2020

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zehra CAN



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OBEZ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEHRA CAN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OBEZ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZEHRA CAN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Zehra CAN

Yüksek Lisans Tezi

23.11.2020

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

23.11.2020

Zehra CAN

"Sevgili anne, babama ve kardeşlerime ithaf ediyorum"

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile desteğini esirgemeyen aynı zamanda değerli görüş ve önerilerini paylaşan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Sevil ŞAHİN'e,

Tez çalışmama katılarak değerli vakitlerini ayıran ve akademik bilgimin gelişmesine katkı sağlayan saygıdeğer katılımcılara,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve her zaman destek olan değerli hemşire arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın istatistiksel analiz konusunda bilgi ve deneyimleriyle danışmanlık ve destek sağlayan Yağmur Polat'a,

Her koşulda yanımda olan benim bugünlere gelebilmem için her fedakârlığı gösteren, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok sevdiğim canım babam Hannan CAN'a, canım annem Lütfiye CAN'a ve beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim birbirinden kıymetli kardeşlerime,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET……...v

ABSTRACT…….....vi

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....vii

TABLOLAR DİZİNİ…….....viii

1. GİRİŞ……...1

1.1. Problemin Tanımı ve Amacı……...1

1.2. Araştırmanın Amacı……...2

1.3. Araştırma Soruları……..2

2. GENEL BİLGİLER……3

2.1. Obezite……...3

2.1.1. Obezite Prevelansı……...3

2.1.2. Obezitede Tanı Yöntemleri……..4

2.1.3. Obezite Etyolojisi……5

2.1.4. Obezitenin Komplikasyonları (Yol Açtığı Hastalıklar)……...6

2.1.5. Obezitede Tedavi ve Yönetim……..9

2.1.6. Obezite ve Kadın……..9

2.2. Üriner İnkontinans……10

2.2.1. Üriner İnkontinans Tipleri…….10

2.2.2. Üriner İnkontinans Prevelansı……11

2.2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri……12

2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi ve Yönetimi……..13

2.2.5. Üriner İnkontinans ve Obezite İlişkisi……16

2.2.6. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü…….17

3. MATERYAL VE YÖNTEM……18

3.1. Araştırmanın Tipi…….18

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı……18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……...18

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri……..19

3.4.1. Bağımsız Değişkenler……19

3.4.2. Bağımlı Değişkenler……..19

3.5. Veri Toplama Araçları……..19

3.5.1. Tanıtım Formu……...20

3.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)…….20

3.5.3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)…….21

3.6. Araştırmanın Uygulanması……...21

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi……..21

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları…….22

3.9. Araştırmanın Etik Yönü……22

4. BULGULAR…….....24

4.1. Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular…….....24

4.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine İlişkin Bulgular…….28

4.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlarına Yönelik Bulgular……...29

4.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları İle Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular……...32

5. TARTIŞMA……...42

5.1. Obez Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ……42

5.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine İlişkin Bulguların Tartışılması…….45

5.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması……46

5.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları İle Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması……....48

6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….....53

7. KAYNAKLAR…….....55

8. EKLER…….....72

EK-1. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Alınan Yazılı İzin……...72

EK-2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden Alınan Etik Kurul İzni……...73

EK-3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Kullanım İzni……..74

EK-4. Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Kullanım İzni……...75

EK-5. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Red Yazısı……...76

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu…….77

EK-7. Anket Formu…….79

EK-8. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)…….....82

EK-9. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)……83

EK-10. Özgeçmiş……85

ÖZET

Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Araştırma obez kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla analitik ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Temmuz-Aralık 2019 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji ve obezite polikliniğine başvuran, 18-65 yaş aralığında 135 obez kadın oluşturmuştur. Katılımcıları belirlemek için boy ve kilo ölçümü yapılmış ve BKİ hesaplanmış ve BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olanlar kabul edilmiştir. Araştırmada sosyodemografik soru formu, I-QOL ve ICIQ-SF ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni düzeltmeli post-hoc testi, Ki-Kare ve Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan obez kadınların BKİ ortalamaları 37.34±4.85 olarak saptanmıştır. Araştırmadaki obez kadınların %88.1'inde üriner inkontinans bulunduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans görülen kadınlarda I-QQL ölçek puanı 63 (min; max: 25;108) olduğu belirlenmiş ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. ICIQ-SF ölçeği değerlendirildiğinde ölçek skoruna göre idrar kaçırmanın rahatsızlık verecek düzeyin daha üstünde olduğu ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesi ölçek puanı ile medeni durum, kabızlık, gece idrara çıkma sayısı, öksürürken veya hapşırırken, tuvalete gidene kadar, ağır kaldırdığında ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumları arasında anlamlı farklılıklar elde edilmiş ve yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur.

Araştırmada obez kadınların çoğunun üriner inkontinans problemi yaşadığı ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda üriner inkontinans ve obezite arasındaki ilişki hakkında toplumun bilinçlendirilmesi sağlanmalı ve danışmanlık yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, üriner inkontinans, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Prevalence of Urinary Incontinence in Obese Women and Its Effect on Quality of Life

The study was conducted in an analytical and cross-sectional type in order to investigate the incidence of urinary incontinence in obese women and its effect on quality of life.

The sample of the study consisted of 135 obese women who applied to the gynecology and obesity outpatient clinic in a Training and Research Hospital between July and December 2019. In order to determine the participants height and weight were measured and BMI were calculated and BMI of 30 kg / m2 and above were accepted. Sociodemographic question form, I-QOL and ICIQ-SF scale were used as in the study. Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni corrected post-hoc test, Chi-Square and Fisher Exact tests were used to analyze the data.

The obese women participating in the study was evaluated their average BMI was 37.34 ± 4.85. It was found that %88.1 of obese women in the study had urinary incontinence. It was determined that the I-QQL scale score was 63 (min; max: 25; 108) in women with urinary incontinence and were found to lower quality of life. ICIQ-SF scale scores were evaluated, it was found that urinary incontinence was higher than the disturbing level according to the scale score. Significant differences were obtained between the quality of life scale score and marital status, constipation, the number of urination at night, when coughing or sneezing, until going to the toilet, when lifting heavy and during sexual intercourse, and the quality of life scores were found to be lower.

In the study, it was concluded that most of the obese women have urinary incontinence problems and this situation negatively affects their quality of life. In line with these results, the public should be informed about the relationship between urinary incontinence and obesity, consultancy should be provided.

Keywords: Obesity, urinary incontinence, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACP	: Amerikan Doktorlar Koleji
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Kronik Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAU	: Avrupa Üroloji Derneği
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
FES	: Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon
ICIQ-SF	: International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form (Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu)
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
ICS	: Uluslararası İnkontinans Derneği
I-QOL	: Incontinance Quality Of Life Scale (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.1. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Cronbach's Alpha değeri..20

Tablo 4.1.1. Obez kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ortalamalarının dağılımı ……..24

Tablo 4.1.2. Obez kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı……..25

Tablo 4.1.3. Obez kadınların sağlık durumu özelliklerinin dağılımı……...26

Tablo 4.1.4. Obez kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı……27

Tablo 4.2.1. Obez kadınlarda üriner inkontinans görülmesi, sıklığı ve miktarına ilişkin bulguların dağılımı. ……...28

Tablo 4.2.2. Üriner inkontinansı olan obez kadınların idrar kaçırdığı durumların dağılımı……..……..29

Tablo 4.3.1. Üriner inkontinans görülen obez kadınların I-QOL ölçek puanlarına yönelik bulguların dağılımı……..…….30

Tablo 4.3.2. Üriner inkontinans görülen ve görülmeyen obez kadınların ICIQ-SF karşılaştırılmasına yönelik bulguların dağılımı….……...31

Tablo 4.4.1. Üriner inkontinası olan obez kadınların BKI puan değerlerinin ölçek skorlarına göre dağılımı.……...32

Tablo 4.4.2. Üriner inkontinası olan obez kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının dağılımı…….33

Tablo 4.4.3. Gece etkilenmesi için post-hoc ikili karşılaştırma sonuçları dağılımı….36

Tablo 4.4.4. Üriner inkontinansı olan obez kadınların obstetrik özelliklerine yönelik ölçek puanlarının dağılımı…….37

Tablo 4.4.5. Üriner inkontinansı olan obez kadınların idrar kaçırma durumlarına yönelik ölçek puanlarının dağılımı…….....40

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal birikmesi' şeklinde tanımlanmıştır (1). 15-49 yaş grubu kadınlar üzerinde 2018 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) çalışması incelendiğinde kadınların Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre %29'u kilolu, %30'unun ise obez olduğu tespit edilmiştir. Başka bir açıklama ile Türkiye'deki her on kadından altısı fazla kilolu ya da obezdir (2). Obezite sorunu Dünya'da giderek yaygınlaşmakta olan ve önemli sağlık sorunlarını beraberinde getiren bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Neden olduğu hastalıkların yanında kadın sağlığını da etkilemektedir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda obezitenin kronik hastalıklara sebep olduğu bildirilirken aynı zamanda üriner inkontinansa da neden olabileceğini göstermiştir (3, 4, 5). Obezitenin, üretranın mukoza bölümünde hasara, kollajen miktarının azalmasına, üretranın elastik yapısının kaybolmasına neden olabileceği saptanmıştır (6). Obezite nedeniyle vücutta oluşan fazlalık ve ağırlık, pelvik alandaki kas ve sinirsel bölgede zorlanmaya, giderek zayıflamaya, gerilmeye ve esneme problemlerine sebep olabilmektedir. Bu sebepler obezite problemi yaşayan kadınlarda üriner inkontinans görülme riskinin artmasında önemli belirleyiciler olarak karşımıza çıkmaktadır (7). Yapılan bir çalışmada obezite problemi yaşayan kadınlarda üriner inkontinansın daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (8). Yapılan bir çalışma da BKİ 27'nin üzerinde olduğu saptanan kadınların üriner inkontinans görülme sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (9). Başka çalışmada, 1 yıl boyunca prospektif incelenen obez kadınların, idrar kaçırma şikâyetlerinin daha fazla görülebileceği saptanmıştır (10). Ülkemizde ise, 50 yaş ve üzeri 1023 kadın üzerinde yapılmış bir çalışmada BKİ 25'in üzerinde olan kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının arttığı ortaya çıkmıştır (11). Avrupa Üroloji Birliği (European Association of Urology) ve Amerikan Doktorlar Koleji'nin (ACP) açıkladıkları kılavuzda, inkontinansa karşı kilo vermenin önerilme düzeyi kanıt A olarak belirlenmiştir (12). Kilo fazlalılığının üriner inkontinans için önemli risk faktörlerinden biri olduğu vurgulanmıştır (13, 14). Thubert ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obez kadınlarda idrar kaçırma riskinin obez olmayan kadınlara göre beş kat daha fazla olduğu görülmüştür (15). Chen ve arkadaşlarının obez ve obez olmayan kadınlar üzerinde yaptıkları deney-kontrol grubu çalışmasında, obez kadınların istatistiksel olarak daha yüksek oranda üriner inkontinansa sahip olduğu, bunun %60'ının stres üriner inkontinansa sahip kadınlar olduğu saptanmıştır (16). Dörtyüz kırk dört stres üriner inkontinanslı bireyle yapılan bir çalışmada, bu bireylerin BKİ ortalaması 29 olarak bulunmuştur (17). Yapılan diğer çalışmalarda da obezite ve üriner inkontinans arasında ilişki olduğu saptanmıştır (18, 19).

Üriner inkontinans yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir. Üriner inkontinansın bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal yönden olumsuz etkilediği bilinmektedir. Choo ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada üriner inkontinansın bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde ekilediği saptanmıştır (20). Yapılan başka bir çalışmada üriner inkontinanlı fiziksel, sosyal ve duygusal alandaki ölçek skorları daha düşük bulunmuştur (21). ICIQ-SF ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada üriner inkontinanslı kadınların sosyal izolasyon davranışlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (22, 23). Diğer çalışmalarda da üriner inkontinanslı kadınların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (24, 25).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma obez kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını araştırmak ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Obez kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı nedir?
2. Obez kadınlarda görülen üriner inkontinans yaşam kalitesini nasıl etkiler?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite, dünyada her geçen gün daha da artarak toplumda önemli bir sorun haline gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi vucütta anormal veya aşırı yağ birikimi şeklinde tanımlamıştır (26). Türkiye Sağlık Bakanlığı ise obeziteyi, kişinin boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının istenilen düzeyin üzerinde olması şeklinde tanımlamıştır (1).

2.1.1. Obezite Prevelansı

Obezite dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (27). DSÖ 2016 yılı verilerinde 18 yaş üstü yetişkinlerde hem kadınların hem erkeklerin % 39'unun fazla kilolu, erkeklerin %11'inin kadınların ise %15'inin obez olduğu belirtilmiştir. DSÖ 2019 yılı verilerinde ise dünya çapında yaklaşık iki milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu ve bunlardan yarım milyardan fazlasının obez olduğu bulunmuştur. Son yıllarda obezite oranlarında önemli bir artış olduğu saptanmıştır. (26). Amerika'da önemli veriler sunan Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)'nin 2015-2016 yılında yaptığı çalışmaya göre doksan üç milyon Amerikalı yetişkinde obezite prevelansının %39.8 olduğu belirlenmiştir (28).

Türkiye'de ise obezite prevelansı incelendiğinde; bu oranın erkeklerde %22.8, kadınlarda ise %35.6 olduğu saptanmıştır (26). Ülkemizde yapılan önemli çalışmalardan biri olan 1997-1998 yılları arasında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-I) ve bu çalışmanın devamı niteliğinde olan 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmalarının sonuçlarını karşılaştırdığımızda iki çalışma arasındaki geçen 12 yıllık zamanda yetişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl daha artmıştır. Ortalama olarak erkek ve kadın boyunda 1 cm'lik artış olup, erkeklerde kilo 8 kg, kalça çevresi 2 cm, bel çevresi 7 cm, kadınlarda ise kilo 6 kg, kalça çevresi 7 cm, bel çevresi 6 cm artmıştır. TURDEP-II çalışmasının sonucuna göre Türkiye'de obezite prevelansı %32 bulunmuş olup kadınlarda obezitenin, erkeklerde ise kilo fazlalığının daha sık olduğu tespit edilmiştir. Ortalama olarak yetişkin Türk toplumunun 2/3 oranında ya obez ya da fazla kilolu olduğu sonucuna varılmıştır. Özetle TURDEP-I ve TURDEP-II arasında geçen

12 yıl süre boyunca diyabet sıklığının %90, obezite sıklığının ise %44 arttığı ortaya çıkmıştır (29).

Obezite, artış göstermesi ve sonucunda diğer hastalıkları da beraberinde getirmesi nedeniyle Avrupa ve Kuzey Amerika'da erken ölüm sebebleri içerisinde sigaradan sonra ikinci sırada yer almaktadır (30). Türk Yetişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörlerini (TEKHARF) araştıran 1990-2002 yıllarında yapılan çalışmada obezite olanların prevalansının, kadınlarda %44.2 erkeklerde %25.3 olduğu saptanmıştır (31). Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasında" obezitenin sıklığı erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplamda ise %30.3 olduğu bulunmuştur. Fazla kilolu olanların oranı %34.6, fazla kilolu ve şişman olanların %64.9, çok şişman olanların ise %2.9 bulunmuştur (1).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2016 yılındaki verilerine göre ise 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranının 2014 yılında %19.9 iken, 2016 yılında %19.6 olduğu, kadınların %23.9'unun obez, %30.1'inin ise obez öncesi olduğu, erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla, %15.2 ve %38.6 olarak bulunmuştur (32). Son zamanlarda yapılan ve sonuçları açıklanan Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri (ATLAS) çalışmasında Türkiye'de obezite prevalansının erkeklerde %22.9, kadınlarda %35.8 olduğu saptanmıştır (33). Son yıllarda Türkiye'de yapılan bir meta-analizde ülkemizde yetişkin nüfusunun BKİ'nin kadınlarda 28.0 kg/m2, erkeklerde 26.5 kg/m2 olduğu ortaya çıkmıştır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'ne (ESC) üye olan 56 ülke arasında Türkiye en kilolu ülkeler sıralamasında 15. olmuş ve türk kadınları bu sıralamada 1. olarak yer almıştır. Genel olarak yapılan meta-analiz sonuçlarından alınan verilere göre ülkemizde yetişkinler arasında her beş erkekten biri ve her üç kadından biri obez sınıfındadır ve her iki kadından biri abdominal obezite problemi yaşamaktadır (34).

2.1.2. Obezite Tanı Yöntemleri

Obezitede tanı ve tarama konusunda belirli bir prosedür olmamakla birlikte BKİ ve bel çevresi ölçümlerine göre takip edilmekte ve değerlendirilmektedir. Ayrıca kilosunda ve bel çevresi ölçümlerinde artış olan kişilerin düzenli obezite taraması yaptırması önerilmektedir (35). Obezitenin ve kilo fazlalığının tanımlamasının

yapılmasında kullanılan BKİ ölçümü kişilerin durumlarının saptanması için sınıflandırılmıştır (36). Buna dayanarak Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre yaptığı sınıflandırma aşağıda gösterilmektedir;

- <18.5 kg/m^2Zayıf
- 18.5 – 24.99 kg/m^2 Normal
- 25.0 - 29.99 kg/m^2 Preobez
- 30.00 kg/m^2 ve üzeri Obez
- 30.00-34.99 kg/m^2 I. Derece Obez
- 35.00- 39.99 kg/m^2 II. Derece Obez
- ≥ 40.00 kg/m^2 III. Derece Obez (Morbid Obez) (37).

Obezitenin tanılanmasında BKİ'nin yanında en çok kullanılan tanılama kriteri olarak bel çevresi ölçümleri yer almaktadır. Bel çevresi ölçümleri cinsiyet ve milletler arasında farklılık göstermektedir. Türkiye'de bel çevresi ölçümleri aşağıda gösterilmektedir:

- Kadınlar: Fazla Kilolu>80 cm Obez>90 cm
- Erkekler: Fazla Kilolu>90 cm Obez>100 cm (35).

Aynı zamanda yapılan bir çalışma da Türkiye'deki kadınlarda bel çevresi ölçümünün ortalamasının 89.7, erkeklerde ise bu oranın 93.6 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre Türkiye'deki kadınların ve erkeklerin çoğunun fazla kilolu olduğu görülmüştür (34).

2.1.3. Obezite Etyolojisi

Obezite, esasında vücuda alınan enerji alımının ve bu enerjinin harcanması arasındaki dengesizliğin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (38). Obezitenin etyolojisi incelendiğinde genetik faktörlerin yanında biyolojik, sosyal, kültürel ve psikokültürel etkilerinde obeziteye neden olduğu saptanmıştır (39). Obezitenin etyolojik nedenlerine bakıldığında birçok faktörün obezitenin etyolojisinde rol oynadığı görülmektedir. İlaçlar (anti-psikotikler, anti-depresanlar), sık ve aşırı yemek, yüksek yağ içerikli beslenme, cushing sendromu, polikistik over sendromu, hipogonadizm, büyüme hormonu ile ilişkili sorunlar, sosyoekonomik yapı, etnik köken, psikolojik yapı, yeme-davranış bozuklukları, sedanter yaşam, genetik faktörler

ve düşük doğum ağırlığı bu nedenler arasında görülmektedir (40). Aynı zamanda obezitenin hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kanser türleri, inme, osteoartrit, infertilite, non-alkolik steatohepatit, safra taşı hastalığı, tip 2 diyabet, gastroözofagiyal reflü ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (41). Genetik faktörler obezitenin etyopatogenezinde önemli rol oynamaktadır (42). Obezitenin ve fazla kilolu olmanın DNA ve genetik faktörlerle ilişkisi olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (43, 44). Ayrıca metabolizma ve iştah mekanizmasında etkili olan ve metabolizmanın da kontrolünü sağlayan leptin hormonunun obezitenin gelişmesinde büyük ölçüde etkili olduğu, gelişen obezitede temel nedenin leptinin az salgılanmasından değil obez bireyde gelişen leptin direncinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (45, 46). Yapılan bir çalışmada obez bireylerde serum leptin düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (47).

Giderek artan şehirleşme ve endüstri sebebiyle değişen yaşam tarzında sağlıksız besinler tüketme ve hareketsiz yaşam tarzınında obezitenin gelişmesinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (48). Son yıllarda ortaya çıkan obezite ile ilişkisi olduğu bulunan mikrobiatanın önemi giderek artmaktadır. Genetik ve metabolik mekanizmalar mikrobiata ve obezite arasındaki ilişkide rol oynamaktadır. Mikrobial değişimlerin obezite gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Mikrobiatadaki değişimler, lipid ve glikoz metobolizmasındaki değişimlere, metabolik olarak endoktosemiye ve inflamasyona yol açarak obezitenin oluşmasına sebep olmaktadır (49, 50). Obezite ve mikrobiata ilişkinin araştırıldığı kadınlarda yapılan bir çalışmada obezite ile mikrobiata arasında ilişki olduğu saptanmıştır (51).

2.1.4. Obezite'nin Yol Açtığı Hastalıklar (Komplikasyonları)

Obezite son yıllarda Dünya'da ve Türkiye'de giderek artmasının yanında buna bağlı gelişen hastalıklar sebebiyle önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin etkileri ele alındığında insan vücudunda obeziteden neredeyse çok az sistem etkilenmez. Obezitenin yol açtığı komplikasyonları sistemler üzerinden inceleyecek olursak;

Kardiyovasküler Sistem

- Artmış LDL
- Azalmış HDL

- Hipertansiyon
- Hipertrigliseridemi

Endokrin Sistem

- Tip II Diabetes Mellitus
- Erkeklerde: Oligospermi, azalmış testesteron
- Kadınlarda: Polikistik over sendromu, erken menopoz, menstrual bozukluklar

Gastrointestinal Sistem

- Kolelitiazis (safra kesesi)

Üriner Sistem

- Üriner inkontinans
- Glomerülopati

Kas-iskelet sistemi

- Osteoartritis
- Gut
- Blount hastalığı

Pulmoner

- Primer alveoler hipoventilasyon
- Obstrüktif uyku apnesi
- Pulmoner fonksiyon bozuklukları

Obstetrik

- Toksemi
- Uzamış eylem

İmmünolojik Sistem

- Azalmış immünite (7, 52).

Obezitenin önemli ölçüde etkilediği sistemlerden biri kardiyovasküler sistemdir. Obezite özellikle hipertansiyon, miyokard infarktüsü, metabolik sendrom gibi önemli kardiyovasküler hastalıklarla doğrudan bağlantılıdır (53). Obezite ve kardiyovasküler sistem ile ilgili yapılan çalışmalarda uzmanlar obezitenin giderek artması durumunda kardiyovasküler hastalıklarında %14 oranında artacağını ileri sürmektedir (54). Kardiyovasküler hastalıklarla ve etki eden faktörlerle ilgili yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalık riski yüksek hastalarda BKİ değerlerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir (55). Yapılan başka bir çalışmada obezitenin hipertansiyon riskini erkeklerde %78 oranında arttırdığı kadınlarda %65 oranında arttırdığı saptanmıştır (56). Obezitenin etkilediği bir diğer sistemde serebravasküler sistemdir. Serebravasküler sistemin en önemli hastalığı olan inmede, risk faktörlerinden biri olan obezite değiştirilebilinir risk faktörleri arasına girmektedir (57). Amerika'da inmenin önlenmesi konusunda Amerikan Kalp ve İnme Vakfı'nın yaptığı çalışmalar sonucunda fazla vücut ağırlığının inme riskini arttırdığı saptanmış ve kilo kaybı önerilmiştir (58).

Obezite, yol açtığı insülin direnci ve mitokondriyal değişimler sonucu tip II diyabet gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür (59). Obezitenin diyabetin belirleyicileri arasında ele alınması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada tip II diyabetli olan hastalarda abdominal obezitenin yaygın olarak bulunduğu ve obezitenin diyabetin belirleyicileri arasına girmesi gerektiği saptanmıştır (60). Yapılan başka bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin, obezite ve diyabet ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Ayrıca giderek artan obeziteyle birlikte diyabetinde artacağı öngörülmektedir (61).

Obezite böbrek fonksiyonlarının bozulmasında rol oynamaktadır. Obezite renin-anjiotensin yapısının bozulmasında rol oynayarak aynı zamanda insülin direnci, diabetik nefropati ve hipertansif nekloskleroz etkileri sebebiyle böbrek fonksiyonlarının bozulmasına etki etmektedir (62, 63). Obezite nedeniyle oluşan metabolik bozukluklardan meydana gelen kas iskelet sistemi hastalıkları obezite komplikasyonlarından biridir (64). Kas iskelet sisteminin önemli hastalıklarından biri olan osteoartritin ana belirleyicilerinden biri olarak obezite düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada osteoartrit ve obezite arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu yüzden

osteoartritin önlenmesine yönelik fiziksel aktivitenin arttırılması ve kilo kaybı önerilmektedir (65, 66).

Son yıllarda giderek artan ve artmaya devam eden gelecekte ölüm nedenleri arasında ilk sıralara yerleşecek olan kanser ve obezite arasında yapılan epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin kanserin birçok türü arasında ilişki olduğu saptanmıştır (67, 68). Dünya Kanser Fonu araştırmalarında endometrial, over, meme, prostat, karaciğer, safra kesesi kanserinin obezite ile ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (69). Geçmiş yirmi yılda yapılan çalışmalarda kanser sonucu meydana gelen ölümlerin kadınlarda %20, erkeklerde ise %14'ünün obezite ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir (70). Yapılan başka bir çalışmada ise obezitenin göğüs kanseri için risk etmenlerinden biri olduğu ve bu oranın kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (71).

2.1.5. Obezite'de Tedavi ve Yönetim

Obezitenin önlenmesi ve tedavi edilmesi hastalıkların oluşma riskinin ortadan kaldırılması ve bireyin yaşamına daha sağlıklı devam etmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Obezitenin tedavi edilmesinde kombine ve multidisipliner yaklaşım son yıllarda kullanılmaktadır (72). Obezitenin önlenmesinde ve tedavi edilmesinde egzersiz, diyet, farmakolojik tedaviler, bariatrik tedaviler ve davranışsal yaklaşımlar ele alınır (73). Kullanılan bu yöntemlerle birlikte obezitenin tedavisinde bireyin kararlı olması ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirmeye uyum sağlaması tedaviyi kolaylaştırıcı bir etkendir. Hemşireler obezite tedavisinde önemli rollere sahiptir. Hemşire, sağlığın geliştirilmesinde risk faktörlerini belirleme, problem hakkında tanılama, problemin çözümünde plan yapma, uygun girişimleri uygulama ve değerlendirme yapmaktadır. Hemşireler sağlıkta davranış değişikliklerinde sağlık eğitimi de verebilmektedir. Aynı zamanda bireyin boy, kilo ve BKİ ölçümleri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerileri ve hastaya gerekli motivasyon ve desteğin sağlanması da hemşirelerin obezite tedavisinde üstlendiği roller arasındadır (74).

2.1.6. Obezite ve Kadın

Dünya'da ve Türkiye'de obezite prevelanslarına bakıldığında obezite probleminin kadınlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda obezite, yol açtığı hastalıkların yanında, kadınlarda görülen infertilite, polikistik over sendromu,

gestesyonel diyabet, menstrual siklus bozuklukları, preterm eylem, sezaryen endikasyonunda artış gözlenmesi, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi problemlerin görülme olasılığını arttırmaktadır (75, 76). Obezitenin yol açtığı hastalıklara yakalanma olasılığı kadınlarda erkeklerdekinden daha fazladır. Kalp krizi riski kadınlarda 3.2 iken bu oran erkeklerde 1.5, tip II diyabet görülme riskinin obez kadınlarda oranı 12.7 erkeklerde ise 5.2'dir. Hipertansiyonda ise bu oranların kadınlarda 4.2 erkeklerde ise 2.6 olduğu saptanmıştır (77).

Aynı zamanda yapılan bir çalışmaya bakıldığında obezitenin kontraseptif yöntem kullanımıyla birlikte fertiliteyi de kötü etkilediği ortaya çıkmıştır (78). Yapılan bir çalışmada obezite problemi yaşayan kadınların menarş yaşının daha erken olduğu ve menstrual siklus düzensizliklerinin olduğu tespit edilmiştir (79). Yapılan başka bir çalışmada obez kadınların gestasyonel diyabet riskinin arttığı saptanmıştır (80). Obezite kadınların seksüel fonksiyonların bozulma riskini de arttırmaktadır (81).

2.2. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans yaş ile birlikte artan, özellikle kadınlarda görülen yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve toplumumuzda giderek artan bir üreme sağlığı sorunudur (82). Uluslararası İnkontinans Derneği (ICS) üriner inkontinansı, her durumda idrar tutamama olarak tanımlamıştır (83). Üriner inkontinans kadınları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden büyük ölçüde etkilemektedir (84). Genetik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (85).

2.2.1. Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinans tipleri;

- Stres tipi üriner inkontinans (SUİ)
- Sıkışma tipi üriner inkontinans (URGE)
- Karışık tipte üriner inkontinans(MİX)
- Uykuda idrar kaçırma
- Devamlı idrar kaçırma
- Diğer Türleri (86, 87).

Stres Tipi Üriner İnkontinans

Karın içi basıncın artmasıyla karakterizedir. Egzersiz, gülme, öksürme vb. gibi aktiviteler sırasında istemeden idrar yapma durumudur. En sık görülen idrar kaçırma tipidir (88, 89).

Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans

Bu inkontinans tipinde idrara sıkışma hissiyle birlikte veya sıkışma hissi gelmeden idrar kaçırma durumudur.

Karışık Tipte Üriner İnkontinans

Hem stres tipi idrar kaçırma hem de sıkışma tipi idrar kaçırmanın her ikisininde bir arada bulunmasıdır.

Uykuda İdrar Kaçırma

Uyurken meydana gelen idrar kaçırma problemidir.

Devamlı İdrar Kaçırma

Herhangi bir neden bulunmaksızın sürekli idrar kaçırma durumudur.

Diğer İdrar Kaçırma Tipleri

Genelde cinsel ilişki sırasında yaşanan ya da gülme durumlarında kaçırılan idrardır (86).

2.2.2. Üriner İnkontinans Prevelansı

Bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen ayrıca yaşam kalitesinde önemli değişimler oluşturan üriner inkontinansın sıklığı yaş ile birlikte değişmekte, belirli risk faktörlerininin artmasıyla dünyada ve ülkemizde sıklığı her geçen gün daha da artmaktadır (88). Dünya'da üriner inkontinansın görülme sıklığı incelendiğinde Almanya ve Danimarka 'da üriner inkontinansın prevelansı üzerinde sekiz bin kadın ile yapılan bir çalışmada Almanya da üriner inkontinansın görülme sıklığının %48.3, Danimarka'da ise bu oranın %46.4 olduğu bulunmuştur (90). İspanya'da yapılan bir çalışma da ise üriner inkontinans prevelansının kadınlarda %15, erkeklerde ise %11.6 olduğu ortaya çıkmıştır (91). Hollanda'da yapılan başka bir çalışmada üriner inkontinans sıklığı oranının %36.8 olduğu saptanmıştır (92). Avrupa

ülkelerinde üriner inkontinans görülme sıklığına bakıldığında İspanya'da %23, Fransa'da %44, Almanya'da %41, İngiltere'de %42 olduğu bulunmuştur (93).

Türkiye'de ise üriner inkontinans prevelansına bakıldığında 35 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının araştırıldığı bir çalışmada %48 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (94). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise yaşlı kadınların %43.6'sında üriner inkontinans görüldüğü saptanmıştır (95). Türk kadınlarında yapılan başka bir çalışmada ise kırk beş-elli dört yaş grubu aralığındaki kadınların %36.4'ünde üriner inkontinans olduğu ve en fazla görülen üriner inkontinans tipin ise karışık tipte üriner inkontinans (mixed) olduğu ortaya çıkmıştır (96).

2.2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Üriner inkontinans problemi içerisinde birçok risk faktörünü barındırmaktadır. Üriner inkontinansın risk faktörleri; genetik faktörler, yaş, cinsiyet, obezite, diyabet, kronik hastalıklar, ilaçlar (diüretikler), konstipasyon, çevresel faktörler, sigara içme, bilişsel fonksiyonlarda bozulma, zor doğum eylemi, menopoza girme, jinekolojik ameliyatlar, aşırı zorlayıcı fiziksel aktiviteler, çocukluk çağı enürezis, deliriumdur (7, 97).

Birçok faktörden etkilenen üriner inkontinansta yaş önemli bir risk faktörüdür. Çünkü yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın yaş ilerledikçe arttığı gözlemlenmiştir (98, 99). Aynı zamanda üriner inkontinansın cinsiyet dağılımı ele alındığında kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (100). Yapılan bazı çalışmalar üriner inkontinansın genetik ve ırk yönünden de etkileneceğini ortaya koymuştur ve literatür incelendiğinde siyah ırkta beyaz ırka göre üriner inkontinansın daha az görüldüğü tespit edilmiştir (101). Yapılan bir çalışmada ileri yaş ve yüksek paritenin üriner inkontinans açısından önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (102). Diğer bir çalışmada ise gestasyonel yaş, multipar olma durumu ve konstipasyonun üriner inkontinans açısında risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir (103). Üriner inkontinansın risk faktörlerini belirleyebilmek adına yapılan bir kohort çalışmasında risk faktörlerinin diyabet, hipertansiyon, multipar gebelik, obezite ve düşük eğitim seviyesi olduğu bulunmuştur (104). Bir diğer çalışmada ise bu risk faktörlerinin idrar yolu enfeksiyonları, jinekolojik hastalıklar ve çocukluk dönemi

enürezis olduğu bulunmuş ve ifade edilmiştir (105). Kadınlarda zor doğum eylemi, kürtaj olma ve epizyotomi açılmasınında üriner inkontinans açısından önemli bir risk faktörü olduğu yapılan bir çalışmada ortaya konmuştur (106). Stres üriner inkontinansın vajinal doğum ve sezaryen doğum arasındaki ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise vajinal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (107). Çoğu hastalık için önemli bir risk faktörü olan sigara kullanımının da üriner inkontinans için de risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır (108).

2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi ve Yönetimi

Üriner inkontinansın tedavisi tanısının konulmasıyla birlikte üç ana başlık altında incelenir.

- Konservatif Tedavi
- Davranışsal Tedavi
- Pelvik Taban Egzersizleri
- Mesane Eğitimi
- Tuvalete Gitme Programı
- Biofeedback
- Vajinak Konlar
- Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon (FES)
- Farmakolojik Tedavi
- Cerrahi Tedavi (109).

Davranışsal Tedavi

Üriner inkontinansın tedavisinde hastalığın boyutuna bağlı olarak önerilen tedavi seçenekleri arasında, hastalar için risk faktörleri en az olan, tedaviyi uygulama ve hastanın ileri hayatındaki gebelik gibi durumlarının etkilenmemesi açısından davranışsal tedavinin önemi büyüktür (14, 110). Avrupa Ürüloji Derneği (EAU) tarafından yayımlanan kılavuzda üriner inkontinansın özellikle belli yaştan sonraki hastalarda tedavisi için öncelikli merkezi sinir sistemine etkisi olan ve karın içi basıncı arttıran hastalıkların tedavi edilmesi önerilmektedir. Bu hastalıklar;

- Kalp yetmezliği
- Kronik böbrek yetmezliği
- Diyabet
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- İnme ya da multipl skleroz gibi nörolojik hastalıklar
- Genel bilişsel bozukluklar
- Uyku bozuklukları
- Depresyon
- Metabolik sendrom (110, 111).

Davranışsal tedavide yaşam biçimi değişiklikleri önemlidir. Bu yaşam biçimi değişikliklerinde kilo kaybı, kontipasyon önleyici şekilde beslenme, yeterli sıvı alımının sağlanması, kasların özellikle pelvik taban kaslarının aşırı zorlayıcı aktivitelerden kaçınılması ve ağır şeyler kaldırılmaması, alkol tüketiminden ve sigara kullanımından uzak durulması ve kafeinli içeceklerinin azaltılması gibi belirli yaşam biçimi değişiklikleri üriner inkontinanslı hastada semptomların azalmasında fayda sağlamaktadır (14, 112).

Pelvik Taban Egzersizleri

Genellikle stres tipi üriner inkontinans tedavisinde daha etkili olan pelvik taban egzersizleri pelvik kasların güçlenmesini sağlamak aynı zamanda da üretral sfinkter fonksiyonlarının daha etkili çalışmasını amaçlamaktadır. Bu egzersizin düzenli ve gün içerisinde belirli zaman aralıklarında yapılması gerekmektedir. Ayrıca bu egzersizlerin etkili olabilmesi için hastanın yaşı ve kilosu önemlidir (113). Yapılan çalışmalar incelendiğinde pelvik taban egzersizlerinin stres üriner inkontinans tedavisinde ilk seçenek olabileceği saptanmıştır (114).

Mesane Eğitimi

Mesanenin düzenli olarak miksiyon yapması ve bunun belirli bir zaman yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Mesane eğitimi çoğunlukla karışık ve sıkışma tipteki üriner inkontinansın tedavisinde kullanılmaktadır (115).

Tuvalete Gitme Programı

Tuvalete gitme programının amacı bireyin altının kuru tutulmasını sağlamaktır. Uygulanma yöntemi ise kişinin gün içerisinde belirlenen saatlerde tuvalete gitmesidir. Burada kişi ister tuvalete sıkışsın ister sıkışmasın belirlenen saatlerde tuvalete gitmek zorundadır (116).

Biofeedback

Biofeedback insan bedeninde oluşan fizyolojik değişimlerin sesli ve görüntülü olarak karşı tarafa iletilmesi yöntemidir. Bu yöntemdeki asıl amaç bireyin hangi kası kasıp hangi kası kasmayacağını öğrenmesidir. Böylece birey sadece mesane kaslarını kasmayı öğrenerek daha olumlu sonuçlar almaktadır (110). Yapılan bir çalışma da biofeedback ve elektriksel stimülasyon yönteminin üriner inkontinans tedavisinin süresini azaltmada önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır (117).

Vajinal Konlar

Pelvik taban kaslarının güçlenmesi ve eğitimi için yirmi gr ile yüz gr arası değişen ağırlıklarda bulunan ve kullanılan vajinal konlar belirli zaman dilimlerinde vajinada bekletilerek uygulanmaktadır (118). Yapılan bir çalışmada vajinal kon kullanımı ile birlikte etkili mesane eğitiminin pelvik taban kaslarının güçlenmesinde daha etkili olması sebebiyle tedavinin daha erken döneminde uygulanmaya başlanması önerilmektedir (119).

Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES)

Fonksiyonel elektriksel stimulasyonun temel ilkesi pelvik tabanındaki kasların normal durumuna dönmesini sağlamaktır. Uygulanmasında ise bir elektrot ya da probun rektum ya da vajina bölgesine yerleştirilmesi ile yapılan elektiriksel uyarılma ve stimülasyondur. FES tedavisi belli seanslar ve belli zaman aralıklarında düzenli olarak yapılmaktadır. Bu seanslar sonucunda FES pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlamanın yanında aynı zamanda pudental sinirde de etkili olduğu ve burada da stimülasyonu sağladığı için üretranın kapanma basıncının artmasını sağlar (120). Üriner inkontinans problemi yaşayan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada FES'in hem karışık tipteki hem de stres tipi üriner inkontinası olan kadınlarda önemli etkileri olduğu gözlemlenmştir (121).

Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi

Farmakolojik tedavide üriner inkontinansın tipine göre kullanılan ilaçlarda değişkenlik göstermektedir. Farmakolojik tedavi ameliyat olmak istemeyen ya da ameliyat olma ihtimali bulunmayan hastalar için ek seçeneklerden biridir. Famakolojik tedavide kullanılan ilaçların etki mekanizmaları, üretral kapanma basıncını arttırma, mesane kasları üzerine etkileri, sfinkter kontraktiliteyi arttırma, pudental siniri stimüle etmedir (122). Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisinde her inkontinans tipinde farklı türevdeki ilaçlar kullanılmaktadır (123).

Üriner İnkontinansta Cerrahi Tedavi

Farmakolojik ve konservatif tedaviyle iyileşme sağlamayan ve ileri derece inkontinans tanısı almış ya da prolabsusu olan hastalardaki tedavi seçeneği cerrahi tedavidir (113). Üriner İnkontinans cerrahisinde farklı tedavi türleri bulunmaktadır. Burch operasyonu (retropubik mesane boyu süspansiyon operasyonları), ön onarım ve transvajinal kolposüspansiyon, iğne mesane boyu süspansiyon operasyonları, periüretral madde enjeksiyonları, subüretral sling operasyonları ve artifisyel üfetral sfinkter operasyonları, askı (sling) operasyonları, tension-free vaginal tape (TVT) cerrahi tedavi türleri arasında yer almaktadır (118, 124). Üriner inkontinans cerrahi yöntemlerinden Burch operasyonları ve Tension-free vaginal tape (TVT) karşılaştırılmasının ve etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada TVT'nin ilk tercih edilmesi gereken uygulama olduğu önerilmektedir (125).

2.2.5. Üriner İnkontinans ve Obezite İlişkisi

Üriner inkontinansın risk faktörlerinden biri de obezitedir. Aynı zamanda üriner inkontinansın konservatif tedavi önerilerinden biri diyet ve bununla birlikte kilo kaybıdır. Yapılan çalışmalarda obezitenin karın içi basınçta artmaya sebep olması aynı zamanda pelvis kasları zayıflatması ve pelvik kasların gerilmesine neden olarak mesaneye baskı yapması sebebiyle üriner inkontinansa sebep olduğu iletilmektedir (3, 126). Yapılan bir çalışmada Beden Kitle İndeksi (BKİ) arttıkça üriner sistem şikayetlerinde ve üriner inkontinansta artış görüldüğü saptanmıştır (7). Obez olan ve olmayan bireyler üzerinde yapılan üriner inkontinans çalışmasında obez bireylerde üriner inkontinansın daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (127). Kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise stres üriner inkontinans ile obezitenin ilişkisi olduğu

saptanmıştır (128). Bir olgu çalışmasında ise üriner inkontinansı olan morbid obez bireyin diyet ile kilo kaybetmesinin sonucunda üriner inkontinans şikayetlerinin azaldığı tespit edilmiştir (129). Sonuç olarak obezite ve üriner inkontinans arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır.

2.2.6. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü

Son yıllarda giderek artmakta olan ve üriner inkontinans için de bir risk faktörü olan obezitenin tedavisi ve önlenmesinde hemşirenin rolü büyük önem taşımaktadır. Uluslararası hemşireler birliği (ICN) ve benzeri kuruluşlar beslenme, kilo ve düzenli yaşam biçimi oluşturmada hemşirelerin önemli bir yerde olduğunu belirtmektedir. Ayrıca yeni gelişen hemşirelik modellerinin ise obeziteyi önlemede kullanılması daha etkin sonuçların alınmasını sağlamaktadır (130). Özellikle güçlendirme modeli olarak bilinen ve sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesini amaçlayan bu modelin hemşire tarafından kullanılmasının obeziteyi önlemede etkin sonuçları olduğu ortaya konmuştur (131). Hemşire obezitenin önlenmesinde her bireye özel hemşirelik bakımını ve sürecini planlaması gerekmektedir. Bireye doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, düzenli egzersiz konusunda teşvik edilmesi gibi obeziteyi engelleyici birçok konuda bireye danışmanlık sağlar ve eğitim verir (132).

Obezite problemi yaşayan kadınlarda görülme riski daha fazla bulunan üriner inkontinans kadınların yaşam kalitelerini büyük oranda etkilemektedir. Özellikle giderek artmakta olan ve pelvik taban kaslarındaki bozulma ile meydana gelen üriner inkontinansta hemşirelik yaklaşımları daha önemli hale gelmektedir. Hemşireler üriner inkontinans tedavisinde ve önlenmesinde bireyin fazla kilo alımının engellenmesi, fiziksel aşırı ve zorlayıcı hareketlerden kaçınması, davranışsal tedavi uygulamaları ve takibi, kegel egzersizlerin anlatılması ve uygulamalı olarak gösterilmesi gibi eğitimler vererek hastaya danışmanlık sağlamaktadır (133, 134). Üriner inkontinansın konservatif tedavileri arasında bulunan kilo kaybı ve kilo almama üriner inkontinansın önlenmesinde ve tedavisinde obezite faktörünün önemli ölçüde etkili olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin de bu durumu ele alarak kadınlara beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü ile ilgili eğitimler vermesi ve danışmanlık yapması gerekmektedir (14).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma obez kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını araştırmak ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan analatik kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Genel Özellikleri

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne jinekoloji ve obezite polikliniğine başvuran 18-65 yaş aralığında obez kadınlarla Temmuz 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1990 yılında Ankara Etlik'te kurul olup 420 yatak kapasiteli binasında hizmete açılmıştır. Halen hizmetlerine devam etmektedir. Araştırma jinekoloji polikliniği ve obezite merkezinde yapılmıştır. Hastanede poliklinik binasında bulunan 5 ayrı jinekoloji polikliniği hizmet vermektedir. Obezite merkezi ise 2019 yılında hizmete açılmış olup obezite problemi yaşayan hastalara hizmet vermeyi amaçlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne jinekoloji polikliniğine ve obezite merkezine başvuran 18 yaş üzeri -65 yaş aralığında obez kadınlar oluşturmuştur. Kadınların aynı yerde, aynı ölçüm aletleri kullanılarak ve aynı kişi tarafından boy, kilo değerleri ölçümü yapılmıştır. Bu doğrultuda hesaplanan BKİ, DSÖ kriterlerine göre değerlendirilerek BKİ, fazla kilolu > 25.00, Şişmanlık öncesi (Pre-obez) 25.00 - 29.99, Şişman (Obez) > 30.00, I. derece obez 30.00- 34.99, II. derece obez 35.00- 39.99, III. derece obez > 40.00 olarak sınıflandırılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Temmuz 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan G Power 3.1 programı kullanılarak hesaplanan,

etki genişliği Cohen's D alınarak oluşturulan ve % 80 güç aralığında %5 1. Tip hata payı olarak alınan en az 130 kadın oluşturmuştur.

Örneklem Seçim Kriterleri:

- Obezitesi olan (DSÖ BKİ sınıflandırılmasında Obez ≥ 30.00),
- 18 yaş üzeri-65 yaş aralığında olan,
- Türkçe konuşup anlayabilen ve sözel iletişim problemi bulunmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar

Örneklem Çıkarılma/Dışlanma Kriterleri:

- Uygulanan anket formunu eksik dolduran veya doldurma sırasında vazgeçen kadınlar

3.4. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

- Üriner inkontinans varlığı
- Obez kadınların sosyodemografik özellikler
- Klinik değişkenler

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

- Obez kadınların İnkontinas Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldığı puanlar
- Obez kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formundan aldıkları puanlar

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak tanıtım formu (EK-7), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) (EK-8) ve Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) (EK-9) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtım Formu

Tanıtım formu literatür doğrultusunda hazırlanan kadının yaşı, mesleği, gelir durumu vb. sosyodemografik özellikleri sorgulanacak aynı zamanda gebelik sayısı, doğumlarının sayısı, çay-kahve tüketimi, hastalıkları, cinsel hayatı vb. gibi kadını bir bütün olarak ele alan ve yapılan araştırmayla ilgili daha net verilere ulaşılmasını sağlayan toplamda 37 sorudan oluşmaktadır (7, 8, 94, 119, 124).

3.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

Wagner ve arkadaşları ile birlikte 1996 yılında üriner inkontinanslı bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi üzerine Amerika'da oluşturulmuştur (135). Türkiye'de ise, I-QOL'ın geçerlilik ve güvenirlilik çalışması 2003 yılında Özerdoğan tarafından yapılmıştır. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) değerlendirilmektedir. Hesaplanan toplam puan daha iyi açıklanabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmüştür. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur (109). İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama (1. 2. 3. 4. 10. 11. 13. 20. maddeler), psikolojik olarak etkilenme (5. 6. 7. 9. 15. 16. 17. 21. 22. maddeler) ve sosyal yaşamını sınırlama (8. 12. 14. 18. 19) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Yüksek puan alanların düşük puan alanlara göre yaşam kalitesinin düzeylerinin daha iyi olduğunu göstermektedir (136). Cronbach Alfa katsayısı değerleri tablo 3.5.2.1. de verilmiş olup çalışmamızda 0.96 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.1.1. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Cronbach's Alpha değeri.

Cronbach's Alpha	Türkçe Geçerlilik-Güvenirlilik	Çalışmamızda
QOL	.96	0.966
Davranışları sınırlama	.88	0.865
Psikolojik etkilenme	.92	0.932
Sosyal yaşamını sınırlama	.90	0.943

3.5.3. Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)

Avery ve arkadaşları tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek üzere geliştirilmiştir (137). Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. ICIQ-SF, tüm bireylerdeki idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırma nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte dört boyutu bulunmaktadır. Birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumları sorgulanmaktadır. Değerlendirme için ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. ICIQ-SF skorunda sekiz ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasındadır (138).

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Veri toplama formlarının Tanıtım Formu (EK-6), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Ölçeği (I-QOL) (EK-7), Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) (EK-8) anlaşılırlığı ve uygularken algıda değişiklik varlığının saptanabilmesi amacıyla araştırma kriterlerine uygun 10 obez kadın ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamanın sonucunda veri toplama araçlarında değişikliğe gerek olmadığı görülmüş ve bu grup gerçek uygulamaya dahil edilmemiştir.

Veriler Temmuz 2019- Aralık 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Uygulamaya başlamadan önce araştırma hakkında kadınlar bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların boy ve kilo ölçümleri yapıldıktan sonra veri toplama formlarını yanıtlamaları yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Görüşme sonrası bireye obezite ve üriner inkontinans hakkında bilgi ve danışmanlık hizmeti verilmiştir.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada çalışmaya katılan 135 obez kadından elde edilen yaş, BKİ, kilo, boy gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ve

grafiksel yöntemlerle incelenmiştir. Sürekli değişkenler normal dağılım şartını sağlamadığından tanımlayıcı olarak ortanca (minimum; maksimum) [medyan (min; maks)] değerleri tanımlayıcı olarak verilemsine ek olarak, tanımlayıcı bilgilerinin daha iyi ifade edilebilmesi için ortalama ±std. sapma (Ort±SS) değerleri de tanımlayıcı olarak verilmiştir. BKİ kategori, idrar kaçırma durumu, kegel uygulama durumu, doğum şekli vb. gibi kategorik değişkenlerin özetlenmesinde sayı (yüzde) [n(%)] tanımlayıcı istatistikleri kullanılmıştır.

Üriner inkontinans görülen 119 hastanın I-QOL ölçek puanı ve ICIQ-SF ölçek puanlarında iki grup karşılaştırması gerekli varsayımlar sağlanmadığından bağımsız örneklem t testinin (İndipendent Sample t Test) non-parametrik karşılığı olan Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmasında ise ANOVA'nın (Analysis Of Variance) non-parametrik karşılığı olan Kruskal Wallis testi sonucu kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda anlamlı farklılığın belirlendiği yerde farka sebep olan grubu belirlemek için Bonferroni düzeltmeli post-hoc testi uygulanmış ve karşılaştırma sonucu kullanılmıştır. Üriner inkontinansı olan kişilerde göre ICIQ-SF'da 6. soru için karşılaştırma sonuçları ki-kare testi kullanılarak test edilmiş ve Fisher exact test ve continuity correction test sonucundan uygun olan ki-kare sonucu kullanılmıştır.

Araştırmada istatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2016 programları kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma tek bir hastanede yapılmış olup elde edilen veriler katılımcıların tanıtım formu ve ölçeği değerlendirirken bulundukları bireysel beyanları ve örneklem seçim kriterleri dışında kalan kadınlara uygulanmaması ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırmanın sonuçlarını topluma genellenemez.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum izni alınmıştır (EK-1, EK-2). Aynı zamanda çalışmamızda kullanılacak ölçekler için izin alınmış ve alınan izinlerde ekler kısmında gösterilmiştir (EK-3, EK-4). Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden çalışma için etik kurul izni alınamamıştır (EK-5). Bu nedenle çalışma tek merkezde gerçekleşmiştir. Anket formunu uygulamaya başlamadan önce bireylere araştırmanın amacı ve formun içeriği hakkında sözlü açıklamada bulunup, yazılı onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir (EK-6). Katılımcılara anket ve onam formundaki kimlik bilgilerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı gizli tutulacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu kısımda araştırma verilerinin istatistiksel analizi sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar şeklinde verilmiştir.

4.1. Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

4.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine İlişkin Bulgular

4.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlarına Yönelik Bulgular

4.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.1. Obez Kadınların Sosyodemografik ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Obez kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ortalamalarının dağılımı (n=135).

Değişkenler	Ort ± SS	Medyan (min; max)
Yaş	52.19 ± 8.83	53.00 (23.00; 65.00)
Kilo (kg)	91.79 ± 12.16	90.90 (66.60; 125.30)
Boy (cm)	1.57 ± 0.05	1.56 (1.41; 1.78)
BKİ	37.34 ± 4.85	37.31 (26.80; 50.83)
Gebelik sayısı	4.39 ± 2.31	4.00 (0.00; 13.00)
Doğum sayısı	3.18 ± 1.62	3.00 (0.00; 8.00)

Tablo 4.1.1. incelendiğinde; 135 obez kadının yaş ortalamaları 52.19±8.83 olarak saptanmıştır. Kilo ortalamaları 91.79±12.16, boy ortalamaları ise 1.57±0.05 bulunmuştur. BKİ ortalamalarının 37.34±4.85, gebelik sayısı ortalamalarının 4.39±2.31, doğum sayısı ortalamalarının ise 3.18±1.62 olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.1.2. Obez kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=135).

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
18-29	3	2.2
30-49	42	31.1
50-65	90	66.7
BKİ		
I. Derece Obez	48	35.5
II. Derece Obez	53	39.3
III. Derece Obez	34	25.2
Meslek		
Ev Hanımı	125	92.6
Memur	3	2.2
İşçi	7	5.2
Medeni Durum		
Evli	122	90.4
Bekar	13	9.6
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	23	17.0
İlköğretim	94	69.6
Ortaöğretim	15	11.1
Üniversite ve Üzeri	3	2.2
Yaşadığı Yer		
Köy	5	3.7
İlçe	1	0.7
Merkez	129	95.6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	122	90.4
Geniş Aile	13	9.6
Ekonomik Durum		
Kötü (Gelir giderden az)	15	11.1
Orta (Gelir gidere eşit)	117	86.7
İyi (Gelir giderden fazla)	3	2.2
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	27	20.0
Hayır	108	80.0
Alkol Tüketimi		
Evet	0	0.0
Hayır	135	100.0
Çay-Kahve Tüketimi		
Evet	130	96.3
Hayır	5	3.7

Tablo 4.1.2. incelendiğinde; obez kadınların %66.7'sinin (n=90) 50-65 yaş aralığında, BKİ hesaplandığında %35.5'inin (n=48) I. derece obez, %39.3'ünün (n=53) II. derece obez, %25.2'sinin (n=34) ise III. derece obez olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınların %90.4'ünün (n=122) evli, %9.6'sının (n=13) bekar, %92.6'sının (n=125) ev hanımı, %69.6'sının (n=94) ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşadığı yerler incelendiğinde %95.6'sının (n=129) merkezde yaşadığı, %90.4'ünün (n=122) çekirdek aile aile tipinde olduğu bulunmuştur. Kadınların ekonomik durumlarının %86.7'sinin (n=117) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların %20'sinin (n=27) sigara kullandığı, çay ve kahve tüketiminin %96.3 (n=130) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Obez kadınların sağlık durumu özelliklerinin dağılımı (n=135).

Sağlık Durumu	**n**	**%**
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	80	59.3
Hayır	55	40.7
Sahip Olunan Kronik Hastalık		
Hipertansiyon (HT)	25	31.3
Diabetes Mellitus (DM)	14	17.5
HT ve DM	16	20.0
Diğer	25	31.3
Sürekli İlaç Kullanımı		
Evet	91	67.4
Hayır	44	32.6
Kabızlık		
Evet	70	51.9
Hayır	65	48.1
İdrar Yolu Enfeksiyonu		
Evet	97	71.9
Hayır	38	28.1
Organlarda Sarkma Hissi		
Evet	46	34.1
Hayır	89	65.9
Gündüz İdrara Çıkma		
2 kez	3	2.2
3 kez	8	5.9
4 kez	9	6.7
5 kez ve üzeri	115	85.2
Gece İdrara Çıkma		
Hiç	20	14.8
1 kez	32	23.7
2 kez	31	23.0
3 kez	29	21.5
4 kez ve üzeri	23	17.0

Tablo 4.1.3. incelendiğinde kadınların %59.3'ünün (n=80) kronik hastalığının bulunduğu, sahip olunan kronik hastalıkların %31.3'ünde (n=25) hipertansiyon, %17.5'inde (n=14) diyabetes mellitus, %20.0'sinde (n=16) hem hipertansiyon hem de diyabetes mellitusun bir arada bulunduğu, %31.3'ünün de (n=25) diğer kronik hastalıklara sahip olduğu saptanmış olup, %67.4'ünün (n=91) sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kadınların %51.9'unun (n=70) kabızlık problemi yaşadığı, %71.9'unun (n=97) ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bulumuştur. Kadınların idrara çıkma durumu incelendiğinde; %85.2'sinin (n=115) gündüz 5 kez ve üzeri, %17'sinin (n= 23) gece 4 kez ve üzeri idrara çıktığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.4. Obez kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=135).

Obstetrik özellikler	**n**	**%**
Gebelik Sayısı		
0	8	5.9
1	20	14.8
2-3	26	19.3
4 ve daha fazla	81	60.0
Doğum Yapma Durumu		
Evet	128	94.8
Hayır	7	5.2
Doğum Sayısı		
0	7	5.2
1	4	3.0
2-3	81	60.0
4 ve daha fazla	43	31.9
Doğum Yaşı		
18 ve altı	51	39.8
19 ve üzeri	77	60.2
Doğum Şekli		
Sezaryen Doğum	12	9.4
Normal Doğum	95	74.2
Sezaryen ve Normal Doğum	21	16.4
Epizyotomi		
Evet	75	55.6
Hayır	60	44.4
Vakum-Forseps Kullanımı		
Evet	3	2.2
Hayır	132	97.8
Doğum Sırasında Uygulanan Bası		
Evet	96	71.1
Hayır	39	28.9
Kürtaj Durumu		
Evet	78	57.8
Hayır	57	42.2
Menopoza Girme Durumu		
Evet	96	71.1
Hayır	39	28.9
Jinekolojik Ameliyat Geçirme Durumu		
Evet	32	23.7
Hayır	103	76.3

Tablo 4.1.4. incelendiğinde; obez kadınların %60'ının (n=81) 4 veya daha fazla gebelik geçirdiği bu kadınların %94.8'inin (n=128) doğum yaptığı, %5.2'sinin (n=7) doğum yapmadığı, %60'ının (n=81) 2 ya da 3 kez, %31.9'unun (n=43) ise 4 kez ve üzeri doğum sayısına sahip olduğu, doğum yaşı 18 ve altı olan kadınların oranı ise %39.8 (n=51) olarak saptanmıştır. Doğum şekline bakıldığında normal doğum yapanların %74.2 (n=95), sadece sezaryen doğum yapanların oranı ise %9.4 (n=12) olarak belirlenmiştir. Kadınların %55.6'sına (n=75) doğum sırasında epizyotomi yapıldığı ve %71.1'ine (n=96) doğum sırasında bası uygulandığı tespit edilmiştir. Kadınların %57.8'inin (n=78) kürtaj olduğu, %71.1'inin (n=96) menopoza girdiği, %23.7'sinin (n=32) jinekolojik ameliyat geçirdiği bulunmuştur.

4.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Obez kadınlarda üriner inkontinans görülmesi, sıklığı ve miktarına ilişkin bulguların dağılımı (n=135).

Değişkenler	**n**	**%**
Üriner İnkontinans		
Var	119	88.1
Yok	16	11.9
Üriner İnkontinans Sıklık (n=119)		
Haftada 1 veya daha seyrek	30	22.2
Haftada 2 veya 3 kez	16	11.9
Günde 1 kez	23	17.0
Günde birkaç kez	48	35.6
Her zaman	2	1.5
Üriner İnkontinans Miktar (n=119)		
Az miktarda	68	50.4
Orta miktarda	20	14.8
Çok miktarda	31	23.0
Kegel Egzersizini Bilme		
Evet	15	11.1
Hayır	120	88.9
Kegel Egzersizini Uygulama		
Evet	12	8.9
Hayır	123	91.1

Tablo 4.2.1. incelendiğinde; obez kadınların %88.1'inde (n=119) üriner inkontinans olduğu, üriner inkontinansı olanlarında %35.6'sının (n=48) günde birkaç kez idrar kaçırdığı, %23'ünün (n=31) çok miktarda idrar kaçırdığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %11.1'inin (n=15) kegel egzersizini bildiğini ve %8.9'unun (n=12) kegel egzersizini uyguladığı saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Üriner inkontinansı olan obez kadınların idrar kaçırdığı durumların dağılımı (n=119).

Durumlar*	**n**	**%**
Tuvalete Yetişemeden İdrar Kaçırıyorum	85	63.0
Öksürürken veya Hapşırırken Kaçırıyorum	80	59.3
Uyurken Kaçırıyorum	1	0.7
Hareket Halinde İken ya da Spor Yaparken Kaçırıyorum	22	16.3
İdrar Yapmayı Bitirip Giyinirken Kaçırıyorum	3	2.2
Belirgin Bir Neden Olmadan Kaçırıyorum	10	7.4
Her Zaman Kaçırıyorum	5	3.7
Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma	28	20.7
Ağır Kaldırdığında İdrar Kaçırma	41	30.4

*Birden çok şıkkı işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.2. incelendiğinde; obez kadınların %63.0'ının (n=85) tuvalete yetişemeden, %59.3'ünün (n=80) öksürürken veya hapşırırken, %0.7'sinin (n=1) uyurken, %16.3'ünün (n=22) hareket halinde ya da spor yaparken, %2.2'sinin (n=3) idrar yapmayı bitirdikten sonra giyinirken, %7.4'ünün (n=10) belirgin bir neden olmadan, %3.7'sinin (n=5) ise her zaman idrar kaçırma problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların %20.7'sinin de cinsel ilişki sırasında, %30.4'ünün (n=41) ağır bir cisim kaldırdığında da idrar kaçırma problemi yaşadığı görülmüştür.

4.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarına Yönelik Bulgular

Üriner inkontinans görülen obez kadınların I-QOL (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve ölçek alt boyutları olan davranış sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamı sınırlama ve ölçekleri toplam puanları ve üriner inkontinans görülen ve

görülmeyen kadınların ICIQ-SF (Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu) için bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Üriner inkontinans görülen obez kadınların I-QOL ölçek puanlarına yönelik bulguların dağılımı.

I-QOL Ölçek ve Alt Puanları	**Olan [n=119]**
	Medyan (min; maks)
Davranış sınırlama	24 (8; 38)
Psikolojik Etkilenme	28 (11; 45)
Sosyal yaşamı sınırlama	10 (5; 25)
QOL Toplam	63 (25; 108)

*ANOVA yapılmıştır.

Tablo 4.3.1. incelendiğinde; üriner inkontinans görülen obez kadınlarda I-QQL (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği) ölçek puanı karşılaştırıldığında ölçek toplam puanı ortalama üriner inkontinansı olan grubun 63 (min; maks: 25;108) puan aldığı belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları (davranış sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamı sınırlama) incelendiğinde, inkontinans olan grubun davranış sınırlama ortalama 24 (min; max: 8; 28), psikolojik etkilenme ortalama 28 (min; max: 11; 45) ve sosyal yaşamı sınırlamanın 10 (min; max: 5; 25) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Üriner inkontinans görülen ve görülmeyen obez kadınların ICIQ-SF karşılaştırılmasına yönelik bulguların dağılımı.

Parametreler	Olan [n=119]	Olmayan [n=16]	Test İstatistiği*	
	Medyan (min; maks)	Medyan (min; maks)	χ^2	p
Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum				
Hayır	34 (28.6)	16 (100.0)	27.857	**<0.001**$^{+}$
Evet	85 (71.4)	0 (0.0)		
Öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum				
Hayır	39 (32.8)	16 (100.0)	23.691	**<0.001**$^{+}$
Evet	80 (67.2)	0 (0.0)		
Uyurken kaçırıyorum				
Hayır	118 (99.2)	16 (100.0)	N/A	0.881*
Evet	1 (0.8)	0 (0.0)		
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum				
Hayır	97 (81.5)	16 (100.0)	N/A	**0.048***
Evet	22 (18.5)	0 (0.0)		
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum				
Hayır	116 (97.5)	16 (100.0)	N/A	0.683*
Evet	3 (2.5)	0 (0.0)		
Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum				
Hayır	109 (91.6)	16 (100.0)	N/A	0.270*
Evet	10 (8.4)	0 (0.0)		
Her zaman kaçırıyorum				
Hayır	114 (95.8)	16 (100.0)	N/A	0.527*
Evet	5 (4.2)	0 (0.0)		
ICIQ-SF Toplam	14 (4; 20)	0 (0; 0)	6.499	**<0.001**

a. Pearson ki-kare ($\chi 2$) testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlı
b. Fisher exact test, +: Continuity correction sonucudur.

Tablo 4.3.2. incelendiğinde; üriner inkontinans görülen obez kadınların ICIQ-SF ölçek puanı 14 (4; 20) olarak bulunmuştur. Üriner inkontinans görülen ve görülmeyen kadınların ICIQ-SF (Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu) ölçek puanları arasında ölçek formunda 6. soruda "Hangi durumlarda idrar kaçırıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)" için verdikleri cevaplar incelendiğinde tuvalete yetişemeden, öksürürken ve hapşırırken, hareket halinde idrar kaçırma durumlarında ve ICIQ-SF toplam puanları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir.

4.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.4.1. Üriner inkontinansı olan obez kadınların BKİ puan değerlerinin ölçek skorlarına göre dağılımı (n=119).

BKİ	I. Derece obez	II. Derece obez	III. Derece obez	Test istatistiği*	
	Medyan (min; max)	Medyan (min; max)	Medyan (min; max)	χ^2	p*
Davranış Sınırlama	26 (9; 40)	24 (8; 40)	24.5 (12; 37)	1.947	0.378
Psikolojik Etkilenme	30 (12; 45)	28 (13; 45)	28.5 (17; 45)	1.161	0.560
Sosyal Yaşamı Sınırlama	12 (6; 25)	10 (5; 25)	11 (7; 24)	1.496	0.473
QOL Toplam	69.5 (27; 108)	65 (27; 110)	65 (39; 105)	1.490	0.475
ICIQ-SF Toplam	13 (0; 20)	14 (0; 20)	13 (5; 20)	0.341	0.843

a. Pearson ki-kare (χ2) testi kullanılmıştır.
b. Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 anlamlı
c. İndependent Sample t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.4.1. incelendiğinde; inkontinansı olan obez kadınların BKI kategorilerine göre puan karşılaştırmalarına bakıldığında ölçek toplam ve alt puanlarının gruplarda anlamlı farklılık belirlenememiştir (p>0.05).

Tablo 4.4.2. Üriner inkontinansı olan obez kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının dağılımı (n=119).

Parametreler	Davranış Sınırlama			Psikolojik Etkilenme			Sosyal Yaşamı Sınırlama			I-QOL Toplam			ICIQ-SF Toplam		
	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*
Yaş															
18-29	34 (20;36)	1.421	0.491	42 (15;45)	0.558	0.756	23 (6;25)	4.200	0.122	99(41;106)	1.309	0.520	6 (5; 20)	2.277	0.320
30-49	26 (9;40)			30 (11;45)			12.5 (5;25)			69(25;108)			13 (4; 20)		
50-65	25 (8;40)			29 (13;45)			10 (5;25)			64(27;110)			14 (5; 20)		
Medeni Durum															
Evli	24 (8; 38)	2.179	**0.029**	28 (11; 45)	1.039	0.299	10 (5; 25)	0.806	0.420	64 (25;108)	1.629	0.103	14 (4; 20)	0.181	0.856
Bekar	17 (12; 35)			23 (16;45)			9 (5; 25)			50.5(36;105)			14.5 (5; 20)		
Eğitim Durumu															
Okuryazar değil	25.5 (8; 39)	2.414	0.491	30 (13; 45)	5.539	0.136	10.5 (5; 25)	4.401	0.221	69.5(27;107)	4.457	0.216	13 (0; 20)	4.415	0.220
İlköğretim	25 (9; 40)			28 (12; 45)			11 (5; 25)			65 (27; 110)			13 (0; 20)		
Ortaöğretim	26 (12; 38)			27 (16; 45)			10.5 (6; 25)			62.5(34;108)			13 (0; 19)		
Üniversite ve Üzeri	34 (24; 35)			43 (33; 45)			23 (12; 23)			100(69; 103)			9 (5; 10)		
Kronik Hastalık	24 (8; 38)	1.104	0.269	28 (12; 45)	0.328	0.743	10 (5; 25)	0.747	0.455	62 (27; 108)	0.886	0.376	15 (5; 20)	1.652	0.099
Evet	24.5 (9; 38)			28.5 (11; 45)			11.5 (5; 25)			64.5 (25; 106)			13 (4; 20)		
Hayır															
Kabızlık	25.5 (9; 40)	0.559	0.576	30 (11; 45)	**0.147**	**0.884**	12 (5; 25)	0.173	0.862	68.5 (25; 108)	0.130	0.896	13 (0; 20)	0.355	0.723
Evet	24 (8; 40)			29 (13; 45)			11 (5; 25)			64 (27; 110)			14 (0; 20)		
Hayır															

p*<0.05 anlamlı

Tablo 4.4.2. Üriner inkontinansı olan obez kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek puanlarının dağılımı (devam).

Parametreler	Davranış Sınırlama			Psikolojik Etkilenme			Sosyal Yaşamı Sınırlama			I-QOL Toplam			ICIQ-SF Toplam		
	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*
İdrar Yolu Enfeksiyonu															
Evet	24 (8; 40)	1.389	0.165	28 (11; 45)	0.464	0.643	11 (5; 25)	0.307	0.759	65 (25; 110)	0.742	0.458	13 (0; 20)	0.285	0.775
Hayır	29 (11; 39)			30.5 (13; 45)			11.5 (6; 25)			70 (34; 108)			13.5 (0; 18)		
Sarkma Hissi															
Evet	24.5 (10; 40)	0.097	0.922	28.5 (13; 45)	0.050	0.960	10.5 (5; 25)	0.017	0.987	66.5 (29; 108)	0.217	0.828	13.5 (0; 20)	0.173	0.863
Hayır	26 (8; 40)			30 (11; 45)			11 (5; 25)			65 (25; 110)			13 (0; 20)		
Gündüz İdrar															
2 kez	31 (24; 38)	2.251	0.522	37 (30; 44)	2.254	0.521	20.5(16; 25)	3.384	**0.336**	88.5 (70; 107)	3.460	0.326	5 (0; 10)	4.860	0.182
3 kez	33.5 (8; 39)			40 (14; 45)			23.5 (5; 25)			97.5 (27; 108)			2.5 (0; 16)		
4 kez	35 (20; 38)			40.5 (21; 45)			22.5 (8; 25)			100.5 (49; 108)			5.5 (0; 20)		
5 ve üzeri	24 (9; 40)			28 (12; 45)			10.5 (5; 25)			63.5 (27; 110)			14 (0; 20)		
Gece İdrar															
Hiç	32.5 (14; 40)	21.261	**<0.001**	39.5 (15; 45)	15.217	**0.004**	22.5 (6; 25)	20.895	**<0.001**	94.5 (35; 107)	21.149	**<0.001**	7 (0; 17)	15.433	**0.004**
1 kez	29 (14; 40)			31.5 (17; 45)			13 (6; 25)			69 (38; 110)			12.5 (0; 19)		
2 kez	24 (12; 37)			28 (13; 45)			10 (6; 25)			60 (34; 107)			14 (5; 20)		
3 kez	26 (11; 39)			30 (14; 45)			11 (6; 25)			69 (32; 109)			15 (0; 20)		
4 ve üzeri	19 (8; 33)			23 (12; 43)			8 (5; 25)			50 (27; 101)			15 (0; 20)		

p*<0.05 anlamlı

Tablo 4.4.2. incelendiğinde; üriner inkontinansı olan obez kadınlarda yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunamamış ancak 50-65 yaş grubundaki kadınların IQOL ölçek puanları diğer gruplara göre daha düşük bulunurken ICIQ-SF ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumları ile I-QOL ölçeği davranış sınırlama alt grubu arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. ($Z=2.179$; $p=0.029$). Diğer gruplarda anlamlı bir farklılık belirlenememiştir ($p>0.05$). Davranış sınırlama alt boyutunda medeni durumu evli olanların bekarlara göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığa sahip olma durumlarında her iki ölçeğin puanlarında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kadınların kabızlık durumu incelendiğinde psikolojik etkilenme alt puanınında anlamlı olarak farklılık elde edilirken ($Z=0.147$; $p=0.884$), diğer ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık elde edilememiştir ($p>0.05$). Çalışmadaki inkontinanslı kadınların idrar yolu enfeksiyonuna sahip olmasının ölçek puanlarında anlamlı farklılığa sebep olmadığı, grupların benzer puanlar aldığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Sarkma hissi durumu incelendiğinde ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). İnkontinanslı kadınların gündüz ve gece idrara çıkma durumlarında gündüz idrara çıkma sayısında gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenememiştir. Gece idrara çıkma durumu için yapılan karşılaştırma sonucunda tüm değerlendirmelerde anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlendiği yerde farkın kimden kaynaklandığını gösteren gece etkilenmesi post-hoc ikili karşılaştırma testi sonuçları da tablo 4.4.3. de özetlenmiştir.

Tablo 4.4.3. Gece etkilenmesi için post-hoc ikili karşılaştırma sonuçları dağılımı.

	Davranış sınırlama	Psikolojik etkilenme	Sosyal yaşamı sınırlama	QOL toplam	ICIQ-SF
Hiç- 1 kez	p=1.000	p=1.000	p=0.643	p=1.000	p=0.355
Hiç- 3 kez	p=1.000	p=1.000	p=0.110	p=0.918	p=0.051
Hiç- 2 kez	**p<0.001**	p=0.100	p=0.109	p=0.398	**p=0.024**
Hiç-4 ve üzeri	**p=0.001**	**p=0.046**	**p<0.001**	**p=0.004**	**p=0.002**
1 kez-3 kez	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000
1 kez- 2 kez	p=1.000	p=1.000	p=0.109	p=1.000	p=1.000
1 kez- 4 ve üzeri	**p=0.001**	**p=0.046**	**p=0.023**	**p=0.004**	p=0.499
3 kez- 2 kez	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000	p=1.000
3 kez- 4 ve üzeri	**p=0.044**	p=0.063	p=0.258	**p=0.030**	p=1.000
2 kez- 4 ve üzeri	p=0.070	**p=0.049**	p=0.145	p=0.056	p=1.000

Bonferroni düzeltmeli post-hoc testi uygulanmıştır.

Tablo 4.4.3. incelendiğinde; gece etkilenmesi için post-hoc ikili karşılaştırma sonuçlarında ölçek ve alt puanlarında anlamlı farklılık hiç-2 kez, hiç-4 ve üzeri ve 1 kez-4 ve üzeri, 3 kez-4 ve üzeri, 2 kez-4 ve üzeri karşılaştırmaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Hiç-4 kez ve üzerinde grubunda tüm ölçek puanlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.046$, $p=0.004$, $p=0.002$, $p=0.023$, $p=0.024$, $p=0.044$, $p= 0.030$, $p=0.049$).

Tablo 4.4.4. Üriner inkontinansı olan obez kadınların obstetrik özelliklerine yönelik ölçek puanlarının dağılımı (n=119).

Parametreler	Davranış Sınırlama			Psikolojik Etkilenme			Sosyal Yaşamı Sınırlama			I-QOL Toplam			ICIQ-SF Toplam		
	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*
Gebelik Sayısı															
0	27 (15;36)	3.151	0.369	33.5 (21;45)	3.262	0.353	13.5 (5;25)	4.389	0.222	70 (41;106)	4.213	0.239	17.5 (5; 20)	1.846	0.397
1	25 (12;38)			29 (13;45)			10.5 (6;25)			64 (34;108)			8 (5; 17)		
2-3	26.5 (10;40)			30 (15;45)			13.5 (6;25)			70 (35;110)			14.5 (4; 20)		
4 ve üzeri	24 (8;39)			28 (11;45)			10 (5;25)			65 (25;108)			14(5; 20)		
Doğum Sayısı															
0	26 (9;36)	0.769	0.857	35 (11;45)	0.990	0.804	10 (5;25)	0.464	0.927	71 (25;106)	0.689	0.876	17 (5; 20)	0.174	0.982
1	26 (18;31)			29 (27;37)			13.5 (6;23)			68.5 (51;91)			13.5 (5; 19)		
2-3	26 (9;40)			28 (12;45)			11 (5;25)			65 (27;110)			15 (4; 20)		
4 ve üzeri	24 (8;39)			30 (13;45)			12 (5;25)			70 (27;108)			13 (5; 20)		
Doğum Yaşı															
18 ve altı	24 (8; 40)	1.614	0.106	29 (12; 45)	0.196	0.844	11 (5; 25)	0.658	0.510	63 (27; 110)	0.692	0.489	13 (0; 20)	0.667	0.505
19 ve üzeri	27 (11; 40)			30 (13; 45)			11 (5; 25)			67 (32; 109)			13 (0; 20)		
Doğum Şekli															
Normal	33.5 (14; 38)	2.634	0.268	42 (15; 45)	1.777	0.411	19.5 (6; 25)	2.130	0.345	95 (35; 108)	2.056	0.358	7.5 (0; 17)	4.075	0.130
Sezeryan	24 (9; 40)			28 (12; 45)			11 (5; 25)			65 (27; 110)			14 (0; 20)		
Normal + Sezeryan	26 (8; 40)			28 (13; 45)			11 (5; 25)			65 (27; 109)			13 (0; 20)		

p*<0.05 anlamlı

Tablo 4.4.4. Üriner inkontinansı olan obez kadınların obstetrik özelliklerine yönelik ölçek puanlarının dağılımı (devam).

Parametreler	Davranış Sınırlama			Psikolojik Etkilenme			Sosyal Yaşamı Sınırlama			I-QOL Toplam			ICIQ-SF Toplam		
	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*
Epizyotomi															
Evet	24 (10; 40)	0.351	0.726	28 (13; 45)	0.667	0.505	11 (6; 25)	0.469	0.639	65 (29; 109)	0.233	0.816	13 (0; 20)	0.324	0.746
Hayır	26 (8; 40)			31 (11; 45)			11 (5; 25)			68.5 (25; 110)			13.5 (0; 20)		
Vakum-Forseps															
Evet	24 (20; 29)	0.102	0.930	28 (21; 32)	0.331	0.755	8 (8; 10)	0.961	0.355	65 (49; 66)	0.390	0.719	15 (11; 20)	0.748	0.480
Hayır	25.5 (8; 40)			30 (11; 45)			11 (5; 25)			66.5 (25; 110)			13 (0; 20)		
Doğumda Bası															
Evet	25 (8; 40)	0.144	0.885	28 (12; 45)	0.937	0.349	11 (5; 25)	0.381	0.703	65 (27; 109)	0.421	0.674	13 (0; 20)	1.445	0.148
Hayır	27 (9; 40)			33 (11; 45)			12 (5; 25)			69 (25; 110)			11 (0; 20)		
Kürtaj															
Evet	24 (8; 39)	0.593	0.553	28 (12; 45)	1.059	0.289	10 (5; 25)	1.061	0.289	62 (27; 108)	0.935	0.350	14 (0; 20)	0.580	0.569
Hayır	27 (10; 40)			31 (13; 45)			14 (6; 25)			70 (34; 110)			10 (0; 20)		
Menopoz															
Evet	25.5 (8; 40)	0.551	0.582	29 (13; 45)	0.395	0.693	10 (5; 25)	1.183	0.237	64.5 (27; 110)	0.736	0.462	13.5 (0;20)	1.189	0.235
Hayır	25 (9; 40)			31 (11; 45)			12 (5; 25)			69 (25; 107)			10 (0; 20)		
Jinekolojik Ameliyat Geçirme															
Evet	24.5 (8; 39)	1.145	0.252	28 (12; 45)	0.656	0.512	11 (5; 25)	0.597	0.550	62.5 (27; 107)	0.912	0.362	12.5 (0; 20)	0.154	0.878
Hayır	26 (9; 40)			30 (11; 45)			11 (5; 25)			67 (25; 110)			13 (0; 20)		

p*<0.05 anlamlı

Tablo 4.4.4. incelendiğinde; üriner inkontinansı olan obez kadınların I-QOL ve ICIQ-SF ölçek puanlarında gebelik sayısında benzer sonuçlar elde edilmiş, gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Kadınların doğum sayısında grubların ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenememiştir ($p>0.05$). Doğum yaşlarına göre kadınların ölçeklerden aldığı puanların benzer olduğu tespit edilmiş olup, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Doğum şekline bakıldığında; grupların ölçek puanlarından benzer sonuçlar aldığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Doğum sırasında epizyotomi olma durumlarına göre ölçek puanlarında epizyotomi olmayan grubun daha yüksek puanlar aldığı görülmüş fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenememiştir ($p>0.05$). Yine aynı şekilde kadınların vakum forseps uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki ölçek puan skorları arasında anlamlı farklılık belirlenememiştir ($p>0.05$). Doğum sırasında uygulanan bası durumununda ölçek puanlarını etkilemediği benzer cevaplar olduğunu ve ölçekler arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kürtaj olma durumuna göre ölçeklerden alınan puanlar incelendiğinde; kürtaj olan ve olmayan grubun tüm karşılaştırma sonuçları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçek puanlarında I-QOL ölçeğindeki puanlarda kürtaj olmayan grup yüksek puan aldığı saptanırken, ICIQ-SF ölçeğindeki puanlarda ise kürtaj olan grubun daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Menopoza girme durumunun ölçek puanlarını etkilemediği, grupların ölçeklerde benzer puanlar aldığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Jinekolojik ameliyat olma durumunun ise ölçekler arasında anlamlı farklılığa sebep olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.4.5. Üriner inkontinansı olan obez kadınların idrar kaçırma durumlarına yönelik ölçek puanlarının dağılımı (n=119).

Parametreler	Davranış Sınırlama			Psikolojik Etkilenme			Sosyal Yaşamı Sınırlama			I-QOL Toplam			ICIQ-SF Toplam		
	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*	Medyan (min; max)	Z	p*
Öksürürken veya Hapşırırken İdrar Kaçırma															
Evet	23 (8; 37)	5.637	**<0.001**	27.5 (11; 45)	3.532	**<0.001**	10 (5; 25)	3.148	**0.002**	59.5 (25; 107)	4.486	**<0.001**	15 (4; 20)	1.920	0.055
Hayır	33 (20; 40)			42 (15; 45)			21 (6; 25)			97 (41; 110)			7 (0; 20)		
Tuvalete Yetişemeden İdrar Kaçırma															
Evet	23 (8; 38)	4.436	**<0.001**	28 (11; 45)	3.475	**0.001**	10 (5; 25)	3.910	**<0.001**	60.5 (25; 106)	4.059	**<0.001**	15 (5; 20)	4.436	**<0.001**
Hayır	35 (14; 40)			42 (15; 45)			23 (6; 25)			99 (35; 110)			6 (0; 17)		
Ağır Kaldırırken İdrar Kaçırma															
Evet	21 (8; 38)	4.985	**<0.001**	24 (11; 39)	4.730	**<0.001**	8 (5; 17)	4.363	**<0.001**	54 (25; 94)	4.937	**<0.001**	15 (9; 20)	2.628	0.009
Hayır	29.5 (9; 40)			33.5 (12; 45)			14.5 (6; 25)			75.5 (27; 110)			10 (0; 20)		
Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma															
Evet	23 (9; 33)	1.905	0.057	22.5 (11; 42)	3.279	**0.001**	8 (5; 25)	1.770	0.077	54 (25; 99)	2.620	**0.009**	15.5 (5; 20)	1.775	0.076
Hayır	26 (8; 40)			31 (12; 45)			12 (5; 25)			69 (27; 110)			12 (0; 20)		
Kegel Egzersizi Bilme															
Evet	22 (9; 38)	2.206	**0.027**	26 (11; 45)	2.041	**0.041**	7 (5; 25)	2.326	**0.020**	54 (25; 108)	2.178	**0.029**	14 (5; 20)	0.293	0.769
Hayır	26 (8; 40)			30 (13; 45)			11.5 (5; 25)			68 (27; 110)			13 (0; 20)		
Kegel Egzersizi Uygulama															
Evet	21 (9; 38)	1.892	0.059	26.5 (11; 45)	1.242	0.214	8.5 (5; 25)	1.541	0.123	58.5 (25; 108)	1.426	0.154	13.5 (5; 20)	0.177	0.859
Hayır	26 (8; 40)			30 (13; 45)			11 (5; 25)			67 (27; 110)			13 (0; 20)		

p*<0.05 anlamlı

Tablo 4.4.5. incelendiğinde; üriner inkontinansı olan obez kadınların öksürürken, hapşırırken idrar kaçırma durumunda grupta I-QOL ölçek değerlendirmeleri için anlamlı farklılık elde edilmiştir. ICIQ-SF ölçek puanlarında ise anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($Z=1.920$; $p=0.055$). Tuvalete gidene kadar idrar kaçırma durumunda grupta ölçek puanları arasında da anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$; $p=0.001$). I-QOL ölçek puanları tuvalete gidene kadar idrar kaçırma problemi olmayan inkontinanslı kadınlarda daha yüksek bulunurken, ICIQ-SF ölçek puanı tuvalete gidene kadar idrar kaçırma problemi olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Ağır kaldırdığında idrar kaçıma problemi yaşayan kadınlarda da ölçek puanlarının anlamlı olarak farklı bulunduğu belirlenmiştir. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumunda ise psikolojik etkilenme ve I-QOL toplam puanları arasında anlamlı olarak farklı bulunduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ölçek puanlarında cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma problemi yaşamayanların daha yüksek puan değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. İnkontinanslı kadınların kegel egzersizi bilme durumu gruplarda incelendiğinde I-QOL ölçek değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ancak ICIQ-SF ölçeğinde grupların benzer puanlar aldığı bulunmuştur ($Z=0.293$; $p=0.769$). Kegel egzersizini uygulamada ise I-QOL ve ICIQ-SF ölçek puanları arasında anlamlı farklılık belirlenememiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırmamız obez kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular dört başlık altında toplanmıştır.

5.1. Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

5.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Obez Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda obez kadınların yaş ortalamaları 52.19±8.83 olarak saptanmıştır. Kilo ortalamaları 91.79±12.16, boy ortalamaları ise 1.57±0.05 bulunmuştur. BKİ ortalamalarının 37.34±4.85, gebelik sayısı ortalamalarının 4.39 ± 2.31, doğum sayısı ortalamalarının ise 3.18 ± 1.62 olduğu ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.1.1.). Bilge'nin yaptığı çalışmada obez kadınların yaş ortalamasının 44.36±14.39 olduğu saptanmıştır (7). Balcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 43.43±10.57, kilo ortalaması 92.32±18.55, BKİ ortalaması ise 35.49±5.70 bulunmuştur (139). Üriner inkontinansta en önemli risk faktörleri arasında yaş ve obezite bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda yaşın arttıkça üriner inkontinansın arttığı saptanmıştır (18, 140). Çalışmamızda yaş ortalamalarının yüksek olması ve kadınlarda obezitenin bulunması nedeniyle bu iki durumun üriner inkontinansı

etkileyeceği düşünülmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda obez kadınların %66.7'sinin (n=90) 50-65 yaş aralığında, BKİ hesaplandığında %35.5'inin (n=48) I. derece obez, %39.3'ünün (n=53) II. derece obez, %25.2'sinin (n=34) III. derece obez olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızdaki kadınların %90.4'ünün (n=122) evli, %92.6'sının (n=125) ev hanımı, %69.6'sının (n=94) ilköğretim mezunu, %95.6'sının (n=129) merkezde yaşadığı, %90.4'ünün (n=122) çekirdek aile aile tipinde olduğu, %86.7'sinin (n=117) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.2.). Kadınların %20'sinin (n=27) sigara kullandığı, çay ve kahve tüketiminin %96.3 (n=130) olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre; obez kadınların %49.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %29.3'ünün merkezde yaşadığı, %31.7'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu bulunmuştur (2). Bilge'nin yaptığı çalışmada obez kadınların %42.2'sinin 50 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir (7). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların %59'unun I. derece obez, %23.5'in in II. derece obez, %17.5'inin III. derece obez olduğu ve %82.5'inin evli, %60.5'inin ilköğretim mezunu, %89.5'inin ev hanımı, %71'inin merkezde yaşadığı, %39'unun ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, %19.5'inin sigara kullandığı, %97.5'inin çay ve kahve tükettiği saptanmıştır (141). Araştırmamız sonucunda obez kadınların çoğunluğunun 50-65 yaş aralığında, evli olduğu ve eğitim seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiş olup, çalışma bulgularımız Ateş'in bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda obez kadınların %59.3'ünün (n=80) kronik hastalığının bulunduğu, sahip olunan kronik hastalıkların %31.3'ünde (n=25) hipertansiyon, %17.5'inde (n=14) diyabetes mellitus, %20.0'sinde (n=16) hem hipertansiyon hem de diyabetes mellitusun bir arada bulunduğu, %67.4'ünün (n=91) sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.2.) Obezitenin birçok kronik hastalıkla ilişkisi bulunmaktadır. Özellikle obezitenin hipertansiyon ve diyabetus mellitus gibi kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırdığı yapılan çalışmalarla bulunmuştur (56, 60, 66). Aynı zamanda Çetin'in yaptığı çalışmada kronik hastalıklarla idrar kaçırma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (142). Araştırmamızdaki bulgular sonucunda obez kadınların yüksek oranda kronik hastalıklara sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda obez kadınların %51.9'unun (n=70) kabızlık problemi yaşadığı, %71.9'unun (n=97) ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.2.). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların %44.5'inin kabızlık problemi yaşadığı, %54.5'inin idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği bulunmuştur (141). Kabızlık (konstipasyon) ve idrar yolu enfeksiyonları üriner inkontinansın risk faktörleri arasında bulunmaktadır. Kabızlık sonucunda pelvik bölgeki sinirlerin hasar almasıyla fonksiyonlarda bozulma gelişebilir, aynı zamanda kabızlık sonucu anal bölgedeki zorlanmada inkontinansın nedenleri arasında yer almaktadır (97, 143). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda kabızlık ve idrar yolu enfeksiyonları ile üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (109, 144). Araştırma sonucumuzdaki bulgulara göre obez kadınların çoğunluğunun kabızlık ve idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği tespit edilmiş olup, çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda obez kadınların idrara çıkma durumu incelendiğinde; %85.2'sinin (n=115) gündüz 5 kez ve üzeri, %17'sinin (n= 23) gece 4 kez ve üzeri idrara çıktığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.2.). Akkuş'un yılında yaptığı çalışmada kadınların %81.3'ünün gündüz 5 kez ve üzeri idrara çıktığı tespit edilmiştir (145). Çalışmamız literatürle benzerlikler göstermektedir.

Çalışmamızda obez kadınların %60'ının (n=81) 4 veya daha fazla gebelik geçirdiği bulunmuştur. Bu kadınların %94.8'inin (n=128) doğum yaptığı, %5.2'sinin (n=7) doğum yapmadığı ortaya çıkmıştır. Obez kadınların %60'ının (n=81) 2 ya da 3 kez, %31.9'unun (n=43) ise 4 kez ve üzeri doğum sayısına sahip olduğu, doğum yaşı 18 ve altı olan kadınların oranı ise %39.8 (n=51) olarak saptanmıştır. Kadınların doğum şekline bakıldığında normal doğum yapanların %74.2 (n=95), sadece sezaryen doğum yapanların oranı ise %9.4 (n=12) olarak belirlenmiştir. Kadınların %55.6'sına (n=75) doğum sırasında epizyotomi uygulandığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.3.). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların %37'sinin 4 ve üzeri sayıda doğum yaptığı, %71.5'inin normal doğum yaptığı saptanmıştır (141). Bilge'nin yaptığı çalışmada obez kadınların %42.8'inin gebelik sayısı üç ve üzerinde gebelik geçirdiği, kadınların %77.2'sinin doğum yaptığı bulunmuştur (7). Han ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %50.3'ünün normal doğum yaptığı belirlenmiştir (146). Richter ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada obez kadınların %39'unun 3 ve daha fazla doğum yaptığı saptanmıştır (147). Literatürdeki çalışmalarda yapılan doğum sayılarının

artışıyla ve vajinal doğum şekliyle üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (7, 23, 27, 109, 145). Araştırma bulgularımızda obez kadınların büyük çoğunluğu vajinal doğum uygulandığı belirlenmiştir. Vajinal doğum yapan kadınların büyük kısmına epizyotomi uygulanmıştır. Araştırmamız sonucunda ortaya çıkan sonuçların üriner inkontinansın ortaya çıkmasında risk faktörü olduğunu destekler niteliktedir. Çalışmamız literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların %57.8'inin (n=78) kürtaj olduğu, %71.1'inin (n=96) menopoza girdiği, %23.7'sinin (n=32) jinekolojik ameliyat geçirdiği belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.1.3.). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların %74'ünün menopoza girdiği saptanmıştır (141). Han ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %41.2'sinin menopoza girdiği belirlenmiştir (146). Menopoz döneminde meydana gelen östrojen yetersizliği ve üriner inkontinans arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda jinekolojik ameliyatların sinir ve kaslara zarar verebileceğinden üriner inkontinans içinde bir risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (143). Literatürdeki bazı çalışmalarda üriner inkontinansla kürtaj arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (143, 148). Araştırma bulgularımız sonucunda obez kadınların büyük çoğunluğunun menopoza girdiği ve kürtaj olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literartürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

5.2. Obez Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Üriner inkontinans, idrarın kaçırılması olarak açıklanan ve bu sorunu yaşayan kadınların yaşam standartlarını ve kalitelerini etkileyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır ve en önemli risk faktörleri arasında obezite bulunmaktadır (83, 97). Çalışmamızda kadınların %88.1'inde (n=119) üriner inkontinans olduğu, üriner inkontinansı olanlarında %35.6'sının (n=48) günde birkaç kez idrar kaçırdığı, %23'ünün (n=31) çok miktarda idrar kaçırdığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %11.1'inin (n=15) kegel egzersizini bildiği ve %8.9'unun (n=12) kegel egzersizini uyguladığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.1.). Bilge'nin yaptığı çalışmada obez kadınların %34.1'inde üriner inkontinans olduğu, %40.4'ünde çok miktarda idrar kaçırdığı, %18.8'nin sık sık idrara çıktığı saptanmıştır (7). Richter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez kadınlarda üriner inkontinans görülme prevelansı %66.9 olarak

bulunmuştur (149). Han ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BKİ 27 ve üzeri olan kadınların %50.5'inde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir (146). Nygaard ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olan obez kadınların %20.3'ünün günde birkaç kez idrar kaçırdığı, %6.3'ünün çok miktarda idrar kaçırdığı tespit edilmiştir (27). Ege ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların %14.9'unun kegel egzersizi bildiği ve %13.7'sinin kegel erzersizini uyguladığı bulunmuştur (150). Araştırma sonuçlarımızda; obez kadınların büyük çoğunluğunda üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermiş olup, obezitenin üriner inkontinansın önemli bir risk faktörü olduğunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda kadınların %63.0'ının (n=85) tuvalete yetişemeden, %59.3'ünün (n=80) öksürürken veya hapşırırken, %16.3'ünün (n=22) hareket halinde ya da spor yaparken, %2.2'sinin (n=3) idrar yapmayı bitirdikten sonra giyinirken, %7.4'ünün (n=10) belirgin bir neden olmadan, %0.7'sinin (n=1) uyurken, %3.7'sinin (n=5) ise her zaman idrar kaçırma problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların %20.7'sinin de cinsel ilişki sırasında, %30.4'ünün (n=41) ağır bir cisim kaldırdığında da idrar kaçırma problemi yaşadığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.2.2.). Nygaard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez kadınların %62.5'inin tuvalete yetişemeden, %75.9'unun öksürdüğünde veya hapşırdığında, %17.9'unun uyurken, %27.7'sinin spor yaparken, %30.4'ünün idrar yapmayı bitirdikten sonra, %20.5'inin belirgin bir neden olmadan, %3.6'sının her zaman idrar kaçırdığı bulunmuştur (27). Nillson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların %34'ünün cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığı saptanmıştır (151). Çalışmamız literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak inkontinansı olan obez kadınlarda en fazla tuvalete yetişemeden idrar kaçırma durumu olduğu bulunmuştur. Bu durumun obezite nedeniyle karın içi basıncın artmasına ve pelvik sinirlerdeki elastikiyetinin azalmasına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir.

5.3. Üriner İnkontinans Görülen Obez Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda üriner inkontinans görülen obez kadınlarda I-QQL ölçek toplam medyan puanı üriner inkontinansı olan grubun 63 puan (min; maks: 25;108) aldığı

belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları (davranış sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamı sınırlama) incelendiğinde; inkontinans olan grubun davranış sınırlama ortalama 24 (min; max: 8; 28), psikolojik etkilenme ortalama 28 (min; max: 11; 45) ve sosyal yaşamı sınırlamanın 10 (min; max: 5; 25) olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulgularımızda I-QOL ölçek puanlarının inkontinansı olan kadınlarda düşük olduğu bulunmuştur. Basak ve arkadaşlarının yaptıları çalışmada inkontinansı olan kadınların toplam I-QOL medyan puanını 46.36 olarak saptamıştır (96). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeğinden aldığı toplam puan 57.80±25.97 olarak bulunmuştur (152). Demirci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinans bulunan kadınların I-QOL ölçek puan ortalaması 76.73±21.18, inkontinans bulunmayan kadınların ise 94.86±13.56 olarak belirlenmiştir (144). Akkuş'un yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların I-QOL ölçek puan ortalaması 56.7±23.28 (min:22, max:110) olarak bulunmuşken, ölçek alt boyut ortalamalarında davranış sınırlama puanı 19.9±8.51, psikolojik etkilenme puanı 24.2±10.01 ve sosyal yaşamı sınırlama puanı 12.5 ±5.42 olarak bulunmuştur (145). Papanicolaou ve arkadaşlarının inkontinanslı kadınlar üzerinde yaptığı başka bir çalışmada ise I-QOL ölçeğinde ortalama Fransa'nın 71.5, Almanya'nın 73.5, İspanya'nın 68.6 ve İngiltere'nin 66.3 puan aldığı saptanmıştır (153). Çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalara benzer olarak inkontinansı olan kadınlarda I-QOL ölçek puanı düşük çıkmış olup inkontinansın kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda I-QOL ölçek alt boyutlarında yaşam kalitesinde en az etkilenen alt boyutun psikolojik etkilenme olduğu görülmektedir. Psikolojik etkilenme alt boyutunda yaşam kalitesinin daha iyi olmasının nedeni olarak katılımcıların üriner inkontinansı normal bir durum olarak algılamaları ve bunu bir sorun olarak görmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinans görülen obez kadınların ICIQ-SF ölçek puanlarının 14 (min; max: 4; 20) olduğu saptanmıştır. Yonguc ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda inkontinans görülen obez kadınlarda ICIQ-SF puanı skoru 18 (min; max: 12; 21) olarak bulunmuştur (154). Ateş'in yaptığı çalışmada ICIQ-SF puan skorunu 10.56±5.19 olarak tespit edilmiştir (141). Nygaard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kalitelerinde ICIQ-SF puanlarının ortalaması 9.36±4.9 olduğu belirlenmiştir (27). Çalışmamızda üriner inkontinans görülen kadınlarda ICIQ-SF ölçek puan değerlendirmesine göre idrar kaçırmanın

rahatsızlık verecek düzeyin daha üstünde olduğu ortaya çıkmıştır. Elde edilen sonuçlarda da görüldüğü gibi obez kadınlarda idrar kaçırma her durumda rahatsızlık verebilmekte ve tedirginliğe neden olmaktadır. Çalışmamız literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

5.4. Üriner İnkontinansı Olan Obez Kadınların Ölçek Puanları ile Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda inkontinansı olan obez kadınların BKİ kategorilerine göre puan karşılaştırmalarına bakıldığında ölçek toplam ve alt puanları arasında anlamlı farklılık belirlenememiş ancak I. derece obez kadınların yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulunmuştur. (Bkz. Tablo 4.4.1.). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların BKİ kategorilerinin ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarında anlamlı farklılık belirlenememiştir (141). Viktrup ve Yalçın'ın yaptığı bir çalışmada inkontinansı olan ve BKİ 28'den büyük olan kadınların I-QOL ölçek puanları daha düşük bulunmuştur (155). Çalışmamızda bulgulara göre BKİ derecesi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü ortaya çıkmıştır. Bu durumun obezite arttıkça üriner inkontinans şiddetinin artabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan obez kadınların yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunamamış ancak 50-65 yaş grubundaki kadınları I-QOL ölçek puanları diğer gruplara göre daha düşük bulunurken ICIQ-SF ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumları ile I-QOL ölçeği davranış sınırlama alt grubu arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Diğer ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık belirlenemezken, davranış sınırlama alt boyutunda evli olanların bekarlara göre yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeylerinde ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.4.2.). Demirel'in yaptığı çalışmada inkontinansı olan bekar kadınlarda I-QOL ölçek davranış sınırlama alt boyutunda daha düşük puan aldığı bulunmuştur (156). Kulaksızoğlu'nun yaptığı çalışmada kadınların yaş grupları ve I-QOL ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunurken yaşın arttıkça I-QOL ölçek puanlarının düştüğü medeni durumlarında ise ölçek puanlarında anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı tespit edilmiştir (148). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların medeni durumlarının ICIQ-SF ölçek puan

ortalamalarında anlamlı farklılık belirlenmediği bulunmuştur (141). Araştırma sonuçlarımızda yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmasa da yaşın arrtıkça I-QOL ölçek puanlarının düştüğü sonucuna varılmış olup, davranış sınırlama ölçek puanının medeni durumda farklı olmasının nedeni olarak ise yapılan çalışmaların farklı bölgelerden kaynaklanmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kronik hastalığa sahip olmada, idrar yolu enfeksiyonu geçirmede, sarkma hissi durumunda I-QOL ve ICIQ-SF ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.4.2.). Erkal'ın çalışmasında inkontinanslı kadınların eğitim düzeylerinde ve kronik hastalık bulunma durumunda I-QOL yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı bulunmuştur (124). Yılmaz ve arkadaşlarının ve Ateş'in yaptığı çalışmalarda eğitim düzeyi, kronik hastalığa sahip olma durumlarında I-QOL yaşam kalitesi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (152, 141). Finkelstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınlarda I-QOL ölçek puanları ile eğitim düzeyleri arasında ilişki bulunamamıştır (157). Çalışma bulgularımız bazı çalışmalarla benzerlik gösterirken bazı çalışmalarla göstermemiştir. Bu durumun çalışma yapılan bölgeden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların kabızlık durumu incelendiğinde psikolojik etkilenme alt puanınında anlamlı olarak farklılık elde edilirken, diğer ölçek puanlarında anlamlı farklılık elde edilememiştir (Bkz. Tablo 4.4.2.). Keskin'in yılında yaptığı çalışmada üriner inkontinansa sahip gebe kadınların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde I-QOL ölçek puanlarında anlamlı farklılık belirlenememiştir (158). Ateş'in yaptığı çalışmada obez kadınların kabızlık durumlarının ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (141). Çalışmamızdaki kabızlık durumunun psikolojik etkilenme alt puanın da anlamlı farklılık olmasının sebebi olarak katılımcılardaki kabızlık görülme oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yaşam kalitesi ölçek puanlarında çalışmamız diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda inkontinanslı kadınların gündüz idrara çıkma sıklığında I-QOL ve ICIQ-SF ölçek puanları arasında anlamlı farklılık belirlenememiştir. Gece idrara çıkma sıklığı için yapılan karşılaştırma sonucunda ise tüm ölçek puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Özellikle gece 4 kez ve üzeri idrara çıkanların yaşam

kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4.2.). Demirel'in yılında yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan kadınlarda gündüz idrara çıkma I-QOL ölçeğinde anlamlı bir farklılık bulunmazken, gece idrar sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. I-QOL ölçek puanlarında beş ve üzeri kez idrara çıkan grupta yaşam kaliteleri ölçek puanları daha düşük bulunurken, sadece sosyal yaşamı etkileme alt ölçek puanında anlamlı farklılık bulunamamıştır (156). Souza ve arkadaşlarının inkontinanslı kadınlarda yaptığı çalışmada gece iki kez ve üzeri idrara çıkanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (159). Araştırma bulgularımız sonucunda gece idrara çıkma sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü ortaya çıkmıştır. Bu durumun kadınların gece idrar kaçırabilme olasılığı olduğundan ve etkin bir uyku örüntüsü sağlayamadığından kaynaklandığını düşündürmektedir. Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan obez kadınların I-QOL ve ICIQ-SF ölçek puanlarında gebelik sayıları, doğum sayıları, doğum yaşları, doğum şekilleri, doğumda epizyotomi, vakum forseps ve bası uygulanma durumunda anlamlı farklılık bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.4.4.). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada inkontinansı olan kadınların I-QOL ölçek puanlarında doğum şeklinde anlamlı farklılık belirlenemezken, epizyotomi uygulamasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (152). Akkuş'un yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların doğum yaşı, gebelik sayısı ve doğum sayısında I-QOL ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (145). Demirel'in yaptığı çalışmada inkontinanslı kadınların doğum sayıları, epizyotomi ve bası uygulanma durumlarında I-QOL ölçek puanlarında anlamlı farklılık tespit edilememiştir (156). Shlain ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinanslı olan kadınlarda 5 ve daha fazla doğum yapmış olanların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (160). Ateş'in yaptığı çalışmada inkontinansı bulunan obez kadınların doğum sayıları ve doğum şekillerinde ICIQ-SF ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (141). Araştırmamızda doğum sırasında epizyotomi olma, bası uygulama ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamış ancak yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamız Ateş ve Demirel'in çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kürtaj olma durumunda I-QOL ölçeği ve alt puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamış ancak kürtaj olan grubun yaşam kalitesi daha düşük

bulunmuştur. Menopoza girme ve jinekolojik ameliyat olma durumları ile I-QOL ölçeği ve alt puanları ile ICIQ-SF ölçek puanları arasında anlamlı farklılık belirlenemiştir (Bkz. Tablo 4.4.4.). Kulaksızoğlu'unun yaptığı çalışmada kürtaj olma durumunun I-QOL ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (148). Yılmaz ve arkadaşlarının ve Akkuş'un yaptıkları çalışmada menopoz olan inkontinanslı kadınların I-QOL ölçek puanlarında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (152, 145). Oh ve arkadaşlarının inkontinanslı kadınlarda yaptığı çalışmada I-QOL ölçek puanları ile menopoz arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (161). Ateş'in yaptığı çalışmada inkontinansı bulunan obez kadınların menopoz durumlarında ICIQ-SF ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (141). Araştırma bulgularımız literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Ancak bazı çalışmalarda menopozun yaşam kalitesini etkilediği saptanırken bizim çalışmamızdaki inkontinansı olan obez kadınlarda menopoza girmenin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Bu durumun nedeni olarak yapılan çalışmaların farklı bölgelerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan obez kadınların öksürürken veya hapşırırken, tuvalete yetişemeden ve ağır kaldırırken idrar kaçırma durumlarında I-QOL ölçek değerlendirmeleri için anlamlı farklılık elde edilmiş olup, bu durumlarda idrar kaçıran kadınların I-QOL ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. ICIQ-SF ölçek puanlarının ise bu durumu yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumunda ise psikolojik etkilenme ve I-QOL toplam puanı arasında anlamlı olarak farklı bulunduğu belirlenmiştir. I-QOL ölçek puanlarında cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma problemi yaşayanların daha düşük puan değerlerine sahip olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4.5.). Kulaksızoğlu'nun yaptığı çalışmada kadınların öksürürken veya hapşırırken toplam puan ve sosyal yaşama sınırlama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların öksürürken veya hapşırırken ve tuvalete yetişemeden idrar kaçırma durumlarında I-QOL ölçek puanları bu durumu yaşamayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmanın yine I-QOL toplam ölçek puanı psikolojik etkilenme ölçek puanları arasında anlamlı farklılık olduğu ve ölçek puanlarının cinsel ilişki sırasında idrar kaçıranlarda daha düşük olduğu saptanmıştır (148). Liebergall ve arkadaşlarının inkontinanslı kadınlarda yaptıkları çalışmada cinsel ilişki sırasında yaşanan idrar kaçırma problemi yaşayanların yaşam kaliteleri daha

düşük bulunmuştur (162). Araştırma bulgularımızda obez kadınların idrar kaçırma durumların yaşam kalitelerine olumsuz etki ettiği tespit edilmiştir. Bu durumunda öksürürken veya hapşırırken ya da tuvalete yetişemeden idrar kaçıranların günlük yaşamlarının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Ayrıca cinsel ilişki durumunda idrara kaçırma durumunda katılımcıların psikolojik anlamda yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Araştırmamızın literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

İnkontinanslı kadınların kegel egzersizi bilme durumunun yaşam kalitesine etkisi gruplarda incelendiğinde I-QOL ölçek değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ancak ICIQ-SF ölçeğinde anlamlı farklılık bulunamamıştır (Bkz. Tablo 4.4.5.). Ege ve arkadaşlarının yaptıları çalışmada kegel egzersizi bilmeyen kadınların yaşam kalitesi puanlarını daha düşük bulunmuştur (150). Farzinmehr ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada inkontinanslı kadınlardan kegel egzersizi uygulayanların I-QOL yaşam kalitesi ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (163). Kegel egzersizi üriner inkontinans tedavisinde ve önlenmesinde önemli bir etkiye sahiptir (164). Araştırma bulgularımızda kegel egzersinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının nedeni olarak katılımcıların neredeyse tamamına yakın bir kısmının kegel egzersizini bilmediğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız obez kadınlarda görülen üriner inkontinans prevelansını ve yaşam kalitesini üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın sonuçları bu bölümde özetlenmiştir.

- Çalışmamıza katılan obez kadınların yaş ortalamalarının 52, BKİ ortalamalarının 37 olduğu, kadınların çoğunun; II. derece obez ve evli olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı, merkezde ve çekirdek aile tipinde yaşadığı, ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu, sigara kullanmadığı, kronik hastalıklarının bulunduğu, sürekli ilaç kullandığı, kabızlık problemi yaşadığı, idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, gündüz 5 kez ve üzeri, gece ise en az 1 kez idrara çıktığı saptanmıştır.

- Çalışmamızdaki obez kadınların çoğunun; 4 ve daha az gebelik geçirdiği, doğum yaptığı, doğum sayısının 3 ve daha az olduğu, doğum yaşının 19 ve üzeri olduğu, normal doğum yaptığı, doğum sırasında epizyotomi olduğu ve doğum sırasında bası uygulandığı, kürtaj geçirdiği, menopoza girdiği ve jinekolojik ameliyat olmadığı saptanmıştır.

- Çalışmamızdaki obez kadınların %88.1'inde üriner inkontinans bulunduğu, inkontinansı olanların çoğunun; günde birkaç kez idrar kaçırdığı ve kaçırdığı idrar miktarının az miktarda olduğu, tuvalete yetişemeden ve öksürürken veya hapşırırken idrar kaçırdığı, kegel egzersizi bilmedikleri ve uygulamadıkları saptanmıştır.

- Çalışmamızda I-QOL ölçek puanlarında üriner inkontinans görülen obez kadınların kadınların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarında (davranış sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamı sınırlama) anlamlı derece farklılık bulunmuştur. İnkontinansı olan kadınların ICIQ-SF ölçek puanlarından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde ölçek skoruna göre idrar kaçırmanın rahatsızlık verecek düzeyin daha üstünde olduğu ortaya çıkmıştır.

- Çalışmamızda üriner inkontinansı olan obez kadınların yaşam kalitesi ölçek puanları sosyoodemografik özelliklere ve sağlık durumlarına göre

incelendiğinde; medeni durumunlarında davranış sınırlama alt grubunda anlamlı farklılık bulunduğu, evlilerin bekarlara göre daha yüksek puan aldığı, kabızlık durumunda psikolojik etkilenme alt boyutunda ve kegel egzersizi bilme durumu ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir.

- Üriner İnkontinanslı obez kadınların gece idrara çıkma durumunlarında tüm ölçek puanlarında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Ve gece 4 kez ve üzeri idrara çıkanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Üriner İnkontinanslı obez kadınlarda doğum sırasında epizyotomi olma, bası uygulama ve kürtaj olma durumu incelendiğinde ölçek puanlarının anlamlı farklılık bulunamamıştır ancak yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

- Üriner İnkontinanslı obez kadınlarda öksürürken veya hapşırırken, tuvalete gidene kadar, ağır kaldırdığında ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumlarında yaşam kalitesi ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar elde edilmiş ve yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur.

Çalışmadan edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Üriner inkontinansın ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olan obezitenin önlenmesi, tedavisi ve yol açtığı sağlık problemleri ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesinin sağlanması,

- Üriner inkontinansı olan obez kadınların hem obezite hemde inkontinans ile ilgili tedavi seçenekleri, konservatif tedavi ve evde eğitim programları hakkında bilgilendirilmesinin sağlanması,

- Üriner inkontinansın toplum içerisindeki görülme oranını azaltmak amacıyla hemşirelerin obezite, üriner inkontinans ve yaşam kalitesi hakkında tarama ve eğitim programlarını planlanması ve geliştirilmesini sağlaması ve koruyucu danışmanlık yapması,

- Obez kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla daha farklı bölgedeki örneklem gruplarıyla çalışılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Obezite. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite. 15 Mart 2019.

2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. 15 Mart 2019.

3. Akın Y, Gülmez H, Sonbahar A, İpekçi T, Yılmaz M, Ateş, E. Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. *Ankara Medical Journal*, 2015, 15(4):226-230.

4. Hunskaar SA systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*, 2008, 27:749-757.

5. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Macer J. PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med.*, 2009, 360(5):481-490.

6. Afşin Y. Üriner İnkontinanslı Kadınların Tedavisinde Tolterodine ve Trospium Chloride Tedavilerinin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.

7. Bilge Ç. Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.

8. Karasaç M. Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite ve Doğum Sayısı ile Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2011.

9. Rasmussen KL, Krue S, Johansson LE, Knudsen HJ, Agger AO. Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1997, 76(4):359-362.

10. Nicholas Christofi N, Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International*, 2007, 13(4):154-158.

11. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Prevalance, risk factors and effects on life quality of urinary incontinence among 18 years or older women living in alpu district of Eskisehir: a population based study. *Nobel Med.*, 2011, 7(2):34-39.

12. European Association of Urology Guidelines. Üriner İnkontinans. https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence. 15 Mart 2019.

13. Qaseem A, Dallas P, Ann Forciea M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical management of urinary ıncontinence in women: A clinical practice guideline from the ame-rican college of physicians. *Ann Intern Med*, 2014, 161(6):429-440.

14. Kadıoğlu M, Beji KN. Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. *HSP*, 2016, 3(3):201-207.

15. Thubert T, Deffieux X, Letouzey V, Hermieu JF. Obesity and urogynecology: A systematic review. *Prog Urol*, 2012, 22(8):445-453.

16. Chen CC, Gatmaitan P, Koepp S, Barber MD, Chand B, Schauer PR. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.*, 2009, 5(4):411-415.

17. Barber MD, Spino C, Janz KN, Brubaker L, Nygaard I, Nager CW. The minimum important differences for the urinary scales of the pelvic floor distress inventory and pelvic floor impact questionnaire. *Am J Obstet Gynecol*, 2009, 200(5):580-587.

18. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 2012, 46(4):170-176.

19. Akıncı N, Elbaş ÖN, Akıncı S. Stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci.*, 2017, 9(2):122-132.

20. Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, Kwon DD. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. *International Urogynecology Journal,* 2007, 18(11):1309-1315.

21. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van De Pol G, Heintz APM, Van Der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU International,* 2006, 97(2):296-300.

22. Magana MV, Lopez HHB, Poceros GR, Ortega GO, Ruz ESN, Castrillo CS. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecologiay Obstetricia de Mexico,* 2007, 75(06):347-356.

23. Akgün G, Süt N, Kaplan PB. Kırk yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology,* 2010, 20(6):378-386.

24. Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: A large Norwegian cross-sectional study. *International Urogynecology Journal,* 2012, 23(3):299-306.

25. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prev Med Bull.,* 2013, 12(3):231-242.

26. World Health Organization (WHO). Obesity. https://www.who.int/topics/obesity/en/. 17 Ekim 2019.

27. Nygaard C, Schreiner L, Morsch T, Saadi R, Figueiredo M, Padoin A. Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. *Rev Bras Ginecol Obstet.,* 2018, 40(9):534–539.

28. Centers for Disease Control and Prevention. Obesity. https://www.cdc.gov/obesity/index.html. 17 Ekim 2019.

29. Satman I, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, Çolak N. Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması-II. TURDEP II: *Ön Sonuclar. Kronik Hastalıklar Oturumu,* 2011, 13.

30. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Berrington de Gonzalez A. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet,* 2016, 388:776–786.

31. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A. TEKHARF 2017-Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık. 2017:104.

32. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Obezite Verileri.

http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. 19 Ekim 2019.

33. Atlas Writing Group, Timmis A, Townsend N, Gale C, Grobbee R, Maniadakis N, Flather M. European society of cardiology: cardiovascular disease statistics 2017. *Eur Heart J.*, 2018, 39(7):508–579.

34. Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan SDD, Kayıkçıoğlu M, Özer N, Arınsoy T. Türkiye'de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Turk Kardiyol Dern Ars.*, 2018, 46(7):577-590.

35. Obezite TEMD, Grubu HÇ. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği,* 2018, 11-19.

36. Babadağ B, Akyol AD, Türeyen A. Obezite ve ağrı: Hemşirelik yönetimi Obesıty and paın: Nursıng management. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi,* 2017:208-223.

37. World Health Organization (WHO). Body Mass İndex (BMI).

http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi. 17 Ekim 2019.

38. Kayar H, Utku S. Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2013, 6(2):1-8.

39. Mercan S, Şahin B. Psikolojik açıdan obezite. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2018, 11(2):49-57.

40. Selçuk İ, Küçükyıldız İ, Güngör T, Ayhan. Obezite ve jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi,* 2016, 19(2):1-13.

41. Satman İ. Türkiye'de obezite sorunu. *Turkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics,* 2016, 9(2):1-11.

42. Barczyk A, Kutkowska-Kaźmierczak A, Castañeda J, Obersztyn E. The genetics of obesity pathogenetic, clinical and diagnostic aspects. *Dev Period Med.,* 2017, 21(3):186-202.

43. Kudabayeva K, Kosmuratova R, Sakhanova S, Bazargaliyev Y. DNA damage and their connectıon wıth excessıve body mass and obesıty. *Georgian Med News,* 2019, 292-293:49-53.

44. Kleinendorst L, Haelst MM, Akker ELT. Genetics of obesity. *In Genetics of Endocrine Diseases and Syndromes,* 2019, 111:419-441.

45. Aragones G, Ardid-Ruiz A, Ibars M, Suarez M, Blade C. Modulation of leptin resistance by food compounds. *Mol Nutr Food Res.,* 2016, 60(8):1789-1803.

46. Quarta C, Sanchez-Garrido MA, Tschop MH, Clemmensen C. Renaissance of leptin for obesity therapy. *Diabetologia,* 2016, 59(5):920-927.

47. Doğan A, Kahraman S, Usta E, Özdemir E, Görmüş U, Çiftçi C. Effect of obesity and serum leptin level on clopidogrel resistance. *Turk Kardiyol Dern Arş.,* 2016, 44(7):548-553.

48. Lubracano C, Genovesi G, Specchia P, Costantini D, Mariani S, Petrangeli E, Lanzi A, Gnessi L. Obesity and metebolic comorbitidies environmental diseases?. *Oxid Med Cell Longev,* 2013:1-9. doi.org/10.1155/2013/640673.

49. Abenavoli L, Scarpellini E, Colica C, Boccuto L, Salehi B, Sharifi-Rad J, Capasso R. Gut microbiota and obesity: A role for probiotics. *Nutrients,* 2019, 11(11):1-27.

50. Tekin T, Çiçek B, Konyalıgil N. İntestinal mikrobiyota ve obezite ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2018, 27(1):95-99.

51. Mervish NA, Hu J, Hagan LA, Arora M, Frau C, Choi J, Attaie A, Ahmed M, Teitelbaum SL, Wolff MS. Associations of the oral microbiota with obesity and menarche in ınner city girls. *Journal of Childhood Obesity*, 2019, 4(1):1-20.

52. Demir H. Farklı Sosyoekonomik İlköğretim Çocuklarında Beslenme, Fiziksel Aktivitelerin Değerlendirilmesi ve Obezite Prevelansının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Beslenme Programı, Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.

53. Genç C. Köse B. Obezite ve dürtüsellik. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD,* 2019, 4(2):95-104.

54. Bastien M, Poirier P, Lemieux I. Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases,* 2014, 56(4):369–381.

55. Dülek H, Vural ZT, Işık Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması, *Dicle Tıp Dergisi,* 2019, 46 (3):449-459.

56. Xie D, Bollag WB. Obesity, hypertension and aldosterone: is leptin the link?. *Journal of Endocrinology,* 2016, 230(1):F7-F11.

57. Koyu EB, Kaner G, Yıldız EA. İnme ve beslenmenin inme üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2016, 5(4):112-118.

58. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S. Guidelines for the primary prevention of stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke,* 2011, 42(2):517-584.

59. Sarparanta J, García-Macia M, Singh R. Autophagy and mitochondria in obesity and tip II diabetes. *Current Diabetes Reviews,* 2017, 13(4):352-369.

60. Küçükerdönmez Ö, Ermumcu KM, Seçkiner S, Eda Köksal E. Tip II diyabetli bireylerde abdominal obezite/adipozite ve aterojenik belirteçlerin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2018, 46(1):7-15.

61. Volaco A, Cavalcanti AM, Filho RP, Précoma DB. Socioeconomic status:the missing link between obesity and diabetes mellitus?. *Current Diabetes Reviews,* 2018, 14(4):321-326.

62. Silva Junior GB, Bentes AC, Daher EF, Matos SM. Obesity and kidney disease. *J Bras Nefrol.,* 2017, (1):65-69.

63. Praga M, Morales E. The fatty kidney: obesity and renal disease. *Nephron,* 2017, 136(4):273-276.

64. Öz B, Karataş A, Akar ZA, Koca SS. Obezite ve kas-iskelet sistemi. *Fırat Tıp Dergisi,* 2018, 23:42-47.

65. Berenbaum F, Eymard F, Houard X. Osteoarthritis, inflammation and obesity. *Current Opinion in Rheumatology,* 2013, 25(1):114-118.

66. Duclos M. Osteoarthritis, Obesity and type II diabetes: the weight of waist circumference. *Annals Of Physical and Rehabilitation Medicine,* 2016, 59(3):157-160.

67. Urhan M, Akbulut G. Obezite ve kanser ilişkisi: Leptin kanserojen bir adipokin midir?. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2017, 2(3):35-43.

68. Sedef AM, Özyılkan Ö. Obezite ve kanser. *Turkiye Klinikleri Medical Oncology-Special Topics,* 2016, 9(3):39-44.

69. Kolb R, Sutterwala FS, Zhang W. Obesity and cancer: Inflammation bridges the two. *Current Opinion in Pharmacology,* 2016, 29:77-89.

70. Lennon H, Sperrin M, Badrick E, Renehan AG. The Obesity paradox in cancer: a review. *Current Oncology Reports,* 2016, 18(9):56-64.

71. Smith A, Mullooly M, Murphy L, Barron TI, Bennett K. Associations between obesity, smoking and lymph node status at breast cancer diagnosis in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial. *Plos One,* 2018, 13(8):1-9.

72. Baltacı D, Ünalacak M, Kara İH, Sarıgüzel YC. Birinci basamakta obezite tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics,* 2015, 6(3):96-102.

73. Erbaba H, Şahin S. Adolesan Kızlarda Obezite ve Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar. *Archıves of Pedıatrıcs*, 2017, 2(1):16-21.

74. Tedik SE. Fazla kilo/obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi,* 2017, 1(2):54-62.

75. Erenel ŞA, Şentürk A, Aksu SP. Obezite ve kadın cinselliği. *Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics,* 2016, 2(1):65-69.

76. Broughton DE, Moley KH. Obesity and female infertility: Potential mediators of obesity's impact. *Fertility and Sterility,* 2017, (4):840-847.

77. Yetkin İ, Çimen AR. Obezite ve güncel tedavi yöntemleri. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi (MİSED),* 2010:23-24.

78. Yanıkkerem, E. Obezitenin kadın sağlığına etkileri. *Journal of Health Sciences,* 2017, 3(1):37-43.

79. Temür M, Çift T, Balcı UG, Güçlü YA, Yılmaz Ö, Öngel K. Kadın yaşamında obezitenin jinekolojik etkileri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* 2017, 24(4):153-158.

80. Mitanchez D, Jacqueminet S, Nizard J, Tanguy ML, Ciangura C, Lacorte JM, Dommergues M. Effect of maternal obesity on birthweight and neonatal fat mass: a prospective clinical trial. *Plos One,* 2017, 12(7):1-15.

81. Rowland DL, McNabney SM, Mann AR. Sexual function, obesity, and weight loss in men and women. *Sexual Medicine Reviews,* 2017, 5(3):323-338.

82. Özerdoğan NÖ. Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 2003, 13(51):87-94.

83. Balcı C, Akçetin Z. Üriner inkontinansın tanımı ve sınıflaması. *Turkiye Klinikleri J Urology-Special Topics,* 2009, 2(1):13-16.

84. Goforth J, Langaker M. Urinary ıncontinence in women. *North Carolina Medical Journal*, 2016, 77(6):423-425.

85. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 2017, 3(1):1-20.

86. Önol FF, Tahra A. Üriner inkontinans tanım ve sınıflama. Üriner inkontinans tanı ve tedavi kılavuzu. *Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını,* 2015, 2(5):63-67.

87. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ.*, 2014, 349:g4531.

88. Topuz Ş. Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2015, 4(1):60-64.

89. Busuttil Leaver R. Urinary stress incontinence. *Practice Nurse*, 2011, 41(12):32-38.

90. Schreiber Pedersen L, Lose G, Hoybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary ıncontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2017, 96(8):939-948.

91. Leiros-Rodriguez R, Romo-Perez V, Garcia-Soidan JL. Prevalence of urinary ıncontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urológicas Españolas (English Edition),* 2017, 41(10):624-630.

92. Linde JM, Nijman RJM, Trzpis M, Broens PMA. Urinary Incontinence in the Netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourology and Urodynamics*, 2017, 36(6):1519-1528.

93. Hunskaar S, Lose G, Sykest D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *BJU International*, 2004, 93(3):324-330.

94. Aydın Z. 35 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Farkındalık Durumunun Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.

95. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences,* 2008, 28(4):487-493.

96. Basak T, Uzun S, Arslan F. Incontinence features, risk factors, and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary ıncontinence. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing,* 2012, 39(1):84-89.

97. Beji NK. Üriner inkontinans sorunu, epidemiyolojisi ve inkontinanslı hastanın tanı amacıyla değerlendirilmesi. *Hemşirelik Dergisi,* 2003, 13(50):29-43.

98. Taşdemir C. Üriner inkontinansta risk faktörleri, önleyici tedbirler. Üriner inkontinans tanı ve tedavi kılavuzu. *Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını,* 2015, 2(7):77-85.

99. Padmanabhan P, Dmochowski R. Urinary ıncontinence in women: A comprehensive review of the pathophysiology, diagnosis and treatment. *Minerva Ginecologica,* 2014, 66(5):469-478.

100. Ergen A, Arıkan N, Arslan M. Temel Üroloji, İçinde: Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N. (Editör). *Jinekolojik Üroloji,* Ankara, Güneş Kitabevi, 2000:409-446.

101. Bump R. Racial comparisons and contrasts in urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology,* 1993, 81(3):421-425.

102. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi,* 2010, 17(1):7-11.

103. Leroy LDS, Lucio A, Lopes MH. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016, 50(2):200-207.

104. Demir O, Sen V, Irer B, Bozkurt O, Esen A. Prevalence and possible risk factors for urinary ıncontinence: a cohort study in the city of Izmir. *Urologia Internationalis*, 2017, 99(1):84-90.

105. Gaibullaev AA, Iskandarova GT, Abdurizaev AA. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women living in the South Priaralye region. *Urologia,* 2016, (2):37-42.

106. Demirci N, Başar FK, Süzer F, Aba YA, Ataman H. Huzurevindeki kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 2011, 6(18):85-101.

107. Özdurak İ. Stres Üriner İnkontinans ile Sezaryan Abdominal ve Vajinal Yolla Doğum Eylemi Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.

108. Garcia-Perez H, Harlow SD, Sampselle CM, Denman C. Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: prevalence and severity. *International Urogynecology Journal,* 2013, 24(5):847-854.

109. Özerdoğan NÖ, Beji NK. Eskisehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 2003, 13(51):37-50.

110. Coşkun B, Kadıhasanoğlu M. Üriner İnkontinansta konservatif tedavi seçenekleri, üriner inkontinans tanı ve tedavi kılavuzu, *Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını,* 2015, 2(14):183-191.

111. Avrupa Üroloji Derneği Cep Kılavuzları. Üriner İnkontinans. https://www.uroturk.org.tr/urolojiData/Document/18102019155949avrupaurolojidernegicepkilavuzlari.pdf. 19 Ekim 2019.

112. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* 2009, 16(3):35-40.

113. Güler TC, Yağcı N. Urınary ıncontınence ın women and physıcal theraphy. *Journal of Dumlupınar University Graduate School of Science,* 2006, 11:205-218.

114. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habee-Seguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 2015, 34(4):300-308.

115. Dökmeci F, Peker HB, Uğurluca GF, Yeniel Ö, Çetinkaya EŞ, Seval MM, İtil İM. Kadınlarda izlenen üriner inkontinans: Uluslararası kılavuzlar ışığında güncel yönetim. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 2017, 70(3):187-193.

116. Fırdolaş F, Penbegül N, Dağgülli M. Aşırı aktif mesane tedavisinde konservatif yaklaşımlar. *Turk Urol Sem.,* 2010, 1:27-31.

117. Ahmed MT, Mohammed AH, Amansour A. Effect of pelvic floor electrical stimulation and biofeedback on the recovery of urinary continence after radical prostatectomy. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2012, 58:170-176.

118. Sucuoğlu AŞ. Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kaliteleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

119. Orhan C. Stres Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitimine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Tampon Eğitiminin Etkileri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2017.

120. Gümüşsoy S, Kavlak O. Kadınlarda üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde konservatif yöntemler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 2016, 8(6):6-14.

121. Richmond CF, Martin DK, Yip SO, Dick MA, Erekson EA. Effect of supervised pelvic floor biofeedback and electrical stimulation in women with mixed and stress urinary ıncontinence. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery,* 2016, 22(5):324-327.

122. Çelik HK, Karakaya BK, Aksakal OS, Evliyaoğlu Ö. Kadınlarda stres üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi,* 2017, 14(3):127-132.

123. Bostancı MS, Özden S, Ünal O, Cevrioğlu AS, Akdemir N. Üriner inkontinans medikal tedavisi. *Journal of Human Rhythm,* 2015, 1(3):83-89.

124. Erkal E. Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Diyabetli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2018.

125. Dündar Ö, Kınık C, Muhcu M, Ateş F, Ergür AR, Müngen E, Atay MV. Üriner stres inkontinans tedavisinde kullanılan cerrahi tedavi yöntemlerinin tedavi etkinliğinin karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni,* 2008, 39(3):101-110.

126. Öz Ö, Atalay B. Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6(1):34-37.

127. Li D, Xu Y, Nie Q, Li Y, Mao G. Predictors of urinary incontinence between abdominal obesity and non-obese male adults. *Postgraduate Medicine,* 2017, 129(7):747-755.

128. Swenson CW, Kolenic GE, Trowbridge ER, Berger MB, Lewicky-Gaupp C, Margulies RU, Morgan DM, Fenner DE, DeLancey JO. Obesity and stress urinary incontinence in women: Compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough?. *International Urogynecology Journal,* 2017, 28(9):1377-1385.

129. Balcı UG, Korkmaz H. Obez hastalarda üriner inkontinans tedavisinde kilo kaybının önemi: Olgu sunumu, Importance of weight loss for urinary ıncontinence treatment in obese patients: A case report. *Smyrna Tıp Dergisi,* 2013, 43-44.

130. Ergin AB. Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi,* 2014, 1(1):41-54.

131. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç. Obezitede güçlendirme ve hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences,* 2012, 4(2):94-101.

132. Kahraman A, Bolışık B. Çocuk ve ergenlerde obezite ve hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2017, (9):78-94.

133. Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2009, 1(2):94-102.

134. Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 2014, 1(2):101–109.

135. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DE. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*, 1996, 47(1):67-71.

136. Ceyhan Ö, Göriş S, Zincir H. Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen önemli bir problem: inkontinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2018, 27(1):29-35.

137. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 2004, 23(4):322-330.

138. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi,* 2004, 30(3):332-338.

139. Balcı UG, Balcı U, Öngel K. Obez hastalarda aşırı aktif mesane semptomlarının OAB-V8 formu ile değerlendirilmesi. *Yeni Üroloji Dergisi*, 2013, 8(3):8-13.

140. Çiftçi Ö. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halksağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2009.

141. Ateş S. 35-65 Yaş Arası Stres Üriner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.

142. Çetin C. Edirne İli Merkezinde 20 Yaş Üstü Popülasyonda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2010.

143. Bektaş AH. Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.

144. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012, 7(19):23-37.

145. Akkuş Y. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2014.

146. Han, MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *International Urogynecology Journal*, 2006, 17(1):35-39.

147. Richter HE, Creasman JM, Myers DL, Wheeler TL, Burgio KL, Subak LL. Urodynamic characterization of obese women with urinary incontinence undergoing a weight loss program: The Program to Reduce Incontinence by Diet and Exercise (PRIDE) trial. *International Urogynecology Journal*, 2008, 19(12):1653-1658.

148. Kulaksızoğlu S. 15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2017.

149. Richter HE, Burgio KL, Clements RH, Goode PS, Redden DT, Varner RE. Urinary and anal incontinence in morbidly obese women considering weight loss surgery. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 106(6):1272-1277.

150. Ege E, Akin B, Koçoğlu D, Ariöz A. Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 2007, 9(2):46-56.

151. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Lalos ANN. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2011, 90(6):621-628.

152. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 2014, 2(2):1-14.

153. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain And The UK. *BJU International*, 2005, 96(6):831-838.

154. Yonguc T, Aydogdu O, Bozkurt IH, Degirmenci T, Gunlusoy B, Sen V, Yarimoglu, S. Do severe obese patients with stress urinary incontinence benefit from transobturator tape procedure? 3-year surgical outcome. *Canadian Urological Association Journal*, 2015, 9(7-8), E546.

155. Viktrup L, Yalcin I. Duloxetine treatment of stress urinary incontinence in women: effects of demographics, obesity, chronic lung disease, hypoestrogenism, diabetes mellitus, and depression on efficacy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2007, 133(1):105-113.

156. Demirel T. 65 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya; Selçuk Üniversitesi, 2012.

157. Finkelstein MM, Skelly J, Kaczorowski J, Swanson G. Incontinence quality of life ınstrument in a survey of primary care patients. *Journal of Family Practice*, 2002, 51(11):952-952.

158. Keskin E. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ordu; Ordu Üniversitesi, 2019.

159. Souza CCC, Rodrigues AM, Ferreira CE, Fonseca ESM, Di Bella ZIKJ, Girao MJBC, Sartori MGF, Castro RA. Portuguese validation of the urinary incontinence-specific quality-of-life ınstrument: I-QOL. *International Urogynecology Journal*, 2009, 20(10):1183-1189.

160. Shlain I, Lavy Y, Arbel R, Shveiky D, Woloski Wruble A, Liebergall-Wischnitzer M. Urinary incontinence type, symptoms, and quality of life: A comparison between grand multipara and non-grand multipara women aged≥ 50 years. *Japan Journal of Nursing Science*, 2018, 15(4):309-317.

161. Oh SJ, Hong SK, Son H, Paick JS, Ku JH. Quality of life and disease severity in korean women with stress urinary incontinence. *Urology*, 2005, 66(1):69-73.

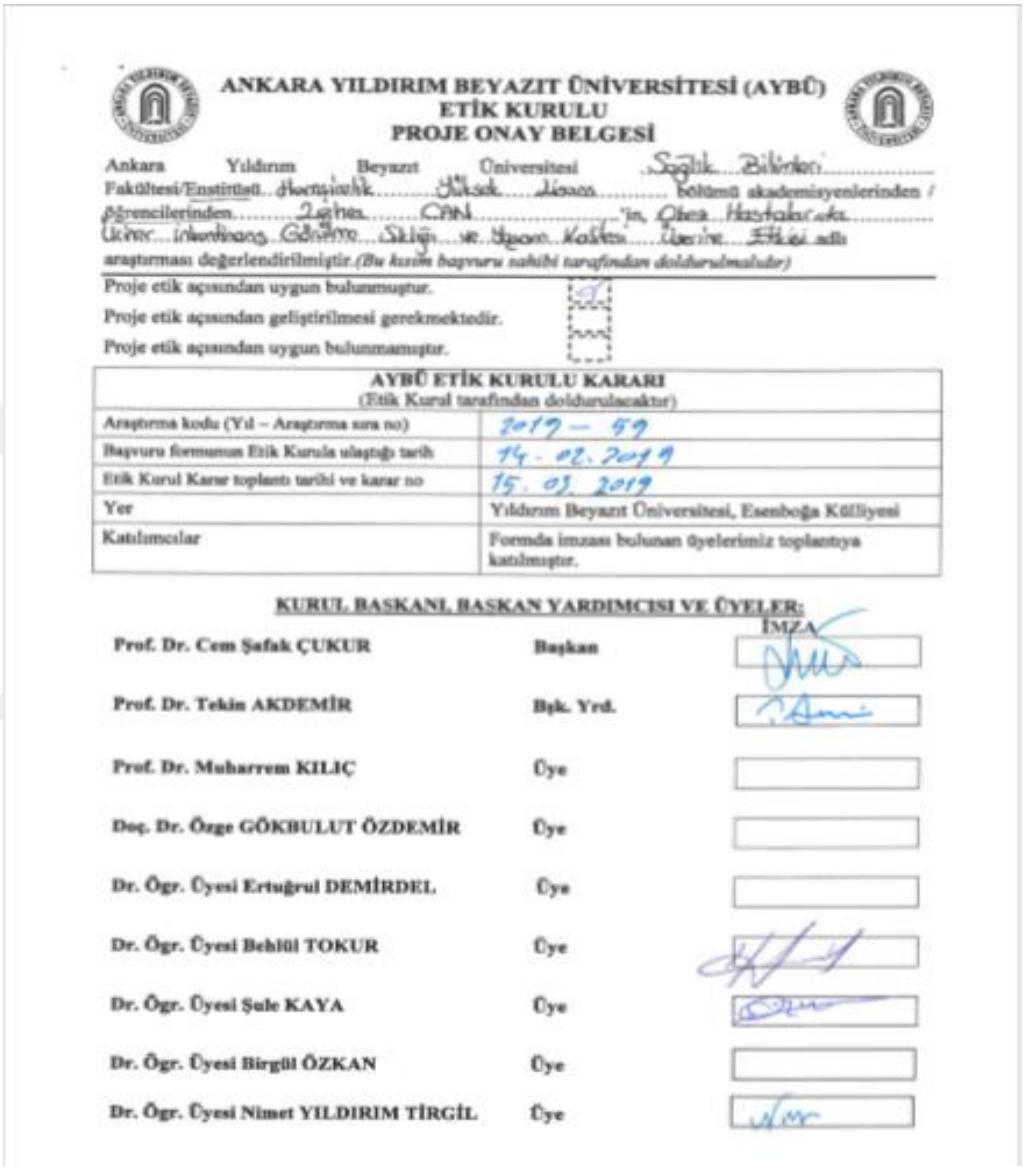
162. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Woloski Wruble AC. Sexual function and quality of life for women with mild-to-moderate stress urinary incontinence. *The Journal of Midwifery and Women's Health*, 2011, 56(5):461-467.

163. Farzinmehr A, Moezy A, Koohpayehzadeh J, Kashanian M. A comparative study of whole body vibration training and pelvic floor muscle training on women's stress urinary ıncontinence: Three- Month Follow- Up. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2015, 9(4):147–154.

164. Süt HK, Küçükkaya B. Kadınların pelvik taban kas egzersizleri bilgi ve uygulama durumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 9(3):15-20.

8. EKLER

EK-1. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Alınan Yazılı İzin



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden Zeynep Can'ın, Obez Hastalarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

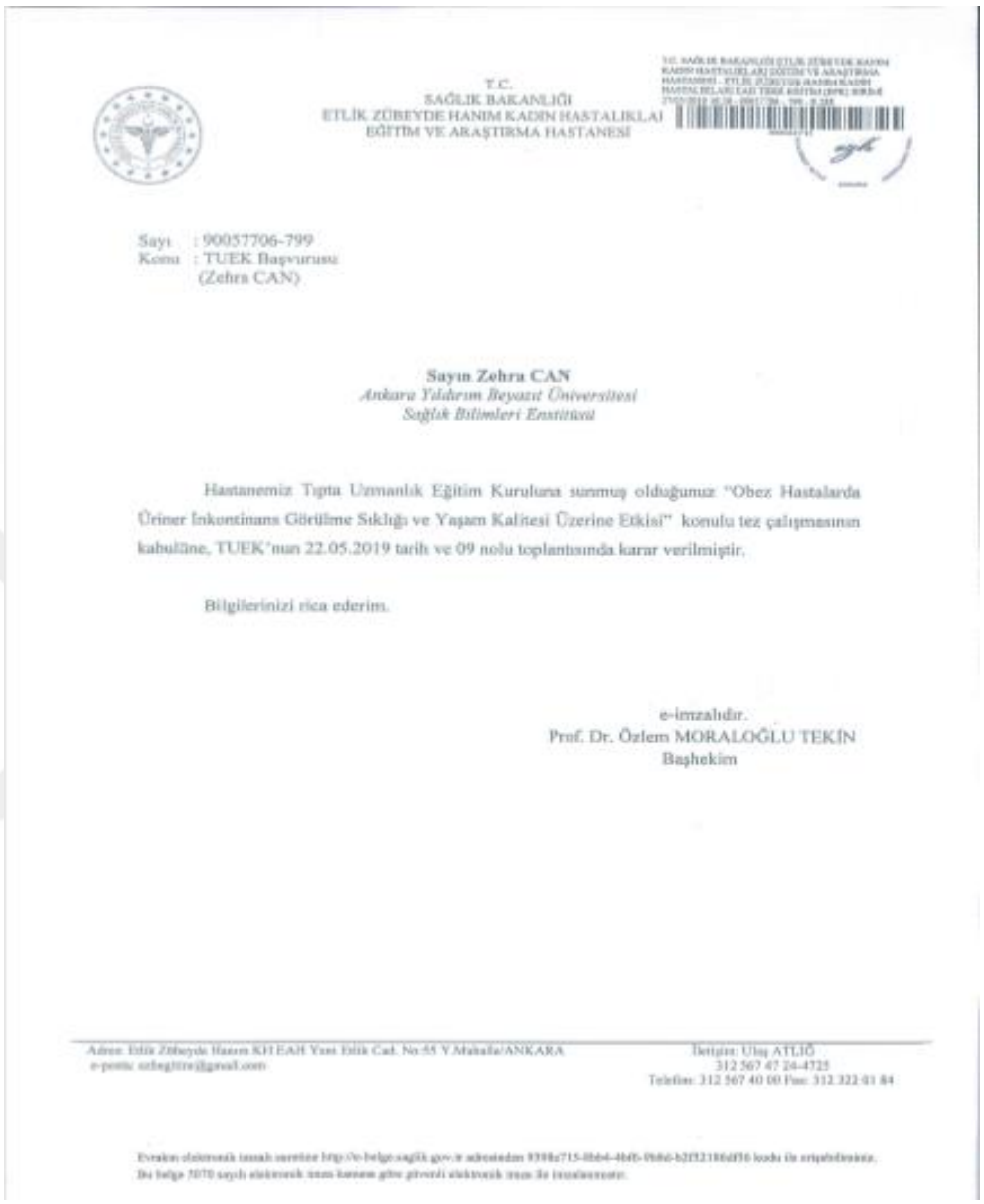
- Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☑
- Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
- Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2019 – 59
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	14.02.2019
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	15.03.2019
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Bşk. Yrd.	
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye	
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Behlül TOKUR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	Üye	

EK-2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Alınan Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Sayı : 90057706-799
Konu : TUEK Başvurusu
(Zehra CAN)

Sayın Zehra CAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna sunmuş olduğunuz "Obez Hastalarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasının kabulüne, TUEK'nun 22.05.2019 tarih ve 09 nolu toplantısında karar verilmiştir.

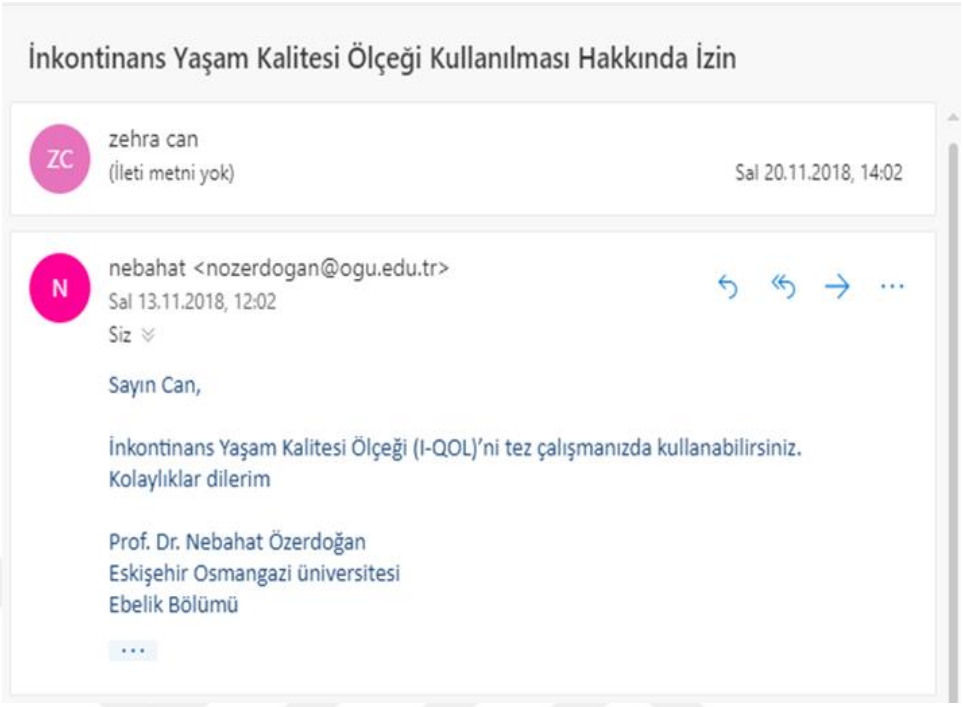
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Başhekim

Adres: Etlik Zübeyde Hanım KH EAH Yeni Etlik Cad. No:55 Y.Mahalle/ANKARA
e-posta: ozbegitim@gmail.com

İletişim: Uluç ATLIĞ
312 567 47 24-4725
Telefon: 312 567 40 00 Faks: 312 322 01 84

EK-3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Kullanım İzni



İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanılması Hakkında İzin

ZC zehra can
(İleti metni yok) Sal 20.11.2018, 14:02

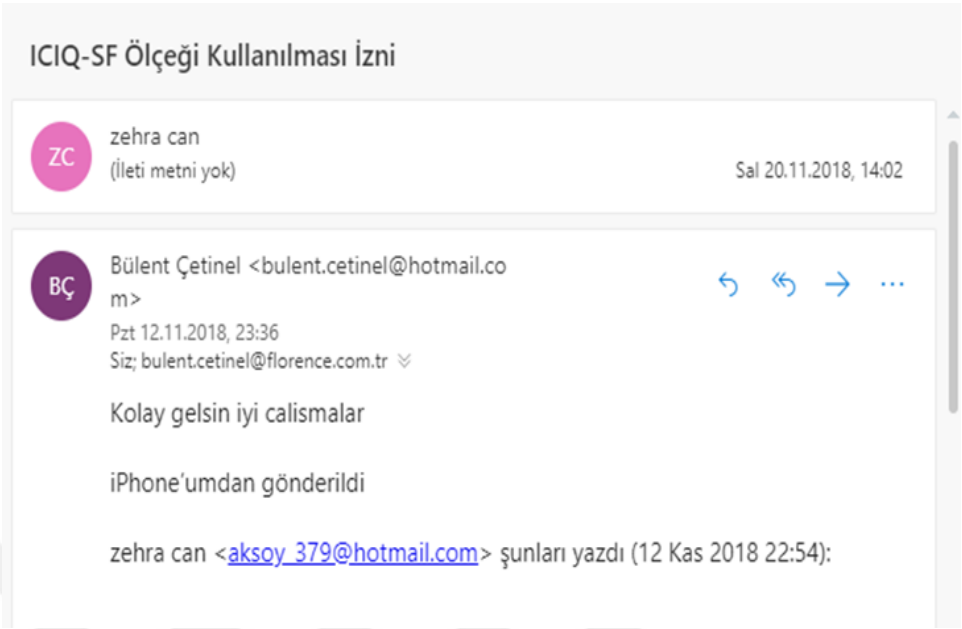
N nebahat <nozerdogan@ogu.edu.tr>
Sal 13.11.2018, 12:02
Siz

Sayın Can,

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)'ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim

Prof. Dr. Nebahat Özerdoğan
Eskişehir Osmangazi üniversitesi
Ebelik Bölümü

EK-4. Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Kullanım İzni



ICIQ-SF Ölçeği Kullanılması İzni

ZC zehra can
(İleti metni yok) Sal 20.11.2018, 14:02

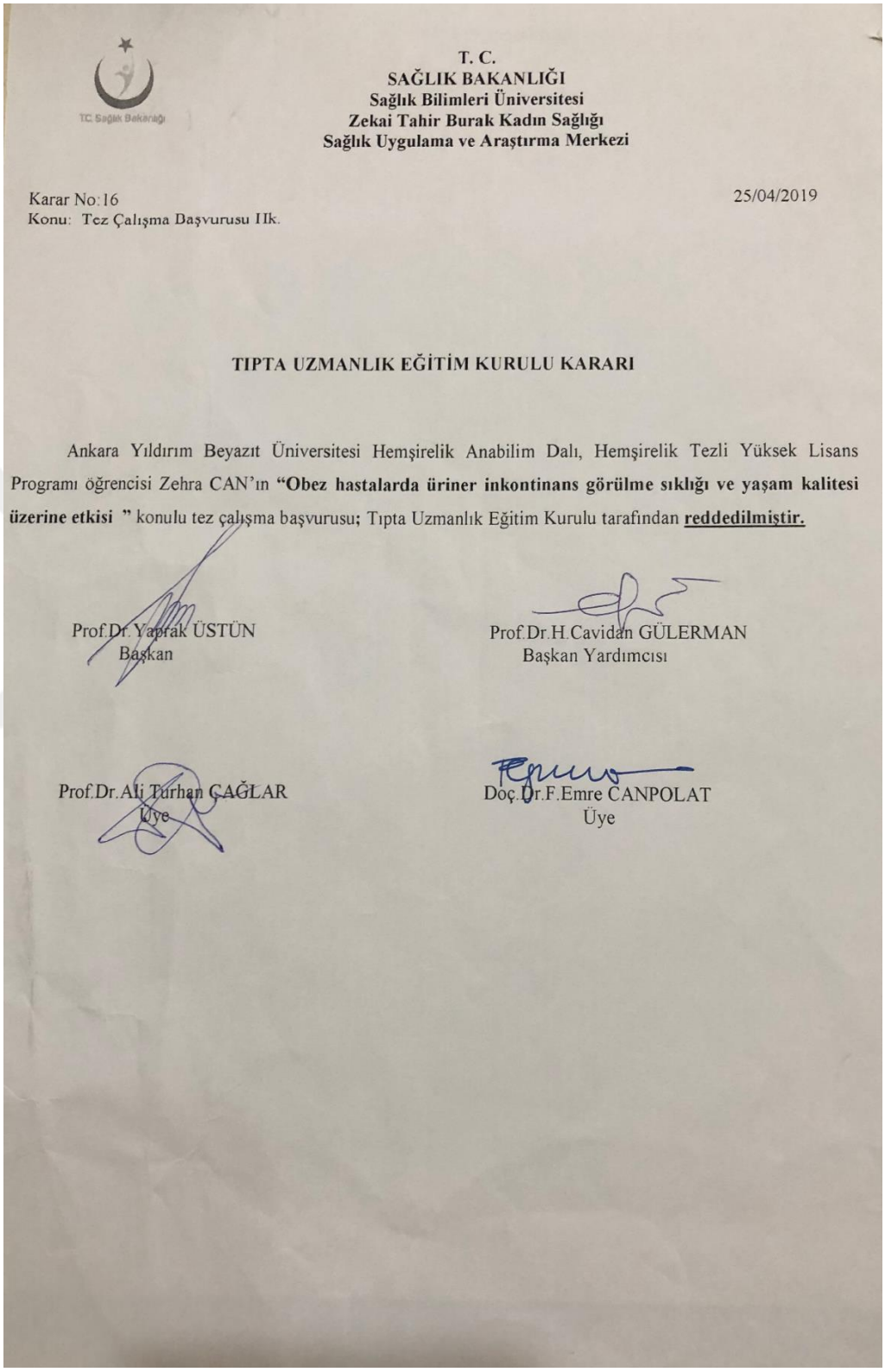
BÇ Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com>
Pzt 12.11.2018, 23:36
Siz; bulent.cetinel@florence.com.tr

Kolay gelsin iyi calismalar

iPhone'umdan gönderildi

zehra can <aksoy_379@hotmail.com> şunları yazdı (12 Kas 2018 22:54):

EK-5. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Red Yazısı



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Karar No:16
Konu: Tez Çalışma Başvurusu Hk.

25/04/2019

TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU KARARI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zehra CAN'ın **"Obez hastalarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi "** konulu tez çalışma başvurusu; Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu tarafından **reddedilmiştir.**

Prof.Dr.Yaprak ÜSTÜN
Başkan

Prof.Dr.H.Cavidan GÜLERMAN
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Ali Turhan ÇAĞLAR
Üye

Doç.Dr.F.Emre CANPOLAT
Üye

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Zehra CAN tarafından yürütülen "**Obez Hastalarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi**"başlıklı **araştırmaya**davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma**hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz**biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

Araştırmanın Amacı: Obez hastalarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

a. Araştırmanın İçeriği:.Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte bir araştırmadır.
b. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma ■ Tez çalışması
c. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 15-20 dakika
d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

EK-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (devam)

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

EK-7. Anket Formu

1. Yaşınız:

2. Kilonuz:

3. Boyunuz:

4. BKİ:

5. Mesleğiniz: 1. Ev Hanımı 2. Memur 3. Emekli 4. İşçi 5. Diğer

6. Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekar

7. Öğrenim Durumu:0. Okur-yazar değil 1. İlköğretim 2. Ortaöğretim 3. Üniversite ve üzeri

8. Yaşadığınız Yer: 1. Köy 2. İlçe 3. Merkez

9. Aile Tipiniz: 1. Çekirdek 2. Geniş

10. Ekonomik durumunuz:

11. Kronik Hastalık : 1. Evet (ise hastalık……. 2. Hayır

12. Sigara içme alışkanlığınız var mı? 1. Evet (ise günde kaç tane….) 2. Hayır

13. Alkol kullanıyormusunuz ?

1. Evet (ise miktar……..) 2. Hayır……..

14. Hergün çay-kahve içer misiniz ?

1. Evet (günlük miktarı…….) 2. Hayır……

15. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?

1. Evet (ise belirtiniz…….) 2. Hayır……

16. Gebelik Sayınız:…….

17. Doğum Yaptınız mı: 1. Evet…….. 2. Hayır…….

EK-7. Anket Formu (devam)

(Cevap Evet ise)

18. Doğum Sayısı:

19. Kürtaj oldunuz mu: 1. Evet…….. 2. Hayır……

20. İlk doğum yaşınız? ……

21. Doğum şekliniz:

1. Sezaryen doğum (ise kaç kez…….)

2. Normal doğum (ise kaç kez…….)

3. Sezaryen ve Normal doğum her İkiside (ise kaç kez…….)

22. Yaptınız doğum sırasında epizyotomi yapıldı mı?

1. Evet…… 2. Hayır……..

23. Doğumlarınız sırasında (vakum. forseps) kullanıldı mı?

1. Evet (ise belirtiniz…….) 2. Hayır……

24. Doğumlarınız sırasında karın bölgenize bası uygulandı mı?

1. Evet (ise kaç kez belirtiniz…….) 2. Hayır……

25. Menopoza girme durumunuz?

1. Evet, menopozdayım. Kaç yıldır menopozdasınız?.....)

2. Hayır, menopozda değilim

26. Daha önce bir jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi?

1. Evet (ise ne tür bir ameliyat…….) 2. Hayır……..

27. Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında hiç idrar kaçırır mısınız? 1. Evet 2.Hayır

EK-7. Anket Formu (devam)

28. Sık sık kabız olur musunuz?

1. Evet……. 2. Hayır…….

29. Hiç idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?

1. Evet…… 2. Hayır…….

30. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi oluyor mu?

1. Evet……. 2. Hayır……

31. Gündüz kaç kez idrara çıkarsınız?

a)1 b)2 c)3 d)4 e) 5 ve üzeri

32. Gece idrara çıkar mısınız? Çıkarsanız kaç kez idrara çıkarsınız?

a)0 b) 1 c)2 d)3 e) 4 ve üzeri

33. Öksürürken, hapşırırken, gülerken idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1. Evet (ne kadar zamandır……) 2. Hayır……..

34. Tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra tuvalete gidene kadar idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1. Evet (ne kadar zamandır……) 2. Hayır…….

35. Ağır kaldırdığınızda idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1. Evet (ne kadar zamandır……) 2. Hayır……

36. Kegel egzersizini biliyor musunuz?

1. Evet……2. Hayır……..

37. Kegel egzersizini uyguluyor musunuz?

1. Evet (ise sıklığı…….) 2. Hayır…….

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

1. Hiç 2. Biraz 3. Orta Düzeyde 4. Oldukça 5. Çok Fazla

1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum 1 2 3 4 5
2. Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum. 1 2 3 4 5
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor. 1 2 3 4 5
4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişeleniyorum. 1 2 3 4 5
5. Kendimi bunalımda hissediyorum. 1 2 3 4 5
6. Kendimi evimden uzun süre ayrılacak kadar özgür hissetmiyorum. 1 2 3 4 5
7. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için hayal kırıklığı yaşıyorum. 1 2 3 4 5
8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum. 1 2 3 4 5
9. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor. 1 2 3 4 5
10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir. 1 2 3 4 5
11. İdrar kaçırmamadan dolayı, her ayrıntıyı daha önceden planlamam gerekiyor. 1 2 3 4 5
12. Yaşlandıkça idrar sorunumun daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum. 1 2 3 4 5
13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum. 1 2 3 4 5
14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum. 1 2 3 4 5
15. İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor. 1 2 3 4 5
16. İdrar kaçırma sorunum bana hayattan daha az zevk veriyor. 1 2 3 4 5
17. İdrar kaçırma sorunum benim kendimi daha çaresiz hissetmeme yol açıyor. 1 2 3 4 5
18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum. 1 2 3 4 5
19. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum. 1 2 3 4 5
20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım. 1 2 3 4 5
21. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor. 1 2 3 4 5
22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum. 1 2 3 4 5

EK-9. Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

Bugünün tarihi (GÜN/AY/YIL)

(-----/-----/--------)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirseniz minnetar oluruz.

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

2) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

3) Ne sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiçbir zaman

Haftada bir veya daha seyrek gibi

Haftada iki veya üç kez

Günde bir kez gibi

Günde birkaç kez

Her zaman

4) Size göre ne kadar idrar kaçırıyorsunuz bilmek istiyoruz?

Genelde ne kadar idrar kaçırıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) (Bir kutuyu işaretleyin)

0) Hiç

2) Az miktarda

4) Orta derecede

6) Çok miktarda

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

EK-9. Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Formu (devam)

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) Hangi durumlarda idrar kaçırıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

Hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....

Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum....

Öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum....

Uyurken kaçırıyorum....

Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum.....

İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum....

Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum....

Her zaman kaçırıyorum.....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK-10. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Zehra CAN
Doğum tarihi	: 27.03.1995
Doğum yeri	: Kilis / Merkez
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 05075811173
E-mail	: zehracan@kilis.edu.tr
EĞİTİM	
Lise	: Kilis Anadolu Lisesi
Lisans	: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta (YÖKDİL 61,250)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	