



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

35-65 YAĞ ARASI STRES ÜRİNER İNKONTİNANSI TARİFLEYEN
OBEZ KADINLARDA YAĞAM KALİTESİ VE BAĞ ETME
YÖNTEMLERİNİN BELİRLENMESİ

Serpil ATEĞ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAĞ

İ Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK/2019

TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında/Programında Serpil ATEŞ tarafından hazırlanan “**35-65 Yaş Arası Stres Üriner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi**” Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. İmatullah AKYAR

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin yüksek lisans tezi olduğunu onaylıyorum.



Üye: Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin yüksek lisans tezi olduğunu onaylıyorum.



Üye (Danışman): Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Bu tezin yüksek lisans tezi olduğunu onaylıyorum.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 23/12/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Tezin Teslim Edildiği Tarih: 23 / 01 /2020

Prof. Dr. Ömer AZAL

Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Serpil ATEŞ

23.12.2019

ÖZET

35-65 Yaş Arası Stres Üriner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma 35-65 yaş arası stres üriner inkontinansı tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı olarak 17 Ocak – 29 Kasım 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini; üroloji polikliniğine başvuran kadınlardan 35-65 yaşları arasında olan, Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Formu'nun 6.sorusuna göre stres üriner inkontinans yaşadığı belirlenen, Beden kitle indeksi 30 kg/m^2 ve üzeri (obez) olan, stres üriner inkontinansla ilgili herhangi bir tedavi almayan ve cerrahi girişim geçirmeyen, iletişimi engelleyen herhangi bir sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın uygulaması, poliklinikte sekreterler için ayrılmış bir odada yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 35-45 dakika sürmüştür. Verilerin toplandığı odada boy ve kiloyu ölçen bir araçla, her bir hastanın boy ve kilosu ölçülerek BKİ hesaplanmıştır. Obezite; hafif obez ($30,0-34,9 \text{ kg/m}^2$), orta derecede obez ($35,0-39,9 \text{ kg/m}^2$) ve morbid obez ($40,0-49,9 \text{ kg/m}^2$) olarak evrelendirilmiştir. Obez olan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada, Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu ve Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu ile veri toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ile t-testi, Tek yönlü (One way) Anova testi, Scheffe testi ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunun günde birkaç kez idrar kaçırdığı saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının az miktarda idrar kaçırdığı bulunmuştur. İdrar kaçırmının günlük yaşama etkisine ilişkin puan ortalaması $4,65 \pm 3,38$ olup, %66,5'i günlük yaşamının az etkilendiğini %33,5'i günlük yaşamının çok etkilendiğini ifade etmiştir. Katılımcıların toplam puan ortalamasına ($10,56 \pm 5,19$) göre orta derecede idrar kaçırdıkları ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Rahatsız edici ve yaşam kalitesini etkileyen düzeyde inkontinansa sahip olanların oranı %67,5 olup, %32,5'inin

idrar kaçırmaya bağlı rahatsızlık düzeyinin “az” olduğu bulunmuştur. Stres üriner inkontinans ile baş etme yöntemi olarak katılımcıların %87,5’inin sık iç çamaşırı değiştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre; stres üriner inkontinansın obez kadınlarda yaşam kalitelerini orta derecede etkilediği saptanmıştır. Bireylerin bu durumla baş etmek için çeşitli bireysel baş etme yöntemleri kullandıkları görülmüştür. Ayrıca bireylerin yaşam kalitelerinin; öğrenim durumunun azalması, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonun geçirilmesi ve inkontinans süresinin 7 yıl ve üzerinde olması ile kötüleştiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: baş etme, obezite, stres üriner inkontinans, yaşam kalitesi



ABSTRACT

Determination of Quality of Life And Coping Methods In Obese Women Describing Stress Urinary Incontinence Between The Ages Of 35-65

Aim: The aim of this study was to determine the quality of life and coping methods in obese women describing stress urinary incontinence between the ages of 35-65.

Materials and Methods: The research was conducted as descriptive between 17 January - 29 November 2019. The study was carried out in outpatient clinic of urology in Ankara Gülhane Training and Research Hospital. The sample of the research; stress urinary incontinence was determined according to the 6th questionnaire of the International Urinary Incontinence Consultation Questionnaire-Short Form, aged 35-65 years, and the body mass index was 30 kg / m² and above (obese). The study consisted of 200 people who did not receive any treatment and did not undergo surgical intervention, did not have any problems preventing communication and agreed to participate in the study. Data were collected by face to face interviews. The interviews lasted approximately 35-45 minutes. BMI was calculated by measuring the height and weight of each patient with a tool measuring the height and weight in the room where the data was collected. Obesity was classified; mildly obese (30.0-34.9 kg / m²), moderately obese (35.0-39.9 kg / m²) and morbidly obese (40.0-49.9 kg / m²). Patients who agreed to participate in the study were given the patient introductory information form and the International Urinary Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form. Data were collected by face to face interview technique. The interviews lasted approximately 35-45 minutes. Descriptive statistical methods, t-test, One-way Anova test, Scheffe test and Pearson correlation analysis were used to evaluate the data.

Findings: The majority of the participants incontinent several times a day, more than half of the participants missed a small amount of urine. The mean score of effect of urinary incontinence on the daily life is $4,65 \pm 3,38$, 66,5% of the daily life is affected less than 33,5% of the daily life was very affected. According to the total score ICIQ-SF (10.56 ± 5.19), participants had moderate incontinence and their quality of life was moderate. When the discomfort level is examined according to the ICIQ-SF cut-off score, the incidence of inconvenience disturbing and affecting quality of life was 67,5% and 32,5% of the patients

had low incidence of urinary incontinence. As a method of coping with stress urinary incontinence 87,5% of the participants were found to change underwear frequently.

Conclusion: According to the results of the research; stress urinary incontinence was found to have a moderate effect on quality of life in obese women. It has been observed that individuals use various individual coping methods to cope with this situation. In addition, individuals quality of life; decrease in educational status, recurrent urinary tract infection and incontinence duration of 7 years and more were found to worsen.

Key Words: coping, obesity, stress urinary incontinence, quality of life



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca, bilimsel bir bakış açısı kazanmamı sağlayan, her konuda beni yönlendiren, bilgi ve deneyimleri ile desteğini ve ilgisini esirgemeyen, her konuda hayatıma eşsiz katkılar sunan, gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm, profesyonel kişiliğini örnek aldığım, her zaman beni anladığını ve yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam ve danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli katkılarıyla yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam sayın Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR'a ve değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Betül KILIÇ'a,

Araştırmam süresince beni destekleyen ve motive eden arkadaşlarıma,

Eğitim öğretim hayatım boyunca ve tez sürecimin her aşamasında beni cesaretlendiren, bugünlere gelebilmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, sevgi ve desteklerini üzerimden hiç eksik etmeyen, her zaman yanımda olduklarını hissettiğim çok sevdiğim babam Nuri ATEŞ'e ve biricik annem Meziyet ATEŞ'e, bana karşı her zaman büyük fedakârlıklar gösteren canım ablam Serap GÜNEŞ'e ve eşi İlker GÜNEŞ'e, neşesiyle bana huzur ve motivasyon veren yeğenim Balamir GÜNEŞ'e,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Serpil ATEŞ

2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
ŞEKİLLER	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Üriner İnkontinans	3
2.1.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Üriner İnkontinans Fizyopatolojisi	3
2.1.3. Üriner İnkontinans Sınıflandırılması	4
2.1.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	6
2.1.5. Üriner İnkontinans ve Kadın Cinsiyeti	9
2.1.6. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirilmesi	10
2.1.7. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri	11
2.2. Stres Üriner İnkontinanda Obezite ve Yaşam Kalitesi	16
2.2.1. Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Yol Açtığı Sağlık Komplikasyonları ..	16
2.2.2. Stres Üriner İnkontinanslı Obez Kadınların Yaşam Kalitesi	18
2.2.3. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	23
3.3.2. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri	24
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	24

3.5. Veri Toplama Araçları.....	24
3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulanması.....	24
3.5.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu	24
3.5.3. Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması - Kısa Formu ..	25
3.6. Verilerin Toplanması.....	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	27
4. BULGULAR	29
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. Katılımcıların İKSF- KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	32
4.3. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans ile Baş Etme Yöntemlerine İlişkin Bulgular.	40
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	57
9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	67

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	29
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.1.3. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans ile İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.2.1. Katılımcıların İKSF-KF Madde ve Toplam Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.2.2. Katılımcıların İKSF-KF ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı	33
Tablo 4.2.3. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklerle Karşılaştırılması	34
Tablo 4.2.4. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ile Karşılaştırılması	36
Tablo 4.2.5. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Stres Üriner İnkontinans ile İlişkili Özellikleri ile Karşılaştırılması	37
Tablo 4.2.6. Katılımcıların İKSF-KF Skorlarının Birbiri ile İlişkisi	38
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans ile Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı	40
Tablo 4.3.2. Katılımcıların En Sık Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	41

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAU	: European Association of Urology (Avrupa Üroloji Derneği)
ICS	: International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
İKSF-KF	: Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu)
MÜİ	: Miks (Karışık tip) Üriner İnkontinans
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
PVR	: Post Voiding Rezidüel (işeme sonrası rezidü idrar miktarı)
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UÜİ	: Urge (Sıkışma tip) Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans
VAS	: Visual Analog Scale

ŞEKİLLER

Sekil

Sayfa No

Şekil 1.1. Araştırmanın Akış Şeması 26



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Üriner inkontinans (Üİ), yaş arttıkça insidansı artan, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen istemsiz idrar kaçırma durumudur. (1). Uluslararası Kontinans Derneği tarafından Üİ, her türlü istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlanmaktadır (2). İnkontinans çeşitlerinden en sık görülen stres Üİ olup, öksürme, hapşırma ve fiziksel eforla sırasında görülen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (3,4). Üİ, 30-60 yaş arası kadınlarda %30'a varan prevalansı olan yaygın bir semptomdur ve bunun yaklaşık %50'sini stres Üİ'nin oluşturduğu bildirilmektedir (5). Ayrıca kadınlarda erkeklere oranla 2 ile 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (6). Bu konuda yapılan en geniş kapsamlı çalışma olan EPINCONT (Norwegian Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord Trondelag) araştırması, 1995-1997 yıllarında kadınlarda Üİ prevalansını %25 olarak bulmuştur. Yaklaşık 11 yıl sonra, 2006-2008 yıllarında araştırma tekrarlandığında Üİ prevalansının %16 oranında artış göstererek %29'a yükselmiş ve stres Üİ prevalansının %42,9 olduğu bulunmuştur. Bu çalışma da her iki ankete katılan (n=14 606) kadınların çoğunun orta şiddette stres Üİ'ye sahip olduğu, urge ile mikst Üİ yaşla birlikte artarken stres Üİ'nin genç ve orta yaşlı kadınlarda en yaygın tipte Üİ olduğu belirlenmiştir (7).

Kontinans, uygun ve sosyal olarak kabul edilebilir istemli boşaltmayla birlikte idrar depolanmasını devam ettirebilme yeteneğidir. Kontinans, kas kasılmasını ve gevşemesini, uygun bağ dokusu desteğini, bütünleşmiş inervasyon ve bu yapılar arasında iletişimi içeren çok sayıda bileşenin karmaşık koordinasyonunu gerektirir. Dolum sırasında, üretra kasılması mesane gevşemesiyle koordine edilir ve idrar depolanır; işeme sırasında, sırayla üretra gevşer ve mesane kasılır. Bu üriner kontinans mekanizmasında sinir sisteminin fonksiyonu, mesane duvarı, detrusor kası, üretra, pelvik taban kas ve bağ dokusunun herhangi birinde oluşan disfonksiyon, alt üriner sistemde; idrarın depolanması ve boşaltılmasında aksamalara yol açarak inkontinans gelişimine neden olmaktadır (8).

Üİ'nin oluşmasında etkili bir diğer neden obezitedir (9,10). Obez kadınlarda obez olmayan kadınlara kıyasla üç kat daha fazla Üİ probleminin olduğu belirtilmektedir. Obezitenin karın içi basıncında artmaya neden olarak kontinans mekanizmasını bozduğu düşünülmektedir (11,12). Kilo alımı ile oluşan fazla yağ dokusu karın içi basınçta artış sağlar, pelvik dokulara kronik bir şekilde baskı yaparak pelvik kasların, sinirlerin ve diğer yapıların zayıflamasına yol açmaktadır. İntra-abdominal basıncın artışı orantısız olarak yüksek mesane

içi basınca neden olur. Mesane içi basınç, üretral kapama basıncını geçerek ve üretral mobilitiyi artırarak stres Üİ'ye neden olmaktadır (13-16). Artmış BKİ, üriner inkontinans gelişmesinde etkili ve bağımsız bir risk faktörü olup, en çok stres Üİ'ye neden olmaktadır (17-21). Literatürde, kilo vermeyele stres Üİ'nin düzeldiği ve önlenebilir bir sağlık sorunu olan obezitenin stres Üİ üzerindeki etkisinin önemi vurgulanmaktadır (14-16,22).

Kadınların kendilerini ve ailelerini fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkileyen Üİ, yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olan multidisipliner bir olgudur (23,24). Üİ problemi olan kadınlar; utanma, koku korkusu, inkâr, ıslaklık ve irritasyona bağlı rahatsızlık, kendini kirli ve yetersiz hissetme, sosyal izolasyon ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlar yaşamaktadırlar (25,26). Literatürde, kadınların Üİ ile kendilerini baş etmeye çalışmakta ve ayakları sıcak tutma, ped, bez vb. kullanma, sık iç çamaşırı değiştirme gibi uygulamalar yapmaktadırlar (1,27). Söz konusu durumlarda kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü bilinmektedir (1).

Üİ, bireyler tarafından kabul edilmesi zor bir durum olduğu için, bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Stres Üİ'nin, genç ve orta yaşlı kadınlarda en yaygın tipte Üİ olduğu ve yaşla birlikte göreceli olarak azaldığı bilinmektedir (7). Obezitenin varlığı ile beraber, stres Üİ'yi tarifleyen orta yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiği ve baş etme yöntemlerinin belirlendiği çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma 35-65 yaş arası stres Üİ'yi tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının, stres Üİ yaşayan obez kadınların gereksinimlerine uygun eğitim, planlama ve girişimlerinin yapılmasına olumlu etkiler sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma 35-65 yaş arası stres üriner inkontinansı tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Stres Üriner İnkontinansı tarifleyen orta yaş obez kadınlarda yaşam kalitesi düzeyi nasıldır?
2. Stres Üriner İnkontinansı tarifleyen orta yaş obez kadınlarda baş etme yöntemleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRİNER İNKONTİNANS

2.1.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği tarafından her türlü istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlanmaktadır (2). Üİ prevalansı yaş gruplarının hepsinde %22,6 ile %86,7 arasında değişmekte ve tiplerine göre yaş gruplarında farklılıklar göstermektedir. Dünyada yapılan geniş toplum tabanlı prevalans çalışmalarında kadınlarda ortalama Üİ görülme oranının %18 ile %45 arasında olduğu bildirilmektedir (28). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise kadınlarda Üİ prevalansı %16,4 ile %68,8 arasında değişmektedir (29). Bu konuda yapılan en geniş kapsamlı çalışma niteliğindeki EPINCONT (Norwegian Epidemiology of Incontinence in the Country of Nord Trondelag) araştırması, 1995-1997 yıllarında kadınlarda Üİ prevalansını %25 olarak bulmuştur. Yaklaşık 11 yıl sonra, 2006-2008 yıllarında araştırma tekrarlandığında Üİ prevalansının %16 oranında artış göstererek %29’a yükselmiş ve stres Üİ prevalansının %42,9 olduğu bulunmuştur. Bu çalışma da her iki ankete katılan (n=14 606) kadınların çoğunun orta şiddette stres Üİ’ye sahip olduğu, urge ile mikst Üİ yaşla birlikte artarken stres Üİ’nin genç ve orta yaşlı kadınlarda en yaygın tipte Üİ olduğu belirlenmiştir (7). Stres Üİ prevalansının ise, 30-65 yaşları arasında görüldüğü, en yüksek seviyeye ise 45-50 yaşları arasında ulaştığı bildirilmiştir (14). Yapılan bir başka çalışmada, stres Üİ prevalansı 50’li yaşlarda pik yapıp devamında azalmaktadır (30).

2.1.2. Üriner İnkontinans Fiziopatolojisi

Normal miksiyon refleksi, mesane inferior duvarında uzanan kas tabakası olan detrusor kası içindeki reseptörlerin beyine sinyal göndermesi ile başlar. Eğer miksiyon için uygun sosyal ortam var ise beyin karar verir. Detrusor kası kasılır, artmış mesane basıncı üretra basıncına iletilir. İstemli kontrol altındaki eksternal üretral sfinkter gevşer ve miksiyon işlemi tamamlanır (31).

İdrarın normal depolanması, mesanenin uygun olarak kasılmasına ve sfinkter mekanizmasının doğru bir işlev göstermesine bağlıdır. Bu iki faktöre ek olarak pelvik taban kas ve fasiyalar da kontinans mekanizması üzerinde etkiler göstermektedir. Tüm bu etkilere bağlı olarak pelvik tabanın destek görevinin zayıflaması, alt üriner sistem organlarının yer

değiştirmesi ve mesane ve üretranın fonksiyonunun bozulması üriner inkontinans meydana gelmesine sebep olmaktadır (32,33).

Üriner kontinans; mesane ve üretral fonksiyona bağlı olsa da normal üriner kontinans mekanizmasında sinir sisteminin fonksiyonu, mesane duvarı, detrusor kas, üretra, pelvik taban kas ve bağ dokusunun normal olması gerekmektedir. Bunlardaki herhangi bir disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan; idrarın depolanmasında ve toplanan idrarın üretra yoluyla boşaltılmasında aksamalara neden olacaktır (8). Üriner kontinansın sağlanması için; sağlıklı işlev gören merkezi ve periferik sinir sistemi, mesane duvarı, detrusor kası, üretra, periüretral ve pelvik kas yapısı olması gerekir. Kontinans, tüm bu faktörlerin koordineli olarak çalışması sonucu oluşur (34).

Üriner inkontinans ise; idrarın kontrol edilemez kaybıdır ve idrar sızıntısı ya da idrar kaçağı olarak isimlendirilir (33).

Pelvik tabandaki yükün artmasına, pelvik taban kas ve bağ dokularının gerilmesine ve zayıflamasına neden olarak kontinans mekanizmasının bozulmasına neden olan obezite, stres Üİ için iyi tanımlanmış bir risk faktörüdür. Obezite, intraabdominal basıncı artırarak pelvik taban kasları ve pelvik bölgedeki sinirlere zarar vererek üriner şikayetlerin ortaya çıkmasına ve şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Stres üriner inkontinans, mesane sfinkteri ve/veya pelvik taban kaslarının fonksiyonu ile ilgilidir, altta yatan mekanizma karmaşık ve birçok faktöre bağlıdır. Stres üriner inkontinans intravezikal basıncın, mesane çıkım basıncından daha yüksek olması ve sonucunda istemsiz idrar kaçırmaya neden olmasıdır. Bunun nedeni de üretral hipermobilité ve/veya gerçek sfinkter yetmezliğidir. Aşırı kilo intraabdominal basıncı artırmakta, üretral fonksiyonu bozmakta, pelvik taban kasları ve üretrovajinal destekleyici yapıları zayıflatmakta ve mesaneye olan basıncı artırdığından idrar kaçırmaya neden olmaktadır (35-41).

2.1.3. Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması

Akut veya kronik olarak görülmekte olan Üİ'nin akut tipi, en sık üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyona bağlı fekal baskı, ilaçlar ve bazı akut hastalıklara bağlı gelişmektedir. Kronik tipi ise 5 gruba ayrılmaktadır. Bunlar, stres, urge (sıkışma), miks (karışık), taşma ve fonksiyonel tip idrar kaçırmadır (8,42).

2.1.3.1. Stres tipi üriner inkontinans: Üretral hipermobilité veya üretral sfinkter yetmezliğinden kaynaklanan ve genç kadınlarda en çok görülen Üİ tipidir. Uluslararası Kontinans Derneği tarafından öksürme, hapşırma ve fiziksel efor sırasında istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (3,4). İdrar kaçırma miktarı birkaç damla ya da bir pedi ıslatabilecek boyutta da olabilir.

2.1.3.2. Sıkışma tipi üriner inkontinans: Tuvaleté gitme ihtiyacı hissedildiğinde, tuvaleté ulaşılamadan idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Detrusor aşırı aktivitesinden kaynaklanmaktadır ve birey idrar kaçırmaya başladığında, idrarın neredeyse tamamını boşaltana kadar kontinansı sağlayamamaktadır. Detrusor kontraksiyonlarında serebral inhibisyonun kaybı, lokal irritasyon ve infeksiyonu sonucu gelişebilmektedir.

2.1.3.3. Karışık (Miks) tip üriner inkontinans: Yaşlanmayla stres Üİ ve urge Üİ'nin birlikte bulunma oranı artmakta ve mikst Üİ meydana gelebilmektedir. Detrusor aşırı aktivitesi ve üretral sfinkter mobilitesi/yetmezliği birlikte gözlenir. Hastalarda aniden gelen miksiyon hissini takiben tuvaleté ulaşamadan idrar kaçırma ve efor, egzersiz, öksürük veya hapşırma esnasında idrar kaçırma görülmektedir. Her üç kişinin birinde mikst Üİ görülmektedir. Stres Üİ, urge Üİ ve mikst Üİ, mesanenin depolama fazından kaynaklı oluşan şikâyetlerdir.

2.1.3.4. Taşma tip üriner inkontinans: Detrusor kontraktilesinin bozulması, mesane çıkım obstruksiyonu veya bu iki nedenden kaynaklı ortaya çıkmakta ve mesanenin aşırı distansiyonuna sebep olabilmektedir. Bu durum kadınlarda sık görülmez.

2.1.3.5. Fonksiyonel tip üriner inkontinans: Bireylerin mesane fonksiyonları veya nörolojik idrar kontrolü normal olmasına rağmen; bilişsel ve fonksiyonel bir bozukluktan veya hareket kısıtlılığından kaynaklı (alzheimer, parkinson ve artrit gibi) tuvaleté gitme yetisini kaybetmesi sonucu görülmektedir. Mesanenin boşaltım fazında oluşan patolojiler taşma ve fonksiyonel tip üriner inkontinansa neden olmaktadır (43).

2.1.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Üriner kontinansın sürdürülmesinde çok sayıda faktör rol oynadığı için inkontinans gelişimini tek bir faktöre bağlamak yanlış olacaktır. Uluslararası Kontinans Derneği tarafından çeşitli Üİ risk faktörleri tanımlanmıştır. Üriner inkontinans risk faktörleri yapısal, ürojinekolojik, obstetrik, nörolojik ve davranışsal olarak sınıflandırılabilir. Buna göre en sık saptanan risk faktörleri; yaş, obezite-adipozite, doğum sayısı, gebelik, menopozal replasman tedavisi, etnik köken, ırk, histerektomi öyküsü, diyet, sosyoekonomik durum, sigara, fiziksel aktivite ve hasta komorbiditelerinden oluşmaktadır (8,44).

Yaş: Alt üriner sistemde yaş ile birlikte meydana gelen değişiklikler; istemsiz detrusor kasılmaları veya detrusor hiperaktivitesi, idrar yapma sırasında azalmış detrusor kasılmasına bağlı olarak idrar akış hızında düşme ve işeme sonrası rezidüel hacimde artış, üretral kapanma basıncında azalma, menopoz sonrası östrojen kaybı nedeniyle üretral mukoza epitelinde atrofi ve miksiyon paternindeki diürinal değişim nedeniyle noktüride artışı içermektedir (45).

Yaşlandıkça mesane kapasitesi azalır, pelvik taban kasları zayıflar. Bu durum Üİ'yi arttırır (46). Yaşın ilerlemesiyle birlikte urge üriner inkontinansın arttığı, ancak stres üriner inkontinansın azaldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, genç ve orta yaş kadınlarda stres inkontinans görülürken daha yaşlı kadınlarda urge veya mikst inkontinansın daha çok görüldüğü belirtilmiştir (14,15).

Cinsiyet ve ırk: Kadınlarda üretral uzunluğun daha kısa olması ve doğuma bağlı olarak kadınlarda bu yapılarla ilgili dokularda, kaslarda ve sinirlerde hasar oluşması nedeniyle, Üİ'nin kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir (8,47).

Beyaz ırkta, diğer ırklara göre prevalans daha yüksek bulunmuştur (45). Beyaz ırk kadınları Afrikalı veya Asyalı kadınlarla karşılaştırıldığında stres Üİ geliştirmeye daha yatkındır (46).

Genetik: Özellikle birinci derece akrabalarında stres Üİ olanlarda, üç kat daha fazla sıklıkta görülmektedir. Bu da genetik olarak kollajen yapı özellikleri ile açıklanmaya çalışılmaktadır (8,47).

Obezite: Özellikle stres Üİ için iyi tanımlanmış bir risk faktörü olan obezite, pelvik tabandaki yükün artmasına, pelvik taban kas ve bağ dokularının gerilmesine ve zayıflamasına neden olarak kontinans mekanizmasını bozmaktadır (9,10,46). Birçok sistematik makalede beden kitle indeksi ve özellikle stres üriner inkontinans arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ve obezitenin stres üriner inkontinans oranını yükselttiği belirtilmiştir (35-37). Yapılan çalışmalar stres Üİ'li kadınlarda Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) anlamlı derecede yüksek olduğunu ve Üİ semptomlarının kilo kaybı sonucu düzelmesiyle obezitenin önemini vurgulamaktadır (8,9,10, 47). Literatürde, normal kilonun üzerinde beden kitle indeksinin her 5 ünite artışı, 5 ila 10 yıl içinde %20-70 arasında inkontinans olasılığını artırdığı belirtilmiştir (35,37-39). Kilo vermek ise, stres üriner inkontinansı azalttığından, obez hastaların öncelikli olarak kilo vermesi sağlanmalıdır (38,41). Yapılan çalışmalarda beden ağırlığının %5'i kadar kilo veren hastalarda, stres üriner inkontinansın %50 oranında azaldığı ve yaşam kalitesinin iyileştiği belirlenmiştir (35,38). Klinik çalışmalar düşük kalorili diyet (%10-15 kilo kaybı) ve/veya egzersizle kilo kaybı (%7-9 kilo kaybı) ile obez kadınlarda inkontinans görülme sıklığının azaldığını göstermektedir (37,39). Cerrahi olarak kilo vermek de stres üriner inkontinans oranını düşürmektedir. (35). Scozzari ve ark. yaptığı çalışmada obezite cerrahisinin üriner inkontinans görülme sıklığını azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği sonucuna varmıştır (48).

Menopoz: Yaşlanma sürecinin menopoz sonrası hızlanması, doku onarım kapasitesini düşürmekte, bu durum elastik konnektif dokuda dejenerasyona neden olmaktadır. Östrojen düzeyindeki azalma konnektif dokuyu etkileyerek pelvik organları destekleyen yapılarda, özellikle pelvik taban kasları ve üretral yapılarda değişikliklere neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da üretral kapanma basıncı düşmektedir ve inkontinansın kadınlarda menopoz sonrası görülme oranı yüksektir.

Pelvik taban kas zayıflığı: Pelvik taban kas zayıflığı, Üİ ve pelvik organ sarkmalarının en önemli nedenlerindendir (45).

Pelvik travmalar ve cerrahiler: Pelvisi içeren travmalar ve histerektomi gibi pelvik sinir ve dokuların zedelenmesine sebebiyet veren işlemler, kadınlarda Üİ riskini arttırmaktadır.

Gebelik ve doğum: Gebelikte fizyolojik değişikliklerin etkisiyle görülen sıklıkla doğumdan sonra düzelmekte olan idrar kaçırma problemi, doğum sırasında oluşabilecek pelvik taban ve yumuşak doku yaralanmaları sonucu stres Üİ'ye zemin hazırlayabilir (45,49). Özellikle doğum sonrası stres Üİ oluşmasının nedeni, levator ani kasının pubovajinal kısmında gerilim oluşması ve laserasyonların neden olduğu zayıflıktır. Yapılmış pek çok çalışmada parite artışıyla birlikte stres Üİ'nin de artış gösterdiği belirtilmektedir (8). Vajinal spontan ve forsepsle doğum yapanlarda Üİ prevalansı, sezaryenle doğum yapanlara göre oldukça fazladır (8,46,50).

Nörolojik bozukluklar: Spina bifida, kaza ve kanamalara bağlı kolumna vertebralis hasarları, Parkinson hastalığı gibi dejeneratif hastalıklar Üİ gelişme riskini artırır (46).

Diyabetes mellitus: Genellikle ileri yaş ve obezite ile birliktelik göstermesinin yanında, hiperglisemi tek başına Üİ için bir risk faktörü oluşturabilmektedir (51-53).

Kronik hastalıklar: Kronik hastalıklar doğrudan inkontinansa neden olduğu gibi dolaylı yoldan kişinin hareket kabiliyetini azaltarak da inkontinansa sebep olabilmektedir.

Azalmış hareketlilik: Kişinin tuvalete gitme yeteneğini engelleyebilen kronik dejeneratif hastalıklarda, yatağa bağımlılık yapan veya tekerlekli sandalye kullanmaya neden olan hastalıklar, tam olarak iyileşmeyen kalça kırıkları görülen kişilerde azalmış hareketlilik Üİ riskini artırır.

Sigara: Nikotin ve artan detrusor kasılmaları arasında ilişki olabileceği, sigara kullanımının başta stres Üİ olmak üzere her tip Üİ gelişme riskini arttırdığı ve sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla iki üç kat daha fazla Üİ görüldüğü bildirilmiştir (45).

Akciğer hastalığı: Kronik bronşit, amfizem gibi hastalıklar intraabdominal basıncı arttırarak inkontinansın daha belirgin olmasını sağlarlar (46).

Fiziksel ve mesleki aktivite: Bazı fiziksel aktiviteler karın içi basıncını arttırması dolayısıyla mesane üzerine olan basıncı da arttırmaktadır (45).

İlaç kullanımı: Bazı ilaçların kullanımı alt üriner sistemi etkileyebilmektedir. Örneğin, alfa blokerler üretral kapanmayı azaltarak ve anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri öksürüğe neden olarak stres Üİ'ye zemin hazırlayabilmekte, diüretikler idrar volümünü, sıklığını ve ani işeme hissini arttırarak Üİ' ye katkıda bulunabilmektedir (45,54,55).

Konstipasyon: Şiddetli konstipasyon pelvik taban kaslarını zayıflatır ve rektumun fiziksel bir engel gibi davranarak mesanenin boşalmasında çıkım engeli oluşturmaya yol açar. Kronik konstipasyon tekrarlayan ve uzamış ıkınmalara bağlı olarak pudendal sinir hasarlanmasına ve nöropatiye yol açarak Üİ'ye neden olur.

Depresyon: Üİ ile neden sonuç ilişkisi hala tartışılmakla birlikte, birçok çalışma ikisinin birlikteliğini ortaya koymaktadır (54,55).

Radyoterapi: İnvaziv mesane kanseri tedavisinde radyoterapi uygulaması sonrası, fibrotik mesane hasarı ve parsiyel denervasyonun aşırı duyarlılık göstermesi ile hastalarda urge Üİ gelişebilmektedir.

Üriner sistem enfeksiyonu: Özellikle urge Üİ'ye sebep olabilir (56).

2.1.5. Üriner İnkontinans ve Kadın Cinsiyeti

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir problem olmasa da, fiziksel, sosyal, iş ve eğitim faaliyetlerini etkileyerek yaşam kalitesini düşüren bir sağlık sorunudur (3). Kadınlarda Üİ ile ilişkili pek çok risk faktörü tanımlanmakla birlikte, en belirgin risk faktörleri gebelik, doğum, epizyotomi, spontan yırtıklar gibi doğumda yaşanan travmalar, menopoz, sistosel, rektosel, uterus prolapsusu, histerektomi gibi operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, obezite ve genetik yatkınlık olduğu belirtilmektedir. Üİ oluşmasına zemin hazırlayabilen bu faktörler nedeniyle kadınlarda görülme oranı erkeklerden daha fazladır (1,57-60).

Üİ problemi ile yaşayan kadınlar, bu durumun çevreleri tarafından fark edilebileceğini düşündükleri için kendilerini kusurlu hissetmekte, çekicilik ve cinsel gücün yitirildiğini düşünmektedirler. Koku, hijyen, cilt irritasyonu, üriner enfeksiyon gibi fiziksel sorunlar,

bireylerde anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon gibi emosyonel sorunlara yol açmaktadır. Kadınların yaşadığı bu sorunlar fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta, benlik saygılarını azaltmakta ve diğer insanlarla etkileşimden kaçınmalarına neden olmaktadır (61-63). Ayrıca, hastalığı ilerleyen bir kadın rutin tuvalet planı, dışarı çıktığında tuvaletin varlığını sorgulaması ya da tuvalete yakın yerlerde bulunması, sıvı alımını kısıtlama, dışarıda olduğu zamanlarda idrar kaçırıp kaçırmadığını kontrol etme gibi davranış değişiklikleri geliştirmekte ve bu durum yaşam kalitesini belirgin olarak düşürmektedir (64). Üİ problemi yaşayan kadınların, yaşamayanlara göre fiziksel ve psikososyal anlamda özgüvenlerinin düşük, anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları belirlenmiştir (65). Bunun sonucu olarak da bu sorunu yaşayan kadınlar; kendilerini başkalarından farklı hissettiklerini, idrar kaçırma korkusu ile toplu taşıma araçlarını kullanmaktan, evden mesafe olarak çok uzaklaşmaktan ve cinsel ilişkiye girmekten kaçındıklarını belirtmişlerdir (66). Bu sorunlara karşın, kadınların pek çoğunun sağlık kuruluşuna başvuramaları veya başvurmakta gecikmeleri; inkontinansı basit bir problem olarak görmeleri, yaşlandıkça bu sorunun normal olduğunu düşünmeleri, utanma duygusundan dolayı inkontinans varlığını reddetmeleri, tedaviler konusunda bilgilerinin olmaması, kendiliğinden iyileşeceğini düşünmeleri, muayene olmaktan çekinmeleri, tedaviden korkmaları ve maliyet gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. (1,67).

Stres Üİ'li kadınlarda idrar kaçırma miktarındaki artış, yaşam kalitelerini de doğru orantılı olarak olumsuz yönde etkilemekte ve bireylerin günlük yaşam etkinliklerini, sağlık durumu algılarını negatif yönde etkileyerek yaşam kalitelerini azaltmaktadır (68). Ayrıca üriner inkontinansın kadınlar tarafından strese neden olan bir durum olarak algılandığı, eşleriyle ilişkilerinde ve iş hayatında ciddi engellere sebep olduğu belirtilmiştir (69-72). Ancak inkontinans miktarı az olan kadınlar, bu durumu yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmekte ve bununla baş etmek için sağlık hizmetlerine başvurmak yerine, daha çok emici pedler kullanarak bu sorunu kendi başlarına çözmeye çalışmaktadırlar (73-78).

2.1.6. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirilmesi

Üriner inkontinans tanı ve değerlendirilmesinde, detaylı bir anamnez alınır ve idrar kaçırma sıklığı, süresi ve miktarını değerlendirmek amacıyla fizik muayene yapılır (79). İnkontinans olgularında tüm olası nedenleri göz önüne alınarak sistematik bir yaklaşım sağlanmalıdır (80).

2.1.6.1. Ürojinekolojik hasta değerlendirme yöntemleri:

Hasta öyküsü: Üİ oluşmasında rol oynayabilecek bir etken bulabilmek amacı ile detaylı obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü alınır. Medikal, nörolojik hastalıklar, cerrahi ve ilaç kullanımı araştırılır. Hastaların detaylı öykülerini alırken çeşitli soru-cevap listeleri ve idrar günlükleri kullanılır (8,42).

Fizik muayene: Hastaların genel sağlık durumu ve nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların alt üriner disfonksiyonuna neden olabilecek yönleri araştırılmalı, mental ve fonksiyonel statü değerlendirilmelidir (8).

Abdomen muayenede; ileri seviyede hacmi artmış mesane ve pelvik kitle fizik muayenede palpe edilebilir. Genital ve perineal muayenede; vulva ve perinede eritem ve inflamasyon, vaginal atrofi, valsalva manevrası ile anterior vajinal relaksasyon varlığı ve şiddeti, suprapubik hassasiyet, uterin prolapsus, sistosel, rektosel veya kitle görülebilir. İnkontinansın üretral mi yoksa ekstraüretral mi olduğu değerlendirilebilir. Rektal muayenede; sfinkter tonusu, fekal impakt, kitle ve perineal duyu değerlendirilir. Nörolojik muayenede; mental durum, perineal duyu ve motor fonksiyonları, anal sfinkter tonusu ile pelvik pleksus, kontraksiyon gücü ile pudendal sinir ve pelvik taban kas gücü değerlendirilir (81-83).

Tanıya yardımcı özel ürojinekolojik testler: İdrar tetkiki ve kültürü, idrar günlüğü, stres testi, ped testi, Q-tip test, pesser testi, işeme sonrası rezidü idrar miktarı (Post voiding rezidüel, PVR) ölçümüdür (8,42).

2.1.7. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinans tedavisinin amacı, kişilerin mesane kontrolünü yeniden sağlamasıdır. Konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi gibi yöntemler kullanılmaktadır (82,84,85). Literatürde önerilen ise daha çok cerrahi tedavi uygulanmadan önce konservatif tedavi yöntemlerinin denenmesi yönündedir (86). Üriner inkontinansın tedavisinde ilk adım, düzeltilebilir sebeplerin saptanması ve ortadan kaldırılması olmalıdır (42).

2.1.7.1. Konservatif tedavi seçenekleri: Hayat tarzı değişiklikleri, davranışsal tedaviler, pelvik taban kas eğitimi, vaginal konlar, elektriksel uyarılma, biyofeedback, manyetik uyarılma ve pezerler konservatif tedavi seçenekleri arasında bulunmaktadır. Bu yöntemler cerrahi tedaviye uygun olmayan veya cerrahi tedavi istemeyen hastalar için alternatif olabilir (87).

Hayat tarzı değişiklikleri: Üriner inkontinans ile ilişkili olan risk faktörlerinin düzeltilmesi, inkontinans tedavisinde etkili olabilir (88,89). Özellikle obez kadınlarda inkontinansı önemli düzeyde azalttığı için kilo verme sağlanmalı, kafeinli ve alkollü içeceklerin alımı azaltılarak sıvı düzenlenmesi yapılmalı, fiziksel aktivite arttırılmalı ancak yüksek efor gerektiren egzersizlerden kaçınılmalı, sigara bırakılmalı, lifli gıda ve yeterli sıvı alımı sağlanarak konstipasyon giderilmeli ve inkontinansa yaklaşımda yardımcı olabilecek yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalıdır (90,91).

Kilo verilmesi ile maksimal mesane içi basıncında ve valsalva kaçırma noktası basıncında azalma olması, üriner inkontinans tedavisinde kilo kaybının önemli bir yerinin olduğunu desteklemektedir (92,93). Vissers ve ark., yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; 6 aylık yoğun bir kilo verme programının ardından ortalama %8'lik kilo kaybı ile idrar kaçırma sıklığında %47'lik bir azalma olduğunu bildirmiştir (94). Kilo verme, Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology, EAU) kılavuzunda obez olan kadınlar için A derecesinde önerilmektedir. Sigara, kronik öksürük nedeni ile stres Üİ ataklarının artışına neden olabilmektedir. EAU kılavuzunda sigaranın bırakılması A derecesinde önerilmektedir (87). Aşırı miktarda kafein içeren içeceklerin diürezi arttırarak Üİ'ye neden oldukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (95,96). Kafein alımının azaltılmasının ise inkontinans sıklığını azalttığını gösteren kanıtlar mevcuttur (97). EAU kılavuzunda, kafein tüketiminin azaltılmasının sıkışma hissi ve sık idrara çıkma şikâyetlerinde azalma sağlayabileceği ancak inkontinansı etkilemediği vurgulanmaktadır (87). Aşırı miktarda sıvı alımı da stres Üİ şiddetini etkileyebilmektedir (85). Aşırı sıvı kısıtlanmasının ise konsantrite idrara ve konstipasyona neden olabileceği ve mesane fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır (98). EAU kılavuzunda, anormal derecede fazla ya da az sıvı alan hastalarda sıvı tüketiminin düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (87).

Davranışsal tedaviler: Davranışsal tedaviler mesane kapasitesini artırmak ya da pelvik taban kaslarını güçlendirerek inkontinansı önlemek amacı taşımaktadırlar. Hafif ile orta derecede üriner inkontinansı olan, cerrahi tedaviye uygun olmayan veya cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalara davranışsal tedaviler önerilebilir (99). Davranışsal tedaviler, yan etkilerinin olmaması, gelecekteki tedaviyi sınırlamaması, en az invaziv tedavi olması, diğer tedavi seçenekleri ile kombine edilebilmesi ve Üİ tedavisinde birinci basamakta yaygın olarak kullanılmasının yanında, zaman alıcı ve yoğun bir tedavi olması nedeniyle sağlık personeliyle hasta arasında destekleyici bir ilişkinin olmasını gerektirir (100,101).

Mesane eğitimi, sadece belirli zaman aralıklarında idrar yapmanın öğretildiği ve kişinin başarılı olduğu durumlarda ise her hafta bu sürenin 15 ile 30 dakika artırılarak, 6-12 hafta arasında yapılan düzenli bir eğitimidir. Tedavi ilk aşama olarak uygulandığı gibi diğer davranışsal tedavi yöntemlerine veya ilaç tedavisine ilave olarak da yapılabilir. Amaç idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini arttırmaktır (102). EAU kılavuzunda, mesane eğitimi, urge Üİ veya mikst Üİ problemi yaşayan hastalarda ilk basamak tedavi yöntemi olarak A derecesinde önerilmiştir (87).

İdrar yapmayı teşvik etme, bağımlı ya da bilişsel yeteneği azalmış hastalar ve diğer kompleks davranışsal tedavileri uygulamak için yeterli bilişsel yeteneği olmayan hastalar için uygun bir yöntemdir (102). Hastaların idrar yapma gereksinimini fark edebilmesi sağlanmaktadır. Hasta uygulamada aktif rol alır ve hasta ile bakım veren kişinin iletişimi olumlu ise genellikle yöntem başarılı olur. Yöntem, hastaların mesanenin dolmuş hissini algılamaya başladıkları ve tuvalete gitme ihtiyacı duydukları dönemde uygulanır.

Pelvik taban kas eğitimi: Üİ için standart bir tedavi yöntemi olan pelvik taban kas eğitimi, stres Üİ tedavisinde konservatif bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (100). Pelvik taban kas eğitiminin amacı; levator ani ve üretral sfinkter çizgili kasının izometrik kontraksiyonunu sağlayarak kas gücünü arttırmaktır (102,103). Kas gücü artışı yanında, uterus prolapsusu ihtimalini azaltmakta ve bağırsak kontrolünü arttırmaktadır. Perinenin tonüs ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalmaktadır. Aynı zamanda mesane boynu ve üretranın hiper-mobilitesini de önlemektedir (47). İlk uygulamada 3-4 saniye boyunca, daha sonraki uygulamalarında, 10 saniye pelvik taban kaslarını kasıp, 10 saniye gevşetip dinlenmelidir. Kasılma sırasında sadece pelvik taban kasları kasılmalıdır. Gluteal, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Egzersiz öğrenildikten sonra ayakta

dururken, otururken veya yatarken bile uygulanabileceği hastaya anlatılır. Egzersiz doğru yapıldığında kaslardaki güçlenmeye paralel kasılı kalma süresinin de uzadığı görülecektir. Hastanın bu uygulamayı öğrendikten sonra ömür boyu yapması önerilmektedir (85,102,104,105). EAU kılavuzunda pelvik taban kas eğitimi, stres ya da karışık tipte inkontinansı olan kadınlarda ilk basamak tedavi yöntemi olarak ve gözetim eşliğinde yoğun olarak yapılması önerilmektedir (87). Pelvik kasların çalıştırılması inkontinansın bazı tiplerinin özellikle stres inkontinansın tedavisinde oldukça etkilidir (90).

Vajinal koniler: Vajinal koniler pelvik taban kaslarını güçlendirmek için kullanılan yöntemlerden biridir ve 20 gramdan 100 grama kadar artan ağırlıklardan oluşur. Hastanın ayakta iken en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal koniyi vajende tutması ve böylece pelvik taban kaslarını çalıştırması hedeflenir. Vajinal koni, hastanın istenmeyen kasları kasma durumunda vagenden düşecektir. İlerleyen zamanlarda bu vajinal koniyi vagende 15 ile 20 dakika arasında tutması hedeflenir (85,102,105). Vajinal koniler bası nekrozu ve enfeksiyon riski yüksek olduğundan geçici olarak kullanılabilir (8).

Pezerler: Pelvik organ prolapsusu (POP), stres Üİ'si olan kadınlar için günümüzde cerrahi dışı tedavi amacıyla kullanılabilen alternatif yöntemdir. Pezerler POP'un yapısına, derecesine ve lokalizasyonuna göre POP'u azaltmak için vagen içine yerleştirilerek kullanılır (85). Pezer konulduktan sonra hastaya oturma, yürüme, eğilme ve karın içi basıncı artırıcı hareketler yaptırılmalı ve miksiyonu rahat yapıp yapmadığından emin olunmalıdır. Pezerler çoğunlukla silikondan üretilmiş olup, aktif genital enfeksiyon, lateks alerjisi olan hastalarda kullanımı kontraendikedir (106). Ayrıca, bası nekrozu ve enfeksiyon riski yüksek olduğundan geçici olarak kullanılabilir (8).

Fonksiyonel elektriksel stimülasyon: Kadınlarda stres Üİ, urge Üİ ve mikst Üİ tedavisinde kullanılması önerilmektedir. Bu yöntemde, perine bölgesine anal ya da vaginal probalar yardımıyla pelvik efferent sinirler ve hipogastrik liflere elektriksel uyarı verilmesiyle pelvik taban kas kontraksiyonunun artırılması, üretral fonksiyonun düzenlenmesi ve mesane kontraktilitesinin azaltılması hedeflenmektedir (85,104). Kas gücü artarak kişiye pasif olarak kegel egzersizi yaptırılmış olur (42). EAU kılavuzunda elektriksel uyarılmanın stres Üİ

tedavisinde tek başına önerilmemesi gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca sıkışma tipi inkontinanstaki davranış tedavileri ile birlikte önerilmektedir (87).

Biyofeedback: Vücutta meydana gelen fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Vajene yerleştirilen bir perinometri aleti ya da EMG ile çalışan bir proba hasta pelvis tabanını ne kadar kastiğini ya ekranda görür ya da sesini duyar (42). Bu şekilde hasta, pelvik taban kaslarını tanıyarak seçici olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir (99). Bu yöntem, pelvik taban kaslarını etkin bir şekilde kullanamayan hastalar için yararlı olabilir (94). Bu tedavi sürecinde hasta ortalama 6-8 hafta; haftada 3 defa 15-30 dakika boyunca 10 saniye pelvik taban kaslarını kasar ve 20 saniye dinlendirir. Etkin sonuç 15-20 seans sonunda etkin sonuç alınabilmektedir (107). EAU kılavuzunda biyofeedback yöntemi, stres Üİ tedavisinde ek yöntem olarak A derecesinde önerilmektedir (87).

2.1.7.2. Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi: Üİ ilaç tedavisinin davranışsal tedavi ile birlikte uygulandığında daha etkili olduğu bilinmektedir (108). Bu tedavinin amacı; mesanedeki detrusor kasının kontraktilesini azaltarak istemsiz kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncının artmasını sağlamaktır (109,110). Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisinde değişik etki mekanizması olan birçok ilaç kullanılmaktadır. Mesane kapasitesinin azaltılmasında; antikolinergik ajanlar, muskilotropik relaksanlar, kalsiyum antagonistleri, trisiklik antidepresanlar kullanılmaktadır. Çıkış direncinin artırılmasında; alfa adrenerjik agonistler, beta adrenerjik blokerler, beta adrenerjik agonistler, östrojenler kullanılmaktadır (82). Ayrıca Üİ tedavisinde hormonoterapi de yapılmaktadır. Bu amaçla östrojen ve desmopressin kullanılmaktadır (108). Östrojen hormonu; mesane mukozası ve mukozal altı dokusunu uyararak dolaşımı ve düz kas yanıtını arttırdığı için hastalara özellikle lokal östrojen uygulaması önerilmektedir. Lokal östrojen tedavisi idrara çıkma sıklığını ve sıkışmayı azaltarak, Üİ semptomlarında azalma sağlamaktadır. Özellikle menopoz dönemindeki kadınlara fitil, krem veya jel şeklindeki lokal östrojen uygulamalarının yarar sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (111). Desmopressin ise, antidiüretik hormon analogudur ve oral olarak alındıktan sonraki ilk 4 saat içerisinde Üİ riskini azaltmaktadır (109,110). Farmakolojik tedaviye yanıt değişkendir ve öngörülemezdir. Ayrıca yan etkiler sıktır (8,42,90).

2.1.7.3. Üriner inkontinansın cerrahi tedavisi: İkinci planda olan cerrahi tedavi yöntemleri, davranışsal tedavi ve ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalara uygulanmaktadır. Üİ cerrahi tedavisinde amaç, bozulan anatomiyi düzeltmek ya da inkontinansa neden olan etkeni ortadan kaldırmaktır. Üİ'nin cerrahi tedavisinde tek başına en iyi metod yoktur. Cerrahi tedavi her hasta için bireyselleştirilmeli, preoperatif hasta değerlendirmesi (operasyonun riskleri, faydası, hastanın beklentileri) ve yeterli ürojinekolojik değerlendirme yapılarak tedavi planlanmalıdır (33,109,110,112). Konservatif tedaviden fayda görmeyen, ağır stres Üİ olan veya intrinsik sfinkter yetmezliği olan hastalarda cerrahi tedavi planlanır (113). Tedavinin istenmeyen sonuçları arasında kontinansın kısıtlanması ve aşırı düzeltme (asmanın çok sıkı yapılması) nedeniyle üriner retansiyon sayılabilir. Hastalar stres inkontinans tedavisi için cerrahi bir işlem geçirdiyse en az bir cerrahi girişime daha gereksinim duyabilmektedirler (90).

2.2. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS'TA OBEZİTE VE YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Yol Açtığı Komplikasyonlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm toplumlarda çok yaygın görülen ve giderek küresel bir epidemi halini alan obeziteyi “sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal ve aşırı yağ birikimi” olarak tanımlamaktadır.

Önlenebilir bir sağlık sorunu olan obezitenin dünya çapında 18 yaş ve üstü yetişkin prevalansının 1975 ile 2016 yılları arasında neredeyse üç kat arttığı belirtilmektedir. 2016 yılında ise, 650 milyonu aşkın yetişkin kişide obezite görülmektedir ve bu sayı nüfusun yaklaşık %13'üne (erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i) denk gelmektedir (22). Türkiye’de obezite prevalansının, 1997-98 yıllarında Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) Çalışması’nda, %22,3 (kadın %30, erkek %13) olarak bulunmuştur. TEKHARF çalışmasında ise 2000 yılında obezite prevalansının, yetişkin kadınlarda %43 ve erkeklerde %21,1 olduğu; 2003 yılında ise kadınlarda %44,2 ve erkeklerde %25,2’ye ulaştığı saptanmıştır. TURDEP-I Çalışması’ndan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II Çalışması’nda ise obezite sıklığı, genel toplumda %35 (kadın %44, erkek %27) bulunmuştur. Çalışma sonuçları, TURDEP-I popülasyonuna göre standardize edildiğinde, 1998 ile 2010 yılı karşılaştırıldığında Türkiye’de yetişkin toplumda obezite prevalansının %22,3’ten %31,2’ye yükseldiği görülmüştür. Obezite prevalansı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında artış göstermiştir. Obezite

prevalansı, 20'li yaşlardan itibaren artarak kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50'yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30'u aşmakta, ileri yaşlarda ise azalma eğilimi göstermektedir. TURDEP-II obezite rakamları, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) yaş ve cinsiyet dağılımına göre standardize edildiğinde, ülkemizdeki 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansının %29,5 (kadın %35, erkek %23,9) olması gerektiğini ve obez birey sayısının ise 15 995 392'ye ulaştığını göstermektedir. DSÖ ise 2016 yılında, Türkiye'de 16 092 644 obez birey bulunduğunu ve %29,5 prevalans ile Türkiye'nin, Avrupa'da obezitenin en sık görüldüğü ülke olduğunu bildirmektedir. Bel çevresi ya da bel/kalça oranı (BKO)'nın artmış olduğu obezite tipi, santral (visseral ya da abdominal) obezite olarak adlandırılır. DSÖ'ye göre kadınlarda bel çevresinin 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm ve üzerinde olması santral obezite varlığını göstermektedir. TURDEP-I'de santral obezite prevalansı genel toplumda %34 (kadın %49, erkek %17) iken; TURDEP-II'de %53'e (kadın %64, erkek %35) yükselmiştir (114-117).

Kadınlar biyolojik faktörlerin etkisi ile ergenlik döneminin başından itibaren erkeklere oranla daha kiloludurlar (118). Bu durumdan kaynaklanan menarş, gebelik ve menopoz gibi üreme çağının farklı dönemlerindeki seks hormonlarındaki dalgalanmalar, yağ dokusunda artışa neden olabilmekte ve genel olarak obezite erkeklerden çok kadınlarda görülmektedir (119). Obezitenin ortaya çıkışında nörojenik bozukluklar ve genetik faktörlerin yanında, modern hayatın bizlere sunduğu beslenme alışkanlıkları, yaşam şeklinin değişmesi, şeker ve tatlı ürünlerin oldukça fazla tüketilmesi ile alınan kalorinin artması nedeniyle insanların fiziksel alışkanlıklardan uzaklaşarak dijital etmenlere yönelmeleri, sosyal çevre, çalışma, aktivite, diyetle yönelik davranış ve tutum gibi faktörler etkili olmaktadır (120-123).

Obezite, bireysel bir sağlık problemi olduğu kadar, aile ve toplum sağlığına da olumsuz yönde etkileyen ve toplam sağlık bütçesinin önemli bir kısmının harcanmasına yol açan bir sağlık sorunudur (124). Bir zamanlar yüksek gelirli bir ülke problemi olmasına karşın günümüzde, kentsel ortamlarda düşük gelir seviyesi ile artış gösterdiği ve sosyoekonomik durum ile ters bir ilişkide olduğu bilinmekte olan obezitenin, özellikle batı yaşam tarzını benimseyen gelişmekte olan ülkelerde daha fazla artış gösterdiği bilinmektedir (22,95,125).

Obezitenin belirlenmesinde vücuttaki yağın direkt ölçümü ve indirekt antropometrik ölçümler gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (126). Bu yöntemlerden popülasyon düzeyinde aşırı kilo ve obezite için en faydalı ölçümü sağlayan BKİ, yetişkinlerde obeziteyi

sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan basit bir boy-ağırlık endeksidir. Bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine (kg / m^2) bölünmesi olarak tanımlanır. DSÖ'ye göre; yetişkinler için obezite, BKİ 30 ve üzeri olarak tanımlanmaktadır (22).

Yetişkinlerde en büyük küresel kronik sağlık problemi olan obezitenin giderek daha ciddi bir soruna dönüştüğü ve ölümlere sebep olduğu belirtilmektedir. Obezite, diyabet, hipertansiyon, obstrüktif uyku apne sendromu, gastroözofageal reflü hastalığı, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, artrit, iskemik kalp hastalığı, bazı malignensiler ve depresyon gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (123,125). Obezitenin yol açtığı bir diğer sağlık sorunu genitouriner sistem hastalıklarıdır. Obez kadınların çoğunda görülen bu durum hipotalamushipofiz-over ekseninin anormal çalışması ile gelişmektedir (127,128). Bununla birlikte, abdominal yağlanmanın artması ile mesane içi basınç, üretral hipermobilitate ve intraabdominal basınç artmakta ve detrusor instabilitesi meydana gelmektedir. Yapılmış çalışmalarda Üİ ile obezite arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin varlığı açıklanmakta ve obez kadınlarda obez olmayan kadınlara kıyasla üç kat daha fazla Üİ görüldüğü belirtilmektedir (12,129,130).

2.2.2. Stres Üriner İnkontinanslı Obez Kadınların Yaşam Kalitesi

Obezitenin neden olduğu bazı semptomlar, bireylerin sosyal hayatını kısıtlayarak, önemli fiziksel ve psikososyal sonuçlar doğurabilmektedir (132). Obezite ve artmış BKİ, başta stres Üİ olmak üzere Üİ risk faktörleri arasındadır (132,133). Stres Üİ gelişmesinde, obezitenin güçlü bir risk faktörü olmasının nedeni, pelvik taban innervasyonu ve kaslarda zayıflığa yol açan intraabdominal basınç artışıdır (134,135). Bu nedenle obezite, stres Üİ oranının daha yüksek görülmesine ve şiddetinin de artmasına sebep olmaktadır (136,137). Yapılan çalışmalar, stres Üİ'nin obez hastalarda daha sık ortaya çıktığını ve BKİ arttıkça stres Üİ sıklığının da arttığını desteklemektedir (133,138,139). Markland ve ark.'nın yürütmüş olduğu çalışmada, kadınlardaki stres Üİ oranının obezite artışına paralel arttığı gösterilmiştir (140). Obezite parametrelerindeki iyileşmelerin, intraabdominal basınç ve diğer ürodinamik parametrelerde iyileşme sağlayarak stres Üİ parametrelerini iyileştirebileceği düşünülmektedir (141). Yapılmış bir çalışmada, obezite sebebiyle stres Üİ ortaya çıkması durumunda, obezitenin tedavi edilmesi ile stres Üİ parametrelerinin de iyileşebildiği belirtilmiştir (142).

Obez kadınlarda daha yüksek oranda stres Üİ görülmektedir ve tedavilerinde öncelikle diyet ve egzersiz de içeren yaşam şekli değişiklikleri gündeme alınmalıdır (137). Auwad ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşam şekli değişikliği ile olan zayıflamanın olumlu etkileri, %5 ve daha fazla zayıflayan hastalarda stres Üİ ve yaşam kalitesinde istatistiksel anlamlılık olarak gösterilmiştir (143). Obez hastaların sadece kilo vererek üriner inkontinansı gerilemesi dolayısıyla üriner inkontinans tedavisinde diyet konusuna dikkat çekilmektedir (93,144-146).

Düşük kalorili diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri ve bariyatrik cerrahi gibi yöntemlerle kaybedilen kilonun üriner inkontinans üzerindeki etkilerinin sınındığı birçok çalışmada, kilo vermenin Üİ şikâyetlerini azalttığı belirtilmektedir (93,144-148). EAU ve ACP (American Collage of Physicans) kılavuzlarında, kilo vermenin önerilme derecesi kanıt A düzeyindedir (149,150). Chen ve ark. yürütmüş olduğu bariyatrik cerrahi düşünülen obez kadınlarla ilgili bir çalışmada, obez olanların obez olmayan bir kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bir üriner inkontinansa sahip olduklarını, bunun %60'ının stres Üİ olduğunu bildirmişlerdir (151).

Stres Üİ, sadece idrar kaçırma problemi olarak değil, aynı zamanda kadınların tüm yaşamını etkileyen bir durum olarak görülmektedir (152). Stres Üİ'li kadınların yaşam kalitesi idrar kaçırma miktarı, epizotları ve sıklığı dahil birçok faktörden etkilenmektedir (153,154). Stres Üİ yaşayan kadınlar; utanma, beden imajında bozulma, anksiyete, koku korkusu, inkâr, ıslaklık ve irritasyona bağlı rahatsızlık, kendini kirli ve yetersiz hissetme, suçluluk duygusu, seksüel istekte azalma, sosyal izolasyon ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlar yaşamaktadırlar (25,26). Bu sorunlardan dolayı alıştıkları yaşam tarzlarını bırakmak zorunda kalan kadınların, sosyal aktiviteleri, kariyerleri ve psikolojik durumları da olumsuz yönde etkilenmektedir (11). Stres Üİ'nin kadınların yaşantılarında, özellikle de eşleriyle ilişkilerinde ve iş yaşamında ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmektedir (69-72). Söz konusu durumlarda kadınların yaşam kalitelerinin düştüğü bilinmektedir (1). Yaşam kalitesi kavramı, DSÖ'nün 1948 yılında sağlığı 'Sadece hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali' olarak tanımlanmasının ardından sağlık araştırmalarında ve bakım uygulamalarında çok daha fazla önemli olmaya başlamıştır (155). Yaşam kalitesi, kişinin hayatını değerlendirmesine dayanan duygu ve biliş süreçleri ile kişisel algılarının bütününe ifade eder (156). Yaşam kalitesi, bireyin sahip olduğu mevcut yaşam koşullarında elde edilebileceği kişisel doyumun seviyesini

etkileyen, günlük hayatın fiziksel, toplumsal ve ruhsal etkilerine ve hastalıklara verdiği tepkileri gösteren bir kavramdır (157).

2.2.3. Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları

Üriner inkontinansın önlenmesi için öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hemşireler, kadınların risk faktörlerine maruziyetini önleyerek veya azaltarak inkontinansın korunmalarını sağlayabilirler. Hemşireler; normal kiloda olunması, yeterli sıvı alınması, konstipasyonun önlenmesi, gün içerisinde 3-4 saatte bir mesaneyi boşaltmak için tuvalete gidilmesi, alkol ve kafeinli içeceklerin kullanımının azaltılması, ağır cisimlerin kaldırılmaması, pelvik taban kas eğitiminin öğretilmesi ve düzenli yapılması gibi konularda kadınlara eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

Üİ'nin erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması, kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır (158,159). Bu kapsamda, inkontinans sorununun tanınmasında, tedavisinde ve bakım kalitesinin yükseltilmesinde multidisipliner bir ekip yaklaşımı sağlanmalıdır. Sağlık ekibinin içinde yer alan hemşire, bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almalı, hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisine karşı duyarlı olmalı, durumun sosyal ve emosyonel boyutunu göz ardı etmemeli ve hastasına yaklaşımı bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde olmalıdır (11).

Üriner inkontinansın hemşirelik yönetimi, uygulanan tedavi doğrultusunda planlanmalıdır (42). Üİ açısından ev ortamında gerekli çevresel düzenlemelerin yapılması önerilmelidir. Örneğin banyo ve tuvaletteki fiziksel engeller kaldırılmalıdır. Kadınlara, Üİ'ye yönelik ürünler (koku gidericiler, pedler vb.) hakkında bilgi verilmeli ve idrarları geldiği zaman, idrarını tutmamaları ve idrar yapma ihtiyacını zamanında karşılamaları önerilmelidir. Pelvik taban kas eğitimi hakkında kadınlara eğitim verilmelidir. Perine hijyeni ve bakımının önemi vurgulanmalıdır. Benzer sorunlar yaşayan kişilerle sosyal iletişim kurmaları konusunda kadınlar desteklenmelidir. Kadınlara, sedanter yaşamdan uzaklaşma, yürüyüş, bisiklete binme, ev ve bahçe işleri ile uğraşma gibi faaliyetler yapılması önerilmelidir. Konstipasyon Üİ'nin gelişmesinde etkili olduğu için konstipasyonu önlemeye yönelik eğitim verilmelidir. Obezite Üİ riskini artıracığı için bu riski azaltmada doğru beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir (160).

Üriner inkontinans ile ilişkili yaşanabilen uyku problemleri, genital hijyen problemleri, fiziksel olarak cilt problemleri, sınırlı giyim seçenekleri, cinsel işlev bozukluğu, sıvı alımı kısıtlaması, sosyal yaşamın sınırlaması ve hareket ritminin yavaşlaması gibi tüm bu problemlere rağmen, yapılmış çalışmalarda kadınların, farkındalık, yardım arama ve önleyici girişimlerinin düşük olduğu rapor edilmektedir (33).

Toplumda her türlü sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan hemşirelere sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler Üİ problemi yaşayan kadınların daha sağlıklı ve konforlu bir hayat sürebilmeleri için; kadınlara gerekli eğitimlerin verilmesi ve kadınları bilinçlendirilmesi sürecinde aktif rol almalıdırlar (1,161).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğinde 17 Ocak – 29 Kasım 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Üroloji Bölümü, Sağlık Bakanlığı Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet vermektedir. Bu bölüm; klinik, poliklinik, özel teşhis, laboratuvar ve eğitim-öğretim kısmından oluşmaktadır. Klinik içerisinde sistoskopi ünitesi ve ultrasonografi mevcut olup, 38 hasta yatağı bulunmaktadır. Poliklinik kısmında ise taş kırma ünitesi ve ürodinami laboratuvarı yer almaktadır. Poliklinikte her gün 1 öğretim üyesi, 3 uzman ve 1 uzmanlık öğrencisi; taş kırma merkezinde 1 uzman ve 1 teknisyen; ürodinami merkezinde 1 teknisyen ve 1 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran kadınlardan 35-65 yaşları arasında olan, İKSF- KF ölçeğinin 6.sorusuna göre stres üriner inkontinans yaşadığı belirlenen, BKİ 30 ve üzeri olan, inkontinansla ilgili herhangi bir tedavi almayan ve cerrahi girişim geçirmeyen, iletişimi engelleyen herhangi bir sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 kişi ile yapılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- BKİ 30 ve üstünde olmak
- 35-65 yaş arası olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- İletişime engel bir durumu olmamak
- İKSF-KF ölçeğinin 6. sorusuna göre stres Üİ durumunu ifade etmek

3.3.2. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri

- Stres Üİ ile ilgili tedavi almış olmak
- Stres Üİ ile ilgili cerrahi girişim geçirmiş olmak

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Sayı: 46418926) (Bkz. EK 4), araştırmanın yapılacağı hastaneden ve poliklinikten ise yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 5-A-B-C). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verilerek, katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı açıklanmıştır. Ayrıca hastalara araştırmada kullanılan özel bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırmadan çekilme haklarının olduğu konusunda açıklama yapılmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu ve Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu (İKSF-KF) kullanılmıştır.

3.5.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Sağlık Bakanlığı Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğinde 10 hasta ile 17-25 Ocak 2019 tarihleri arasında formların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla ön uygulama yapılmış, formlarda değişiklik yapılması nedeniyle ilgili hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.5.2. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu literatür taraması sonucu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (126,154,159,161). Bu form, 5 tane sosyo-demografik verilerle (eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu vb.) ve 17 tane stres Üİ risk faktörleri ve ilişkili özellikleri (kaç kez gebelik yaşadıkları ve doğum şekilleri, ne kadar süredir inkontinans problemi yaşadığı vb.) ile ilgili soruları içermektedir.

3.5.3. Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu (Ek-2)

Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu, idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı, tipini iyi ortaya koyabilen ve ayrıca idrar kaçırmanın kişinin yaşam kalitesini ne derece etkilediğini gösterebilen, anlaşılır, amaca yönelik ve kolay uygulanabilen kısa bir formdur.

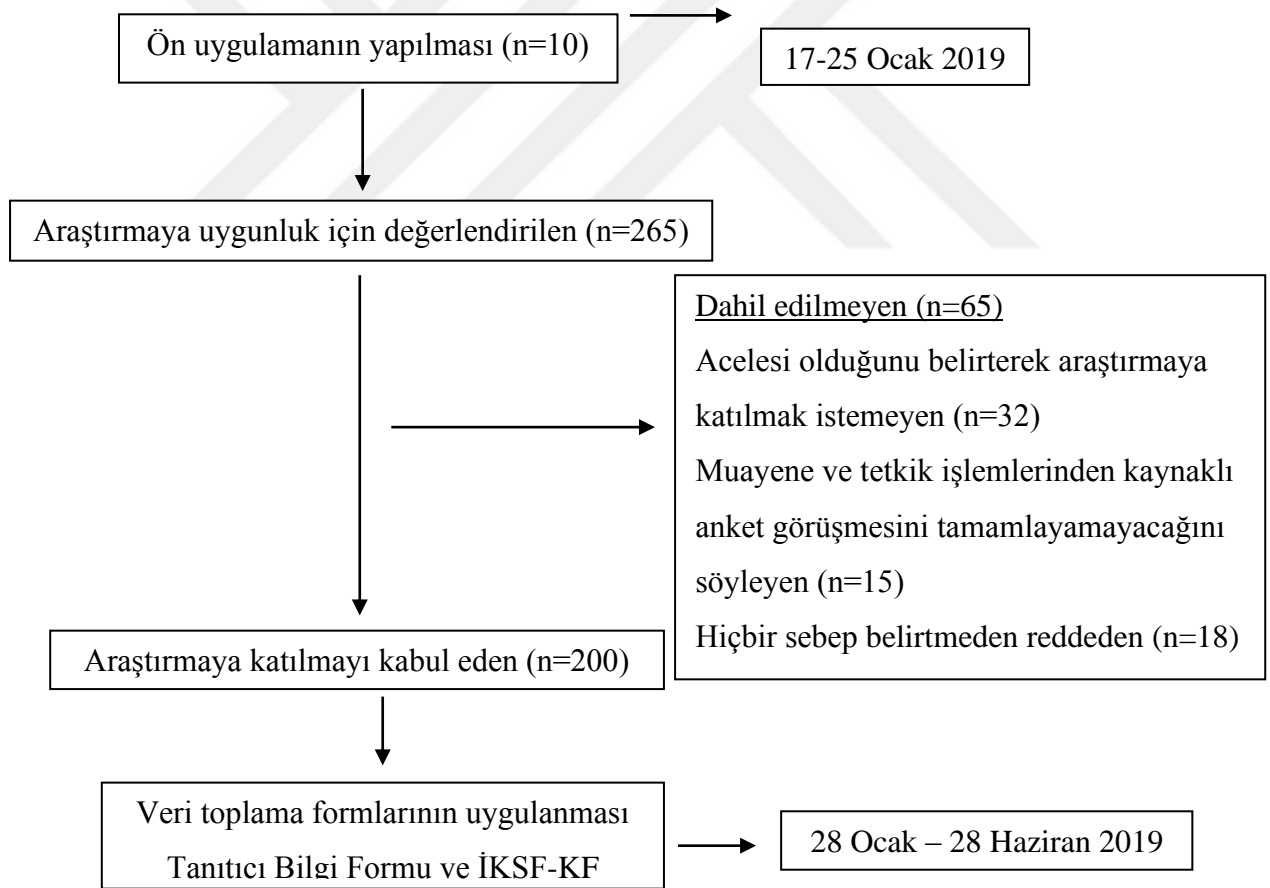
İdrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Avery ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (149). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çetinel ve ark. (2004) tarafından yapılan bu form, ülkemizde de kullanılmaya başlanmıştır.

Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. 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 durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. Puanlama, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (150). Çetinel ve ark. (2008) yaptıkları farklı bir çalışmada, İKSF-KF skoru için sekiz ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirtilmiştir (151). İKSF-KF’de yaşam kalitesini sorgulayan Vizüel Analog Skala (VAS) skoru bulunmaktadır. Bu soruya verilen cevap 0’dan (hiçbir şekilde etkilemez) 10’a (çok fazla etkiler) yükseldikçe yaşam kalitesinin kötüleştiğini düşündürmektedir. Çetinel ve ark.’ı (2004) ölçeğin Chronbach Alfa değerini 0,71 olarak bulmuştur (150). Bu çalışmada ise, Cronbach Alfa değeri 0,70 olarak hesaplanmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma tanımlayıcı olarak 17 Ocak – 29 Kasım 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği’ne herhangi bir nedenle başvuran kadınlardan 35-65 yaşları arasında olan, İKSF- KF ölçeğinin 6.sorusuna göre stres üriner inkontinans yaşadığı belirlenen, BKİ 30 kg/m² ve üzeri (obez) olan, stres üriner inkontinansla ilgili herhangi bir tedavi almayan ve cerrahi girişim geçirmeyen, iletişimi engelleyen herhangi bir sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul

eden 200 kişi ile yapılmıştır. Poliklinikte sekreterler için ayrılmış bir odada boy ve kiloyu ölçen bir araç olup her bir hastanın boy ve kilosu ölçülerek BKİ hesaplanmıştır. Obezite; hafif obez (30,0-34,9 kg/m²), orta derecede obez (35,0-39,9 kg/m²) ve morbid obez (40,0-49,9 kg/m²) olarak evrelendirilmiştir. Obez olan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu ve Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu uygulanarak araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 35-45 dakika sürmüştür. Toplamda 265 kişiyle görüşülmüştür ve 200 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen 65 kişinin 32'si acelesi olduğunu belirterek, 15'i muayene ve tetkik işlemlerinden kaynaklı anket görüşmesini tamamlayamayacağını söyleyerek, 18'si hiçbir sebep belirtmeden reddetmiştir. Sebep belirtmeyen kişilerin araştırma konusu açıklandıktan sonra bilgi paylaşmaktan kaçındığı/çekindiği gözlemlenmiştir.



Şekil 1.1. Araştırmanın Akış Şeması

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi (One way Anova) testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkların kaynağını test etmek için varyansların homojen olması durumunda yaygınlıkla kullanılan post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testinin tercih edilmesinin nedeni testin alpha tipi hataya karşı duyarlı olmasıdır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Araştırma tek bir merkezde yapılmış olup, araştırmanın sonuçları sadece bu gruba genellenebilir. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının öz bildirime dayalı olması araştırmanın diğer sınırlılığı olarak kabul edilebilir.



4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde toplanan verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve verilere uygulanan analiz yöntemleri sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamındaki stres Üİ'yi tarifleyen obez kadınların sosyo-demografik, üriner inkontinans risk faktörleri ve üriner inkontinans ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı ile stres Üİ ile baş etme yöntemlerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Yaş (Ort±SS) (min-max)		54,02±7,54 (35-65)
	n	%
Medeni durum		
Evli	165	82,5
Bekar	35	17,5
Öğrenim durumu		
Okuryazar	38	19,0
İlköğretim	120	60,0
Lise	29	14,5
Üniversite ve üzeri	13	6,5
Çalışma durumu		
Evet	21	10,5
Hayır	179	89,5
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	112	56,0
Gelir gidere denk	78	39,0
Gelir giderden fazla	10	5,0
Yaşanılan yer		
İl	142	71,0
İlçe/kasaba	58	29,0
TOPLAM	200	100,0

Tablo 4.1.1'de stres Üİ'yi tarifleyen obez kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 54±7,54 olup, %82,5'inin evli olduğu, %60,5'inin ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı, %89,5'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %56'sının gelir düzeyinin giderden az olduğu ve %71'inin ilde yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerine Göre Dağılımı (n=200)

	n	%
Obezite evresi (BKİ, kg/m²)		
1.Evre-Hafif obez (30,0-34,9)	118	59,0
2.Evre-Orta derecede obez (35,0-39,9)	47	23,5
3.Evre-Morbid obez (40,0-49,9)	35	17,5
Doğum sayısı		
Hiç yapmamış	11	5,5
1	7	3,5
2	56	28,0
3	52	26,0
4 ve üzeri	74	37,0
Doğum şekli*		
Hiç yapmadım	11	5,5
Normal spontan doğum	143	71,5
Sezaryen doğum	17	8,5
Normal ve sezaryen doğum	29	14,5
Menopoz durumu		
Evet	148	74,0
Hayır	52	26,0
Kabızlık durumu (tuvalet alışkanlığının 3 günde 1 kereden az olması ve defekasyon sırasında zorlanma)		
Evet	89	44,5
Hayır	111	55,5
Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu		
Evet	109	54,5
Hayır	91	45,5
Sigara kullanımı		
Evet	39	19,5
Hayır	142	71,0
Bıraktım	19	9,5
Günlük çay/kahve tüketim miktarı		
Hiç içmem	5	2,5
1-2 su bardağı	40	20,0
2 su bardağından fazla	155	77,5
*n katlanmıştır		

Tablo 4.1.2’de katılımcıların stres Üİ risk faktörlerine göre dağılımı yer almaktadır. Stres Üİ’yi tarifleyen obez kadınların %59’u obezitenin 1. evresinde, %37’si 4 ve üzeri sayıda doğum yapmış, %71,5’i normal doğum yapmış, %74’ü menopoza girmiştir. Katılımcıların %55,5’i sürekli kabızlık yaşamadığını, %54,5’i tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirmediğini, %71’i sigara kullanmadığını ve %77,5’i günlük 2 su bardağından fazla çay/kahve tüketmediğini belirtmiştir.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans İle İlişkili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

İnkontinans süresi yılı (Ort±SS) (min-max)	5,61±5,59 (0,5-26)	
	n	%
İnkontinans süresi		
1 yıldan az	38	19,0
1-3 yıl	61	30,5
4-6 yıl	45	22,5
7 yıl ve üzeri	56	28,5
İnkontinansı sağlık sorunu görme durumu		
Evet	148	74,0
Hayır	22	11,0
Bilmiyorum	30	15,0
İnkontinansın kişilerarası ilişkileri etkileme durumu		
Evet	42	21,0
Hayır	158	79,0
Obezite ile inkontinans arasında ilişki olduğunu düşünme durumu		
Evet	104	52,0
Hayır	59	29,5
Bilmiyorum	37	18,5
Kilo arttıkça inkontinans şikayetinin artma durumu		
Evet	69	34,5
Hayır	29	14,5
Kararsızım	102	51,0
İnkontinansa yönelik herhangi bir tedavi almama nedenleri*		
Geçer diye düşündüm	94	47,0
Muayene olmaktan çekindiğim için gelmedim	75	37,5
Önemsemedim	61	30,5
Yaşla birlikte normal olduğunu düşündüm	60	30,0
Muayeneye gelmek için vakit bulamadım	52	26,0
İdrar kaçırmam beni çok rahatsız etmedi	45	22,5
Çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşündüm	12	6,0
Korktuğum için gitmedim	8	4,0
Tedavi edilemez diye düşündüm	6	3,0
*n katlanmıştır		

Tablo 4.1.3'te katılımcıların stres Üİ ile ilişkili özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Stres Üİ'yi tarifleyen obez kadınların inkontinans süresi ortalaması 5,61±5,59 olup, %30,5'i 1-3 yıldır istemsiz idrar kaçırmakta, %74'ü stres Üİ'nin sağlık sorunu olduğunu, %79'u kişilerarası ilişkilerinin etkilenmediğini, %52'si obezite ile stres Üİ arasında ilişki olduğunu, %47'si stres Üİ sorununun geçeceğini düşündüğü için herhangi bir tedavi almadığını ifade etmiştir.

Tabloda belirtilmemekle birlikte kadınlara obezitenin etkilediği yaşam alanları sorulduğunda; %61,5'i obezitenin psikolojisini etkilediğini, %57,5'i iş yapma kapasitesini azalttığını, %47,5'i fizyolojik hijyenini etkilediğini, %45,0'ı sosyal yaşantısının etkilendiğini, %27,0'ı aile yaşantısının etkilendiğini ifade etmiştir. Ayrıca katılımcılara kilo vermek için neler yaptıkları sorulduğunda; %62,0'ı kilo vermek için günlük yaşantısını hareketli tuttuğunu, %49,5'i diyetine dikkat ettiğini, %43,5'i haftada en az 3 gün düzenli yürüyüş/egzersiz yaptığını, %18,5'i ise kilo vermek için hiçbir şey yapmadığını ifade etmiştir (Bkz Ek Tablo 1).

4.2. KATILIMCILARIN İKSF-KF YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde İKSF-KF ile katılımcıların stres üriner inkontinansın sıklığı, miktarı, günlük yaşama etkisi, yaşam kalitesi puan ortalamaları ve İKSF-KF yaşam kalitesi puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

4.2.1. Katılımcıların İKSF-KF Madde ve Toplam Puan Ortalamaları (N=200)

İKSF-KF Maddeleri (*)	Alınan En Az – En Çok Puan	Ort±SS
İKSF-KF3 İdrar kaçırma sıklığı (0-5 puan)	1-5	2,99±1,41
İKSF-KF4 İdrar kaçırma miktarı (0-6 puan)	2-6	2,92±1,43
İKSF-KF5 İdrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi (0-10 puan)	0-10	4,65±3,38
İKSF-KF Toplam (0-21 puan)	3-21	10,56±5,19
(*) alınabilecek minimum ve maximum puan		

Tablo 4.2.1'de katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formundan (İKSF-KF) aldığı madde ve toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Kadınların idrar kaçırma sıklık ortalamasının 2,99±1,41, idrar kaçırma miktarı puan ortalamasının 2,92±1,43, günlük yaşama etkisinin 4,65±3,38 olduğu ve toplam İKSF-KF puan ortalamasının ise 10,56±5,19 olduğu bulunmuştur.

4.2.2. Katılımcıların İKSF-KF ile İlgili Sonuçlarının Dağılımı (N=200)

	n	%	Ort±SS
İKSF-KF3 (İdrar Kaçırma Sıklığı)			
Hiçbir zaman	0	0,0	2,99±1,41
Haftada bir veya daha seyrek gibi	45	22,5	
Haftada iki veya üç kez	32	16,0	
Günde bir kez gibi	37	18,5	
Günde birkaç gibi	52	26,0	
Her zaman	34	17,0	
İKSF-KF4 (İdrar Kaçırma Miktarı)			
Hiç	0	0,0	2,92±1,43
Az miktarda	134	67,0	
Orta derecede	40	20,0	
Çok miktarda	26	13,0	
İKSF-KF5 (İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi)			
Eşik altı (≤ 5 puan)	133	66,5	4,65±3,38
Eşik üstü (> 5 puan)	67	33,5	
Toplam İKSF-KF			
Toplam İKSF-KF Puanları ve Sınıflama (0-21 puan)			
1-5 Puan (Hafif derece)	40	20,0	10,56±5,19
6-12 Puan (Orta derece)	93	46,5	
13-18 Puan (Ciddi derece)	49	24,5	
19-21 Puan (Çok ciddi derece)	18	9,0	
Toplam İKSF-KF Kesme Puanına Göre Rahatsızlık Düzeyi			
<8 Rahatsızlık Düzeyi Az	65	32,5	10,56±5,19
≥ 8 Rahatsızlık Düzeyi Fazla	135	67,5	
TOPLAM	200	100	

Tablo 4.2.2’de katılımcıların İKSF-KF ile ilgili sonuçların dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kadınların İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığı sonuçlarına bakıldığında, %22,5’inin haftada bir veya daha seyrek, %16,0’ının haftada iki veya üç kez, %18,5’inin günde bir kez, %26,0’ının günde birkaç kez ve %17,0’ının her zaman idrar kaçırdığı saptanmıştır. İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarına bakıldığında, %67,0’ının az miktarda, %20,0’ının orta derecede ve %13’ünün çok miktarda idrar kaçırdığı bulunmuştur. İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi sonuçlarının ortalaması 4,65±3,38 olup, %66,5’i günlük yaşamının az etkilendiğini %33,5’i günlük yaşamının çok etkilendiğini ifade etmiştir. Kadınlarda toplam İKSF-KF toplam puan ortalamasının 10,56±5,19 olduğu, %20,0’ının hafif derecede, %46,5’inin orta derecede, %24,5’inin ciddi derecede, %9,0’ının çok ciddi derecede idrar kaçırdığı saptanmıştır. İKSF-KF kesme puanına göre rahatsızlık düzeyine bakıldığında,

katılımcıların %32,5'inin idrar kaçırmaya bağlı rahatsızlık düzeyinin az olduğu, %67,5'inin idrar kaçırmaya bağlı rahatsızlık düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2.3. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyo-demografik Özelliklerle Karşılaştırılması (n=200)

	İKSF-KF Ölçeği				
	n	Ort±SS	İstatistiksel analiz	P	Fark
Medeni durum					
Evli	165	10,30±5,12	-1,526*	0,129	
Bekar	35	11,77±5,39			
Öğrenim durumu					
Okuryazar ¹	38	13,68±5,72	7,814**	<0,001	1-2,3,4
İlköğretim ²	120	10,13±4,80			
Lise ³	29	9,86±5,04			
Üniversite ve üzeri ⁴	13	7,00±3,08			
Çalışma durumu					
Evet	21	10,52±5,32	-0,034*	0,973	
Hayır	179	10,56±5,18			
Gelir düzeyi					
Gelir giderden az ¹	112	11,39±5,46	4,162**	0,017	1-2
Gelir gidere denk ²	78	9,26±4,48			
Gelir giderden fazla ³	10	11,40±5,52			
Yaşanılan yer					
İl	142	10,13±5,20	-1,828*	0,069	
İlçe/kasaba	58	11,60±5,03			
* Bağımsız Gruplar T-Testi					
** Tek Yönlü Varyans Analizi					

Tablo 4.2.3'te katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Öğrenim durumuna göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan ileri istatistiksel analizde farklılığın okuryazar gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Okuryazar grubun yaşam kalitesi diğer gruplardan daha kötü bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma durumlarına göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların gelir düzeyine göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde farklılığın gelir giderden az olan grup ile gelir gidere denk olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. Gelir gidere denk olan grubun yaşam kalitesi, gelir giderden az olan grubun yaşam kalitesinden daha iyi bulunmuştur.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).



Tablo 4.2.4. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ile Karşılaştırılması (n=200)

	İKSF-KF Ölçeği				
	n	Ort±SS	İstatiksel analiz	P	Fark
Obezite evresi (BKİ, kg/m²)					
Hafif obez (30,0-34,9)	118	9,94±4,93	2,265*	0,107	-
Orta derecede obez (35,0-39,9)	47	11,15±5,45			
Morbid obez (40,0-49,9)	35	11,86±5,48			
Doğum sayısı					
Hiç yapmamış	11	10,73±6,58	0,617*	0,651	-
1	7	12,71±7,95			
2	56	10,20±4,33			
3	52	10,04±5,22			
4 ve üzeri	74	10,97±5,30			
Doğum şekli*					
Hiç yapmadım	11	10,10±6,59	1,004*	0,392	-
Normal spontan doğum	143	10,67±5,27			
Sezaryen doğum	17	8,65±4,16			
Normal + sezaryen doğum	29	11,27±4,77			
Menopoz durumu					
Evet	148	10,38±5,40	-0,834**	0,366	
Hayır	52	11,08±4,52			
Kabızlık durumu (tuvalet alışkanlığının 3 günde 1 kereden daha az olması ve defekasyon sırasında zorlanma)					
Evet	89	11,34±5,19	1,909**	0,058	
Hayır	111	9,94±5,12			
Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu					
Evet	109	11,74±5,48	3,635**	<0,001	
Hayır	91	9,14±4,44			
Sigara kullanımı					
Evet	39	11,44±5,44	0,832*	0,437	-
Hayır	142	10,27±5,14			
Bıraktım	19	10,95±5,01			
Günlük çay/kahve tüketim miktarı					
Hiç içmem	5	7,00±3,67	2,212*	0,112	-
1-2 su bardağı	40	11,68±4,82			
2 su bardağından fazla	155	10,39±5,27			
*Tek Yönlü Varyans Analizi					
**Bağımsız Gruplar t-Testi					

Tablo 4.2.4'te katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının stres üriner inkontinans risk faktörleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların obezite evresine, doğum sayısına, doğum şekline, menopoz durumuna, sürekli kabızlık durumuna, sigara kullanım durumuna ve günlük çay kahve tüketim miktarına

göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçiren grubun yaşam kalitesi puan ortalamasının diğer gruptan yüksek olduğu belirlenmiştir. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçiren grubun yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur.

Tablo 4.2.5. Katılımcıların İKSF-KF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Stres Üriner İnkontinans ile İlişkili Özellikleri İle Karşılaştırılması (n=200)

	İKSF-KF Ölçeği				
	n	Ort±SS	İstatistiksel analiz	P	Fark
İnkontinans süresi					
1 yıldan az ¹	38	9,74±5,19	8,357*	<0,001	4-1,2,3
1-3 yıl ²	61	9,23±4,67			
4-6 yıl ³	45	9,60±4,58			
7 yıl ve üzeri ⁴	56	13,34±5,25			
İnkontinansı sağlık sorunu görme durumu					
Evet ¹	148	11,03±5,15	4,466*	0,013	1-2
Hayır ²	22	7,55±4,19			
Bilmiyorum ³	30	10,47±5,40			
İnkontinansın kişilerarası ilişkileri etkileme durumu					
Evet	42	14,98±4,63	6,892**	<0,001	
Hayır	158	9,39±4,68			
Obezite ile inkontinans arasında ilişki olduğunu düşünme durumu					
Evet	104	9,99±5,22	2,191*	0,115	-
Hayır	59	10,63±5,13			
Bilmiyorum	37	12,05±5,00			
Kilo arttıkça inkontinans şikayetinin artma durumu					
Evet ¹	69	12,54±4,84	8,305*	<0,001	1-2,3
Hayır ²	29	9,90±5,58			
Kararsızım ³	102	9,41±4,94			
*Tek Yönlü Varyans Analizi					
**Bağımsız Gruplar T-Testi					

Tablo 4.2.5'te katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamalarının stres üriner inkontinans ile ilişkili özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Katılımcıların stres Üİ sürelerine göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan ileri istatistiksel analizde farklılığın 7 yıl ve üzeri olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Stres Üİ süresi 7 yıl ve üzeri olan grubun yaşam kalitesi diğer gruplardan daha kötü bulunmuştur.

Katılımcıların stres Üİ'yi sağlık sorunu olarak görme durumlarına göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde farklılığın evet ile hayır diyen gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Stres üriner inkontinansı sağlık sorunu olarak gören grubun görmeyen gruba göre yaşam kaliteleri daha kötü bulunmuştur.

İnkontinansın kişilerarası ilişkileri etkileme durumuna göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Stres üriner inkontinansın kişilerarası ilişkileri etkilediğini ifade eden grubun İKSF-KF toplam puan ortalamasının diğer gruptan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Stres üriner inkontinansın kişilerarası ilişkileri etkilediğini ifade eden grubun diğer gruba göre yaşam kaliteleri daha kötü bulunmuştur.

Katılımcıların obezite ile inkontinans arasında ilişki olduğunu düşünme durumuna göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların kilo arttıkça stres Üİ şikayetlerinin artma durumuna göre İKSF-KF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Yapılan ileri istatistiksel analizde farklılığın evet diyen gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kilo arttıkça stres Üİ şikayetinin arttığını ifade eden grubun yaşam kalitesi diğer gruplardan daha kötü bulunmuştur.

4.2.6. Katılımcıların İKSF-KF Skorlarının Birbiri İle İlişkisi (N=200)

	İKSF-KF3		İKSF-KF4		İKSF-KF5		İKSF-KF Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	P
İKSF-KF3 (idrar kaçırma sıklığı)	1		,372	,001	,597	,001	,765	,001
İKSF-KF4 (idrar kaçırma miktarı)	,372	,001	1		,432	,001	,659	,001
İKSF-KF5 (idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi)	,597	,001	,432	,001	1		,934	,001
İKSF-KF Toplam (idrar kaçırma durumu)	,765	,001	,659	,001	,934	,001	1	

r: korelasyon katsayısı *Pearson korelasyon testi

Tablo 4.2.6’da katılımcıların İKSF-KF skorlarının birbirleri ile ilişkisi verilmiştir.

İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığı ile İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarı arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,372$; $p<0,001$).

İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığı İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=,597$; $p<0,001$).

İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığı ile İKSF-KF Toplam skoru arasında pozitif yönde, kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,765$; $p<0,0019$).

İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarı ile İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,432$; $p<0,001$).

İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarı ile İKSF-KF Toplam skoru arasında pozitif yönde, kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,659$; $p<0,001$).

İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ile İKSF-KF Toplam skoru arasında pozitif yönde, çok kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,934$; $p<0,001$).

4.3. KATILIMCILARIN STRES ÜRİNER İNKONTİNANS İLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde araştırma kapsamındaki katılımcıların stres Üİ ile baş etme yöntemlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Stres Üriner İnkontinans ile Baş Etme Yöntemlerinin Dağılımı (N=200)

	n	%
Sık iç çamaşırı değiştiriyorum	175	87,5
Sık banyo yapıyorum	141	70,5
İdrar kaçırmamak için sık sık tuvalete gidiyorum	140	70,0
Öksürmekten, hapşurmaktan ve gülmekten kaçınıyorum	121	60,5
Ayaklarımı sıcak tutuyorum	114	57,0
Ped, bez, pamuk vb. kullanıyorum	108	54,0
Bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arıyorum	107	53,5
Ağır kaldırmamaya özen gösteriyorum	94	47,0
Yanımda yedek giysi taşıyorum	91	45,5
Oturduktan sonra ayağa kalkarken dikkat ediyorum	73	36,5
Uzun bir süre evimin dışında duramıyorum	63	31,5
Günlük içtiğim sıvı miktarını azaltıyorum	31	15,5
Sıcak su ile taharetleniyorum	25	12,5
Emici külot kullanıyorum	14	7,0
Perineye sıcak uygulama yapıyorum	2	1,0
*n katlanmıştır		

Tablo 4.3.1’de katılımcıların stres Üİ ile baş etme yöntemlerine göre dağılımı yer almaktadır. Stres Üİ’yi tarifleyen obez kadınlar, sık iç çamaşırı değiştirme yöntemini (%87,5, n=175) en fazla; perineye sıcak uygulama yöntemini (%1, n=2) ise en az tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların En Sık Kullandıkları Baş Etme Yöntemlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (N=200)

	Sık iç çamaşırı değiştiriyorum (n=175)		Sık banyo yapıyorum (n=141)		İdrar kaçırmamak için sık tuvalete gidiyorum (n=140)		Öksürmekten, hapşurmaktan ve gülmekten kaçınıyorum (n=121)		Ayaklarımı sıcak tutuyorum (n=114)		Ped, bez, pamuk vb kullanıyorum (n=108)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medeni durum												
Evli	144	82,5	120	72,7	115	69,7	98	59,4	92	55,8	89	53,9
Bekar	31	88,6	21	60,0	25	71,4	23	65,7	22	62,9	19	54,3
Öğrenim durumu												
Okuryazar	34	89,5	25	65,8	30	78,9	25	65,8	20	52,6	20	52,6
İlköğretim	105	87,5	86	71,7	87	72,5	75	62,5	68	56,7	62	51,7
Lise	25	86,2	19	65,5	18	62,1	17	58,6	17	58,6	19	65,5
Üniversite ve üzeri	11	84,6	11	84,6	5	38,5	4	30,8	9	69,2	7	53,8
Çalışma durumu												
Çalışıyor	17	81,0	16	76,2	12	57,1	12	57,1	16	76,2	12	57,1
Çalışmıyor	158	88,3	125	69,8	128	71,5	109	60,9	98	54,7	96	53,6

Tablo 4.3.2’de katılımcıların en sık kullandıkları baş etme yöntemlerinin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Katılımcılardan sık iç çamaşırı değiştirenlerin çoğunluğunun bekar olduğu, öğrenim durumunun okuryazar olduğu ve çalışmadığı; sık banyo yapanların çoğunluğunun evli olduğu, öğrenim durumunun üniversite ve üzeri olduğu ve çalışmadığı; idrar kaçırmamak için sık tuvalete gidenlerin çoğunluğunun bekar olduğu, öğrenim durumunun okuryazar olduğu ve çalışmadığı saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde stres üriner inkontinansı tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerine ilişkin elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 54 olup, kadınların çoğunun; evli olduğu, ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı, herhangi bir işte çalışmadığı, gelir düzeyinin giderden az olduğu, ilde yaşadığı, 1-3 yıldır istemsiz idrar kaçırdığı, obezitenin 1. evresinde olduğu, 4 ve üzeri sayıda doğum yaptığı, normal doğum yaptığı, menopoza girdiği, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, günlük 2 su bardağından fazla çay/kahve tükettiği, stres Üİ'nin sağlık sorunu olduğunu düşündüğü, kişilerarası ilişkilerinin etkilenmediği, stres Üİ sorununun geçeceğini düşündüğü için herhangi bir tedavi almadığı, obezite ile stres Üİ arasında ilişki olduğunu düşündüğü, obezitenin psikolojisini etkilediği ve kilo vermek için günlük yaşantısını hareketli tuttuğu saptanmıştır.

Literatürde, İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığına bakıldığından Koçak ve ark. (2005), 18 yaş ve üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada; kadınların %45,9'unun haftada bir veya daha seyrek, %17,4'ü haftada iki veya üç kez, %9,9'unun günde bir kez, %13,2'sinin günde birkaç kez idrar kaçırdığını belirtmiştir (162). Çiftçioğlu'nun (2019) çalışmasında, stres üriner inkontinanslı grubun İKSF-KF3 idrar kaçırma sıklığına bakıldığında %26,7'sinin haftada bir veya daha seyrek, %43,3'ünün haftada iki veya üç kez, %16,7'sinin günde bir kez, %13,3'ünün günde birkaç kez, %13,6'sının her zaman idrar kaçırdığı saptanmıştır (163). Çalışmamızda ise, kadınların %22,5'inin haftada bir veya daha seyrek, %16,0'mın haftada iki veya üç kez, %18,5'inin günde bir kez, %26,0'mın günde birkaç kez, %17,0'mın ise her zaman idrar kaçırdığı bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların çoğunun literatürdeki gibi idrar kaçırma sıklığının seyrek olmayıp günde birkaç kez idrar kaçıran grupta olmasının nedeninin çalışmanın diğer çalışmalardan farklı olarak obez kadınlarda yapılmış olmasından ve obezitenin intraabdominal basıncı artırarak stres üriner inkontinans sıklığını arttırmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Stres üriner inkontinans, detrusor kontraksiyonu olmaksızın, intravezikal basıncın üretra basıncını aşmasıyla ortaya çıkan egzersiz, efor, fiziksel zorlanma, öksürme, hapşırma, gülme ve ağır kaldırma gibi karın içi basıncın arttığı fiziksel durumlarda oluşan istemsiz idrar kaçırma durumudur (164). Bu idrar kaybı hiçbir uyarı vermeden ani olarak gerçekleşir ve kaçırılan idrar miktarı azdır. Çalışmamızda, İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarına göre,

kadınların çoğunluğunun az miktarda idrar kaçırdığı sonucuna ulaşılmış olup bu bilgiyi destekler niteliktedir. Literatürde İKSF-KF4 idrar kaçırma miktarına bakıldığında, en az puan alan ve en az etkilenen tipin stres üriner inkontinans olduğu ve stres üriner inkontinanslı hastaların çoğunlukla az miktarda (damla şeklinde akma) idrar kaçırdığı belirtilmiştir (4,163,165). Çalışma sonuçlarımız literatürle uyumludur.

Öztürk ve ark. (2012) çalışmasında, İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisini değerlendirdiğinde 5 üstü puanı çok etkilenme olarak ifade etmiştir (20). Stres üriner inkontinans idrar kaçırma miktarının az olması ve kendilerini çok ıslak hissetmemeleri nedeniyle yaşam kaliteleri diğer üriner inkontinans tiplerine göre daha az etkilenmektedir (166). Çiftçioglu'nun (2019) yaptığı çalışmada, İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük hayata etkisine bakıldığında, stres üriner inkontinanslı kadınların puan ortalaması 4,5 bulunmuştur (163). Çalışmamızda ise, İKSF-KF5 idrar kaçırmanın günlük hayata etkisine bakıldığında, stres üriner inkontinanslı kadınların puan ortalaması 4,6 bulunmuş olup, günlük yaşamlarının az etkilendiği saptanmıştır. Bu durum katılımcıların rahatsız eden ve yaşam kalitesini kötüleştiren inkontinansa sahip olmalarına rağmen, günlük yaşamlarının düşük düzeyde etkilendiğini ifade etmelerinin, literatüre benzer olarak katılımcıların çoğunluğunun az miktarda idrar kaçırmaktan kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda üriner inkontinansın daha hafif düzeyde ve çoğunlukla stres Üİ tipinde olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (167,168). Stres üriner inkontinanslı kadınlarla yapılmış bir çalışmada ise, eğitim düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmüştür (169). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin iyileştiği görülmüştür. Bu durum eğitim seviyesi arttıkça kişilerin bilgiye ulaşma imkanlarının artmasından, yaşamı kolaylaştırmaya yönelik yeterince önlem almalarından ve bu problemin olumsuz etkilerini azaltacak imkanlara ulaşım olanaklarının gelişmiş olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda gelir durumu ile üriner inkontinans arasındaki ilişkide farklılıklar bulunmaktadır. Yılmaz (2014) ve Subak'ın (2006) yaptıkları çalışmalarda gelir düzeyi daha yüksek olan kişilerde, inkontinansa bağlı yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (170,171). Sağlam'ın (2019) çalışmasında gelir düzeyine göre inkontinanslı olan kadınların yaşam kaliteleri incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (172). Çalışmamızda ise, gelir gidere denk olanların yaşam kaliteleri, gelir giderden az olan gruba göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu durum gelir seviyesi daha iyi olan grubun yaşam

kalitesini yükseltecek imkanları daha kolay sağlamış olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Tekrarlayan mesane enfeksiyonları üriner inkontinans için risk faktörüdür. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınlarda üriner inkontinans görülme oranının arttığı, en çok stres ve urge tip inkontinansa neden olduğu görülmüştür (162,173-175). Gunhilde et al. (2002) ve Acar (2007) yaptığı çalışmada idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınlarda daha yüksek oranda stres üriner inkontinans görüldüğünü saptamıştır (139,176). Başak ve ark.'nın (2013) ve Yücel ve ark.'nın (2018) yaptıkları çalışma sonucunda ise, yaşam kalitesini kötüleştiren ve rahatsızlık veren inkontinansı olan bireylerin, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri bulunmuştur (177,178). Çalışmamızda bu bulguyu destekler nitelikte olup, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçiren grubun yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Bu durumun üriner inkontinansa ve idrar yolu enfeksiyonuna yönelik temizlik ve hijyen önlemlerinin alınmasındaki zorluktan kaynaklanmış olabileceği ve birbirlerini paralel olarak etkilemiş olabileceklerini düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda inkontinans süresi ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkide farklılıklar bulunmaktadır. Akkuş'un (2014) ve Güler'in (2006) yaptıkları çalışmalarda Üİ süresinin artmasıyla yaşam kalitelerinin düştüğü tespit edilmiştir (179,180). Ancak, literatürde yaşam kalitesinin Üİ süresinden etkilenmediği çalışmalar da mevcuttur (181-183). Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre, en az 7 yıl ve üzeri stres Üİ yaşayan kadınların yaşam kaliteleri daha kötü bulunmuştur. Bunun nedeninin stres üriner inkontinansa yönelik herhangi bir tedavi almamış ve cerrahi girişim geçirmemiş kadınlarla yapılmış olmasından ve obezitenin de etkisiyle stres üriner inkontinansın etkilerini giderek daha yoğun yaşamış olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Mevcut çalışma sonucuna göre, stres Üİ'yi sağlık sorunu olarak görmeyen kadınların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmüştür. Ancak stres Üİ komplikasyonları yaşam kalitesini kötüleştirmektedir (8,47). Yaşam kalitelerinin etkilenmemesi, kadınların stres Üİ konusunda farkındalıklarının olmaması, durumu normal kabul etmeleri ve önemsememeleri nedeniyle olduğu düşünülmektedir. İnkontinans konusunda kamu sağlığı eğitimleri verilerek inkontinansın bir sağlık sorunu olduğu ve tedavi almaları gerekliliğinin anlatılması ile toplumun farkındalığının artacağı öngörülmektedir. Bu konuda topluma yönelik eğitimlerin planlandığı daha kapsamlı araştırmalar yapılması önerilebilir.

Göral'ın (2014) yaptığı çalışmada, inkontinansın kişilerarası ilişkileri etkilediğini ifade eden kadınların, yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (184). Malak'ın (2018) üriner sistem şikâyeti olan obez kadınlarla yaptığı çalışmada ise, bu çalışma sonucundan farklı olarak, yaşam kalitesi kişilerarası ilişkilerden etkilenmemektedir (185). Çalışma sonuçlarımızda ise, kadınların stres Üİ'nin kişilerarası ilişkileri etkileme durumuna göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde; kişilerarası ilişkilerinin etkilendiğini ifade edenlerin, yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre katılımcıların kişilerarası ilişkilerinin etkileme düzeyi ile stres üriner inkontinansın yaşamlarını etkileme düzeylerinin paralel olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınlara üriner inkontinansa yönelik baş etme yöntemleri sorulduğunda; sık iç çamaşırı değiştirme, sık banyo yapma, idrar kaçırmamak için sık tuvalete gitme, öksürmekten, hapşurmaktan ve gülmekten kaçınma, ayakları sıcak tutma ve ped, bez, pamuk vb. kullanma gibi davranışlarda bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan araştırmalara göre, Türkiye'de kadınların genellikle Üİ için tıbbi yardım almayı tercih etmedikleri belirlenmiştir (186). Literatürde, kadınların üriner inkontinansa yönelik aldıkları önlemler incelendiğinde; bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arama, sık sık iç çamaşırını değiştirme, ped, bez, pamuk vb. kullanma, ayakları sıcak tutma, sık sık tuvalete gitme, ağır kaldırmama, sık sık banyo yapma, sadece tuvalet olan yerlere gitme, yanında yedek giysi taşıma gibi benzer baş etme yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak bu uygulamaların şikayetleri azaltmada yardımcı olmadığı ve konforu sağlamadığı da bildirilmektedir (1,38,41,187).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Stres Üİ'yi tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Katılımcıların yaş ortalaması 54 olup, kadınların çoğunun; evli olduğu, ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı, herhangi bir işte çalışmadığı, gelir düzeyinin giderden az olduğu, ilde yaşadığı, 1-3 yıldır istemsiz idrar kaçırdığı, obezitenin 1. evresinde olduğu, 4 ve üzeri sayıda doğum yaptığı, normal doğum yaptığı, menopoza girdiği, kabızlık yaşamadığı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, sigara kullanmadığı ve günlük 2 su bardağından fazla çay/kahve tükettiği, stres Üİ'nin sağlık sorunu olduğunu düşündüğü, kişilerarası ilişkilerinin etkilenmediği, stres Üİ sorununun geçeceğini düşündüğü için herhangi bir tedavi almadığı, obezite ile stres Üİ arasında ilişki olduğunu düşündüğü, obezitenin psikolojisini etkilediği ve kilo vermek için günlük yaşantısını hareketli tuttuğu,
- Stres Üİ ile baş etme yöntemi olarak sık iç çamaşırı değiştirme yöntemini en fazla tercih ettikleri,
- İKSF-KF puan ortalamalarına göre katılımcıların çoğunun, rahatsız eden ve yaşam kalitesini etkileyen inkontinansa sahip olduğu ve idrar kaçırma durumlarının orta derecede olduğu,
- Öğrenim seviyesi azaldıkça yaşam kalitelerinin kötüleştiği,
- İdrar yolu enfeksiyonu geçirmenin yaşam kalitesini kötüleştiği,
- İnkontinans süresi uzadıkça yaşam kalitelerinin kötüleştiği,
- Stres Üİ'yi sağlık sorunu olarak görmenin yaşam kalitesini kötüleştiği,
- Stres Üİ kişilerarası ilişkileri etkiledikçe yaşam kalitelerinin kötüleştiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Öğrenim durumu azaldıkça yaşam kalitesi kötüleştiği için eğitim öğretim imkanlarının daha da geliştirilmesi,
- İnkontinans süresinin uzaması yaşam kalitesini kötüleştiği için, toplumun bu konudaki farkındalık düzeyinin artırılması, daha erken zamanda sağlık sorunu olduğunu fark edebilmelerinin ve zamanında tedavi alma olanaklarının sağlanması,
- Obezitenin varlığı ile beraber, stres Üİ'yi tarifleyen orta yaşlı kadınların yaşam

kalitelerinin nasıl etkilendiği ve bu sorunla nasıl baş etmeye çalıştıkları konusunda, hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi,

- Obezitenin önlenmesi, yol açtığı sağlık sorunları ve tedavisi hakkında toplumun bilinçlendirilmesi,
- Kadınların stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemlerin etkin olup olmadığı konusunda hemşirelerin dikkatli olması ve kadınlara davranış değişikliği kazandırılması yönünde gerekli desteklerin sağlanması,
- Sağlık ekibinin içinde yer alan hemşirenin, stres Üİ'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine karşı duyarlı olması, durumun sosyal ve emosyonel boyutunun göz ardı edilmemesi ve hastasına yaklaşımı bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde olması,
- Bu konuda daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ertem, G. (2009). Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla basa çıkma yollarının incelenmesi [Investigating urinary incontinence patients coping with their illness]. *International Journal of Human Sciences*, 6(1), 177- 187.
2. Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 29(1), 4-20.
3. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... & Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 21(2), 167-178.
4. Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksac S. Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *J Exerc Ther Rehabil*. 2015;2(3):93–101.
5. Abrams P, Andersson KE, Birder L ve ark. Dördüncü Uluslararası İstisare İnkontinansı Uluslararası Bilim Komitesinin Önerileri: idrar kaçırma, pelvik organ prolapsusu ve dışkı inkontinansının değerlendirilmesi ve tedavisi. *Neurourol Urodyn* 2010; 29: 213- 40.
6. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4: 29-39.
7. Ebbesen, M. H., Hunskaar, S., Rortveit, G., & Hannestad, Y. S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC urology*, 13(1), 27.
8. Eryılmaz HY. Pelvik Bozukluklar. İçinde: Kavlak O, Şirin A, editörler. Kadın Sağlığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015; s. 122-141.
9. Phelan S, Kanaya AM, Subak LL, Hogan PE, Espeland MA, Wing RR, Burgio KL, et al. Weight loss prevents urinary incontinence in women with type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. *J Urol* 2012; 187:939-44.
10. Vaughan CP, Auvinen A, Cartwright R, Johnson TM, 2nd, Tahtinen RM, Ala-Lipasti MA, Tammela TL, et al. Impact of obesity on urinary storage symptoms: results from the FINNO study. *J Urol* 2013; 189:1377-82.
11. Öztaç Özerdoğan, D., & Beji, K. (2015). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; Cilt 13, Sayı 51 (2003)*.
12. Othman, J. A. M., Åkervall, S., Milsom, I., & Gyhagen, M. (2017). Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(2), 149-e1.
13. Dwyer PL, Lee ETC, Hay DM. (1988) Obesity and urinary incontinence in women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 95(1): 91-96.
14. Hannestad YS., Rortveit G., Sandvik H., Hunskaar S.(2000) A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol*, 53(11): 1150-1157.
15. Çapan N. (2016a) Pelvik Taban Disfonksiyonunda Etiyoloji ve Risk Faktörleri. İçinde: Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Edt: Karan A, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 25-34.
16. Menefee SA, Nygaard I. (2017) Alt Üriner Sistem Bozuklukları. Berek&Novak Jinekoloji. Edt: Gül T, Sak ME. 15. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 862- 905.
17. Zhu L., Lang J., Liu C., Han S., Huang J., Li X. (2009) The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*, 16(4): 831-836.
18. Subak LL., Richter HE., Hunskaar, S. (2009) Obesity and urinary incontinence: Epidemiology and clinical research update. *Journal of Urology*, 182(6S): 2-7.
19. Chen, CCG., Gatmaitan, P., Koeppe, S., Barber, M.D., Chand, B., Schauer, P. R., Brethauer, SA. (2009) Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(4): 411-415.
20. Öztürk, GZ., Toprak, D., Basa, E. (2012) 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 46(4): 170- 176.
21. Yan, W., Li, X., Sun, S., Xiang, Y., Zhou, Y., Zeng, X., Xiang, J. (2018). Risk factors for female pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Central South University. Medical sciences*, 43(12): 1345-1350.
22. World Health Organization (WHO); <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and->

- [overweight](#), (Erişim:23.03.2019).
23. Nygaard, I., Turvey, C., Burns, T. L., Crischilles, E., & Wallace, R. (2003). Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstetrics & Gynecology*, 101(1), 149-156.
 24. Wu, J. M., Vaughan, C. P., Goode, P. S., Redden, D. T., Burgio, K. L., Richter, H. E., & Markland, A. D. (2014). Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Obstetrics and gynecology*, 123(1), 141.
 25. Aslan E, Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi, Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 51-60 S, 2002.
 26. Küçük Dikencik, B. (2002). “Üriner İnkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, yaşam kalitesi üzerine etkisi”, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 29-50, 51-60.
 27. Hagglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 10 (16): 1946-1954.
 28. Özkan, S. A., Bilgiç, D., & Beji, N. K. Türkiye’de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi.
 29. Akkus Y., Pinar G., Evaluation of prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *Int Urogynecol J* 27:887-893, 2016.
 30. Vatché A. Minassian, Tony Bazi, Walter F. Stewart : Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 28:687-696, 2017.
 31. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: Bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Investing* 2011;5(1):15-23.
 32. Tozkır E, Demirci F. Üriner İnkontinans. İçinde: Demir C, Güleç ÜK, editörler. Bir Bakışta Kadın Doğum. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013: 55-57.
 33. Hazar HU. Üriner İnkontinans (Üİ). Saydam BK, editör. Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 209-217.
 34. Ozan T.ve Fırdolaş F.. Üriner Kontinans Mekanizmaları. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s. 41-52.
 35. Osborn, J.D., Strain, M., Gomelsky, A., Rothschild, J. ve Dmochowski, R. (2013). Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology*, 82,759-763.
 36. Khullar, V.,Sexton, C. C., Thompson, L. C., Milsom, L., Bitoun, E. C. ve Coyne, S. K. (2014). The relationship between BMI and urinary incontinence subgroups: results from epiLUTS. *Neurourology and urodynamics*, 33,392-399.
 37. Subak, L.L., King, C.W., Bele, H.S., Chen, Y.J., Courcoulas, P.A., Ebel, E.F., Flum, R.D., Khandelwal, S., Pender, R.J., Pierson, K.S., Pories, J.W., Steffen, J.K., Strain, W.G., Wolfe, M.B. ve Huang, J.A. (2015). Urinary incontinence before and after bariatric surgery. *JAMA Internmed*, 175 (8),1378-1387.
 38. Ramalingam, K. ve Monga, A. (2015). Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29, 541-547.
 39. Swenson, W.C., Kolenic, E.G., Trowbridge, R.E., Berger, B.M., Gaupp, L.C., Margulies, U.R., Morgan, M.D., Fenner, E.D. ve DeLancey, O.J. (2017). Obesity and stress urinary incontinence in women: compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough? *Int Urogynecol J*, 28,1377-1385.
 40. Gordon, B., Shorter, B., Isoldi, K. K. ve Moldwin, M. R. (2017). Obesity with comorbid stress urinary incontinence in women: a narrative review to inform dietetics practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(6),889- 907.
 41. Fuselier, A., Hanberry, J., Lovin, J.M. ve Gomelsky, A. (2018). Obesity and stress urinary incontinence: impact on pathophysiology and treatment. *Current Urology Reports*, 18:10, <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0762-7>.
 42. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. üriner sistem hastalıkları içinde: Karadakovan A, Aslan FE editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013; s. 859-861Topuz Ş. Urinary continence and sexuality. *Balıkesir Health Sciences Journal* 2015;4(1):60-64.
 43. Yaman MO, Kadioğlu A, Tascı AI(Edt.). 2018 Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology. Güncel Üroloji 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Haziran 2018 – İstanbul.
 44. Moore, K., Dumoulin, C., Bradley, C., Burgio, K., Chambers, T., Hagen, S., ... & Vale, L. (2013). Adult conservative management. *Incontinence*, 5, 1101-1228.
 45. Demirtürk F, Akbayrak T. İnkontinansda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. In: Karaduman A, Yılmaz Tunca Ö, editors. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ankara: Hipokrat Kitabevi, Pelikan Kitabevi, Nisan Kitabevi; 2016. p. 471-87.

46. Ayhan A., Bozdağ G. (Ed.). (2014) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. (3.bs.), Güneş Kitabevi.
47. Topuz Ş. Stres İnkontinansda Kegel Egzersizleri Uygulaması. İçinde: Başer M, Taşçı S, editörler. Kanıtla Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015; s. 77-80.
48. Scozzari, G., Rebecchi, F., Giaccone, C., Chiaro, P., Mistrangelo, M., Morino, M. (2013). Bariatric surgery improves urinary incontinence but not anorectal function in obese women. *Obesity Surgery*, 23(7), 931-938.
49. Kudish BI, Shveiky D, Gutman RE, Jacoby V, Sokol AI, Rodabough R, Howard BV, et al. Hysterectomy and urinary incontinence in postmenopausal women. *Int Urogynecol J* 2014; 25:1523-31.
50. Karakuş A, Yanikkerem E. Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;2(3):54-59.
51. Marini G, Rinaldi Jde C, Damasceno DC, Felisbino SL, Rudge MV. [Changes in the extracellular matrix due to diabetes and their impact on urinary continence]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36:328-33.
52. Chang KM, Hsieh CH, Chiang HS, Lee TS. Risk factors for urinary incontinence among women aged 60 or over with hypertension in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2014; 53:183-6.
53. Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *Int Nurs Rev* 2013; 60:448-60.
54. Hung KJ, Awtrey CS, Tsai AC. Urinary incontinence, depression, and economic outcomes in a cohort of women between the ages of 54 and 65 years. *Obstet Gynecol* 2014; 123:822-7.
55. Yazdany T, Bhatia N, Reina A. Association of depression and anxiety in underserved women with and without urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014; 20:349-53.
56. Güner H. Ürojinekoloji. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2000. 11-8 p.
57. Fitzpatrick M, Fynes M, Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repair following obstetrical injury. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 89(2): 159-63.
58. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian epincont study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(5): 1268-74.
59. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(6): 1253-60.
60. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008; 28(4): 487-93.
61. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 892-899.
62. Langa KM, Fultz NH, Saint S, Kabeto MU, Herzog AR. Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(4):733-7.
63. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-136.
64. Yalçın Ö, editör. Temel Ürojinekoloji. Üriner inkontinans, genel değerlendirme, öykü ve muayene. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
65. Özcan H, Kızılkaya-Beji N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi [Urinary incontinence used in the evaluation of patients with an important parameter: Quality of life]. *Göztepe Tıp Dergisi [Med Med J]* 2014;29(4):236-238.
66. Nicholas Christofi N, Hextall A. An evidence-based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International* 2007; 13: 154-158.
67. Çam Ç, Özdemir A, Karateke A, Aran T, Bayka B. İnkontinans vakalarında şikayetlerin süresinin uzamasının pelvik taban kas aktivitelerine etkisi. *ZeynepKamil Tıp Bülteni* 2007;38(4): 135-137.
68. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC, Taylor JR, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrics and gynecology*. 1987;70(3 Pt 1):378-81.
69. Knight R, Procter S. Implementation of clinical guidelines for female urinary incontinence: a comparative analysis of organizational structures and service delivery. *Health Soc Care Community*. 1999;7(4):280-90.
70. Karan A, Aksac B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Geriatrics*. 2000;3(3):102-6.
71. Bates F. Assessment of the female patient with urinary incontinence. *Urol Nurs*. 2002;22(5):305.
72. Williams K. Stress urinary incontinence: treatment and support. *Nurs Stand*. 2004;18(31):45-52.
73. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 1993;149(6):1459- 62.

74. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff J. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*. 1997;50(6):4–14.
75. Brittain KR, Perry S, Williams KS. Triggers that prompt people with urinary symptoms to seek help. *Br J Nurs*. 2001;10(2):74–86.
76. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):80–7.
77. Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(5):1275–82.
78. Norton PA, MacDonald L, Sedgwick P, Stanton S. Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *BMJ*. 1988;297(6657):1187.
79. Sarkar, P. K., & Ritch, A. E. (2000). Management of urinary incontinence. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 25(4), 251-263.
80. Pabuçcu, R. (2000). Pelvik Relaksasyon ve Urojinekoloji, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı, GATA basımevi. 549-555.
81. Frank C. and Szlanta A. Office Management of Urinary İncontinence Among Older Patients. *Can Fam Physician* 2010; 56: 1115-20.
82. Sivashoğlu A.A. *Sivashoğlu Pratik Ürojinekoloji*. İzmir, Modern Tıp Kitabevi. 2011: p.1-26.
83. Khandelwal C.. Kistler C.. Diagnosis of Urinary İncontinence. *American Family Physician* 2013;87: 543-50.
84. Varlı M. Aras S.D. Atlı T. Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 2009.
85. Onur R. ve Bayrak Ö. Kadınlarda üriner inkontinans, *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s.41-52.
86. Ergun, O., Armagan, A., Soyupek, S., Oksay, T., & Kosar, A. (2010). Uretral hipermobilitiyi degerlendirmede Q tip test ve POP-Q evreleme sisteminin karsilastirilmesi/Comparison of Q-tip test and POP-Q staging system for the assessment of urethral hypermobility. *Turkish Journal of Urology*, 36(4), 387-393.
87. Lucas, M. G., Bosch, R. J., Burkhard, F. C., Cruz, F., Madden, T. B., Nambiar, A. K., ... & Pickard, R. S. (2012). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*, 62(6), 1130-1142.
88. İnci K.. Ergen A. Yaşlılarda Üriner İnkontinans ve Farmakolojik Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 13 (1): 59-66.
89. Kuyumcu M.E.. Yeşil Y.. Cankurtaran M.. İç Hastalıkları Pratiğinde Önemsenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 91-99.
90. Kolusarı A. Pelvik Destek Bozuklukları, İdrar İnkontinansı ve İdrar Yolu Enfeksiyonları. İçinde: Demir CS, Güleç ÜK editörler. *Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015; s. 281-284.
91. Taşdemir C. Risk Faktörleri, Önleyici Tedbirler. Onur R, Bayrak Ö. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. 2. Yayın, İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2015: 77-83.
92. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87:715-21.
93. Subak, L. L., Whitcomb, E., Shen, H., Saxton, J., Vittinghoff, E., & Brown, J. S. (2005). Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *The Journal of urology*, 174(1), 190-195.
94. Vissers D. Neels H. Vermandel A. De Wachter S. Tjalma WA. Wyndaele JJ. Taeymans J. The Effect of Non- Surgical Weight Loss Interventions on Urinary İncontinence in Overweight Women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews: An official journal of the international association fort he study of obesity*. 2014 Jul;15: 610-7.
95. Davis NJ, Vaughan CP, Johnson TM, 2nd, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Caeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: Results from National Health and Nutrition Examination Surveys 2005-2006 and 2007-2008. *The Journal of Urology* 2013;189: 2170-4.
96. Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2013). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International urogynecology journal*, 24(2), 295-302.
97. Wells, M. J., Jamieson, K., Markham, T. C., Green, S. M., & Fader, M. J. (2014). The effect of caffeinated versus decaffeinated drinks on overactive bladder: a double-blind, randomized, crossover study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(4), 371-378.
98. Johnson TM, 2nd, Kincade JE, Bernard SL, BusbyWhitehead J, DeFriesse GH. Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: results from the national follow-up survey on self-care and aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000; 48:894-902.

99. Hay-Smith, E. J. C., Herderschee, R., Dumoulin, C., & Herbison, G. P. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
100. Özcan M, Kapucu S. Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2014; 101-109.
101. Keleş A, Onur R. Yaşlanma ve Mesane. Onur R, Bayrak Ö. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. 2. Yayın, İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2015: 104.
102. Demirci, N., & Coşar, F. (2009). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 35-40.
103. Burgio KL, Robinson JC, Engel BT. The Role of Biofeedback in Kegel Exercise Training for Stress Urinary Incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1986 Jan;154(1):58-64.
104. Güler T.C.ve Yağcı N. Kadın Üriner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. *D. P. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 11 (2006).
105. Yıldız N, Sarsan A, Ardiç F. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları *FTR Bil Der J PMR Sci*; (2009).12:42-50.
106. Temeltaş G. Stres tipi idrar kaçırma ve pelvik organ prolapsusunda cerrahi dışı tedavi seçenekleri. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni* 2013; 3:5-9.
107. Glavnić K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol* 1998; 9:151-3.
108. Bayrak Ö, Sadioğlu E, Erturhan S. Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi. Onur R, Bayrak Ö. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. 2. Yayın, İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2015: 225- 236.
109. Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., ... & Tubaro, A. (2011). EAU guidelines on urinary incontinence. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 35(7), 373- 388.
110. Lucas, M. G., Bedretdinova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K., ... & Pickard, R.S. (2014). EAU guidelines on urinary incontinence. *European Association of Urology*. Available via http://www.uroweb.org/gls/pdf/20%20Urinary%20Incontinence_LR.pdf. Accessed, 4.
111. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K. Oestrogen therapy for urinary incontinence in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012; 10: CD001405.
112. Özveri H, Keskin S. Üriner Sistemin Değerlendirilmesi. içinde: Aslan FE editör. Sağlıkın Değerlendirilmesi. İstanbul: Acıbadem Üniversitesi Yayını, 2014: 67-78.
113. Yüksel B, Uğurlucan FG. Stres İnkontinans. İçinde: Turfanda A, Büyükören A, İyibozkurt AC, Uğurlucan FG, Baştu E, Yaşa C ve ark., editörler. *Jinekoloji El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2013; s. 71-72.
114. ONAT, A., KELEŞ, İ., ÇETİNKAYA, A., BAŞAR, Ö., YILDIRIM, B., ERER, B., ... & SANSOY, V. (2001). On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 29(1), 8-19.
115. Satman, I., Yılmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., ... & Karsıdag, K. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 25(9), 1551-1556.
116. Satman, I., Tutuncu, Y., Gedik, S., Dinccag, N., Karsıdag, K., Yılmaz, T., ... & Tuomilehto, J. (2011). Diabetes epidemic in Turkey: Results of the second population based survey of diabetes and risk characteristics in Turkey (TURDEP-II). Poster: A-11-2498. 47th EASD Annual Meeting, 12-16 Sept 2011, Lisbon, Portugal.
117. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2016. www.tuik.gov.tr/adnks/2017. Erişim tarihi: 11 Kasım 2017.
118. Ergin AB. Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi. *KASHED* 2014; 1(1): 41-54.
119. Davis SR, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden MA, Nappi RE, Shah D, et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 2012; 15(5): 419-429. <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>.
120. Guyton A, Hall J, 2013. *Tıbbi Fizyoloji* (Çev.Ed: Yeğen BÇ.) 12. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 850-851.
121. Akkaya, S. ve Akkaya, N. (2013). Obezite ve Kas İskelet Sistemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 60-64.
122. Gomersall SR, Dobson AJ, Brown WJ. Weight gain, overweight, and obesity: determinants and health outcomes from the Australian longitudinal study on women's health. *Curr Obes Rep* 2014; 3(1): 46-53. <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-013-0077-4>.
123. Dağ ZÖ, Dilbaz B. Impact of obesity on infertility in women. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2015; 16(2): 111-117. <http://dx.doi.org/10.5152/jtgga.2015.15232>.
124. Templeton A. Obesity and women's health. *Facts Views Vis Obgyn* 2014; 6(4): 175-176.

125. Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Maislos M, Oppert J-M. Obesity: the gateway to ill health- an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. *Obesity facts*, 2013, 6: 117-120.
126. Tafazzoli (2013). Obez / fazla kilolu kadınlarda aktivite isteğinde etkili olan genler ve bunlara bağlı fenotipik (vki ve bmh) özelliklerin araştırılması (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
127. Legro RS. Obesity and PCOS: implications for diagnosis and treatment. *Semin Reprod Med.* 2012; 30 (6): 496-506.
128. Teede HJ, Joham AE, Paul E, Moran LJ, Loxton D, Jolley D, Lombard C. Longitudinal weight gain in women identified with polycystic ovary syndrome: results of an observational study in young women. *Obesity (Silver Spring)*. 2013; 21 (8): 1526-1532.
129. Matthews CA. Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2014; 26 (5): 393-397.
130. Dumoulin, C., Hunter, K. F., Moore, K., Bradley, C. S., Burgio, K. L., Hagen, S., ... & Chambers, T. (2016). Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 35(1), 15-20.
131. Balcı UG, Balcı U, Öngel K. Obez Hastalarda Aşırı Aktif Mesane Semptomlarının OAB-V8 Formu ile Değerlendirilmesi. *Yeni Üroloji Dergisi* 2013;8(3):6-11.
132. Asplund R, Aberg HE. Nocturia in relation to body mass index, smoking and some other life-style factors in women. *Climacteric* 2004; 7:267-7.
133. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler [Urinary incontinence frequency and affecting factors in women aged over 18]. *Ege Tıp Dergisi [Ege Journal of Medicine]* 2013;52(1):15-19.
134. Pinto, A. M., Subak, L. L., Nakagawa, S., Vittinghoff, E., Wing, R. R., Kusek, J. W., ... & Kuppermann, M. (2012). The effect of weight loss on changes in health-related quality of life among overweight and obese women with urinary incontinence. *Quality of Life Research*, 21(10), 1685-1694.
135. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:749-57.
136. Handa VL, Pierce CB, Muñoz A, Blomquist JL. Longitudinal changes in overactive bladder and stress incontinence among parous women. *Neurourol Urodyn* 2014 (doi: 10.1002/nau.22583).
137. Akın, Y., Gülmez, H., Sonbahar, A., İpekçi, T., Yılmaz, M., & Ateş, E. (2015). Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. *Ankara Medical Journal*, 15(4).
138. Foldspang, A., & Mommsen, S. (1994). Adult female urinary incontinence and childhood bedwetting. *The Journal of urology*, 152(1), 85-88.
139. Acar Bektaş H. Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
140. Markland, A. D., Richter, H. E., Fwu, C. W., Eggers, P., & Kusek, J. W. (2011). Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *The Journal of urology*, 186(2), 589-593.
141. Lambert DM, Marceau S, Forse RA. Intra-abdominal pressure in the morbidly obese. *Obes Surg* 2005; 15:1225-32.
142. Subak, L. L., Wing, R., West, D. S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J. M., ... & Macer, J. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 481-490.
143. Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19:1251-9.
144. Bump, R. C., Sugeran, H. J., Fantl, J. A., & McClish, D. K. (1992). Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *American journal of obstetrics and gynecology*, 167(2), 392-399.
145. Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and Pelvic Floor Disorders: A Review of the Literature. *Obstet Gynecol* 2008;112(2): 341-9.
146. Balcı, U. G., & Korkmaz, H. Obez Hastalarda Üriner İnkontinans Tedavisinde Kilo Kaybının Önemi: Olgu Sunumu Importance of Weight Loss for Urinary Incontinence Treatment in Obese Patients: A Case Report.
147. Subak, L. L., Johnson, C., Whitcomb, E., Boban, D., Saxton, J., & Brown, J. S. (2002). Does weight loss improve incontinence in moderately obese women?. *International Urogynecology Journal*, 13(1), 40-43.
148. Burgio, K. L., Richter, H. E., Clements, R. H., Redden, D. T., & Goode, P. S. (2007). Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstetrics &*

- Gynecology*, 110(5), 1034-1040.
149. Qaseem A, Dallas P, Ann Forciea M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014; 161:429-440.
 150. European Association of Urology Guidelines. <http://www.uroweb.org/guidelines>. Erişim: 01.06.2016.
 151. Chen CC, Gatmaitan P, Koepp S, Barber MD, Chand B, Schauer PR, Brethauer SA. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2009; 5:411-5.
 152. Kaya S, Akbayrak T, Demirtaş N, Bakar Y, Tosun OC, Ozengin N ve ark. Kanıt derlemesi. In: Akbayrak T, Kaya S (ed.), KNGF Kılavuzu, Stres Uriner İnkontinans Olan Hastalarda Fizyoterapi. Ankara: Pelikan Kitabevi 2015:9 –97.
 153. Kobelt G. Economic considerations and outcome measurement in urge incontinence. *Urology*. 1997;50(6):100–7.
 154. Robinson D, Pearce KF, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstet Gynecol*. 1998;91(2):224–8.
 155. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2008.
 156. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 5: 187-93.
 157. Top MŞ, Özden SY, Sevim EM. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam* 2003; 16: 18-23.
 158. Karaçam Z. Kadınlarda üriner inkontinans: Üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemşirenin rolü. *Sendrom* 2003; 15:112-7.
 159. Zaccardi JE, Cox SB. Evaluation and management. Female urinary incontinence. *AWHONN Lifelines* 2004; 8:326-32.
 160. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1(2):43-53.
 161. Şen E. Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2011; 20: 7-13.
 162. Kocak, I., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H., & Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European urology*, 48(4), 634-641.
 163. Çiftçioğlu, G. (2019). *Stres üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi* (Doctoral dissertation, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
 164. Ashton-Miller, J., & DeLANCEY, J. O. (2014). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Bø K, Berghmans B, Mørkved S, van Kampen M, Evidence based physical therapy for the pelvic floor—Bridging science and clinical practice*, 19-33.
 165. İrer, B., Şen, V., Demir, Ö., Bozkurt, O., & Esen, A. (2018). Üriner inkontinans alt tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri: doktora başvurmada üriner inkontinans alt tipinin önemi var mı?. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10(1), 8-12.
 166. Özengin, N., İnal, B., Çankaya, H., & Bakar, Y. (2017). Does the Amount of Urine Leakage Affect Life Quality in Women with Stress Urinary Incontinence? A Retrospective Study. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 107-113.
 167. Kuh, D., Cardozo, L., & Hardy, R. (1999). Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(8), 453-458.
 168. Holroyd-Leduc, J. M., & Straus, S. E. (2004). Management of urinary incontinence in women: scientific review. *Jama*, 291(8), 986-995.
 169. Gök S. Diyabetik kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisi (Yüksek lisans tezi), T.C. İstanbul Üniversitesi, 2016.
 170. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D; Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group. The ‘costs’ of urinary incontinence for women. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr;107(4):908-16.
 171. Yılmaz E, M sl A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2(2): 1-14.
 172. Sağlam H. G. Üreme çağındaki evli kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi (Yüksek lisans tezi) T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2019.
 173. Parazzini, F., Colli, E., Origgi, G., Surace, M., Bianchi, M., Benzi, G., Artibani, W. (2000) Risk factors for urinary incontinence in women. *European urology*, 37(6): 637-643.

174. oşkun A. (2002) Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Edt: Kızılkaya BN. 1. Baskı, Emek Matbaacılık, İstanbul, s: 1-17.
175. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. (2012) 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkileri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:19, 23-37.
176. Gunhilde GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. (2002) Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns *Obstet Gynecol*; 100(2): 226-229.
177. Başak T., Kok G., Güvenç G. (2013) Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *Int Nurs Rev*, 60(4): 448-460.
178. Yücel U, Hadımlı A, Koçak Y, Ekşioğlu A, Sarı D, Saydam B. Bornova'da Yaşayan 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı Ve Risk Faktörleri. *HSP*, 2018; 5(3): 414-423.
179. Can Güler T. Doğurgan çağda kadınlarda görölen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilimdalı, Denizli, 2006.
180. Akkuş Y. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). TC. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2014.
181. Aslan E. Stres inkontinansda ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1999.
182. Kelleher C. Quality of Life and Urinary Incontinence. In: Cardoza L, Staskin D. Eds. *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, London, 2001: p. 47-58.
183. Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *BJU Int* 2004; 93: 324-330.
184. Göral S. Akdeniz Bölgesi huzurevlerinde yaşayan kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi (Yüksek Lisans Tezi) T.C. Akdeniz Üniversitesi, 2014.
185. Malak A. Obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetleri ve yaşam kalitesi (Doktora tezi) T.C. İstanbul Üniversitesi, 2018.
186. Beji, N. K., Ozbas, A., Aslan, E., Bilgic, D., & Erkan, H. A. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urol Nurs*, 30(6), 327-34.
187. Hägglund, D., Walker-Engström, M. L., Larsson, G., & Leppert, J. (2003). Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *International Urogynecology Journal*, 14(5), 296-304.

8. EKLER

Ek 1. Hastaların Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 2. Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması- Kısa Formu

Ek-3. Etik Kurul Kararı

Ek-4. Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni

Ek Tablo 1



EK-1

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar	2. Çalışma durumunuz: <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
3. En son mezun olduğunuz okul: <input type="checkbox"/> İlköğretim altı <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise ve üzeri	4. Gelir durumunuz: <input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Geliri giderine denk <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla
5. Yaşadığınız yer: <input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe / kasaba	

B. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Boy: Kilo: Beden kitle indeksi: <input type="checkbox"/> Obezite Evre 1---30-34.9 <input type="checkbox"/> Obezite Evre 2--- 35-39.9 <input type="checkbox"/> Obezite Evre 3--- (Morbid) ≥40	2. Doğum sayınız (Ölü doğumlar dahil): <input type="checkbox"/> Hiç yapmadım <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ve üzeri
3. Normal doğum sayısı: Sezeryan doğum sayısı:	4. Menopoza girdiniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
5. Sürekli bir kabızlığınız var mı? (Tuvalet alışkanlığının 3 günde 1 kereden az olması ve defekasyon sırasında zorlanma) <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	6. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7. Sigara kullanımı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktım (zamanı.....)	8. Günde ortalama ne kadar çay/kahve içersiniz? <input type="checkbox"/> Hiç içmem <input type="checkbox"/> 1-2 su bardağı <input type="checkbox"/> 2 su bardağından fazla

<p>9. Ne kadar süredir istemsiz idrar kaçıyorsunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 yıldan az</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 yıl</p> <p><input type="checkbox"/> 4-6 yıl</p> <p><input type="checkbox"/> 7 yıl ve üstü</p>	<p>10. Sizce idrar kaçıyormuş olmanız bir sağlık sorunu mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Bilmiyorum</p>
<p>12. İdrar kaçırmaya nedeniyle herhangi bir tedavi almamanızın nedeni /nedenleri aşağıdakilerden hangisidir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yaşla birlikte idrar kaçırmamın normal olduğunu düşündüm.</p> <p><input type="checkbox"/> Muayeneye gelmek için vakit bulamadım.</p> <p><input type="checkbox"/> İdrar kaçırmam beni çok rahatsız etmedi.</p> <p><input type="checkbox"/> Muayene olmaktan çekindiğim için gelmedim.</p> <p><input type="checkbox"/> Çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşündüm.</p> <p><input type="checkbox"/> Tedavi edilemez diye düşündüm.</p> <p><input type="checkbox"/> Önemsemedim.</p> <p><input type="checkbox"/> Korktuğum için gitmedim.</p> <p><input type="checkbox"/> Geçer diye düşündüm.</p>	<p>11. Sizce idrar kaçıyormuş olmanız kişilerarası ilişkilerinizi etkiliyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>
<p>13. Obez olmanız ile idrar kaçırmamız arasında bir ilişki olduğunu düşünüyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Bilmiyorum</p>	<p>14. Kilonuzun artması ile idrar kaçırmaya şikâyetiniz artış gösterdi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Kararsızım</p>
<p>15. Kilo vermek için neler yapıyorsunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Hiçbir şey yapmıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Günlük yaşantıma hareketli tutuyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Haftada en az 3 gün düzenli yürüyüş/egzersiz yapıyorum.</p> <p><input type="checkbox"/> Diyetime dikkat ediyorum.</p>	<p>16. Obezite aşağıdaki alanlardan hangilerini etkiliyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Psikolojimi etkiliyor.</p> <p><input type="checkbox"/> Sosyal yaşantıma etkiliyor.</p> <p><input type="checkbox"/> İş yapma kapasitemi azaltıyor.</p> <p><input type="checkbox"/> Fizyolojik hijyenimi ekiliyor.</p> <p><input type="checkbox"/> Aile yaşantıma etkiliyor.</p>

17. İdrar kaçırmaya yönelik sorun ile baş etme yönteminiz/yöntemleriniz aşağıdakilerden hangisidir?

- Ayaklarımı sıcak tutuyorum.
- Perineye sıcak uygulama yapıyorum.
- Sıcak su ile taharetleniyorum.
- Günlük içtiğim sıvı miktarını azaltıyorum.
- Sık sık iç çamaşırı değiştiriyorum.
- İdrar kaçırmamak için sık sık tuvalete gidiyorum.
- Sık sık banyo yapıyorum.
- Ped, bez, pamuk vb. kullanıyorum.
- Emici külot kullanıyorum.
- Yanımda yedek giysi taşıyorum.
- Ağır kaldırmamaya özen gösteriyorum.
- Bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arıyorum.
- Öksürmekten, hapsirmekten ve gülmekten kaçınıyorum.
- Oturduktan sonra ayağa kalkarken dikkat ediyorum.
- Uzun bir süre evimin dışında duramıyorum.

EK-2

Sayı :

Bugünün tarihi (GÜN/AY/YIL)

(...../...../.....)

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğretmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettart oluruz.

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

2 Cinsiyet

Kadın

Erkek

3 Ne sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

hiçbir zaman

0

haftada bir veya daha seyrek gibi

1

haftada iki veya üç kez

2

günde bir kez gibi

3

günde birkaç kez

4

her zaman

5

4 Size göre ne kadar idrar kaçıırıyorsunuz bilmek istiyoruz?

Genelde ne kadar idrar kaçıırıyorsunuz (ped (koruyucu bez)

kullanın veya kullanmayın)? (Bir kutuyu işaretleyin)

hiç

0

az miktarda

2

orta derecede

4

çok miktarda

6

5 Tümüyle bakıldığında, idrar kaçıırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

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

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

hiçbir şekilde

çok fazla

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

6 Hangi durumlarda idrar kaçıırıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum.....

tualete yetişmeden idrar kaçıırıyorum.....

öksürürken veya hapşırırken kaçıırıyorum.....

uyurken kaçıırıyorum.....

hareket halinde iken ya da spor yaparken

kaçıırıyorum.....

işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıırıyorum.....

belirgin bir neden olmadan kaçıırıyorum.....

her zaman kaçıırıyorum.....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK-3



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 17 OCAK 2019 PERŞEMBE
TOPLANTI NO : 2019/02
PROJE/ KARAR NO : 19/04 (Değerlendirilme Tarihi: 17.01.2019)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı, Serpil ATEŞ'in yardımcı araştırmacı olduğu, 19/04 kayıt numaralı, "35-65 Yaş Arası Stres Üriner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR
Prof. Dr.

ÜYE

Levent KENAR
Prof. Dr.

ÜYE

Kazım Emre KARAŞAHİN
Prof. Dr.

ÜYE

Ali Kağan COŞKUN
Doç. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cumhuri AYDIN
Prof. Dr.

ÜYE

Yusuf İZCI
Prof. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.

ASLININ TIBBİ

ÜYE

Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nur ERÇİN
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK
Doç. Dr.

ÜYE

Dilek YILDIZ
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten GÜVENÇ
Doç. Dr.

EK-4-A



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

FORM 3

21.12.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ olan '35-65 Yaş Arası Stres Üriner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi' isimli projenin veri toplama yöntemlerini içeren kısmı Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji ABD klinik/polikliniklerinde yapılması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Selahattin BEDİR

Üroloji ABD Eğitim Sorumlusu

EK-4-B



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

FORM 3

21.12.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ olan '35-65 Yaş Arası Stres riner İnkontinansı Tarifleyen Obez Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi' isimli projenin veri toplama yöntemlerini içeren kısmı Gülhane EĞitim ve Araştırma Hastanesi roloji ABD klinik/polikliniklerinde yapılması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Ömer Faruk KARATAŐ
Üroloji Kliniği İdari Sorumlusu

EK-4-C



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU FORKUL

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

20.12.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacısı Dr. Öğrt. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ olan "35-65 yaş arası Stres Üriner İnkontinans tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi" isimli çalışmanın, veri toplama yöntemlerini içeren kısmı, Üroloji Anabilim Dalında yapılmasına ilişkin onay uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Cihan KOZAK
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Cerrahi Bilimler Bölüm Başkanı

Ek Tablo 1

	n	%
Obezitenin etkilediği yaşam alanları*		
Psikolojimi etkiliyor	123	61,5
İş yapma kapasitemi azaltıyor	115	57,5
Fizyolojik hijyenimi ekiliyor	95	47,5
Sosyal yaşantımı etkiliyor	90	45,0
Aile yaşantımı etkiliyor	54	27,0
Kilo vermek için neler yapıldığı*		
Günlük yaşantımı hareketli tutuyorum	124	62,0
Diyetime dikkat ediyorum	99	49,5
Haftada en az 3 gün düzenli yürüyüş/egzersiz yapıyorum	87	43,5
Hiçbir şey yapmıyorum	37	18,5
*n katlanmıştır		

9. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Serpil ATEŞ

Doğum yeri ve tarihi: Mersin / 27.01.1995

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: tsserpilts@gmail.com / 0507 193 48 72

Yabancı dili: 51,25

II- Eğitimi

2013-2017: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

2009-2013: Mehmet Adnan Özçelik Anadolu Lisesi

2001-2009: 50. Yıl Gökçeller İ.Ö.O

III- Unvanları : -----

IV- Mesleki Deneyimi : ----

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar : ----

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Makale okumak ve analiz etmek

Yayımları: Cerrahi ve İç Hastalıkları Hemşireliği Eğitimi Kapsamında Yürütülen Simülasyon Uygulamalarına Yönelik Öğrenci Görüşlerinin Değerlendirilmesi (SBÜ Hemşirelik dergisinde yayınlanmıştır.)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller: GATA Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleğine Yönelik Algı ve Düşünceleri “En İyi Araştırma Ödülü”

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

2013 Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu

2015 Bağlama Eğitimi (Bağlama Düzeni) Kursu

2017 Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik ve Arama- Kurtarma Tatbikatı

2018 Hemşireler İçin Enteral ve Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar Kursu

2018 Basınç Yaralanmalarını Önleme ve Bakım Sempozyumu

Organizasyonunda katkıda bulunduğu bilimsel toplantılar:

2014 Gülhane Hemşirelik Öğrencileri Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kongresi