vaginal Delivery Or Cesarean Section. *New England Journal Of Medicine*, 348 (10): 900-907.
- Sarı D, Khorsid L.** (2007) The Effects Of Pelvic Floor Muscle Training On Stress and Mixed Urinary Incontinence and Quality Of Life. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*; 36 (4): 429-435.
- Sasso, K. M.** (2006). The Colpexin (TM) Sphere: A New Conservative Management Option For Pelvic Organ Prolapse. *Urologic Nursing*, 26 (6): 433.
- Schaffer, J. I., Wai, C. Y., Boreham, M. K.** (2005). Etiology Of Pelvic Organ Prolapse. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 48 (3): 639-647.
- Scherf, C., Morison, L., Fiander, A., Ekpo, G., Walraven, G.** (2002). Epidemiology Of Pelvic Organ Prolapse In Rural Gambia, West Africa. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 109 (4): 431-436.
- Sears, C. L. G., Wright, J., O'brien, J., Jezior, J. R., Hernandez, S. L., Albright, T. S., Fischer, J. R.** (2009). The Racial Distribution Of Female Pelvic Floor Disorders In An Equal Access Health Care System. *The Journal Of Urology*, 181 (1): 187-192.
- Seven, M., Akyuz, A., Acikel, C. H.** (2008). Validation Of The Prolapsus-Related Quality Of Life Questionnaire (P-QOL) In A Selected Turkish Population. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (4): 317-322.
- Siddiqui, N. Y., Edenfield, A. L.** (2014). Clinical Challenges In The Management Of Vaginal Prolapse. *International Journal Of Women's Health*, 6; 83.
- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Arnason, A. ve Bø, K.** (2011). Pelvic Floor Muscle Function Before and After First Childbirth. *International Urogynecology Journal*, 22 (12): 1497-1503.
- Soysüren, S. İ.** (2011). Abdominal ve Vajinal Cerrahi Sonrası Üriner Disfonksiyonların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Edirne.
- Stach-Lempinen, B., Kirkinen, P., Laippala, P., Metsänoja, R., Kujansuu, E.** (2004). Do Objective Urodynamic Or Clinical Findings Determine Impact Of Urinary Incontinence Or Its Treatment On Quality Of Life? *Urology*, 63 (1): 67-71.
- Stoutjesdijk, J. A., Vierhout, M. E., Spruijt, J. W., Massolt, E. T.** (2006). Does Vaginal Reconstructive Surgery With Or Without Vaginal Hysterectomy Or Trachelectomy Improve Sexual Well Being? A Prospective Follow-Up Study. *Int Urogynecol J International Urogynecology Journal*. 17 (2): 131- 135.
- Sutar, R., Yadav, S., Desai, G.** (2016). Yoga Intervention and Functional Pain Syndromes: A Selective Review. *International Review Of Psychiatry*, 28 (3): 316-322.
- Swift, S. E., Tate, S. B., Nicholas, J.** (2003). Correlation Of Symptoms With Degree Of Pelvic Organ Support In A General Population Of Women: What Is Pelvic Organ Prolapse? *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 189 (2): 372-377.
- Sze, E. H., Hobbs, G.** (2009). Relation Between Vaginal Birth and Pelvic Organ Prolapse. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 88 (2): 200-203.
- Şahin, E.** (2011). Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Taşkın, L.** (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Basım, Akademisyen Kitabevi,

Ankara.

Ter Kuile, M. M., Weijnen, P., Spinhoven, P. (2010). PAIN: Sexual Functioning In Women With Chronic Pelvic Pain: The Role Of Anxiety and Depression. *The Journal Of Sexual Medicine*, 7 (5), 1901-1910.

Terzi H, Terzi R Kale A. (2013). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Ege Tıp Dergisi* (52):15-19.

Thubert, T., Deffieux, X., Letouzey, V., & Hermieu, J. F. (2012). Obesity and Urogynecology: A Systematic Review. *Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie*, 22 (8): 445-453.

Tosunoğlu, D. (2010). 40 Yaş Üstü Kadınlarda Pelvik Organ Prolapsusu Sıklığı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T. C Trakya Üniversitesi, Edirne.

Tsai, K. K., Marques, F., Myers, D. L., Sung, V. W. (2010). Association Between Obesity, Sexual Activity and Sexual Function In Women With Pelvic Floor Disorders. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 16 (6):331-335.

Turan, M. C. (2004). Myomlarda Tedavi Seçenekleri. *Tjod Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 8; 198-201.

Uncu, G., Özdil, M. (2009). Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Ö. Yalçın (Ed.), *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Matbacılık; 41-47.

Usta, T., Karacan, T., Kale, A., Mutlu, S., Tıryakı, T. (2017). Robot-Assisted Laparoscopic Pectouteropexy: An Alternative Uterus-Sparing Technique For Pelvic Organ Prolapse Surgery. *International Urogynecology Journal*, 28 (11): 1751-1753.

Vigod, S. N., Stewart, D. E. (2009). Kadınlarda Yaşam Boyunca Ruhsal Hastalıkların Nedenleri Konusundaki Araştırmalar. *Current Opinion In Psychiatry*, 5 (3): 151.

Vitobello, D., Siesto, G., Bulletti, C. (2012). Robotic Sacral Hysteropexy For Pelvic Organ Prolapse. *The International Journal Of Medical Robotics and Compute, Assisted Surgery*, 8 (1): 114-117.

Vrijen, D., Berghman, B., Nieman, F., Van Os, J., Van Koevinge, G., Leue, C. (2017). Prevalence Of Anxiety and Depressive Symptoms and Their Association With Pelvic Floor Dysfunctions—A Cross Sectional Cohort Study At A Pelvic Care Centre. *Neurourology and Urodynamics*, 36 (7): 1816-1823.

Ward, K. L. (2000). A Randomized Trial Of Colposuspension and Tension-Free Vaginal Tape (TVT) For Primary Genuine Stress Incontinence. *Neurourol. Urodyn.*, 19; 386-387.

Weber, A. M. (2007). Epidemiology and Psychosocial Impact Of Pelvic Floor Disorders. In M. D. Walters, M. M. Karram (Eds). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, (3rd Ed). Philadelphia: Mosby Elseiver, 44-54.

Wu, J. M., Ward, R. M., Allen-Brady, K. L., Edwards, T. L., Norton, P. A., Hartmann, K. E., Edwards, D. R. V. (2013). Phenotyping Clinical Disorders: Lessons Learned From Pelvic Organ Prolapse. *American Journal Of Obstetrics & Gynecolog*, 208 (5): 360-365.

Yalçın, Ö. (2000). Ürojinekoloji. Güner, H. (Ed.). *Pelvik Taban Bozukluklarının Fiziopatolojisi*. Ankara: Atlas Kitapçılık, s. 19-38.

Yaşa O. (2010). Genel Popülasyonda Pelvik Organ Prolapsus Sıklığı ve Evrelerin Semptomlarla İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.


Yeniél, A. Ö.,Ergenođlu, A. M., (2010). Prolapsus Uteri İle Epidemiyolojik Faktörlerin İlişkisi: Beş Yıllık Vakaların Retrospektif Analizi, Ege Tıp Dergisi / Ege Journal Of Medicine 49 (1): 31-35.

Yılmaz, E., Muslu, A., Özcan, E. (2014). Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (2): 1-14.

Yip, S. K., Cardozo, L. (2007). Psychological Morbidity and Female Urinary Incontinence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 21 (2): 321–329.



8. ÖZGEÇMİŞ

			
Adı	Elif	Soyadı	ÖZDEMİR
Doğum Yeri	Gaziantep	Doğum Tarihi	02.07.1991
Uyruğu	T.C.	Telefon	554 992 85 31
E-mail	elif.elif-kilinc@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Gaziantep Üniversitesi	2012

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Hemşire	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	Devam
2	Hemşire	Gaziantep Ersin Arslan E.A.H.	1 Yıl
3	Hemşire	Gaziantep Özel SANKO Hastanesi	4 Yıl

Yabancı Dilleri	Girdiği Ulusal Sınav Adı ve Notu	Girdiği Uluslararası Sınav Adı ve Notu
Yok	Yok	Yok

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68,063	69,359	64,622

Bilgisayar Program Bilgisi	Kullanma Becerisi*
Word, Excell, Poverpoint	Orta Derecede

Yayınlar:

Harman, R., Günal, Ö., Sarıkabadayı, Ü., Daldal, A., Özdemir, E., Özyılmaz, C. (2016). Nazal Taşıyıcılık Nedeniyle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Gelişen Staphylococcus Aureus Bakteriyemisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(4), 382-384.

Harman, R., Daldal, A., Özdemir, E., Özyılmaz, C. (2015). **Personeldeki Nazal Staphylococcus Aureus (s. Aureus) Taşıyıcılığı Sonrası Yenidoğan Yoğun Bakımda Gelişen Aureus Bakteriyemisi**, BUHASDER 6. Tepecik Enfeksiyon Günleri Sempozyumu, s. 252, Muğla.

Özdemir, E. (2015). Hastane Enfeksiyonları ve El Hijjeni, Özel Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Dergisi, 15(55): 52-53.

Harman, R., Özdemir, E., Batıray, B. (2015). HIV Pozitif Hasta İle Temas Sonrası Hastane Çalışanlarında Üç Kat Artan Kesici Delici Alet Bildirimi, *Mediter J Infect Microb Antimicrob*, 2016 (1); 161.

Harman, R., Özdemir, E., Batıray, B. (2015). Ventilatör İlişkili Pnömonilere Neden Olan Etkenlerin Üç Yıllık Dağılımı, 31. Ankem Kongresi, s. 131, Bodrum.

Harman, R., Özdemir, E., Batıray, B. (2015). Nazokomial Üriner Sistem Enfeksiyonuna Neden Olan Etkenlerin Üç Yıllık Dağılımı, 31. Ankem Kongresi, s. 133, Bodrum.

Sohbet, R., Bil, A., Kılınç, E. (2011) Üniversite Öğrencilerinin Taşıyıcı Anneliğe Bakış Açısı, 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı, s. 138-139, Gaziantep.

Sertifika/Kurslar:

Pedagojik Formasyon Sertifika Programı, 2016, Gaziantep.

TSE İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemleri Temel Eğitimi, 2016, Gaziantep.

TSE Yönetim Sistemleri Entegre İç Tetkik Eğitimi, 2016, Gaziantep.

9. EKLER

ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Alex Digesu

Kime: elif KILINÇ

23.01.2018

[Ayrıntılar](#)

AD

Dear Elif

Thanks for your email and interest in the PQOL. I would be delighted for you to use the PQOL questionnaire and scoring system in your thesis

Alex Digesu MD, PhD
Consultant in Obstetrics & Gynaecology
Urogynaecology Subspecialist & Honorary
Clinical Senior Lecturer
St Mary's Hospital, Queen Charlotte's & Chelsea
Hospital
Imperial College Healthcare NHS Trust
Academic Department of Obstetrics &
Gynaecology
South Wharf Road, London W2 1NY, United
Kingdom

Secretary - Ally Hoverd
email: ahoverd@nhs.net Tel: +44 (0)
[7557492296](tel:7557492296) Fax: +44 (0) 203 312 6054

Memnun Seven

Kime: Elif

3.06.2016

[Ayrıntılar](#)

MS

Sevgili Elif

elbette olcegi kullanabilirsin. Ekte olcek ve degerlerinde sekli yer almaktadır.

Basarilar dilerim.

Sevgiler

RN. PhD. Memnun SEVEN
Assistant Professor

Koç University College of Nursing
Davutpasa caddesi No:4, 34010 Topkapi
Istanbul / Turkey
<http://son.ku.edu.tr/tr>



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ

EK-2

SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	11.07.2016
	Araştırmanın Türü	İlaç dışı klinik araştırma, Anket çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2016/02	Karar No: 11	Tarih: 25.08.2016
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Aysel GÜVEN BAĞLA Başkan Yardımcısı	Histoloji ve Embriyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Üye	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X	X			X	KATILMADI
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		

EK-3

SEV AMERİKAN HASTANESİ KURUM ÇALIŞMA İZİN FORMU



SEV AMERİKAN HASTANESİ

Tepebaşı Mah. Yüksek Sok. 3/A 27010 Gaziantep T: +90 (342) 220 0211 (pbx) F: +90 (342) 220 02 10 W: www.sah.com.tr

08.12.2016

Sayın Elif ÖZDEMİR

Hastanemize vermiş olduğunuz 'Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi' konulu anket çalışması talebiniz kabul

SEV Amerikan Hastanesi
Uzm. Dr. M. İsmet AKTAŞ
Başhekim



İZMİR AMERİKAN KOLEJİ
İZMİR SEV İLKÖĞRETİM OKULU

TARSUS AMERİKAN KOLEJİ
TARSUS SEV İLKÖĞRETİM OKULU

ÜSKÜDAR AMERİKAN LİSESİ
ÜSKÜDAR SEV İLKÖĞRETİM OKULU

SEV AMERİKAN HASTANESİ
SEV YAYINCILIK EĞ. VE TİCARET A.Ş.

EK-4

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma yüksek lisans öğrencisi Hemşire Elif ÖZDEMİR tarafından Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın yapılması için SEV Amerikan Hastanesi yönetiminden gerekli izin alınmıştır. Sizi de bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığımız için size bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizden doldurmanızı istediğimiz anket formu bireysel bazı özelliklerinizin yanı sıra yaşam kalitesi ile ilgili sorular içermektedir. Belirtilen anketi doldurmak yaklaşık onbeş dakikanızı alacaktır. Ankete ilişkin sorularınız olduğunda araştırmacı size yardımcı olacaktır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar sonucu elde edilen veriler kadınların yaşadıkları ve yaşayabilecekleri sıkıntıların çözümü ve bu dönemde bozulan yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarına yön gösterici ve uygulamalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve hiçbir şekilde isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM. BU ARAŞTIRMA HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı, imzası, adresi (varsa telefon no, faks no)

Araştırmayı Yapan Araştırmacının Adı, İmzası

Elif ÖZDEMİR

EK-5

ANKET FORMU

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

3. Mesleğiniz:

4. Boyunuz/Kilonuz:

5. Kaç kez gebe kaldınız:

6. Kaç kez doğum yaptınız:

7. Menopoza girdiniz mi?

Evet Hayır

8. Cevabınız EVET ise en son adetinizi ne zaman gördünüz?yılında

9. Ailenizde prolapsus (rahim sarkması) problemi yasayan var mı?

Evet Hayır

10. Daha önceden rahim sarkması (prolapsus) dan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

Evet Hayır

11. Daha önceden rahim sarkması (prolapsus) dan dolayı tedavi aldınız mı?

Evet Hayır

12. Şu an polikliniğe başvurma sebebiniz nedir?

13. Kaç yıldan beri bu şikâyetleriniz var?

14. Ürogenital prolapsus türü: **UYGULAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAK**

15. Derecesi: **UYGULAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAK**

EK-6

PROLAPSUS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (P-YK)

İsim:

Yaş:

Bugünün Tarihi:...../...../.....

**PROLAPSUS (RAHİM SARKMASI): RAHATSIZLIĞA NEDEN OLAN,
VAJİNAYA İNEN BİR (YUMRU) ÇIKINTIDIR.**

**PROLAPSUSUNUZ (RAHİM SARKMASI) OLMADIĞINI HİSSETSENİZ BİLE
BU ANKETİ DOLDURUN**

Şimdiki sağlığını nasıl tanımlarsınız?

Lütfen bir cevap işaretleyin

Çok iyi	<input type="radio"/>
İyi	<input type="radio"/>
Orta	<input type="radio"/>
Kötü	<input type="radio"/>
Çok kötü	<input type="radio"/>

**Prolapsus (Rahim Sarkması) probleminizin yaşamınızı ne kadar etkilediğini
düşünüyorsunuz? Lütfen bir cevap işaretleyin**

Hiç etkilemiyor	<input type="radio"/>
Biraz	<input type="radio"/>
Orta derecede	<input type="radio"/>
Çok	<input type="radio"/>

Aşağıdaki sorunlardan herhangi birine sahipseniz bunun sizi ne kadar etkilediğini işaretleyin.

Şikayetler	Böyle bir sorun yok	Böyle bir <u>sorun varsa</u> sizi ne kadar etkiliyor?			
		Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok
İdrar yapmak için çok sık tuvalete gitme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sıkışma : Güçlü bir idrar yapma isteği duyma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvalete sıkıştığınızda idrar kaçırma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öksürme \ hapşırma ile ilişkili idrar kaçırma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vajina içinde yada vajinadan dışarı sarkmış yumru \ çıkıntı hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gün ilerledikçe vajina yada kasıklarda Ağırılık\çekilme hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrar kesenizi tam boşaltmanızı engelleyen vajinadan(hazneden) sarkan yumru / çıkıntivarlığı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vajinada(haznede) ayağa kalktığınızda artan , yattığınızda ise hafifleyen ağrı / rahatsızlık hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrar akışında yetersizlik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrarınızı yaparken zorlanma / güç harcama ihtiyacı duyma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İdrarınızı yaptıktan sonra idrarın damlamaya devam etmesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıdaki sorunlardan herhangi birine sahipseniz bunun sizi ne kadar etkilediğini işaretleyin.

Şikayetler	Böyle bir sorun yok	Böyle bir sorun varsa sizi ne kadar etkiliyor?			
		Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok
Kakanızı yaptıktan sonra bağırsakların tam olarak boşaldığını hissetmeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kabızlık: boşaltmada güçlük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Büyük tuvaletinizi yaparken zorlanma / güç harcama ihtiyacı duyma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genital bölgenize vaginadan (hazneden) sarkan bir yumru	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vajinal rahatsızlıkla kötüleşen alt sırt ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parmaklarınızı büyük tuvaletinizi yapmaya yardım etmek için kullanıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Büyük tuvaletinizi ne kadar sıklıkla yapıyorsunuz?	Günde bir kereden fazla	Günde bir kere	İki günde bir kere	Üç günde bir kere	Hafta da Ya da daha fazla sürede bir kere
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aşağıda sizin prolapsus (rahim sarkması) probleminizden etkilenebilen bazı günlük aktiviteler vardır. Prolapsus probleminiz sizi ne kadar etkilemektedir?

Her soruya cevap vermenizi istiyoruz. Basitçe size uyan yuvarlağı işaretleyin

ROL SINIRLILIKLARI

Şikayetler	Hiç etkilemiyor	Hafif etkiliyor	Orta derecede etkiliyor	Çok Etkiliyor
Prolapsusunuz (rahim sarkmanız) ev işlerini yapmanızı ne kadar etkiliyor? (temizlik, alışveriş gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz (rahim sarkmanız) işinizi yada ev dışında ki normal günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FİZİKSEL/SOSYAL SINIRLILIKLAR

Şikayetler	Hiç etkilemiyor	Hafif etkiliyor	Orta derecede etkiliyor	Çok Etkiliyor
Prolapsusunuz (rahim sarkmanız) fiziksel aktivitelerinizi etkiliyor mu? (yürüyüşe gitme, koşu, spor, jimnastik gibi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz (rahim sarkmanız) seyahat etmenizi etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz (rahim sarkmanız) sosyal yaşamınızı kısıtlıyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz arkadaşlarınızı görme/ziyaret etmenizi kısıtlıyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KİŞİSEL İLİŞKİLER

Şikayetler	Böyle bir sorun yok	Böyle bir sorun varsa sizi ne kadar etkiliyor			
		Hiç etkilemiyor	Hafifçe etkiliyor	Orta derecede etkiliyor	Çok Etkiliyor
Prolapsusunuz eşinizle olan ilişkinizi etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz cinsel yaşantınızı etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz aile yaşantınızı etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DUYGULAR

Şikayetler	Hiç etkilemiyor	Hafifçe etkiliyor	Orta derecede etkiliyor	Çok etkiliyor
Prolapsusunuz sizi depresif (mutsuz) hissettiriyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz sizi endişeli yada sinirli hissettiriyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusunuz size kendinizi kötü hissettiriyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

UYKU/ENERJİ

	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
Prolapsusunuz (rahim sarkması) uykunuzu etkiliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kendinizi yıpranmış / yorgun hissediyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prolapsus (rahim sarkması) probleminize yardım etmek için aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz?


Prolapsus probleminiz olduğunu hissetmeseniz bile cevaplayın.

	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
Prolapsus (rahim sarkması) probleminize yardım etmek için tampon/ ped / sıkı külot kullanırmısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsusu (sarkan yumruyu) yukarı doğru iter misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Asla	Bazen	Sık sık	Her zaman
Prolapsus (rahim sarkması) yüzünden ağrı yada rahatsızlık duyuyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prolapsus (rahim sarkması) ayakta durmanızı engelliyor mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TEŞEKKÜRLER, ŞİMDİ CEVAPLADIĞINIZ TÜM SORULARI KONTROL EDİNİZ.

TEZ İNTİHAL RAPORU

	<p>T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ</p> <p>TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>	<p>TEZ FORM 2</p>
---	---	---------------------------

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Elif Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : ÖZDEMİR Programı : Hemşirelik Tezli
Öğrenci No : 151101006 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM
Tez Adı : Ürogenital Prolapsus Tanısı Almış Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	7	24/05/2018
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	8	13/06/2018

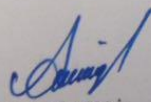
Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 38 sayfalık kısma ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 8' dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR


Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri
13 / 06 / 2018

ACIKLAMA
*Enstitü tez konularını tezin intihal tespit programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
**Raporları değerlendirilerek gerekli bir intihal tespit halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

