



**POSTMENOPUZAL KADINLARDA SUJOK UYGULAMASININ
ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

Elif Ayfer BALTACI YILDIZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülçin NACAR

Doktora Tezi-2025

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

**POSTMENOPUZAL KADINLARDA SUJOK UYGULAMASININ ÜRİNER
İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Elif Ayfer BALTACI YILDIZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı**

Doktora Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülçin NACAR**

**Tez Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Gülçin NACAR
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN
Prof. Dr. Serdar SARITAŞ
Doç. Dr. Pelin CALPBİNİCİ
Dr. Öğr. Üyesi. Fatma KESKİN TÖRE**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Gülçin NACAR danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Postmenopozal Kadınlarda Sujok uygulamasının Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

27/11/2025

Elif Ayfer BALTACI YILDIZ

İTHAF

Doktora tezimi, tüm doktora eğitimim sürecinde küçük yaşlarına rağmen beni sabırla bekleyen biricik kızlarıma ve her koşulda desteğini esirgemeyen kıymetli eşime ithaf ediyorum...

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Menopoz Dönemi.....	4
2.2. Menopozal Semptomlar	4
2.2.1. Vazomotor Semptomlar	5
2.2.2. Ruhsal Sorunlar.....	5
2.2.3. Kardiyo Vasküler Sorunlar	5
2.2.4. Kas ve İskelet Sistemi Problemleri	5
2.2.5. Saç ve Cilt Değişiklikleri	6
2.2.6. Genito-Üriner Sorunlar	6
2.3. Üriner İnkontinans	7
2.4. Üriner İnkontinans Nedenleri.....	7
2.5. İnkontinans Çeşitleri	8
2.5.1. Stres İnkontinansı.....	8
2.5.2. Sıkışma Tipi İnkontinans (Urge inkontinans).....	9
2.5.3. Miks Tipi İnkontinans	9
2.6. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri	9
2.6.1. Davranışsal Tedaviler	9
2.6.2. Medikal Tedavi	10
2.6.3. Cerrahi Tedavi.....	10
2.6.4. Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri	11
2.7. Menopozda İnkontinans ve Yaşam Kalitesi.....	15
2.8. Menopozda İnkontinans ve Hemşirelik Bakımı.....	16
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Randomizasyon	20
3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	20
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	20
3.5. Veri toplama araçları	22
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK-6)	22
3.5.2. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) (EK-7)	22
3.5.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-YKÖ) (EK-8)	22
3.6. Hemşirelik Uygulaması	24
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	26
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR	29
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	29
4.2. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı	30
4.3. Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	31
4.4. Sujok Uygulamasının Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi	32
4.5. Sujok Uygulamasının İnkontinansa Bağlı Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi ...	35
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ	47
KAYNAKLAR	49
EKLER	62
EK-1. Özgeçmiş	62
EK-2. Etik Kurul Onayı	63
EK-3. Kurum İzni	64
EK-4. Sujok Sertifikası	65
EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	66
EK- 6. Katılımcı Bilgi Formu	67
EK-7. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form ...	69
EK-8. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-YKÖ)	70
EK-9. Ölçek Kullanım İzinleri	72

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi, deneyim ve katkılarıyla rehberlik ederken, her zaman ve her koşulda rahatlıkla danışabilme ve ulaşabilme fırsatı sunarak beni destekleyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Gülçin NACAR' a; lisans ve doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bilimsel ve sosyal gelişimime bir çok kazanım sağlayan kıymetli hocam, Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN' a; lisans, yüksek lisans ve doktora eğitim hayatımda desteğini her zaman hissettiğim Prof. Dr. Serdar SARITAŞ' a; akademiye beraber adım attığım dönemden beri hem sosyal yaşamımda hem doktora eğitim sürecimde koşulsuz destek vererek bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli arkadaşım Öğr. Gör. Dr. Rukiye DEMİR DİKMEN' e; lisans eğitim döneminden beri her zaman yanımda olarak desteklerini hissettiğim, sevgili dostlarım Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÖZHANLI ve Arş. Gör. Aycan ŞAHİN' e; tez izleme jürisinde bulunarak, benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Pelin CALPBİNİCİ ve Dr. Öğr. Üyesi. Fatma KESKİN TÖRE' ye,

Yaşamım boyunca sevgi ve destekleriyle bana güç veren, çalışma ve eğitim hayatım sürecinde kızlarıma anne olan sevgili annem Fatma BALTACI' ya; her zaman desteğini hissettiğim kıymetli babam Hasan BALTACI' ya; küçücük yaşlarına rağmen doktora eğitim sürecim boyunca beni sabırla bekleyen biricik kızlarım Fatmanur YILDIZ ve Zehra YILDIZ' a,

Her zaman koşulsuz yanımda olarak destek ve sevgisini hissettiren, doktora eğitim sürecimde sonsuz sevgi, sabır ve ilgiyle kızlarımızla ilgilenen eşsiz baba, canım eşim Serhat YILDIZ' a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kıymetli kadınlara,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Postmenopozal Kadınlarda Sujok Uygulamasının Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Amaç: Bu araştırma, postmenopozal kadınlarda sujok uygulamasının üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini, Bingöl il merkezinde bulunan Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, postmenopozal dönemde olup ICIQ-SF ile üriner inkontinansı belirlenen kadınlar oluşturmuştur. Araştırma örneklemini, postmenopozal dönemdeki, üriner inkontinans şikâyeti olan 120 (Müdahale grubu=60, kontrol grubu=60) kadın oluşturdu. Müdahale grubundaki kadınlara 15 gün boyunca sağ el mesane yansıma noktasına, günde 4-8 saat elma çekirdeği ile sujok uygulandı. Veriler, Katılımcı Bilgi Formu, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı.

Bulgular: Araştırmada, sujok uygulamasının postmenopozal kadınlarda üriner inkontinansı anlamlı düzeyde azalttığı ($p<0.001$) ve yaşam kalitesini arttırdığı saptandı ($p<0.001$). Müdahale grubunda İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları incelendiğinde, davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alanlarında da anlamlı düzeyde iyileşme görüldü ($p<0.001$).

Sonuç: Sujok uygulamasının, postmenopozal kadınlarda üriner inkontinansı azaltan, yaşam kalitesini arttıran tamamlayıcı bir uygulama olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Sujok, Üriner inkontinans, Postmenopoz, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

The Effect of Sujok Therapy on Urinary Incontinence and Quality of Life in Postmenopausal Women

Objective: This study was conducted to evaluate the effect of Sujok therapy on urinary incontinence and quality of life in postmenopausal women.

Material and Method: The study was conducted as a pretest-posttest randomized controlled experimental design. The population of the study consisted of postmenopausal women registered at the Recep Tayyip Erdoğan Family Health Center in the city center of Bingöl, whose urinary incontinence was identified using the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (ICIQ-SF). The sample of the study included 120 postmenopausal women who had complaints of urinary incontinence (intervention group=60, control group=60). For the intervention group, Sujok therapy was administered by applying apple seeds to the bladder correspondence point on the right hand for 4–8 hours daily over a 15-day period. Data were gathered through the Participant Information Form, the International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (ICIQ-SF), and the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL).

Results: The study found that sujok therapy significantly reduced urinary incontinence ($p<0.001$) and improved quality of life among postmenopausal women ($p<0.001$). In the intervention group, analysis of the subdimensions of the Incontinence Quality of Life Scale revealed significant improvements in behavioral limitations, psychosocial impact, and social isolation ($p<0.001$).

Conclusion: Sujok therapy was found to be a complementary practice that reduces urinary incontinence and improves quality of life in postmenopausal women.

Keywords: Nursing ,Sujok, Urinary incontinence, Postmenopause, Quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AMH	: Anti- Müllerian Hormon
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
HDL	: High- Density Lipoprotein
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
ICIQ-SF	: Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form
I-QOL	: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
I-YKÖ	: Konsültasyon Sorgulama Anketi- Kısa Formu
pH	: Hidrojenin Gücü
STRAW	: Stages of Reproductive Aging Workshop
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Bölgelere göre organların el ve ayak yansıma noktaları .	12
Şekil 2.2. Vücudun benzerlik ve ölçü oranına göre ellere uyumu .	13
Şekil 2.3. Organların tohumlara olan benzerliği .	14
Şekil 2.4. Tohum ve bitkilerin enerji akış yönleri .	14
Şekil 2.5. Mesanenin elde yansıma noktası .	14
Şekil 2.6. Tohumun sabitletlenmesi .	15
Şekil 3.1. CONSORT akış şeması .	21
Şekil 3.2. Sujok uygulama örneği .	25
Şekil 3.3. Sujok uygulama basamakları .	26
Şekil 4.1. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar .	34
Şekil 4.2. Gruplara göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi .	34
Şekil 4.3. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar .	37
Şekil 4.4. Gruplara göre I-YKÖ davranışların sınırlanması alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi .	37
Şekil 4.5. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar .	38
Şekil 4.6. Gruplara göre I-YKÖ psikososyal etkilenme alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi .	39
Şekil 4.7. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar .	39
Şekil 4.8. Gruplara göre I-YKÖ sosyal izolasyon alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi .	40
Şekil 4.9. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar .	41
Şekil 4.10. Gruplara göre I-YKÖ toplam puan ortalamasının zamana bağlı değişimi .	41

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin normal dağılım analizi, uç değer tespiti ve güvenirlik katsayıları	23
Tablo 4.1. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına göre sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 4.2. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına obstetrik özellikleri.....	30
Tablo 4.3. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına üriner inkontinans ile ilgili özellikleri	31
Tablo 4.4. Postmenopozal kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları.....	32
Tablo 4.5. Sujok uygulamasının müdahale ve kontrol gruplarına ICIQ-SF ölçek maddeleri üzerine etkisi	33
Tablo 4.6. Postmenopozal kadınların I-YKÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları	36

1. GİRİŞ

Kadın yaşam döngüsü; çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoza ve yaşlılık olmak üzere beş temel evreden oluşmaktadır. Bu evrelerin her biri, kadının biyolojik ve sosyal açıdan çeşitli değişim ve uyum süreçleri yaşamasına neden olarak, kadın sağlığını bütüncül olarak etkilemektedir (1). Bu dönemler arasında menopoza dönemi, kadının genel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve refah düzeyini çeşitli yönlerden etkileyen önemli bir dönemdir (2). Menopoza geçiş yaşı, semptom yaşama sıklığı, belirtilerin türü ve süresi bireyler arasında önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Menopoza dönemi ve sonrasında ortaya çıkan semptomlar; kadınların fizyolojik işlevi, ruh sağlığı ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmekte, dolayısıyla yaşam kalitesini çok boyutlu olarak azaltabilmektedir (3).

Menopoza döneminde en sık gözlemlenen semptomlar arasında vazomotor belirtiler, genitoüriner sendrom, uyku bozuklukları, psikolojik değişiklikler ve osteoporoz yer almakta; bu sendromlar kadınların hem fizyolojik hem psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir (4). Menopozal dönemde östrojen düzeylerinin azalmasına bağlı olarak ürogenital dokularda çeşitli fizyolojik ve anatomik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, genitoüriner sendrom olarak tanımlanmakta olup; vajinal epitelde incelme, vulva, vajina ve üretra dokularında elastikiyet kaybı, bağ dokusu ve düz kas yapılarında zayıflama, vasküler yapıların bütünlüğünün bozulması, vajinal pH'da artış, inflamasyon ve iritasyon gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Literatüre göre, menopoza dönemindeki kadınların yaklaşık %40-84'ü genitoüriner sendrom semptomları yaşadığı bildirmektedir (5,6). Menopozal dönemde genitoüriner sistem değişikliklerine bağlı olarak gelişen üriner inkontinans, kadınların psikolojik, bedensel, sosyal ve ekonomik iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur (7). Yapılan çalışmalar, postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans prevalansının %38-71 arasında değişiklik gösterdiğini ve bu durumun yaşam kalitesini ciddi oranda düşürdüğünü göstermektedir (8,9). Fiziksel açıdan değerlendirildiğinde, üriner inkontinans; sık idrara çıkma gereksinimi, uyku düzeninde bozulma ve ciltte tahriş gibi sorunlara neden olarak kadının günlük işlevselliğini sınırlamakta ve fiziksel konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (10). Psikolojik olarak ise, kadınlar genellikle utanma, kaygı, stres ve özgüven kaybı yaşamaktadır; bu durum sosyal çekinme ve depresyon riskini arttırmaktadır (11). Sosyal düzeyde, üriner inkontinans, kadınların arkadaş çevrelerinden uzaklaşmalarına, toplumsal aktivitelerden kaçınmalarına ve izolasyon

yaşamlarına neden olabilmektedir (12). Ayrıca, cinsel yaşamda isteksizlik, utanma ve cinsel ilişki problemleri gibi sorunlarda sıkça yaşanabilmektedir (13). Tüm bu bulgular, üriner inkontinansın yalnızca fiziksel bir rahatsızlık değil, aynı zamanda kadınların psikolojik bütünlüğünü, yaşam kalitesini ve ekonomik katılımını olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (8).

Üriner inkontinans semptom yönetiminde geleneksel tedavi yaklaşımları kullanılmakla birlikte, daha az yan etki profiline sahip olmaları nedeniyle non-farmakolojik yöntemler de yaygın şekilde tercih edilmektedir (14). Geleneksel tedavi yöntemleri arasında yer alan farmakolojik tedavi, cerrahi girişimler ve hormonal tedaviler, klinik etkinliklerine rağmen; potansiyel yan etkileri, yüksek maliyetleri ve tedavi sonrası nüks edebilme riski nedeniyle bazı sınırlılıklar taşımaktadır (15). Bu durum, sağlık alanında daha düşük maliyetli, yan etki riski düşük ve uygulanabilirliği yüksek olan tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere olan ilgiyi arttırmıştır (16).

Sujok uygulaması, el ve ayaklarda yer alan belirli noktadaki organ yansıma bölgelerinin uyarılması yoluyla organların fonksiyonlarını düzenlemeyi ve vücut dengesini sağlamayı amaçlayan, farmakolojik olmayan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemin temelinde, her bireyin el ve ayaklarında vücudun bir yansımasının bulunduğu ve bu bölgelerin uygun şekilde uyarılmasıyla enerji akışının dengelenebileceği anlayışı yer almaktadır. Uygulama kolaylığı, invaziv olmaması, herhangi bir farmakolojik ajan kullanılmadan gerçekleştirilebilmesi, bilinen bir yan etkisinin olmaması ve düşük maliyetli olması, sujok uygulamasının özellikle kronik rahatsızlıklarda tercih edilebilir bir yöntem haline getirmektedir (17). Sujok uygulamasının bilinen bir yan etkisinin olmaması, bireylerin tedaviye katılım düzeyini artırmakta ve tedavi sürecine olan motivasyonlarını desteklemektedir. Bu durum, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler oluşturmakta ve genel iyilik halini güçlendirmektedir.

Hemşirelik uygulamaları açısından değerlendirildiğinde, sujok terapisi bireyin fiziksel, zihinsel ve duygusal bütünlüğünü esas alan bütüncül (holistik) bir bakım yaklaşımı sunmaktadır. Bu yönüyle hemşirelik bakımında yalnızca semptomların giderilmesine odaklanmakla kalmayıp, bireyin genel yaşam kalitesini, öz bakım farkındalığını ve kendine güvenini de artırmaktadır. Ayrıca bu yöntemin herhangi bir özel ekipman veya malzeme gerektirmemesi, hastanın aktif katılımını teşvik etmesi ve uygulamanın kolay öğrenilebilir olması hemşire-hasta etkileşimini güçlendirmekte, birey merkezli bakımın niteliğini ve etkinliğini yükseltmektedir (17,18). Literatürde benzer bir

Çalışmanın bulunmaması göz önünde bulundurulduğunda, bu araştırmanın yapılma gerekçesi daha da anlam kazanmaktadır. Bu çalışmanın konuya farklı bir bakış açısı kazandırarak literatüre özgün ve öncü bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu alışma, sujok uygulamasının hemşirelik bakımında kullanılabilecek, güvenli, bütüncül ve hasta katılımını teşvik eden bir tamamlayıcı girişim olarak değerlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma ile, hemşirelerin postmenopozal dönemdeki kadınlara yönelik bakım yaklaşımlarına yeni bir non-farmakolojik yöntem kazandırılması ve sujok uygulamasının üriner inkontinansın yönetiminde etkinliğinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, sujok uygulamasının postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans semptomlarını azaltma ve yaşam kalitesini artırma üzerindeki potansiyel etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır.

Hipotezler

H1_a: Sujok uygulaması postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans semptomlarını azaltır.

H1_b: Sujok uygulaması postmenopozal kadınlarda üriner inkontinansa bağlı yaşam kalitesini yükseltir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menopoz Dönemi

Menopozal dönem, genellikle 45 ile 55 yaşlar arasında başlayan, ovulasyon sürecinin sona ermesi ve menstrüel döngünün kalıcı olarak kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde kadınlar, başta hormonal olmak üzere çeşitli fiziksel ve psikolojik değişimlerle karşı karşıya kalmaktadır (19). Menopoz döneminde meydana gelen hormonal değişimler, kadınların hem bedensel hem de ruhsal sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Ülkemizde menopoz yaşı 45 ile 55 yaş aralığında değişiklik göstermektedir (20). Menopoz süreci tek bir evreden değil, bir dizi aşamadan oluşmaktadır. Bu evreler, Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) modeliyle tanımlanmış olup Dünya genelinde geçerliliği kabul edilen bir sınıflandırmaya sahiptir (21).

STRAW modeline göre menopoz sınıflandırılması; premenopoz, perimenopoz, menopoz ve postmenopoz olmak üzere dört evreden oluşmaktadır. Premenopozda, Folikül stimüle edici hormon (FSH) düzeyinde belirgin değişiklik görülmezken, Anti-Müllerian hormon (AMH) düzeyinde azalma devam eder. Perimenopozda ise, hormonal dalgalanmalar, menstrüel düzensizlikler ve çeşitli semptomlar ortaya çıkarken, menopoz döneminde 12 ay art arda menstrüasyon olmaması söz konusudur. Postmenopoz evresinde östrojen seviyesindeki düşüş devam ederken buna bağlı olarak kronik hastalık riski artış gösterir (21–23).

Menopoz, her kadında farklı fizyolojik ve semptomatik özellikler gösterebilen bireysel bir süreçtir. Bu süreç doğal olarak gelişebildiği gibi, cerrahi girişimler veya çeşitli tıbbi müdahalelere bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir (24).

2.2. Menopozal Semptomlar

Menopoz, yalnızca hormonal bir geçiş süreci değil, aynı zamanda kadınların yaşam kalitesini çok yönlü bir biçimde etkileyen; fiziksel, psikolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı semptomatik bir dönemdir. Bu süreçte meydana gelen hormonal dalgalanmalar, menopozal semptomlar olarak ifade edilen; vazomotor belirtiler, uyku bozuklukları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, kardiyovasküler problemler, genitoüriner sistem şikayetleri ve psikolojik sorunlar gibi çok çeşitli sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (25–27).

2.2.1. Vazomotor Semptomlar

Menopozal dönemde kadınların yaşadığı en yaygın ve rahatsız edici semptomlardan biridir. Bu dönemde yaşanan hormonal değişiklikler vücudun termoregülasyonunu bozması sonucu kadınlarda yaşam kalitesinin düşmesine neden olan sıcak basmaları ve gece terlemeleri ortaya çıkmaktadır (28).

2.2.2. Ruhsal Sorunlar

Menopoz süreci, kadınların hormonal dengesinde meydana gelen belirgin değişimlere bağlı olarak ruh sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki düşüş, duygu durum dalgalanmaları, kaygı, depresyon, anksiyete belirtileri ve bilişsel işlevlerde azalma gibi psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (29). Yapılan bir araştırmada perimenopozal dönemde hormonal dalgalanmaların depresyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir (30).

2.2.3. Kardiyovasküler Sorunlar

Menopoz döneminde kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskinde belirgin bir artış gözlemlenmektedir. Bu artışın başlıca nedeni, menopoz sürecinde östrojen düzeylerinin azalmasıyla birlikte, östrojenin kardiyovasküler sistem üzerindeki koruyucu etkisinin kaybolmasıdır. Östrojen damar duvarlarında vazodilatasyon (gevşeme ve genişleme) sağlayarak kan akışını kolaylaştıran bir hormondur. Fakat menopoz sonrası östrojenin azalması, damar sertliğine (ateroskleroz) yatkınlığı arttırarak miyokard enfarktüsü (kalp krizi) ve serebrovasküler olay gibi ciddi komplikasyonların gelişme riskini yükseltmektedir (31). Yayınlanan güncel bir çalışmada, menopozun yalnızca yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişimlerden bağımsız olarak, kardiyovasküler hastalık riskini arttıran bağımsız bir etken olduğu belirlenmiştir. Özellikle erken yaşta menopoza giren kadınlarda bu riskin daha yüksek olduğu ve kardiyovasküler morbidite açısından daha dikkatli izlenmeleri gerektiği vurgulanmıştır (32).

2.2.4. Kas ve İskelet Sistemi Problemleri

Menopozal dönem, yalnızca hormonal dalgalanmaların yaşandığı bir süreç değil, aynı zamanda kadınlarda kas-iskelet sistemi üzerinde belirgin fizyolojik değişimlere yol açan geçiş dönemidir. Bu süreçte östrojen düzeyindeki azalma; kas kütlesinde kayıp, kas gücünde azalma, eklem ağrıları ile bel, boyun ve diz gibi bölgelerde kronik ağrılar ve osteoporoz riskinde artış gibi çok yönlü olumsuz etkiler oluşturmaktadır (33).

2.2.5. Sa ve Cilt Değişiklikleri

Menopozal dönemde östrojen düzeylerindeki azalma, cilt ve sa sağlığı üzerinde belirgin fizyolojik değişimlere yol açmaktadır. Östrojenin azalması, cildin nem tutma kapasitesini azaltarak; ciltte kuruluk, pul pul dökölme ve elastikiyet kaybına neden olurken; dermal yağ dokusundaki azalma ise cilt incelmeye ve cildin dış etkenlere karşı daha hassas hale gelmesine zemin hazırlamaktadır (34–36). Menopozal dönemde östrojen düzeyinin düşmesine bağlı olarak kolajen sentezinde azalma meydana gelebilmektedir. Kolajen, cilt bütünlüğünü ve elastikiyetini sağlayan temel yapısal proteinlerden biridir. Bu proteindeki azalma, cilt dokusunun destek yapısının zayıflamasına, elastikiyet kaybına ve ciltte sarkmalara neden olmaktadır (37).

2.2.6. Genito-Üriner Sorunlar

Genitoüriner sendrom, menopoz sonrasında östrojen düzeylerinde meydana gelen azalmaya bağlı olarak gelişen vulvovajinal ve alt üriner sistem semptomlarının tümünü kapsayan bir terimdir (38). Menopoz döneminde östrojen düzeylerindeki azalma, kadınların ürogenital sisteminde belirgin yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açmaktadır. Östrojen, başta vajina, mesane ve üretra olmak üzere alt genitoüriner sistem dokularının bütünlüğü ve fizyolojik işlevinin sürdürülmesi açısından önemli bir hormondur. Bu hormonun azalmasına bağlı gelişen genitoüriner sendrom; vajinal kuruluk, yanma, kaşıntı, disparoni (cinsel ilişki sırasında ağrı), dizüri (idrar yaparken yanma), sık idrara çıkma ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gibi semptomlarla karakterizedir (39,40).

- Vajinal atrofi ve kuruluk: Menopozla azalan östrojen seviyeleri, vajinal epitelin incelmeye, hacmin ve nemin azalmasına neden olarak atrofi ve kuruluğa yol açar. Bu durum; disparoni, yanma, kaşıntı ve enfeksiyon gibi semptomlarla ortaya çıkar (41). Nepal’de 385 postmenopozal kadınla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların en sık bildirdiğı genitoüriner sendrom semptomunun %78 oranıyla vajinal kuruluk olduğı saptanmıştır (42).
- Pelvik taban kaslarının zayıflaması: Östrojenin azalması, pelvik taban kaslarının zayıflamasına ve pelvik organ prolapsusuna yol açarak idrar tutma güçlüğü gibi üriner bozukluklara neden olabilir (43).

- Üriner sistem üzerindeki değişiklikler: Menopozal dönemde azalan östrojen düzeyleri, mesane ve üretra epitelyumunu zayıflatarak idrar kaçırma, sık idrara çıkma ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi alt üriner sistem semptomlarına yol açar. Ayrıca, genital mukozanın bariyer fonksiyonun zayıflaması tekrarlayan enfeksiyon riskini arttırabilir (44).

2.3. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans, mesane kontrolünün kısmen ya da tamamen kaybı sonucu gelişen, istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (45). Üriner inkontinans, farklı etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilen bir sağlık sorunudur. Bu durum, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam alanlarını olumsuz etkileyerek yaşam tarzında çeşitli kısıtlamalara neden olmakta ve dolayısıyla kadının yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (46). Pintos-Díaz ve arkadaşları (2019) tarafından yürütülen nitel bir araştırmanın sonuçlarına göre, kadınların üriner inkontinansla başa çıkması sürecinde yaşadıkları utanç, stres ve bilgi eksikliği gibi faktörlerin, sağlık hizmeti arama davranışlarını olumsuz etkilediği ve tedaviye başvuru oranını azalttığı bildirilmiştir (47). Üriner inkontinans, kadınların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak hijyeni sürdürülmesinde zorluklara neden olabilmektedir. İdrar kaçırma korkusu, kadınların fiziksel egzersiz yapmaktan ve sosyal etkinliklere katılmaktan kaçınmalarına yol açabilir. Ayrıca bu durum, cilt tahrişi ve enfeksiyon riskinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (48).

2.4. Üriner İnkontinans Nedenleri

Kadınlarda yaygın olarak görülen sağlık problemlerinden biri olan üriner inkontinans, çeşitli değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleriyle ilişkilidir. Vajinal doğum öyküsü, menopoz sonrası azalan hormon düzeyleri, pelvik taban kaslarının zayıflığı ve diyabet gibi değiştirilemeyen faktörlerin yanı sıra; sigara ve alkol kullanımı, kabızlık, obezite ve yaşam tarzına ilişkin unsurlar değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır (49,50).

Pelvik taban kasları, mesane, uterus ve rektum gibi organları destekleyerek kontinansı sağlar; gebelik, doğum ve menopoz bu kaslarda zayıflamaya neden olarak karın içi basıncın arttığı durumlarda inkontinansa yol açar (51). Üriner inkontinans, yalnızca kas zayıflığı veya hormonal değişimlerle değil, merkezi ve periferik sinir sistemindeki bozukluklarla da ilişkilidir; sinir hasarı idrar kontrolünü etkileyebilir (52).

İdrar yolu enfeksiyonları hem inkontinansın nedeni hem sonucu olabilir; tekrarlayan enfeksiyonlar mesane irritasyonuna ve hassasiyetine yol açarak riski artırır (53,54). Aşırı aktif mesane, ani ve sık idrara çıkma isteğiyle seyreden, mesane kaslarının kontrolsüz kasılmasıyla ortaya çıkan bir durumdur (55,56). Yaşlanma ve menopoz sonrası östrojenin azalması; üretra ve mesanede atrofi, elastikiyet kaybı ve sfinkter zayıflığına neden olarak inkontinans riskini artırır (57). Bazı ilaçlar, intraüretral basıncın azalması, intravezikal basıncın artması ve merkezi ya da periferik sinir sisteminin mesane üzerindeki kontrolünü bozarak miksiyon sürecini etkilemektedir (58). Obezite ise artan intraabdominal basınç, inflamasyon, mesane fonksiyon bozukluğu ve aşırı aktif mesane gelişimiyle inkontinans riskini arttıran önemli bir faktördür (59,60).

2.5. İnkontinans Çeşitleri

Kadınlarda oldukça yaygın görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunu olan üriner inkontinans, klinik olarak üç başlık altında sınıflandırılmaktadır (61).

2.5.1. Stres İnkontinansı

Kadınlarda en sık karşılaşılan inkontinans türlerinden biridir. Uluslararası İnkontinans Derneği tarafından; öksürme, hapşıрма, gülme ya da fiziksel aktivite sırasında artan abdominal basınca bağlı olarak gelişen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum genellikle pelvik taban kaslarının zayıflaması ve üretral sfinkter yetmezliği ile ilişkilidir (62).

- Pelvik taban kas zayıflığı: Stres tipi inkontinansın başlıca nedenlerinden biri pelvik taban kaslarının zayıflamasıdır. Mesane, üretra ve diğer pelvik organları destekleyerek mesane boynunun kapanmasında önemli rol oynayan bu kas yapıları doğum, yaşlanma ve sedanter yaşam tarzı gibi faktörlere bağlı olarak zayıfladığında, özellikle öksürme, hapşıрма veya fiziksel aktivite sırasında idrar kaçma sorununa yol açabilmektedir (63).
- İç Sfinkter Yetmezliği: Üretranın iç yüzeyinde bulunan ve istemsiz olarak çalışan iç sfinkter, mesaneden gelen idrarın geçişini kontrol eden kapatma mekanizması işlevi görmektedir. Bu sfinkterin işlev bozukluğu durumunda mesanenin tam olarak boşaltılamaması ya da idrarın tutulmasında güçlük yaşanması söz konusu olabilir. Bu durum klinik olarak iç sfinkter yetmezliği olarak tanımlanmaktadır (64).

2.5.2. Sıkışma Tipi İnkontinans (Urge inkontinans)

Genellikle aşırı aktif mesane sendromuna bağlı olarak mesane kasında istemsiz kasılmalar sonucunda gelişen ani ve yoğun idrara çıkma ihtiyacı ile birlikte kontrolsüz idrar kaybının yaşandığı inkontinans türlerinden biridir (65).

2.5.3. Miks Tipi İnkontinans

Bu inkontinans türü, kadınlarda hem stres tipi hem de sıkışma tipi (URGE) inkontinans semptomlarının bir arada görülmesiyle ortaya çıkan klinik bir tablodur. Bu durumda bireyler, hem öksürme, hapsirme, gülme ve fiziksel aktivite gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlar sonucunda hem de ani ve yoğun idrara çıkma dürtüsüyle ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırma atakları yaşayabilmektedirler (66).

2.6. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinansın tedavi yaklaşımları; inkontinansın tipi, şiddeti, hastanın yaşı, inkontinansa eşlik eden hastalıklar ve bireysel özelliklere göre değişiklik gösterebilmektedir. Günümüzde üriner inkontinansın yönetiminde başvurulan yöntemler; yaşam tarzı değişiklikleri, pelvik taban kas egzersizleri, davranışsal terapiler, farmakolojik tedaviler, cerrahi müdahaleler ve tamamlayıcı tedavi uygulamalar olmak üzere çeşitli kategorilerde sınıflandırılmaktadır (67,68).

2.6.1. Davranışsal Tedaviler

Davranışsal tedavi yöntemleri, üriner inkontinansın özellikle başlangıç düzeyinde ve hafif ile orta şiddetteki olgularda etkili olduğu kanıtlanmış, invaziv olmayan ve düşük maliyetli müdahale seçenekleri arasında yer almaktadır (69).

Bu yöntemler;

- Mesane eğitimi: Mesane kapasitesini arttırmak ve idrar kaçırmaı azaltmak için planlı tuvalet alışkanlıkları ve erteleme tekniklerini içerir (70).
- CORE egzersizleri: CORE egzersizleri, özellikle pelvik tabanla birlikte uygulandığında stres ve miks tipi inkontinans semptomlarını azaltır (71).
- Kilo kaybı: Kilo kaybı, pelvik yapılar üzerindeki baskıyı azaltarak inkontinans riskini düşürür (59).
- Sigara: Kronik öksürük yoluyla pelvik kasları zayıflatabilir; bırakılması semptomların hafiflemesine katkı sağlar (72).

- Fiziksel egzersiz: Egzersizin etkisi yoğunluğa bağlıdır; düşük yoğunluklu pelvik taban egzersizleri fayda sağlarken, yüksek yoğunluklu olanlar ise zararlı olabilmektedir (72).

2.6.2. Medikal Tedavi

Üriner inkontinans tedavisinde farmakolojik yaklaşımlar, genellikle urge tipi inkontinans ve aşırı aktif mesane vakalarında, davranışsal ve fiziksel müdahalelere yanıt alınamadığında ikinci basamak tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır. İlaç tedavisinin seçimi; hastanın klinik semptomlarına, farmakolojik ajanlara karşı tolerans düzeyine ve bireysel yaşam tarzı faktörlerine göre değişkenlik göstermektedir (73). Tedavide kullanılan antimuskarinik ilaçlar, aşırı aktif mesane tedavisinde mesane kaslarını gevşeterek depolama kapasitesini artırır (74). Topikal östrojen tedavisi ise menopoza sonrası ürogenital yapıları güçlendirerek üriner inkontinans semptomlarını azaltmada etkilidir (72).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Üriner inkontinansın cerrahi tedavisi, genellikle konservatif (invaziv olmayan) yöntemlerin yetersiz kaldığı ve semptomların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkilediği durumlarda tercih edilmektedir. Cerrahi müdahale, inkontinansın tipi, şiddeti ve altında yatan etiyolojik faktörlere bağlı olarak bireysel düzeyde planlanmaktadır (75). Stres tipi üriner inkontinans tedavisinde sling ameliyatları, üretra ve mesane boyunu destekleyerek idrar kontrolünü sağlar (76). Burch kolposüspansiyon, pelvik organ prolapsusu olmayan hastalarda üretra çevresindeki dokuların pelvise sabitlenmesini sağlar (77). Yapay üriner sfinkter operasyonu, ileri düzey inkontinansı olan ve diğer tedavilere yanıt vermeyen bireylerde kullanılan, manuel kontrol edilen bir cihazın üretraya yerleştirildiği ameliyattır (78). Üretra çevresine yapılan dolgu maddeleri, sfinkter fonksiyonunu artırarak yetmezlik tablosunu ortadan kaldırmayı amaçlayan bir işlemdir (79). Sakral sinir stimülasyonu, pelvik kaslarının kontrolünü arttırmak için sinirlerin elektiriksel uyarımıyla gerçekleştirilen bir işlemdir (80). Mesane boyu süspansiyonu, üretra ve çevresindeki yapıları anatomik boyutuna getirerek sabitlenmesini sağlar (81). Prolapsus cerrahisi ile kombine prosedürler, hem pelvik organ sarkması hem de inkontinansı eş zamanlı tedavi etmeye yöneliktir (82).

Cerrahi ve farmakolojik tedavi yöntemleri her ne kadar üriner inkontinansın yönetiminde etkili olsa da uzun vadeli başarı oranlarının sınırlı olması ve potansiyel yan

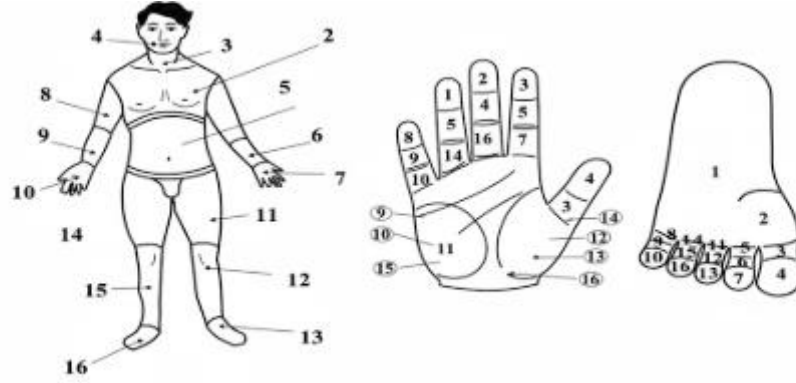
etkiler ile komplikasyon risklerinin bulunması nedeniyle tek başına yeterli olmayabilmektedir. Bu bağlamda, uygulama kolaylığı, düşük yan etki profili ve uzun süreli tedavi edici etkileri nedeniyle tamamlayıcı tedavi yöntemlerine olan ilgi gün geçtikçe artmaktadır (83,84).

2.6.4. Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinans, özellikle menopozal dönemdeki kadınlarda yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Son yıllarda, bu sorunun yönetiminde tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının kullanım sıklığı artış göstermektedir. Yoga, akupresür, akupunktur ve biofeedback gibi geleneksel yöntemlerin yanı sıra, güncel tamamlayıcı tedavi uygulamalarından biri olan sujok uygulaması üriner inkontinansın kontrolünde giderek daha fazla ilgi görmektedir (67,84–87).

Sujok uygulaması, 1987 yılında Güney Koreli Profesör Park Jae Woo tarafından geliştirilen tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Korece’de “Su” kelimesi “el”, “Jok” ise “ayak” anlamına gelmekte olup, bu terapi esas olarak eller ve ayaklar üzerinde uygulanan stimülasyona dayalı bir yaklaşıma temellenmektedir (87). Bu yöntem, basit yapısı ve kolay erişilebilirliği sayesinde, özel bir tıbbi eğitim gerekmeksizin sujok eğitimi almış kişiler tarafından uygulanabilmektedir. Özellikle yüksek maliyetli ve uzun süreli tedavi gerektiren hastalıkların yönetiminde etkili bir tamamlayıcı tedavi seçeneği sunmaktadır (88). Yakın geçmişte geliştirilmiş olmasına rağmen, sujok uygulamasına yönelik küresel ilgi giderek artmakta ve bu sayede yöntemin bilinirliği ve uygulama alanı hızla genişlemektedir (87,89). Sujok uygulaması, insan vücudunun organ ve sistemlerinin el ve ayaklarda yansıma noktaları aracılığıyla temsil edildiği mikro ve makrosistem yaklaşımlarını içeren bütüncül bir tedavi modelidir. Bu yaklaşım, “Temel uygunluk sistemi” adı verilen bir prensip çerçevesinde açıklanmakta; insan vücudundaki uzunluk, oran ve anatomik bölümlerin, eller ve ayaklarla yapısal benzerlik gösterdiği varsayılmaktadır (87). Bu benzerlik esas alınarak, ellerde ve ayaklarda yer alan yansıma noktalarına yapılan uygulamalarla vücuttaki organlara uzaktan etki edebileceği ve bu organların işlevlerinin uyarılabileceği öne sürülmektedir. Akupunktur ve akupresür gibi geleneksel Doğu tıbbi tekniklerinden esinlenen sujok uygulaması, aynı zamanda modern refleksoloji ilkelerini içermektedir. Terapi kapsamında, eller ve ayaklardaki yansıma bölgelerine yönelik masaj, ısı uygulaması (moks), iğneleme ve tohum terapisi gibi çeşitli stimülasyon yöntemleri kullanılmaktadır (90). Sujok uygulamasına göre, insan bedeninde

doğal bir enerji dengesi bulunmaktadır ve hastalıklar, bu dengenin bozulmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, eller ve ayaklardaki yansıma bölgelerine yapılan uygulamalar yoluyla enerji akışının düzenlenmesi ve vücudun doğal dengesinin yeniden sağlanması amaçlanmaktadır (87).

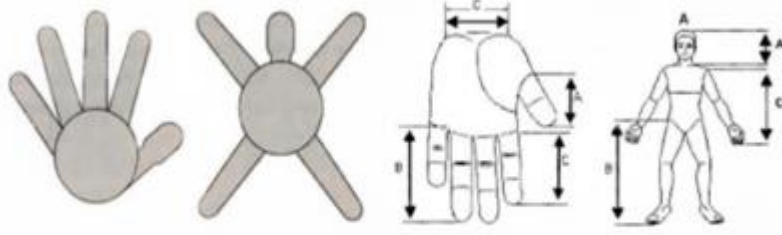


Şekil 2.1. Bölgelere göre organların el ve ayak yansıma noktaları (91).

Sujok uygulamasında, insan vücudu anatomik olarak beş bölümde incelenmektedir; gövde, baş, sağ kol, sol kol ve bacaklar (iki bacak birlikte değerlendirilir). Benzer şekilde insan eli de avuç içi ve beş parmaktan oluşmakta olup bu yapısal düzen, vücut anatomisiyle paralellik göstermektedir. Vücut yapısına bakıldığında, baş üst kısımda konumlanmışken, kollar ve bacaklar simetrik bir biçimde alt bölgelere doğru uzanır. Bu bağlamda, sujok uygulamasında elin morfolojik yapısı ile insan vücudunun anatomik yapısı arasında anlamlı bir benzerlik olduğu kabul edilmektedir. Özellikle baş parmağın baş ile gösterdiği yapısal uyum, bu benzerliğin en dikkat çekici örneklerinden biridir. Söz konusu benzerlik yalnızca konumsal değil, aynı zamanda orantısal düzeyde de gözlenmektedir. Örneğin, insan vücudunda baş ve ense bölgesi en kısa ve geniş yapı olarak öne çıkarken, bacaklar en uzun uzuvlardır. Benzer şekilde elde, başparmak en kısa ve geniş parmak olarak dikkat çekerken, üçüncü ve dördüncü parmaklar (orta ve yüzük) en uzun olanlarıdır (88,92) (Şekil 2.2.).

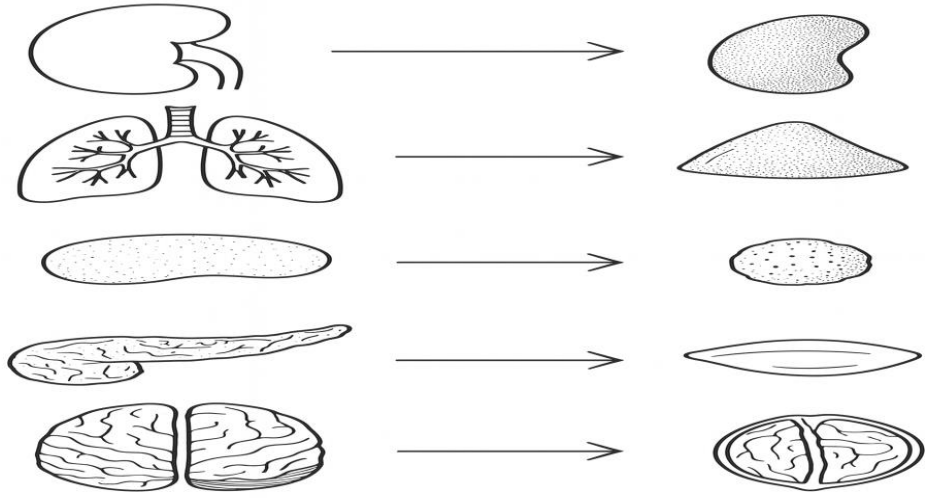
Genel olarak literatür, sujok terapisinin ağrı yönetimi, cerrahi sonrası bakım, bireysel öz bakım süreçlerinin desteklenmesi ve hemşirelikte bütüncül bakım uygulamaları gibi çeşitli alanlarda etkili bir tamamlayıcı yöntem olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, sujokun hemşirelik bakımında hasta merkezli, bütüncül, non-farmakolojik ve güvenli bir girişim olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Bu yönüyle sujok uygulaması, hemşirelik

uygulamalarına yeni bir boyut kazandırmakta; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hâlinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır (87,88,90) .

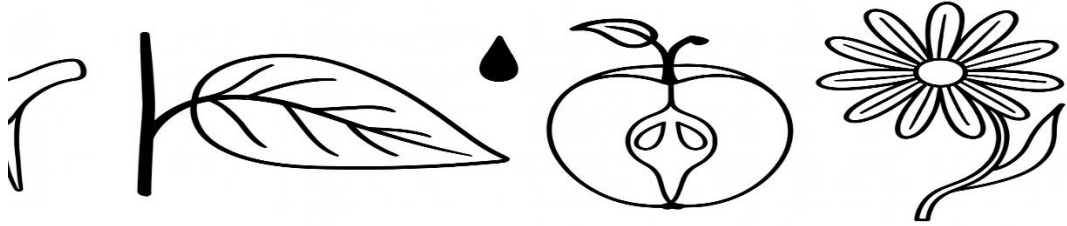


Şekil 2.2. Vücudun benzerlik ve ölçü oranına göre ellere uyumu (92).

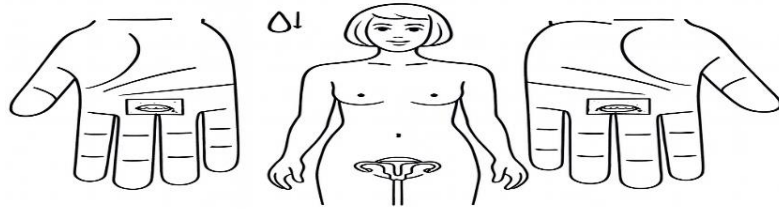
Sujok uygulama kapsamında kullanılan tohum terapisi, seçilen tohumların fiziksel özellikleri ile tedavi edilmek istenen hastalıkların lokalizasyonu ve semptomlar arasındaki benzerliğe dayanan bir prensiple uygulanmaktadır. Bu yöntemde, her bir tohumun şekli, büyüklüğü, yüzey yapısı ve enerjisi özellikle dikkate alınarak ilgili yansıma noktalarına yerleştirilir ve bu sayede uyarım sağlanır. Örneğin, göz hastalıklarının tedavisinde, göz küresine benzer yuvarlak formda olan nohut ve karabiber gibi tohumlar tercih edilirken; böbrek hastalıklarında, böbrek şekline benzerliği nedeniyle fasulye tohumu yaygın olarak kullanılmaktadır (Şekil 2.3.). Bunların yanı sıra, çemen otu, greçka (karabuğday) ve yeşil maş fasulyesi gibi bazı tohumlar, sahip oldukları çok yönlü etkiler nedeniyle ‘joker tohumlar’ olarak adlandırılmakta ve farklı sistemik rahatsızlıklarda geniş bir kullanım alanı bulmaktadır. Bu joker tohumlardan biri elma çekirdeğidir (Şekil 2.4.). Elma çekirdeği gibi yönlü tohumlarda enerji akışı tohum yönüne göre ayarlanabilmektedir (Şekil 2.5.). Bu tohumların, ilgili yansıma bölgelerine uygulandığında enerji dengesini yeniden yapılandırmaya yardımcı olduğu ve böylece iyileşme sürecine katkı sağladığı öne sürülmektedir (87,92,93).



Şekil 2.3. Organların tohumlara olan benzerliği (92).



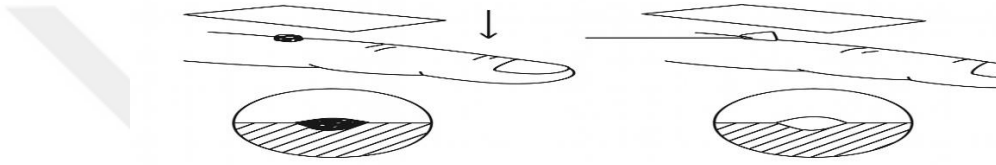
Şekil 2.4. Tohum ve bitkilerin enerji akış yönleri (93).



Şekil 2.5. Mesanenin elde yansıma noktası (93).

Sujok uygulama kapsamında uygulanan tohum tedavisinde, seçilen tohumlar belirli yansıma noktalarına yerleştirilerek semptom sıklığı ve şiddetine göre değişen

sürelerde vücut üzerinde bırakılabilir. Ancak uzun süreli uygulamalarda tohumların günlük olarak yenilenmesi önerilmektedir. Tohum uygulama süresi, bireyin hastalığının doğasına, şikayetlerinin şiddetine ve tedaviye verdiği yanıtı göre değişkenlik gösterebilir. Tohumlar yansıma noktalarına küçük bir parça flaster yardımıyla sabitlenmektedir. Uygulama sonrası, 1-2 saat içinde tohum üzerine hafif baskı uygulanması önerilir. Bu baskı sayesinde yansıma noktasında enerji aktivasyonu sağlandığı düşünülmektedir (Şekil 2.6.). Tohum terapisinin en dikkat çekici özelliklerinden biri, uygulama sırasında bilinen ciddi bir yan etkisinin bulunmamasıdır. Bu durum her yaş grubunda güvenilir bir şekilde uygulamayı desteklemektedir. Uygulamanın etkileri bazı bireylerde birkaç dakika içinde gözlemlenirken, bazı bireylerde birkaç gün sonra ortaya çıkabilmektedir (18,94).



Şekil 2.6. Tohumun sabitlenmesi (92).

2.7. Menopozda İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel olarak genel iyilik halini kapsayan, çok boyutlu ve bütüncül bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram yalnızca bireyin sağlık durumu ya da maddi refahını değil, aynı zamanda günlük yaşamını nasıl algıladığını, yaşamdan aldığı tatmini ve geleceğe yönelik umut düzeyini de içeren subjektif değerlendirmeleri kapsamaktadır. Yaşam kalitesi; bireyin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi vb.), sosyoekonomik durumu, toplumsal statüsü, yaşam koşulları ve çevresel etmenler gibi nesnel değişkenlerin etkisi altındadır. Bunun yanında, bireyin kendi yaşamına dair algıları, yaşam doyumu, anlam arayışı ve geleceğe ilişkin beklentileri de yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (95,96). Gelişen sağlık hizmetleri, yaşam koşullarındaki iyileşmeler ve tıbbi teknolojiye ileriye adımlar sonucunda kadınların yaşam süreci artmış durumdadır. Bu durum kadınların yaşamlarının önemli bir bölümünü (üçte birini) menopoz sonrası dönemde geçirmelerine neden olmaktadır. Bu uzun postmenopozal dönem, kadın sağlığının korunması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi açısından önemli bir evre olarak değerlendirilmektedir (97). Menopozal dönem, kadın yaşamında önemli fiziksel,

psikolojik ve sosyal değişimlere yol açabilen ve yaşam kalitesini çeşitli yönlerden etkileyen bir süreçtir. Bu dönemde yaşanan fiziksel ve psikolojik semptomların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemesi, bireylerin bu süreçle ilgili yeterli düzeyde farkındalıklarının olmaması, semptomu doğru tanımlayamamaları, bilgiye ulaşım güçlüğü yaşamaları, çelişkili bilgilerle karşılaşmaları; yaşam doyumlarının azalmasına neden olarak refah düzeyini düşürebilmektedir (98). Östrojen seviyelerindeki azalmanın neden olduğu; vazomotor semptomlar, psikolojik değişiklikler, genitoüriner sistem şikayetleri, kardiyovasküler ve osteoartiküler rahatsızlıklar gibi çeşitli semptomlar kadının genel iyilik halini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (99). Menopozal semptomlardan biri olan üriner inkontinans, yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda kadınların psikolojik, sosyal ve cinsel yaşam alanlarını da etkileyen çok yönlü bir sağlık sorunudur. Bu durum; hijyenin sürdürülebilmesinde güçlükler, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon ve özgüven kaybı gibi çeşitli olumsuz sonuçlara yol açarak kadının yaşam kalitesini anlamlı düzeyde düşürebilmektedir (100). Üriner inkontinans, kadının günlük yaşam aktivitelerini çeşitli açılardan kısıtlayarak yaşam kalitesini etkilemektedir. İdrar kaçırma korkusu, kadınların egzersiz yapmaktan kaçınmalarına, sosyal etkinliklere katılımda isteksizlik yaşamalarına ve toplumdan izole olmalarına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, sürekli nemli kalan ciltte iritasyon ve enfeksiyon gelişme riski de artmaktadır. İnkontinansın meydana getirdiğı fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlar yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürmektedir. Ayrıca, iş hayatında odaklanma ve verimlilik düzeyini azaltarak mesleki performans üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Dolayısıyla; üriner inkontinans; kadının günlük yaşam tarzını, sosyal rollerini ve psikososyal işlevselliğini çok boyutlu olarak etkileyen, yaşam kalitesini azaltan bir sağlık sorunudur (84,101,102). Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımının etkililiğini değerlendirmede temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, menopozal dönemde yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi, sağlık hizmetleri kapsamında önemli bir girişim alanı oluşturmaktadır (103,104).

2.8. Menopozda İnkontinans ve Hemşirelik Bakımı

Üriner inkontinans, çoğunlukla yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak görülse de, tüm yaşam evrelerinde klinik olarak müdahale edilmesi gereken patolojik bir durumdur. Bireyler çoğu zaman ileri evrelere ulaşmadan sağlık hizmetine başvurmamaktadır. Bu noktada hemşireler inkontinansın tanılanmasında, risklerin

değerlendirilmesinde ve inkontinans yönetiminde önemli role sahiptir (105). Bu bağlamda, hemşirelik bakımı üriner inkontinansın yönetimini ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çeşitli stratejileri içermelidir. Hemşirelerin güncel ve kanıta dayalı bilgilerle inkontinanslı kadınlara rehberlik etmesi bilinçli, sağlıklı tercihler yapmalarını desteklemekte ve tedaviye uyumu arttırmaktadır (104,106). Sağlık alanındaki teknolojik ilerlemeler ve sistemsal dönüşümler, hemşirelik mesleğinin rol ve sorumluluklarında önemli değişimlere neden olmuştur. Bu doğrultuda, hemşirelerin tamamlayıcı tedavi yöntemlerini tanımaları, klinik kayıt süreçlerini etkin bir şekilde yürütmeleri ve bakım stratejilerini kanıta dayalı temellerle geliştirerek uygulamaları beklenmektedir. Hemşirelik uygulamalarında bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi, kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunumu açısından büyük öneme sahiptir (107). Hemşireler, hasta bireyler ve aileleriyle etkin iletişim kurabilen, bireylerin psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimlerini değerlendirme yetkinliğine sahip sağlık profesyonelleridir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi ve farkındalık açısından hemşireler önemli bir konumda yer almaktadır. Özellikle üriner inkontinans gibi kronik hastalıkların yönetiminde; TAT uygulayan bireylerle etkili iletişim kurarak, bu uygulamaların güvenli ve kanıta dayalı biçimde kullanımına yönelik danışmanlık sağlamaları hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır (105,108). Menopozal dönemde kadınların karşılaştıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal zorlukların yönetiminde hemşirelerin eğitimci, danışman, uygulayıcı, destekleyici ve araştırmacı rolleri büyük önem taşımaktadır. Bu roller kapsamında hemşireler, kadınlara menopoz sürecinde yaşanabilecek semptomlar hakkında doğru, güncel ve kanıta dayalı bilgi sağlayarak semptomların şiddetinin azaltılmasına katkı sağlayabilirler. Böylece kadınların, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve toplum sağlığı geliştirilmesinde etkin bir rol üstlenmiş olurlar (109). Postmenopozal dönemde hormonal değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomlar, kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu süreçte hemşirelerin rolü yalnızca semptomların izlenmesiyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda bireyin ihtiyaçlarına yönelik bütüncül bakım yaklaşımlarını da içermelidir (109). Sujok uygulaması; düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve minimal yan etkilere sahip olmasıyla hemşirelik bakımında tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (17). El ve ayaklardaki belirli noktalara uyarı vererek homeostatik dengeyi hedefleyen bu terapi, tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında yer almakta ve çeşitli sağlık sorunlarında semptom hafifletici etkileriyle dikkat çekmektedir. Özellikle vajinal rahatsızlıklar gibi postmenopozal

semptomlarda sujok uygulaması, kısa sürede etkili sonuçlar verebilmekte ve hastaların kendi bakım süreçlerine katılımını destekleyebilmektedir. Hemşirelerin bu tür tamamlayıcı yöntemlere dair bilgi düzeyinin artırılması ve kanıta dayalı uygulamalarla desteklenmesi, birey merkezli bakım anlayışını güçlendirecektir (110).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma postmenopozal dönemde üriner inkontinansı olan kadınlarda sujok uygulamasının üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test randomize kontrollü çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütüldü. Araştırmanın gerçekleştirileceği ASM'nin seçiminde, merkezin, ilin sosyodemografik ve ekonomik özelliklerini yansıtabilme potansiyeli, ulaşım kolaylığı ve postmenopozal dönemde olan kadın sayısı dikkate alındı. Belirlenen ASM'ler arasından kura yöntemiyle yapılan seçim sonucunda Recep Tayyip Erdoğan ASM çalışma alanı olarak belirlendi. Araştırma, Ocak 2025- Temmuz 2025 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Bingöl il merkezinde bulunan Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı postmenopozal dönemde olup, üriner inkontinansı olan kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda, 0.61 etki büyüklüğü (Cohen's d), %5 yanılma düzeyi ($\alpha = 0.05$) ve %95 güç ($1-\beta = 0.95$) ile her grup (müdahale ve kontrol) için 60 kadın olarak belirlenmiştir (102). Araştırmada kayıplar olacağı düşünülerek her gruba alınacak kadın sayısı 10 artırılarak 70 kişiye ulaşılması hedeflendi.

Araştırmaya dahil edilmek üzere 168 kadın değerlendirildi. Dahil edilme kriterlerini karşılamayan 12, çalışmaya katılmak istemeyen 16 kadın dışlandı. Araştırmaya katılmaya uygun olan ve gönüllü katılım bildiren 140 kadın, rastgele müdahale (n=70) ve kontrol (n=70) grubuna atandı. Araştırma sürecinde, müdahale grubundan 7 kadın araştırmaya devam etmek istemediğinden, 3 kadın sujok uygulamasını düzenli olarak yapmadığından örneklemden çıkarıldı. Kontrol grubundan ise, 10 kadın araştırmayı sürdürmek istemediğinden örneklemden çıkarıldı. Araştırma müdahale grubunda 60, kontrol grubunda 60 olmak üzere toplam 120 kadın ile tamamlandı (Şekil

3.1). Araştırma sonunda yapılan Post Hoc güç analizi sonucunda $\alpha=0.05$, power (güç)=100 olarak hesaplandı.

3.4. Randomizasyon

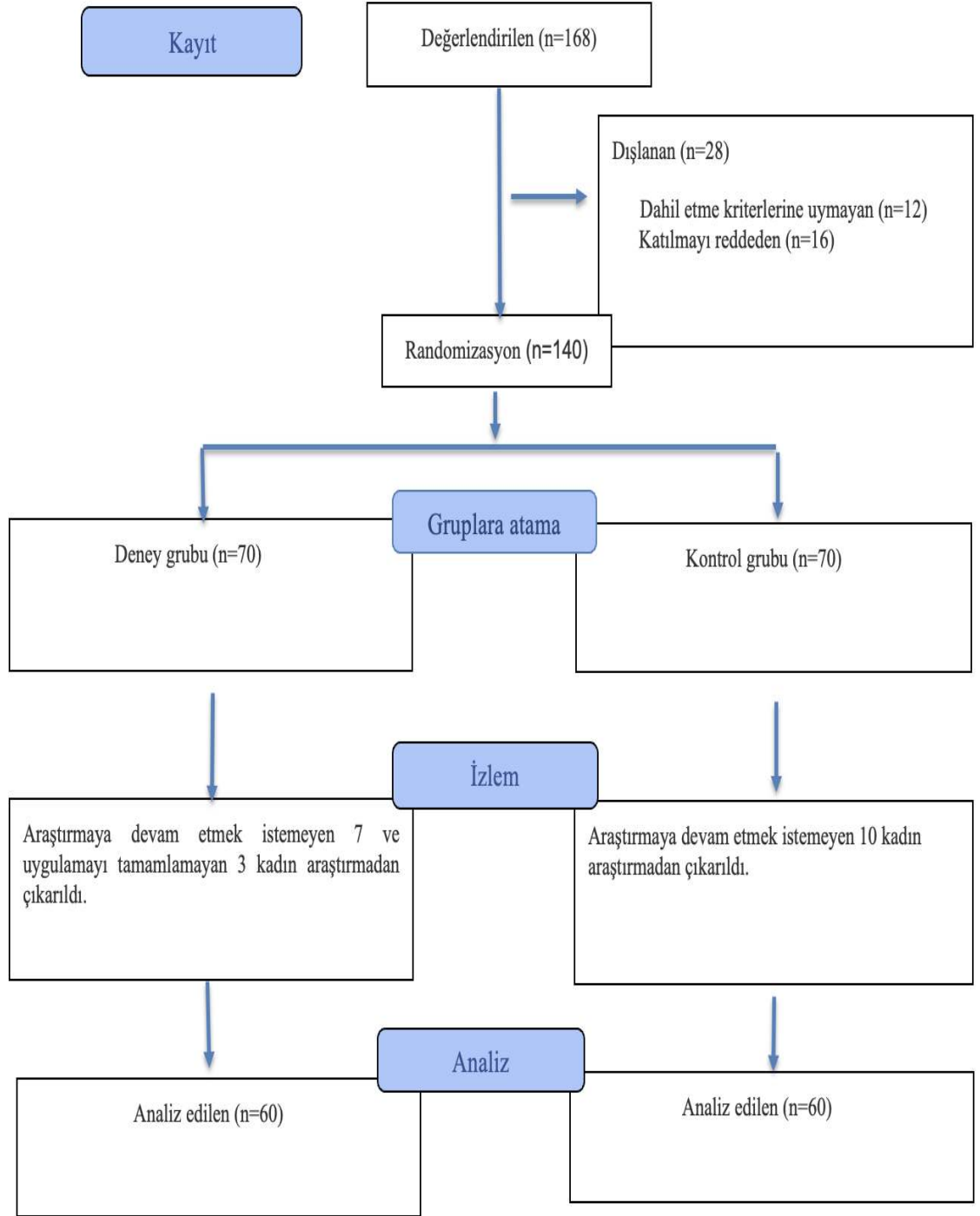
Bingöl ili merkezinde bulunan Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı postmenopozal dönemdeki kadınlara Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form (ICIQ-SF) uygulanarak üriner inkontinansı olanlar belirlendi. İdrar kaçırma sorunu saptanan kadınlar listelendi ve her katılımcıya 1'den başlayarak rastgele bir numara verildi. Araştırmaya dhil edilme kriterlerini karşılayan toplam 140 kadın, basit randomizasyon yöntemi kullanılarak random.org adlı çevrim içi rastgele sayı üretici aracılığıyla 70 müdahale ve 70 kontrol grubuna atandı. Randomizasyon işlemi, katılımcıların kimlik bilgilerine erişimi olmayan bağımsız bir kişi tarafından gerçekleştirildi.

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Son bir yıldır menstruasyon görmeme (Harlow et al., 2012).
- 65 yaşından küçük olma
- Okur- yazar olmadır.

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Diüretik kullanma,
- Nefrotik hastalığa sahip olma,
- Diyabet ve hipertansiyon tanısı olma,
- Tanılanmış idrar yolu enfeksiyon belirtileri olma,
- Geçirilmiş riner sistem cerrahisi öyküsü olma,
- Tanılanmış riner prolapsusu olma,
- Tanılanmış psikiyatrik hastalığı olma.



Şekil 3.1. CONSORT akış şeması

3.5. Veri toplama araçları

Araştırma verileri, Katılımcı Tanıtım Formu, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi- Kısa Form (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı (I-YKÖ).

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK-6)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Katılımcı Tanıtım Formu, kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, medeni durumu, boy, kilo, sigara kullanma durumu vb.) ve obstetrik-jinekolojik öyküleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, zor doğum öyküsü, menopozda olma süresi vb.), idrar kaçırma süresi, idrar kaçırma nedeniyle doktora gitme durumu, idrar kaçırma nedeniyle tedavi alma durumu ve idrar kaçırmaya yönelik alınan önlemler gibi bilgileri içeren toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form (ICIQ-SF) (EK-7)

Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Form (ICIQ-SF) uluslararası idrar kaçırma konsültasyonlarında tavsiye edilen, idrar kaçırma yakınmalarını ve yaşam kalitesini sorgulayan bir formdur. Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çetinel ve arkadaşları (2004) tarafından yapıldı. ICIQ-SF anket formunda üriner inkontinans sıklığı, miktarı, tipi ve günlük yaşam üzerinde etkileri sorgulanmakta olup 0-21 değerleri arasında skorum yapılmaktadır. Anket Formu 6 sorudan oluşmaktadır. Anketin Chronbach alfa değeri 0.71'dir (111). Bu araştırmada ise, ICIQ-SF ölçeği Chronbach alfa değeri müdahale grubu ön testi için 0.88, son testi için 0.79 olarak belirlendi. Kontrol grubu ön testi için 0.80, son testi için 0.77 olarak belirlendi (Tablo 3.1).

3.5.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-YKÖ) (EK-8)

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği, Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirildi (112). Ülkemizde, I-YKÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapıldı. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon olmak üzere üç alt boyutu bulunmakta ve 22 maddeden oluşmaktadır.

Bütün maddeler beş kategorilik likert tipi skalada değerlendirilmektedir (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç). Ölçeğin genelinden maksimum 110, davranışların sınırlandırılması alt boyutundan 40, psikososyal etkilenme alt boyutundan 45, sosyal izolasyon alt boyutundan ise 25 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının artması, yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir. (40). Özerdoğan'ın çalışmasında, I-YKÖ'nin toplam puanına ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0.88, psikososyal etkilenme alt boyutu için 0.92 ve sosyal izolasyon alt boyutu için 0.88 olarak bulundu. Bu araştırmada müdahale grubu ön test ortalamaları için I-YKÖ'nin toplam puanına ait Cronbach Alfa katsayısı 0.76, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0.65, psikososyal etkilenme alt boyutu için 0.62 ve sosyal izolasyon alt boyutu için 0.76 olarak bulundu. Kontrol grubu ön test ortalamaları için I-YKÖ'nin toplam puanına ait Cronbach Alfa katsayısı 0.82, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0.71, psikososyal etkilenme alt boyutu için 0.72 ve sosyal izolasyon alt boyutu için 0.71 olarak bulundu (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin normal dağılım analizi, uç değer tespiti ve güvenirlik katsayıları

Gruplar	n	Çarpıklık		Basıklık		Cronbach's α	
		Değer	SH.	Değer	SH.		
Müdahale grubu	Ön test ICIQ-SF	60	0.389	0.309	-0.830	0.608	0.888
	Son test ICIQ-SF	60	0.677	0.309	-0.815	0.608	0.799
	İzlem testi ICIQ-SF	60	0.885	0.309	0.266	0.608	0.757
	Ön test I-YKÖ toplamı	60	-0.315	0.309	-0.385	0.608	0.764
	Son test I-YKÖ toplamı	60	-0.725	0.309	-0.603	0.608	0.904
	İzlem testi I-YKÖ toplamı	60	-0.867	0.309	-0.328	0.608	0.844
	Ön test I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.563	0.309	-0.589	0.608	0.652
	Son test I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.637	0.309	-0.524	0.608	0.757
	İzlem testi I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.715	0.309	0.022	0.608	0.607
	Ön test I-YKÖ Psikososyal etkilenme	60	-0.539	0.309	-0.194	0.608	0.627
	Son test I-YKÖ Psikososyal etkilenme	60	-1.004	0.309	0.008	0.608	0.808
	İzlem testi I-YKÖ Psikososyal etkilenme	60	-1.591	0.309	1.861	0.608	0.806
	Ön test I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-0.950	0.309	0.746	0.608	0.762
	Son test I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-0.964	0.309	-0.043	0.608	0.797
	İzlem testi I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-1.104	0.309	0.208	0.608	0.804
Kontrol grubu	Ön test ICIQ-SF	60	-0.003	0.309	-0.570	0.608	0.806
	Son test ICIQ-SF	60	0.294	0.309	-0.762	0.608	0.778
	İzlem testi ICIQ-SF	60	0.167	0.309	-0.112	0.608	0.731
	Ön test I-YKÖ toplamı	60	-0.524	0.309	-0.705	0.608	0.828
	Son test I-YKÖ toplamı	60	-0.559	0.309	-0.351	0.608	0.883
	İzlem testi I-YKÖ toplamı	60	-0.626	0.309	-0.733	0.608	0.928
	Ön test I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.192	0.309	-1.104	0.608	0.713

Son test I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.303	0.309	-0.340	0.608	0.781
İzlem testi I-YKÖ Davranışların sınırlanması	60	-0.402	0.309	-0.506	0.608	0.708
Ön test I-YKÖ Psikososyal etkilenme	60	-0.574	0.309	-0.858	0.608	0.724
Son test I-YKÖ Psikososyal etkilenme	60	-1.062	0.309	0.831	0.608	0.824
İzlem testi I-QOL Psikososyal etkilenme	60	-0.914	0.309	-0.196	0.608	0.896
Ön test I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-0.995	0.309	0.612	0.608	0.713
Son test I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-1.049	0.309	0.958	0.608	0.649
İzlem testi I-YKÖ Sosyal izolasyon	60	-0.469	0.309	-0.782	0.608	0.825

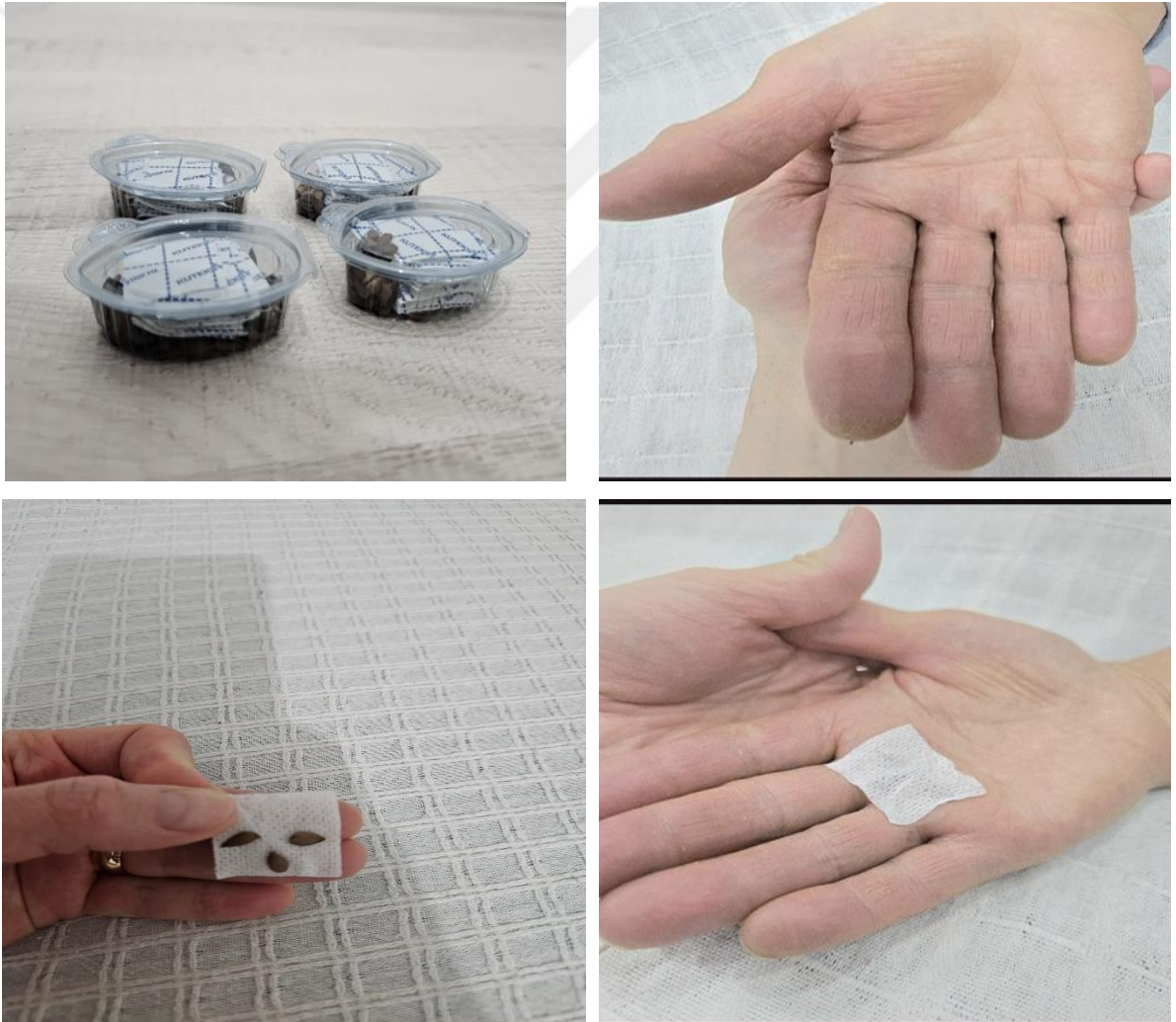
SH.: Standart hata. ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi Kısa Formu
I-YKÖ: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.6. Hemşirelik Uygulaması

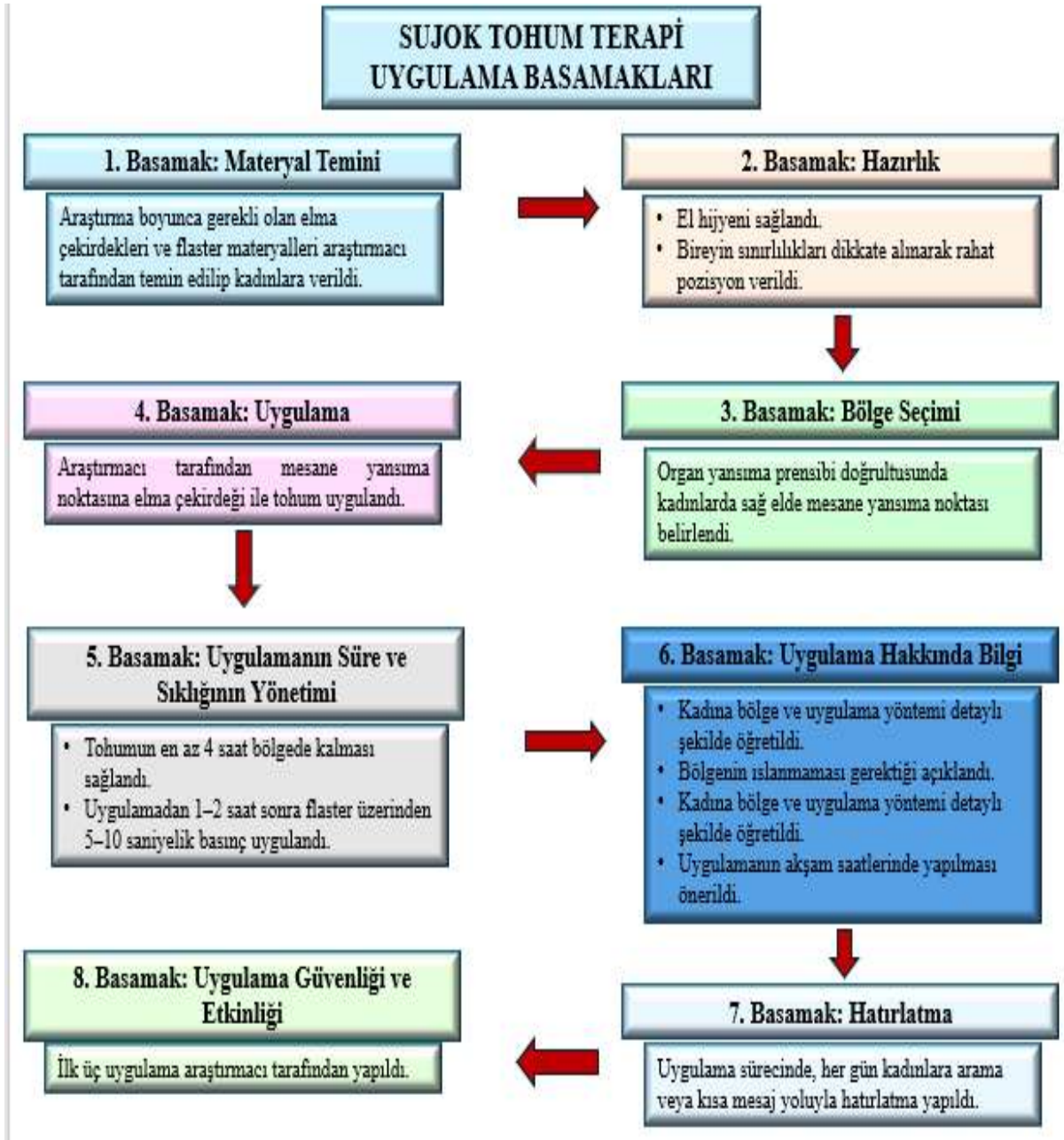
Sujok uygulamasının yapılabilmesi için gerekli olan eğitimler araştırmacı tarafından tamamlanarak, sujok sertifikası alındı (EK-4). Müdahale grubundaki kadınlara öncelikle işlem hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan sözlü ve yazılı onam alındı (EK-5). ASM’de bulunan çevresel etkilerden (kalabalık, gürültü vb.) uzak ve sık kullanılmayan bir odada sujok uygulaması yapıldı.

- El hijyeni sağlandıktan sonra, bireyin sınırlılıkları dikkate alınarak rahat pozisyon verildi.
- Sujok uygulaması organ yansıma prensibi doğrultusunda (ying/yang) kadınlarda sağ elde mesane yansıma noktasına araştırmacı tarafından elma çekirdeği ile tohum uygulandı.
- Uygulama sonrasında (yaklaşık 1-2 saat içerisinde), tohum yerleştirilen noktaya flaster üzerinden 5-10 saniye süreyle baskı uygulayarak mesane stimülasyonu sağlandı.
- Elma çekirdeğinin mesane yansıma noktasında en az 4 saat kalması sağlandı.
- Kadınlara, mesane yansıma noktasının ıslatılmaması gerektiğinin önemi anlatıldı.
- İlk üç sujok uygulaması araştırmacı tarafından yapıldı.
- Yapılan bu uygulamalar kadınlara detaylı şekilde anlatılarak, tohum uygulaması yapılacak bölge ve uygulama şekli öğretildi.
- Kadınlara uygulamayı öğrenme düzeyine bağlı olarak, gerekli görülmesi halinde bir veya iki kez daha uygulama araştırmacı tarafından tekrarlandı.
- Mesane yansıma noktasının kuru tutulabilmesi için akşam saatlerinde uygulamanın yapılması önerildi.

- j) Uygulama sürecinde, her gün kadınlara arama veya kısa mesaj yoluyla hatırlatma yapıldı.
- k) Araştırma boyunca uygulanacak tohum terapisi için gerekli olan elma çekirdekleri ve flaster materyalleri araştırmacı tarafından temin edilip kadınlara verildi.
- l) Elma çekirdekleri, araştırmacı tarafından taze elmaların çekirdeklerinin kurutulması ile elde edildi.
- m) Kadınlar uygulamayı öğrendikten sonra, evlerinde kendilerine 15 gün boyunca her gün en az 4 saat tohum uygulaması yaptı (93) (Şekil 3.2, Şekil 3.3).



Şekil 3.2. Sujok uygulama örneği



Şekil 3.3. Sujok uygulama basamakları

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, ASM'ye herhangi bir nedenle gelen, üriner inkontinansı olan postmenopozal dönemde olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 10 kadın ile ön uygulama yapıldı. Bu süreçte veri toplama formlarının işleyişinde herhangi bir sorun saptanmadı. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

Araştırma verileri, hafta içi günlerde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle, kadınlar ASM'ye davet edilerek toplandı. Ön test verileri kadınlarla ilk görüşmede toplandı. Veri toplama aşaması öncesinde, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi. Ön test verileri, Katılımcı Tanıtım Formu, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Formu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Ön testten 15 gün sonra son test verileri, Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Formu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Sujok uygulamasının uzun vadeli etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla ön testten 30 gün sonra Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Formu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanarak izlem testi yapıldı. Kontrol grubundaki katılımcıların ön, son ve izlem testleri belirtilen sürelerde uygulandı. Kontrol grubunda bulunan kadınlara herhangi bir uygulama yapılmadı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımsız Değişkenler:** Sujok uygulaması.
- **Bağımlı Değişkenler:** Uluslararası İnkontinans Konsültasyon sorgulama Anketi- Kısa Form ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarıdır.
- **Kontrol Değişkenleri:** Katılımcı Bilgi Formu ile elde edilen verilerdir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada, verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için normallik varsayımı test edilmiştir. Normallik değerlendirmesi için çarpıklık ve basıklık katsayıları ± 2 aralığında değerlendirilmiş olup (113), histogram ve Normal Q-Q plot görsel grafikleri de incelendi (114). Uç değer tespiti için ise z-skoru ± 3 aralığına bakıldı (115). Analizlerde, normallik ve uç değer kriterlerine ilişkin bu sınırlar dikkate alınarak, istatistiksel nesnellik sağlandı. Pallant'a (2020) göre, Kolmogorov-Smirnov testi, büyük örneklem büyüklüklerinde anlamlı sonuçlar verme eğilimi göstermektedir (114). Bu durum göz önünde bulundurularak, verilerin normalliğinin değerlendirilmesinde yalnızca bu testin sonuçlarına dayanmanın yanıltıcı olabileceği göz önünde bulunduruldu. Bu nedenle, normallik değerlendirmesinin yanı sıra, bağımsız değişkenlerin gruplar arasındaki homojenliğini değerlendirmek amacıyla; 3xk tablolar için Pearson Ki-kare testi, 2x2 tablolar için ise Continuity Correction değeri kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla, normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerde bağımsız örneklem t-testi (Independent Samples t-test), normal dağılım göstermeyenlerde ise

Mann-Whitney U testi uygulandı. Grup içi karşılaştırmalarda, zamanla tekrarlanan ölçümler için tek yönlü varyans analizi (Repeated Measures ANOVA) kullanıldı. Zamana bağlı grup etkilerini ve ana etkileri değerlendirmek amacıyla ise iki yönlü tekrarlayan ölçümler varyans analizi (Two-Way Repeated Measures ANOVA) kullanıldı. Sürekli değişkenlerde gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla post hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni yöntemi uygulandı (114,116).

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan "2024/5494" karar sayısı ile etik izin alındı (EK-2). Araştırmanın yapılacağı Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi'nden kurum izni alındı. Ölçüm araçlarının kullanım izni alındı (EK-3). Katılımcılardan aydınlatılmış onam izni alındı (EK-5). Araştırma, ClinicalTrials.gov platformunda "NCT06951022" kimlik numarası ile kaydedildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi ve elde edilen verilerin kadınların beyanlarına bağlı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda sujok uygulamasının üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular başlıklar halinde aşağıda sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Postmenopozal kadınların sosyodemografik özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.1’de sunuldu. Yapılan analizler sonucunda, nicel değişkenlerden günde ortalama içilen kahve miktarının gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0.010$). Günde ortalama içilen çay miktarının da gruplar arasında farklılık gösterdiği tespit edildi ($p=0.020$).

Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, sigara kullanım süresi, kullanılan sigara adedi, alkol kullanımı, kahve içme durumu ve çay içme durumu değişkenlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği ve bu değişkenlerin homojen bir dağılım gösterdiği saptandı ($p>0.05$). Çay içme durumu tüm katılımcılar için aynı olduğundan tamamen homojen bulundu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına göre sosyodemografik özellikleri

		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu		
Nicel Özellikler		n=60 x̄±SS	n=60 x̄±SS	Test Anlamlılık	
Yaş		56.92±4.19	55.75±4.35	t=1.496	p=0.137
Beden Kitle İndeksi		27.83±2.92	27.46±2.13	t=0.783	p=0.435
Sigara kullanım süresi (n=27)		26.25±4.83	26.33±4.42	t=-0.047	p=0.963
Kullanılan sigara adedi (n=27)		14.58±4.50	15.00±4.63	t=-0.235	p=0.816
Günde içilen kahve miktarı (fincan) ^a		0.38±0.64	0.77±0.93	t=-2.635	p=0.010
Nitel Özellikler	Alt gruplar	n (%)	n (%)	Test Anlamlılık	
Eğitim durumu	Okuryazar	15 (25.0)	6 (10.0)	χ ² =6.229	p=0.183
	İlkokul	11 (18.3)	8 (13.3)		
	Ortaokul	10 (16.7)	15 (25.0)		
	Lise	16 (26.7)	21 (35.0)		
	Üniversite	8 (13.3)	10 (16.7)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	15 (25.0)	23 (38.3)	χ ² =1.887	p=0.170
	Çalışmıyor	45 (75.0)	37 (61.7)		
Ekonomik durum	Gelir giderden az	23 (38.3)	30 (50.0)	χ ² =3.739	p=0.154
	Gelir gidere denk	32 (53.3)	29 (48.3)		
	Gelir giderden fazla	5 (8.3)	1 (1.7)		
Sigara kullanımı	Evet	12 (20.0)	15 (25.0)	χ ² =0.191	p=0.662

	Hayır	48 (80.0)	45 (75.0)		
Alkol kullanımı	Evet	1 (1.7)	0 (0.0)	$\chi^2=0.000$	p=1.000
	Hayır	59 (98.3)	60 (100.0)		
Çay içme durumu	Evet	60 (100.0)	60 (100.0)	-	-
	Hayır	0 (0.0)	0 (0.0)		
Günde içilen çay miktarı (bardak)	1-4 bardak	6 (10.0)	12 (20.0)	$\chi^2=7.814$	p=0.020
	5-8 bardak	35 (58.3)	20 (33.3)		
	9 ve üstü	19 (31.7)	28 (46.7)		
Kahve içme durumu	Evet	18 (30.0)	27 (45.0)	$\chi^2=2.276$	p=0.131
	Hayır	42 (70.0)	33 (55.0)		

^a Klasik Türk kahvesi fincanı yaklaşık 60 ml, ^b Klasik çay bardağı yaklaşık 100 ml, $\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde. t: Bağımsız örneklem t testi değeri, χ^2 : Ki-kare testi.

4.2. Obstetrik Özelliklerin Dağılımı

Postmenopozal kadınların obstetrik özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.2’de sunuldu. Yapılan analizler sonucunda, nicel değişkenlerden menopoza yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı ve yaşayan çocuk sayısı değişkenlerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ve bu değişkenlerin homojen bir dağılım gösterdiği tespit edildi ($p>0.05$).

Nitel değişkenlere bakıldığında, doğum şekli, doğum sonu perineal sütür uygulaması, 3.5 kg üstü bebek doğurma öyküsü ile zor ve uzun doğum yapma öyküsü değişkenlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$). Bu değişkenlerin tümü, gruplar arasında homojen bir dağılım gösterdi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına obstetrik özellikleri

Nicel Özellikler		Müdahale Grubu n=60 $\bar{x}\pm SS$	Kontrol Grubu n=60 $\bar{x}\pm SS$	Test Anlamlılık	
Menopoz yaşı		50.28 $\pm$ 2.72	49.40 $\pm$ 2.57	t=1.828	p=0.070
Gebelik sayısı		3.70 $\pm$ 1.95	3.97 $\pm$ 2.15	t=-0.712	p=0.478
Doğum sayısı		3.23 $\pm$ 1.64	3.65 $\pm$ 1.74	Z=1.247	p=0.212
Düşük sayısı		0.53 $\pm$ 1.10	0.35 $\pm$ 0.63	Z=-0.521	p=0.602
Yaşayan çocuk sayısı		3.17 $\pm$ 1.45	3.62 $\pm$ 1.74	t=-1.539	p=0.126
Nitel Özellikler	Alt gruplar	n (%)	n (%)	Test Anlamlılık	
Doğum şekli	Doğum yok	3 (5.0)	2 (3.3)	$\chi^2=0.579$	p=0.749
	Normal doğum	45 (75.0)	43 (71.7)		
	Sezeryan doğum	12 (20.0)	15 (25.0)		
Doğum sonu perineal sütür uygulanması	Evet	29 (48.3)	25 (41.7)	$\chi^2=0.303$	p=0.582
	Hayır	31 (51.7)	35 (58.3)		
3.5 kg üstü bebek doğurma öyküsü	Evet	11 (18.3)	12 (20.0)	$\chi^2=0.000$	p=1.000
	Hayır	49 (81.7)	48 (80.0)		
Zor ve uzun doğum yapma öyküsü	Evet	7 (11.7)	10 (16.7)	$\chi^2=0.274$	p=0.601
	Hayır	53 (88.3)	50 (83.3)		

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde. t: Bağımsız örneklem t testi değeri, χ^2 : Ki-kare testi, Z: Mann Whitney U test standartlaştırılmış Z test değeri.

4.3. Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Postmenopozal kadınların inkontinans ile ilgili özelliklerinin müdahale ve kontrol gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.3'te sunuldu. Yapılan analizler sonucunda, idrar kaçırma süresi, idrar kaçırma için doktora gitme durumu, tedavi alma durumu, alınan tedavi türü, idrar kaçırılan durumlar (cinsel ilişki esnasında, öksürme, hapşırma, gülme, merdiven çıkma) ve idrar kaçırmaya karşı alınan önlemler (ped kullanma, sık tualete gitme, az sıvı tüketme, tualetin yakınlarında oturma) değişkenlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$). Bu değişkenlerin tamamı müdahale ve kontrol grupları arasında homojen bir dağılım gösterdi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Postmenopozal kadınların müdahale ve kontrol gruplarına üriner inkontinans ile ilgili özellikleri

Nicel Özellikler		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test Anlamlılık	
		n=60	n=60		
		$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$		
İdrar kaçırma süresi (yıl)		6.35±3.97	5.90±4.19	t=0.605	p=0.547
Nitel Özellikler	Alt gruplar	n (%)	n (%)	Test Anlamlılık	
İdrar kaçırma için doktora gitme durumu	Evet	15 (25.0)	11 (18.3)	$\chi^2=0.442$	p=0.506
	Hayır	45 (75.0)	49 (81.7)		
İdrar kaçırmaya yönelik tedavi alma durumu	Evet	15 (25.0)	12 (20.0)	$\chi^2=0.191$	p=0.662
	Hayır	45 (75.0)	48 (80.0)		
İdrar kaçırmaya yönelik alınan tedavi	Tedavi yok	44 (73.3)	49 (81.7)	$\chi^2=2.251$	p=0.325
	İlaç tedavisi	12 (20.0)	10 (16.7)		
	Cerrahi tedavi	4 (6.7)	1 (1.7)		
İdrar kaçırılan durum					
Cinsel ilişki esnasında	Evet	6 (10.0)	3 (5.0)	$\chi^2=0.480$	p=0.488
	Hayır	54 (90.0)	57 (95.0)		
Öksürme	Evet	60 (100.0)	59 (98.3)	$\chi^2=0.000$	p=1.000
	Hayır	0 (0.0)	1 (1.7)		
Hapşırma	Evet	59 (98.3)	58 (96.7)	$\chi^2=0.000$	p=1.000
	Hayır	1 (1.7)	2 (3.3)		
Gülme	Evet	45 (75.0)	36 (60.0)	$\chi^2=2.431$	p=0.119
	Hayır	15 (25.0)	24 (40.0)		
Merdiven çıkma	Evet	9 (15.0)	10 (16.7)	$\chi^2=0.000$	p=1.000
	Hayır	51 (85.0)	50 (83.3)		
İdrar kaçırmaya karşı alınan önlem					
Ped kullanma	Evet	7 (11.7)	3 (5.0)	$\chi^2=0.982$	p=0.322
	Hayır	53 (88.3)	57 (95.0)		
Sık tualete gitme	Evet	60 (100.0)	60 (100.0)	-	-
	Hayır	0 (0.0)	0 (0.0)		
Az sıvı tüketme	Evet	60 (100.0)	60 (100.0)	-	-
	Hayır	0 (0.0)	0 (0.0)		
Tualetin yakınlarında oturma	Evet	20 (33.3)	25 (41.7)	$\chi^2=0.569$	p=0.451
	Hayır	40 (66.7)	35 (58.3)		

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde. t: Bağımsız örneklem t testi değeri, χ^2 : Ki-kare testi.

4.4. Sujok Uygulamasının Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi

Postmenopozal kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarına ilişkin bulgular Tablo 4.4'te sunuldu.

Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde, ICIQ-SF ön test puan ortalamasına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.816$, $d=0.04$). Son test ve izlem testi puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (sırasıyla $p=0.001$, $d=0.60$; $p<0.001$, $d=0.90$). Kontrol grubunun son test (+2.00) ve izlem testi (+2.70) puanlarının müdahale grubuna kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi.

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, tekrarlayan ölçümler analizi sonuçlarına göre, müdahale grubunda zaman içinde puan ortalamaları arasında anlamlı farklar bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.653$). Müdahale grubunda ön test puan ortalamasının son test (+3.07) ve izlem testine (+3.55) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu (sırasıyla $p<0.001$), ayrıca son test puan ortalamasının da izlem testine (+0.48) göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.005$). Kontrol grubunda zaman içinde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.4, Tablo 4.5, Şekil 4.1).

Tablo 4.4. Postmenopozal kadınların ICIQ-SF puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları

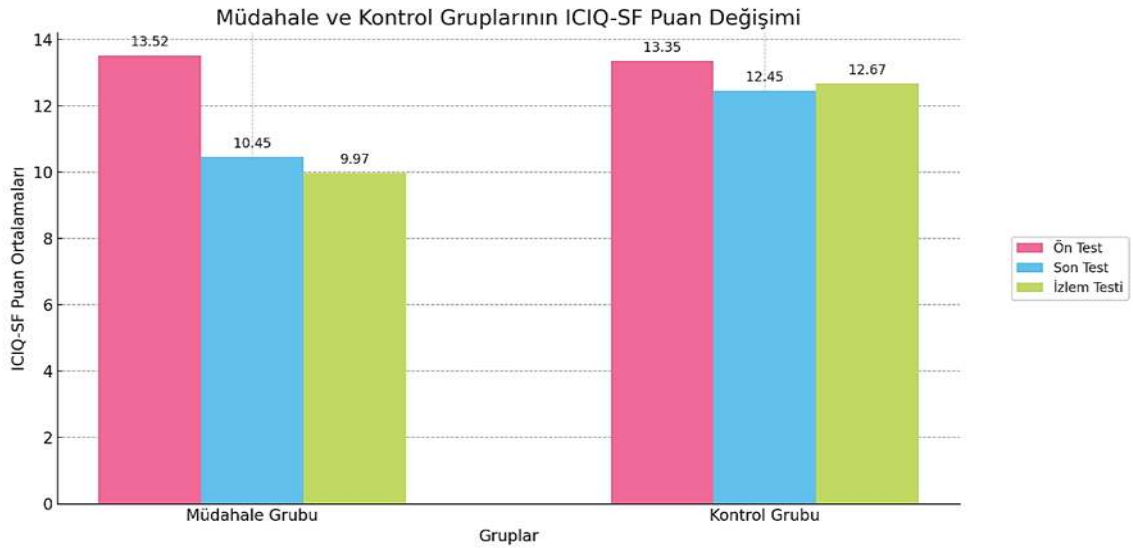
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test		
	n=60	n=60	Anlamlılık		
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	t	p	d
ICIQ-SF					
Ön test ¹	13.52 $\pm$ 3.85	13.35 $\pm$ 4.00	0.233	0.816	0.04
Son test ²	10.45 $\pm$ 2.66	12.45 $\pm$ 3.92	-3.269	0.001	0.60
İzlem testi ³	9.97 $\pm$ 2.40	12.67 $\pm$ 3.48	-4.950	<0.001	0.90
Test	F=110.957	F=1.031			
Anlamlılık	p<0.001	p=0.354			
Etki büyüklüğü	$\eta^2=0.653$	0.017			
Fark	1>2; p<0.001 1>3; p<0.001 2>3; p=0.005	-			
Ana Etkiler					
Grup etkisi	F=9.932,	p=0.002,	$\eta^2=0.078$		
Zaman etkisi	F=16.188,	p<0.001,	$\eta^2=0.217$		
Grup*zaman etkileşim etkisi	F=6.941,	p<0.001,	$\eta^2=0.106$		

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F: Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü ve iki yönlü (karma desen) varyans analizi test değeri, ¹⁻²⁻³: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Fark: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, η^2 : kısmi etakare etki büyüklüğü. ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi Kısa Formu.

Tablo 4.5. Sujok uygulamasının müdahale ve kontrol gruplarına ICIQ-SF ölçek maddeleri üzerine etkisi

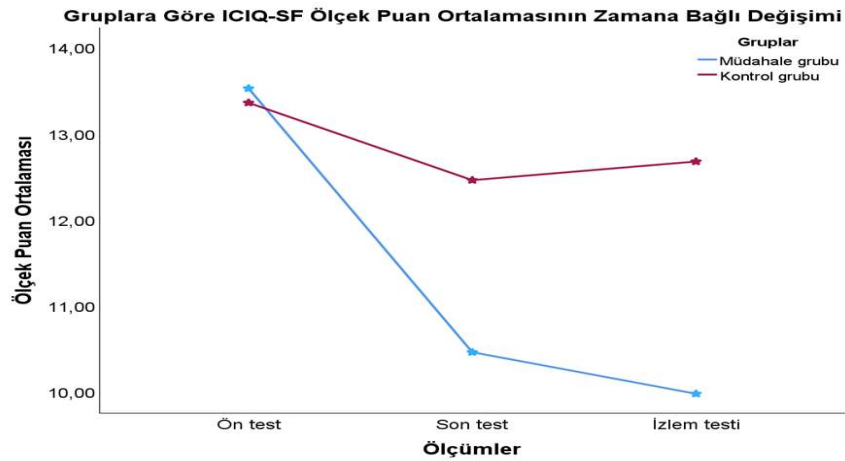
ICIQ-SF Ölçeği Maddeleri	ÖN TEST			SON TEST			İZLEM TESTİ		
	Müdahale Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Toplam n (%)	Müdahale Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Toplam n (%)	Müdahale Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Toplam n (%)
Madde 3: İdrar Kaçırma Sıklığı									
Hiçbir zaman	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Haftada bir veya daha seyrek	1 (1.7)	4 (6.7)	5 (4.2)	3 (5.0)	2 (3.3)	5 (4.2)	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (0.8)
Haftada iki veya üç kez	7 (11.7)	5 (8.3)	12 (10.0)	15 (25.0)	10 (16.7)	25 (20.8)	17 (28.3)	9 (15.0)	26 (21.7)
Günde bir kez	11 (18.3)	13 (21.7)	24 (20.0)	13 (21.7)	15 (25.0)	28 (23.3)	13 (21.7)	11 (18.3)	24 (20.0)
Günde birkaç kez	29 (48.3)	24 (40.0)	53 (44.2)	23 (38.3)	24 (40.0)	47 (39.2)	26 (43.3)	27 (45.0)	53 (44.2)
Her zaman	13 (21.7)	18 (23.3)	31 (25.8)	6 (10.0)	9 (15.0)	15 (12.5)	3 (5.0)	13 (21.7)	16 (13.3)
Madde 4: İdrar Kaçırma Miktarı									
Hiç	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Az bir miktarda	25 (41.7)	18 (30.0)	43 (35.8)	33 (55.0)	27 (45.0)	60 (50.0)	27 (45.0)	28 (46.7)	55 (45.8)
Orta derecede bir miktarda	30 (50.0)	32 (53.3)	62 (51.7)	23 (38.3)	25 (41.7)	48 (40.0)	26 (43.3)	25 (41.7)	51 (42.5)
Büyük bir miktarda	5 (8.3)	10 (16.7)	15 (12.5)	4 (6.7)	8 (13.3)	12 (10.0)	7 (11.7)	7 (11.7)	14 (11.7)
Madde 5: Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi									
0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3	1 (1.7)	2 (3.3)	3 (2.5)	4 (6.7)	8 (13.3)	12 (10.0)	4 (6.7)	10 (16.7)	14 (11.7)
4	9 (15.0)	6 (10.0)	15 (12.5)	15 (25.0)	20 (33.3)	35 (29.2)	14 (23.3)	15 (25.0)	29 (24.2)
5	11 (18.3)	13 (21.7)	24 (20.0)	19 (31.7)	10 (16.7)	29 (24.2)	20 (33.3)	8 (13.3)	28 (23.3)
6	18 (30.0)	15 (25.0)	33 (27.5)	10 (16.7)	17 (28.3)	27 (22.5)	14 (23.3)	14 (23.3)	28 (23.3)
7	8 (13.3)	4 (6.7)	12 (10.0)	8 (13.3)	7 (11.7)	15 (12.5)	7 (11.7)	11 (18.3)	18 (15.0)
8	3 (5.0)	13 (21.7)	16 (13.3)	1 (1.7)	11 (18.3)	12 (10.0)	6 (10.0)	6 (10.0)	12 (10.0)
9	8 (13.3)	5 (8.3)	13 (10.8)	2 (3.3)	2 (3.3)	4 (3.3)	1 (1.7)	4 (6.7)	5 (4.2)
10	2 (3.3)	7 (11.7)	9 (7.5)	0 (0.0)	4 (6.7)	4 (3.3)	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (1.7)

*ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form



Şekil 4.1. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar

Grup etkisi açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0.002$, $\eta^2=0.078$), müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha iyi sonuçlar aldığı görüldü. Bu bulgu, sujok uygulamasının grup düzeyinde etkili olduğunu ve klinik açıdan anlamlı bir fark yarattığını gösterdi. Zaman etkisi açısından, zamanın etkisi de anlamlı bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.217$) ve ICIQ-SF puanlarının zamanla azaldığı, müdahalenin kısa ve uzun vadede etkili olduğu ortaya konuldu. Ayrıca, grup*zaman etkileşim etkisinin anlamlı olması ($p<0.001$, $\eta^2=0.106$), müdahale grubundaki puan düşüşünün kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğunu gösterdi. Bu bulgular, postmenopozal kadınlarda inkontinans yönetimi için uygulanan müdahalenin etkili, klinik açıdan sürdürülebilir olduğunu gösterdi (Tablo 4.4, Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Gruplara göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi

4.5. Sujok Uygulamasının İnkontinansa Bağlı Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Postmenopozal kadınların I-YKÖ'nin alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarına ilişkin bulgular Tablo 4.6'de sunuldu.

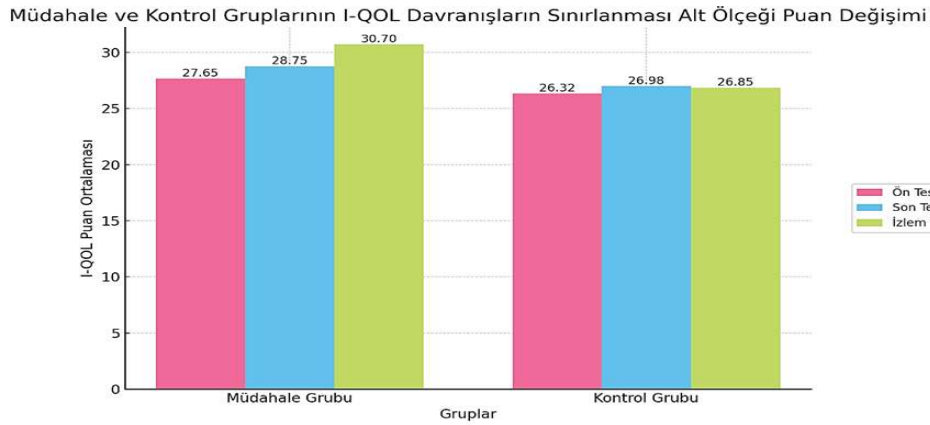
Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde, I-YKÖ davranışların sınırlanması alt ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.098$, $d=0.30$). Son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi ($p=0.053$, $d=0.36$). İzlem testi puanları incelendiğinde ise, müdahale grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$, $d=0.85$).

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, tekrarlayan ölçümler varyans analizi sonuçlarına göre, müdahale grubunda zaman içinde I-YKÖ davranışların sınırlanması alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.298$). Müdahale grubunda son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön teste kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu (sırasıyla +1.10 ve +3.05), ayrıca izlem testi puan ortalamasının son test puanına (+1.95) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise zaman içinde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.280$, $\eta^2=0.021$) (Tablo 4.6, Şekil 4.3).

Tablo 4.6. Postmenopozal kadınların I-YKÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarına göre gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları

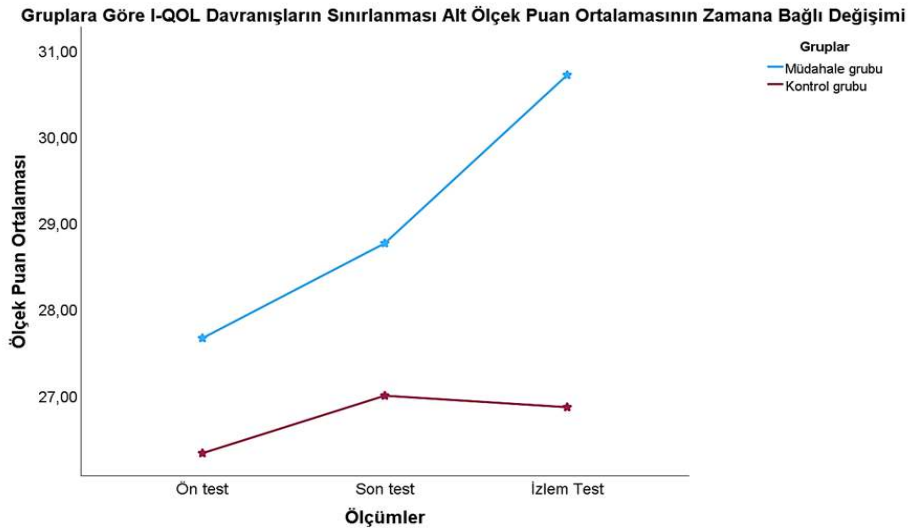
	Müdahale Grubu (n=60) $\bar{x} \pm SS$	Kontrol Grubu (n=60) $\bar{x} \pm SS$	t	p	d	Grup Etkisi	Zaman Etkisi	Grup*Zaman Etkileşim Etkisi
I-YKÖ Davranışların sınırlanması								
Ön test ¹	27.65±3.77	26.32±4.91	1.667	0.098	0.30	F=9.165	F=16.736	F=9.437
Son test ²	28.75±4.73	26.98±5.15	1.956	0.053	0.36	p=0.003	p<0.001	p<0.001
İzlem testi ³	30.70±4.09	26.85±4.93	4.652	<0.001	0.85	pη^2=0.072	pη^2=0.124	pη^2=0.074
Test	F=25.098	F=1.186						
Anlamlılık	p<0.001	p=0.280						
EB	pη^2=0.298	p η^2 =0.021						
Fark	3>1-2; 2>1	-						
I-YKÖ Psikososyal etkilenme								
Ön test ¹	39.70±3.58	39.48±4.45	0.294	0.769	0.05	F=10.100	F=5.069	F=20.527
Son test ²	41.47±3.61	38.83±4.63	3.478	<0.001	0.64	p=0.002	p<0.001	p<0.001
İzlem testi ³	42.37±3.13	38.60±5.40	4.675	<0.001	0.85	pη^2=0.079	pη^2=0.041	pη^2=0.148
Test	F=28.711	F=2.181						
Anlamlılık	p<0.001	p=0.117						
EB	pη^2=0.327	p η^2 =0.036						
Fark	3>1-2; 2>1	-						
I-YKÖ Sosyal izolasyon								
Ön test ¹	18.18±3.98	18.47±4.03	-0.388	0.699	0.07	F=6.499	F=5.922	F=8.475
Son test ²	20.17±3.89	18.73±3.40	2.148	0.034	0.39	p=0.012	p=0.006	p<0.001
İzlem testi ³	21.05±3.79	18.07±4.15	4.108	<0.001	0.75	pη^2=0.052	pη^2=0.048	pη^2=0.067
Test	F=13.780	F=0.710						
Anlamlılık	p<0.001	p=0.470						
EB	pη^2=0.189	p η^2 =0.012						
Fark	2-3>1	-						
I-YKÖ Toplamı								
Ön test ¹	85.53±8.14	84.27±10.50	0.738	0.462	0.13	F=10.864	F=16.974	F=23.349
Son test ²	90.38±11.02	84.55±11.20	2.875	0.005	0.52	p=0.001	p<0.001	p<0.001
İzlem testi ³	94.12±9.01	83.52±13.57	5.042	<0.001	0.92	pη^2=0.084	pη^2=0.126	pη^2=0.165
Test	F=39.579	F=0.613						
Anlamlılık	p<0.001	p=0.543						
EB	pη^2=0.401	p η^2 =0.010						
Fark	3>1-2; 2>1	-						

$\bar{x}$: Ortalama, EB:Etki büyüklüğü, SS: Standart sapma, n: Sayı, t: Bağımsız örneklem t testi değeri, F: Tekrarlayan ölçümlerde tek yönlü ve iki yönlü (karma desen) varyans analizi test değeri, ¹⁻²⁻³: Gruplar arasındaki farkın gösterimi, Fark: Gruplar arası fark karşılaştırması (Bonferroni). d: Cohen's d etki büyüklüğü değeri, p η^2 : kısmi eta-kare etki büyüklüğü. I-YKÖ: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.



Şekil 4.3. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar

Grup etkisi açısından, davranışların sınırlanması alt ölçek boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve ($p=0.003$, $\eta^2=0.072$), müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha iyi sonuçlar aldığı görüldü. Bu bulgu, uygulanan tedavinin grup düzeyinde etkili olduğunu ve klinik açıdan anlamlı bir fark yarattığını gösterdi. Zaman etkisi açısından, zamanın etkisi de anlamlı bulunmuş ($p<0.001$, $\eta^2=0.124$) ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğu ortaya konuldu. Ayrıca, grup*zaman etkileşim etkisinin anlamlı olması ($p<0.001$, $\eta^2=0.074$), müdahale grubundaki puan artışının kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğunu gösterdi (Tablo 4.6, Şekil 4.4).

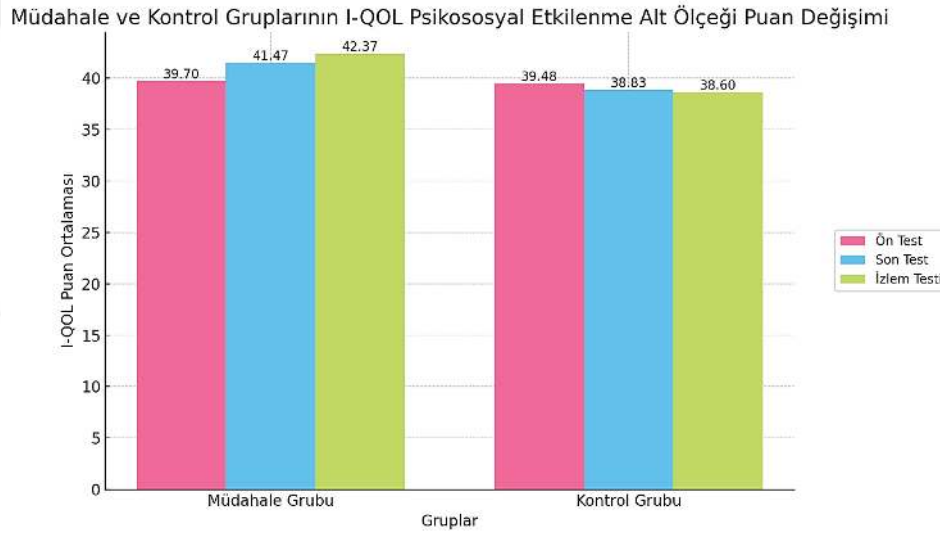


Şekil 4.4. Gruplara göre I-YKÖ davranışların sınırlanması alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi

Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde, I-YKÖ psikososyal etkilenme alt ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.769$, $d=0.05$). Son test puan ortalamaları açısından

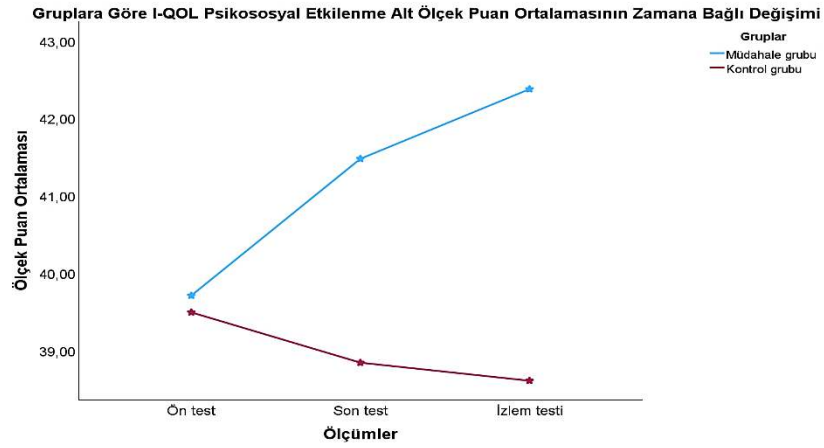
gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi ($p<0.001$, $d=0.64$). İzlem testi puanları incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$, $d=0.85$).

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, tekrarlayan ölçümler varyans analizi sonuçlarına göre, müdahale grubunda zaman içinde I-YKÖ psikososyal etkilenme alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.327$). Müdahale grubunda son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön teste kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu (sırasıyla +1.77 ve +2.67), ayrıca izlem testi puan ortalamasının son test puanına (+0.90) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise zaman içinde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.117$, $\eta^2=0.036$) (Şekil 4.5)



Şekil 4.5. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar

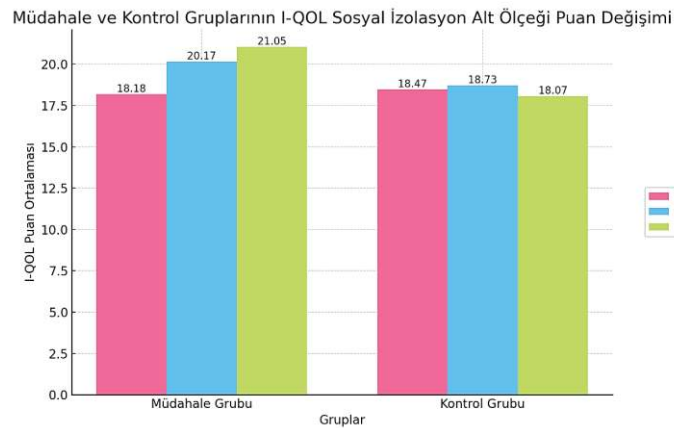
Grup etkisi açısından, psikososyal etkilenme alt ölçek puan ortalamasında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0.002$, $\eta^2=0.079$), müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha iyi sonuçlar aldığı görüldü. Bu bulgu, uygulanan tedavinin grup düzeyinde etkili olduğunu ve klinik açıdan anlamlı bir fark yarattığını gösterdi. Zaman etkisi açısından, zamanın etkisi de anlamlı bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.041$) ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğu ortaya konuldu. Ayrıca, grup*zaman etkileşim etkisinin anlamlı olması ($p<0.001$, $\eta^2=0.148$), müdahale grubundaki puan artışının kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğunu gösterdi (Tablo 4.6, Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Gruplara göre I-YKÖ psikososyal etkilenme alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi

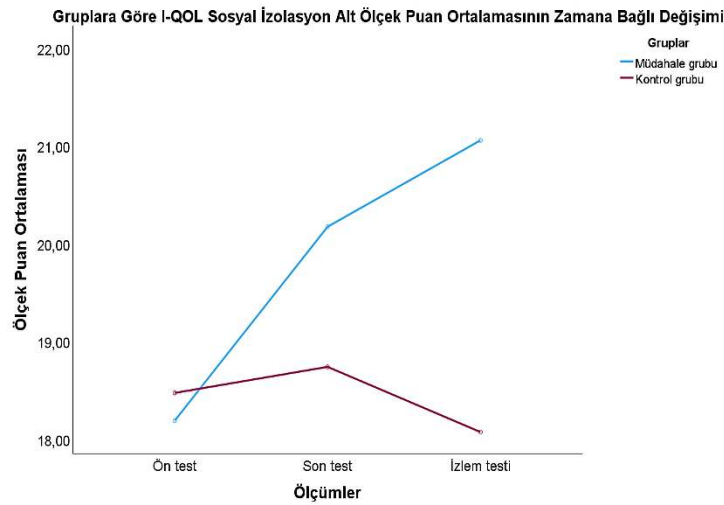
Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde, I-YKÖ sosyal izolasyon alt ölçeği ön test puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.699$, $d=0.07$). Son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi ($p=0.034$, $d=0.39$). İzlem testi puanları incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$, $d=0.75$).

Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, tekrarlayan ölçümler varyans analizi sonuçlarına göre, müdahale grubunda zaman içinde I-YKÖ sosyal izolasyon alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.189$). Müdahale grubunda son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön teste kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu (sırasıyla $+1.99$ ve $+2.87$), ayrıca izlem testi ile son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi. Kontrol grubunda ise zaman içinde puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.470$, $\eta^2=0.012$) (Şekil 4.7)



Şekil 4.7. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar

Grup etkisi açısından, sosyal izolasyon alt ölçeği puanında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve ($p=0.012$, $\eta^2=0.052$), müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha iyi sonuçlar aldığı görüldü. Bu bulgu, uygulanan tedavinin grup düzeyinde etkili olduğunu ve klinik açıdan anlamlı bir fark yarattığını gösterdi. Zaman etkisi açısından, zamanın etkisi de anlamlı bulundu ($p=0.006$, $\eta^2=0.048$) ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğu ortaya konuldu. Ayrıca, grup*zaman etkileşim etkisinin anlamlı olması ($p<0.001$, $\eta^2=0.067$), müdahale grubundaki puan artışının kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğunu gösterdi (Tablo 4.6, Şekil 4.8).

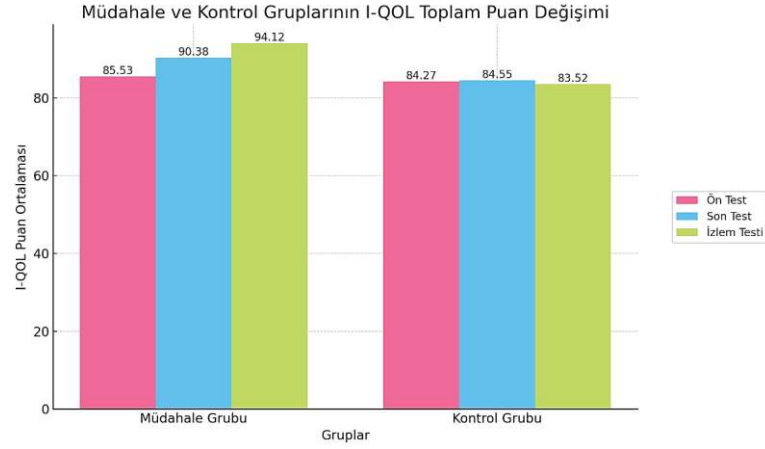


Şekil 4.8. Gruplara göre I-YKÖ sosyal izolasyon alt ölçek puan ortalamasının zamana bağlı değişimi

Gruplar arası karşılaştırmalar incelendiğinde, I-YKÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında, ön testte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.462$, $d=0.13$). Son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlemlendi ($p=0.005$, $d=0.52$). İzlem testi puanları incelendiğinde, müdahale grubunun puan ortalamalarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$, $d=0.92$).

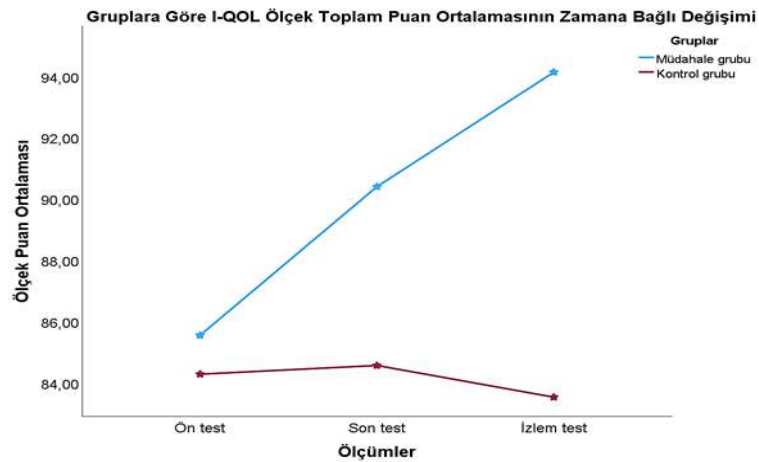
Grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde, tekrarlayan ölçümler varyans analizi sonuçlarına göre, müdahale grubunda zaman içinde I-YKÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.401$). Müdahale grubunda son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön teste kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu (sırasıyla +4.85 ve +8.59), ayrıca izlem testi puan ortalamasının son test puanına (+3.74) kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise zaman içinde

puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.543$, $\eta^2=0.010$). (Tablo 4.6, Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki farklılıklar

Grup etkisi açısından, I-YKÖ toplam puanında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve ($p=0.001$, $\eta^2=0.084$), müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha iyi sonuçlar aldığı görüldü. Bu bulgu, uygulanan tedavinin grup düzeyinde etkili olduğunu ve klinik açıdan anlamlı bir fark yarattığını gösterdi. Zaman etkisi açısından, zamanın etkisi de anlamlı bulundu ($p<0.001$, $\eta^2=0.126$) ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğu ortaya konuldu. Ayrıca, grup*zaman etkileşim etkisinin anlamlı olması ($p<0.001$, $\eta^2=0.165$), müdahale grubundaki puan artışının kontrol grubuna göre daha belirgin olduğunu ve müdahalenin zamana bağlı olarak etkili olduğunu gösterdi. Bu bulgular, post-menopozal kadınlarda yapılan müdahalenin etkili ve klinik açıdan sürdürülebilir olduğunu gösterdi (Tablo 4.6, Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Gruplara göre I-YKÖ toplam puan ortalamasının zamana bağlı değişimi

5. TARTIŞMA

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinansın değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi, bireyin sosyal ve psikolojik iyilik hâlinin desteklenmesi nitelikli hemşirelik bakımının önemli unsurları arasındadır. Üriner inkontinans; fiziksel rahatsızlığın yanı sıra sosyal izolasyon, psikososyal etkilenme, davranışların kısıtlanması gibi çok boyutlu sorunlara yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında, bireyin fonksiyonel kapasitesini artırmaya, bağımsızlığını korumaya ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik bütüncül yaklaşımlar önem taşımaktadır.

Bu araştırma, sujok uygulamasının postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen öncül araştırmalardan biri olup, yapılan literatür taramasında sujok uygulamasının söz konusu popülasyon ve belirtiler bağlamında sistematik olarak değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmaması, bu araştırmayı hem yenilikçi hem de tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında önemli bir boşluğu dolduran nitelikte kılmaktadır. Akupunktur, akupresür, refleksoloji ve sujok terapisi; kökenleri farklı olsa da, temel olarak vücuttaki enerji akışını düzenleyerek fizyolojik ve psikolojik dengeyi sağlamayı amaçlayan tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarıdır. Bu üç yöntemin ortak noktası, belirli vücut bölgelerine uygulanan mekanik veya enerji temelli uyarımlar aracılığıyla, hem biyolojik sistemleri hem de enerji dengesini düzenlemeleridir. Uygulama sonucunda elde edilen istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar, sujok uygulamasının tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olarak klinik kullanım potansiyelini ortaya koymakta ve bu alanda yürütülecek ileri düzey araştırmalar için bilimsel bir temel oluşturmaktadır.

Bu araştırma sonucu elde edilen bulgular üç başlık halinde aşağıda tartışılmıştır:

Sujok Uygulamasının Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi

Araştırma, postmenopozal dönemde sujok uygulamasının üriner inkontinans üzerindeki etkilerini inceleyen öncü randomize kontrollü araştırmalardan biridir. Bulgularımız, sujok uygulamasının inkontinans şiddetini anlamlı düzeyde azalttığını göstermiş ve **“Sujok uygulaması postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans semptomlarını azaltır.”** hipotezini desteklemiştir.

Sujok, el ve ayak mikrosistemlerindeki belirli noktalara uygulanan uyarılar yoluyla enerji dengesini düzenlemeyi amaçlayan, farmakolojik olmayan bir yöntemdir.

Etki mekanizması, akupunktur ve akupresür gibi tamamlayıcı tedavi yöntemleriyle benzerlik göstermektedir. Literatürde doğrudan sujok'un inkontinans üzerine etkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamakla birlikte, benzer mekanizmalara dayalı uygulamaların olumlu sonuçlar verdiği görülmektedir. Örneğin, elektroakupunkturun postmenopozal kadınlarda idrar kaçırmayı anlamlı düzeyde azalttığı (117,118), akupunkturun idrar kaçırma sıklığını ve şiddetini düşürdüğü (119,120), akupresürün ise yaşlı kadınlarda inkontinans semptomlarını hafiflettiği bildirilmiştir (121). Ayrıca sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarında da bu yöntemlerin etkili olduğu ortaya konmuştur (122–124).

Bu çalışmaların ortak noktası, refleksoloji temelli girişimlerin idrar kaçırma şiddeti ve sıklığını azalttığını göstermesidir. Çalışmamızın bulguları, sujokun da benzer bir etki mekanizmasıyla işlev gördüğünü ve postmenopozal dönemde üriner inkontinansı azaltmada potansiyel bir tamamlayıcı tedavi seçeneği olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, elde edilen veriler literatüre özgün katkı sunmakta ve postmenopozal kadınlarda farmakolojik olmayan, non-invaziv bir tamamlayıcı tedavi yaklaşımı olarak sujokun klinik uygulamalara dahil edilebileceğini düşündürmektedir.

Sujok Uygulamasının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Araştırma sonuçlarına göre, postmenopozal dönemde sujok uygulamasının üriner inkontinansa bağlı yaşam kalitesi üzerinde anlamlı düzeyde olumlu etkiler oluşturduğu bulundu. Müdahale grubunda yaşam kalitesi puanlarında gözlemlenen istatistiksel artış, sujok uygulamasının yalnızca semptom hafifletmekle kalmayıp, aynı zamanda bireylerin genel yaşam kalitelerini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, çalışmada test edilen **“Sujok uygulaması postmenopozal dönemde üriner inkontinansda yaşam kalitesini yükseltir”** hipotezini doğrular niteliktedir.

Literatürde, üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerine dair çok sayıda çalışma yer almaktadır. Kadınların sosyal yaşamdan uzaklaşmaları, fiziksel aktivitelere daha az katılmaları, özsaygı yitimi ve psikolojik zorlanma gibi pek çok faktör yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (125–128). İnkontinans yaşayan perimenopozal ve postmenopozal kadınlarla yapılan çalışmalarda yaşam kalitelerinde belirgin düşüşler yaşadıkları bildirilmiştir (129). Yapılan başka bir çalışmada ise, bu durumun sadece fiziksel alanlarla sınırlı kalmayıp depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik belirtileri de tetiklediği tespit edilmiştir (130).

Sujok ile benzer mekanizmalardan temellenen tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine katkı sağladığı çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir.

Elektroakupunktur uygulamasının idrar kaçırma sıklığı ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini artırdığı randomize kontrollü çalışmaların meta-analiziyle gösterilmiştir (131,132). Elektroakupunktur ile birlikte uygulanan pelvik taban kas eğitiminin üriner inkontinans üzerine etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde iyileşme sağlandığını belirlenmiştir (133). Ayrıca akupresür uygulamasının da üriner inkontinans problemi olan kadınlarda yaşam kalitesini yükselttiği yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (134,135).

Araştırma sonuçları, sujok uygulamasının postmenopozal kadınlarda yalnızca fiziksel iyileşmeyi değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal iyilik halini de desteklediğini göstermektedir. İdrar kaçırma gibi kronik sorunların, iş yaşamı, sosyal katılım ve fiziksel hareketlilik gibi günlük yaşamın birçok yönünü olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, sujok uygulamasının iyilik haline çok boyutlu katkısı, önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Elde edilen bulgular, hemşirelik bakımında sujok gibi tamamlayıcı uygulamaların birey merkezli, bütüncül ve etkili bir yöntem olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Bu yönüyle sujok uygulaması, yaşam kalitesini çok boyutlu bir kavram olarak ele alan güncel sağlık bakım modelleriyle uyumludur ve literatüre özgün katkı sunmaktadır.

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-YKÖ) Alt Boyut Bulgularının Yorumlanması

Araştırmada sujok uygulamasının, postmenopozal dönemde üriner inkontinans yaşayan kadınların yaşam kalitesine ilişkin alt boyutlarda anlamlı iyileşmeler sağladığı görülmüştür. Özellikle davranışların kısıtlanması, psikolojik etkilenme ve sosyal izolasyon alanlarında elde edilen sonuçlar, sujok uygulamasının yalnızca fiziksel semptomları hafifletmekle kalmayıp, aynı zamanda kadınların günlük yaşamlarını sürdürebilme, ruhsal iyilik hâllerini koruma ve sosyal yaşama katılma süreçlerine de olumlu katkı sunduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, sujok uygulamasının bütüncül bir iyilik hali sağlamada önemli bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir.

Davranışların sınırlandırılması alt boyutunda elde edilen sonuçlara göre müdahalenin zamanla anlamlı bir etki yarattığını göstermektedir. Gruplar arasında ön test ve son testte fark bulunmazken, izlem testinde müdahale grubunun puanları anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p<0.001$). Tekrarlayan ölçümler analizine göre, müdahale grubunda zaman içinde anlamlı artışlar gözlenmiş, kontrol grubunda ise değişim saptanmamıştır. Grup, zaman ve grup*zaman etkileşim etkilerinin anlamlı

bulunması ($p<0.05$), uygulamanın davranışların sınırlandırılması boyutunda etkili ve kalıcı bir iyileşme sağladığını göstermektedir. Elektroakupunktur uygulamasının inkontinansı azaltarak davranışsal sınırlılıkları azalttığı ve yaşam kalitesini anlamlı şekilde arttırdığı (131,136), akupunkturun ise, davranışların sınırlandırılması alt boyutundaki puanlarını anlamlı düzeyde arttırdığı ve hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı bildirilmiştir (137).

Psikososyal etkilenme boyutunda yapılan değerlendirmeler, sujok uygulamasının müdahalenin katılımcılar üzerinde anlamlı bir etki yarattığını göstermektedir. Gruplar arasında ön testte fark bulunmazken, son test ve izlem testinde müdahale grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p<0.001$). Müdahale grubunda zamanla puanlarda anlamlı artışlar görülürken, kontrol grubunda değişim saptanmamıştır. Grup, zaman ve grup*zaman etkileşimlerinin anlamlı bulunması ($p<0.05$), uygulanan müdahalenin psikososyal etkilenme düzeyini olumlu yönde ve kalıcı biçimde geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, uygulamanın utanma, özgüven kaybı, sosyal kaygı ve depresif duygulanım gibi psikososyal sorunları azalttığını düşündürmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, üriner inkontinansın kadınlarda yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda önemli düzeyde psikososyal etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bunun sonucu olarak; özgüven kaybı, sosyal izolasyon, depresyon ve yaşam kalitesinde belirgin düşüşler ile ilişkilendirilmektedir (138–140). Güncel bir araştırma sonuçlarına göre, akupresürün yalnızca idrar kaçırma semptomlarını azaltmakla kalmadığı, aynı zamanda yaşam kalitesinde üzerinde anlamlı düzeyde iyileşme sağladığı ve psikososyal stres düzeylerini azalttığı belirlenmiştir (134). Ayrıca, akupunkturun inkontinans üzerine olumlu iyileşmeler sağlayarak psikososyal alt boyutunda anlamlı düzeltilmeler sağladığı bildirilmiştir (137).

Sosyal İzolasyon alt boyutunda da anlamlı gelişmeler gözlemlenmiştir. Müdahale grubunda puan ortalaması 18.18'den 21.05'e yükselmiş; izlem testinde müdahale ile kontrol grubu arasında belirgin fark oluşmuştur ($p<0.001$). Bu bulgu, sujok uygulamasının bireylerin sosyal çevre ile etkileşimlerini artırdığını ve yalnızlık hissini azalttığını göstermektedir. Benzer biçimde, son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar, üriner inkontinansın, kadınların sosyal yaşamlarına katılımını kısıtlayan, sosyal izolasyon düzeyini artıran ve bu yolla genel yaşam kalitesini anlamlı düzeyde olumsuz etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, özellikle sosyal aktivitelerden kaçınma, mahcubiyet duygusu ve tedavi arayışının gecikmesi gibi davranışsal eğilimlerle sonuçlanmakta; bireylerin psikososyal iyilik halini zayıflatarak

toplumsal rollerinde işlev kaybına yol açabilmektedir (12,141,142). Yapılan randomize kontrollü bir çalışma sonucuna göre, elektroakupunkturun inkontinans üzerinde farmakolojik tedaviye benzer düzeyde etkili olduğu ve yaşam kalitesini arttırarak sosyal işlevsellikte artış sağladığı belirlenmiştir (143). Başka bir çalışma sonuçlarına göre elektroakupunktur üriner inkontinans yaşayan kadınlarda psikososyal izolasyon puanında anlamlı düzeyde artış sağladığı bildirilmiştir (144).

Elde edilen tüm bulgular, sujok uygulamasının yaşam kalitesinin sadece fiziksel boyutunu değil, aynı zamanda davranışsal, duygusal ve sosyal bileşenlerini de anlamlı düzeyde iyileştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, sujok uygulaması hemşirelik bakımına entegre edilebilecek, etkili bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak, birey merkezli ve bütüncül sağlık hizmeti sunumunu destekleyecek nitelikte önemli bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır.

6. SONUÇ

Postmenopozal kadınlarda sujok uygulamasının üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmanın sonuçları aşağıda sıralanmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Sujok uygulaması postmenopozal dönemde üriner inkontinansı azalttığı,
- Sujok uygulaması postmenopozal dönemde üriner inkontinansa bağlı yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar ışığında önerilerimiz;

- Sujok uygulaması, postmenopozal dönemde üriner inkontinans yaşayan kadınlarda semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirelik bakım protokollerine entegre edilebilir.
- Bu yöntem, invaziv olmaması, maliyetinin düşük olması ve herhangi bir farmakolojik ajan gerektirmemesi nedeniyle kadın sağlığı hemşireliğinde uygulanabilir bir non-farmakolojik girişim olarak değerlendirilebilir.
- Hemşirelerin, sujok uygulamasının uygulama ve öğretme konusunda bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.
- Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin hemşirelik uygulamalarına entegrasyonunu destekleyecek klinik rehberler ve standart prosedürler oluşturulmalıdır.
- Sujok uygulamasının etkinliğini değerlendirmek amacıyla, farklı yaş gruplarında, farklı inkontinans tiplerinde (stres, urge, miks) ve daha geniş örneklem gruplarında yapılacak randomize kontrollü çalışmalar, yöntemin genellenebilirliğini artıracaktır.
- Uzun dönem takip araştırmaları ile sujok uygulamasının üriner inkontinans üzerindeki etkilerinin sürekliliği ve kalıcılığı değerlendirilmelidir.
- Sujok uygulaması ile diğer tamamlayıcı yöntemlerin (örneğin pelvik taban kas eğitimi, akupresür, yoga veya aromaterapi) birlikte uygulanmasının etkinliğini inceleyen karşılaştırmalı çalışmalar yapılmalıdır.
- Ayrıca, sujok uygulamasının fizyolojik (örneğin kas tonusu, sinir iletimi) ve psikolojik (örneğin stres düzeyi, öz yeterlik, yaşam doyumu) boyutlardaki

etkilerini inceleyen bütüncül yaklaşımlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- 1- Bilgiç G, Can Gurkan O. Kadın sağlığında mindfulness (bilinçli farkındalık) ve kullanım alanları. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021, 31 (14):363–75.
- 2- Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Fırat Univ Sağlık Bilim Derg. 2007, 21(5):187–93.
- 3- Bakan Demirel Ö, Öz T, Can Gürkan Ö. Menopoz semptomlarının yönetiminde fitoterapi: kanıt temelli uygulamalar ne söylüyor? Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi. 2022, 29;3(3):64–78.
- 4- DüNDAR T, Aksu H. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları. Dokuz Eylül Univ Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2021, 15;14(2):134–40.
- 5- Mortensen OE, Christensen SE, Løkkegaard E. The evidence behind the use of LASER for genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, urinary incontinence and lichen sclerosus: a state-of-the-art review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2022, 28;101(6):657–92.
- 6- González-Arboleda AA, Arias-Castillo L, García-Perdomo HA. Urologic perspective of genitourinary syndrome of menopause. Int J Urol Nurs. 2024, 16;18(1):72-83
- 7- Aşık S, Şahin S. Menopozal dönemde görülen üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021, 24;4(1):90–100.
- 8- Russo E, Caretto M, Giannini A, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, et al. Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. Maturitas. 2021;143:223–30.
- 9- Mushtaq K, Mushtaq I, Bajwa A, Waseem A, Batool S, Rana AA. Prevalence of Urinary Incontinence among Post-Menopausal Females and Its Associated Factors. The Healer Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences. 2023;3(4):478–90.
- 10- Mostafa Elbana H. Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life and Self Esteem of Postmenopausal Women. American Journal of Nursing Science. 2018;7(5):182.

- 11- Mckie AL, Stanton S. Experiences of Urinary Incontinence in Women Who Are Post-Menopausal: A Systematic Review. *International Journal of Urological Nursing*. 2025;19(1).
- 12- Yağmur Y, Gül S. Urinary Incontinence in Women aged 40 and Older. *Niger J Clin Pract*. 2021;24(2):186–92.
- 13- Frigo LF, Bitencourt TF, Pivetta HMF. A influência da incontinência urinária na satisfação sexual e na qualidade de vida em mulheres climatéricas. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2015;4(4):233–237.
- 14- Kaba F, Demirel Bozkur Ö. Menopoz semptomlarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020, 3(3):134–42.
- 15- Bapir R, Bhatti KH, Eliwa A, García-Perdomo HA, Gherabi N, Hennessey D, Magri V, Mourmouris P, Ouattara A, Perletti G, Philipraj J, Stamatou K, Tolani MA, Tzelves L, Trinchieri A, Buchholz N. Treatment of urge incontinence in postmenopausal women: a systematic review. *Arch Ital Urol Androl*. 2023, 4;95(3):11718.
- 16- Nurhandayani L, Kafiar RE, Berwulo J. Behavioral therapy in post menopause patients with urine incontinence problems – systematic review. *J Syntax Admiration*. 2024, 26;5(7):2841–8.
- 17- Güneş D, Karabulutlu EY. The effects of Su Jok therapy on pain, fatigue, insomnia, nausea, and vomiting experienced by patients with gastrointestinal system cancer: a randomized trial. *Holist Nurs Pract*. 2025,1;39(5):283–94.
- 18- Afifah N. The effect of Su Jok therapy on reducing the severity scale of physical symptoms of patients with hypertension. *J Community Empower Health*. 2024,19:7(1):27.
- 19- The NAMS 2017 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2017, 24(7):728–53.
- 20- Gümüşay M, Erbil N. Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Univ Hemşirelik Çalışmaları Derg*. 2019;2(2):96–109.
- 21- Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(4):1159–68.

- 22- Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*. 2007;3;10(3):197–214.
- 23- Troia L, Martone S, Morgante G, Luisi S. Management of perimenopause disorders: hormonal treatment. *Gynecol Endocrinol*. 2021;4;37(3):195–200.
- 24- Stuenkel CA. What is menopause? *Menopause*. 2024;31(9):837–8.
- 25- Dündar T, Aksu H. Klimakterik dönemdeki kadınların menopozal semptom ve tutumları. *Dokuz Eylül Univ Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2021;15;14(2):134–40.
- 26- Lei Y, Ho SC, Kwok C, Cheng A, Cheung KL, Lee R, et al. Menopausal symptoms inversely associated with quality of life: findings from a 5-year longitudinal cohort in Chinese breast cancer survivors. *Menopause*. 2021;28(8):928–34.
- 27- Dasgupta D, Roy S, Pal B. How menopausal symptoms are related to different stages of postmenopausal years: A study from Eastern India. *J Anthropol Surv India*. 2022;24;71(1):7–23.
- 28- Çakır Ö, Balkaya NA, Dönmez S. Menopoz döneminde vazomotor semptomlarda fitoöstrojen kullanımı. *Ordu Univ Hemşirelik Çalışmaları Derg*. 2022, 5;5(3):476–84.
- 29- Kumar V, Kumar A, Singh V. Mental health issues in menopause. *Indian J Clin Psychiatry*. 2023, 17;3(1):22–30.
- 30- Willi J, Süß H, Grub J, Ehlert U. Biopsychosocial predictors of depressive symptoms in the perimenopause—findings from the Swiss Perimenopause Study. *Menopause*. 2021;28(3):247–54.
- 31- El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2020, 22;142(25):506–532.
- 32- Uddenberg ER, Safwan N, Saadedine M, Hurtado MD, Faubion SS, Shufelt CL. Menopause transition and cardiovascular disease risk. *Maturitas*. 2024;185:107974.
- 33- Nguyen TTB, Hsu YY. Features, measurements, determinants, treatments, and outcomes of musculoskeletal symptoms in postmenopausal women: A scoping review. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2024;58:416–29.
- 34- Duarte GV, Trigo AC, Paim de Oliveira MF. Skin disorders during menopause. *Cutis*. 2016;97(2):16–23.

- 35- Rzepecki AK, Murase JE, Juran R, Fabi SG, McLellan BN. Estrogen-deficient skin: the role of topical therapy. *Int J Womens Dermatol*. 2019 ;5(2):85–90.
- 36- Zouboulis CC, Blume-Peytavi U, Kosmadaki M, Roó E, Vexiau-Robert D, Kerob D, et al. Skin, hair and beyond: the impact of menopause. *Climacteric*. 2022, 3;25(5):434–42.
- 37- Calleja-Agius J, Muscat-Baron Y, Brincat MP. Skin ageing. *Menopause Int*. 2007, 1;13(2):60–4.
- 38- Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2014;21(10):1063–8.
- 39- Briggs P. Genitourinary syndrome of menopause. *Post Reprod Health*. 2020, 23;26(2):111–4.
- 40- Karakoç H, Özerdoğan N, Uçtu AK. Menopozla ilgili genitoüriner sendrom. *Jinekoloji Obstetrik Neonatol Tıp Derg*. 2017;14(3):122–6.
- 41- Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHS da C, Nasser EJ, Silva CR da, Nahas EAP, et al. Genitourinary syndrome of menopause. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(3):319–24.
- 42- Ojha N, Bista KD, Bajracharya S, Katuwal N. Genitourinary syndrome of menopause among postmenopausal women in a tertiary care centre: A descriptive cross-sectional study. *J Nepal Med Assoc*. 2022, 15;60(246):126–31.
- 43- Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence with or without biofeedback or electrostimulation in women: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;27;19(5):2789.
- 44- Calleja-Agius J, Brincat MP. The urogenital system and the menopause. *Climacteric*. 2015, 2;18(1):18–22.
- 45- Irwin GM. Urinary incontinence. *Prim Care*. 2019;46(2):233–42.
- 46- Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017, 6;3:17042.
- 47- Pintos-Díaz MZ, Alonso-Blanco C, Parás-Bravo P, Fernández-de-las-Peñas C, Paz-Zulueta M, Fradejas-Sastre V, et al. Living with urinary incontinence: potential risks of women's health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *Int J Environ Res Public Health*. 2019, 8;16(19):3781.

- 48- St. John W, Griffiths S, Wallis M, McKenzie S. Women's management of urinary incontinence in daily living. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(5):524–32.
- 49- Sezer Yıldız M, Ayrancı Ü. Birinci basamakta yetişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve ilişkili faktörler. *Bilecik Şeyh Edebali Univ Sağlık Bil Fak Derg.* 2024, 1;2(3):159–71.
- 50- Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *JAMA.* 2017, 24;318(16):1592.
- 51- Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): A randomised controlled trial. *Physiotherapy.* 2018;104(1):91–7.
- 52- Wijata A, Osiak J, Mikut K, Al-Shaer A, Winiarek K, Niewiadomski P, et al. Urinary incontinence as a significant problem in neurological diseases. *J Health Sci Med.* 2022;5(3):823–7.
- 53- Ayhan M, Kaya Kalem A, Hasanoğlu İ, Kayaaslan B, Güner R. Evaluation of urinary tract infections and causative agents in geriatric patients. *Turk Bull Hyg Exp Biol.* 2022;79(1):115–22.
- 54- Subramaniam J, Eswara S, Yesudhasan B. Association of urinary tract infection in married women presenting with urinary incontinence in a hospital-based population. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(3):10–13.
- 55- Clark AL. Overactive bladder, stress urinary incontinence, and menopause-what are the associations? *Menopause.* 2022, 10;29(2):125–6.
- 56- Ptashnyk T, Hatzinger M, Zeller F, Kirschner-Hermanns R. Overactive bladder syndrome – focus onto detrusor overactivity. *Scand J Urol.* 2020;55(1):56–60.
- 57- Khanjani S, Khanjani S. Effect of conjugated estrogen in stress urinary incontinence in women with menopause. *Int J Clin Med.* 2017;8(6):375–85.
- 58- Tsakiris P, Oelke M, Michel MC. Drug-induced urinary incontinence. *Drugs Aging.* 2008;25(7):541–9.
- 59- Akın Y, Gülmez H, Sonbahar AE, İpekçi T, Yılmaz MO, Ateş E. Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. *Ankara Med J.* 2015, 24;15(4).
- 60- Shang X, Fu Y, Jin X, Wang C, Wang P, Guo P, et al. Association of overweight, obesity and risk of urinary incontinence in middle-aged and older women: A meta epidemiology study. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023;14:1220551.

- 61- Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03266.
- 62- Fortuna A, Lipka M, Kędziora-Kornatowska K. The impact of pregnancy on a woman's health – stress urinary incontinence. *J Educ Health Sport*. 2020;20;10(8):268–75.
- 63- Kucukkaya B, Kahyaoglu Sut H. Effectiveness of pelvic floor muscle and abdominal training in women with stress urinary incontinence. *Psychol Health Med*. 2021;3;26(6):779–86.
- 64- Shokri P, Kharaz L, Talebian N, Borumandnia N, Ziaee SAM, Shakhssalim N. A systematic review and meta-analysis of complications of artificial urinary sphincters in female patients with urinary incontinence due to internal sphincter insufficiency. *BMC Urol*. 2023, 20;23(1):97.
- 65- Twist KE, Sobel HG. Urinary incontinence. In: Legato MJ, editor. *Sex- and Gender-Based Women's Health*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 375–82.
- 66- Chrostek A, Witkoś J, Hartman-Petrycka M, Lebedowska A. Psychosocial functioning of women suffering from stress and mixed form of urinary incontinence depending on the severity of the symptoms. *Przegl Epidemiol*. 2023;7;77(1):84–100.
- 67- Zhao Q, Song B, Chen S, Zhu Y, Jia H, Liu S. Efficacy and safety of acupuncture for urinary retention. *Medicine*. 2020, 14;99(33):e21511.
- 68- Vaughan CP, Markland AD. Urinary incontinence in women. *Ann Intern Med*. 2020;172(3):ITC17–ITC32.
- 69- Allen LM, Nalley C, Devries AR, Fisher SR. Efficacy of behavioral interventions for urinary incontinence among women residing in nursing homes: A systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2023;50(1):57–65.
- 70- Gaikwad AJ, Kanase SB. Effect of Structured Bladder Training in Urinary Incontinence. *Indian J Physiother Occup Ther*. 2020;14(1):30–6.
- 71- Kavasoglu Kaya A, Yilmaz Menek M. Efficacy of pelvic floor and core stabilization exercises on urinary incontinence in the postpartum period. *Ann Med Res*. 2024;31(2):111–5.

- 72- Kadioğlu M, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinansın tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;24;3(3):201.
- 73- Bientinesi R, Sacco E. Managing urinary incontinence in women – a review of new and emerging pharmacotherapy. Expert Opin Pharmacother. 2018;19(18):1989–97
- 74- Bostancı MS, Özden S, Ünal O, Cevrioğlu AS, Akdemir N. Üriner İnkontinans Medikal Tedavisi. J Hum Rhythm. 2015;1(3):83–9.
- 75- Gomelsky A, Athanasiou S, Choo MS, Cosson M, Dmochowski RR, Gomes CM, et al. Surgery for urinary incontinence in women: Report from the 6th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn. 2019;38(2):825–37.
- 76- Medical Advisory Secretariat. Midurethral slings for women with stress urinary incontinence: An evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2006;6(3):1–61.
- 77- Ng S, Tee YT, Tsui KP, Chen GD. Is the role of Burch colposuspension fading away in this epoch for treating female urinary incontinence? Int Urogynecol J. 2007;27;18(8):937–42.
- 78- Estaphanous P, Khalifa AO. Efficacy and safety of artificial urinary sphincters in female patients with stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. Cureus. 2024;16(11):e73136.
- 79- Dray EV, Hall M, Covalschi D, Cameron AP. Can urethral bulking agents salvage failed slings? Urology. 2019;124:78–82.
- 80- Trump T, Goldman HB. Sacral neuromodulation for urinary incontinence. Continence. 2024;12:101697.
- 81- Glazener CM, Cooper K, Mashayekhi A. Bladder neck needle suspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7).
- 82- van der Ploeg JM, van der Steen A, Oude Rengerink K, van der Vaart CH, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: A systematic review and meta-analysis of randomised trials. BJOG. 2014;121(5):537–47.
- 83- Gürbüz C, Güzel R. Kadınlarda artifisyel üriner sfinkter uygulamaları. Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni. 2018;5:18–21.

- 84- Andaç T, Gürkan ÖC, Demirci N. Üriner inkontinansta kanıt temelli tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;6(2):83–90.
- 85- Wieland LS, Shrestha N, Lassi ZS, Panda S, Chiaramonte D, Skoetz N. Yoga for treating urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2(2):CD012668.
- 86- Özengin N, Çankaya H, Bakar Y, Topçuoğlu M, Ankaralı H. Stres üriner inkontinanslı kadınlarda pelvik taban kas eğitimine ek olarak uygulanan elektromiyografik biofeedback eğitiminin etkisinin incelenmesi. Anadolu Klin Tıp Bilim Derg. 2017;22(3):193–9.
- 87- Nurjannah I, Hariyadi K. Su Jok as a complementary therapy for reducing level of pain: A retrospective study. Complement Ther Clin Pract. 2021;43:101337.
- 88- Ivanov P. Su-Jok and moxa, a self-treatment manual. In: Lavciel H, editor. Bulgaria: Mediks Ltd; 2018.
- 89- Elmalı Ş, Mşek H, Ecevit T, Alpar Ş. The effect of aromatherapy and Su Jok interventions on post-cesarean pain. Complement Ther Clin Pract. 2022;49:101642.
- 90- Kahraman A, Çevik Akyıl R. İntegratif (bütünleşik) tedavinin yeni gözdesi: Su Jok terapi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2022, 21;5(3):196–201.
- 91- Sethi A. Sujok Seed Healing: Study Manual. New Delhi: International Academy of Holistic Sciences; 2023.109-132.
- 92- Sethi A. Sujok Therapy: Study Material. New Delhi: International Academy of Holistic Sciences; 2021.72-86.
- 93- Park JW. Su Jok Seed Therapy. Moscow: International Academy of Holistic Sciences; 2016.33-47.
- 94- Nurjannah I, Novianti Z, Suharto A, Sudarmo MY, Hariyadi K. Su Jok therapy by twist and seed method of therapy to reduce the level of fear on COVID-19's patient: A case series. Int J Res Med Sci. 2021;28;9(10):3148.
- 95- Kublanov AM. Quality of life and its subjective assessment: Literature review. Vestn BIST. 2023;4:118–22.
- 96- Değer TB, Ordu Y. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Bir taşra örneği. Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg. 2022;11(2):574–85.
- 97- Pertyńska-Marczewska M, Pertyński T. Postmenopausal women in gynecological care. Prz Menopauzalny. 2021;20(2):88–98.

- 98- Arar MA, Erbil N. The effect of menopausal symptoms on women's daily life activities. *Prz Menopauzalny*. 2023;22(1):6–15.
- 99- Sözer GA, Ege E. Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini artırmak: ilerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;3(2):179–88.
- 100- Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(1):25–35.
- 101- Çelik I, Kılıç Uçar A, Güzelküçük Ü. Undetected prevalence of urinary incontinence among middle-aged women and its association with quality of life. *J Clin Med Kaz*. 2021, 27;18(6):56–61.
- 102- Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *Erciyes Univ Sağlık Bil Fak Derg*. 2014;2(2):1–14.
- 103- Çelik, A. S., & Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.
- 104- Aşık S, Şahin S. Menopozal dönemde görülen üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi. *Türk Sağlık Bilim Araş Derg*. 2021;4(1):90–100.
- 105- Oliveira S, Oliveira T, Dázio E, Sanches R, Dias J, Fava S. Gaps in nursing care for people with urinary incontinence. *Estima Braz J Enterostomal Ther*. 2018;16:e0218:1–10.
- 106- Orhan BN, Gezginci E, Göktaş S. Üriner inkontinans ilişkili dermatit ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Derg*. 2023;10(4):696–700.
- 107- Indra V. Evidence-based practice in nursing. *Int J Nurs Educ Res*. 2019;7(2):293.
- 108- Öz Ö, Altay B. Relationships among use of complementary and alternative interventions, urinary incontinence, quality of life, and self-esteem in women with urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018;45(2):174–8.
- 109- Flanagan MR, Fantasia HC. Comprehensive management of menopausal symptoms. *Nurs Womens Health*. 2024;28(5):381–92.
- 110- Nurjannah I. Sujok triorigin therapy for vaginitis: Case reports. *Int J Res Med Sci*. 2023, 28;12(1):249–52.
- 111- Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk J Urol*. 2004;30(3):332–8.

- 112- Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*. 1996;47(1):67–72.
- 113- George D, Mallery P. *IBM SPSS Statistics 29 Step by Step*. New York: Routledge; 2024.
- 114- Pallant J. *SPSS Survival Manual*. Routledge; 2020.
- 115- Karagöz Y. *SPSS Amos Meta Uygulamalı: Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. 4. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2023.
- 116- Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 7th ed. Boston: Pearson; 2019.
- 117- Wang W, Liu Y, Sun S, Liu B, Su T, Zhou J, et al. Electroacupuncture for postmenopausal women with stress urinary incontinence: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *World J Urol*. 2019;37(7):1421–7.
- 118- Zhishun L, Yan L, Huanfang X, Ots T. Effect of electroacupuncture on urinary leakage among women with stress urinary incontinence – a randomized clinical trial. *Dtsch Z Akupunkt*. 2017;60(4):33–4.
- 119- Barnes MA, Bennett J, Ross J, Kraemer K, Cotton S. Single-point acupuncture for treatment of urge incontinence in women: A pilot nonrandomized trial. *Med Acupunct*. 2018;30(1):21–4.
- 120- Yang N, Ge X, Ye J, Liu Q, Wu Y, Yan H, et al. Efficacy of acupuncture for urinary incontinence in middle-aged and elderly women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;257:138–43.
- 121- Motalebifar S, Momeni M, Habibi M, Rashvand F. The effect of acupressure on urinary incontinence severity in older women with urinary incontinence: A randomized, single-blind, controlled trial. *Adv Integr Med*. 2025;100499.
- 122- Cui Y, Ma Q, Zhang Y, Wei G, Zhou Z. The efficacy and safety of acupuncture in treating stress urinary incontinence in women from a meta-analysis of four randomized controlled trials. *Arch Esp Urol*. 2023;76(1):40.
- 123- Zhong Y, Song Y, Zeng F, Zhao Y, Black B, Guan Y. Effectiveness of electroacupuncture for female stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *J Tradit Chin Med*. 2020;40(5):707–20.

- 124- Kannan P, Bello UM. Efficacy of various forms of acupuncture for the treatment of urinary incontinence in women: A systematic review and meta-analysis. *Explore* (NY). 2023;19(1):26–35.
- 125- Alencar-Cruz JM, Lira-Lisboa L. Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. *Rev Salud Publica* (Bogota). 2019;21(4):390–7.
- 126- Radoja I, Degmečić D. Quality of Life and Female Sexual Dysfunction in Croatian Women with Stress-, Urgency- and Mixed Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *Medicina* (Kaunas). 2019;55(6):240.
- 127- Sawaqed F, Al Kharabsheh A, Tout M, Zaidan M, Khashram H, AlShunaigat N. Prevalence of stress urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Jordan: a correlational study. *J Int Med Res*. 2020;48(5):300060520926176.
- 128- Sologuren-García G, Linares CL, Flores JR, Escobar-Bermejo G, Sotelo-Gonzales S, Fagerstrom CK. Associated factors and quality of life in women with urinary incontinence in southern Peru, 2023. *Front Public Health*. 2024;12:1373476.
- 129- Shabani F, Montazeri M, Alizadeh A, Bani S, Hassanpour S, Nabighadim M, et al. The relationship between urinary incontinence with sexual function and quality of life in postmenopausal women. *Post Reprod Health*. 2023;29(1):15–23.
- 130- Huang H, Ding G, Li M, Deng Y, Cheng Y, Jin H. Menopause and stress urinary incontinence: The risk factors of stress urinary incontinence in perimenopausal and postmenopausal women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2023;49(10):2509–18.
- 131- Abiç A, Dağ Canatan S, Aksoy Can A. Determining the relationship between the frequency of urinary incontinence, depression, anxiety and stress in menopausal women. *Mediterr Nurs Midwifery*. 2023;1:3(3):149–56.
- 132- Bilgiç FŞ, Gençtürk N, Arıkan B. The effect of electroacupuncture applied to women with stress urinary incontinence on urinary incontinence severity and symptoms: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Actas Urol Esp* (Engl Ed). 2024;48(6):437–47.
- 133- Cui Y, Li Q, Wang D, Bao R, Li L, Zhu J, et al. Does electroacupuncture benefit mixed urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. *Int Urogynecol J*. 2022;33(4):751–66.
- 134- Gu Y, Pan H, Sheng S, Ying J, Zheng D, Yao J, et al. Clinical study on electroacupuncture and traditional Chinese medicine combined with pelvic floor

- muscle training for stress urinary incontinence in perimenopausal women. *Chin J Clin Pharmacol Ther.* 2019;24(4):464–70.
- 135- Kim Y, Park H. The effect of auricular acupressure on urinary incontinence, quality of life, and sleep quality in elderly women with stress urinary incontinence. *J Korean Acad Fundam Nurs.* 2024;31(2):203–13.
 - 136- Talasaz ZH, Firoozi M, Khadivzadeh T, Azizi H, Vatanchi AMZ. Effect of auricular acupressure on quality of life in postmenopausal women: a randomized clinical trial. *J Midwifery Reprod Health.* 2023;11(1):3630–7.
 - 137- Jiang T, Dong ZY, Shi Y, Zhou YQ, Zhang HB, Gong Y. Efficacy and safety of acupuncture monotherapy or combined with pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne).* 2025;13:11.
 - 138- Long Z, Chen H, Yu S, Wang X, Liu Z. Effect of acupuncture for mixed urinary incontinence in women: A systematic review. *Front Public Health.* 2022;10:841432.
 - 139- AlQuaiz AM, Kazi A, AlYousefi N, Alwatban L, AlHabib Y, Turkistani I. Urinary incontinence affects the quality of life and increases psychological distress and low self-esteem. *Healthcare (Basel).* 2023;11(12):1772.
 - 140- Javanmardifard S, Gheibizadeh M, Shirazi F, Zarea K, Ghodsbin F. Psychosocial experiences of older women in the management of urinary incontinence: a qualitative study. *Front Psychol.* 2022;13:958427.
 - 141- Chrostek A, Witkoś J, Hartman-Petrycka M, Lebedowska A. Psychosocial functioning of women suffering from stress and mixed form of urinary incontinence depending on the severity of the symptoms. *Przegl Epidemiol.* 2023;77(1):84–100.
 - 142- Porto MG, Marôco J, Mascarenhas T, Pimenta F. Dysfunctional urinary incontinence strategies: A mediation model to explain why urinary incontinence symptoms are associated with social isolation among women. *Neurourol Urodyn.* 2025;44(6):1361–9.
 - 143- Gümüşsoy S, Dönmez S. Investigation of social isolation and depression in female employees with urinary incontinence during the COVID-19 pandemic. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation* 2025;18:80(1):155–63.
 - 144- Sun Y, Liu Y, Su T, Sun J, Wu Y, Liu Z. Electroacupuncture versus solifenacin for women with urgency-predominant mixed urinary incontinence: A protocol for

a three-armed non-inferiority randomized controlled trial. *BMC Complement Med Ther.* 2020;23:20(1):18.

- 145- Chen Y, He E, Tian H, Zhao J. Impact of electroacupuncture on the life quality in patients of female mixed urinary incontinence. *Zhongguo Zhen Jiu.* 2016;36(3):256–8.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onayı



EK-3. Kurum İzni



EK-4. Sujok Sertifikasi



EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

“Postmenopozal Kadınlarda Sujok Uygulamasının Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı bu araştırma, Recep Tayyip Erdoğan Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 45- 65 yaş aralığındaki menopoza girmiş üriner inkotinansı olan kadınlarda su yok terapinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların tümünü cevaplandırmanız ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Araştırma Ekibi

Öğr. Gör. Elif Ayfer BALTACI YILDIZ

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

EK- 6. Katılımcı Bilgi Formu

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Adı – soyadı:

Telefon No:

Tarih:

- 1) Yaşınız.....?
- 2) Menopoza girme yaşıınız.....?
- 3) Eğitim durumunuz nedir?
Okur-Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üstü ()
- 4) Çalışma durumunuz?
Çalışıyor () Çalışmıyor ()
- 5) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
Gelirim giderimden az () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden fazla ()
- 6) Medeni durumunuz?
Evli () Bekar ()
- 7) Boy.....Kilo.....
- 8) Doğurganlık Öyküsü
Gebelik sayısı Doğum Sayısı..... Düşük Sayısı.....
Yaşayan Çocuk sayı..... Düşük sayısı
- 9) Doğumunuzu gerçekleştirme şekliniz?
Normal doğum () Sezeryan doğum ()
- 10) Doğum sonu dikiş atıldı mı? (Epizyotomi)
Evet () Hayır ()
- 11) 3.5 kilogramın üzerinde doğum yaptınız mı?
Evet () Hayır ()
- 12) Zor ve uzun doğum eylemi geçirdiniz mi
Evet () Hayır ()
- 13) Sigara kullanıyor musunuz?
Evet () ise kaç yıldır kullanıyorsunuz?.....
Günlük kaç tane? Hayır ()
- 14) Alkol kullanıyor musunuz? () Evet (Miktar:.....Cins:.....) Hayır ()
- 15) Çay içer misiniz? () Evet. (Günde.....çay bardağı) Hayır ()
- 16) Kahve içer misiniz? () Evet (Günde.....fincan) Hayır ()
- 17) Ne zamandan beri idrarınızı kaçırıyorsunuz? yıldır ya da aydır
- 18) Hangi durumlarda idrar kaçırma durumunuz artar?
Öksürmek ()
Hapşırma ()
Gülme ()
Merdiven çıkma ()
Diğer ()

- 19) İdrar kaçırma nedeniyle doktora gittiniz mi?
Evet () Hayır ()
- 20) Eğer doktora gittiyseniz, İdrar kaçırma sorununuza yönelik daha önce tedavi aldınız mı?
Evet () Hayır ()
- 21) İdrar kaçırma nedeniyle tedavi aldıysanız nasıl bir tedavi aldınız?
İlaç tedavisi () Cerrahi tedavi () Diğer
- 22) İdrar kaçırma sorununuza yönelik ne tip önlemler alıyorsunuz?
Ped kullanma ()
Sık sık tuvalete gitme ()
Az sıvı tüketme ()
Tuvaletin yakınında oturma ()
Diğer ()
- 23) Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırıyor musunuz?
Evet () Hayır ()

EK-7. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Sorgulama Anketi-Kısa Form

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

1 Lütfen doğum tarihinizi yazınız:.....GÜN / AY / YIL

2 Siz (birini işaretleyin) Dişi misiniz? Erkek misiniz?

3 Ne sıklıkla idrar kaçırsınız? (Bir kutuyu işaretleyin) hiçbir zaman 0

- haftada bir veya daha seyrek gibi 1
- haftada iki veya üç kez 2
- günde bir kez gibi 3
- günde birkaç kez 4
- her zaman 5

4 Ne kadar idrar kaçırdığınızı düşündüğünüzü bilmek istiyoruz.

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)? (Bir kutuyu işaretleyin)

- Hiç 0
- az bir miktarda 2
- orta derecede bir miktarda 4
- büyük bir miktarda 6

5 Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma hergünkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç bir şekilde çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5

6 İdrar ne zaman kaçır? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- hiçbir zaman-idrar kaçmaz siz tuvalete yetişmeden önce kaçır
- siz öksürürken veya hapşırırken kaçır siz uyurken kaçır
- siz fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaçır siz işlemeyi bitirip giyindiğinizde kaçır
- belirlen bir neden olmadan kaçır her zaman kaçır
- Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK-8. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-YKÖ)

Hastanın adı-soyadı: Tarih:

ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
2. Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
6. Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
7. İdrar kaçırma sorunun yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
9. İdrar kaçırma sorunun sürekli kafamı meşgul ediyor.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
12. Yaşlandıkça idrar kaçırma sorununun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç
14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.
☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

15. İdrar kaçırma sorunun bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

16. İdrar kaçırma sorunun benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

17. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

19. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

21. İdrar kaçırma sorunun giysi seçimimi sınırlıyor.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.

☐ Çok Fazla ☐ Oldukça ☐ Orta Düzeyde ☐ Biraz ☐ Hiç

EK-9. Ölçek Kullanım İzinleri

