

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

DOKTORA TEZİ

**OBEZ KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ VE YAŞAM
KALİTESİ**

ARZU MALAK

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ERGÜL ASLAN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**OBEZ KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ ve YAŞAM
KALİTESİ**

ARZU MALAK

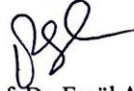
**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ERGÜL ASLAN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

Bu çalışma 29.11.2018 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nezile KIZILKAYA BEJİ
Biruni Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Doç. Dr. Mehmet DEMİRCİ ÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖNSÖZ

Tez çalışmam ve doktora eğitimim süresince vermiş olduğu destek ve yardımlarıyla bana yol gösteren, yüreklendiren, sabrını esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN'a,

Tez izleme komitesi üyesi ve lisans eğitimimden itibaren Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde örnek aldığım hocam Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye,

Tez çalışmamda jüri üyeliği sırasında emekli olması nedeniyle tez izleme komitesi üyeliğinden ayrılmak durumunda kalan, fakat sonsuz deneyim ve bilgisiyle tezimin şekillenmesinde büyük desteği olan hocam Sayın Prof. Dr. Önay YALÇIN'a,

Lisans eğitimimde tanıma fırsatı bulduğum fakat hayatımın her noktasında hem bilimselliği hem kişiliği ile yüreğime dokunan ve tez izleme komitesi üyesi Sayın Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e,

Ülkenin aydınlık geleceği için emek harcayan, her zaman her konuda desteğini esirgemeyen Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu müdürü ve hemşirelik bölüm başkanı hocam Sayın Doç. Dr. Tülin YILDIZ'a ,

Tez çalışmam boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilimsel bilgisini, deneyimini esirgemeyen, ekip çalışması anlayışını benimseyen Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Başkanı hocam Sayın Doç. Dr. Cenk Murat YAZICI'ya ve bölümde çalışan tüm sağlık personellerine,

Her karamsarlığımda beni tekrar yüreklendiren, her ihtiyaç duyduğumda yanı başımda olan, varlıklarından hep mutlu olduğum dostlarım Arş. Gör. Dr. Mine AYDIN KURÇ, Filiz KIZOĞLU, Ayça URAL ve Arzu AKÇAKAYA'ya,

Adil, çalışkan, başarılı çocuklar yetiştirmek için emek harcayan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, sevgileriyle, şefkatleriyle, fedakârlıklarıyla beni yetiştiren canım annem ve canım babama, canım kardeşlerime sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi yeğenlerim **Dilan, Taylan, Sare, Berfin, İsmail ve Zeynep'** e ithaf ediyorum.

Arzu MALAK

ÖZET

OBEZ KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ VE YAŞAM KALİTESİ

Çalışma, obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerini, şikayetlerin yaşam kalitesine etkisini kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemleriyle belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı, kesitsel, vaka-kontrol çalışmasıdır. Bir üniversite Hastanesi'nde Nisan 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem kapsamında 216 normal kilolu ve 237 obez kadın yer almıştır. Niceliksel değerlendirme için tanıtıcı bilgi formu, Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği (BFLUTS), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kullanılmıştır. Tüm kadınlara formlar doldurulup analiz yapıldıktan sonra alt üriner sistem yakınması olan 30 obez kadın ile çalışmanın 2. basamağı olan yarı yapılandırılmış görüşme formuyla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Kadınların BKİ'ne göre yaş ve obstetrik-jinekolojik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Alt üriner semptomlardan BFLUTS depolama, idrar kaçırma, yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmıştır. İdrar kaçırma normal kilolu grupta %24.5'inde ve obez grupta %43 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, enerji boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Niteliksel analizler sonucu alt üriner sistem semptomlarının kadının yaşamını önemli ölçüde olumsuz etkilediği, kadınların çoğu dışarı çıkınca tuvalet aradığı, namaz kılamadığı, cinsel hayatlarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Kadınların çoğu idrar şikayetlerinin sebebinin gebelik/doğum süreci, fazla kilo, yaşın ilerlemesi olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak obezitenin kadınlarda alt üriner sistem semptomlarına sebep olduğu, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: alt üriner sistem şikayetleri, kadın, obezite, yaşam kalitesi

ABSTRACT

LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN OBESE WOMEN

The study was implemented to specify lower urinary tract symptoms of obese women and the impact on their quality of life via qualitative and quantitative research methods. The research is descriptive, cross-sectional and case-control in manner. It was carried out at a University Hospital during April 2015–April 2016. The study sampling comprised 216 females with average weight and 237 obese females. The introductory info sheet, Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Scale (BFLUTS), SF-36 Quality of Life Scale and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD-S) were utilized for quantitative assessments. Proceeding the completion of each form by all female participants, 30 obese females with lower urinary tract symptoms have been interviewed in-depth using the semi-structured interview form, to conduct the second stage of the research. Regarding BMI results, there was no significant difference found between groups for age and obstetric-gynecological features of those females ($p>0.05$). There was statistically significant difference between samples for several lower urinary tract symptoms including storing, urinary incontinence and quality of life. Urinary incontinence was found 24,5% in average weight group and 43% in obese group. There was also significant difference found for physical function, physical role deficiency, pain, general health perception and energy sub-dimensions of quality of life ($p<0.05$). The quantitative analyses have depicted that lower urinary tract symptoms had negative effects on the female's quality of lifes most of the participants stated that they were in continual search for lavatory when outside, were not able to execute worship rituals (namaz) and their sexual life was negatively affected by the symptoms. The most of the participants indicated that urine symptoms were due to pregnancy and childbearing, excessive weight gain and getting old. In conclusion, obesity was found to bring about lower urinary tract symptoms for females and created negative effects on their life quality.

Keywords. Lower urinary tract symptoms, female, obesity, quality of life

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM I: GİRİŞ	1
1.1. PROBLEM DURUMU	1
1.2. AMAÇ/ HİPOTEZLER / PROBLEMLER VE ALT PROBLEMLER	2
1.3. ÖNEM.....	3
1.4. SAYILTIAR (VARSAYIMLAR)	3
1.5. SINIRLILIKLAR.....	4
1.6. TANIMLAR.....	4
BÖLÜM II: KAVRAMSAL ÇERÇEVE / ALANYAZIN VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	5
2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOM TERMİNOLOJİSİ	5
2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOM PREVALANSI.....	8
2.3. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINDA RİSK FAKTÖRLERİ.....	9
2.4. OBEZİTE	15
2.5. OBEZİTE VE ÜRİNER İNKONTİNANS	18
2.6. OBEZİTE VE AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU.....	23
2.7. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ	26
2.8. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE OBEZİTEDEN KORUNMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	28
BÖLÜM III: YÖNTEM.....	33
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	33

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM / ÇALIŞMA GRUBU	33
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	36
3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	37
3.3.2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS)	37
3.3.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey)	38
3.3.4. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale/EAMDS).....	42
3.3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	43
3.3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	43
3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ.....	44
BÖLÜM IV: BULGULAR	45
4.1. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	46
4.2. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	53
4.3. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE DEPRESİF SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR	60
4.4. OBEZ KADINLARLA YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN KALİTATİF ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	77
BÖLÜM V: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	121
5.1. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	123
5.2. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	127

5.3. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE DEPRESİF SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	131
5.4. OBEZ KADINLARLA YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN KALİTATİF ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	135
KAYNAKLAR	148
EKLER.....	171
ÖZGEÇMİŞ.....	188

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Yetişkinlerde BKİ sınıflandırması.....	16
Tablo 3-1: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği Puanlarının Dağılımı	38
Tablo 3-2: SF 36 Ölçeğin Alt Boyutları.....	40
Tablo 3-3: SF 36 Ölçeği Puanlarının Hesaplanması	41
Tablo 3-4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Dağılımı	41
Tablo 3-5: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasını Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 4-1: Kadınların Yaş ve BKİ Verilerinin Dağılımı	46
Tablo 4-2: Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	48
Tablo 4-3: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerinin Dağılımı.....	49
Tablo 4-4: Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı	51
Tablo 4-5: Kadınların Alt Üriner Sistem Şikayetlerinin Gruplara Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4-6: Gruplara Göre Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı	56
Tablo 4-7: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçek Puanlarına BKİ Etkilerinin Lineer Regresyon Analiz Sonuçları	58
Tablo 4-8: Gruplara Göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasını Puanlarının Dağılımı.....	60

Tablo 4-9: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Puanlarına BKİ Etkilerinin Lineer Regresyon Analiz Sonuçları	62
Tablo 4-10: Gruplara Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı .	63
Tablo 4-11: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin İlişkisi	66
Tablo 4-12: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Ölçeklerinin İlişkisi	70
Tablo 4-13: Kadınların İdrarla İlgili şikayetlerinin Günlük Yaşamlarını Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım.....	77
Tablo 4-14: İdrarla İlgili şikayetlerin Yaşamlarını Etkileme Nedenlerine İlişkin Dağılım.....	79
Tablo 4-15: İdrarla İlgili şikayetlerin Kadın ve Ailesi İçin Ne Kadar Önemli Olduğuna İlişkin Değerlendirmesi	84
Tablo 4-16: İdrar şikayetlerini Azaltmak İçin Başvurulan Yöntemlerin Dağılımı ...	89
Tablo 4-17: İdrarla İlgili şikayetlerin Nedenine İlişkin Dağılımlar	93
Tablo 4-18: İdrarla İlgili şikayetlerin Hayatlarında En Çok Neyi Etkilediğine İlişkin Dağılım.....	97
Tablo 4-19: İdrarla İlgili şikayetlerin Sosyal Yaşantıyı Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım.....	103
Tablo 4-20: İdrarla İlgili şikayetlerin Sosyal Yaşantılarına Etkisine İlişkin Nedenlerin Dağılımı	107
Tablo 4-21: İdrarla İlgili şikayetlerin Genel Sağlık Durumunu Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım	109
Tablo 4-22: İdrarla İlgili şikayetler Ev İşlerini/Çalışma Hayatını Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım	111

Tablo 4-23: İdrarla İlgili Şikayetlerin Ruhsal Etkisine İlişkin Dağılım.....	115
--	-----

Tablo 4-24: İdrarla İlgili Şikayetler İçin Aldığı Tedavi Hakkında Düşüncelerine İlişkin Dağılım	118
---	-----

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Obezitenin Patogenezi	18
Şekil 3-1 : Araştırmanın Akış Şeması.....	35
Şekil 4-1: Kadınların BKİ dağılımı	47
Şekil 4-2: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği Puanlarının Dağılımı	57
Şekil 4-3: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Puanlarının Dağılımı	61
Şekil 4-4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	65

BÖLÜM I: GİRİŞ

1.1. PROBLEM DURUMU

Alt üriner sistem şikayetleri; depolama, boşaltım ve postmiksion semptomları olarak ayrılır. Depolama semptomları; sık idrar yapma (frequency), noktüri, ani idrara sıkışma hissi (urgency), üriner inkontinans gibi semptomlarıdır. Boşaltım ve postmiksion semptomları ise idrar yapmayı başlatmakta güçlük, idrar yaparken ıkınma, kesik kesik idrar yapma, mesanenin tamamen boşalmadığı hissi, üriner retansiyon, miksion sonrası damla damla idrar kaçırma ve pozisyona bağlı idrar yapma gibi semptomlardan oluşmaktadır (Abrams ve ark. 2003; Haylen ve ark. 2010).

Alt üriner sistem semptomları son on yılda dünya genelinde artarak önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (Miller ve ark. 2016; Brucker ve ark. 2017). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmekte olup, hem kadında hem erkekte ilerleyen yaşla beraber artmaktadır (Miller ve ark. 2016; Yılmaz ve ark. 2016). Alt üriner sistem şikayetleri, kadını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilemektedir. Hijyenik problemlere yol açar ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Coyne ve ark. 2013; Kwon ve Lee 2014).

Amerika'da 2010 yılında 28 milyon kadın ürojinekolojik semptom yaşarken, 2050 yılında 50 milyon kadının bu semptomları yaşayacağı tahmin edilmektedir (Brucker ve ark. 2017). Coyne ve ark. yapmış olduğu toplum temelli çalışmada alt üriner sistem semptomlarının kadınların %30'unda, erkeklerin %17'sinde görüldüğünü bildirmiştir (Coyne ve ark. 2013). Çin, Güney Kore ve Tayvan'da kadınlarda alt üriner sistem semptom prevalansı %59,6 olduğu bildirilmiştir (Chapple ve ark. 2017). Türkiye'de Zümrütbaş ve ark. (2014) yaptığı çalışmada alt üriner sistem semptomlarını kadınlarda %64.1, erkeklerde % 44.2 olarak belirlemiştir (Zumrutbas ve ark. 2014). Türkiye'de yapılan bir diğer çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığının %16.4-49.7 arasında değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (Basak ve ark.2013).

Kadınlarda görülen alt üriner semptomlarının risk faktörleri değerlendirildiğinde; obezite, ileri yaş, gebelik/doğum, konstipasyon, menopoz ve yaşam tarzı yer almaktadır (Başak ve ark. 2013; Çapan 2016; Pomian ve ark. 2016; Juliato ve ark. 2017). Obezite tüm dünyada yaygın bir sağlık sorunudur. Obezite sonucu her yıl 2.8 milyon insanın ölmesi nedeniyle, küresel epidemi olarak ele alınmaktadır. Yalnızca yüksek gelirli ülkelerde değil, orta ve düşük gelirli ülkelerde de çok yaygındır. Obezite sıklığı 1980 yılından 2008 yılına kadar iki katına yükselmiştir. Obezite sonucu birçok sağlık problemi oluşmakta ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (WHO 2015). Yetişkin kadınların üçte biri obeziteden etkilenmekte ve bu durum metabolik, kardiyovasküler ve kardiyojenik komorbiditeye neden olmaktadır (Shimonov ve ark. 2017; Brucker ve ark. 2017). Obezite, alt üriner sistem semptomlarını içeren pelvik taban problemleri için de risk oluşturmaktadır (Olivera ve ark. 2012; Brucker ve ark. 2017). Pelvik taban sorunları ve obezite yetişkin nüfusun %30'unda görülmektedir (Whitcomb ve ark. 2009).

Alt üriner sistem şikayetlerine fazla kilolu ve obez kişilerde daha sık rastlanmaktadır (Ramalingam ve Monga 2015). Obezite, aşırı aktif mesane ve üriner inkontinans başta olmak üzere çok sayıda alt üriner sistem semptomuna sebep olan bir risk faktörüdür (Ding ve ark. 2017).

1.2. AMAÇ/ HIPOTEZLER / PROBLEMLER VE ALT PROBLEMLER

Bu çalışma, obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerini ve şikayetlerin yaşam kalitesine etkisini kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemleri kullanarak belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Problem Cümlesi

Normal kilolu ve obez kadınlarda görülen alt üriner sistem şikayetleri ve bu şikayetlerin yaşam kalitesine etkisi nedir?

Yukarıda belirtilen araştırmanın problemine yönelik alt problemler şunlardır:

Alt Problemler

1. Normal kilolu ve obez kadınlarda görülen alt üriner sistem şikayetleri nelerdir?
2. Normal kilolu ve obez kadınların alt üriner sistem şikayetleri arasında fark var mıdır?
3. Normal kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerinin yaşam kalitesine etkisi arasında fark var mıdır?
4. Alt üriner sistem şikayeti olan obez kadınlarda normal kilolulara göre depresif semptomlar daha fazla mıdır?
5. Alt üriner sistem semptomları olan obez kadınların yaşam kalitesi nasıl etkilenmektedir?

1.3. ÖNEM

Obezite üriner şikayetlerin ortaya çıkışını ve şikayetin şiddetini artırıcı bir faktördür. Artan vücut ağırlığı, intraabdominal basıncı artırarak pelvik taban kasları ve pelvik bölgedeki sinirlere zarar vermektedir. Bununla birlikte obezitenin eşlik ettiği diyabetik nöropati ve intervertebral disk hernisi gibi hastalıklar da pelvik taban fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ramalingam ve Monga 2015). Davranışsal, medikal ya da cerrahi olarak kilo verme pelvik taban sorunlarını azaltmaktadır (Subak ve ark. 2009; Whitcomb ve ark. 2009; Olivera ve ark. 2012). Ülkemizde obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetleri ve yaşam kalitesini inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır (Gök Balcı ve Korkmaz 2013; Bilge ve Kızılkaya Beji 2016).

1.4. SAYILTILAR (VARSAYIMLAR)

Araştırmada aşağıdaki varsayımlardan hareket edilecektir:

1. Araştırmada kullanılacak olan formların araştırmaya katılan kadınlar tarafından doğru cevaplandıracakları varsayılmaktadır.
2. Veri toplama araçların kadınların alt üriner sistem semptomlarını ve yaşam kalitesini değerlendirebilecek nitelikte olduğu varsayılmaktadır.
3. Alt üriner sistem semptomları risk faktörlerinin normal kilolu ve obez kadınlar arasında anlamlı fark olmamasıdır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın sadece Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi polikliniklerine başvuran kadınlarla yapılması nedeniyle ülkenin tümüne genellenemez.

Uzun dönem izlem yapılmaması ve toplum temelli olmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

1.6. TANIMLAR

AAM/OAB: Aşırı Aktif Mesane/Overactive Bladder

ACP: Amerikan Tıp Akademisi/ American College of Physicians

BFLUTS: Bristol Female Lower Urinary Tract Symtoms/Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

EAMDS: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society)

IUGA: Uluslararası Ürojinekoloji Birliği (International Urogynecological Association)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

WHO/DSÖ: World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM II: KAVRAMSAL ÇERÇEVE / ALANYAZIN VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Üriner inkontinans, aşırı aktif mesane ve diğer alt üriner sistem semptomları her yaştaki bireyin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır (Milsom 2009; Abrams ve ark. 2015). Aynı zamanda ülkelerin sağlık hizmetlerinde önemli ekonomik yüke de neden olmaktadır (Milsom 2009).

2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOM TERMINOLOJİSİ

Semptom: yapıda, fonksiyonda, algılamada ya da deneyimde kadın tarafından normalden sapma olarak algılanan sağlık problemi ya da hastalığın belirtisidir. Semptomlar ya kendiliğinden oluşur ya birey ya da ona bakım veren kişi tarafından bildirilen subjektif verilerdir (Haylen ve ark. 2010).

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) alt üriner sistem semptomları ikiye ayırmıştır. Dolum ve idrar yapma anı ve sonrası semptomlar olmak üzere ayrılmaktadır. Dolum semptomlarında; artmış gündüz idrar yapma sıklığı (frequency), noktüri, urgency, üriner inkontinanstır (urgency-anı idrar yapma hissi, stres, miks üriner inkontinans). İdrar yapma anı semptomları; duraksama, yavaş akım, aralıklı idrar yapmadır. İdrar yapma sonrası semptomlar da mesanenin tam boşalmadığını hissetme, idrar yapma sonrası sızıntıdır. Semptom sendromları da aşırı aktif mesane sendromu ve düşük aktiviteli mesane sendromu olarak ayrılmıştır (Drake 2018).

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) 1988 yılında kadında, erkekte ve çocukta görülen alt üriner sistem fonksiyonlarının terminolojisini aynı çatı altında toplayan standart bir terminoloji raporu yayınlamıştır. Bu terminoloji 2002 yılında güncellenmiştir (Abrams ve ark 2003). Gelişen teknoloji nedeniyle kadına özgü pelvik taban disfonksiyonu terminolojisi 2010 yılında Uluslararası Ürojinekoloji Birliği (International Urogynecological Association-IUGA) ve ICS ile yapılan çalışmalar sonucunda tekrar güncellenmiştir.

Haylen ve ark. tarafından yayınlanan 'Kadında Pelvik Taban Disfonksiyonun Terminolojisi'nde yer alan tanımlamalar aşağıda belirtilmiştir;

Üriner İnkontinans Semptomları:

Üriner İnkontinans (semptom): İstemsiz idrar kaçırma şikayeti

Stres (Üriner) İnkontinans: Fiziksel efor ya da öksürme, hapşıрма ile idrar kaçırma şikayeti

Urgency (Üriner) İnkontinans: Aniden idrara sıkışma ile idrar kaçırma şikayeti

Postüral (Üriner) İnkontinans: Beden pozisyonunu değiştirmeye ilişkin istemsiz idrar kaçırma şikayeti (örneğin uzanır ya da oturur pozisyondan ayağa kalkarken)

Enürezis: Uyku sırasında istemsiz idrar kaçırma şikayeti

Miks (Üriner) İnkontinans: Ani sıkışma hissi ve fiziksel efor ya da öksürme, hapşıрма ile idrar kaçırma şikayeti

Sürekli (Üriner) İnkontinans: Sürekli istemsiz idrar kaçırma şikayeti

Farkında Olmadan (Üriner) İnkontinans: Nasıl olduğundan habersiz olunan istemsiz idrar kaçırma şikayeti

Koital İnkontinans: Cinsel ilişkide istemsiz idrar kaçırma şikayeti. Bu semptom penetrasyonla ya da orgazm sırasında olabilir.

Mesane Depolama Semptomları:

Artmış Gündüz İdrar Yapma Sıklığı (Frequency): Birey tarafından önceki durumuna göre artmış olarak bildirilen idrar yapma sıklığı şikayeti

Noktüri: İdrar yapma ihtiyacı için bir ya da daha fazla sayıda uyku bölünmesi şikayeti. Her idrar yapmadan sonra uyumaya devam edilir

Aniden İdrara Sıkışma Hissi (Urgency): Ertelemesi zor olan, ani, zorlayıcı idrara sıkışma şikayeti

Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAMS) (Overactive Bladder Syndrome-OABS): İdrar yolu enfeksiyonu veya neden olabilecek belirgin patoloji haricinde, beraberinde aniden idrara sıkışıp inkontinansla birlikte ya da inkontinans olmaksızın, sık idrara çıkma ve noktüri ile birlikte gözlenen ani idrara sıkışma şikayeti

İdrar Yapma Anı ve Sonrası Semptomları:

İdrar Yapma Semptomları: İdrar yapma sırasında ya da sonrasında birey tarafından algılanan ve fonksiyonlarda normalden sapma

Duraksama: İdrar yapmanın başlatılmasında gecikme şikayeti

Yavaş Akım: Önceki işlevi ile karşılaştırıldığında idrar akımında yavaşlama

Kesik Kesik İdrar Yapma: İdrar yapma boyunca idrar akımının bir ya da daha fazla kez durup başlaması

İkılarak İdrar Yapma: İdrar akışını başlatmak, sürdürmek ya da bitirmek için yoğun efor kullanma (abdominal ıkınma, valsalva ya da subrapubik baskı)

İdrar Akışında Çatallanma: İdrar akımının çatallı ve dağılarak oluşması

Mesane Tam Boşalmadığını Hissetme: İdrar yapma sonrası mesanenin tam boşalmadığı hissi

Hemen Tekrar İdrar Yapma İsteği: İdrarını yaptıktan hemen sonra tekrar idrar yapma isteği duyma

İdrar Yapma Sonrası Sızıntı: İdrar yapmayı tamamladıktan sonra idrar yolundan istemsiz idrar gelmesi

Pozisyona Bağlı İdrar Yapma: Spontan idrar yapma veya mesaneyi boşaltmak için özel pozisyon alma ihtiyacı (örneğin tuvalette otururken öne ya da arkaya eğilmek)

Dizüri: İdrar yaparken yanma ya da sızlama şikayeti. Rahatsızlık alt üriner sistem ya da vulvar kaynaklı olabilir

İdrar Retansiyonu: Zorlamaya rağmen idrar akışının gerçekleşmemesi şikayeti (Haylen ve ark. 2010).

2.2. Alt Üriner Sistem Semptom Prevalansı

Alt üriner sistem semptomlarının görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte Lee ve ark. (2011) yaptığı çalışmada Kore’de kadınlarda herhangi bir alt üriner sistem semptomu görülme sıklığı %68.9 olarak belirlenmiştir (Lee ve ark. 2011). Üriner inkontinans prevalansı genel popülasyon çalışmalarında %5-69 oranında değişiklik göstermektedir (Milsom ve ark. 2017). Amerika’da 2010 yılında 28 milyon kadın ürojinekolojik semptom yaşarken, 2050 yılında 50 milyon kadının bu semptomları yaşayacağı tahmin edilmektedir (Brucker ve ark. 2017). Coyne ve ark. yapmış olduğu toplum temelli çalışmada alt üriner sistem semptomlarının kadınların %30’unda, erkeklerin %17’sinde görüldüğünü bildirmiştir (Coyne ve ark. 2013). Çin, Güney Kore ve Tayvan’da kadınlarda alt üriner sistem semptom prevalansı %59.6 olduğu bildirilmiştir (Chapple ve ark. 2017). Newman ve ark. yapmış olduğu çalışmada kesin görülme sıklığı bilinmemekle birlikte 60 yaş üzerindeki kadın nüfusunun %35’ini etkilediği düşünülmektedir (Newman ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarda Amerika’da yetişkin kadın nüfusta üriner inkontinans görülme sıklığı yaklaşık %47-51 arasında olduğu belirlenmiştir (Osborn ve ark. 2013). Pomian ve ark. yaptığı çalışmada kadınlardaki stres üriner inkontinans oranı %50, urgency üriner inkontinans oranı %10-20 ve miks üriner inkontinans oranı %30-35 olduğunu bildirmiştir (Pomian ve ark. 2016).

Robinson ve Cardozo’nun yapmış olduğu çalışmada tüm yaş grupları göz önüne alındığında, kadınların% 25’i üriner inkontinans semptomları rapor etmiş olsa da, sadece %7’si semptomların rahatsız edici olduğunu belirtmiştir. İnkontinans prevalansı yaşla birlikte artmış göstermekte ve kadınların %50’si stres 11’i urgency ve %36’sı miks üriner inkontinanstaki şikayetçi olduğunu bildirmiştir (Robinson ve Cardozo 2014).

Türkiye'de Zümrütbaş ve ark. (2014) yaptığı çalışmada alt üriner sistem semptomlarını kadınlarda %64.1, erkeklerde % 44.2 olarak belirlemiştir (Zumrutbas ve ark. 2014). Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığının %16.4-49.7 arasında değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (Başak ve ark. 2013).

2.3. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINDA RİSK FAKTÖRLERİ

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre üriner inkontinans için risk faktörlerinin; yaş, genetik, yaşam tarzı (obezite, sigara içme, yeme alışkanlıkları vb), tıbbi durumlar (diyabet gibi), aşırı miktarda sıvı alımı, fiziksel aktivite ve egzersiz yapmama, gebelik, doğum ve pelvik cerrahi geçirme, konstipasyon olduğu belirlenmiştir (Altaweel ve Alharbi 2012; Newman ve ark. 2013; Milsom ve ark. 2017; Islam ve ark. 2018). Başak ve ark. yaptığı çalışmada kadınlardaki en sık görülen üriner inkontinans risk faktörlerinin ilerleyen yaş, doğum sayısı, BKİ>25 kg/m², tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, diyabet ve vajinal doğum olarak belirlenmiştir (Başak ve ark. 2013). Aşırı aktif mesane risk faktörleri; obezite, pelvik organ prolapsusu, birden fazla doğum yapmış olma, ileri yaş ve menopoz olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda nörolojik hastalıklar, sürekli ilaç kullanımı, üriner sistem enfeksiyonları, mesane anomalileri de aşırı aktif mesane için risk oluşturmaktadır (Ahmad ve ark. 2015).

Yaş: Yaş, aşırı aktif mesane ve üriner inkontinansı içeren pelvik taban bozuklukları için önemli bir risk faktörüdür (McGrother ve ark. 2012; Matthews 2014; Çapan 2016; Islam ve ark. 2017; Linde ve ark. 2017; Milsom ve ark. 2017; Ninomiya ve ark. 2017; Schreiber Pedersen ve ark. 2017; Hartigan ve Smith 2018). Yaşlanmayla beraber tüm organ ve sistemlerin rezervuar kapasitesi azalmakta olduğundan mesane kapasitesi, mesane kompliyansı ve idrar akım hızı da azalmaktadır. Buna ilaveten inhibe edilemeyen detrüör aşırı aktivitesi ya da mesane kontraksiyonları ve postvoid rezidüel idrar volümü yaşlanmayla artar. Maksimal üretral kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu kadınlarda yaşla birlikte azalmaktadır (Taşdemir 2015). Yaşla beraber artan nörolojik, renal, ürolojik

problemler, ilaç kullanımı, üriner enfeksiyonlar, diyabet gibi durumlar üriner sistem yakınmalarına zemin hazırlamaktadır. İleri yaşlarda kadınlarda östrojenin azalmasıyla vajinal atrofi, azalan pelvik taban ve periüretal kas gücü nedeniyle üretral basınç azalmaktadır. Bununla birlikte çizgili sfinkter kas hücreleri ve üretral uzunluk ve kapanış basıncı da azalmaktadır (Öz ve Altay 2017).

Yaş, her tip inkontinansın gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Üriner inkontinans prevalansı 20'li yaşlarda yaklaşık %15 iken, 50'li yaşlarda yaklaşık %30 olmaktadır. Yetmişli yaşlarda kadar bu yükselme sabit kalırken; o yaşlardan sonra prevalansta tekrar bir yükselme olmaktadır (Çapan 2016). Yetmiş beş yaş ve üzeri kadınlarda 60 yaş altı kadına göre üriner inkontinans üç katı oranla daha fazla görülmektedir (Devore ve ark. 2013). Yaşa göre inkontinans tipinde de değişiklik olmaktadır. Genç ve orta yaşta stres üriner inkontinans daha sık görülürken, yaşlı kadınlarda miks üriner inkontinans ve urgency üriner inkontinans daha sık görülmektedir (Çapan 2016). Aşırı aktif mesane semptomları yaşlılarda gençlere göre daha fazla görülmektedir. Bazı çalışmalarda aşırı aktif mesane sendromu için risk faktörleri ortadan kaldırıldığında yaşla ilişkisi bulunamamıştır (Milsom ve ark. 2017). Bazı çalışmalarda ise aşırı aktif mesane prevalansı yaşla artarken, 65 yaş üzeri oran %30.9'a yükseldiği belirtilmiştir (Willis-Gray ve ark. 2016).

Cinsiyet: Alt üriner sistem semptomları her iki cinsiyette görülmesine rağmen, pelvik organ anatomisinin farklı olması nedeniyle cinsiyete göre değişmektedir (Ninomiya ve ark. 2017; Park ve ark. 2018). Üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane sendromu gibi mesane dolum semptomları kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Milsom ve ark. 2017; Ninomiya ve ark. 2017; Suhr ve Lahmann 2017). Özellikle üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir (Taşdemir 2015). Kadınlarda urgency üriner inkontinans prevalansı düşük iken, miks ve stres tip üriner inkontinans prevalansı yüksektir (Öz ve Altay 2017). Park ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada noktüri erkeklerde daha sık olduğu belirlenirken, üriner inkontinansın kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Erkeklerde urgency üriner inkontinans görülme sıklığı kadınlara göre yüksek bulunurken, kadınlarda stres üriner inkontinans görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Park ve ark. 2018).

Obezite: Beden kitle indeksinde artma alt üriner sistem semptomların gelişmesinde etkili bağımsız bir faktördür (Matthews 2014; Taşdemir 2015; Linde ve ark. 2016; Schreiber Pedersen ve ark. 2017). Aşırı aktif mesane ve üriner inkontinans için risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Ahmad ve ark. 2015; Komeilifar ve ark. 2017; Suhr ve Lahmann 2017). Beden kitle indeksinin 30kg/m^2 ve üzerinde olması, urgency üriner inkontinans ve noktüri için değiştirilebilir risk faktörüdür (Willis-Gray ve ark. 2016; Palmer ve Willis-Gray 2017). Aşırı aktif mesane sendromu olan kadınlarda da obezite risk faktörüdür (Milsom ve ark. 2017). Beden kitle indeksi 30 kg/m^2 ve üzeri olan kadınlarda, BKİ 25kg/m^2 den düşük olan kadınlara göre üriner inkontinans 3 kat daha fazla görülmektedir (Devore ve ark. 2013). Yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre BKİ'ndeki her 5 kg/m^2 artış, inkontinans olasılığını %20-70 artırmaktadır. Özellikle bel çevresi artmış olan kişilerde üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki mevcuttur (Li ve Zhang 2017). Yapılan çalışmalarda normal kilonun üzerinde beden kitle indeksinin her 5 ünite artışı, 5 ila 10 yıl içinde %20-70 arasında inkontinans olasılığını artırdığı belirtilmiştir (Osborn ve ark. 2013; Subak ve ark. 2015; Ramalingam ve Monga 2015; Brucker ve ark. 2017; Swenson ve ark. 2017). 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 (Subak ve ark. 2015; Swenson ve ark. 2017).

Normal kilolu ve obez kadınları karşılaştıran bir çalışmada BKİ 35kg/m^2 'nin üzerinde olan kadınların %50'sinde pelvik taban disfonksiyonu görülürken, normal BKİ olan kadınların %30'unda pelvik taban disfonksiyonu görüldüğü bildirilmiştir (Pomian ve ark. 2018).

Yaşam tarzı: İngiliz kadınlarla yapılan prospektif bir çalışmada alkol, kahve ve çay aşırı aktif mesane semptomları için risk faktörü olarak bulunmazken, karbonatlı içecekler içmek risk faktörü olarak bulunmuştur. Diğer yandan İsveç'te genç ikiz kadınlarda yapılan toplum tabanlı bir çalışmada kahve risk faktörü olarak belirlenemezken, çay aşırı aktif mesane semptomları ve noktüri için risk faktörü olarak bulunmuştur. Fakat diğer riskler dışlandıktan sonra bu çalışmada da ilişkinin anlamlı olmadığı sonucu elde edilmiştir (Milsom ve ark. 2017).

Yüksek kafein alımının (>400mg/dl) aşırı aktif mesane semptomları ile ilişkili olduğunu gösreten çalışmalar da bulunmaktadır. Yetersiz ya da aşırı sıvı tüketimi, kafein, karbonatlı içecekler, baharatlı yiyecekler, yapay tatlandırıcılar, alkol gibi bazı yaşam tarzı davranışlarının aşırı aktif mesane sendromu olasılığını artırdığı bildirilmiştir (Willis-Gray ve ark. 2016). Newman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kafein diürezi artırdığından idrar yapma sıklığını ve urgency de artırmakta, mesane dolum hissinin daha erken hissedilmesine sebep olmakta, idrar akış hızını ve idrar yapılan miktarı artırmakta olduğunu belirtmiştir (Newman ve ark. 2013).

Karbonatlı içecekler ve bira tüketimi stres inkontinansı da artırmaktadır. Aşırı aktif mesane sendromu için de karbonatlı içecekler risk oluştururken; sebze, ekmek ve tavuk tüketimi riski azaltmaktadır (Dallosso ve ark. 2003).

Aşırı sıvı tüketimi üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane sendromu için risk oluşturabilirken, sıvı tüketiminin az olması da kişide konstipasyona, dehidratasyona ve idrar yolu enfeksiyonuna neden olabilmektedir. Bu nedenle sıvı alımında kadının durumu (egzersiz, hava koşulları, diyeti, kilosu) göz önünde bulundurulmalıdır. Normal kilodaki bir kadın 24 saatte kilogram başına 24 ml sıvı tüketmesi önerilmektedir (Newman ve ark. 2013).

Sigara: Sigara ve üriner inkontinans ile ilgili çalışma sonuçları değişkenlik göstermektedir. Bazı kesitsel çalışmalarda kadınlarda üriner inkontinans için bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilirken, bazı çalışmalarda da risk faktörü olarak görülmemiştir (Bolat ve ark. 2015; Milsom ve ark. 2017).

Kesin mekanizması bilinmemekle birlikte; sigara kullanımına bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün, karın içi basıncında artışa, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve sigarada bulunan zararlı maddelerin mesanede iritan etki göstermesi sonucunda üriner semptomların oluşacağı bildirilmektedir (Fuganti ve ark. 2011; Taşdemir 2015).

Komeilifar ve ark. yapmış olduğu çalışmada sigara içmenin üriner inkontinans görülme sıklığını artırdığı belirlenmiştir (Komeilifar ve ark. 2017). Aşırı aktif

mesane semptomlarından olan urgency ve urgency üriner inkontinans sigara risk faktörüdür (Willis-Gray ve ark. 2016; Milsom ve ark. 2017).

Doğum şekli ve sayısı: Gebelikte idrar kaçırma bir çok nedene bağlı olarak oluşmaktadır (Okunola ve ark. 2018). Gebelik ve doğumun pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik tabandaki organların pozisyon ve yapısında bozulmaya, pelvik sinirlerin zarar görmesine ve eksternal sfinktere hasar vererek idrar kaçırmaya yol açabileceği bildirilmektedir (Fritel ve ark. 2012; Taşdemir 2015). Gebelikte yüksek düzey progesteron, üreteral, mesane ve üretral gücün azalmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda gebelikte kilo alımı ve kollajen değişimi pelvik taban kas gücünün zayıflamasına neden olmaktadır (Okunola ve ark. 2018). Pelvik taban bozuklukları için vajinal doğum risk faktörüdür (Islam ve ark. 2017; Schreiber Pedersen ve ark. 2017). Birden fazla vajinal doğum yapmış olma özellikle stres üriner inkontinans için risk oluşturmaktadır (Devore ve ark. 2013; Komeilifar ve ark. 2017; Treister-Goltzman ve Peleg 2018;). Sezaryen doğum ile vajinal doğumun üriner inkontinansa etkisi belirgin farklılık göstermektedir (Handa ve ark. 2016). Yapılan dört büyük kesitsel çalışmanın meta-analiz verilerine göre sezaryen doğum, stres ve urgency üriner inkontinans için önemli koruyucu bir yöntem olarak bildirilmiştir (Milsom ve ark. 2017).

Zhou ve ark. (2018) yaptıkları 'Kadınlarda Üriner inkontinans Riski ve Doğum Arasındaki İlişki' konulu vaka-kontrol ve kohort çalışmalarının meta analiz incelemesinde doğum ve üriner inkontinans arasında ilişki olduğu, 2 ve üzeri doğumun üriner inkontinans riskini artırdığı, doğum sayısındaki her bir artışın üriner inkontinansı yaklaşık %12 oranında artırdığı belirlenmiştir. Stres üriner inkontinans için 1 ve üzeri doğum yapmış olmak risk oluştururken, doğum ve urgency üriner inkontinans arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda sezaryen doğum üriner inkontinans için risk oluştururken, meta-analiz çalışmasında doğum şeklini incelemediklerini bildirmişlerdir (Zhou ve ark. 2018). Öte yandan, ilk doğum yaşı ile stres üriner inkontinans arasında korelasyon olduğu da bildirilmektedir (Taşdemir 2015).

Menopoz: Kadında üriner ve genital sistemi ortak embriyolojik orjinli olduğundan kadın hormonları etkisine duyarlıdır (Çapan 2016). Vajina, üretra, mesane ve pelvik tabanda östrojen ve progesteron reseptörleri yoğun olarak bulunur ve bu bölgeler seks steroidlerinden etkilenir (Taşdemir 2015). Östrojen, periüretral vaskülarizasyonu, üretral kapanma basıncını ve üretradaki alfa adrenerjik reseptörlerin duyarlılığını ve yoğunluğunu artırmaktadır (Juliato ve ark. 2017). Menopoz sonrası, alt üriner sistemde semptomatik, sitolojik ve ürodinamik değişiklikler gözlenmektedir. Menopoz sırasında kadında stres üriner inkontinans sıklığı fazladır. Östrojen azalmasına bağlı kollajen yapısındaki değişiklikler, üretral vaskülaritenin ve iskelet kas kitlesinin azalması sonucu istirahat üretra basıncında azalma, üretral fonksiyonda bozulmaya neden olmaktadır (Çapan 2016). Bu değişiklikler kadında urgency ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları gibi üriner şikayetlere sebep olabilmektedir. Bir çok çalışmada postmenopozda urgency ve aşırı aktif mesane semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hormon tedavisinin bu semptomlara etkisine yönelik net bir sonuç bulunmamaktadır (Devore ve ark. 2013; Milsom ve ark. 2017). Alt üriner sistem semptomların tedavisinde vajinal östrojen preparatlarının kullanımının yararlı olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Willis-Gray ve ark. 2016).

Konstipasyon: Fetal gelişim sırasında mesane ve bağırsaklar embriyolojik son kıvrımdan oluşur. Yapılan ürodinami çalışmalarında, rektal distansiyonun mesane dolum hissini önemli ölçüde etkilediği, bazı hastalarda rektum boşken detrüsör aşırı aktivitesi gözlenmezken rektum distansiyundayken detrüsör aşırı aktivitesi gözlemlendiği belirlenmiştir. Mesane ve bağırsak arasındaki bu ilişkinin dorsal kök gangliyonları ve omurilik de dahil olmak üzere üst üste gelen nöral yollar ve ortak nörotransmitterler yoluyla meydana geldiği düşünülmektedir (Maeda ve ark. 2017). Kkonstipasyon aşırı aktif mesane sendromu için risk faktörüdür. Abreu ve ark. yaptığı çalışmada konstipasyon ile aşırı aktif mesane sendromu arasında ilişki olduğunu belirtirken, haftada 3'ten az defekasyona çıkan kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu açısından taranması gerektiğini önermiştir (Abreu ve ark. 2018).

2.4. OBEZİTE

Obezite, dünya genelinde kişileri olumsuz etkileyen bir halk sağlığı sorunu olup, beden kitle indeksinin 30 kg/m^2 'nin üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Kadınlardaki obezite oranı 1975 ve 2014 yılları arasında %6.4'ten %14.9'a yükselmiştir (Lian ve ark. 2017). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2016 yılında 18 yaş ve üzeri 1.9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu olduğu ve bunların 650 milyondan fazlasının obez olduğu bildirilmiştir. On sekiz yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'unun fazla kilolu (kadınlarda %40) ve bunların %13'ünün obez olduğu raporlanmıştır. Ayrıca obezitenin önlenabilir olduğunu belirtmişlerdir (WHO 2017). Son 33 yıldır obezitenin hiç bir ülkede düşüş göstermediği belirtilmiştir (O'Boyle ve ark. 2016). Obezite ve fazla kilonun temel nedeni, tüketilen kalori ve harcanan kalori arasındaki enerji dengesizliğidir. Dünya geneline bakıldığında; yağ oranı yüksek gıdaların alımının artması, çalışma şeklinin giderek hareketsizleşmesi nedeniyle fiziksel hareketsizlikteki artış, ulaşım şekillerinin değişmesi ve artan şehirleşme nedeniyle obezite oranları artmıştır (WHO 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ($\text{BKİ}=\text{kg/m}^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. DSÖ'ye göre uluslararası obezite sınıflandırması Tablo2-1'de verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Tablo 2-1: Yetişkinlerde BKİ sınıflandırması

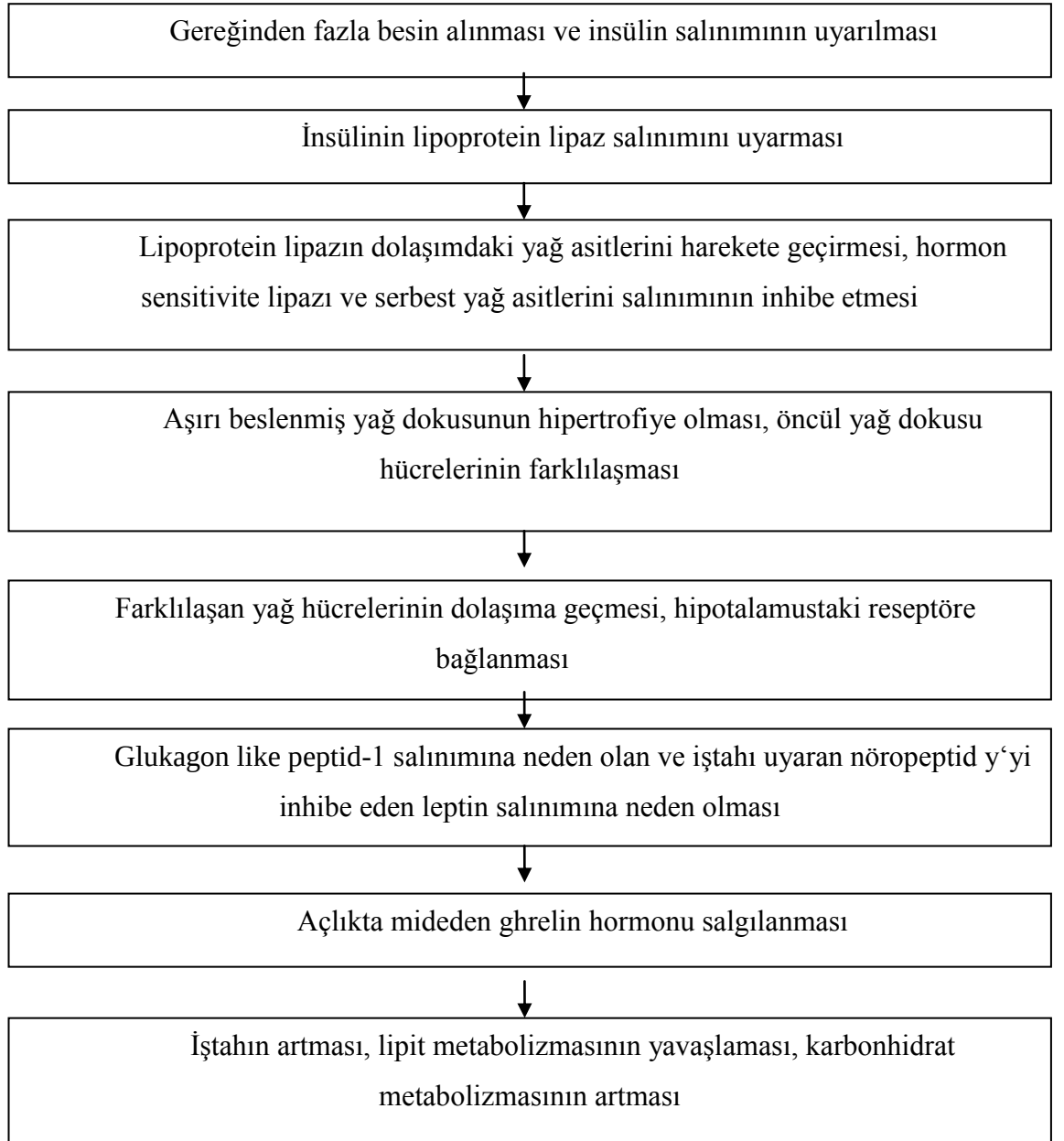
Sınıflandırma	BKİ=kg/m ²
Zayıf	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Fazla kilolu	> 25.00
Pre-obez	25.00 - 29.99
Obez	> 30.00
I. Derece Obez	30.00 - 34.99
II. Derece Obez	35.00 - 39.99
III. Derece Obez	> 40.00

Sağlık Bakanlığı (2017)

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ=25.0-29.9 kg/m²) sıklığı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33.4, %34.2 ve %34.4, obezite (BKİ≥ 30 kg/m²) sıklığı ise %18.8, %22.7 ve %23.9 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi kadınlarda obezite sıklığında son 10 yılda %5.1 artış olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010). TNSA 2013 verilerine göre ise fazla kilolu kadın oranı %29 ve obez kadın oranı %27 olarak belirlenmiştir. Obezite prevalansında görülen artışın nedenleri artan teknoloji ile beraber özellikle ulaşım, üretim ve tarım alanlarında kolaylaşan yaşam biçimine bağlı harekette azalma ve modern yaşamdaki beslenme alışkanlıklarındaki değişimdir. Ayrıca endokrin hastalıklar (hipotroidizm, cushing sendromu), genetik faktörler, menopoz sonrası dönem, depresyon, sedanter yaşam, yüksek kalorili beslenme, stresli yaşam ve steroid tedavisi gibi farmakolojik tedaviler obeziteye neden olabilir (Kılıç Akça ve Taşçı 2017).

Obezitede meydana gelen fizyolojik değişiklikler;

- Yağ doku kitlesinin artışına bağlı gelişen sorunlar: Bireyde sosyal ve ruhsal sorunlar, parafarengial yağ depolanması nedeniyle gelişen obstrüktif uyku apnesi sendromu ve artmış yağ dokusu yükünün eklemlerde neden olduğu osteoartritlerdir. Karın bölgesinde yağ kütlesinin artması gastroözefagial reflü, karaciğer, mide ve pankreas hastalıklarına yol açabilmektedir. Karın içi basıncın artmasına bağlı inkontinans ve çeşitli böbrek hastalıkları gelişebilmektedir.
- Yağ hücrelerinin metabolik ve salgısal işlev değişiklikleri sonucu gelişen sorunlar: Bu duruma hipertrofik yağ dokusu hücrelerinden salınan ve yağ dokusundan uzakta etki gösteren ürünler (adipokinler) zemin hazırlar. Yağ dokusundan salgılanan adipokinler; sitokinler, kemokinler, akut faz proteinleri ve proinflamatuvar adipokinler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu durumun yaygın sonucu insülin direnci gelişimidir (Kılıç Akça ve Taşçı 2017). Obezitenin patogenezi Şekil 2-1’de gösterilmiştir.



Şekil 2-1: Obezitenin Patogenezi

(Kılıç Akça ve Taşçı 2017).

2.5. OBEZİTE VE ÜRİNER İNKONTİNANS

Üriner inkontinans milyonlarca yetişkini etkileyen sık görülen bir durum olmasına rağmen çok az bildirilen ve dolayısıyla az tedavi edilen bir durumdur.

Kadında riner inkontinans daha sık görülmekte olup, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Amerika'da 30 milyon kişinin üriner inkontinans yaşadığı, yaşam kalitesini olumsuz etkilediğı, günlük yaşamdaki fonksiyonları kısıtladığı ve yıllık doğırudan maliyetinin 60 milyar dolar olduğı belirtilmiştir (Subak ve ark. 2015).

Obezite; kadında üriner inkontinans için net olarak belirlenmiş, bağımsız, önlenebilir risk faktörüdür (Newman ve ark. 2013; Osborn ve ark. 2013; Khullar ve ark. 2014; Subak ve ark. 2015; Gordon ve ark. 2017; Stockil ve ark. 2018). Birçok sistematik makalede beden kitle indeksi ve özellikle stres üriner inkontinans arasında pozitif yönde bir ilişki olduğı belirtilmiştir (Newman ve ark. 2013; Osborn ve ark. 2013; Khullar ve ark. 2014; Subak ve ark. 2015). Ani sıkışma hissi, sık idrar yapma, aşırı aktif mesane ve urgency üriner inkontinans gibi diğerk alt üriner semptomlarla da pozitif yönde ilişkisi olduğı bildirilmiştir (Newman ve ark. 2013).

Obezite ve üriner inkontinans ilişki mekanizması tam bilinmemekle birlikte bazı teoriler ortaya atılmıştır (Subak ve ark. 2009). Bu teoriler; yüksek vücut ağırlığının üretral mobilite ve mesane basıncını artıran abdominal basıncı artırdığı, pelvik taban kaslarının gücünü, sinir iletimini ve kan dolaşımını zayıflattığı, aşırı aktif mesane ve detrsor instabilitesini şiddetlendirdiğidir (Subak ve ark. 2009; Newman ve ark. 2013). Ayrıca vasküler perfüzyon ve sinirsel innervasyon inkontinansla birlikte aşırı aktif mesane semptomlarına sebep olabilmektedir (Newman ve ark. 2013). Vissers ve ark. yaptığı çalışmada obezitenin medyan sinir iletimini etkilediğı, lumbar intervertebral disk herni riskini artırdığı ve böylelikle nrofiziksel yoldan genitoüriner sistemi etkilediğini bildirmiştir (Vissers ve ark. 2014). Diyetle oluşan obezitenin, adipoz dokuya makrofaj infiltrasyonu ile ilişkili olduğı gösterilmiştir. Bu da mesane etrafını saran adipositlerin enfeksiyona ve aşırı aktif mesane sendromuna yol amasına sebep olduğı düşünülmektedir. Altta yatan mekanizmanın da obezitede ghrelin hormonunun dönüşüm seviyesinin az olmasının, üretral desteğı ve detrsor kontraktilesini olumsuz etkisinden olduğı varsayılmaktadır. Obezite ile ilişkili olan diyabetes mellitus stres ve urgency üriner inkontinans için risk oluşturmaktadır. Diyabeti olan obez kişilerde mesane duyarlılığı (sensitivitesi) zarar görmektedir (Whitcomb ve Subak 2011).

Ürodinamik parametreler normal kilolu, fazla kilolu ve obez kadınlarda değişiklik göstermektedir. Obez kadınlarda ürodinamide başlangıç intravezikal ve intraabdominal basınçları normal kilolu kadınlara göre daha yüksektir. Richter ve ark. yapmış oldukları çalışmada Q tip test ile ölçülen üretral mobilitenin obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Üretral mobilitenin stres üriner inkontinans tedavisinde etkili olduğunu belirten çalışmalarda, obez kadınlarda Q tip test ölçümünün doğru yapılmasının daha zor olduğu ve net sonuç vermediği bildirilmiştir (Richter ve ark. 2010).

Kanıtı dayalı çalışmalarda obez hastalarda kilo vermenin üriner inkontinansı içeren alt üriner semptomları azaltmada faydalı olabildiği sonucuna varılmıştır (Newman ve ark. 2013; Osborn ve ark. 2013; Khullar ve ark. 2014; Pomian ve ark. 2016).

Amerikan Tıp Akademisi'nin (American College of Physicians-ACP) 2014 yılında yayınlamış olduğu 'Kadınlarda Üriner İnkontinansın Cerrahi Dışı Yönetimi' adlı klinik rehberde, obez kadınlarda kilo verme ve egzersiz güçlü öneri olarak bildirilmiştir (Qaseem ve ark. 2014). Kilo verme programlarının bir çok semptomu azalttığı ve sosyal destek sağladığı gözlenmiştir (Shimonov ve ark. 2017). Son yıllarda obez hastalarda kilo vermede cerrahi yöntemler de kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda komorbiditesi olan II. derece obezlerde ve III. derece obezlerde bariatrik cerrahinin kilo vermede daha tercih edilebilir bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır (Newman ve ark. 2013; Shimonov ve ark. 2017). Shimonov ve ark. inkontinansı olan obez kadınların bariatrik cerrahi sonrası %50'sinin üriner inkontinansın çözüme ulaştığı, üriner inkontinansın tedavisi sonrası bu kadınlarda yaşam kalitesinin ve cinsel fonksiyonlarının olumlu yönde geliştiği sonucuna varmıştır (Shimonov ve ark. 2017).

Stres Üriner İnkontinans ve Obezite:

Stres üriner inkontinans, mesane sfinkteri ve/veya pelvik taban kaslarının fonksiyonu ile ilgilidir, altta yatan mekanizma karmaşık ve birçok faktöre bağlıdır. Çalışmalar stres inkontinansın genetik,menopoz gibi hormonal ya da fiziksel jinekolojik bir sorunun yan etkisi ya da semptomu olabilir. Ayrıca sigara içmeye

bağlı kronik öksürük ve astım gibi kronik hastalıklar da stres üriner inkontinansa neden olmaktadır (Gordon ve ark. 2017).

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 (Chu ve ark. 2013). Aşırı kilo mesaneye olan basıncı artırdığından idrar kaçırmaya neden olmaktadır (Gordon ve ark. 2017). Aynı zamanda fazla kilo intraabdominal basıncı artırmakta, üretral fonksiyonu bozmakta, pelvik taban kasları ve üretrovajinal destekleyici yapıları zayıflatmaktadır (Ramalingam ve Monga 2015; Gordon ve ark. 2017; Swenson ve ark. 2017; Fuselier ve ark. 2018). Son dönem hayvan çalışmaları üriner inkontinans ve sağlıklı pelvik tabanın oluşmasına yardım eden 28-aminoasit peptit hormonu olan ghrelin arasında bir ilişki olduğunu desteklemektedir (Agur ve Rizk 2011; Gordon ve ark. 2017). Normalin üzerindeki vücut ağırlığı ghrelin hormonunun dönüşüm seviyesinin azaltılmasına sebep olduğundan; obezite, zayıf pelvik taban kaslarına, üretral desteğin ve detrusor kontraktilesinin olumsuz etkilenmesine neden olmakta ve stres üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane riskini artırmaktadır (Agur ve Rizk 2011; Gordon ve ark. 2017). Obezite ve stres üriner inkontinans arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Diyabet İçin Sağlık Arayışında Olun Çalışması (Look Action for Health in Diabetes-Look AHEAD) ve Kalp ve Östrojen/Progestin Replasmanı Çalışması (the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study-HERS), stres üriner inkontinansın yüksek BKİ ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Chu ve ark. 2013).

Stres üriner inkontinans ve obezite yaşam kalitesini etkileyen benzer durumlardır (Swenson ve ark. 2017). Obezite, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet için risk oluştururken, stres üriner inkontinans oranını da yükseltir (Osborn ve ark. 2013).

Yapılan çalışmalarda beden ağırlığının %5'i kadar kilo veren hastalarda stres üriner inkontinansın %50 oranında azaldığı ve yaşam kalitesinin iyileştiği belirlenmiştir (Osborn ve ark. 2013; Ramalingam ve Monga 2015). Benzer çalışmalarda diyet, egzersiz ve medikal tedavi ile kilo vermenin %40-50 oranında

inkontinansı azalttığı belirlenmiştir (Ramalingam ve Monga 2015). Arnouk ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada bu oran %20-70 arasında olduğu belirtilmiştir (Arnouk ve ark. 2017). Kilo vermek stres üriner inkontinansı azalttığından, obez hastaların öncelikli olarak kilo vermesi sağlanmalıdır (Ramalingam ve Monga 2015; Fuselier ve ark. 2018). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention) sağlık profesyonellerinin hastalarıkilo verme ve fiziksel egzersiz yapmaları konusunda desteklemeleri gerektiğini savunmaktadır. Cerrahi olarak kilo vermek te stres üriner inkontinans oranını düşürmektedir. Bariatrik cerrahi sonrası beden ağırlığının %50'si oranında kilo veren 46 obez hastada Pelvik Taban Distres Envanteri-20 ve Pelvik Taban Etki Ölçeği-7'nin ameliyat öncesi ve sonrası puanları karşılaştırıldığında ameliyat öncesi toplam distres puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Osborn ve ark. 2013). Scozzari ve ark. yaptığı çalışmada obezite cerrahisinin üriner inkontinans görülme sıklığını azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği sonucuna varmıştır (Scozzari ve ark. 2013).

Urgency Üriner İnkontinans ve Obezite:

Urgency üriner inkontinansın etiyolojisi net belli olmamakla birlikte enfeksiyon, kas veya nörolojik anormallikler sonucu oluşabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak çevresel ve genetik değişikliklerden de etkilenmektedir (Richter ve ark. 2015).

Urgency üriner inkontinans ve aşırı aktif mesane de obezite ile ilişkilidir. Bir çalışmada aşırı aktif mesane sendromu oranlarının obez hastalarda 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Fakat kilo verme ile urgency üriner inkontinanstaki düzelme, stres üriner inkontinanstaki gibi yüksek düzeyde olmamaktadır. Ancak obezite cerrahisi geçirmiş hastalarda urgency üriner inkontinanstaki önemli düzelmeler olduğu belirtilmiştir (Chu ve ark. 2013).

Obezite, kadınlarda intraabdominal basıncın sürekli yüksek olmasına neden olarak stres üriner inkontinans ve miks üriner inkontinans için risk faktörü oluştururken, düşük dereceli kronik enfeksiyon nedeniyle de urgency üriner

inkontinans için olası risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Lazaro ve ark. 2016).

2.6. OBEZİTE VE AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMU

Aşırı aktif mesane, mesanenin idrar depolaması ile ilgili alt üriner sistem semptomlarındandır (Palmer ve Willis-Gray 2017). Bu sendrom, aniden idrara sıkışma, sık idrara çıkma ve noktüri ile birlikte tanımlanmaktadır. Sık idrara çıkma günde 8 kezden fazla idrara çıkma olarak tanımlanmaktadır (Ko ve ark. 2013). Aşırı aktif mesanede idrar yapma hissi değişmiştir ve genelde ertelenebilir. Fakat idrar yapma hissi ertelenirse istemsiz idrar kaçırma ile sonuçlanabilir (Palmer ve Willis-Gray 2017).

Dünyada milyonlarca kadın aşırı aktif mesane sendromundan etkilenmektedir. Aşırı aktif mesane sendromu yaşamı tehdit eden bir durum olmamasına rağmen kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur (Ko ve ark. 2013; Krhut ve ark. 2016). Yetişkinlerdeki görülme sıklığı %16-17 (Ko ve ark. 2013), %10-12 (Krhut ve ark. 2016), %11-19 (Ahmad ve ark. 2015) ve %3-43 gibi farklı olarak bildirilmiştir (Wen ve ark. 2014).

Aşırı aktif mesanenin patogenezi net bilinmemekle birlikte, kanıtlar birincil sebebin santral sinir sistemindeki hastalıkların detrüsör kasının aşırı aktivitesine sebep olduğunu göstermektedir (Palmer ve Willis-Gray 2017). Detrüsör aktivitesi, mesane muskarinik reseptörlerinin asetil kolin uyarımı ile kontrol edilmektedir (Ahmad ve ark. 2015). Aşırı aktivite etiyojisi net bilinmemekle beraber; 4 teoriyle açıklanmaktadır:

1. Nörojenik teori: İnhibitör nörol impulslarda azalma ve mesanede idrar yapma refleksinden afferent impulslarda artış

2. Myojenik teori: Detrüsör kasının, spontan aktiviteyi artıran kolinerjik uyarılar için çok daha duyarlı hale gelmesi

3. Otonom mesane teorisi: Muskarinik stimölasyonun oluşturduğu fazik aktivitedeki değişiklik ya da şiddetlenme

4. Afferent uyarı teorisi: Mesane dolumu boyunca spontan mesane kontraksiyonları afferent çıktının artmasına neden olmakta ve bundan dolayı mesane dolumu algısı değişmekte (Leron ve ark. 2017).

Aşırı aktif mesanenin ilişkili olduğu komorbiditeler, ileri yaş, idrar yolu enfeksiyonu, fekal inkontinans, kronik konstipasyon, gebelik, diyabet, obezite, hormonal değişiklikler ve yaşam tarzı olarak belirlenmiştir (Ko ve ark. 2013; Palmer ve Willis-Gray 2017). Obezite ile aşırı aktif mesane arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bildirilmiştir (McGrother ve ark. 2012; Ko ve ark. 2013). Aşırı aktif mesane şikayeti olan kadınlarda obezite sık görülmekte olup, nörolojik, düz kas ve üretral disfonksiyona yol açtığı düşünülmektedir. Kadında obezite derecesi arttıķa aşırı aktif mesane semptomlarının arttığı birçok araştırmacı tarafından belirlenmiştir (Ko ve ark. 2013).

Beden kitle indeksinin 30 kg/m² ve üzerinde olması, urgency üriner inkontinans ve noktüri için değiştirilebilir risk faktörüdür. Çalışmalarda obezite ve metabolik sendromun aşırı aktif mesane sendromu ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Metabolik sendromun mesane duvarına yapmış olduğu kronik inflamasyon ve oksidatif stres sonucu aşırı aktif mesane geliştiği düşünülmektedir. Kırk yaş ve üzeri kadınlarda beslenme yetersizliği ve fiziksel aktivite azlığı aşırı aktif mesane gelişmesinde katkı sağlamaktadır (Palmer ve Willis-Gray 2017). Obez hastaların hareket kısıtlılığından kaynaklı, ani sıkışma hissi ve/veya idrar kaçırma yaşarken tuvalete yetişmede gecikme semptomları artırmaktadır (Ramalingam ve Monga 2015).

Aşırı aktif mesane ve üriner inkontinansa pelvik taban egzersizleri ya da aerobik egzersizleri kasların kuvvetini artırdığı ve kaçırılan idrar miktarını azalttığı için önerilmektedir. Düzenli olarak yapılan egzersiz kasların kuvvetini artıracadından, pelvik yapıları destekler ve özellikle artan intraabdominal basınçta üretranın daha güçlü kapanmasını sağlar (Ko ve ark. 2013). Aşırı aktif mesane sendromunun birinci basamak tedavisinde antikolinergikler önerilmektedir (Krhut ve

ark. 2016). Bu ilaçların ağız kuruluğu, konstipasyon, başağrısı ve gastro-intestinal sistem rahatsızlıkları gibi yan etkileri vardır (Ko ve ark. 2013).

Ko ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 69-72 yaşları arasında 35 kadın çalışmaya dahil edilmiş, 52 haftalık egzersiz programı öncesi ve sonrası aşırı aktif mesane semptomları, King Sağlık Anketi, beden kitle indeksi ve bazı kan parametreleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada 52 haftalık egzersiz programı sonrası kadınların kilo verdiği, aşırı aktif mesane semptomlarının azaldığı ve King Sağlık Anketinde genel sağlığın düzeldiği sonucuna varılmıştır (Ko ve ark. 2013).

Aşırı aktif mesane yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sosyoekonomik sorunlara neden olan bir durumdur(Cheung ve ark. 2009; Bunn ve ark. 2015). Aşırı aktif mesane görülme sıklığı yaş ilerledikçe artmakta olup, genç yaştaki kadınlarda daha fazla rahatsızlığa neden olmaktadır. (Ko ve ark. 2013; Palma ve ark 2014; Bunn ve ark. 2015). Bu şikayetler, utanma, stres, kronik yorgunluk, vajinal floranın değişiminin neden olduğu idrar yolu enfeksiyonunda artış, sosyal etkileşimin bozulması ve depresif semptomlardır (Palma ve ark 2014).

Aşırı aktif mesane semptomlarının tanı koymak ve kayıtlara geçmede yaşanan sıkıntılar nedeniyle astım, diyabet gibi diğer kronik hastalıklardan daha az görüldüğu varsayılmaktadır. Özellikle hastalar arasında yaşlanma ile ilişkili olduğu düşünöldüğünden doğal bir problem olarak algılanıp konuşulmamaktadır (Salcedo ve Borrego 2013).

Aşırı aktif mesanede tanılama testleri, muayene ücretleri, ilaçlar ve tedaviler, pedler ve koruyucu malzemeler maliyetlidir. Aşırı aktif mesanenin yol açtığı iş verimi kaybı ve tedavi için işten alınan izinler de maliyeti artırmaktadır (Willis-Gray ve ark. 2016).

2.7. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ

Obezite ve alt üriner sistem şikayetleri sosyal, davranışsal, duygusal ve sağlık etkileri açısından kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Whitcomb ve ark. 2012).

Üriner inkontinans orta ve ileri yaştaki kadınları fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir (Sung ve ark. 2010; Kurul 2013; Komeilifar ve ark. 2017; Treister-Goltzman ve Peleg 2018). Bu nedenle birçok farklı alanı ilgilendiren sorun olup disiplinlerarası işbirliğini gerektirmektedir (Komeilifar ve ark. 2017). Fiziksel olarak ikincil bakteriyel ya da fungal enfeksiyonlara, basınç yaralarına neden olmakta ve cinsel işlevleri olumsuz etkilemektedir. Ruhsal olarak depresyona, düşük benlik saygısına, düşük özgüvene ve utanmaya neden olmaktadır. Sosyal yaşamdan uzak durmaya ve bireysel aktiviteleri azaltmaya neden olmaktadır (Treister-Goltzman ve Peleg 2018).

Üriner inkontinans özellikle yaşlı kadın hastalar utanma ve yaşlanmayla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunun düşünülmesi nedeniyle şikayetlerini dile getirmemekte ve tedavi olamamaktadır (Nunes Tamanini ve ark. 2018).

Çok sayıda çalışmada obezite ve üriner inkontinansın yaşam kalitesini ve ruhsal durumu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Pinto ve ark. 2011; Yılmaz ve ark. 2014; Amasyalı ve ark. 2015; Güvenç ve ark. 2016; Güngör Uğurlucan ve ark. 2016; Nygaard ve ark. 2018). Ruhsal etki ve üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi ölçmek zordur. Bir çok çalışma depresif semptomlar ve üriner inkontinans arasında pozitif ilişki olduğunu savunurken, bazı çalışmalarda ilişki bulunamamıştır (Sung ve ark. 2010; Kurul 2013).

Treister-Goltzman ve Peleg'in yapmış olduğu çalışmada, Müslüman kadınların üriner inkontinanstaki daha olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Bunun nedenini de Müslümanlardagünde beş kez abdest alıp namaz kılarken eğilip kalkma hareketleri nedeniyle daha fazla stres üriner inkontinansa maruz kalmaları olarak yorumlamışlardır. İbadet sırasında yaşanan idrar kaçırma, kadının kendisini daha suçlu hissetmesine sebep olduğu bildirilmiştir (Treister-Goltzman ve Peleg 2018).

Aşırı aktif mesane sendromunun yol açtığı stres, obez hastalarda daha fazla görülmektedir (Ramalingam ve Monga 2015). Aşırı aktif mesane idrar kaçırmanın yol açtığı cilt bütünlüğü bozukluğu, uyku bozuklukları, düşme ile ilgili yaralanmalar ve kırıklar, depresyon, hastanede yatış süresinin uzun olması, bakımevine giriş ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olarak kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir. Bunun yanında kişinin diğer sağlık durumlarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı aktif mesane şikayeti olan hastaların yaklaşık %84'ü yıllık hekim kontrolüne gitmekte ve %21'i idrar yolu enfeksiyonu yaşamaktadır. Bu yaşanan sorunlar da maliyeti ve sağlık bakım kontrollerini artırmaktadır (Tang ve ark. 2014; Willis-Gray ve ark. 2016).

Aşırı aktif mesane, iş yerinde tuvalete gitme sıklığının artmış olmasına bağlı iş verimliliğinde azalmaya, hastanede yatma ve hekim kontrolleri nedeniyle işte zaman kaybına, iş performansında verimlilik azalması sonucu bazen de iş kaybına neden olmaktadır (Willis-Gray ve ark. 2016).

Üriner inkontinans cinsel işlev, beden imajı, özgüven ve ruh halini olumsuz yönde etkilemektedir (Ramalingam ve Monga 2015). Sarver ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi olarak kilo veren grup ile yaşam tarzı değişikliği ile kilo veren grubu karşılaştırmış ve hastalara Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile kadınların cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmiştir. Cerrahi olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu oranını %51.4 ve yaşam tarzı değişikliği ile kilo veren grubun ise %40.9 olarak tespit edilmiştir (Sarver ve ark. 2013).

Aşırı aktif mesane sendromu ya da üriner inkontinansın başarılı şekilde tedavi edilmesi cinsel fonksiyonları da olumlu yönde etkilemektedir. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, ani idrara sıkışma hissi ile cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaktadır. Kadının aşırı aktif mesane/üriner inkontinansla ilgili utanç duyması, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu yaşaması, cinsel ilişki sonrası aşırı aktif mesane/üriner inkontinans semptomlarının kötüleşmesi cinsel sorunların gelişmesine sebep olmaktadır (Apostolodis ve ark. 2017).

Tekrarlayan alt üriner sistem şikayetlerinin tedavisinde nöromodülasyon kullanımı hem alt üriner semptomları hem de kadın cinsel işlev bozukluğunun

tedavisine yardımcı olmaktadır (Rios ve ark. 2016; Apostolodis ve ark. 2017). Bu nedenle nöral ve vasküler değişikliklerin patofizyolojide etkili olduğunu görüşü desteklenmektedir. Nörol stimülasyon aynı zamanda genital stimülasyona sebep olarak cinsel ilişki sıklığını ve vajinal kayganlaşmayı artırmakta, orgazmik fonksiyonu iyileştirmektedir (Apostolodis ve ark. 2017).

2.8. ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE OBEZİTEDEN KORUNMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hem alt üriner sistem semptomları, hem de obezite sağlığı önemli derecede etkileyen durumlar olup, birçok çalışmada obezitenin üriner semptomlar için risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Pinto ve ark. 2012).

Pelvik taban disfonksiyonu yetişkin kadınların %2-42'sini etkilemektedir. Pelvik taban disfonksiyonu hayatı tehdit eden bir durum olmamakla birlikte önemli derecede fiziksel ve duygusal distrese yol açmaktadır. Aynı zamanda ülkeler için büyük ekonomik yük oluşturmaktadır (Lian ve ark. 2017). Bir çalışmada, Amerika'daki kadınların yaklaşık %25'inde pelvik taban disfonksiyonu bulunduğu ve bu kadınların yaklaşık %20'sinin yaşamının herhangi bir döneminde stres üriner inkontinans veya pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban bozuklukları nedeniyle ameliyat oldukları bildirilmiştir (Arnouk ve ark. 2017).

Pelvik taban disfonksiyonundan korunmada çoğu rehber birinci basamak tedavi olarak davranışsal değişiklik ve konservatif tedavileri önermektedir. Pelvik taban kas egzersizleri, biyofeedback, davranışsal değişiklikler, elektriksel stimülasyon, akupunktur ve kognitif davranışsal değişiklikler birinci basamak tedavide kullanılan yöntemlerdendir (Arnouk ve ark. 2017).

Pelvik taban disfonksiyon tedavisinde yarar sağlayacak davranışsal yaklaşımlar kilo verme, yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi, konstipasyonu önleme, egzersiz ve mesane eğitimi içermektedir (Arnouk ve ark. 2017).

Obezitenin önlenmesi için Dünya Sağlık Örgütü yağ ve şekerden enerji alımının sınırlandırılması, meyve ve sebzelerin yanı sıra baklagiller, tam tahıllar ve fındık

tüketiminin artırılması ve düzenli fiziksel aktivite (yetişkinler için haftada 150 dakika) yapılmasını önermektedir. Bu sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ile mümkün olmaktadır (WHO 2017).

Obez hastalardaki alt üriner semptomların tedavisinde kilo verme öncelikli konudur. Diyet, egzersiz ve medikal tedavi ile vücut ağırlığının %5 oranındaki kaybın, üriner inkontinans sıklığını %50 oranında azalttığı bildirilmiştir (Ramalingam ve Monga 2015). Avrupa Üroloji Derneği'nin (European Association of Urology-EAU) rehberleri üriner inkontinansı olan obez kadın hastalara kilo vermeyi önerilmekte ve öneri derecesi kanıt A düzeyindedir (EAU, 2014). Stres üriner inkontinansın konservatif tedavisinde pelvik taban egzersizleri, pelvik taban fizyoterapisi, pelvik taban kaslarına elektriksel stimülasyon ve duloksatin kullanma yer almaktadır. Obez hastalarda duloksatin kullanmanın daha yararlı olduğu çalışmalarda bildirilmiştir. Son zamanlarda yapılan hayvan çalışmalarında da duloksatinin obezite ve aşırı yeme isteğini engellediği ve antidepresan etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Böylelikle çift etki gösteren bu ilacın, kilo vermeyi kolaylaştırdığı için stres inkontinansı olan obez hastalarda kullanımı daha tercih edilebilmektedir (Ramalingam ve Monga 2015). Moreno-Vecino ve ark. yaşlı kadınlarla yapmış olduğu çalışmada, fiziksel aktivitesi yetersiz ve vücut esnekliği az olanlarda üriner inkontinans daha sık görülmüştür. Bu nedenle kadınlarda kilo verme ile birlikte fiziksel aktivitenin artırılması üriner inkontinansın tedavisinde etkili olabilmektedir (Moreno-Vecino ve ark. 2015).

Davranış ve yaşam tarzının mesane sağlığı üzerine etkisi çalışmalarda belirtilmiştir. Sigara ve alkol kullanımı gibi alışkanlıklar alt üriner sistem semptomlarını artırmaktadır. Aşırı kafein alımı, yetersiz sıvı tüketimi de alt üriner sistem semptomları artırdığından kafein alımı kısıtlanmalı ve yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır. Yeterli sıvı alımı ($25-30\text{cm}^3/\text{kg/gün}$) idrarı dilüe etmekte, pH dengesini sağlamakta ve böylece idrar yolu enfeksiyonlarına neden olabilecek mesane iritanlarından korumuş olmaktadır (Kadioğlu ve Kızılkaya Beji 2016; Arnouk ve ark. 2017).

Aşırı aktif mesanenin yönetimi konservatif, medikal ve cerrahi olabilmektedir (Ahmad ve ark. 2015; Lua ve ark. 2017). Konservatif yönetim; mesane eğitimi, mesane iritanlarından kaçınmak ve sıvı alımının düzenlenmesi gibi davranışsal değişikliklerle birlikte pelvik taban kas egzersizlerini içermektedir. Pelvik taban kas egzersizleri ve biyofeedback mesane disfonksiyonu, pelvik organ prolapsusu ve cinsel işlev bozukluğu olan hastalarda da yarar sağlamaktadır (Arnouk ve ark. 2017). Medikal tedavi, konservatif tedaviden fayda görmeyen hastalara veya eşzamanlı olarak önerilmektedir (Ahmad ve ark. 2015; Lua ve ark. 2017). Antikolinerjik ajanlar aşırı aktif mesane sendromunun tedavisinde en yararlı medikal tedavi seçeneğidir. En sık kullanılan antikolinerjik ajanlar oxybutinin, solifenasin ve tolterodindir (Lua ve ark. 2017). Aşırı aktif mesanenin tedavisinde sakral nöromodülasyon, tibial sinir stimülasyonu ve detrüsör kasına aralıklı botulinum toksin enjeksiyonu da kullanılmaktadır. Cerrahi olarak aşırı aktif mesane sendromunun tedavisinde çok tercih edilen bir yöntem olmasa da mesane augmentasyon cerrahisi, mesane rekonstrüksiyonu da seçenekler arasında yer almaktadır (Ahmad ve ark. 2015). Bir başka çalışmada aşırı aktif mesane sendromunun yönetiminde mesane eğitimi, antikolinerjik veya son zamanlarda antimuskarinik kullanımı, β -3 agonistleri, nöromodülasyon ve botulinum toksinin sistoskopik enjeksiyonu yer almaktadır (Ramalingam ve Monga 2015). Botulinum toksin enjeksiyonu uygulanan aşırı aktif mesane sendromu olan kadınlarla yapılan çalışmada, botulinum toksin uygulamasından sonra kadınların gece sık idrara gitme, aniden sıkışarak tuvalete gitme ya da idrar kaçırma şikayetlerinin belirgin ölçüde azaldığı bildirilmiştir (Miotla ve ark. 2016).

Amerikan Üroloji Birliği aşırı aktif mesane sendromunun üç basamak tedavisinin bulunduğunu bildirmiştir. Birinci basamak tedavi davranışsal tedavi olan mesane eğitimi, tuvalet alışkanlıkları, beslenme değişiklikleri, kilo verme, pelvik taban kas eğitimi ve biyofeedback; ikinci basamak tedavi medikal tedavi olan antikolinerjik ve β 3 agonist ilaçlar; üçüncü basamak tedavi ise nöromodülasyon olan perkütan tibial sinir stimülasyonu ve botulinum toksin enjeksiyonu uygulamasıdır (Willis-Gray ve ark. 2016).

Alman Jinekolog ve Obstetrisyenler Birliği aşırı aktif mesane sendromu tedavisini; birincil aşırı aktif mesane sendromu ve dirençli aşırı aktif mesane sendromu tedavisi olarak ayırmaktadır. Her iki aşırı aktif mesane sendromu tedavisinde birinci basamakta davranışsal tedavi ve psikoterapi, ikinci basamakta ilaçla tedavi, üçüncü basamakta elektriksel nöromodülasyon yer almaktadır. Dirençli aşırı aktif mesane sendromunun tedavisinin dördüncü basamağında Botulinum A toksin uygulaması, beşinci basamağında sakral nöromodülasyon ve altıncı basamağında mesane augmentasyon cerrahisi, mesane rekonstrüksiyonu, üriner diversiyon yer almaktadır (Jundt ve ark. 2015).

Alt üriner sistem semptomları olan çoğu hasta bunun yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görmekte ve bu nedenle sağlık kuruluşuna gitmemektedir (Öz ve Altay 2017). Başak ve ark. yapmış oldukları çalışmanın sonucunda üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve bu nedenle sağlık profesyonellerinin üriner inkontinansı önlemede, erken tanı ve yönetim stratejilerinde önemli role sahip olduğunu bildirmiştir. Türkiye için kontinans danışma merkezlerinin kurulması gerektiğini belirtilmiştir (Başak ve ark. 2013).

Üriner inkontinans hem ruhsal hem sosyal yönden iyilik halini negatif yönde etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri, üriner semptomları olan kadınların erken tanı ve tedavisine yönelik eğitimler düzenlemelidir. Problemi tanımlamak ve risk faktörlerini önlemek kadının yaşam kalitesini artırmaktadır (Göral Türkçü ve Kukulu 2017).

Alt üriner semptomlar açısından kadınlar için utanç verici bir durum, yaşlılık ile birlikte normal bir şikayet, tedavinin başarısız olma ihtimali düşüncesiyle kadınlar tarafından tedavi seçenekleri aranmamaktadır (Hartigan ve Smith 2018). Hemşire şikayetin tanımlanmasında, tedavinin her basamağında kadına destek olmalıdır. Tanılamada hemşirelerin üriner semptomları değerlendirmesi önemlidir. Hemşire her yaştaki kadına üriner şikayetlerin risk faktörleri, korunma yolları özellikle pelvik taban kas egzersizleri hakkında bilgi vermelidir (Güvenç ve ark. 2016). emşire özellikle üriner yol enfeksiyonlarının, konstipasyonun giderilmesi, obezitenin

nlenmesi ve pelvik taban kas gücünün artırılması gibi konularda rol alır. Kadınlar için önleyici tedbirler alma ve üriner inkontinansı olan kadınların en iyi tıbbi ve destek tedavisinin sağlanması hemşire önemli roldedir. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, psikososyal destek alması için hemşire, kadını yönlendirmelidir (Başak ve ark. 2013).

BÖLÜM III: YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel, karşılaştırmalı, vaka (obez)–kontrol (normal kilolu) çalışması olarak gerçekleştirildi. Kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemleri kullanıldı.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM / ÇALIŞMA GRUBU

Araştırma Tekirdağ ili Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde Nisan 2015 – Nisan 2016 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın yapıldığı merkez A, B ve C olmak üzere 3 bloktan oluşmaktadır. İki blokta poliklinik hizmeti verilmekte olup, 3. blokta ise laboratuvar ve depolar yer almaktadır. Merkezin poliklinik hizmeti çoğunlukla A blokta yürütülmektedir. A blokta bulunan poliklinikler; üroloji, kulak-burun-boğaz, kadın hastalıkları, çocuk hastalıkları, fizik tedavi, göz hastalıkları, kardiyoloji, nöroloji, beyin cerrahi, gastroenteroloji, plastik cerrahi, ortopedi ve kalp-damar cerrahi poliklinikleridir. B blokta çocuk cerrahisi, nefroloji, genel dahiliye, genel cerrahi ve psikiyatri poliklinikleri yer almaktadır. Çalışma A blokta ürodinami bölümünde görev yapan araştırmacı tarafından yürütüldü. Çalışmanın yapılabilmesi için ürodinami bölümünde yer alan hemşire odası kullanıldı. Çalışmaya başlamadan önce kullanılan kilo ve boy ölçer kalibre edildi.

Araştırmanın evrenini, Nisan 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi polikliniklerine başvuran tüm kadın hastalar oluşturdu.

Örneklem kapsamına ise belirtilen tarihler arasında evreni oluşturan kadınlar arasından gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan kadınlar dahil edildi.

Çalışma iki araştırma yöntemiyle gerçekleştirildi. Kantitatif çalışmanın örneklem sayısının hesaplanmasında %90 güven aralığında ve %5'lik bir örneklem hatası için en az 193 vaka, 193 kontrol grubu olacak şekilde toplam en az 385 olgu alınması planlandı. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Polikliniklerine bir yıl içinde başvuran kadın hasta dağılımları dikkate alınarak evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplandı. Alt üriner sistem şikayetleri görülme sıklığı %50 olarak ele alındı (Başak ve ark. 2013). Bir yıl içinde 01.01.2014-31.12.2014 arasında merkeze başvuran toplam kadın hasta sayısı N=31.874 olarak belirlendi.

$$n = N \frac{t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} \text{ (Karataş 2004).}$$

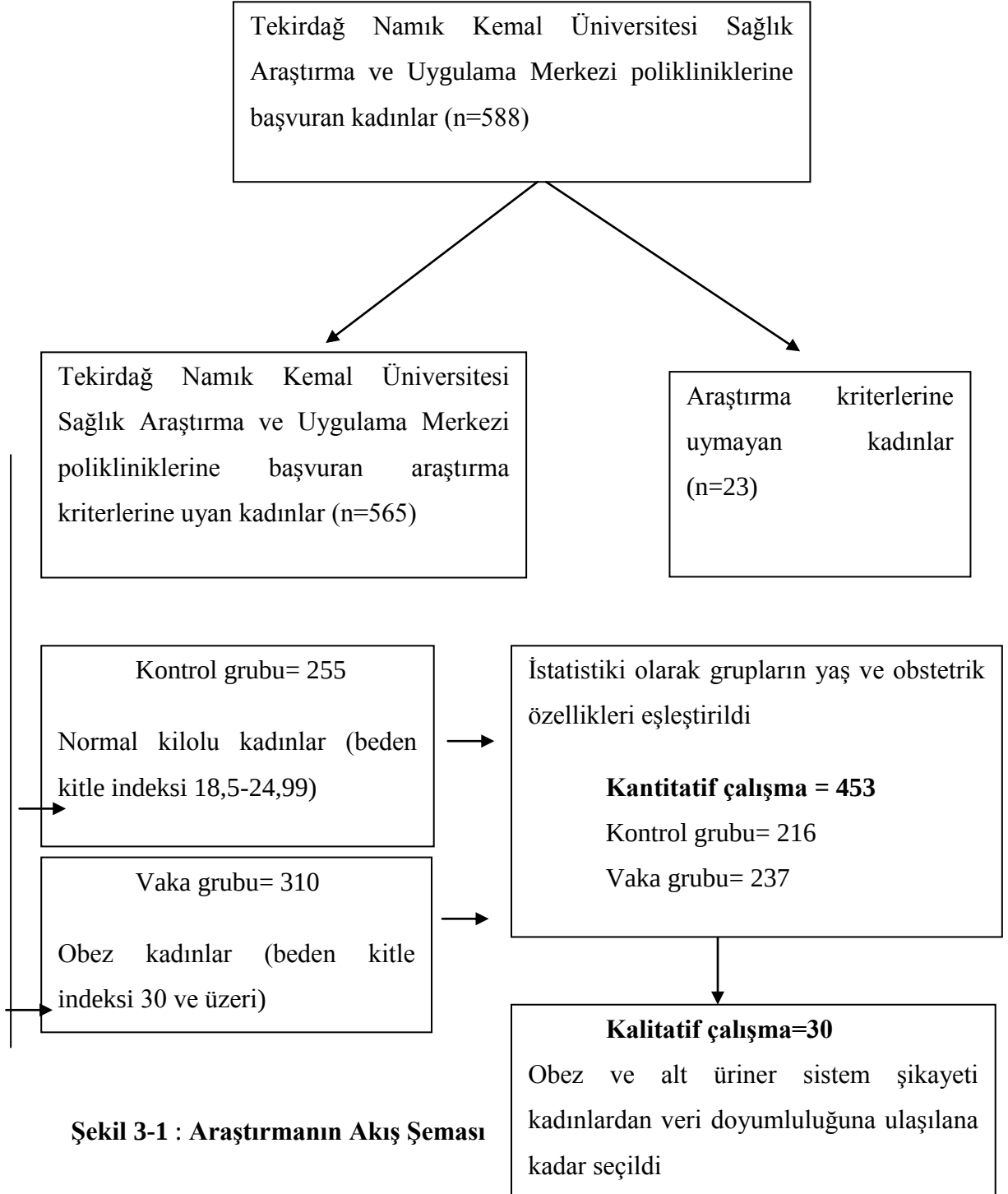
$$n = (31.874)(1,96)^2(0,50 \times 0,50) / ((0,05)^2(31.874-1) + (1,96)^2(0,50 \times 0,50)) = 385 \quad \text{olarak hesaplandı.}$$

Araştırmaya 255 normal kilolu kadın, 333 obez kadın dahil edilme kriterlerine göre alındı. Toplamda 588 kadına ulaşıldı. Obez kadınlardan araştırma kriterlerinin dahil edilmeme kriterlerinden biri olan sürekli ilaç kullanımı mevcut 23 kadın çalışma dışında bırakıldı. Toplamda 255 normal kilolu kadın, 310 obez kadın araştırmaya alındı. Grupların karşılaştırılmalı analizlerinde yaş ve obstetrik özellikler kriterinde vaka ve kontrol grubunun arasında anlamlı fark bulunduğundan gruplar bu ölçütlere göre farklılık göstermeyene kadar bazı kadınlar örneklemden çıkarıldı. Çalışmaya 216 normal kilolu ve 237 obez kadın olmak üzere 453 kadın dahil edilerek tamamlandı. Vaka grubunu obez kadınlar, kontrol grubunu normal kilodaki kadınlar oluşturdu.

Kalitatif çalışmada örneklem için vaka grubu arasından alt üriner semptomları olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, aydınlatılmış onam formunu imzalayan ve amaçlı olarak olasılıksız örnekleme yöntemiyle kadınlar seçildi. Kalitatif örnekleme veri doyumluluğuna 30 kadında ulaşıldı ve veri toplamaya son verildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; kadın olması, 25-65 yaş arasında olması, vaka grubunun obez olması (beden kitle indeksinin 30 ve üzeri olması), kontrol

grubunun normal kiloda olması (beden kitle indeksinin 18,5-24,99 arasında olması) araştırmaya katılmaya gönüllü olması, Türkçe konuşabilmesi ve anlayabilmesi, iletişim güçlüğü ve mental sorunlarının olmaması, gebe olmaması, kronik hastalığının bulunmaması, üriner sistem enfeksiyonunun olmaması ve sürekli olarak ilaç kullanmaması olarak belirlendi. Araştırmanın akış şeması Şekil 3-1’de verildi.



3.3. VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Kadınlara araştırmaya katılmadan önce Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okundu ve onamları alındı (Ek-1).

Kantitatif verilerin toplanmasında literatür eşliğinde araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikleri içeren tanıtıcı bilgi formu (Ek-3), alt üriner sistem şikayetlerinin belirlenmesi için Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (Ek-4), yaşam kalitesini değerlendirmek üzere SF 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (Ek-5) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Ek-6) kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Tüm ölçekleri kullanmak için ölçeklerin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması yapmış kişilerden yazılı izin alındı (Ek-8, Ek-9). Veriler, hastaneye herhangi bir nedenle A blokta yer alan polikliniklerden birine başvuran ve araştırma kriterlerini sağlayan kadınlardan elde edildi. Veriler haftanın iki günü (Perşembe-Cuma) araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmacı tarafından doldurulan formların doldurulma süresi yaklaşık 15-20 dk sürdü.

Derinlemesine görüşme için obezite derecesi dağılımlarına göre I. derece obez kadınlardan 17, II. derece obez kadınlardan 7, III. derece obez kadınlardan 6 kadın seçildi. Kalitatif çalışma için seçilen kadınlara gönüllü olur formundaki bilgiler okundu ve yazılı onamları alındı (Ek-2). Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formuyla toplandı. Görüşmeler araştırmanın yapıldığı merkezde Ürodinami odasının yanında yer alan odada yüzyüze görüşme yöntemi ile yapıldı. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda (Ek-7) yer alan sorular hastalara soruldu ve hastaların verdikleri tüm yanıtlar araştırmacı tarafından not edildi.

Veri toplamaya başlamadan önce formların anlaşılabilirliğini sağlamak için kantitatif kısımda 30 kadınla ve kalitatif kısımda 3 kadınla görüşülerek pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışmadan sonra formlarda gerekli düzenlemeler yapılarak son hali uygulandı. Görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika sürdü. Kalitatif veriler toplanırken görüşme içeriği yazıya döküldü.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu 27 sorudan oluşmuştur (Ek-3). Formda demografik özellikler, obstetrik ve jinekolojik özellikler, genel sağlık durumu ve üriner şikayetler ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Demografik özellikler ile ilgili olarak yaş, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, sağlık güvencesi ve medeni durum gibi sorulara yer verilmiştir. Obstetrik-jinekolojik durumla ilgili özelliklerde gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/gebelik tahliyesi sayısı, doğum yapma şekli, bebeklerinin doğum kilosu, menopoz durumu, menopozda hormon tedavisi alma, jinekolojik sorunlar ve geçirdiği operasyonlar gibi sorular yer almıştır. Genel sağlık özelliklerine ilişkin boy, kilo, sigara, alkol kullanma durumu ve konstipasyon sorulmuştur.

3.3.2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS)

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği kadın alt üriner sistem semptomlarını, semptomların şiddetini ve semptomların cinsel işlevler ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini inceleyen bir ölçektir (Jackson ve ark. 1996). BFLUTS Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2005 yılında Güngör tarafından yapılmıştır (Güngör 2005).

Orijinal BFLUTS 19'u alt üriner sistem semptomlarına, 4'ü cinsel işlevlere, 11'i yaşam kalitesine ait sorular olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır (Jackson ve ark. 1996; Gökkaya ve ark. 2012). Ölçek, depolama, idrar yapma, idrar kaçırma, cinsel işlev, yaşam kalitesi olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Depolama (filling) 1-4. sorular, idrar yapma (voiding) 5-7. sorular, idrar kaçırma (incontinence) 8-12. sorular, cinsel işlev (sexual function) 13-14. sorular ve yaşam kalitesi (quality of life) 15-19. soruları içermektedir (Ek-4).

Soru formundan en az 0 en fazla 71 puan alınabilmektedir. Maddeler 0'dan 3'e (4. 13. 14. 17. ve 19. sorular) ya da 0'dan 4'e (1-3. 5-12. ve 15. 16. sorular) kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe semptomların şiddetlendiği ve yaşam kalitesinin, cinsel yaşamın daha olumsuz yönde etkilendiği sonucu çıkarılmaktadır. Literatüre göre kesme noktası belirlenmemiştir (Jackson ve ark.

1996). Güngör'ün çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı tüm ölçek için 0,66 olarak saptanmıştır. 2012 yılında Gökkaya ve arkadaşları 'Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksinin Türkçe versiyonunun geçerliliğinin değerlendirilmesi' adlı çalışmada ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır (Gökkaya ve ark. 2012).

Tablo 3-1: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği Puanlarının Dağılımı

BFLUTS	Soru sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach Alfa
Depolama	4	0-15 (3)	3,84±2,62	0,60
İdrar yapma	3	0-12 (1)	1,25±1,73	0,66
İdrar kaçırma	5	0-17 (1)	2,21±3,11	0,79
Cinsel işlev	2	0-6 (0)	0,22±0,70	0,66
Yaşam kalitesi	5	0-14 (1)	2,51±3,15	0,76
Toplam	19	0-42 (7)	10,04±8,56	0,86

Çalışmada Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeğinin toplam Cronbach Alfa katsayı 0,86'dır. (Tablo 3-1).

3.3.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey)

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği klinik araştırmalar ve uygulamalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon anketi olarak 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır ve ölçeğin alt boyut Cronbach alfa kat sayıları 0,73-0,76 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve ark. 1999). Otuz altı ifade içeren ölçek 10 alt boyut altında incelenmektedir. Son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilir (Ware ve Sherbourne 1992; Mchorney ve ark. 1993);

1. Sağlık problemlerinden dolayı fiziksel aktivite kısıtlılığı
2. Fiziksel ve duygusal problemlerden dolayı sosyal aktivite kısıtlılığı
3. Fiziksel sağlık problemlerinden dolayı genel rol etkinliğinde kısıtlılık
4. Bedensel ağrı
5. Genel ruh sağlığı
6. Duygusal problemlerden dolayı genel rol etkinliğinde kısıtlılık
7. Yaşama gücü (enerji ve yorgunluk)
8. Genel sağlık algısı
9. Toplam fiziksel sağlık
10. Toplam mental sağlık

Fiziksel fonksiyon 10 madde, fiziksel rol gücü 4 madde, ağrı 2 madde, sağlığın genel algılanması 5 madde, enerji/vitalite 4 madde, sosyal fonksiyon 2 madde, emosyonel sorunlara bağlı rol gücü 3 madde, mental sağlık 5 maddedir (Ek-5). Değerlendirme; dördüncü ve beşinci maddeler dışında üçlü-altılı yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt boyutların kesme noktası ve ölçek toplam puanı olmayıp, sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. Sıfır düşük yaşam kalitesini gösterirken 100 yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir (Ware ve Sherbourne 1992, Mchorney ve ark. 1993).

Ölçek alt boyutları ve puan hesaplaması Tablo3-2 ve Tablo 3-3'te verilmiştir.

Tablo 3-2: SF 36 Ölçeğinin Alt Boyutları

Alt Boyutlar	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel rol kısıtlaması	Fiziksel sağlığın bozulması sonucu olarak işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Ağrı	Aşırı ve şiddetli kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel sağlık algısı	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sosyal fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal aktivitelerde kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal aktiviteleri yürütebilme
Emosyonel rol güçlüğü	Emosyonel sorunlar sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Mental sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Tablo 3-3: SF 36 Ölçeği Puanlarının Hesaplanması

SF 36 ALT BOYUTLARI	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel fonksiyon: 3a+3b+3c+ 3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel rol güçlüğü: 4a+4b+4c+4d	0	4
Ağrı:7+8	2	10
Sağlığın genel olarak algılanması: l+lla+11b+11c+11d	5	20
Enerji: 9a+9e+9g+ 9i	4	20
Sosyal fonksiyon:6+10	2	8
Emosyonel rol güçlüğü: 5a+5b+5c	0	3
Mental sağlık: 9b+9c+9d+9f+9h	5	25
Ölçek puanının hesaplanması: $\frac{\text{elde edilen ham puan} - \text{en düşük ham puan}}{\text{olası ham puan}} \times 100$		

Tablo 3-4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Dağılımı

SF-36 Yaşam kalitesi Soru ölçeği	Soru sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach Alfa
Fiziksel fonksiyon	10	0-100 (75)	71,08±25,96	0,91
Fiziksel rol güçlüğü	4	0-100 (100)	63,91±42,10	0,90
Ağrı	2	0-84 (72)	61,77±23,66	0,87
Genel sağlık algısı	5	5-100 (62)	61,87±18,67	0,69
Enerji	4	0-100 (55)	54,96±21,66	0,80
Sosyal fonksiyon	2	0-100 (62,5)	64,82±27,47	0,67
Emosyonel rol güçlüğü	3	0-100 (66,7)	57,03±42,74	0,83
Mental sağlık	5	4-100 (64)	61,99±17,55	0,69
Toplam fiziksel sağlık	21	7,75-96 (69,75)	64,66±22,19	
Toplam mental sağlık	14	4,13-100 (61,92)	59,70±21,19	

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri incelendiğinde; 0.67 ile 0.91 arasında olduğu görülmektedir (Tablo 3-4).

3.3.4. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale/EAMDS)

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası 1977 yılında Laurie Radloff tarafından depresyon semptomlarını genel popülasyonda değerlendirmek için geliştirilmiştir (Ek-6). Ölçek 2004 yılında William Eaton ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir (Radloff 1977; Van Dam ve Earleywine 2011).

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası 9 alt boyut olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır;

1. Üzüntü: Soru 2, 4, 6
2. İlgı kaybı: Soru 8, 10
3. İştah: Soru 1, 18
4. Uyku: Soru 5, 11, 19
5. Düşünme/ konsantrasyon: Soru 3, 20
6. Değersizlik: Soru 9,17
7. Yorgunluk: Soru 7, 16
8. Hareket: Soru 12, 13
9. İntiharla ilgili düşünce: Soru 14, 15

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalasında her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresif semptom görülme olasılığını düşündürmektedir. Ölçek geçen bir haftayı sorgulamakta ve 0=Nadiren ya da hiç (haftada bir gün yada daha az), 1=Ara-sıra (haftada 1-2 gün), 2=Sıklıkla (haftada 3gün), 3= Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır. Skalanın Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa kat sayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Yılmaz 2010).

Tablo 3-5: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Puanlarının Dağılımı

EAMDS	Soru sayısı	Min-Maks		Cronbach's Alpha
		(Medyan)	Ort±Ss	
Depresif duygulanım	7	0-21 (3)	4,59±4,62	0,86
Olumlu duygulanım	4	0-12 (3)	3,62±3,19	0,80
Bedensel şikayetler	7	0-19 (5)	5,68±4,40	0,79
Kişilerarası ilişkiler	2	0-6 (1)	1,24±1,46	0,66
Toplam	20	0-52 (12)	15,14±11,94	0,92

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası iç tutarlılık değerleri incelendiğinde, ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.92'dir (Tablo 3-5).

3.3.5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Kalitatif çalışma için araştırmacı tarafından oluşturulan 10 açık uçlu sorunun yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu alt üriner sistem şikayetleri olan obez kadınlara uygulandı. Görüşme soruları açıklama yapmayı ve ayrıntılı bilgiye ulaşacak şekilde açık uçlu sorulardan oluşturuldu. Sorular yaşam kalitesi, cinsel ve ruhsal sorunların daha derin ifade edilmesini sağlayacak içerikte hazırlandı (Ek-7).

3.3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul izni ve Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek-10, Ek-11, Ek-12).

Katılımcılara gerekli açıklamalar yapılarak onamları alınıp kendi istekleriyle katılmaları sağlanmıştır ve katılımcılardan onam formu alınmıştır.

Katılımcıların mahremiyetine saygı ve kişisel bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak, edinilen veriler sadece araştırmanın bulguları olarak değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

Derinlemesine görüşmeler katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilecekleri, sessiz ve güvenilir bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Derinlemesine görüşme yapılan katılımcılardan da yazılı onam alınmıştır (Ek-2). Derinlemesine görüşme yapılan katılımcıların kayıtları değerlendirildikten sonra gizli tutulmuştur.

3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Kantitatif verilerin analizinde bir istatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Multivariate analizlerin değerlendirilmesinde ise Linear Regresyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Kalitatif verilerin istatistiksel analizleri için bir istatistik paket programı kullanıldı. Görüşmelerden sonra kayıtlar yazılı doküman haline getirilerek sorulara verilen yanıtlar çerçevesinde temalar oluşturuldu. Oluşturulan temaların analizleri niteliksel araştırma tasarımının analiz yöntemlerinden içerik analizi ile yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlardan da (frekans, oran) yararlanıldı.

BÖLÜM IV: BULGULAR

Normal kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları 4 bölümde tablolar ve şekillerle ele alınmıştır:

4.1. Kadınların beden kitle indeksine göre tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.2. Kadınların beden kitle indeksine göre alt üriner sistem semptomlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.3. Kadınların beden kitle indeksine göre depresif semptom ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

4.4. Obez kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerin kalitatif analizlerine ilişkin bulgular.

4.1. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-1: Kadınların Yaş ve BKİ Verilerinin Dağılımı

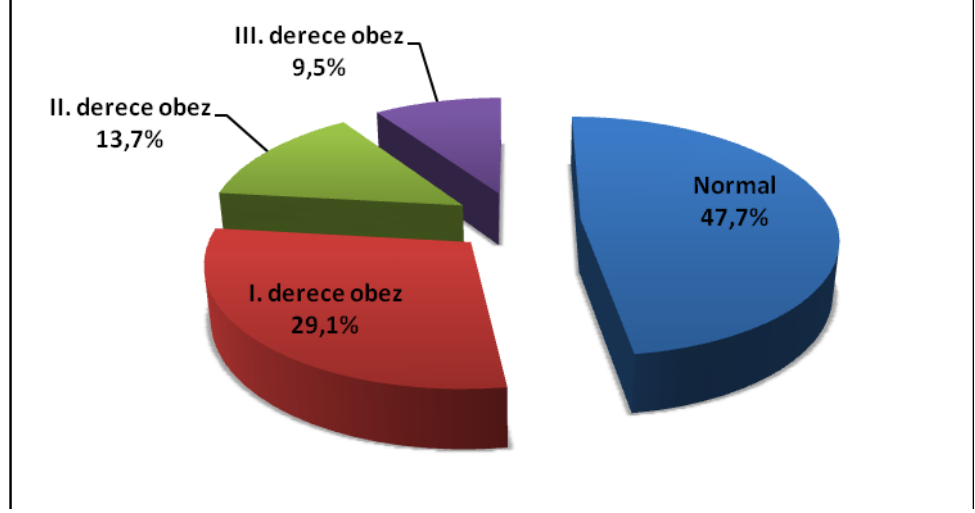
		BKİ Grupları			p
		Toplam (n=453)	Normal (n=216)	Obez (n=237)	
<i>Yaş ve BKİ İlgili Veriler</i>		n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-64 (41)	27-64 (39)	25-59 (42)	<i>t</i> :-1,837
	<i>Ort±Ss</i>	40,78±9,34	39,94±9,55	41,54±9,09	<i>^bp</i> :0,067
Boy (m)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1,44-1,85 (1,62)	1,50-1,80 (1,63)	1,44-1,85 (1,6)	<i>t</i> :3,230
	<i>Ort±Ss</i>	1,62±0,06	1,63±0,06	1,61±0,06	<i>^bp</i> :0,001**
Kilo (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	46-140 (75)	46-80 (60)	65-140 (90)	<i>t</i> :-34,960
	<i>Ort±Ss</i>	76,74±18,84	60,03±6,02	91,98±12,57	<i>^bp</i> :0,001**
BKİ (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18,8-51,4 (30,5)	18,8-24,98 (22,9)	30,1-51,4 (34,3)	-
	<i>Ort±Ss</i>	29,33±7,38	22,59±1,69	35,47±4,72	
	Normal	216 (47,7)	216 (100,0)	-	
	I. derece obez	132 (29,1)	-	132 (55,7)	
	II. derece obez	62 (13,7)	-	62 (26,2)	
	III. derece obez	43 (9,5)	-	43 (18,1)	

^bStudent t Test

**p<0,01

Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ilgili verilerinin gruplara göre dağılımları Tablo4-1’de yer verilmiştir. Kadınların yaşları 25 ile 64 yıl arasında olup, ortalama 40,78±9,34 yıldır. Normal kilolu kadınların yaş ortalaması 39,94±9,55 olup obez kadınların yaş ortalaması 41,54±9,09’dur

Kadınların beden kitle indeksi ölçümleri 18,8 ile 51,4 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 29,33±7,38 kg/m²'dir; %47,7'sinin (n=216) beden kitle indeksi düzeyi normal iken, %29,1'i (n=132) I. derece obez, %13,7'si (n=62) II. derece obez ve %9,5'i (n=43) III. derece obezdır (Şekil 4-1).



Şekil 4-1: Kadınların BKİ dağılımı (n=453)

BKİ düzeylerine göre kadınların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,01$).

BKİ düzeylerine göre kadınların boy uzunlukları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınlar normal kilodaki kadınlardan daha kısadır.

BKİ düzeylerine göre kadınların kilo ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların kilosu, normal kiloda kadınlardan daha fazladır.

Tablo 4-2: Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Toplam (n=453)	BKİ Grupları		p
			Normal (n=216)	Obez (n=237)	
Sosyo-Demografik Özellikler		n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim durumu	Okur-yazar	15 (3,3)	3 (1,4)	12 (5,1)	$\chi^2:14,197$
	İlköğretim	218 (48,1)	91 (42,1)	127 (53,5)	$^c p:0,003^{**}$
	Lise	101 (22,3)	52 (24,1)	49 (20,7)	
	Önlisans ve Üzeri	119 (26,3)	70 (32,4)	49 (20,7)	
Meslek	Çalışmayan	236 (52,1)	98 (45,4)	138 (58,2)	$\chi^2:7,486$
	Çalışan	217 (47,9)	118 (54,6)	99 (41,8)	$^c p:0,006^{**}$
Gelir durumu	Gelir giderinden az	166 (36,6)	75 (34,7)	91 (38,4)	$\chi^2:1,728$
	Gelir giderine denk	244 (53,9)	123 (56,9)	121 (51,1)	$^c p:0,421$
	Gelir giderinden yüksek	43 (9,5)	18 (8,4)	25 (10,5)	
Medeni durum	Evli	370 (81,7)	164 (75,9)	206 (86,9)	$\chi^2:9,984$
	Bekar	51 (11,3)	31 (14,4)	20 (8,4)	$^d p:0,019^*$
	Partneri var	17 (3,7)	10 (4,6)	7 (3,0)	
	Boşanmış/ Dul	15 (3,3)	11 (5,1)	4 (1,7)	

^{c} Pearson Ki-kare test

^{d} Fisher-Freeman-Halton Test

$^*p<0,05$

$^{**}p<0,01$

Kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 4-2’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %3,3’ü okur-yazar iken, %48,1’i ilköğretim, %22,3’ü lise, %26,3’ü ön lisans ve üzeri mezunudur.

Kadınların %52,1’i çalışmazken, %47,9’u çalışandır.

Kadınların %36,6’sının geliri giderinden az iken, %53,9’unun geliri giderine denk ve %9,5’inin geliri giderinden yüksektir.

Çalışmaya katılan kadınların %81,7’si evli, %11,3’ü bekar, %3,3’ü boşanmış/dul, %3,7’sinin partneri vardır.

Mesleklerine göre kadınların BKİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların ev hanımı olma oranı yüksektir.

Gruplara göre kadınların gelir düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Medeni durumlarına göre kadınların BKİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların evli, normal kiloda kadınların ise bekar olma oranı yüksektir.

Tablo 4-3: Kadınların Genel Sağlık Özelliklerinin Dağılımı

		BKİ Grupları			χ^2 p
		Toplam (n=453)	Normal (n=216)	Obez (n=237)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Sigara kullanımı	Var	156 (34,4)	77 (35,6)	79 (33,3)	$\chi^2:0,268$
	Yok	297 (65,6)	139 (64,4)	158 (66,7)	$p:0,605$
Alkol kullanımı	Var	33 (7,3)	19 (8,8)	14 (5,9)	$\chi^2:1,397$
	Yok	420 (92,7)	197 (91,2)	223 (94,1)	$p:0,237$
Konstipasyon	Var	116 (25,6)	50 (23,1)	66 (27,8)	$\chi^2:1,310$
	Yok	337 (74,4)	166 (76,9)	171 (72,2)	$p:0,252$

^cPearson Ki-kare test

Kadınların genel sağlık özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4-3'te verilmiştir.

Kadınların %34,4'ünde sigara kullanımı ve %7,3'ünde alkol kullanımı görülmektedir.

Kadınların %25,6'sında konstipasyon şikayeti mevcuttur.

Gruplara göre kadınların sigara kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre kadınların alkol kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre kadınlarda konstipasyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

.

Tablo 4-4: Kadınların Obstetrik - Jinekolojik Özelliklerinin Dağılımı

			BKİ Grupları		
			Toplam (n=453)	Normal (n=216)	Obez (n=237)
			n (%)	n (%)	n (%)
					p
Gebelik (n=364)	sayısı	Min-Mak (Medyan)	1-16 (3)	1-16 (2)	1-9 (3)
		Ort±Ss	2,83±1,66	2,78±1,88	2,87±1,46
		1 gebelik	65 (17,9)	37 (22,3)	28 (14,1)
		2 gebelik	115 (31,6)	49 (29,5)	66 (33,3)
		3 gebelik	94 (25,8)	43 (25,9)	51 (25,8)
		4 gebelik	43 (11,8)	17 (10,2)	26 (13,1)
		≥ 5 gebelik	47 (12,9)	20 (12,0)	27 (13,6)
Doğum (n=354)	sayısı	Min-Mak (Medyan)	1-7 (2)	1-7 (2)	1-6 (2)
		Ort±Ss	2,16±1,02	2,11±1,03	2,21±1,02
		1 doğum	89 (25,1)	42 (26,4)	47 (24,1)
		2 doğum	168 (47,5)	78 (49,1)	90 (46,2)
		3 doğum	64 (18,1)	27 (17,0)	37 (19,0)
		≥ 4 doğum	33 (9,3)	12 (7,5)	21 (10,8)
Küretaj (n=124)	sayısı	Min-Mak (Medyan)	1-13 (1)	1-13 (1)	1-7 (1)
		Ort±Ss	1,55±1,39	1,63±1,67	1,49±1,11
		1 kürtaj	86 (69,4)	36 (64,3)	50 (73,5)
		2 kürtaj	27 (21,8)	15 (26,8)	12 (17,6)
		≥ 3 kürtaj	11 (8,9)	5 (8,9)	6 (8,8)
Düşük sayısı (n=32)	sayısı	Min-Mak (Medyan)	1-7 (1)	1-7 (1)	1-2 (1)
		Ort±Ss	1,31±1,09	1,47±1,55	1,18±0,39
		1 düşük	27 (84,4)	13 (86,7)	14 (82,4)
		≥ 2 düşük	5 (15,6)	2 (13,3)	3 (17,6)
Doğum (n=354)	şekli	Normal doğum	211 (59,6)	92 (57,9)	119 (61,0)
		Seccio	100 (28,2)	50 (31,4)	50 (25,6)
		Normal doğum+ seccio	43 (12,1)	17 (10,7)	26 (13,3)
Doğumda en ağır bebeğin kilosu (gr) (n=354)	sayısı	Bilmiyor	10 (2,8)	6 (3,7)	4 (2,1)
		< 2500 gr	34 (9,6)	16 (9,9)	18 (9,3)
		2500- 3999 gr	277 (78,3)	125 (77,6)	152 (78,7)
		≥ 4000 gr	33 (9,3)	14 (8,8)	19 (9,9)
Menopoz	sayısı	Evet	129 (28,5)	54 (25,0)	75 (31,6)
		Hayır	324 (71,5)	162 (75,0)	162 (68,4)
Menopozda hormon tedavisi	sayısı	Var	5 (1,1)	2 (0,9)	3 (1,3)
		Yok	448 (98,9)	214 (99,1)	234 (98,7)
Jinekolojik operasyon (TAH, myomektomi vb)	sayısı	Var	62 (13,7)	24 (11,1)	38 (16,0)
		Yok	391 (86,3)	192 (88,9)	199 (84,0)

^aMann Whitney U Test

^bStudent t Test

^cPearson

Ki-kare

test

^dFisher-Freeman-Halton Test

^e**p<0,01

^f*p<0,05

Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4-4'te verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlardan gebelik yaşayan 364 kadının gebelik sayıları 1 ile 16 arasında olup, ortalama $2,83 \pm 1,66$ ve medyan 3'tür; %17,9'unun bir gebeliği, %31,6'sının iki gebeliği, %25,8'inin üç gebeliği, %11,8'inin dört gebeliği, %12,9'unun ise beş ve üzeri sayıda gebeliği bulunmaktadır.

Kadınların doğum sayıları 1 ile 7 arasında olup, ortalama $2,16 \pm 1,02$ ve medyan 2'dir; %25,1'inin bir doğumu, %47,5'inin iki, %18,1'inin üç, %9,3'ünün ise dört ve üzeri doğumu bulunmaktadır.

BKİ düzeylerine göre kadınların gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

BKİ düzeylerine göre kadınların doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların küretaj ve düşük sayıları BKİ düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

BKİ düzeylerine göre doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadınların doğumda en ağır bebeğinin kilosu da BKİ düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

BKİ düzeylerine göre menopoza girme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların %13,7'sinde jinekolojik operasyon ve %1,1'inde menopoz hormon tedavisi görülmektedir.

Gruplara göre kadınlarda jinekolojik operasyon geçirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Gruplara göre kadınlarda menopoz hormon tedavisi kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

4.2. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre alt üriner sistem semptomlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-5: Kadınların Alt Üriner Sistem Şikayetlerinin Gruplara Göre Dağılımı

Semptomlar		Toplam (n=453) n (%)	BKİ Grupları		p
			Normal (n=216) n (%)	Obez (n=237) n (%)	
Gündüz idrar yapma sayısı	Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir	200 (44,2)	105 (48,6)	95 (40,1)	$\chi^2:15,386$
	Her 3 saatte bir	145 (32)	77 (35,6)	68 (28,7)	$p:0,002^{**}$
	Her 2 saatte bir	75 (16,6)	22 (10,2)	53 (22,4)	
	Saatte bir	33 (7,3)	12 (5,6)	21 (8,9)	
Gece idrar yapma sayısı	Hiç	114 (25,2)	59 (27,3)	55 (23,2)	$\chi^2:15,271$
	1	194 (42,8)	106 (49,1)	88 (37,1)	$p:0,004^{**}$
	2	90 (19,9)	29 (13,4)	61 (25,7)	
	3	36 (7,9)	16 (7,4)	20 (8,4)	
	4 ve fazlası	19 (4,2)	6 (2,8)	13 (5,5)	
İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele etme isteği	Hiç bir zaman	145 (32)	78 (36,1)	67 (28,3)	$\chi^2:21,403$
	Ara sıra	162 (35,8)	90 (41,7)	72 (30,4)	$p:0,001^{**}$
	Bazen	104 (23)	38 (17,6)	66 (27,8)	
	Genellikle	25 (5,5)	7 (3,2)	18 (7,6)	
	Her zaman	17 (3,8)	3 (1,4)	14 (5,9)	
Mesanede ağrı hissi	Hiçbir zaman	267 (58,9)	133 (61,6)	134 (56,5)	$\chi^2:2,010$
	Ara sıra	113 (24,9)	48 (22,2)	65 (27,4)	$p:0,764$
	Bazen	62 (13,7)	30 (13,9)	32 (13,5)	
	Genellikle	5 (1,1)	2 (0,9)	3 (1,3)	
	Her zaman	6 (1,3)	3 (1,4)	3 (1,3)	
İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda bekleme gereksinimi	Hiçbir zaman	314 (69,3)	153 (70,8)	161 (67,9)	$\chi^2:2,306$
	Ara sıra	90 (19,9)	39 (18,1)	51 (21,5)	$p:0,711$
	Bazen	40 (8,8)	18 (8,3)	22 (9,3)	
	Genellikle	6 (1,3)	4 (1,9)	2 (0,8)	
	Her zaman	3 (0,7)	2 (0,9)	1 (0,4)	

İdrar yapmak için ıkınma ihtiyacı	Hiçbir zaman	362 (79,9)	177 (81,9)	185 (78,1)	$\chi^2:1,824$
	Ara sıra	58 (12,8)	25 (11,6)	33 (13,9)	^d $p:0,791$
	Bazen	26 (5,7)	12 (5,6)	14 (5,9)	
	Genellikle	4 (0,9)	1 (0,5)	3 (1,3)	
	Her zaman	3 (0,7)	1 (0,5)	2 (0,8)	
İdrar yaparken durup tekrar yapmaya başlama gereksinimi	Hiçbir zaman	294 (64,9)	137 (63,4)	157 (66,2)	$\chi^2:3,670$
	Ara sıra	96 (21,2)	52 (24,1)	44 (18,6)	^d $p:0,452$
	Bazen	53 (11,7)	23 (10,6)	30 (12,7)	
	Genellikle	8 (1,8)	4 (1,9)	4 (1,7)	
	Her zaman	2 (0,4)	0 (0)	2 (0,8)	
Tuvalete yetişmeden idrar kaçırma	Hiç bir zaman	296 (65,3)	162 (75)	134 (56,5)	$\chi^2:21,531$
	Ara sıra	76 (16,8)	30 (13,9)	46 (19,4)	^d $p:0,001^{**}$
	Bazen	60 (13,2)	20 (9,3)	40 (16,9)	
	Genellikle	14 (3,1)	4 (1,9)	10 (4,2)	
	Her zaman	7 (1,5)	0 (0)	7 (3)	
Öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli iken idrar kaçırma	Hiçbir zaman	268 (59,2)	151 (69,9)	117 (49,4)	$\chi^2:21,656$
	Ara sıra	102 (22,5)	38 (17,6)	64 (27)	^c $p:0,001^{**}$
	Bazen	50 (11)	19 (8,8)	31 (13,1)	
	Genellikle	21 (4,6)	5 (2,3)	16 (6,8)	
	Her zaman	12 (2,6)	3 (1,4)	9 (3,8)	
Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan idrar kaçırma	Hiçbir zaman	388 (85,7)	194 (89,8)	194 (81,9)	$\chi^2:7,507$
	Ara sıra	32 (7,1)	10 (4,6)	22 (9,3)	^d $p:0,086$
	Bazen	25 (5,5)	9 (4,2)	16 (6,8)	
	Genellikle	3 (0,7)	2 (0,9)	1 (0,4)	
	Her zaman	5 (1,1)	1 (0,5)	4 (1,7)	
Uykuda iken idrar kaçırma	Hiçbir zaman	419 (92,5)	204 (94,4)	215 (90,7)	$\chi^2:5,386$
	Ara sıra	19 (4,2)	6 (2,8)	13 (5,5)	^d $p:0,188$
	Bazen	11 (2,4)	3 (1,4)	8 (3,4)	
	Genellikle	1 (0,2)	1 (0,5)	0 (0)	
	Her zaman	3 (0,7)	2 (0,9)	1 (0,4)	
İdrar kaçırma sıklığı	Hiçbir zaman	298 (65,8)	163 (75,5)	135 (57)	$\chi^2:24,199$
	Ara sıra	92 (20,3)	36 (16,7)	56 (23,6)	^c $p:0,001^{**}$
	Bazen	36 (7,9)	14 (6,5)	22 (9,3)	
	Genellikle	16 (3,5)	2 (0,9)	14 (5,9)	
	Her zaman	11 (2,4)	1 (0,5)	10 (4,2)	
Aşırı aktif mesane sendromu semptomları	Var	417 (92,1)	196 (90,7)	221 (93,2)	$\chi^2:0,972$
	Yok	36 (7,9)	20 (9,3)	16 (6,8)	^c $p:0,324$
İdrar kaçırma	Var	155 (34,2)	53 (24,5)	102 (43,0)	$\chi^2:17,185$
	Yok	298 (65,8)	163 (75,5)	135 (57,0)	^c $p:0,001^{**}$
^c Pearson Ki-kare test		^d Fisher-Freeman-Halton Test		^{**} $p<0.01$	

Çalışmaya dahil edilen normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomlarının değerlendirilmesi Tablo 4-5'te yer

verilmiştir. BKİ gruplarına göre gündüz idrar yapma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.002$; $p<0.01$); obez kadınlarda her 2 saatte bir idrar yapma oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ gruplarına göre gece ortalama idrar yapma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.004$; $p<0.01$); obez kadınlarda gece idrar yapma sıklığı 2 olma oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ gruplarına göre idrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele etme isteği oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadınlarda bazen, genellikle ve her zaman diyenlerin oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ gruplarına göre; mesanede ağrı hissi, idrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda bekleme gereksinimi ve idrar yapmak için ıkınma gereksinimi oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

BKİ gruplarına göre; idrar yaparken durup tekrar yapmaya başlama gereksinimi, hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan idrar kaçırma ve uykuda iken idrar kaçırma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

BKİ gruplarına göre tuvalete yetişemedi idrar kaçırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadınlarda bazen yanıtını verenlerin oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ gruplarına göre öksürürken hapsirirken, fiziksel olarak hareketli iken idrar kaçırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadınlarda arasıra ve genellikle yanıtını verme oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ gruplarına göre idrar kaçırma sıklığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadınlarda genellikle ve her zaman yanıtını verme oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$); obez kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu görülme oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

İdrar kaçırma şikayeti olan kadın oranı %34,2 iken, obez kadınlarda bu oran %43, normal kilolu kadınlarda %24,5 olarak belirlenmiştir. BKİ düzeylerine göre kadınların idrar kaçırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$); obez kadınlarda idrar kaçırma oranı, normal kiloda olanlardan daha yüksektir.

Tablo 4-6: Gruplara Göre Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı

BFLUTS		BKİ Grupları		^a p
		Normal (n=216)	Obez (n=237)	
Depolama	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-13 (3)	0-15 (4)	<i>Z:-3,952</i>
	<i>Ort±Ss</i>	3,32±2,31	4,32±2,79	<i>p:0,001**</i>
İdrar yapma	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-8 (1)	0-12 (1)	<i>Z:-0,423</i>
	<i>Ort±Ss</i>	1,21±1,66	1,3±1,8	<i>p:0,672</i>
İdrar kaçırma	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-11 (0)	0-17 (2)	<i>Z:-4,582</i>
	<i>Ort±Ss</i>	1,48±2,29	2,88±3,57	<i>p:0,001**</i>
Cinsel işlev	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-3 (0)	0-6 (0)	<i>Z:-1,668</i>
	<i>Ort±Ss</i>	0,16±0,53	0,28±0,82	<i>p:0,095</i>
Yaşam kalitesi	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-14 (1)	0-14 (2)	<i>Z:-3,535</i>
	<i>Ort±Ss</i>	1,96±2,74	3±3,42	<i>p:0,001**</i>
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-36 (6)	0-42 (10)	<i>Z:-4,718</i>
	<i>Ort±Ss</i>	8,13±7,25	11,78±9,29	<i>p:0,001**</i>

^aMann Whitney U Test

*****p<0,01***

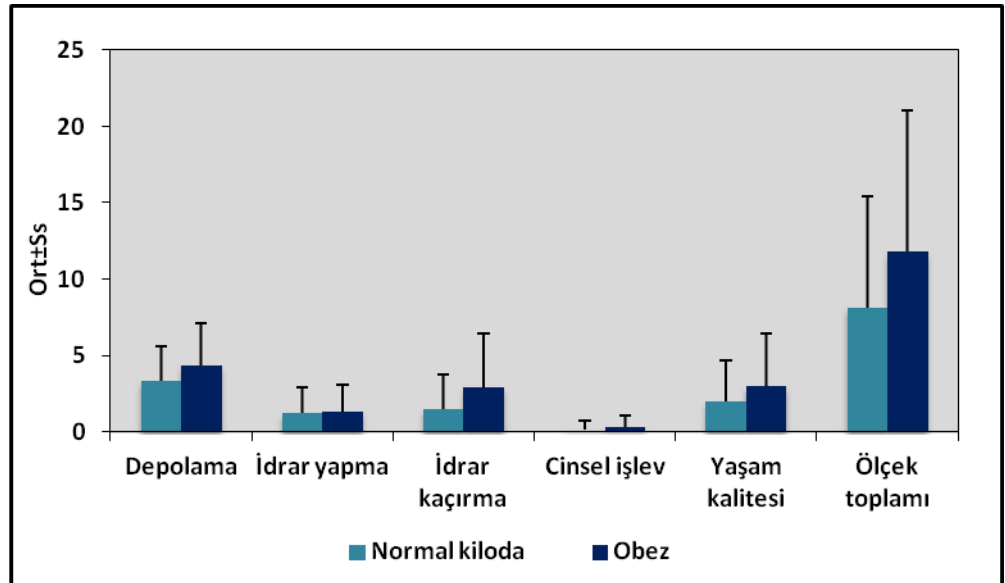
Çalışmaya dahil edilen normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre Bristol alt üriner sistem semptomları ölçeğinin değerlendirilmesi Tablo 4-6'da yer verilmiştir. Aynı zamanda Şekil 4-2'de şematize edilmiştir. BKİ düzeylerine göre kadınların Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ölçeği Depolama alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Obez kadınların depolama alt boyutu puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınların BFLUTS idrar yapma alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamazken ($p=0,672$; $p>0,05$); idrar kaçırma alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların idrar kaçırma puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınların BFLUTS cinsel işlev alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,095$; $p>0,05$).

BKİ düzeylerine göre kadınların BFLUTS yaşam kalitesi alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların yaşam kalitesi alt boyutu puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınların BFLUTS ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların toplam puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.



Şekil 4-2: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-7: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ölçek puanlarına BKİ etkilerinin lineer regresyon analiz sonuçları

Obez kadınlarda (n=237)						
BFLUTS	R kare F		Unstandardized Coefficients		95% CI	
			B	p	Lower	Upper
Depolama	0,001	0,270	0,068	0,604	-0,056	0,096
İdrar yapma	0,001	0,048	0,005	0,827	-0,043	0,054
İdrar kaçırma	0,004	0,965	0,048	0,327	-0,049	0,145
Cinsel fonksiyon	0,006	1,420	0,013	0,235	-0,009	0,036
Yaşam kalitesi	0,040	9,778	0,145	0,002**	0,053	0,236
Toplam	0,014	3,312	0,232	0,070	-0,019	0,483

**p<0,01

BKİ'deki bir birimlik artışın BFLUTS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin değerlendirmesinde Lineer Regresyon (Enter) analizi uygulanmıştır. BKİ'nin BFLUTS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin derecelerini gösteren model özeti ise Tablo 4-7'de verilmiştir. Buna göre;

Depolama alt boyutu puanı için model anlamlı bulunmamıştır (p=0,604; p>0,05). BKİ'deki bir birim artış depolama alt boyutu puanını etkilememektedir.

İdrar yapma alt boyutu için model anlamlı bulunmamıştır (p=0,827; p>0,05). BKİ'deki bir birim artış idrar yapma alt boyutu puanını etkilememektedir.

İdrar kaçırma alt boyutu için model anlamlı bulunmamıştır (p=0,327; p>0,05). BKİ'deki bir birim artış idrar kaçırma alt boyutu puanını etkilememektedir.

Cinsel işlev alt boyutu puanı için model anlamlı bulunmamıştır (p=0,235; p>0,05). BKİ'deki bir birim artış cinsel işlev alt boyutu puanını etkilememektedir.

Yaşam kalitesi alt boyutu puanı için model anlamlı olup (p=0,002; p<0,05), modelin açıklayıcılık katsayısı ($R^2 = 0,040$) %4,0 oranında saptanmıştır. BKİ'deki bir birim artış yaşam kalitesi alt boyutu puanını 0,145 kat (%95 CI:0,053-0,236) artırmaktadır.

BFLUTS toplam puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,070$; $p>0,05$).
BKİ'deki bir birim artış BFLUTS toplam alt boyutu puanını etkilememektedir.

4.3. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE DEPRESİF SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine göre depresif semptom ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-8: Gruplara Göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Puanlarının Dağılımı

EAMDS		BKİ Grupları		^a p
		Normal (n=216)	Obez (n=237)	
Depresif duygulanım	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-19 (3)	0-21 (4)	<i>Z:-1,425</i>
	<i>Ort±Ss</i>	4,36±4,61	4,8±4,63	<i>p:0,154</i>
Olumlu duygulanım	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-12 (3)	0-12 (3)	<i>Z:-1,318</i>
	<i>Ort±Ss</i>	3,44±3,19	3,79±3,19	<i>p:0,188</i>
Bedensel şikayetler	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-19 (4)	0-19 (5)	<i>Z:-2,758</i>
	<i>Ort±Ss</i>	5,23±4,48	6,09±4,3	<i>p:0,006**</i>
Kişilerarası ilişkiler	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-6 (1)	0-6 (1)	<i>Z:-2,090</i>
	<i>Ort±Ss</i>	1,09±1,36	1,38±1,53	<i>p:0,037*</i>
Toplam	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-51 (10,5)	0-52 (14)	<i>Z:-2,046</i>
	<i>Ort±Ss</i>	14,12±11,88	16,06±11,95	<i>p:0,041*</i>
^a Mann Whitney U Test		**p<0,01	*p<0,05	

Çalışmaya dahil edilen normal kiloda ve obez kadınların BKİ gruplarına göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası puanlarının dağılımı Tablo 4-8’de yer verilmiştir. Aynı zamanda Şekil 4-3’te şematize edilmiştir.

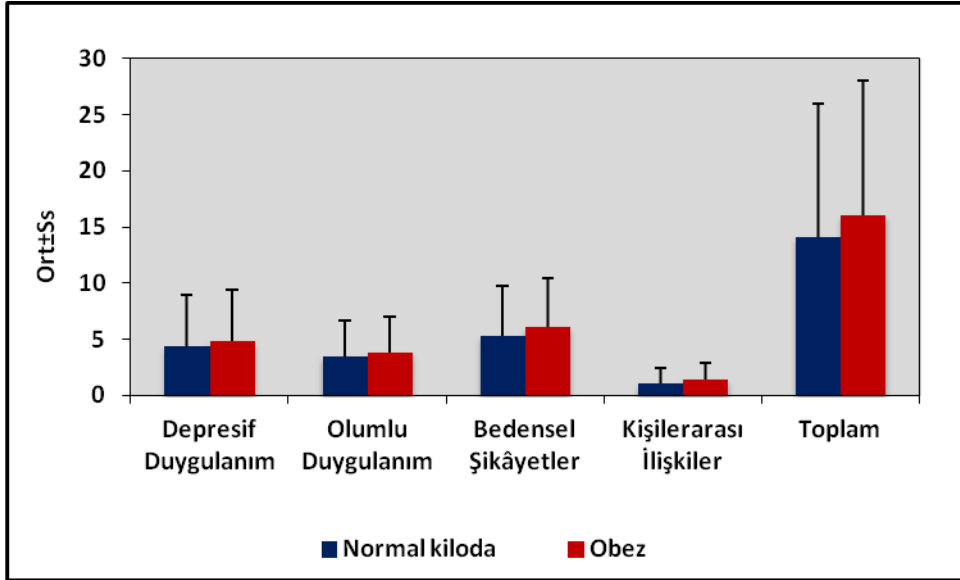
BKİ düzeylerine göre kadınların Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Ölçeği Depresif Duygulanım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,154; p>0,05).

BKİ düzeylerine göre kadınların EAMDS olumlu duygulanım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,188; p>0,05).

BKİ düzeylerine göre kadınların EAMDS bedensel şikayetler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$; $p<0,01$); obez kadınların bedensel şikayetler alt boyut puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınların EAMDS kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,037$; $p<0,05$); obez kadınların kişilerarası ilişkiler puanlarının, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.

BKİ düzeylerine göre kadınların EAMDS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,041$; $p<0,05$); obez kadınların toplam puanları, normal kiloda kadınlardan daha yüksektir.



Şekil 4-3: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Puanlarının Dağılımı

Tablo 4-9: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası puanlarına BKİ etkilerinin lineer regresyon analiz sonuçları

Obez kadınlarda (n=237)						
EAMDS	R kare	F	Unstandardized Coefficients		95% CI	
			B	p	Lower	Upper
Depresif duygulanım	0,009	2,101	0,092	0,149	-0,033	0,218
Olumlu duygulanım	0,001	0,084	0,013	0,773	-0,074	0,099
Bedensel şikayetler	0,001	0,043	0,012	0,837	-0,105	0,129
Kişilerarası ilişkiler	0,003	0,722	-0,018	0,396	-0,059	0,024
Toplam	0,002	0,363	0,099	0,547	-0,225	0,424

****p<0,01**

BKİ'deki bir birimlik artışın EAMDS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin değerlendirmesinde Lineer Regresyon (Enter) analizi uygulanmıştır. BKİ'nin EAMDS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin derecelerini gösteren model özeti ise Tablo 4-9'da verilmiştir.

Obez kadınlarda BKİ'nin EAMDS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisinin derecelerine göre;

EAMDS depresif duygulanım alt boyut puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,194$; $p>0,05$). BKİ'deki bir birim artış depresif duygulanım alt boyut puanını etkilememektedir.

EAMDS olumlu duygulanım alt boyut puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,773$; $p>0,05$). BKİ'deki bir birim artış olumlu duygulanım alt boyut puanını etkilememektedir.

EAMDS bedensel şikayetler alt boyut puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,837$; $p>0,05$). BKİ'deki bir birim artış bedensel şikayetler alt boyut puanını etkilememektedir.

EAMDS kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,396$; $p>0,05$). BKİ'deki bir birim artış kişilerarası ilişkiler alt boyut puanını etkilememektedir.

EAMDS toplam puanı için model anlamlı bulunmamıştır ($p=0,547$; $p>0,05$). BKİ'deki bir birim artış EAMDS toplam puanını etkilememektedir.

Tablo 4-10: Gruplara Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği		BKİ Grupları		p
		Normal (n=216)	Obez (n=237)	
Fiziksel fonksiyon	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-100 (80)	0-100 (75)	$t:3,318$
	<i>Ort±Ss</i>	75,25±24,22	67,28±26,94	^a $p:0,001^{**}$
Fiziksel rol güçlüğü	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-100 (100)	0-100 (75)	$t:2,301$
	<i>Ort±Ss</i>	68,63±40,09	59,6±43,49	^a $p:0,022^{*}$
Ağrı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-84 (74)	0-84 (62)	$t:2,954$
	<i>Ort±Ss</i>	65,19±22,53	58,67±24,27	^a $p:0,003^{**}$
Genel sağlık algısı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	10-97 (62)	5-100 (62)	$Z:-1,998$
	<i>Ort±Ss</i>	63,59±18,36	60,3±18,85	^b $p:0,046^{*}$
Enerji	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-100 (60)	0-100 (55)	$Z:-2,228$
	<i>Ort±Ss</i>	56,94±22,27	53,14±20,98	^b $p:0,026^{*}$
Sosyal fonksiyon	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-100 (75)	0-100 (62,5)	$t:1,541$
	<i>Ort±Ss</i>	66,9±26,51	62,92±28,23	^a $p:0,124$
Emosyonel rol güçlüğü	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-100 (66,7)	0-100 (66,7)	$t:0,620$
	<i>Ort±Ss</i>	58,33±42,32	55,84±43,18	^a $p:0,535$
Mental sağlık	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	12-100 (64)	4-100 (60)	$Z:-1,383$
	<i>Ort±Ss</i>	63,04±18,09	61,03±17,02	^b $p:0,167$
Toplam fiziksel sağlık	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8,8-95,25 (74,4)	7,8-96 (67)	$t:3,263$
	<i>Ort±Ss</i>	68,17±20,68	61,46±23,06	^a $p:0,001^{**}$
Toplam mental sağlık	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	8,3-100 (62,5)	4,1-100 (61,3)	$Z:-1,521$
	<i>Ort±Ss</i>	61,3±20,88	58,23±21,4	^b $p:0,128$
^a Mann Whitney U Test		^b Student t Test		^{**} $p<0,01$ [*] $p<0,05$

Kadınların BKİ gruplarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular Tablo 4-11’de ve Şekil 4-4’te verilmiştir. BKİ gruplarına göre kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların fiziksel fonksiyon alt boyut puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

Kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,022$; $p<0,05$); obez kadınların fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

Kadınların ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$); obez kadınların ağrı puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

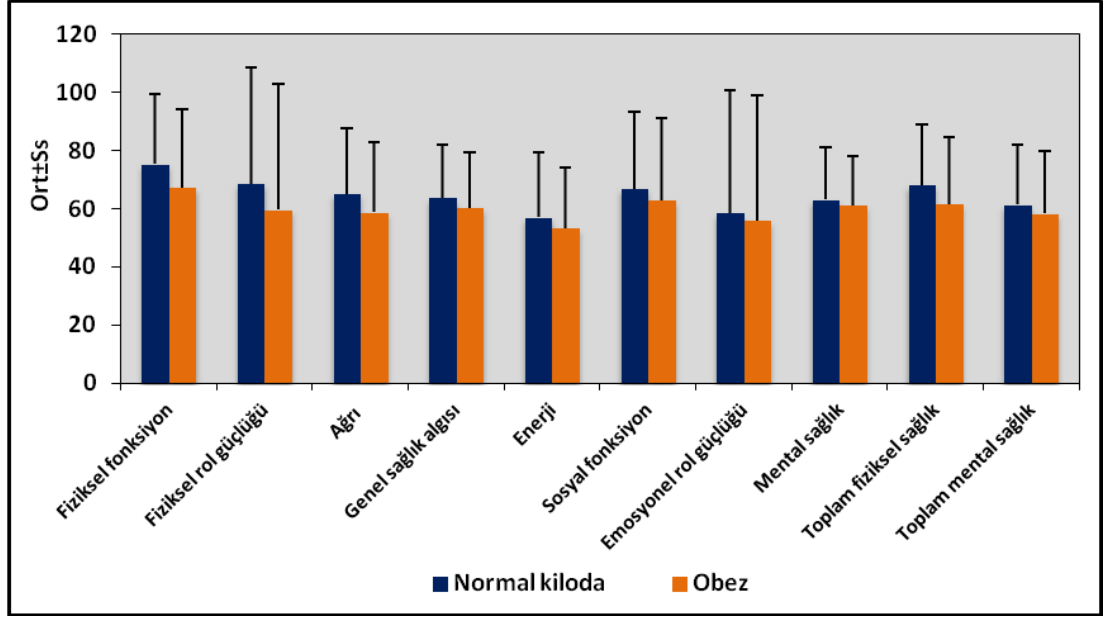
Kadınların genel sağlık algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,046$; $p<0,05$); obez kadınların genel sağlık algısı alt boyut puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

Kadınların enerji/vitalite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$); obez kadınların enerji/vitalite alt boyut puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

Kadınların sosyal fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,124$; $p>0,05$).

Kadınların emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,535$; $p>0,05$).

Kadınların mental sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,167$; $p>0,05$).



Şekil 4-4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Kadınların toplam fiziksel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$); obez kadınların toplam fiziksel sağlık puanları, normal kiloda kadınlardan daha düşüktür.

Kadınların toplam mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,128$; $p>0,01$).

Tablo 4-11: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin İlişkisi

		BKİ Grupları	
		Normal (n=216)	Obez (n=237)
BFLUTS- SF-36 Yaşam Kalitesi			
Depolama- Toplam fiziksel sağlık	r	-0,406	-0,320
	p	0,001**	0,001**
Depolama- Toplam mental sağlık	r	-0,241	-0,257
	p	0,001**	0,001**
İdrar yapma- Toplam fiziksel sağlık	r	-0,276	-0,225
	p	0,001**	0,001**
İdrar yapma- Toplam mental sağlık	r	-0,267	-0,194
	p	0,001**	0,003**
İdrar kaçırma- Toplam fiziksel sağlık	r	-0,409	-0,325
	p	0,001**	0,001**
İdrar kaçırma- Toplam mental sağlık	r	-0,300	-0,206
	p	0,001**	0,001**
Cinsel fonksiyon- Toplam fiziksel sağlık	r	-0,265	-0,190
	p	0,001**	0,003**
Cinsel fonksiyon- Toplam mental sağlık	r	-0,139	-0,210
	p	0,041*	0,001**
Yaşam kalitesi- Toplam fiziksel sağlık	r	-0,382	-0,366
	p	0,001**	0,001**
Yaşam kalitesi- Toplam mental sağlık	r	-0,257	-0,279
	p	0,001**	0,001**
Bristol Toplam - Toplam fiziksel sağlık	r	-0,518	-0,440
	p	0,001**	0,001**
Bristol Toplam - Toplam mental sağlık	r	-0,357	-0,328
	p	0,001**	0,001**
r: Spearman's Korelasyon Katsayısı		**p<0,01	*p<0,05

Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ile SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeklerinin toplam puanlarının ilişkisi Tablo 4-11’de gösterilmiştir.

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü orta derecede (depolama puanı arttıkça, toplam fiziksel puanın azaldığı) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,406; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların depolama puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede (depolama puanı arttıkça, toplam fiziksel puanın azaldığı) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,320; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede (depolama puanı arttıkça, toplam mental puanın azaldığı) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,241; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların depolama puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede (depolama puanı arttıkça, toplam mental puanın azaldığı) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,257; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,276; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar yapma puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,225; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,267; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar yapma puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,194; p=0,003; p<0,01).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü orta derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,409; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile

toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,325; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,300; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,206; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,265; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,190; p=0,003; p<0,01).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,139; p=0,041; p<0,05). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,210; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,382; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,366; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,257; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,279; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü orta derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,518; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile toplam fiziksel sağlık puanları arasında negatif yönlü orta derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,440; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,357; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile toplam mental sağlık puanları arasında negatif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: -0,328; p=0,001; p<0,01).

Tablo 4-12: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ile Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Ölçeklerinin İlişkisi

<i>BFLUTS- EAMDS</i>	BKİ Grupları			
	Normal (n=216)		Obez (n=237)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Depolama - Depresif duygulanım	0,133	0,051	0,254	0,001**
Depolama - Olumlu duygulanım	0,048	0,484	0,209	0,001**
Depolama - Bedensel şikayetler	0,161	0,018*	0,231	0,001**
Depolama - Kişilerarası ilişkiler	0,043	0,531	0,158	0,015*
Depolama - Toplam EAMDS	0,134	0,049*	0,264	0,001**
İdrar yapma -Depresif duygulanım	0,230	0,001**	0,117	0,071
İdrar yapma -Olumlu duygulanım	0,234	0,001**	0,125	0,054
İdrar yapma -Bedensel şikayetler	0,155	0,023*	0,120	0,065
İdrar yapma -Kişilerarası ilişkiler	0,094	0,169	0,063	0,332
İdrar yapma -Toplam EAMDS	0,221	0,001**	0,137	0,036*
İdrar kaçırma -Depresif duygulanım	0,274	0,001**	0,187	0,004**
İdrar kaçırma -Olumlu duygulanım	0,153	0,024*	0,113	0,083
İdrar kaçırma -Bedensel şikayetler	0,191	0,005**	0,144	0,026*
İdrar kaçırma -Kişilerarası ilişkiler	0,164	0,016*	0,072	0,267
İdrar kaçırma -Toplam EAMDS	0,248	0,001**	0,162	0,013*
Cinsel fonksiyon -Depresif duygulanım	0,062	0,361	0,214	0,001**
Cinsel fonksiyon -Olumlu duygulanım	0,065	0,342	0,219	0,001**
Cinsel fonksiyon -Bedensel şikayetler	0,080	0,243	0,179	0,006**
Cinsel fonksiyon -Kişilerarası ilişkiler	0,003	0,965	0,116	0,075
Cinsel fonksiyon -Toplam EAMDS	0,055	0,420	0,228	0,001**
Yaşam kalitesi -Depresif duygulanım	0,239	0,001**	0,228	0,001**
Yaşam kalitesi -Olumlu duygulanım	0,121	0,075	0,201	0,002**
Yaşam kalitesi -Bedensel şikayetler	0,209	0,002**	0,216	0,001**
Yaşam kalitesi -Kişilerarası ilişkiler	0,096	0,159	0,080	0,221
Yaşam kalitesi -Toplam EAMDS	0,214	0,002**	0,230	0,001**
Bristol Toplam -Depresif duygulanım	0,282	0,001**	0,301	0,001**
Bristol Toplam -Olumlu duygulanım	0,161	0,018*	0,237	0,001**
Bristol Toplam -Bedensel şikayetler	0,247	0,001**	0,265	0,001**
Bristol Toplam -Kişilerarası ilişkiler	0,121	0,077	0,146	0,025*
Bristol Toplam -Toplam EAMDS	0,266	0,001**	0,296	0,001**

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

****p<0,01**

***p<0,05**

BFLUTS ile EAMDS puanlarının ilişkisi Tablo 4-12’de verilmiştir.

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile depresif duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların depolama puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,254$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların depolama puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,254$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,161$; $p=0,018$; $p<0,05$). Obez kadınların depolama puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,231$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların depolama puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,158$; $p=0,015$; $p<0,05$).

Normal kiloda kadınların depolama puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,134$; $p=0,049$; $p<0,05$). Obez kadınların depolama puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,264$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,230$; $p=0,001$; $p<0,01$). Obez kadınların idrar yapma puanları ile depresif duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,234; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar yapma puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,155; p=0,023; p<0,05). Obez kadınların idrar yapma puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Obez kadınların idrar yapma puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Normal kiloda kadınların idrar yapma puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,221; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar yapma puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,137; p=0,036; p<0,05).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,274; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,187; p=0,004; p<0,01).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,153; p=0,024; p<0,05). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,191; p=0,005; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,144; p=0,026; p<0,05).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,164; p=0,016; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Normal kiloda kadınların idrar kaçırma puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,248; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların idrar kaçırma puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,162; p=0,013; p<0,05).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile depresif duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,214; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,219; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,179; p=0,006; p<0,01).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Normal kiloda kadınların cinsel işlev puanları ile toplam EAMDS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların cinsel işlev puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,228$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile depresif duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,239$; $p=0,001$; $p<0,01$). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,228$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,201$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,209$; $p=0,002$; $p<0,01$). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r: 0,216$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Normal kiloda kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,214; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların yaşam kalitesi puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,230; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,282; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile depresif duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,301; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,161; p=0,018; p<0,05). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile olumlu duygulanım puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,237; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,247; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile bedensel şikayetler puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,265; p=0,001; p<0,01).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları ile kişilerarası ilişkiler puanları arasında pozitif yönlü çok düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,146; p=0,025; p<0,05).

Normal kiloda kadınların BFLUTS toplam puanları ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,266; p=0,001; p<0,01). Obez kadınların BFLUTS toplam puanları

ile toplam EAMDS puanları arasında pozitif yönlü düşük derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r: 0,296; p=0,001; p<0,01).

4.4. OBEZ KADINLARLA YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN KALİTATİF ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde alt üriner sistem şikayeti olan obez kadınlardan rastgele seçilen 30 kadın ile yapılan görüşmelerin kalitatif analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-13: Kadınların İdrarla İlgili Şikayetlerinin Günlük Yaşamlarını Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım (n=30)

		n	%
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz hayatınızı nasıl etkiliyor?	Hafif ya da çok az etkiliyor	1	3,3
	Kısmen etkiliyor	18	60,0
	Çok olumsuz etkiliyor	11	36,7

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin yaşamlarını nasıl etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-13) çalışmaya katılan kadınların %3,3'ünün (n=1) idrarla ilgili şikayetleri günlük yaşamlarını çok az, %60'ının (n=18) kısmen olumsuz, %36,7'sinin (n=11) ise çok olumsuz şekilde etkilediği belirlendi.

Kadınların hayatını **çok olumsuz etkileme** ifadeleri şöyledir;

'... İdrardaki sorunlar hayatımı tamamen zindana çevirdi...' (K2)

'...Nasıl söyleyeyim ki, bayağı bir etkiliyor. Olumsuz etkiliyor çok. Otobüse bile binemiyorum. Markete, pazara gidemiyorum. Eşim olmasa hiçbir ihtiyacımı karşılayamam...' (K5)

'...(Ağlayarak)... Hayatımı çok etkiliyor. Sürekli koşarak tuvalete yetişmeye çalışıyorum. Yürürken, koşarken idrar kaçırıyorum. Sürekli ıslak dolaşıyorum. Her ne kadar üzerimi sürekli değiştirsem de kokuyorum gibi geliyor...' (K6)

'... Etkilemek mi?... Hayatımı kararttı. İş yapamaz oldum...' (K14)

'...Hayatımı çok etkiliyor. Ben öğrenciyim bu üniversitede. Derslerde çok sıkıntı oluyor. Çok sık tuvalete gidiyorum. Maksimum yarım saat tutabiliyorum. Öyle her ders de çıkamıyorsun ki...Çıksan da bir daha giremiyorsun. Bir dönemim sırf bu yüzden uzadı. Devamsızlıktan...Ped kullanıyordum bir ara. Biraz idare ediyordu ama idrar kaçırınca da iç çamaşırama da geçiyordu. Daha sonra hasta altı bezi kullanmaya başladım. Bu yaşta bu sıkıntıyı düşünebiliyor musunuz? Yolculuk yapmama da çok engel. Allah'tan ailem İstanbul'da. Bazen o iki saatlik yol bile işkenceye dönüşüyor...' (K16)

Kadınların hayatını **kısmen etkileme** ifadeleri şöyledir;

'...Olumsuz yönde etkiliyor tabî ki. Hayat kalitemi düşüren bir durum. Hayatımdaki çoğu şeye engel... Gülerken, hapsiriken, öksürürken hatta ani hareketle bile kaçırıyorum. Sürekli ped kullanıyorum. Zaman zaman pişik oluyorum, enfeksiyon oluyor. Dışarı çıkmak istemiyorum. Çıktığımda önce tuvaletler nerelerdeler onlara bakıyorum. Çok zor bir durum bu. Öldürmüyor bu hastalık farkındayım ama fazlasıyla da süründürüyor...' (K1)

'... Nasıl etkilesin ki? Kötü etkiliyor. Gündüz çok sıkışarak tuvalete gidiyorum. Bazen de kaçırıyorum. Gece de mutlaka 2 kez kalkıyorum. Bazen gece de kaçırıyorum. Ped kullanıyorum. Küçük çocuğum var 9 yaşında. Onunla ilgilenirken zorlanıyorum. Eve zor atıyorum kendimi...' (K8)

'... Etkiler tabi. Kasıklarım bez kullanmaktan hep yara oldu mahvoldum. Ağrım hiç yok. İdrarımı tutamıyorum ama. Namazımı hiç kılamıyorum 10 yıl oldu hiç kılamıyorum. Devamlı bez kullanıyorum ki... Abdest alamıyorum zaten. Alsam da ne anlamı var 5 dakika sonra altına kaçırıyorum...' (K26)

'... Sürekli idrar kaçırıyorum. Yürürken, hapsururken. Hissetmiyorum kaçırdığımı. Hissetmeden kaçırıyorum. Sürekli ıslak geziyorum. Bir yere giderken tedirgin oluyorum. Şey kullanıyorum hasta bezi. Sürekli tedirgin oluyorum yani. Dışarı çıkarken sürekli etkiliyor hayatımı... Spor yapıyorum ben. Spor yaparken daha çok kaçırıyorum. Spor salonuna yazıldım. Giderken hasta bezi takıyorum...' (K27)

Kadınların hayatını **çok az etkileme** ifadeleri şöyledir;

'... Bazen etkiliyor hayatımı. Mesela hiç böyle hissetmiyorum, böyle damla damla gidiyor. Bazen adet pedi koyuyorum. Uzak bir yola gideceksem muhakkak adet pedi gibi bir şey koyuyorum. Yani genelde idare ediyorum da ama mecburen adet pedi takmak zorunda kalıyorum...' (K18)

Tablo 4-14: İdrarla İlgili Şikayetlerin Yaşamlarını Etkileme Nedenlerine İlişkin Dağılım (n=30)

	n	%*
İdrar kaçırmama (ani harekette, gülerken, yürürken, hapsirirken, öksürürken, otururken damla damla, tuvalete yetişmeden, aniden sıkışıp)	24	80,0
Yanma/ ağrı/ acı/ sık idrara çıkma	16	53,3
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz yaşamınızı hangi nedenlerle etkiliyor?		
Dışarı çıkmama/ yolculuk yapamama/ dışarıda tuvalet arama	14	46,7
Ped-bez kullanımı/ kötü koku hissi	12	40,0
İş yerinde/ okulda sıkıntı yaşama	6	20,0
Aile/ ev ile ilgilenmede zorluk	5	16,7
Pişik olma/ yara/ enfeksiyon	2	6,7
Uyku problemi	2	6,7
Cinsel hayatı olumsuz etkileme	2	6,7

*Birden çok seçenek ifade edilmiştir.

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin günlük yaşamı hangi nedenlerle etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-14); %80'inde (n=24) ani harekette, gülerken, yürürken, hapsirirken, öksürürken, otururken, tuvalete yetişmeden, aniden sıkışıp, damla damla idrar kaçırmama görülürken; %53,3'ünde (n=16) yanma/ ağrı/ acı/ sık idrara çıkma, %46,7'sinde (n=14) dışarı çıkmama/ yolculuk yapamama/ dışarıda tuvalet arama, %40'ında (n=12) ped-bez kullanımı/ kötü koku hissi, %20'sinde (n=6) iş yerinde/ okulda sıkıntı yaşama, %16,7'sinde (n=5) aile/ ev ile ilgilenmede zorluk,

%6,7'sinde (n=2) pişik olma/ yara/ enfeksiyon, %6,7'sinde (n=2) uyku problem ve %6,7'sinde (n=2) cinsel hayatı olumsuz etkileme şikayetleri görülmektedir.

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin günlük yaşamı hangi nedenlerle etkileği incelendiğinde; hayatlarının **idrara kaçırma** durumundan etkilenmesi ifadeleri şöyledir;

'... Gülmek istemiyorum hiç. Çünkü gülerken daha çok kaçırıyorum. Dışarı çıkacağım zaman da ped kullanıyorum. Çalışırken de tuvalete yetişemiyordum. Tutmaya çalışıyordum tutamıyordum. Bazen ped koysam da ıslanıyor...' (K7)

'...Namaz falan kılmak istiyorum kılamıyorum. Bir yere gideceğim zaman en ufak bir sarsıntıda kaçırıyorum. Bir mevlüde ya da cenazeye gideceğim zaman abdest alıyorum tutamıyorum. Sadece namazımı da değil bir ortama katılmamı da etkiliyor. Bir yolculukta olsun bir sarsıntıda kaçırıyorum. Devamlı adet pedi kullanmak zorunda kalıyorum. Devamlı ped kullanıyorum ben. Günlük pedler ince geliyor...' (K10)

'... Düşünsenize öksürmemek, hapşurmamak için kendinizi sıkıyorsunuz. Gözlerim yerinden çıkacak gibi oluyor. Öksürmediğimde de boğazım kaşınıyor. Mecburen öksürüyor ve hapşuruyorsunuz. Sonra da şuur çişiniz alttan akıyor. Kaçırıyorsunuz. Bu gerçekten çok utanç verici bir şey. Sırf iç çamaşırım ıslanmasın diye sürekli ped takıyorum. Uzun yolculuklarda şu hasta bezlerinden giyiyorum. Bence daha fazla bir şey dememe gerek yok. Hayatımın dengesi bozuldu...' (K24)

Kadınların hayatlarını **yanma/acı/ağrı/sık idrara gitme** şikayetlerinin etkilemesi ifadeleri şöyledir;

'... Dakikada bir tuvalete gidiyorum. Çok huzursuzum. Bir yere gidemiyorum. Çok sık idrara çıkıyorum. Bir işe başlayamıyorum. Hep yarım bırakmak zorunda kalıyorum. Yemekten bile tuvalete gitmek için kalkıyorum...' (K3)

'...Çok sık idrara gidiyorum sürekli yanma hissi var. Yaptıktan sonra da ağrı oluyor. Yaparken acıyor. Arada ilaç kullanıyorum. Yıllardır doktora gidiyorum. Öğretmenim ben dersteyken sıkışıyorum. Ağrım oluyor. Her teneffüs tuvalete

gidiyorum. Öğlenleri 2 kez gidiyorum. Teneffüslerde öğretmenler odasında zor oturuyorum...’ (K4)

‘...Gündüz çok sıkışarak tualete gidiyorum. Bazen de kaçırıyorum. Gece de mutlaka 2 kez kalkıyorum. Bazen gece de kaçırıyorum. Ped kullanıyorum. Küçük çocuğum var 9 yaşında. Onunla ilgilenirken zorlanıyorum. Eve zor atıyorum kendimi...’ (K8)

Kadınların dışarı çıkmama/ yolculuk yapamama/ dışarıda tuvalet arama gibi davranışların etkilemesi ifadeleri şöyledir;

‘... Dışarı çıkmak istemiyorum. Çıktığımda önce tuvaletler nerelerde onlara bakıyorum. Çok zor bir durum bu. Öldürmüyor bu hastalık farkındayım ama fazlasıyla da süründürüyor...’ (K1)

‘... Bir yolculukta olsun bir sarsıntıda kaçırıyorum. Devamlı adet pedi kullanmak zorunda kalıyorum. Devamlı ped kullanıyorum ben. Günlük pedler ince geliyor...’ (K10)

‘...Yolculuk yapmama da çok engel. Allah’tan ailem İstanbul’da. Bazen o iki saatlik yol bile işkenceye dönüşüyor... (K16)

‘... Mesela ben hiçbir yola çıkamıyorum. Evde mesela tualete gidiyorum. Diyelim 5 dakikalık mesafe yürüyorum. Çarşıda yine tuvaletimi yapacak bir yer arıyorum. Mesela abdest tutamıyorum. Kendi arabamın dışında yolculuğa çıkamıyorum. Bir yere gideceksem su içmiyorum. Mesela bugün buraya gelirken su içmedim geleceğim diye. Ona rağmen buraya geldiğimde tualete zor attım kendimi. Su içmeye korkuyorum...’ (K23)

‘... Çok sık tualete gidiyorum. Artık evden dışarı çıkamaz oldum. Ev işlerini yapamıyorum...’ (K25)

Kadınların ped-bez kullanımı/ kötü koku hissi gibi durumların etkilemesi ifadeleri şöyledir;

‘...Sürekli ıslak dolaşıyorum. Kokuyorum gibi geliyor bana. Değiştiriyorum çamaşırlarımı hep ama...’ (K6)

‘... Tuvalete gidene kadar kaçırıyorum. Sürekli adet pedi kullanıyorum. Şikayetçiyim bu durumdan kendimi hiç temiz hissetmiyorum hep kaçırıyorum. Bazen hiç anlamıyorum böyle bi an akıyor. Dışarı çıkmama engel oluyor dışarıda çişim gelince eve gelene kadar kaçırıyorum. Adet pedin üstüne tekrar bi bez koyuyorum mesela. Güldükçe hapsurdukça işiyorum. Böyle önlemler aldıkça dışarı çıkabiliyorum...’ (K29)

Kadınların **iş yerinde/ okulda sıkıntı yaşama** gibi durumların etkilemesi ifadeleri şöyledir;

‘...Öğretmenim ben dersteyken sıkışıyorum. Ağrım oluyor. Her teneffüs tuvalete gidiyorum. Öğlenleri 2 kez gidiyorum. Teneffüslerde öğretmenler odasında zor oturuyorum...’ (K4)

‘...Ben üniversite öğrencisiyim. Derslerde çok sıkıntı oluyor. Çok sık tuvalete gidiyorum. Maksimum yarım saat tutabiliyorum. Öyle her derste de çıkamıyorsun ki. Çıksan da bir daha giremiyorsun. Bir dönemim sırf bu yüzden uzadı. Devamsızlıktan...’ (K16)

‘... Ben fabrikada çalışıyordum. Çok sık tuvalete gitmemden çalışanlar beni müdüre şikayet etmiş. Müdüre bu şikayetimi anlatamadığım için suçsuz yere işten çıkarıldım...’ (K30)

Kadınların **aile/ev ile ilgilenmede zorluk** gibi durumların etkilemesi ifadeleri şöyledir;

‘...Çok sık idrara çıkıyorum. Bir işe başlayamıyorum. Hep yarım bırakmak zorunda kalıyorum...’ (K3)

‘.... Evimdeki eşyaların yerini değiştirmeyi çok severdim. Ama bu kaçırmalarım başladığından beri evimdeki eşyaların yerini değiştiremiyorum. En ufak bir itişte kaldırıpta kaçırıyorum ve bu durum beni çok üzüyor...’ (K13)

‘...Çok sık tuvalete gidiyorum. Artık evden dışarı çıkamaz oldum. Ev işlerini yapamıyorum...’ (K25)

Kadınların **pişik olma/ yara/ enfeksiyon** gibi durumların etkilenmesi ifadeleri şöyledir;

‘...Sürekli ped kullanıyorum. Zaman zaman pişik oluyorum, enfeksiyon oluyor. Dışarı çıkmak istemiyorum...’ (K1)

‘... Kasıklarım bez kullanmaktan hep yara oldu mahvoldum. Ağrım hiç yok. İdrarımı tutamıyorum ama. Devamlı bez kullanıyorum ki... Bez kullanmaktan yara oldum .Cildimin rengi değişti...’ (K26)

Kadınların **uyku problemi** ile ilgili ifadeleri şöyledir;

‘...Yarım saatte bir tuvalete gidiyorum. Hiç uyuyamıyorum. Sıkıntılarım bundan. Bunlardan bıktım artık yıllardır. Gece bile 1-2 saatte bir gidiyorum. Uyuyamayınca 10 dakikada bir gidiyorum. Uyuyamıyorum. Çok yorgun ve uykusuz oluyorum. Uykusuz olunca da sinirli oluyorum elimde olmadan...’ (K3)

‘...Uykumu da etkiliyor, uyuma zorluğu çekiyorum, sık sık tuvalete gidiyorum gece. Uyku ilacı içmesem saat 3’e kadar tuvaleti yoruyorum...’ (K5)

Kadınların **cinsel hayatı olumsuz etkilemesi** ile ilgili ifadeleri şöyledir;

‘... Uykumu da etkiliyor, uyuma zorluğu çekiyorum, sık sık tuvalete gidiyorum gece. Uyku ilacı içmesem saat 3’e kadar tuvaleti yoruyorum. Cinsel hayatımı da etkiliyor. İsteksizim, hiç aklıma bile gelmiyor...’ (K5)

‘... Sık sık idrara çıkıyorum. Otururken bile rahatsızlanıyorum. Bu yüzden cinsel ilişkiye girmek istemiyorum. Eşimle aram açıldı. Bu şikayetler onu rahatsız ediyor...’ (K21)

Tablo 4-15: İdrarla İlgili Şikayetlerin Kadın ve Ailesi İçin Ne Kadar Önemli Olduğuna İlişkin Değerlendirmesi (n=30)

		n	%
Size göre idrarla ilgili şikayetleriniz sizin için ve aileniz için ne kadar önemli? Neden?	Ailesi	Fikri yok	6 20,0
		Etkilemiyor	5 16,6
		Çok önemli-üzülüyorlar	4 13,3
		Şikayetçi	3 10,0
		Hekime gitmekten/ şikayetlerden bıktı	2 6,7
		Önemli-durumdan rahatsızlar	2 6,7
		Önemli-endişeliler	2 6,7
		Etkilemiyor-önemsiyorlar	2 6,7
		Etkilemiyor- durumdan rahatsızlar	2 6,7
		Şikayetçi-durumdan rahatsızlar	1 3,3
		Tek yaşıyor	1 3,3
	Kendisi	Çok önemli değil	1 3,3
		Önemli	10 33,3
		Çok önemli	19 63,4

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin ailesi için ne kadar önemli olduğu sorulduğunda (Tablo 4-15); %20'sinin (n=6) fikri yokken, %16,7'sinin (n=5) ailesini etkilemediği, %6,7'sinin (n=2) etkilemediği ama durumdan rahatsız olduğu, %6,7'sinin (n=2) etkilemediği ama önemsedikleri, %10'unun (n=3) bu durumdan şikayetçi olduğu, %3,3'ünün (n=1) bu durumdan şikayetçi ve rahatsız oldukları, %6,7'sinin (n=2) hekime gitmekten/ şikayetlerden bıktıkları, %6,7'sinin (n=2) önemsedikleri ama durumdan rahatsız oldukları, %6,7'sinin (n=2) önemsedikleri ve endişeli oldukları, %13,3'ünün (n=4) çok önemsedikleri ve üzüldükleri görülürken, %3,3'ünün (n=1) tek başına yaşadığı görülmektedir.

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin kendileri için ne kadar önemli olduğu incelendiğinde (Tablo 4-15); %3,3'ü (n=1) için çok önemli değilken, %33,3'ü (n=10) için önemli ve %63,3'ü (n=19) için çok önemli olduğu görülmektedir.

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin aileleri için ne kadar önemli olduğuna ilişkin değerlendirmelerde, **aileleri etkilenmeyen/etkilenmeyip durumdan rahatsız olanlar/ etkilenmeyip durumu önemseyenlerin** ifadeleri şöyledir;

'...Ailem böyle bir sorun yaşadığımdan dolayı benim için endişeleniyor. Onları endişenlemenin dışında pek etkilemiyor...' (K1)

'...Onları pek etkilemiyor. Eşim de bu durumdan pek şikayetçi değil. Bir tek kızımın çok ilgilenemediğim için ben üzülüyorum...' (K8)

'...Ailem mi? Kocamın umrunda olmaz öyle şeyler. Çocuklar da pek farketmiyor. Benim için sıkıntı herşey. Kim ne yaşıyorsa kendi yaşıyor...' (K17)

'...Yok ailemi etkilemiyor ki önemli olsun. Hiçbir şey bilmiyorlar zaten ben anlatmıyorum. Sadece kendim için çok önemli. Sonuçta benim hayatım benim sorunum. Beni rahatsız ediyor başkasını değil. Eşim için önemli olabilir çünkü ilişki sırasında ağrım oluyor kaçırıyorum o da rahatsız oluyor normal olarak...' (K28)

Kadınların, **aileleri etkilenen/ durumdan rahatsız olanlar/ önemseyenlerin** ifadeleri şöyledir;

'...İdrardaki şikayetler aile durumumu çok etkiliyor. Eşimle cinsel hayatım bitti çocuğumla ilgilenemiyorum. Kendimi sinirli yorgun hissediyorum. Çünkü geceleri idrar yanmalarından ve sık sık lavaboya taşınmaktan uyuyamıyorum. Hayatımın her anında ağrı hissetmek çok kötü bir şey. Eşim de doktorlara gitmemden de bıktı...' (K2)

'...Eşim var evde. Cinsel ilişkiyi hiç istemiyorum daha çok ağrı oluyor diye. Menopoza girince daha çok arttı. 43 yaşında menopoza girdim ben. Onu da etkiliyorum yani...' (K4)

‘...Ailem için herhalde önemlidir. Ama bana pek bir şey söylemiyorlar. Alıştılar zaten bir şey demiyorlar artık. Aslında onlar da üzülüyor. En çok kızımı etkiliyor. Kızımı parka götürüyorum. On dakika sonra tuvaletim geldi eve gitmemiz lazım diyorum. “Anne yine mi ? Daha yeni geldik. Ben iki kere sallandım sadece.” Diyor...’ (K5)

‘...Eşimle bir araya geldiğim zaman kaçırıyorum. İlişkiye girmeden önce illa bir defa tuvalete gitmem gerekiyor. 5-10 dk önce gitmiş olsam bile tekrar gitmem gerekiyor...’ (K10)

‘...Benim için de ailem için de önemli tabi ki. Beni mutsuz gördükleri zaman onların da morali bozuluyor. Ya da eşime eşyalarımın yerini değiştirttiğim zaman ne kadar belli etmese de o da bazen yorgun oluyor ve bana yardım etmek istemiyor...’ (K13)

‘...Çok önemli benim için de ailem için de. Doktor doktor geziyoruz. Ailem de üzülüyor biliyorum. Hatta ben üzüldükçe onlar daha da fazla üzülüyor. Erkek arkadaşım da var. Aslında o bu durumdan çok şikayetçi. Görüşemiyoruz pek. Ya da görüştüğümüzde tuvaleti olan bir yerde oturmak zorundayız...’ (K16)

‘...Ailemde de en çok eşim için önemli. Cinsel ilişkiye girmek istiyor. Bana hep diyor böyle hep ağrın mı olacak, hep işemeye mi gideceksin diye...’ (K21)

‘...Ailem de bu durumdan rahatsız. Mesela bir yolculuğa çıkacağız çıkamıyoruz. Kendi arabamızla yolculuğa çıktığımızda da mesala eşim sürekli benzinlik arıyor. Bazı zaman sıkışıyorum benzinlik uzakta oluyor. Mecburen arabaların arasından geçmeye çalışıyor. Onu da zorluyor. Cinselliği de zaten rahatsızlığımdan dolayı istemiyorum. Kocamı seviyorum ama ilişkiye girmek istemiyorum...’ (K23)

‘...Ailem... Eşim için çok kötü bir durum. Belki bana fark ettirmiyor ama bu durumdan rahatsız. Gece uyurken öksürüyorum öksürdüğüm an kaçıyor zaten. Sonra kalk üst değiştir şey yap eşim normal olarak uyanıyor. Çocuğum da etkileniyor

bence. Oyun oynuyoruz beni gıdıklıyor güldürüyor ve ben onun karşısında çişimi kaçıyorum çok rahatsız edici bir durum... ' (K24)

'...Eminim ki ailem için de çok önemlidir. Ailemden de ayrı yaşıyorum o yüzden benden duydukları kadar gördükleri kadar biliyorlar bu durumu. Neden mi önemli. Çünkü ailemle bir muhabbetin ortasında tak diye kalkıp tuvalete gidiyorum ya da gece en az 5 kere tuvalete kalkıyorum. Onlarda kaldığım günler annem ben kalktıkça kalkıyor ve bu duruma üzüldüğü yüzünden ses tonundan her şeyden anlaşılıyor. Ailem beni zorlamasaydı kalkıp gelmezdim doktora. Onlar iyi ki varlar...' (K30)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin kendisi için ne kadar önemli olduğuna ilişkin değerlendirmeler yapıldığında, kadının kendisi için **çok önemli** olduğunun ifadeleri şöyledir;

'...Ben bu durumdan çok rahatsızım.Benim hayatımı çok etkilediği için benim için çok önemli...' (K1)

'...Kendimi sinirli yorgun hissediyorum. Çünkü geceleri idrar yanmalarından ve sık sık lavaboya taşınmaktan uyuyamıyorum. Hayatımın her anında ağrı hissetmek çok kötü bir şey...' (K2)

'...Benim için çok önemli. Bir ortama giremiyorum. Yarım saatte bir tuvalete gidiyorum. Hiç uyuyamıyorum. Sıkıntıları bundan. Bunlardan bıktım artık yıllardır. Gece bile 1-2 saatte bir gidiyorum. Uyuyamayınca 10 dakikada bir gidiyorum. Eşim felçli hasta Ama ben hem felçli eşime bakıyorum hem uyuyamıyorum. Çok yorgun ve uykusuz oluyorum. Uykusuz olunca da sinirli oluyorum elimde olmadan. Oğlum benle koşturuyor işte. Doktora onunla gidip geliyorum ben pek beceremem zaten...' (K3)

'...(Ağlayarak) Benim için çok önemli. Çalışıyorum ben. Arkadaşlarım bir kez tuvalete giderken ben 4 kez gidiyorum. Tuvalete gitmek için işte izin almak sıkıntı oluyor. Arkadaşlarım da dalga geçiyor. Hayatım normalin dışında. Diğer arkadaşlarım işte molaları bekliyor tuvalete gitmek için. Onlar tutabiliyorlar. Ama

ben tutamıyorum. Bir de özel sektörde çalışıyoruz. Ben yarım saat 45 dakika dayanamıyorum. Herkesin dikkatini çekiyor bu. Tuvalete giderken herkes bana bakıyormuş gibi geliyor... (K6)

'... Çok önemli tabi. Düşün çarşının ortasındasın o an sıkıştırdı tuvalet bulamadın kaçırıyorum işte ben. Sen olsan tuvaletin gelse bile tutarsın ama ben tutamıyorum işte. Normal bir insan tutarken ben sıksam bile tutamıyorum akıyor kendi kendine. Yani rezil oluyorum. Kilodumdan tut tüm altım ıslanıyor. Ben hep adet pediyle geziyorum. Adet pedi koysam da tutmuyor ki. Bir de sadece bir bardak su içsem bile sanki tonlarca su içmişim gibi tuvalete gidiyorum işiyorum. Ama tuvaletten kalkamıyorum. Damla damla sürekli akıyor. Pıt pıt, pıt pıt sürekli akıyor. Uzun bir süre tuvalette oturuyorum. Oturduğum sürece de hep geliyor azar azar. Hep varmış gibi hissediyorum...' (K23)

'...Benim için ölüm kalım meselesi durumuna geldi artık. Sürekli kaçır, çamaşır değiştir, sonra yıkan... Artık bu durum beni yordu. Geçmesini o kadar çok istiyorum ki. Çok istiyorum işte...' (K24)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin kendisi için ne kadar önemli olduğuna ilişkin değerlendirmeler yapıldığında, kadının kendisi için **önemli** olduğu ifadeleri şöyledir;

'... Eşim çocuklarımla yaşıyorum ama onları etkilemiyor ki. Beni etkiliyor bu durum beni...' (K9)

'...Benim için de ailem için de önemli tabi ki...' (K13)

'...Benim için sıkıntı herşey. Kim ne yaşıyorsa kendi yaşıyor...' (K17)

'...Vallaha benim için önemli daha yaşım 57. Tedavi olmak istiyorum. İleriye doğru daha kötü olmasını istemiyorum...' (K18)

'... Önemli tabi. Şimdi tuvalete gidiyorum hemen 10 dk sonra yine geliyor. Çok sık tuvalete gidiyorum. Ama ailemi bu durum etkilemiyor...' (K19)

‘...Benim için çok önemli çünkü benim psikolojimi bozuyor. Ben her şeyi kafaya takan biriyim...’ (K21)

‘.... Onlar için önemli değil ama beni rahatsız ediyor benim için önemli. Yaş ilerliyor daha kötü olmadan tedavi olmak istiyorum...’ (K29)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin kendisi için ne kadar önemli olduğuna ilişkin değerlendirmeler yapıldığında, kadının kendisi için **çok önemli değil** ifadesi şöyledir;

‘...Çok önemli değil. Ama şu an 46-47 yaşındayım. Önlem almam gerektiğini düşündüm ilerisi için...’ (K12)

Tablo 4-16: İdrar Şikayetlerini Azaltmak İçin Başvurulan Yöntemlerin Dağılımı

	n	%*
	21	70,0
	10	33,3
İdrarla ilgili şikayetlerinizi azaltmak için hangi yönteme başvurdunuz?	Hekime gitmek	70,0
	İlaç kullanımı	33,3
	Kegel egzersizleri	10,0
	Yiyecekleri kısıtlama	10,0
	Hekim önerisi ile suyu arttırma	10,0
	3	10,0
	Su/sıvı azaltma	10,0

*Birden çok seçenek ifade edilmiştir.

İdrarla ilgili şikayetleri azaltmak için başvurulan yöntemler incelendiğinde (Tablo 4-16); %70’inin (n=21) hekime gittiği, %33,3’ünün (n=10) ilaç kullandığı, %10’unun (n=3) Kegel egzersizleri yaptığı, %10’unun (n=3) yiyecekleri kısıtladığı, %10’unun (n=3) hekim önerisi ile suyu artırdığı, %10’unun (n=3) su/ sıvı azalttığı saptanmıştır.

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvurulan yöntemin **hekime gitmek** olduğu ifadeleri şöyledir;

‘...Doktora geldim şikayetlerim için. Buraya gelmeden önce çok doktor gezdim. Hem özel hem devlet hastanelerini. Kadın doğuma da gittim ürolojiye de gittim. İstanbul’a bile bunun için gittim. Orada özelde doktora çıktım ama git gel zor oluyor hem para açısından da. Burada tedavime devam ediyorum artık. Bütün tahlillerim var elimde...’ (K3)

‘...Doktora gittim. İki kere kamera ile idrar torbama baktılar. Tekirdağ devlet hastanesinde ve Malkara devlet hastanesinde. Bir şey çıkmadı ondan. Çok uzun süreli hap kullandım. Ama hiç şikayetlerim azalmadı. Suyu da arttır dediler arttırdım ama geçmedi ki. Çünkü idrarım geldikçe ağrım oluyor. Geçmedi gitti...’ (K4)

‘...Doktora geldim işte. Daha önce hiç bir şey kullanmadım. Bunun için doktora gitmemiştim. Sadece çocuğumla ilgilenirken sıkıntı olduğu için geldim ben hastaneye...’ (K8)

‘...Kadın doğuma gittim işte. Bu şikayet için yeni geldim yani. Onun dışında bir şey yapmadım. Zaten idrar kaçırmayan kadın var mı ki?...’ (K9)

‘...İlk baş ciddiye almamıştım. Anlayacağınız umursamamıştım. Ama ilerleyince,10 dakikada bir tuvalete gidince, güldüğüm zaman altıma kaçırmaya başladığımda bir adım atmam gerektiğini fark ettim ve hastanenize geldim. Her kadın kaçırıyor öksürürken, hapsirirken. Arkadaşlar arasında konuşuyoruz bunu ama benimki daha fazla...’ (K13)

‘...Doktora gittim. Kendi açımdan bir şey yapmadım. Doktor da hap verdi ama ben bir faydasını görmedim bir zaman sonra bıraktım zaten neden faydası olmayan bir şeyi içeyim dedim. Sonra kontrole gittim bir şey olmadı yine. Hep var bu şikayetim kaçırıyorum. Bir tedavisi de yok diye düşünerek bırakmıştım doktorlara gitmeyi. Sonra size geldim...’ (K28)

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvuru yöntemini **ilaç kullanmak** olduğu ifadeleri şöyledir;

‘... Doktorlara gittim. Bir gecelik ilaç veriyorlardı. O zaman ne tahlil istediler ne de ultrason. Özel hastanelere gittim fayda görmedim. Devlet hastanesine gittim yine sonuç alamadım. En son üniversite hastanesine geldim...’ (K5)

‘... 4 sene önce hastaneye gitmiştim. Bütün testlerim yapıldı. Ürodinami bile yapılmıştı. Ameliyat demişlerdi o zaman ama olmadım. İlaç verdiler , ilaç kullandım. Fakat o zaman mutfakta çalışıyordum , çok ağır kaldırıyordum. Şikayetlerim geçmedi. Bir daha da iş koşturmacasından gitmedim...’ (K6)

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvuru yöntemin **Kegel egzersizleri yapmak** olduğunun ifadeleri şöyledir;

‘...İlk zamanlar bu kadar rahatsız etmiyordu. O dönem gittiğim doktor Kegel egzersizleri önermişti. O zaman biraz faydasını da gördüm ama son zamanlarda artık bunu yani bu egzersizleri bile yapabilecek durumda değilim. Yapsam bile faydasını göremiyorum. Kaçırımlarım çok arttı.Daha önce sadece öksürürken hapşırıırken kaçırıyordum.Şimdi hareket ettikçe kaçırıyorum...’ (K1)

‘...Hastaneye gittim devlet hastanesine. Rahat işeyim diye doktor bana tuvaletten idrarını sık bırak dedi. Ben de öyle yapıyorum. Hap verdiler bir de, içiyorum ama çok düzelmedi. Doğumlardan sonra çok kilo aldım ben. Kilo da verirken iyi olur dediler amaaaan onlar da her şeyi kiloya bağlıyorlar. Veremiyorum napayım...’ (K17)

‘...Sıvı fazla tüketmemeye çalışıyorum. Sırf tuvaletim gelmesin diye. Doktora gittim kaslarımda problem olduğunu söylediler. Kegel denilen bir egzersiz yaptırdılar. Biraz etkisi olsa da ben hala idrar kaçırmaya devam ediyorum. Egzersiz işe yaramadığı için ameliyat dediler. İlk başta hiç istemedim ama artık fazla rahatsız ettiğinden size geldim...’ (K24)

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvuru yöntemin **yiyecekleri kısıtlamak** olduğu ifadeleri şöyledir;

‘... Oooo... Çok doktor gezdim. Gitmediğim doktor kalmamıştı artık benim dermanım yok diye düşünüyordum. Hep antibiyotik ve ağrı kesici veriyorlardı. Sonunda sizin hastanenize geldim. Birkaç aydır burada tedavi görüyorum. Şikayetlerim azaldı ama bitmedi tabi. Burdaki doktor bana yediklerine dikkat et dedi. Kendini sen çözeceksin dedi. Ben de hangi yiyecekler şikayetimi arttırıyor onları bulmaya çalıştım. Mesela acı, baharatlı yiyemiyorum. Ayaklarımı üşütünce ağrım artıyor. Kışları çok zorlanıyorum...’ (K2)

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvuru yöntemin **hekim önerisi ile suyu arttırmak** olduğu ifadeleri şöyledir;

‘...İlk zamanlar çok sık gidiyorum diye su tüketmiyordum hiç. Sadece su da değil sıvı olan her şeyi çok az tüketiyordum. Sonra doktorlara gitmeye başlayınca su tüketmemek böbreklere zarar veriyormuş diye içmeye başladım. Öksürürken kaçırmıyorum ben. Sadece aniden sıkışıp kaçıyorum. Kiloyla alakası yoktur diye düşünüyorum. Ama kilo vermem lazım biliyorum.. Neyse onun dışında çok doktora gittim zaten...’ (K16)

Kadınların idrar şikayetlerini azaltmak için başvurduğu yöntemler değerlendirildiğinde; başvuru yöntemin **su/sıvı azaltmak** olduğu ifadeleri şöyledir;

‘...Hiç öyle kocakarı ilaçları kullanmadım. Bir ara içecek içmiyordum ama sonradan içmeye başladım. Ben içecek içtikçe boşaltıyorum. Başka da bir şey yapmadım...’ (K22)

‘...Su içmiyorum. Su içmeye de yemek yemeğe de korkar oldum. Hele ki yola çıkacaksam su da çay da kahve de hiç içmiyorum. Çünkü içince hemen geliyor. Onun için içmiyorum...’ (K23)

Tablo 4-17: İdrarla İlgili Şikayetlerin Nedenine İlişkin Dağılımlar

	n	%*
Doğum/ gebelik süreci	15	50,0
Fazla kilo	9	30,0
Fikri yok	7	23,3
Psikolojik durum/ stres	4	13,3
Soğuk almak/ üşütmek	4	13,3
Yaşın ilerlemesi	2	6,7
Menopoz	2	6,7
Ağır işlerde çalışmak	2	6,7
Cinsel ilişki	1	3,3
Ameliyat sonrası sonda	1	3,3

*Birden çok seçenek ifade edilmiştir.

Kadınların idrar şikayetlerinin nedenleri ile ilgili görüşleri incelendiğinde (Tablo 4-17); %50'sinin (n=15) doğum/ gebelik süreci, %30'unun (n=9) fazla kilo, %13,3'ünün (n=4) psikolojik durum/ stres, %13,3'ünün (n=4) soğuk almak/ üşütmek, %6,7'sinin (n=2) yaşın ilerlemesi, %6,7'sinin (n=2) menopoz, %6,7'sinin (n=2) ağır işlerde çalışmak, %3,3'ünün (n=1) cinsel ilişki, %3,3'ünün (n=1) ameliyat sonrası sonda yanıtını verdiği, %23,3'ünün ise (n=7) herhangi bir fikri bulunmadığı görülmüştür.

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **doğum/gebelik süreci** ifadeleri şöyledir;

'... Başta doğumdan dolayı olduğunu düşünmüştüm. Çünkü 22 saat süren bir doğum süreci yaşamıştım ve normal doğumdu ama hamileliğim sırasında da doktorum vajinal kaslarımın çok da olması gerektiği şekilde olmadığından bahsetmişti. Çünkü uzun bir süre düşük tehlikesi olan bir hamilelik sürecim oldu...'
(K1)

‘... Ben normal doğum yapmıştım. Alttan kesmişlerdi, o zaman doğumda olan bir ebe yanındakine fazla kesildi galiba demişti. Sonra sormuştum diktik biz bir sıkıntı yok demişlerdi ama ben ona bağlıyorum...’ (K6)

‘... Aslında şöyle bir şey. Normalde ikinci doğumumdan sonra başladığını düşünüyorum ben. Devamlı azar azar çoğalmaya başladı. Ben ilk doğumumu 16 yaşında yaptım ikincisini de 21 yaşında yaptım. Belki bunların etkisi olabilir ama 2. doğumdan sonra çok daha fazla arttı...’ (K9)

‘... İlk baş bir fikrim yoktu. Doktora gittikten sonra doğumdan dolayı olduğunu söylediler. Yani benim düşüncem doğumda fazla zorlandığım için kaslarımda bir gevşeme oldu ve o günden sonra başladı. Yaklaşık 5 sene oluyor işte. E bu süre zarfında benim de ihmallerim var belki o zaman bi destek alsaydım böyle olmazdı...’ (K24)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **fazla kilo** olduğunun ifadeleri şöyledir;

‘... Kilonun da bu idrar kaçırma şikayetine sebep olacağını duymuştum. O yüzden kilo ve sıkıntılı geçen bir hamilelik ve doğum sürecimin buna etken olabileceğini düşünüyorum. Son zamanlarda daha da fazla kilo aldım. O yüzden şikayetlerim daha da arttı...’ (K1)

‘... Psikolojik olur mu bilmiyorum kilom da var aslında ona bağlı diyor arkadaşlar ama. Ben pek zannetmiyorum...’ (K7)

‘... Kilodan sanırım. Vermem lazım. Bir ara biraz kilo vermiştim daha iyiydim sanki o zaman. Vardı kaçırmam ama bu kadar değil...’ (K10)

‘... Benim bu şikayetim yıllardan beri var. Arkadaşlarla konuşurken söyledim onlara. Onlar da sen bu şikayeti neden çekiyorsun ki artık her şeyin çaresi var dediler. Neden gitmiyorsun dediler. Açıkçası ben bu şikayetler için bir doktorun olduğunu bilmiyordum. Doğumlarımdan sonra oldu biraz da kilo almıştım doğumdan sonra. Hatta gittiğim ilk doktor önce bana kilo vermelisin dedi. Onun için diyetisyene gönderdi beni. Ama yemek yemeği seviyorum napayım...’ (K23)

‘... Kilom sanırım. İnternette öyle yazıyordu. Bir de doğumlarım. Normal doğurdum ben bir de zor doğum olmuştu. Ondandır sanırım ama net bilmiyorum...’ (K25)

‘... 10 senedir var bu ben de. Ben kilomdan dolayı diye düşünüyorum daha önce hiçbir destek almadığım için kesin bir şey diyemeyeceğim. Ama bence bu kaçırmalarım kilom neden oluyor...’ (K29)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **psikolojik durum/stres** ifadeleri şöyledir;

‘... Menopoza girdim ya ondan bir de doktor bana zayıfla dedi. Ben zayıflayamadım. Amaaan zaten her şeyi kiloya bağlıyorlar. Strese de bağlı bence. Stresli olduğumda şikayetim daha fazla artıyor...’ (K4)

‘... Strese bağlı. Eşimin aile sorunları. Onları kafamdan atamıyorum. Anlatmak istemiyorum sorunları ama bir anlatsam size var ya... Yıllarca bir sürü üzüntü, stres. Sonunda bu hale geldim işte. Bir de kızımın doğumu var. On sekiz yıl sonra hamile kalmıştım. Yıllar sonra uykusuz kalmak şikayetlerimi daha da arttırdı...’ (K5)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **soğuk almak/üşütmek** ifadeleri şöyledir;

‘... Üşüttüğüm zaman daha fazla oluyor kışın. Ayaklarımdan üşüdüğüm zaman daha çok oluyor. Bir de kilodan sanırım. Vermem lazım. Bir ara biraz kilo vermiştim daha iyiydim sanki o zaman. Vardı kaçırmam ama bu kadar değil...’ (K10)

‘...Üşüdüğüm zaman oluyor diye düşünüyorum. Ayaklarımdan üşüdüğü zaman...’ (K22)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **yaşın ilerlemesi** ifadeleri şöyledir;

‘... Yaş ilerledikçe olmaya başladı. Doğum da etkili olabilir 4 tane doğum yaptım...’ (K15)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **menopoz** ifadeleri şöyledir;

‘... Son doğumdan sonra başladı. Aslında o da değil. Çünkü çocuğum 9 yaşında. Ama bir de ben adetten kesildim. Ondan oldu galiba. Çünkü 1 sene oldu kesileli...’ (K8)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **ağır işlerde çalışmak** ifadeleri şöyledir;

‘... Doğumlardan, tarlada çalışmaktan... Yıllardır tarlada çalıştım ağır kaldırdık. Bir de doğumlar hepsi evde oldu. Şimdi de dertler başladı. Yılların birikimi...’ (K17)

‘... Şimdi biz doğrusunu söylemek gerekirse köyde yaşadık. Her türlü işi yaptık. Hayvan da baktık, tarlada da çalıştık. Benim bu idrar kaçırmam artınca ben kadın doğum doktoruna çıktım ağır kaldırmaktan dedi bana. Ben de ondan olduğunu düşünüyorum...’ (K26)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **cinsel ilişki** ifadeleri şöyledir;

‘... İdrar kaçırmam çocukluğumdan beri var. Ama evlendikten çocuğum olduktan sonra daha daha çok arttı doğum ve cinsel ilişkimden dolayı oldu diye düşünüyorum...’ (K28)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **ameliyat sonrası sonda** ifadeleri şöyledir;

‘... Ben şimdi hemşire hanım 2007 yılında kadın hastalıklarından ameliyat oldum. O zaman sonda taktılar. O zamandan beri sanki böyle bi yaralanma mı bir şey oldu. Ondan sonra bende bu şikayetler başladı...’ (K19)

Kadınların idrar şikayetlerinin nedeni incelendiğinde; **bilmeyen/fikri olmadığı** ifadeleri şöyledir;

‘.. Aslında kimine göre yaş kimine göre kilom... Ama bazıları da psikolojik diyorlardı. Ben de bilmiyorum ki işte... Allah'ın takdiri... ’ (K2)

‘...Bilmiyorum ki neden olur. Hiçbir bilgin yok bu konuda. Sadece yıllardır çektiğimi biliyorum ama sebep ne bilmiyorum. Doktorlar da bir şey demedi bana bunun sebebini... ’ (K3)

‘... Bence bir nedeni yok. Ya da var da ben bilmiyorum ya da bulamıyorlar. Çünkü nörolojiye de gönderdiler beni. Ordan da bir sıkıntı yok dediler. Bilmiyorum yani... ’ (K16)

‘... İnanın hiçbir fikrim yok. Ne araştırdım ne soruşturdum. Hiçbir şey bilmiyorum... ’ (K30)

Tablo 4-18: İdrarla İlgili Şikayetlerin Hayatlarında En Çok Neyi Etkilediğine İlişkin Dağılım

	n	%*
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz hayatınızda en çok neyi etkiliyor?		
Çok tuvalette kalmak/ sık gitmek	13	43,3
Dışarı çıkamamak/ sinema-tiyatro gidememek	12	40,0
Bir yere uzanmak/ hareket etmek/ yürümek	11	36,7
Cinsel hayat	9	30,0
Yolculuk yapamamak	8	26,7
Namaz kılamamak	7	23,3
Ev işi yapamamak	7	23,3
Uykusuz kalmak	6	20,0
Nezle-grip olmaktan / hapsırmak/ öksürmekten korkma	5	16,7
İş yeri/ okulda sıkıntı yaşamak	5	16,7
Ruhsal sıkıntı	5	16,7
Çocuk/aile ile ilgilenememek	4	13,3
Doyasıya gülememek	3	10,0
Tahriş/ yaraların verdiği sıkıntı	3	10,0
Pedlerin/ bezlerin/ idrarın kokusu	3	10,0
Su içmekten korkma	1	3,3

*Birden çok seçenek ifade edilmiştir.

Kadınların, idrarla ilgili olan şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-18); %43,3'ü (n=13) çok tuvalette kalmak/ sık gitmek,

%40'ı (n=12) dışarı çıkamamak/sinema-tiyatro gidememek, %36,7'si (n=11) bir yere uzanmak/ hareket etmek/ yürümek, %30'u (n=9) cinsel hayat, %26,7'si (n=8) yolculuk yapamamak, %23,3'ü (n=7) namaz kılamamak, %23,3'ü (n=7) ev işi yapamamak, %20'si (n=6) uykusuz kalmak, %16,7'si (n=5) nezle-grip olmaktan/hapşırarak/öksürmekten korkma, %16,7'si (n=5) iş yeri/okulda sıkıntı yaşamak, %16,7'si (n=5) ruhsal olarak etkiliyor, %13,3'ü (n=4) çocuk/aile ile ilgilenememek, %10'u (n=3) doyasıya gülememek, %10'u (n=3) tahriş/ yaraların verdiği sıkıntı, %10'u (n=3) pedlerin/ bezlerin/ idrarın kokusu ve %3,3'ü (n=1) su içmekten korktuğunu bildirmişlerdir.

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerinin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; hayatlarında en çok **tuvalette kalmak/sık tuvalete gitmek** ifadeleri şöyledir;

'...Bir yere gidiyorum idrarım gelmiş gibi hissediyorum, namaz kılacağım sanki sızıntı oluyor gibi hissediyorum rahatsız oluyorsun yani. Gittiğim her yerde de tuvalete oturmak istemiyorum. Tuvalete oturunca da hemen bitmiyor ki. Şıp şıp hep damlıyor. Yarım saat otursam damla damla gelir...' (K15)

'...Tuvalette çok kalıyorum diye çok rahatsız oluyorum. Misafirlikte bazen sıkıntı oluyor. İnsanlar yanlış anlayacaklar diye korkuyorum. En çok aldığım şey de iç çamaşırı. Sürekli değiştiriyorum diye...' (K17)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; hayatlarında en çok **dışarı çıkamamak/sinamaya, tiyatroya gidememek** ifadeleri şöyledir;

'...Her öksürdüğümde hapşurduğumda kaçırmaya engel olamıyorum. Sinemaya bile gitmek istemiyorum. Özellikle komedi filmlerine... Çünkü o zaman kaçırmaktan ziyade altıma işeyebiliyorum. Gülerken hiç tutamıyorum. Hareket ettikçe de kaçırıyorum. Eğilip kalkerken... Anlayacağınız her şeyi etkiliyor...' (K1)

'...Hayatımda en çok namaz kılmamı, dışarı çıkmamı, ev işerimi yapmamı, güne gitmemi etkiliyor. Mesela dışarı çıkmak istiyorum çıkıyorum 10 dk falan

geçmiyor çişim geliyor mecburen orda olan dükkan sahiplerinden rica edip tuvaletlerini kullanıyorum hem hijyensiz hem de utanç verici bir durum. Bizim komşularla günümüz oluyor her hafta ben artık gitmeye utanıyorum. Çünkü 5 dk bir tuvalete kalkıyorum e komşularım da bu durumdan rahatsız oluyor. Tam birşey anlatıyoruz yarım kalıyor...' (K25)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **bir yere uzanmak/ hareket etmek/ yürümek** ifadeleri şöyledir;

'...Ne uyku kaldı ne hayat. Namaz kılamaz oldum... Her şeyi etkiliyor ki. Bence neyi etkilemiyor diye sorsanız daha iyi... Yataktan kalkmak istemiyorum. Yürümek istemiyorum. Dışarı çıkamıyorum...' (K2)

'...Hayatımda en çok yürümeme, hareket etmeme engel oluyor. Ev işlerinde koşturmamı etkiliyor...' (K20)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **cinsel hayat** ifadeleri şöyledir;

'... Tüm hayatımı etkiliyor. Cinsel hayatım hiç yok...(K4)

'... En çok neyi etkilediğini söyleyemem. Çünkü tüm hayatımı etkiliyor. Cinsel hayatımı bile...' (K24)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **yolculuk yapamamak** ifadeleri şöyledir;

'... Hadi bunu geç tiyatroya, uzun yolculuğa gidemiyorum. Hem çok su iç dediler diye çok su içiyorum hem gece uykudan kalkıyorum okulda da öyle. Bu hastalık nasıl biliyor musun ? Yılan gibi... Ne zaman çıkacağı belli değil. Günü saati belli değil...' (K4)

'...Memlekete gidemiyorum. Annemin yanına gidemiyorum. Otobüsle gitme şansım yok. 10 dakika da bir, yarım saatte bir tuvaletim geliyor. Öyle bir şansım yok. En son babamın cenazesine gidebilmişim. Evde de etkiliyor. Tuvalete çok gitmemek için kendimi sıktıkça ağrı vücuduma yayılıyor, tüylerim diken diken oluyor. Doktor

diyor biraz sık biraz tut kendini ama sıksamda hiçbir faydası yok. Mecbur tuvalete koşarak gidiyorum...’ (K5)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **namaz kılamamak** ifadeleri şöyledir;

‘...Namazımı etkiliyor söylemişim. Birine sarılacağım zaman birazcık uzansam kaçırıyorum (ayağa kalkıp kollarını uzatarak söyledi). Yolculuğumu etkiliyor. En ufak bir sarsıntıda kaçırıyorum. En ufak bir ayağım sendelese bile kaçırıyorum. Koşsam ya da hızlı adım atarken bile, hafif zıpladığımda kaçıyor hemen. Kilodum ıslandığı zaman ben de rahatsız oluyorum sürekli...’ (K10)

‘...Bir kere mutfak dolabımın üstünden tenceremi almak için tabureye çıktım. Çıkarken kaçırdım. Bu durum beni çok rahatsız ediyor devamlı ben bez kullanıyorum. Namaz kılıyorum be yavrum. Bu durumdan dolayı namaz kılamaz oldum... (K11)

‘...Mesela her gittiğim yerde bir tuvalet arıyorum. Ped kullanıyorum. Kilot gibi bezler var ya onlardan giyiyorum. Namaz kılıyorum mesela abdest alıyorum gidiyorum tam namazı kılacağım yine kaçırıyorum. Tekrar abdest alıyorum. Tekrar namaza oturuyorum...’ (K19)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **ev işi yapamamak** ifadeleri şöyledir;

‘...Evde sıkıntı oluyor çok. Çünkü ben çok dışarı çıkmıyorum. Bu şikayetlerden dolayı işten çıkmıştım zaten. Şimdi pek evden çıkmıyorum. Sosyal hayatım yok yani. Şimdi diyorum ilerde biraz daha yaşlanırsam bu bana daha çok engel olacak. Bazen ilişki sırasında idrar kaçırıyorum. Bazen de ilişki sırasında çok sıkışıyorum mecbur ara verip tuvalete gidiyorum. Diyorum eşim bıktı benden...’ (K7)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **uykusuz kalmak** ifadeleri şöyledir;

‘...Bunaltıyor beni. İş yapamıyorum. Evde zaten hastam var ona bakıyorum. Bir de uyku yok. Daha ne şikayeti olsun ki. Uykusuz, stresli, darlanıyorum hep. Sinirleniyorum. Hastam var zaten ona bakmak çok zor...’ (K3)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **nezle-grip olmaktan / hapşürmek/ öksürmekten korkmak** ifadeleri şöyledir;

‘...Grip olmaktan nefret ediyorum. Bu yüzden sürekli dikkat ediyorum. Her öksürükte her hapşurukta idrar kaçırmam bence tek bir şeyi etkileyemez. Örneğin çocuğumu parka çıkartacağım gidiyoruz. Çocuğum daha yeni başlıyor oynamaya. Her ne kadar altımda pedim olsa da çişimi kaçırdığımda kendimi rahatsız hissediyorum. Mecburen eve dönüyoruz ve onun üzülmesi beni mahvediyor...’ (K24)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **iş yeri/ okulda sıkıntı yaşamak** ifadeleri şöyledir;

‘...Okulumu, gezmemi, yolculuğumu, dışarı çıkmamı... Her şeyimi etkiliyor ki! En çok gezmemi etkilemesine canım sıkılıyor...’ (K16)

‘...Ben bunu yıllarca çektim. Ben küçüklüğümde beri çalışıyorum. Annem babam da yok benim. İki çocuğum ve eşim var. Çalışmaktan doktora gitmeye fırsat bulamazdım. Hiç kendimi düşünmezdim ben. İş yerinde mesela birden çişim geliyor işimi bırakmak zorundayım o anda. Ama elin işinde çalıştığın için bırakamıyorsun. Ama o anda tuvalete gitmek zorundasın. Mesela makinede çalışıyorsun birden bırakıp tuvalete koşuyorsun. Mesela şimdi sizle konuşurken sizin tuvaletiniz geldi hemen tuvalate koşuyorsunuz...Müdürlerin geliyor şeflerin geliyor iş başındayken, onların yanında işi bırakmak zorunda kalıyorsun. O beni çok etkiledi iş hayatında...’ (K23)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **ruhsal olarak olumsuz etkilenmek** ifadeleri şöyledir;

‘...Hiç bir şey yapmama engel değil rahatsız oluyorum sadece. Temizlik hijyen açısından beni etkiliyor işte. Sürekli kaçırdıkça kasıklarımın altını yıkıyorum

mesela psikolojik olarak kendimi rahatsız hissediyorum çünkü. Hayatımı değil ama beni çok etkiliyor... (K29)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **çocuk/aile ile ilgilenememek** ifadeleri şöyledir;

'...En çok çocuğumla ilgilenmemi etkiliyor. Dört kez okula gidip geliyor. Yol mesafesi de var biraz yürenecek. Zor oluyor bana. Koştı koştur hep gidip geliyor... (K8)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **doyasıya gülememek** ifadeleri şöyledir;

'...Dediğim gibi ben artık gülemez oldum. Gülünce altıma işemekten korkuyorum... (K13)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **tahriş/ yaraların verdiği sıkıntı** ifadeleri şöyledir;

'...Bir yerdeyken çişim geldiğinde hemen girmem lazım. Yoksa tutamıyorum. Aslında her şeyimi etkiliyor. Her türlü etkiliyor. Vücudum tahriş oluyor. Bacak aralarımda kızışmalar oluyor. Çünkü bez kullanıyorum sürekli. O bölgede de tahrişler oluyor. Benim alerjik bir cildim var. Sürekli bez kullandığım için mesela ben adet pedii pedi kullanmamam lazım ama yeri geliyor ben mecburen adet pedi koymak zorunda da kalıyorum ki o ıslaklığı da alabilsin diye. O da tahriş ediyor. Ben normalde adetken de rahatsız olurken bu sefer uzak bir yere gideceğim zaman ne bileyim düğüne falan gideceğim zaman mecbur kaldığım yerlere gideceğim zaman hep böyle pedlerle gidiyorum. Ben artık öyle bir şeyim ki adet pedini sürekli taşıyan bir insan oldum... (K9)

'...Ya etkilemesi rahatsızlık veriyor. Bir yere şey yani çarşıya falan giderken yolda falan gidiyor kaçırıyorum. Bez takmak zorundayım. Takmazsam asla bir şey yapamam ne yemek ne temizlik ne de çarşıya inebilirim. E bez de yara yapıyor bu yüzden çok takmak istemiyorum e böyle olunca da evden dışarı çıkmıyorum sürekli evdeyim... (K26)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **pedlerin/ bezlerin/ idrarın kokusu** ifadeleri şöyledir;

‘...Etkilemediği şey yok ki. Sürekli çamaşırım ıslak. İbadetimi yapamıyorum. Temiz gezemiyorum, idrar kokuyorum. İşten çıkıp eve giderken yol yarım saat olmasına rağmen idrar kaçıyorum. Resmen paçalarımın akıyor. İş yerinde zaten çok sıkıntı...’ (K6)

Kadınların, idrarla ilgili şikayetlerin hayatlarında en çok neyi etkilediği incelendiğinde; **su içmekten korkma** ifadeleri şöyledir;

‘...Bir kere su içmeye korkuyorum. Hasta olmaktan yani grip nezle olmaktan çekiniyorum. Her öksürdüğümde hapsurduğümde kaçırmaya engel olamıyorum...’ (K1)

Tablo 4-19: İdrarla İlgili Şikayetlerin Sosyal Yaşantıyı Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım

		n	%
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz sosyal yaşantınızı nasıl etkiledi?	Sosyal hayatı kalmadı	9	30,0
	Etkilemiyor	10	33,3
	Çok etkiliyor	8	26,7
	Biraz etkiliyor	3	10,0

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantıyı nasıl etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-19); %30’unun (n=9) sosyal hayatının kalmadığı, %26,7’sinin (n=8) çok etkilendiği, %10’unun (n=3) biraz etkilendiği ve %33,3’ünün (n=10) etkilenmediği saptanmıştır.

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarını nasıl etkilediği incelendiğinde; kadınlarda **sosyal hayatın kalmadığının** ifadeleri şöyledir;

‘...Dışarı çıkamıyorum ki. Komşuya bile gitmekten sıkılıyorum. Bana misafir geliyor ama kendi evim diye istediğim zaman tuvalete gidiyorum. Ama bir başkasına

gidemiyorum. Elalemin evinde dakikada bir tuvalete gidilmiyor ki. En iyisi evden çıkmamak...' (K3)

'...Sosyal hayatım mı? Hastaneye geliyorum sadece bir de okula gidiyorum. Komşularım vardı onlara gidiyordum. Bir keresinde gittiğimde 10 dakikada bir tuvalete gittim. Komşum dedi ki ; "benim tuvaletimi kullanamazsın , bulaşıcı bir hastalığın olabilir." o kadar çok zoruma gitti ki , ben ondan sonra komşuluk ilişkimi hep kestim. Eve geldim hep ağladım. Şimdi ki komşularım gel diyor bir şey olmaz ama o komşumun dediklerini unutamıyorum. Bunlar da ben gittikten sonra arkamdan bir şey derler diye düşünüp gitmiyorum...' (K5)

'...İşi bıraktım bu yüzden. Dedim ya pek sosyal hayatım da yok. Gülerken, öksürürken dedim ya size bazen yürürken bile kaçırıyorum. Nasıl olsun ki sosyal hayat?...' (K7)

'...Sosyal yaşantı bırakmadı ki. Arakadaşlarla bir yere gideceğiz mesela gitmeden hemen hesap yapıyorum. Yürüme mesafesi ne kadar?, tuvaleti var mı?, tutabilir miyim o kadar? Bazen gitmekten vazgeçiyorum. Yurtta kalıyorum ben onlar gidiyor. Gitmeyi çok istediğim bir yere yedek çamaşırlar çantaya alıyorum. O yüzden çantalarım hep büyüktür benim. Ped koyuyorum bir de...' (K16)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarını nasıl etkilediği incelendiğinde; **sosyal hayatın çok etkilendiği** ifadeleri şöyledir;

'...Her dışarı çıktığımda tuvaleti olan yerleri tercih ediyorum. Çok uzun süre yürümek istemiyorum. Dışarıda olduğum zaman sıvı tüketmeye korkuyorum. Sürekli dikkat etmek zorunda olduğumdan mümkün olduğunca evden çıkmak istemiyorum. Çıkacaksam da önce tuvalet olan yer bakıyorum. Mümkünse tuvalete yakın yerlerde zamanımı geçiriyorum...' (K1)

'...Gezmemi etkiliyor. Açıkçası sosyal hayatım yok. Bir yere gideceksem de mutlaka tuvaleti olan bir yere gidiyorum. O da mecbursam gidiyorum. Keyfi gittiğim yer işkenceye dönüşüyor zaten. Pikniğe gittiğim gün işte. Kabusa dönüştü. Eğlenmeye gittiğim yerden ağlayarak döndüm...' (K6)

'...Etkiledi tabi. Mesela turlara gitmek istiyorum. Emekli oldum artık gitsem gideceğim ama gidemiyorum bundan dolayı. Çünkü turlarda belirli yerlerde durma var araba benim için duramaz. O yüzden katılamıyorum. Sosyal hayatımı da çok etkiliyor yani. Engelliyor beni. Turlara katılamıyorum. Arkadaşlarımla bir yere gidemiyorum sırf bu yüzden. Şimdi diyeceksin sadece uzak yerleri mi etkiliyor. Çarşıdayken de etkiliyor aslında. Geldimi tuvaletim mutlaka tuvalete olan bir yere giriyorum. Bu kafe olur, restoran olur, kuaför olur fark etmez yani. O an gitmek zorundayım. Ama rica edene kadar zaten yarısı gitmiş oluyor. Islanmış oluyorum. Ama tura asla katılamıyorum. Çok istiyorum ama katılmayı. Turlarla gezmeyi çok istiyorum. Mesela geçen yıl kızım gitti. Hatta hep beraber gidelim dedi. Bana da yer ayırtmıştı ama iptal etti benimkini. Çünkü yapamam. Boşuna hiç yola çıkmayayım. Yazık paraya. Kızım bile iyiki anne gelmemişsin dedi. Çünkü belirli yerlerde duruyor anne dedi. Seninle kimse oynamaz orda. Bakma babam seni istediğin yere sokuyor ama tur öyle değil dedi. Anne sen kesinlikle yapamazsın dedi...' (K23)

'...Ben dışarıda tuvalete asla girmeyen bir insandım. Ama zorda kaldığım için mecburen giriyorum. Dışarı çıkıyoruz arkadaşlarımla. Kızlara dediğim tek şey tuvaleti temiz olan bir yere gidelim. Eşimle yemeğe çıkarız biz 2 haftada bir en az 10 kere o masadan kalkarım eşim bu durumdan ister istemez rahatsız oluyor. Gezmeye gideriz ailecek her haftasonu ben bez takmadan gidemiyorum bu beni çok rahatsız ediyor daha yaşımda genç bu durum beni bitirdi bitirdi...' (K24)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarını nasıl etkilediği incelendiğinde; **sosyal hayatın biraz etkilendiği** ifadeleri şöyledir;

'...Sosyal hayatımın birazını etkiliyor. Yine arkadaşlarımla görüşüyorum ama bir şey anlatayım size. Bir kere müfettiş gelmişti okula, onun bile yanında duramadım. Hemen tuvalete gittim. Arkadaşlarıma da rezil oldum. Kurulda hep söylediler, her toplantıda benimle dalga geçiyorlar. Uzun yolculuğu çıkamıyorum. Sinemaya tiyatroya gidemiyorum. Öğrencilerime gidin izleyin diyorum kendim gidemiyorum ama...' (K4)

'...Ped kullanırsan rahatım. Sık sık tuvalete gidiyorum. Gezmemi etkilemiyor. Bir tek uzun yolculukta sıkıntı...' (K10)

‘...Sosyal yaşantımı çok fazla etkilemiyor ama gittiğim mekanda tuvalet olmazsa o mekana oturmuyorum. Yani anlayacağınız tuvalet nerede ben orada...’
(K13)

‘...Dışarı çıkıyorum çıkmasına da. Kriterlerim var. Örneğin tuvaleti olmak zorunda, mesafesi çok uzak olmamalı sırf bu yüzden ben çarşıya taşındım ve de kendi kuralım var çok sıvı tüketmiyorum hatta bazen hiç içmiyorum. Konuştuğum bir çocuk var çocuğu bir kere evime davet ettim. Neden çok sık tuvalete gittiğimi sordu ben ona cevap veremedim. Utancımdan domates gibi kızardım. Sonra işte birazda bunun da etkisi oldu hastaneye gelmemin. Yani ilişki yapmamı da etkiliyor bu durum...’ (K30)

Kadınların idrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarını nasıl etkilediğı incelendiğinde; **sosyal hayatı etkilemediğinin** ifadeleri şöyledir;

‘...Aslında arkadaşlarımla görüşmemi pek engellemiyor. Önlemimi alıp çıkıyorum öyle bir durumda. Yedek adet pedi alıyorum yanıma. Tabi yedek iç çamaşırı da. Kokuyor çünkü...’ (K8)

‘...O kadar daha olmadı. Şimdi şöyle bir şey koku hissetmeye başladım. Artık o kadar ki koku rahatsız etmeye başladı. Bez de koysam adet pedi de koysam bu idrar kokusunu ben kendim almaya başladım çok çok. Ama yine gideceğim yerlerime gidiyorum. Arkadaşlarımla da görüşüyorum...’ (K9)

‘...Dediğim gibi ped takınca istediğim her yere gidebiliyorum. Damla damla aktığı için ped bana yeterli oluyor. Mesela buraya gelirken bile ped taktım ben...’
(K18)

Tablo 4-20: İdrarla İlgili Şikayetlerin Sosyal Yaşantılarına Etkisine İlişkin Nedenlerin Dağılımı

	n	%*
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz sosyal yaşantınızı nasıl etkiledi?		
Dışarı çıkınca tuvaleti olan yerleri tercih etmek zorunda olmak	11	36,7
Evden çıkmak istememek	10	33,3
Uzun yürüyememek/ yolculuk yapamamak	9	30,0
Arkadaşlarla görüşmeye gidememek	8	26,7
Kokudan kendini rahatsız hissetmek	3	10,0
Sıvı tüketme korkusu	2	6,7
İş yerinde/ okulda dalga geçilme durumu	2	6,7
Sinema-tiyatro vb. aktivitelere gidememek	1	3,3

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir

İdrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarına etkisine ilişkin nedenler incelendiğinde (Tablo 4-20); %36,7'sinin (n=11) dışarı çıkınca tuvaleti olan yerleri tercih etmek zorunda olması, %33,3'ünün (n=10) evden çıkmak istememesi, %30'unun (n=9) uzun yürüyememesi/ yolculuk yapamaması, %26,7'sinin (n=8) arkadaşlarla görüşmeye gidememesi, %10'unun (n=3) kokudan kendini rahatsız hissetmesi, %6,7'sinin (n=2) sıvı tüketme korkusu, %6,7'sinin (n=2) iş yerinde/ okulda dalga geçilme durumu ve %3,3'ünün (n=1) sinema-tiyatro vb. aktivitelere gidememesi olduğu görülmektedir.

İdrarla ilgili şikayetlerin sosyal yaşantılarına etkisine ilişkin nedenlerin ifadeleri şöyledir;

'...Gezmeye gidemiyorum günlerim vardı arkadaşlarımla onlardan bile geri kaldım. Ara ara iyi olduğumda konu komşuya gidebiliyorum sadece... O da genelde yazları oluyor. Kışın hele hiç çıkmıyorum dışarıya. Kışın kaç kat giyindiğimi görseniz şaşırırsınız. Artık her şeyden korkar oldum. Ya üşütürsem daha çok ağrım olursa diye çok korkuyorum...' (K2)

‘...Gittiğim yerlerde ben ilk baş tuvalet bakar oldum. Bez kullandığım için başka bir sıkıntım yok. Ama mesela yaşım var benim ben onu bir yere götüremiyorum artık...’ (K11)

‘...Dışarı çıkarken tuvalete kesin girerim. Girmeden çıkmam. Onun harici bir şey yok. Ben kendimi biliyorum geldiği gibi tuvalete gidiyorum...’ (K12)

‘...Yola çıkacağım zaman ayarlarım kendimi ilk tuvalete girerim sonra tuvalet olabilecek bir yere gitmek isterim. Komşuya gidiyorum tutuyorum çişimi. Tutmakta zor sıkıntı yapıyor...’ (K15)

‘...Gezmeye çıkarken tedbir almak zorundayım artık. Yolculuk sırasında bu kaçırmadan dolayı çok sorun yaşıyorum...’ (K19)

‘...İşte anlattığım gibi ne arkadaşlarımı görebiliyorum ne de dışarı çıkabiliyorum. Yeminle kendime acıyorum. Bir insan 10 dk bir tuvalete gider mi be kızım? (gözleri dolarak) Bir an evvel bana yardım edin ben günlerime devam etmek, namazımı kılmak, dışarı çıkmak istiyorum...’ (K25)

‘... Dediğim gibi pek dışarı çıkmazdım. Şimdi hiç çıkmak istemiyorum sonuçta ağrın oluyor hadi bu tamam da kaçırınca herkes içinde kendimi rahatsız hissediyorum sanki etrafıma koku yayılıyor herkes biliyor kaçırdığımı gibi hissediyorum...’ (K28)

‘... Dışarı çıkmak istemiyorum mesela. Çünkü dışarıda tuvalete girmiyorum. Eve yetişene kadar da zaten kaçırmış oluyorum. Biraz adet pedi koruyor işte beni. Zaten pek dışarı çıkamıyorum. Yorgun düşünüyorum halsiz oluyorum. Ayda yılda bir çıkıyorum o da sonuç bu kaçıyorum...’ (K29)

Tablo 4-21: İdrarla İlgili Şikayetlerin Genel Sağlık Durumunu Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım

		n	%
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz genel sağlık durumunuzu nasıl etkiledi?	İdrar kaçırdığı için bu duruma üzülüyor	8	26,7
	Uykusuzluk ve sürekli tuvalette olmaktan mutsuz	4	13,3
	Uykusuzluktan yorgun	4	13,3
	Sorunu yok	4	13,3
	Pişik olmaktan ve psikolojisinin bozulmasından şikayetçi	3	10,0
	İdrar kaçırdığı için ve ağrı/yanmalarından duruma üzülüyor	3	10,0
	Tahriş ve pişikten dolayı üzülüyor	2	6,7
	Uykusuzluktan yorgun ve psikolojisinin bozulmasından şikayetçi	1	3,3
	Sorunu yok, duygusal yönden etkileniyor	1	3,3

İdrarla ilgili şikayetlerin genel sağlık durumunu nasıl etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-21); %26,7'sinin (n=8) idrar kaçırdığı için bu duruma üzüldüğü, %13,3'ünün (n=4) uykusuzluk ve sürekli tuvalette olmaktan mutsuz olduğu, %13,3'ünün (n=4) uykusuzluktan yorgun olduğu, %10'unun (n=3) pişik olmaktan ve psikolojisinin bozulmasından şikayetçi olduğu, %10'unun (n=3) idrar kaçırdığı için ve ağrı/yanmalarından duruma üzüldüğü, %6,7'sinin (n=2) tahriş ve pişikten dolayı duruma üzüldüğü, %3,3'ünün (n=1) uykusuzluktan yorgun ve psikolojisinin bozulmasından şikayetçi, %3,3'ünün (n=1) genel sağlık sorun olmadığı ama duygusal yönden etkilendiği görülürken, %13,3'ünde (n=4) hiçbir sorun görülmemektedir.

İdrarla ilgili şikayetlerin genel sağlık durumunu nasıl etkilediği ile ilgili kadınların ifadeleri şöyledir;

'... Uykusuzum... Psikolojik olarak da sıkıntıya girdim. Sanki hiç düzelmeyecekmişim gibi. Çevremdekilerde hep öyle dedi zaten... Bana hep sen

psikolojik hastasın onun için doktora git dediler ona bile gittim. İnsanlara uyduruyormuşum gibi geliyordu. Ama doktor senin bir şeyin yok dedi. Uykusuzluktan yorgun düşünüyorum. Bu sefer de canım hiçbir iş yapmak istemiyor ama evde kocam da çocuğumda yemek temizlik bekliyor. Mecbur yapıyorsun...' (K2)

'... Uyuyamayınca baş ağrılarım oluyor. Geceyi uykusuz geçirince daha da artıyor. Her şey bu idrar şikayetlerimin yüzünden. Oysan tuvalete gitmesen uyusam, başım da ağrımayacak...' (K3)

'... Uykumdan uyanıyorum. Her gün idrar yanmam var. Sürekli tuvalettayım. Daha etkileyeceği ne kaldı ki?...' (K4)

'... Bu duruma çok üzülüyorum. Canım sıkılıyor. Başka sağlığımı etkilemiyor...' (K6)

'... Sağlığım iyi aslında ama ped kullanmaktan tahriş oluyorum bazen. Pişik oluyorum. Onun için de canım acıyor...' (K7)

'... Cildim tahriş oluyor işte. Sürekli pişik... Hele yazın canımı bile acıtıyor. Bacak aramın rengi değişti sürekli pişik olup geçmesinden. Oradaki derim daha değişik oldu...' (K9)

'... Vücut zaten yorgun oluyordu. Uyku iyi geliyordu. Ama çişe kalkmaktan düzgün de uyuyamıyorum ki. Uyku düzenim kalmadı...' (K14)

'... Sağlığım iyi iyi. Sadece rahatsız oluyorum bu durumdan o kadar...' (K15)

'... Uykumu etkiledi gece kalkmak. O da artık alıştım. Gözüm kapalı tuvalete gidip geliyorum. Aslında öldürmüyor işte süründürüyor bu şikayetler!..' (K16)

'... Pek etkilemiyor aslında. Bunun haricinde bir sıkıntım yok çok şükür...' (K22)

‘... Gece çok sık kalkıyorum. O yüzden uykum bölünüyor. Aslında nasıl söyleyim ama (kısık sesle) gece bile yatağımı ıslatmış oluyorum bazen. İdrar kaçırmış oluyorum yani çocuk gibi...’ (K23)

‘... Öncelikle bu pedler yüzünden sürekli pişik oluyorum. Hadi bunu geçtim bu bir şekilde halloluyor. Peki ya psikolojik olarak... Zor bir durum ya. Bazen düzelmeyeceğini düşünüyorum ve eşime boşanmak istediğimi söylüyorum. O ve çocuğum güzel bir hayatı hakediyor. Neyse ki o her zaman benim yanımda o da olmasa ben ne yapardım bilmiyorum. İntihar etmiş olurdum şimdiye kadar...’ (K24)

‘... Hiçbir şeyim yok şükür. Sadece üzülüyorum o kadar...’ (K28)

Tablo 4-22: İdrarla İlgili Şikayetler Ev İşlerini/Çalışma Hayatını Nasıl Etkilediğine İlişkin Dağılım

		n	%	
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz ev işlerinizi/çalışma hayatınızı nasıl etkiledi?	Ev işlerini (n=30)	Kısmen etkiliyor	10	36,7
		Etkilemiyor	10	33,3
		Çok etkiliyor	9	30,0
	Çalışma hayatı (n=16)	Çok etkiliyor	6	37,5
		Çok etkilediği için işi bırakmış	6	37,5
		Kısmen etkiliyor	4	25,0

İdrarla ilgili şikayetlerin ev işlerini nasıl etkilediği incelendiğinde (Tablo 4-22); %33,3’ünü (n=10) etkilemediği, %36,7’sini (n=11) kısmen etkilediği ve %30’unu (n=9) çok etkilediği görülmektedir.

İdrarla ilgili olan çalışma hayatını nasıl etkilediği incelendiğinde ise; çalışma hayatı olan 16 kadının %25’ini (n=4) kısmen etkilediği, %37,5’ini (n=6) çok etkilediği, %37,5’ini (n=6) ise çok etkilediği bu yüzden işi bıraktığı görülmektedir.

İdrarla ilgili şikayetlerin ev işlerini nasıl etkilediği incelendiğinde; kadınların **ev işlerini etkilemediği** ifadeleri şöyledir;

‘...Evde olunca güvende hissettiğimden çok sıkıntı yaşanmıyor belki ama çalışan bir kadın olarak zor...’ (K1)

‘...Ev işlerini yapıyorum ya pek engel olmuyor ev işlerine...’ (K7)

‘...Etkilemiyor. Ev işlerimi de kendim yapıyorum. Evde olunca daha rahat ediyorum. Adet pedi ıslansa bile değiştiriyorum hemen...’ (K8)

‘...Ev içinde kaçırısam da çok problem değil. Hemen kilodumu değiştiriyorum. Sıkışmadan sık sık tualete gidiyorum. Evde engel olmuyor yani...’ (K10)

‘...Ev işlerimi etkilemiyor. Zaten ben bir şeyden kolay kolay pes etmem. Sırf idrar kaçıyorum diye ev işlerimi bırakmadım zaten ben temizlemezsem kim temizleyecek yemek yapacak ki eşim asla dur yemek yapayım falan demez hadi bunu geç yardım bile etmez bana...’ (K29)

İdrarla ilgili şikayetlerin ev işlerini nasıl etkilediği incelendiğinde; **ev işlerini biraz etkilediği** ifadeleri şöyledir;

‘...Ev işlerimi yavaş yavaş yapıyorum. Çok kirli olsa bile umursamıyorum artık. Çalışmıyorum zaten. Oturduğum yerden el işi yapmaya çalışıyorum. En azından katkım olsun biraz diye. Eşim de beni doktor doktor gezdirmekten bıktı...’ (K5)

‘...Yapmaya çalışıyorum işlerimi aa ama eskisi kadar hızlı ve güzel olmuyor hiçbir şeyim. Tualete gitmekten işim de uzuyor. Ağır kaldıramıyorum. Kaldırınca da kaçıyorum...’ (K28)

İdrarla ilgili şikayetlerin ev işlerini nasıl etkilediği incelendiğinde; **ev işlerini çok etkilediği** ifadeleri şöyledir;

‘...Çalışmıyorum ben ev hanımıyım. Evdeki işler de ben hasta olunca kalıyor. Dedim ya ne çocuğumla ilgilenebiliyorum ne kocamla...Onlar bile yine mi ağrın var diyorlar. Çalışamazdım ki ben hiçbir işyerinde böyle. Yeri geliyor kocam bıkmıyor benden elin işinde nasıl bıkmaları?..’ (K2)

‘...Ev işlerini yaparken... Temizlik yaparken ağır kaldırırken kaçırıyorum. Bir şeyler çekelersem kaçırıyorum. Hele sıkmazsam kendimi altına yapıyorum. Ama artık öyle bir şey oldu ki yürürken bile kendimi sıkıyorum sürekli.Çocuklar çiş gelince bacaklarını kapatırlar ya ben sürekli öyleyim işte...’ (K9)

‘...Etkiliyor. Ev hanımıyım ben. Mesela elektrik süpürgesini almadan önce tuvalete gidiyorum. Süpürmeye başladığım zaman hemen 2 dakika sonra gene gitmem gerekiyor.Yarım yamalak iş yapıyorum...’ (K11)

‘...Ev hanımıyım ben. Ev işlerimi etkiliyor. Bir iş yaparken rahat değilim hemen koş tuvalete. İşimi rahat rahat yapmak istiyorum. Mesela ben oturan biri değilim kimsenin yaptığını da beğenmem o yüzden zorundayım işleri yapmaya...’ (K21)

Çalışan kadınların idrarla ilgili şikayetlerin çalışma hayatını nasıl etkilediği incelendiğinde; kadınların **çalışma hayatını kısmen etkilediği** ifadeleri şöyledir;

‘...İş yerinde her tuvaletim geldiğinde gidiyorum. Tek sorunum bu...’ (K12)

Çalışan kadınların idrarla ilgili şikayetlerin çalışma hayatını nasıl etkilediği incelendiğinde; kadınların **çalışma hayatını çok etkilediği** ifadeleri şöyledir;

‘...Sıvı tüketimini azami ölçüde yapıyorum ki sürekli tuvalete gitmemek için. Dışardayken sürekli ped kullanmak zorunda kalmaktan vajinal bölgede sürekli tahrişler ve nemden dolayı zaman zaman mantar olayları ile uğraşıyorum. Pişik oluyorum yazları çok fazla kilom da var ya zaten pişik oluyordum bir de idrar kaçırınca pişik olan yerler iyice tahriş olduğundan çok fazla ağrım oluyor. Canım acıyor...’ (K1)

‘...Çalışma hayatımı etkiliyor. Dedim ya okulda alay konusu oldum. Her teneffüs tuvalete gidiyorum. Bazen dersten bile çıktığım oluyor. Evde etkilemiyor ama. İdrarım geldiğinde hemen gidiyorum...’ (K4)

‘...Ev işlerimi de etkiliyor, çalışma hayatımı da. Özel sektörde çalışıyorum tekstil fabrikasında. Normalde molalarda tuvalete gidilir. Ama ben yarım saat, en fazla 45 dakika tutabiliyorum. Mecbur gidiyorum kaçırmamak için. Arkadaşlar da yine mi tuvalete gidiyorsun diyor. Evde de öyle. Her işi yarım bırakmak zorunda kalıyorum. Dizilerim var izlediğim. Ama tuvalete gitmekten diziye bile kaçırıyorum anlayamıyorum...’ (K6)

Çalışan kadınların idrarla ilgili şikayetlerin çalışma hayatını nasıl etkilediği incelendiğinde; kadınların **çalışma hayatını çok etkilediği için işi bırakmış** ifadeleri şöyledir;

‘...Çalışmıyorum ben. Daha önce çalışmıştım. Bir sene önce bıraktım. Tedavimi olmak istiyorum. Bu şikayetlerim 4-5 yıldır var ama bir yıldır arttı. Çalışamadım işi bıraktım o yüzden. Tedavimi olduktan sonra çalışabilirim. İhtiyacımız var çünkü...’ (K10)

‘...En başta da anlatmıştım. Bu şikayetimden dolayı işten atıldım. Ama şimdi kendime göre bir iş buldum. Bir beyaz eşya dükkanında çalışıyorum. Masabaşı işim, tuvalette hemen yanımda. İş başvurusunda bulunurken bunu patronuma söylemiştim. Bir kere daha anladım hiçbir şeyin sağlığımdan önemli olmadığını. Keşke en başında utanmasaydım da erken kurtulsaydım şu hastalıktan...’ (K30)

Tablo 4-23: İdrarla İlgili Şikayetlerin Ruhsal Etkisine İlişkin Dağılım

	n	%
Duygusal olarak etkilemiyor	5	16,9
Üzgün, gelecek için endişeli daha kötü olurum diye	3	10,1
Duygusal etkilemiyor, şikayetleri rahatsız ediyor	2	6,7
Psikolojisi bozuk, intiharı düşünmüş	2	6,7
Psikolojisi bozukmuş ancak zamanla toparlamış	2	6,7
Üzülüyor, kafasına takıyor	2	6,7
Ağrılarından dolayı mutsuz	1	3,3
Bunun rahatsızlık olduğunun farkında ancak psikolojisi bozuk	1	3,3
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz için ruhsal olarak neler hissediyorsunuz? Neden?		
Bunun rahatsızlık olduğunun farkında ancak üzülüyor	1	3,3
Durup durup ağlıyor, mutsuz	1	3,3
Psikolojik olarak çökmüş	1	3,3
Psikolojik olarak çökmüş, utanıyor	1	3,3
Sinir oluyor, kafasına takıyor	1	3,3
Üzgün	1	3,3
Üzgün, huzursuz	1	3,3
Üzgün, stresli	1	3,3
Üzgün, şikayetlerinden bıkmış	1	3,3
Üzülüyor, ağlıyor	1	3,3
Üzülüyor, sinileri bozuk	1	3,3
Yaşlandığını hissediyor	1	3,3

İdrarla ilgili şikayetlerin ruhsal etkisi incelendiğinde (Tablo 4-23); %16,9'unun (n=5) duygusal olarak etkilenmediği görülürken, %10,1'inin (n=3) üzgün ve daha kötü olurum diye gelecek için endişeli, %6,7'sinin (n=2) duygusal olarak etkilenmediği ve şikayetlerinin rahatsız ettiği, %6,7'sinin (n=2) psikolojisi bozuk ve intiharı düşündüğü, %6,7'sinin (n=2) psikolojisi bozulmuş ancak zamanla toparlamış olduğu, %6,7'sinin (n=2) üzüldüğü ve kafasına takıyor olduğu,

%3,3'ünün (n=1) ağrılarından dolayı mutsuz, %3,3'ünün (n=1) rahatsızlığının farkında olduğu ancak psikolojisi bozuk olduğu, %3,3'ünün (n=1) rahatsızlığının farkında olduğun ancak üzüldüğü, %3,3'ünün (n=1) durup durup ağladığı ve mutsuz olduğu, %3,3'ünün (n=1) psikolojik olarak çökmüş olduğu, %3,3'ünün (n=1) psikolojik olarak çökmüş olduğu ve utandığı, %3,3'ünün (n=1) sinirli olduğu ve kafasına taktığı görülmektedir. Kadınların %3,3'ünün (n=1) üzgün olduğu, %3,3'ünün (n=1) üzgü ve huzursuz olduğu, %3,3'ünün (n=1) üzgün ve stresli olduğu, %3,3'ünün (n=1) üzgün ve şikayetlerinden bıkmış olduğu, %3,3'ünün (n=1) üzgün ve sürekli ağladığı, %3,3'ünün (n=1) üzgün ve sinirlerinin bozuk olduğu, %3,3'ünün (n=1) ise yaşlandığını hissettiği görülmektedir.

İdrarla ilgili şikayetlerin ruhsal etkisi incelendiğinde, kadınların ifadeleri şöyledir;

'...Bunun bir rahatsızlık olduğunun farkındayım ama yine de bu rahatsızlığın vermiş olduğu sıkıntıları yaşamak zaman zaman psikolojimi bozuyor tabii ki. Tuvalet her gittiğimde çamaşırmı idrar görmek hoş değil tabii ki. Çamaşırlarımın hatta pantolonlarımın idrar yüzünden sararmış olmalarını görmek hoş olmuyor. Arkadaşlarımla rahat görüşemiyorum. Bu da canımı sıkıyor. Evden çıkasım gelmiyor çoğu zaman... (K1)

'...Valla psikolojim bozuldu. Bir ara hiç düzelmeyeceğim sanıp bütün umutlarımı kaybetmiştim. İntihar etsem mi bile düşündüm... Ki Allah'tan korkarım ama çok düşündüm intihar etmeyi. Ağrım olduğunda hiç geçmeyecek gibi geliyor. Yillardır çekiyorum ömür boyu çekemem ben böyle diyorum. Allah yardımcım olsun...' (K2)

'...Sıkıntılıyım. Bazen üzüliyorum ama çok da kafaya takmıyorum. Ama tedavisini bulamadığım için üzüliyorum. Daha gencim ya daha da yaşlanınca ne olur diye merak ediyorum. Yaş gittikçe daha da kötü olacağım sanırım. Zaten yaşlanınca insanlar idrar kaçırıyor. Ben daha yaşlanmadan böyleysem yaşlanınca ne olurum diye merak ediyorum...' (K3)

'...Üzülüyorum. Niye bende var diyorum. Başka bir şey de bulamıyorum söylemeye. Her şeyi etkiliyor işte. (Ağlayarak) Bir silahım olsa kendimi vursam diye düşündüm. Asmayı da düşündüm kendimi çocuğumu düşündüm sonra. Yapamadım ama şimdi daha iyiyim..' (K5)

'...Stres de yaşıyorum, üzülüyorum da. İş yerimde ki stres yetiyor zaten. Bir de bu eklenince daha da strese giriyorum. (Ağlayarak) Lavaboya gidip geliyorum bir daha mı lavaboya gittin diye hesap soruyorlar...' (K6)

'...Arada kafaya takıyorum ama ölümcül bir şey değil. Çok da takma diyorum sonra. Her şeyin çaresi var buna da bulunur bir çare...' (K8)

'...Üzülüyorum aslında neden ben diye. Bazen acelem oluyor tuvalette çok oturamıyorum. Bir daha geliyor beş dakika sonra. O zaman ne iş yapabiliyorum ne bir şey. Öyle olunca da sinirlerim bozuluyor...' (K17)

' ... Yoo etkilenmiyorum Vallaha...' (K20)

'...Çok üzülüyorum ben bu duruma. Düşün abdest alıyorsun. Abdest alıyorum ben de. Mesela abdest alıyorum. İkinci namazımı kılıyorum. Nazmazdan sonra hazır abdestliken bir de Kur'an okuyayım diyorum. Nerdeeee.... İkinciye zor bitiriyorsun. Ancak o abdestle bir ikinci namazını kılıyorsun. İkinci namazı kaç rekat? Sekiz rekat. Saatler sürmüyor ki. On beş dakikalık bir iş yani. Zaten sıkışıkken namaz kılamazsın. Önce tuvalete gidiyorum. Sonra abdest alıyorum. Namaz kılıyorum. Namaz biter bitmez tuvalete gidiyorum. Sonra Kur'an okuyacaksam tekrar abdest alıyorum öyle kuran okuyorum. Tamam abdest tazelenir ama benim öyle bir fırsatım yok ki. Ben kurtulmak istiyorum artık. Yaşam enerjim kalmadı. Gerçekten çok bıktım. Gençliğimde ibadet yapamadım çalışmaktan. Ben artık ibadetimi yapmak istiyorum. Ama müsaade etmiyor ki...' (K23)

'...Üzülüyorum. Bazen kendimi odaya kapanmış ağlayarak buluyorum. Şu hasta bezi var ya şu hasta bezi benim her şeyim o. Sanki sürekli ıslak olduğum için bi koku yayılıyor çevreme bu da beni mahvediyor...' (K27)

Tablo 4-24: İdrarla İlgili Şikayetler İçin Aldığı Tedavi Hakkında Düşüncelerine İlişkin Dağılım

		n	%
İdrarınızla ilgili şikayetleriniz aldığınız tedavi hakkında ne düşünüyorsunuz?	İlk kez gelmiş tedavi ile geçeceğini düşünüyor	10	33,5
	İlaçlardan fayda görmemiş ameliyat olmak istiyor	5	16,7
	Tedavi görüyor şikayetleri azalmış	4	13,3
	Ameliyat olacak sıra bekliyor	3	10,0
	İlk kez gelmiş ameliyat ile geçeceğini düşünüyor	2	6,7
	Ameliyat olmuş şikayetleri azalmış	1	3,3
	Eskiye göre biraz iyi	1	3,3
	İlk kez gelmiş tedavi ile geçmeyeceğini ameliyatla geçeceğini düşünüyor	1	3,3
	İyi tedavi almasına rağmen iyileşememiş, bu tedaviden umutlu	1	3,3
	Tedaviden umutsuz ama iyileşmek istiyor	1	3,3
	Umutsuz ama ameliyat olacak sıra bekliyor	1	3,3

İdrarla ilgili şikayetler için aldığı tedavi hakkında ne düşündükleri incelendiğinde (Tablo 4-24); %33,5'i (n=10) ilk kez gelmiş tedavi ile geçeceğini düşünüyor, %16,7'si (n=5) ilaçlardan fayda görmemiş ameliyat olmak istiyor, %13,3'ü (n=4) tedavi görüyor şikayetleri azalmış, %10'u (n=3) ameliyat olacak sıra bekliyor, %6,7'si (n=2) ilk kez gelmiş ameliyat ile geçeceğini düşünüyor, %3,3'ü (n=1) ameliyat olmuş şikayetleri azalmış, %3,3'ü (n=1) eskiye göre biraz iyi, %3,3'ü (n=1) ilk kez gelmiş tedavi ile geçmeyeceğini ameliyatla geçeceğini düşünüyor, %3,3'ü (n=1) iyi tedavi almasına rağmen iyileşememiş, bu tedaviden umutlu, %3,3'ü (n=1) tedaviden umutsuz ama iyileşmek istiyor, %3,3'ü (n=1) umutsuz ama ameliyat olacak sıra beklediği görülmektedir.

İdrarla ilgili şikayetler için aldığı tedavi hakkında ne düşündükleri incelendiğinde kadınların ifadeleri şöyledir;

‘... Hastaneye geldim ve ameliyat dediler yaklaşık 5 aydır hala sıra gelmesini bekliyorum. Ameliyat olunca geçeceğini anlattı doktor ama kilolu olduğum için de ameliyatın zor ve başarısının normal insanlara göre daha az olduğunu söyledi. Bundan sonra kilo almayı bırakın kilo vermem şartmış. Yoksa ameliyatta taktıkları malzeme etkili olmazmış. Doktorumun dediğine göre biz bir ev inşa edeceğiz ve temelini üç katlı binaya göre inşa edeceğiz dedi. Ama o temelin üzerine beş katlık bir bina eklenirse o bina çöker dedi yani kilo almazsam ameliyatla geçecek inanıyorum...’ (K1)

‘... Keşke bir çaresi olsa da kurtulsam diye düşünüyorum. Ameliyat olmuşum . Ameliyat olduktan sonra 3 ay fayda görmüştüm. O zaman köyüme bile gidebilmişim. Şimdi şikayetlerim tekrar arttı ama eskisine göre bu halim çok daha iyi. Pazara gidebiliyorum, markete gidebiliyorum. Daha önce öyle bir şansım yoktu...’ (K5)

‘... İlaç kullandım, ilaçtan fayda görmedim. Sadece ameliyat olursam geçeceğini düşünüyorum. O yüzden ameliyat olmak istiyorum ve bu dertten kurtulmak istiyorum...’ (K6)

‘... Valla açıkçası görümcem ameliyat oldu geçti şikayetleri. Ben de ameliyat olursam geçecek inanıyorum buna. Kessinler razıyım yeterki geçsin...’ (K7)

‘... İlk defa geldim. Ne yaparlar ne ederler bilmem. İlaç kullansam geçer ama ameliyat olacak kadar da değilim...’ (K8)

‘... Ben daha tedaviye başlamadım. Şimdi tahlil istediler sadece. Düzeler ama...’ (K11)

‘... Çok ilaç denedim. Bir ara botox bile yapılacaktı ama istemedim. Son kullandığım ilaçla kendimi daha iyi hissediyorum. Yan etkisini de pek görmedim...’ (K16)

‘... Haplardan fayda görmedim pek. Ameliyat olmam lazım ama ameliyattan önce kilo vermem lazımmış. Yoksa faydası olmazmış. Bakalım artık kısmet...’ (K17)

‘... Valla bilmiyorum işte. Herşey çok ilerledi. Bu hastalığın da doktoru varmış bence bir tedavisi de vardır. Umutluyum ben. Kurtulacağım inşallah. Hadi gezmeyi de geçtim yaş ilerliyor artık ibadetimi yapmalıyım. Dedim ya yıllarca yapamadım. Tedavi olsam da ibadetimi rahat yapsam. Abdestimi tutabilsem. Çarşıdan eve ıslak dönmesem her seferinde...’ (K23)

‘... Tedavi varsa olmak istiyorum. Kız kardeşim burada ameliyat oldu o düzeldi ben de ameliyat olmak istiyorum. İnaniyorum düzeleceğim...’ (K29)

BÖLÜM V: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, obez kadınlarda görülen alt üriner sistem şikayetleri ve bu şikayetlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemleriyle belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Obezitenin, kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerinin görülme sıklığını artırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Obez olmayan kadınlarda pelvik taban disfonksiyonu görülme sıklığı %32 iken, obezlerde %44, ileri derece obezlerde %53, morbid obezlerde %57 olarak bildirilmiştir. Obezite, kadınlarda intraabdominal basıncın sürekli yüksek olmasına neden olarak stres üriner inkontinans ve miks üriner inkontinans için risk faktörü oluştururken, düşük dereceli kronik enfeksiyon nedeniyle de urge üriner inkontinans için olası risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Lazaro ve ark. 2016).

Hem obezite hem pelvik taban bozuklukları sosyal, davranışsal, duygusal ve sağlık etkileri açısından yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Whitcomb ve ark. 2012). Bu etkiler kadınların günlük yaşamlarında kendilerini izole ederek, sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Özdemir ve ark. 2018). Bu bağlamda araştırma sonuçları ile literatür bulguları bu bölümde tartışılmış olup, obezlerde görülen alt üriner sistem semptomları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi hem kalitatif hem kantitatif sonuçlarla değerlendirilmiştir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular 4 bölüm halinde tartışılmıştır;

5.1. Kadınların beden kitle indeksine göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,

5.2. Kadınların beden kitle indeksine göre alt üriner sistem semptomlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,

5.3. Kadınların beden kitle indeksine göre depresif semptom ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması,

5.4. Obez kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerin kalitatif analizlerine ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde kadınların yaşı, beden kitle indeksi, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, sağlık güvencesi, medeni durumu gibi verilerin yer aldığı sosyodemografik özellikleri; sigara/alkol kullanımı, konstipasyon gibi verilerin yer aldığı genel sağlık özellikleri; gebelik sayısı, doğum sayısı, küretaj ve düşük sayısı, doğum şekli, doğum kilosu, menopoz gibi verilerin yer aldığı obstetrik ve jinekolojik özellikleri verilerin yer aldığı bulgular tartışılmıştır.

Swenson ve ark. yapmış olduğu çalışmaya 108 'i idrar kaçırması olmayan normal kiloda ve obez, 103 'ü stres inkontinansı olan normal kiloda ve obez toplam 211 kadın dahil etmiştir. Normal kiloda olan kontrol grubunun yaş ortalaması $48,1 \pm 12,2$ obezlerin $49,7 \pm 7,7$ olup stres üriner inkontinanslı normal kilodaki deney grubunun yaş ortalaması $43,6 \pm 8,4$ obezlerin $49,4 \pm 8,9$ olduğu belirlenmiştir ve gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (Swenson ve ark. 2017). Kore'de yapılan toplum tabanlı kadın üriner inkontinans prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam davranışı konulu çalışmada 24871 kadın çalışmaya dahil edilmiş olup, kadınların yaş ortalaması 49,7 olarak belirlenmiştir (Kwon ve Lee 2014). Öz ve Altay'ın (2018) ülkemizde yapmış oldukları 'Üriner İnkontinansı olan Kadınlarda Alternatif ve Tamamlayıcı Girişimlerinin Kullanımı ile Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki' başlıklı çalışmada 18 yaş üzeri 394 çalışmaya dahil edilmiş olup yaş ortalamasını $56,35 \pm 13,24$ olarak bulmuşlardır (Öz ve Altay 2018). Çalışmamız kapsamında 216 normal kilolu kadın, 237 obez kadın çalışmaya dahil edilmiş olup, normal kilolu kadınların yaş ortalamasının $39,94 \pm 9,55$ obez kadınların yaş ortalaması $41,54 \pm 9,09$ ve toplam grubun yaş ortalamasının ise $40,78 \pm 9,34$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalaması sonuçlarının yapılmış olan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Yaş değişkeninin, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, yaştan alt üriner sistem semptomları risk faktörlerinden biri olması nedeniyle yan tutmanın ortadan kalkması için önemli bir sonuçtur.

Ülkemizde yapılan alt üriner sistem değerlendirmesinin incelendiği çalışmada kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çalışmada kadınların eğitim düzeyinin en yüksek oranla okur yazar-ilköğretim mezunu olduğu, çoğunun evli olduğu ve çoğunun ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Yılmaz ve ark.2014). Diğer taraftan yine ülkemizde kadın ve erkeklerin üriner inkontinans hakkındaki düşünce ve tutumlarını inceleyen bir çalışmada çalışmaya katılan grubun çoğunluğunun bekar olduğu (%52,7), büyük çoğunluğunun ise üniversite mezunu olduğu (%70,5) saptanmıştır (Güngör Uğurlucan ve ark. 2016). Kaya ve ark. (2015) yılında yapmış olduğu çalışmada kadınların eğitim süreleri ve üriner inkontinans şikayet süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Kaya ve ark. 2015). Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren bulgularda, çoğunun (%48,1) ilköğretim mezunu olduğu, çoğunun çalışmadığı/ev hanımı olduğu (%52,1) ve büyük çoğunluğunun evli olduğu (%81,7) sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda normal kilolu ve obez kadınların eğitim durumu arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 4-2).

Sigara ve üriner inkontinans ile ilgili yapılan gözlemsel çalışmaların sonuçları değişkenlik göstermektedir. Bazı kesitsel çalışmalarda kadınlarda üriner inkontinans için bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilirken, bazı çalışmalarda da risk faktörü olarak görülmemiştir (Milsom ve ark. 2017). Nygaard ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada obez kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi incelenmiş olup, çalışmaya katılan üriner inkontinansı olan obez kadınların %28,1'inin, üriner inkontinansı olmayan obez kadınların %18,6'sının sigara içtiği, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır ($p=0,161$) (Nygaard ve ark. 2018). Ünsal ve ark. (2013) ülkemizde yaptığı çalışmada ise sigara içmenin üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (Ünsal ve ark. 2013). Çalışmamızda sigara kullanım oranı normal kiloda kadınlarda %35,6, obez kadınlarda %33,3 olarak belirlenmiştir. Normal kilolu ve obez kadınlardaki sigara içme durumu karşılaştırılmış olup iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-3).

Konstipasyon, aşırı aktif mesane sendromunu da içeren alt üriner sistem semptomları için risk faktörüdür. Abreu ve ark. (2018) yaptığı çalışmada aşırı aktif

mesane ve fonksiyonel konstipasyon ilişkisini incelemiş olup, fonksiyonel konstipasyonun aşırı aktif mesane sendromunun kuru tipiyle arasında ilişki bulunmuştur. Bunun nedeninin de rektal distansiyonun mesane duyarlılığını ve fonksiyonunu değiştirdiği yönünde yorumlanmıştır (Abreu ve ark. 2018). Eshkoor ve ark. (2017) yaptığı çalışmada konstipasyonun üriner inkontnans riskini artırdığı bildirilmiştir ($p<0,001$) (Eshkoor ve ark. 2017). Çalışmamızda konstipasyon durumu normal kiloda kadınlarda %23,1, obez kadınlarda %27,8 olarak belirlenmiş olup iki grup arasında kadınların konstipasyon durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-3).

Carvalhais ve ark. (2018) yaptığı çalışmada kadın atletlerde üriner inkontinans ve düzensiz yeme alışkanlıklarını incelemiş, kadın atletlerde ve atlet olmayan kadınlarda alkol içme oranlarını karşılaştırmıştır. Yaptığı çalışmaya göre kadın atletlerin bir haftadan sık aralıklarla alkol tüketme oranı %11,3, atlet olmayan kadınlarda bu oran %71,2 olarak belirlenmiş ve gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (Carvalhais ve ark. 2018). Çalışmamızda alkol kullanma oranı kadınlarda %7,2 oranında olup obez kadınlarda %5,9, normal kilolu kadınlarda %8,8 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-3).

Alt üriner sistem semptomları için gebelik ve doğum sayısı, menopoz risk oluşturmaktadır. Gebelik ve doğumun pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik taban organlarının pozisyon ve yapısında bozulmaya, pelvik sinirlerin zarar görmesine ve eksternal sfinktere hasar vererek idrar kaçırmaya yol açabileceği bildirilmektedir (Fritel ve ark. 2012; Taşdemir 2015). Park ve Baek yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların gebelik sayısı üriner inkontinansı olmayan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ($p=,002$) (Park ve Baek 2018). Çalışmamızda BKİ düzeylerine göre gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-4).

Östrojen, periüretal vaskularizasyonu, üretral kapanma basıncını ve üretradaki alfa adrenerjik reseptörlerinin duyarlılığını ve yoğunluğunu artırmaktadır (Juliato ve ark. 2017). Menopoz sırasında kadında stres üriner inkontinans sıklığı

fazladır. Östrojen azalmasına bağlı kollajen yapısındaki değişiklikler, üretral vaskülaritenin ve iskelet kas kitlesinin azalması sonucu istirahat üretra basıncında azalma, üretral fonksiyonda bozulmaya neden olmaktadır (Çapan 2016). Rahkola-Soisalo ve ark. (2018) yaptığı çalışmada menopozlu olan kadınlarda kullanılan hipertansiyon ilaçlarının da stres üriner inkontinansı artırdığı yönünde olduğu sonucuna varmışlardır (Rahkola-Soisalo ve ark. 2018). Şentürk ve Kara yaptığı çalışmada menopoz, üriner inkontinans için bir risk faktörü olarak belirlemiştir (Şentürk ve Kara 2010). Çalışmamızda normal kilodaki kadınların %25'i, obez kadınların %31,6'sı menopoz döneminde olduğu tespit edilmiştir. Normal kilolu ve obez kadınlarda menopoz durumu karşılaştırmasında iki grup arasında menopoz durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,117$) (Tablo4-4).

5.2. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen kadınların beden kitle indeksine göre alt üriner sistem semptomlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Kadınların alt üriner sistem semptomları Bristol Kadın Alt Üriner Semptomlarını Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Genel nüfus tabanlı kapsamlı çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı %5-%69 arasında değişirken, çoğu çalışmada herhangi bir üriner inkontinans sıklığı %25-%45 arasında değişiklik göstermektedir (Milsom ve ark. 2017). Zhang ve ark. (2015) Çin'de yetişkin Çinli kadınların alt üriner sistem semptomlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları ölçeği kullanarak 18992 kadını çalışmaya dahil etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda kadınların %55,5'inin herhangi bir alt üriner sistem semptomu olduğu, %53,9'unun depoloma semptomlarının olduğu, %12,9'unun ise idrar yapma semptomlarının olduğu belirlenmiştir. Lee ve ark. (2011) yaptığı çalışmada Kore'de kadınlarda herhangi bir alt üriner sistem semptomu görülme sıklığı %68,9 olarak belirlenmiştir (Lee ve ark. 2011). Park ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise 65 yaş üzeri kişiler çalışmaya dahil edilmiş, çalışmaya dahil edilen kadınların %86'sında noktüri, %53'ünde herhangi bir inkontinans şikayeti bulunurken, inkontinans tiplerinden de en fazla stres üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir. Wang ve ark. yapmış olduğu toplum temelli çalışmada kadınlarda ICS kriterlerine göre alt üriner semptom sıklığını %57,7 olarak belirlemişlerdir. Bu kadınların %1,6'sında sadece idrar yapma semptomları, %20,4'ünde sadece mesane dolum semptomları, %0,9'unda sadece idrar yapma sonrası semptomları, %9,7'inde dolum ve idrar yapma semptomları, %0,5'inde idrar yapma ve sonrası semptomları, %1,9'unda dolum ve idrar yapma sonrası semptomlar, %22,8'inde ise idrar yapma, dolum ve idrar yapma sonrası semptomlar birlikte görüldüğü sonucuna varılmıştır (Wang ve ark. 2018). Ülkemizde Zümrütbaş ve ark. yapmış olduğu üriner inkontinans prevelansı çalışmasında üriner inkontinans prevalansını %64,1 olarak belirlemişlerdir. Başak ve ark. yapmış oldukları çalışmada Türk kadınlardaki üriner inkontinans çalışmalarını içeren 16 araştırma incelenmiş

olup, ülkemizdeki üriner inkontinans görülme sıklığını %16,4-49,47 arasında değiştiği sonucuna varmıştır. Çalışmamızda 453 kadın çalışmaya dahil edilmiş olup, gece idrar yapmak için kalkan kadın oranı %74,8, idrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele eden kadın oranı %68, mesanesinde ağrı hisseden kadın oranı %41,1, idrar yapmak için tuvalette oturarak bekleyen kadın oranı %30,7, idrar yapmak için ıkınan kadın oranı %20,1, idrar yaparken birden fazla durup tekrar yapmaya başlayan kadın oranı %35,1, tuvalete yetişmeden idrar kaçıran kadın oranı %34,7, idrar kaçıran kadın oranı %34,2, öksürürken, hapşırırken, fiziksel olarak hareketli iken idrar kaçıran kadın oranı %40,8, tuvalete gitme isteği yokken idrar kaçıran kadın oranı %14,3 ve uykuda iken idrar kaçıran kadın oranı %7,5 olarak belirlenmiştir. **Normal kilodaki ve obez kadınların alt üriner sistem şikayetleri ve gruplar arası fark olup olmadığı araştırma sorusu değerlendirildiğinde;** normal kilolu kadınların %24,5'inin, obez kadınların %43'ünün idrar kaçırdığı ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu; aşırı aktif mesane sendromu semptomlarının normal kilolu kadınların %92,1'inde, obez kadınların %93,2'sinde bulunduğu ve gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-5).

Davranışsal ya da cerrahi kilo verme alt üriner sistem semptomlarını azaltmaktadır. Obez kadınlarda üriner inkontinansın birinci basamak tedavisinde kilo verme önerilmektedir. Bazı çalışmalar egzersiz ve diyet gibi sağlıklı yaşam davranışları ile kilo vermenin daha başarısız ve yavaş olduğunu, obezite cerrahisi ile kilo vermenin daha uzun dönem etkili olduğunu belirtmişlerdir (Colquitt ve ark. 2014; Shimonov ve ark. 2017). Shimonov ve ark. yapmış olduğu çalışmada obez kadınlarda obezite cerrahisinin üriner inkontinansa etkisini değerlendirmişlerdir. Değerlendirmeye 77 obez kadın dahil edilmiş, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6. ayda alt üriner semptomları sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda BKİ anlamlı derecede azaldığı ($p<0,001$) belirtilmiştir. Aynı zamanda çalışmada alt üriner sistem semptomları BFLUTS ile değerlendirilmiş, üriner inkontinansı olan kadınların ameliyat öncesi ve sonrasında ölçek alt boyutlarından depolama, idrar kaçırma ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı fark görülürken($p<0,001$), idrar yapma ve cinsel fonksiyon alt boyutlarında anlamlı fark görülmemiştir. Breyer ve ark. yapmış

olduğu çalışmada 338 kadın çalışmaya dahil edilmiş olup çalışmada davranışsal kilo vermenin 6 aylık sürede üriner sıklık, noktüri ve urgency semptomları deney ve kontrol grubunda karşılaştırılmıştır. Çalışmanın deney grubunda 226 kadın 6 aylık kilo verme programına dahil edilirken, kontrol grubuna 112 kadın dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda üriner inkontinansı olan fazla kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem dolum semptomlarının iki grupta da benzer olduğu, 6 aylık program sonucunda deney grubundaki kadınların üriner sıklık (%62 den %37 oranına gerilediği), noktüri (%51 den %41 oranına gerilediği), ve urgency (%51 den %46 oranına gerilediği) semptomlarında belirgin azalma olduğu saptanmıştır (Breyer ve ark.2018). Benzer şekilde Kim ve ark. (2017) morbid obezlerle yaptıkları çalışmada obezite cerrahisi olan 183 kadını çalışmaya dahil etmiş fakat ameliyat sonrası 1 yıllık takiplerinde 57 kadınla çalışmayı tamamlamıştır. Çalışma sonucunda ameliyattan 1 yıl sonrası kadınların BKİ $9,5 \pm 3,5$ oranında azalma olmuş olup, stres üriner inkontinans oranı ameliyat öncesi %40,74 iken ameliyat sonrası %18,51 oranına gerilemiştir (Kim ve ark. 2017). Knepler ve ark. (2016) yaptığı çalışmada da obezite cerrahisi geçiren kadınlarda pelvik taban bozukluklarını iyileşme durumunu incelemişlerdir. Çalışmaya 116 kadın dahil edilmiş fakat 11 aylık izlemler sonrası 70 kadın ile ameliyat öncesi ve sonrası veriler tamamlanmıştır. Çalışmanın sonucunda ameliyat öncesi üriner semptomlar sıklığı (UDI-6 ölçeği kullanılarak belirlenen) %81 iken, ameliyat sonrası %59'a gerilediği ($p=0,003$); pelvik taban disfonksiyonu görülme sıklığı (PFDI-20 ölçeği kullanılarak belirlenen) %89 iken ameliyat sonrası %76'ya gerilediği ($p=0,047$) belirlenmiştir (Knepler ve ark. 2016). Benzer şekilde O'Boyle ve ark. yaptığı çalışmada obezite cerrahisinin üriner inkontinansı azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (O'Boyle ve ark. 2016). Romero-Talamas (2016) yaptığı çalışmada; çalışma grubundaki obez kadınlarda en sık görülen alt üriner sistem semptomunun stres üriner inkontinans olduğunu (%83,3) belirtmiş; bariatrik cerrahi ile kilo veren kadınlarda stres üriner inkontinans oranı %83,3'ten %44,4'e, urgency üriner inkontinans oranı %75'ten %37,5'e gerilediğini bildirmiştir (Romero-Talamas ve ark. 2016). Lamerton ve ark. yapmış olduğu meta analiz çalışmasında 497 makale incelenmiş olup, normal kilolu kadınlar ve fazla kilolu kadınlarda üriner inkontinans karşılaştırmasında riskin arttığı ($RR=1,35$, %95 güven aralığı=1,20-1,53); normal kilolu ve obez kadınlarda riskin daha fazla arttığı ($RR=1,95$, %95,

güven aralığı =1,58-2,42) sonucuna varmışlardır (Lamerton ve ark. 2018). Subak ve ark. yaptığı çalışmada obezitenin üriner inkontinans için risk faktörü olduğu, BKİ'ndeki her 5 birim düşüşün üriner inkontinans riskini %20-70 azalttığını bildirmiştir (Subak ve ark. 2009). Subak ve ark yaptığı diğer çalışmada üriner inkontinansı olan obez kadınlara 6 aylık kilo verme programı uygulanmış, sonrası iki grupta üriner inkontinans değerlendirmesi yapılmıştır. Deney grubu ortalama %8 oranında kilo vermiş, kontrol grubu ortalama %1,6 oranında kilo vermiştir ($p<0,001$). Kilo verme sonrası grupların üriner inkontinans şikayetleri karşılaştırıldığında deney grubunun şikayetlerinde %47 oranında azalma olduğu, kontrol grubunun şikayetlerinde ise %28 oranında azalma olduğu saptanmıştır ($p=0,01$) (Subak ve ark. 2009). Park ve Baek yapmış olduğu çalışmada kadınlarda genel ve abdominal obezitenin üriner inkontinans prevalansı arasındaki ilişkiyi incelemiş olup, BKİ ve bel çevresinin yüksek olması, üriner inkontinans prevalansını anlamlı derecede arttırdığını bildirmiştir ($p<0,001$). Aynı şekilde tüm vücut ve gövde yağ oranının artmış olması üriner inkontinans prevalansını anlamlı derecede arttırmaktadır ($p<0,001$). Çalışmamızda BFLUTS Ölçeği ile yapılan normal kiloda ve obez kadınlarda alt üriner sistem semptomları karşılaştırılmasında, ölçeğin alt boyutları olan depolama, idrar kaçırma, yaşam kalitesi alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0,001$), idrar yapma ve cinsel işlev alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4-6). Obez kadınlarda depolama, idrar kaçırma gibi alt üriner semptomların normal kiloda kadınlara göre yüksek bulunması sonucu literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular obezitenin idrar kaçırma ve idrar depolama için risk faktörü olduğunu desteklemektedir. Çalışmamızda BKİ ve alt üriner sistem semptom sorgulama ölçeği BFLUTS in ileri analizinde obez kadınlardaki BKİ'deki bir birimlik artışın BFLUTS toplam puanı ve alt boyut puanları üzerine etkisi incelendiğinde, obez kadınlardaki BKİ'ndeki 1 birimlik artış, depolama, idrar yapma, idrar kaçırma, cinsel fonksiyon, alt boyutu puanını ve toplam puanı etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4-7). Obez kadınlardaki BKİ'ndeki 1 birimlik artış yaşam kalitesi puanını 0,145 kat artırdığı ($p<0,01$) belirlenmiştir.

5.3. KADINLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE DEPRESİF SEMPTOM VE YAŞAM KALİTESİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde kadınların beden kitle indeksine göre yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Normal kiloda ve obez kadınların gruplarına göre Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği kullanılarak kadınların depresyon ve yaşam kalitesine ilişkin özellikleri elde edilmiştir.

Alt üriner semptomlar psikolojik, sosyal, hijyenik sorunlara yol açarak kişiyi ve ailesini etkileyen büyük bir sağlık sorunudur (Kwon ve Lee 2014; Park ve Baek 2018). Alt üriner sistem semptomları olan kişilerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, depresyon ve anksiyete oranlarının daha yüksek olduğu çalışmalarda bildirilmiştir (Liu ve ark. 2018; Park ve Baek 2018). Obezite de alt üriner semptomları için büyük bir risk oluşturmaktadır (Cerruto ve ark. 2013; Ebbesen ve ark. 2013; Newman ve ark. 2013; Osborn ve ark. 2013; Khullar ve ark. 2014; Subak ve ark. 2015; Gordon ve ark. 2017). İdrar yapma semptomları kişiyi sosyal, psikolojik, duygusal ve cinsel yönden olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin düşmesine, kişide anksiyete ve depresyona neden olmaktadır (Melotti ve ark. 2017). Melotti ve ark. yapmış olduğu meta-analiz ve sistematik inceleme çalışmasında aşırı aktif mesane sendromu olan hastalarda cinsiyetler arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki farkı inceleyen 11 makalenin sistematik analizini yapmış, aşırı aktif mesanesi olan kişilerde anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuş, aşırı aktif mesane sendromuna inkontinansın eşlik etmesinin anksiyete ve depresyon düzeyini arttırdığı, kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde aşırı aktif mesaneye bağlı anksiyete yaşadıkları fakat aşırı aktif mesane sendromuna bağlı depresyon düzeyleri cinsiyetler arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (Melotti ve ark. 2017). Siddiqui ve ark. (2018) yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış, üriner inkontinansı olan kadınların %8,9'unun, üriner inkontinansı olmayan kadınların %7,9'unda depresyon görülmediği bildirilmiş ve gruplar arası istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır

(Siddiqui ve ark. 2018). Concepcion ve ark. (2018) yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların geçmiş özellikleri sorgulandığında %53'ünün üriner inkontinans şikayeti yüzünden depresyon ve anksiyete yaşadığını bildirmiştir (Concepcion ve ark. 2018). Çalışmamızda normal kilodaki ve obez kadınlardaki depresyon düzeyleri Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ile değerlendirilmiştir. **Normal kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerinin depresif semptomlara etkisinin gruplar arası fark olup olmadığı araştırma sorusunun değerlendirilmesinde;** elde edilen sonuçlara göre, obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre depresif semptom düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4-8). BKİ'deki 1 birimlik artışın depresyon üzerine etkisi Lineer Regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; EAMDS alt boyutlarını ve toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 4-9).

Stewart ve ark. yaptığı çalışmada 2735 kadın, 2469 erkek çalışmaya dahil edilmiş olup yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve MOS uyku ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada aşırı aktif mesane şikayetleri olmayan kontrol grubu ile, inkontinansı olan aşırı aktif mesane ve inkontinansı olmayan aşırı aktif mesane sendromu olan kişiler karşılaştırılmış, SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü boyutlarında gruplar arası anlamlı fark görülürken, mental sağlık alt boyutu aşırı aktif mesane sendromu olmayan kontrol grubu ile inkontinansı olmayan aşırı aktif mesane arasında 4,6 puan fark; inkontinansı olan ve olmayan aşırı aktif mesane sendromu olanlar arasında 3,6 puan fark olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği toplam fiziksel ve mental sağlık puanları ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ölçeği puanları kadın veri grupları arası karşılaştırıldığında, deney grubu olan inkontinansı olan ve olmayan aşırı aktif mesane sendromu olan kadınların puanlarının kontrol grubuna göre daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$) (Stewart ve ark. 2003). Kwon ve Lee'nin yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesi EuroQoL-5 ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş olup, üriner inkontinansı olan ve olmayan

kadınlar karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda yaşam kalitesinin alt boyutları olan hareket, özbakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon boyutlarının tümünde gruplar arası lojistik regresyon analizinde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$) (Kwon ve Lee 2014). Diğer taraftan Mc Dermott ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası BKİ arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0,001$), pelvik taban semptomları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen, pelvik taban semptomlarının etkilediği yaşam kalitesi ameliyat sonrası, ameliyat öncesine göre düşüş gösterdiği bildirilmiştir (McDermott ve ark. 2012). Çalışmamızda gruplar obez (BKİ 30 ve üzeri) ve normal kilolu (BKİ 18,5-24,99) olarak ayrılmış olup SF-36 ölçeği ile yapılan yaşam kalitesi değerlendirilmesinde ölçeğin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon ($p<0,01$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,05$), ağrı ($p<0,01$), genel sağlık algısı ($p<0,05$) ve enerji ($p<0,05$) alt boyutları obez ve normal kilodaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. **Normal kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerinin yaşam kalitesine etkisinin gruplar arası fark olup olmadığı araştırma sorusunun değerlendirilmesinde;** obez kadınlarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı ve enerji alt boyutları puanları normal kilodaki kadınlara göre daha düşüktür (Tablo 4-10). Çalışmamızın bulgularında yaşam kalitesinin BKİ yüksek hastalarda daha düşük bulunması literatür bulguları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Pelvik taban disfonksiyonunun cinsel fonksiyon üzerine olumsuz etkisini gösteren birçok çalışma bulunmasına rağmen, obezitenin cinsel fonksiyon üzerine etkisini gösteren kısıtlı çalışmalar bulunmaktadır (Tsai ve ark. 2010). 'Pelvik Taban Disfonksiyonu olan kadınlarda obezite ve cinsel disfonksiyon ilişkisi'ni inceleyen çalışmada BKİ $<30 \text{ kg/m}^2$ olan 161 kadın, BKİ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan 193 kadın karşılaştırılmış, cinsel aktif kadınlarda obezitenin kötü cinsel fonksiyon ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Tsai ve ark. 2010). Coyne ve ark. yaptığı çalışmada alt üriner sistem semptomları olan grupla, alt üriner sistem şikayeti olmayan grubun yaşam kalitesi, cinsellik, duygusal iyilik durumlarını karşılaştırmış olup, aşırı aktif mesane sendromu, idrar yapma sorunları olan grupların kontrol gruplarına göre, daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları, depresyon oranlarının daha yüksek

olduğu ve cinsel ilişkiden zevk almanın daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır (Coyne ve ark. 2008). Romero-Talamas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bariatrik cerrahi ve sonrası kadınların cinsel fonksiyonları arasında anlamlı fark bulunmazken, yaşam kaliteleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Romero-Talamas ve ark.2016). Bazı çalışmalarda obez kadınların cinsel yönden daha az uyarılma yaşadığı, cinsel yaşamlarından daha az memnun oldukları, cinsel ilişkiyi daha az sıklıkta yaşadıkları belirtilmiştir (Bilgiç ve ark. 2018). Bilgiç ve ark. yapmış olduğu çalışmada 387 kadın çalışmaya katılmış, gruplar obez (200 kadın-BKİ 30 ve üzeri) ve obez olmayan (187 kadın- BKİ 29,99 ve altı) olarak ayrılmıştır. Çalışmada İnkontinans Etki Ölçeği-7 (IIQ-7), Ürogenital Distres Envanteri-6 (UDI-6), Pelvik Organ Prolapsus/Üriner İnkontinans Cinsel Ölçeği (PISQ-12) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda obez kadınların PISQ-12 toplam skoru obez kadınlarda $27,66 \pm 7,12$ bulunurken, obez olmayan kadınlarda $30,18 \pm 6,54$ bulunmuştur ($p < 0,05$). Aynı çalışmada IIQ-7 ve UDI-6 skorları obez kadınlarda obez olmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Yılmaz ve ark. (2014) ülkemizde yapmış olduğu çalışmada kadınların beden kitle indeksi ile UDI-6, IIQ-7 ve I-QOL toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Grubu normal, hafif şişma ve şişman olarak ayıran çalışmada; şişman olanların UDI-6 puan ortalaması yüksek, hafif şişman olanlarda IIQ-7 puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2014). Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada üriner inkontinasi olan kadınlarda SF-36 ölçeğini kullanarak yaşam kalitesini değerlendirmiş, genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyon alt boyut puanlarının inkontinansı olan kadınlarda daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p < 0,05$) (Özdemir ve ark. 2018). Çalışmamızda alt üriner sistem semptomları ve yaşam kalitesi arasındaki fark incelendiğinde cinsel fonksiyonun ve yaşam kalitesinin obez kadınlarda etkilendiği sonucuna varılmıştır (Tablo 4-11). Çalışma bulgularımız literatür bulguları ile paralellik göstermektedir. Alt üriner sistem şikayetleri olan obez kadınlarda cinsel fonksiyonu da içeren yaşam kalitesi normal kilodaki kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

5.4. OBEZ KADINLARLA YAPILAN DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERİN KALİTATİF ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen, alt üriner sistem semptomları olan obez kadınlardan seçilen 30 kadınla yapılan 10 soruluk açık uçlu derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin kalitatif analiz sonuçları tartışılmıştır.

Dünya genelinde 2018 yılında 2,3 milyar insanın alt üriner sistem semptomlarının herhangi birinden etkileneceği belirtilmektedir (Plata ve ark. 2018). Alt üriner sistem semptomları kişide psikolojik problemlere, utanma duygusuna, depresyona ve sosyal izolasyona neden olmakta yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Karakuş ve Yanikkerem 2015; Güngör Uğurlucan ve ark. 2016; Schreiber Pedersen ve ark. 2017). Park ve ark. yaptığı çalışmada cinsiyete göre alt üriner semptomları ve yaşam kalitesi karşılaştırılmış olup, kadınların yaşam kalitesinin inkontinansın daha çok etkilendiği sonucuna varılmıştır (Park ve ark. 2018). Özellikle üriner inkontinans yaşayan kişilerde utanç duygusu ön plana çıkmakta, kendilerini daha az çekici bulmakta, diğer insanlarla iletişimden kaçınmakta ve özgüvenlerinde önemli ölçüde azalma görülmektedir. Üriner inkontinansın saklanması, kişinin tedavi için yardım almasını engellemektedir. Güngör Uğurlucan ve ark. yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinans ile düşünce ve tutumlar değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, çalışmaya katılanların %89,3'ü idrar kaçırmanın ayıp olmadığını, %9,8'i idrar kaçırmanın kendi suçu olduğunu düşünürken, %91,8'i idrar kaçırmanın önemsenmesi gereken bir durum olduğunu, %57'si idrar kaçırmanın sağlık sorunları arasında sorgulanması ve bildirilmesi gereken bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada kadınlar ve erkeklerin tutumları karşılaştırıldığında kadınların çoğu (%97,4) 'bir hastanın sağlık problemleri değerlendirilirken mutlaka idrar ile ilgili sıkıntılar da bildirilmelidir' düşüncesine katıldığını, %68,3'ü ise idrar kaçırmanın utanç verici bir durum olduğunu belirtmişlerdir (Güngör Uğurlucan ve ark. 2016). **Obez kadınlarda alt üriner sistem şikayetlerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği araştırma sorusunun değerlendirilmesinde;** tüm kadınlar hayatının etkilendiğini, özellikle

olumsuz ve çok olumsuz etkilenmenin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4-13).

Üriner inkontinansı olan kadınlar emici ürünler kullanmaktadır. Polonya’da 2016 yılında kadınların kullandığı emici ürünler maliyeti yıllık 130,4 milyon Polonya Zlotisi (~ 211 milyon TL), Hollanda’da 2012 yılında inkontinans pedlerin maliyeti 164 milyon euro olarak belirlenmiştir. Kullanılan ürünler ülkeler için maddi yük getirirken, bu ürünleri kullanan kişilerde dermatit olma olasılığı %5,6-50 arasında değişmektedir. İnkontinansa bağlı dermatit kişilerin yaşam kalitesinin daha da olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Grzybowska ve Wydra 2018). Aşırı aktif mesane; idrar kaçırmanın yol açtığı cilt bütünlüğü bozukluğuna neden olabilmektedir. Bu yaşanan sorunlar da maliyeti ve sağlık bakım kontrollerini arttırmaktadır (Tang ve ark. 2014; Willis-Gray ve ark. 2016). Alam ve ark. (2018) yaptığı çalışmada üriner inkontinans için kullanılan tek kullanımlık emici ürünlerin maliyetinin çok yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmada idrar kaçırmayı olan kişilerin kullanımı için çok kullanımlık (makinede yıkanabilen), tüm gün giyilebilen yeni emici ürünle tek kullanımlık emici ürünlerin maliyetini karşılaştırmış, çok kullanımlık emici ürün kullanım maliyetinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (Alam ve ark. 2018). Wang ve ark (2018b) yaptığı çalışmada bakımevlerinde kalan inkontinansı olan hastalarda yüksek oranda inkontinansa bağlı dermatit geliştiğini bildirmiştir (Wang ve ark. 2018b). Çalışmamızda ped kullanan kadınlarda pişik olma/yara/enfeksiyon ve kötü koku şikayetlerinden kadınların hayatları, sosyal yaşantılarının daha fazla etkilendiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4-14, 4-18, 4-20). Bu sonuç literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Alt üriner sistem semptomlarının tedavisinde invazif olmayan yöntemler; yaşam tarzı değişikliği, davranışsal terapi ve pelvik taban kas egzersizleri kullanılmaktadır. Birinci basamak tedavi olan invazif olmayan yöntemlerden kadın fayda görmezse eğer ilaç tedavisi ve cerrahi tedaviye geçilmektedir (Roda ve ark. 2016). Costa ve ark. yaptığı sistematik inceleme çalışmasında Cochrane veritabanında bulunan üriner inkontinansa cerrahisiz müdahaleler incelenmiş olup, pelvik taban kas egzersizi kullanılan yöntemler arasında en güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun dışında kullanılan yöntemlerin; farmakolojik tedaviler

(adrenerjik agonistler, sistemik/lokal östrojen, serotonin-noradrenalin reseptör inhibitörü) biofeedback, yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi, zamanlı idrar yapma, akupunktur, mekanik araçlar ve vajinal konlar olduğu belirlenmiştir fakat bu yöntemlerin kullanımının kanıt düzeyi daha düşük bulunmuştur (Costa ve ark. 2018). Wang ve ark yaptığı toplum temelli çalışmada kadınlarda görülen alt üriner sistem semptomlarında uygulanan tedaviler incelendiğinde medikal tedavi, sağlık personeli tarafından öğretilen pelvik taban kas egzersizleri, bitkisel ilaçlar, sıvı/kafein/alkol alınınının kısıtlanması ve gece belli bir saatten sonra sıvı alınınının kısıtlanması yöntemleri kullanıldığı belirlenmiştir ve aynı çalışmada her bir alt üriner sistem semptomları için bu yöntemlerin kullanım oranları arasında farklılık mevcut olduğu belirlenmiştir (Wang ve ark. 2018). Bir diğer çalışmada pelvik taban kas egzersizlerinin aşırı aktif mesane sendromu olan kadınlarda idrar kaçırma, noktüri, pelvik taban kas fonksiyonunu ve yaşam kalitesini düzelttiği belirlenmiştir (Fitz ve ark. 2017). Fritel ve ark. yaptığı çalışmada ise doğum öncesi öğretilen pelvik taban kas egzersizlerinin postpartum üriner inkontinans oranını azaltmadığı sonucuna varmışlardır (Fritel ve ark. 2015). Çalışmamızda alt üriner sistem şikayetleri olan obez kadınların idrarla ilgili şikayetlerini azaltmak için hangi yöntemlere başvurdukları incelendiğinde çoğunun hekime gittiği/sağlık kuruluşuna başvurduğu, hekimin verdiği ilaçları kullandığı, sağlık personelinin verdiği eğitim doğrultusunda pelvik taban kas egzersizlerini uyguladığı, bazı yiyecekleri kısıtladığı, hekim önerisi ile sıvıyı arttırdığı ve hastanın şikayetlerini azaltmak için tükettiği sıvıyı azalttığı yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4-16).

Alt üriner sistem risk faktörleri incelendiğinde; yaş, BKİ>25 kg/m², doğum sayısı, diyabet, menopoz, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, ve vajinal doğum olarak belirlenmiştir (Başak ve ark. 2013; Ahmad ve ark. 2015; Komesu ve ark. 2016; Juliato ve ark. 2017). Obezite, özellikle üriner inkontinansı içeren kadın alt üriner sistem semptomları için risk faktörüdür (Newman ve ark. 2013; Osborn ve ark. 2013; Khullar ve ark. 2014; Subak ve ark. 2015; Gordon ve ark. 2017; Stockil ve ark. 2018). Erken yaşta obez olan kadınlar ileri yaşlarda üriner inkontinans için daha fazla risk taşımaktadır. Bu nedenle erken yaşta obez olan kadınlara ileriki yaşlarda üriner inkontinans açısından risk taşıdıkları anlatılmalı ve kilo vermesi erken yaşta

sağlanmalıdır (Komesu ve ark. 2016; Juliato ve ark. 2017). Aynı zamanda menopoz, gebelik ve doğum (özellikle vajinal doğum) da üriner inkontinans için risk oluşturmaktadır (Karakuş ve Yanikkerem 2015; Juliato ve ark. 2017). Yaş arttıkça da pelvik taban bozuklukları artmaktadır (Zelege ve ark. 2016). Brucker ve ark. yaptığı çalışmada genç obez kadınlardaki alt üriner sistem semptomları değerlendirmiştir. Çalışmada obezite ve ürojinekolojik semptomlar arasında ilişki bulunmamasına rağmen, obez kadınlarda alt üriner sistem semptomları daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bunun nedenini de obez kadınlarda eşlik eden hastaların alt üriner sistem semptomlarını artırdığı yönündedir (Brucker ve ark. 2017). Çalışmamızda kadınlara idrar ile ilgili şikayetlerinin ne olabileceği sorulduğunda; çoğunun şikayetlerinin doğum/gebelik sürecinden sonra oluştuğu, fazla kilo, stres, yaştan ilerlemesi, menopoz, ağır işlerde çalışmak ve üşütmekten kaynaklı olabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4-17). Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin sebebinin gebelik/doğum süreci, fazla kilo, yaştan ilerlemesi ve menopozdan kaynaklı olabileceğini düşünmesi literatürde yer alan alt üriner sistem semptomları riskleri ile paralellik göstermektedir.

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesine rağmen, özellikle yaşlı kadın hastalarda utanma ve yaşlanmayla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunun düşünülmesi nedeniyle hastalar bu şikayetlerini dile getirmemekte ve dolayısıyla tedavi alamamaktadır (Nunes Tamanini ve ark. 2018). Alt üriner sistemlerden biri olan aşırı aktif mesane sendromu kadınların %12,8'ini etkilemektedir. Bu sendrom kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve kişiye ve ülkeye maddi yük getirmektedir. Obezite, aşırı aktif mesane faktörü için risk oluşturmaktadır (Zacche ve ark. 2017). Çalışmamızda obez kadınların hayatlarını en çok neyin etkilendiği sorgulandığında, kadınların çoğunun çok sık tualete gitme şikayetinin hayatlarını çok etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4-18). Aynı zamanda görüşme yapılan şuan ki hayatlarının biraz etkilendiğini ifade eden kadınlar da hastaneye başvurma ve tedavi arama nedenini ileriki yaşlarda daha kötü olacağını düşünmesi olarak ifade etmişlerdir.

Din ve kültürdeki farklılıklar alt üriner sistem semptomları olan kadınların yaşam kalitesinin farklı etkilenmesine neden olmaktadır. Özellikle Müslümanlık dini

ve İspanyol kültüründe yaşayan kadınlarda görülen üriner inkontinans kadının yaşam kalitesinin daha olumsuz etkileneşine sebep olmaktadır (Mota 2017). Treister-Goltzman ve Peleg'in yaptığı çalışmada, Müslüman kadınların üriner inkontinansdan daha olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Bunun nedeninin de Müslümanlardaki inanışa göre günde beş kez abdest alıp namaz kılariken eğilip kalkma hareketleri nedeniyle daha fazla stres üriner inkontinansa maruz kalmaları olarak yorumlamışlardır. İbadet sırasında yaşanan idrar kaçırma, kadının kendisini daha suçlu hissetmesine sebep olduğu çalışmada bildirilmiştir (Treister-Goltzman ve Peleg 2018). Çalışmamızda kadınların idrarla ilgili olan şikayetleri hayatlarında en çok neyi etkilediği sorgulandığında kadınların bir kısmı namaz kılamamak, abdestinin sürekli yenilemesi gerekliliği olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-18). Kadınların idrarla ilgili şikayetlerinin namaz kılmayı etkilemesi literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Alt üriner sistem semptomu olan kadınlarda cinsel sağlık olumsuz etkilenebilmektedir (Aydınoglu ve ark. 2012; Amasyalı ve ark. 2015; Mota 2017). Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma/ idrar kaçırma korkusu, gece idrar kaçırma ya da yatağı ıslatma korkusu kadının cinsel sağlığını olumsuz etkilemektedir (Asoğlu ve ark. 2014; Amasyalı ve ark. 2015; Su ve ark.2015; Mota 2017). Pace ve ark. yaptığı çalışmada fazla kilolu kadınlarda (OR= 1,22) ve obez kadınlarda (OR=1,56) cinsel fonksiyon bozukluğu normal kilodaki kadınlara göre daha yüksektir (Pace ve ark. 2009). Asoğlu ve ark. yaptığı çalışmada üriner inkontinans tiplerinin cinsel sağlığı içeren yaşam kalitesine etkisi incelenmiş, stres üriner inkontinansı olan kadınların diğer inkontinans tiplerine göre daha düşük cinsel sağlık puanı (PISQ-12) olduğu, urgency semptomlarının ise daha çok anksiyete ve depresyona neden olduğu belirlenmiştir. Su ve ark. yaptığı çalışmada ise urgency üriner inkontinansın vajinal kaynaklaşmayı azalttığı bu nedenle cinsel ilişki sırasında ağrıya neden olduğu bildirilmiştir (Su ve ark. 2015). BKİ yüksek olan kadınlarda da cinsel sağlık olumsuz etkilenebilmektedir. Çalışmamızda idrarla ilgili olan şikayetleri hayatlarında en çok neyi etkilediği sorgulandığında kadınların bir kısmı cinselliğinin olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (Tablo 4-18).

Alt üriner sistem semptomları kadın yaşamını tehdit etmese de kadının günlük yaşamını, yaşam kalitesini ve iş hayatını olumsuz etkilemektedir. Tüm inkontinans tipleri düşük benlik saygısına ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Aynı zamanda kadında utanmaya, anksiyete ve strese neden olmaktadır (Mota 2017). Rebessa ve ark. yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar ile yaşam kalitesi karşılaştırılmış, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları (hareket, kişisel bakım, günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık, anksiyete/depresyon, son 1 yıl ile karşılaştırılmış şuanki sağlık durumu) ile iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Rebessa ve ark. 2013). Öz ve Altay yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların %43,1'i idrar hissi olmadan idrar kaçırmamak için tuvalete gitmekte olduğu, %51,3'ü dışarı çıktığında tuvalete yakın yerlere oturduğu, %31,2'si evden dışarı çıkmayı kısıtladığı, %59,9'u evden çıkacakları zaman yanına yedek kıyafet aldığı, %62,2'si vücudu saran emici ürünler kullandığı, %3,6 'sı idrar kokusu nedeniyle vajinal duş yaptığı /kokulu ped kullandığı, %21,8'i perineye sıcak kompres uyguladığı, %50,3'ü ağır kaldırmaktan kaçındığı, %22,1'i evdeki mobilyalarını korumak için su geçirmez koruyucu ürünler kullandığı belirlenmiştir (Öz ve Altay 2018). Çalışmamızda alt üriner sistem semptomları olan obez kadınların sosyal yaşamının nasıl etkilendiği sorgulandığı çoğu kadının dışarı çıkınca tuvaleti olan yerleri tercih etmek zorunda olduğu, evden çıkmak istemediği, uzun yol yürüyemediği/yolculuk yapamadığı, arkadaşlarla görüşmeye gidemediği, idrar kaçırmadan kaynaklı kokudan kendini rahatsız hissettiği, iş yerinde/ okulda dalga geçildiği ve sinema-tiyatro vb. aktivitelere gidemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 4-20).

Uyku bozuklukları, bir şeye odaklanmaya zorlanma, hafıza kaybı, motor fonksiyon yetersizliği, plan yetisinin düşmesi, ani hareket kontrolünün zorluğu gibi kavrama ilgili birçok soruna neden olmaktadır. Bu sorunlar iş yaşamında kaza riskini artırmakta, performans düşmesine/kaybına neden olmakta ve dolayısıyla kişiyi ve ailesini etkilemektedir. Üriner disfonksiyonu olan kadınlar da idrar yapmak ya da emici pedlerin değişimi için uykuyu bölerek tuvalete gitmektedir. Bu da üriner inkontinansı olan kadınlarda uyku bozukluğuna ve uyku bozukluklarının yaratmış olduğu diğer sıkıntılara neden olmaktadır. Freitas ve ark. yaptığı çalışmada stres

üriner inkontinansı olan kadınların sling ameliyatı öncesi ve sonrası uyku kalitelerini değerlendirmiş olup, ameliyat sonrası inkontinas sıklığı azaldığından uyku kalitelerinin arttığı sonucuna varmışlardır (Freitas ve ark. 2018). Çalışmamızda kadınlarda görülen alt üriner sistem semptomlarının genel sağlığına etkisi sorgulandığında çoğu idrar yapmak için uyandığından sadece uyku problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-21).

Kadınlar, ağır şeyler kaldırma, uzak yol yürüme ya da uzun süre oturma/ayakta kalma gibi bir çok farklı çevrede çalışabilmekte ya da yaşayabilmektedir. Bu çevresel faktörler kadının tuvalet alışkanlıklarını ve dolayısıyla mesane sağlığını da etkilemektedir. Örneğin bazı çalışan kadınlarda işyerinde sık ya da istediği zaman tuvalete gitmeye izin verilmeyip, belirlenen zaman dilimlerinde tuvalete gitmesine izin verilebilir (Palmer ve ark. 2018). Bu da kadının iş yaşamını etkilemektedir. Çalışmamızda idrarla ilgili olan şikayetler çalışma yaşamını nasıl etkilediği sorulduğunda, çalışan tüm kadınların çalışma hayatının belli ölçüde etkilendiği, bazı kadınların sık idrara gitme nedeniyle işi bırakmak zorunda kaldıkları, ağır kaldırması gereken işlerde çalışmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4-22).

Alt üriner sistem semptomları özellikle üriner inkontinans kadını duygusal olarak etkilemekte, utanmaya, düşük benlik saygısına, huzursuzluğa ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Aşırı aktif mesane sendromu ise kişide uyku problemlerine de neden olarak günlük yaşamdaki işlerini olumsuz etkilemektedir (Long ve ark. 2015). Lim ve ark. yaptığı çalışmada da stres üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ve yaşam kalitesinin alt boyutları değerlendirildiğinde, stres üriner inkontinansı olan kadınların daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Lim ve ark. 2018). Çalışmamızda alt üriner sistem semptomlarının kadınları duygusal olarak nasıl etkilediği sorgulandığında çok az kısmının duygusal olarak etkilenmediği, çoğunun duygusal olarak kendini üzgün, stresli, endişeli hissettiği, mutsuz olduğu, bir kısmının psikolojik olarak çökkün olduğu hatta bir kişinin bu nedenle intihar etmeyi bile düşündüğü belirlenmiştir (Tablo 4-23).

Üriner inkontinansı olan kadınların tedavi seçeneklerinden biri cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavi olarak sling ameliyatlarından TOT (Transobturator tape) TVT (Tension free vaginal tape) cerrahisi önerilmektedir (Jeong ve ark. 2014; Mari ve ark. 2017). Chapple ve ark. yaptığı çalışmada alt üriner sistem semptomları olan kişilerden sadece %26'sı son 12 ay içinde üriner şikayetleri için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlık kuruluşuna en çok başvuran kişilerin, depolama, boşaltım ve postmiksiyon semptomlarının tümünü barındıran kişiler olduğu, sağlık kuruluşuna en az başvuran kişilerin ise sadece boşaltım semptomlarının olduğu kişiler olduğu belirlenmiştir (Chapple ve ark. 2017). Stres üriner inkontinansı olan kadınlarda, tedavi yöntemi olarak cerrahi tedavi yapılmış kadınların ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerlendirilmiş çalışmalarda, ameliyat sonrası yaşam kalitesinin bu kadınlarda belirgin düzeyde arttığı sonucuna varılmıştır (Zyczynski ve ark. 2015; Kokanalı ve ark. 2016; Blaganje ve ark. 2018; Huang ve ark. 2018). McKenna ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde kullanılan TVT yönteminin uzun dönem sonuçları obez olan kadınlarda normal kilolulara göre daha olumsuz olduğunu belirlenmiştir (McKenna ve ark. 2016). Çalışmamızda kadınlara alt üriner sistem şikayetlerinin tedavisi hakkında ne düşündükleri sorulduğunda kadınların çoğunun tedaviden umutlu olduğu, ameliyatla ya da ilaç tedavisi ile düzelebileceğini belirtmişlerdir (Tablo 4-24). Çalışmada kadınların çoğunun cerrahi ya da medikal tedavi ile iyi olacağını düşünmesi, örneklemin hastaneye başvuran kadınlar arasından seçildiği için beklenen bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Çalışmaya 216 normal kilolu, 237 obez kadın katılmış olup, yaş ortalaması $40,78 \pm 9,34$ yıldır. Yaşlar arası iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4-1).
- Çalışmaya dahil edilen kadınların çoğunun ilkokul mezunu olduğu (%48,1), çoğunun çalışmadığı (%52,1), çoğunun gelirinin giderine denk olduğu (%53,9) ve çoğunun evli olduğu (%81,7) belirlenmiştir. Normal kilolu ve obez gruplarda eğitim durumu ($p < 0,01$), meslek ($p < 0,01$) ve medeni durum ($p < 0,05$) değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4-2).
- Gruplar arasında sigara kullanımı, alkol kullanımı ve konstipasyon durumu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4-3).
- Gruplar arasında gebelik sayısı, doğum sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı, doğum şekli, bebeklerin doğum kiloları, menopoz ve menopozda ilaç kullanımı değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4-4).
- Çalışmamızda gece idrar yapmak için kalkan kadın oranı %74,8, idrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele eden kadın oranı %68, mesanesinde ağrı hisseden kadın oranı %41,1, idrar yapmak için tuvalette oturarak bekleyen kadın oranı %30,7, idrar yapmak için ıkınan kadın oranı %20,1, idrar yaparken birden fazla durup tekrar yapmaya başlayan kadın oranı %35,1, tuvalete yetişmeden idrar kaçırان kadın oranı %34,7, idrar kaçırان kadın oranı %34,2, öksürürken, hapsirirken, fiziksel olarak hareketli iken idrar kaçırان kadın oranı %40,8, tuvalete gitme isteği yokken idrar kaçırان kadın oranı %14,3 ve uykuda iken idrar kaçırان kadın oranı %7,5 olarak belirlenmiştir. Aşırı aktif mesane sendromu semptomları açısından gruplar

arası fark yokken, normal kiloda kadınların %24,5'i, obez kadınların %43'ü idrar kaçırma problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4-5).

- Çalışmaya dahil edilen normal kilolu ve obez kadınlarda alt üriner sistem semptomlarının BFLUTS ile yapılan değerlendirmede; depolama, idrar kaçırma, yaşam kalitesi ve toplam ölçek puanları ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4-6).
- Çalışmaya dahil edilen normal kilolu ve obez kadınlarda depresyon semptomlarının düzeyinin EAMDS ile yapılan değerlendirmede; bedensel şikayetler ($p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ($p<0,05$) ve toplam puan ($p<0,05$) arasında istatistiksel anlamlı fark saptanırken, depresif duygulanım ve olumlu duygulanım arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-8).
- Çalışmaya dahil edilen normal kilolu ve obez kadınlarda yaşam kalitesi durumunun SF-36 ile yapılan değerlendirmede; fiziksel fonksiyon ($p<0,01$), fiziksel rol güçlüğü ($p<0,05$), ağrı ($p<0,01$), genel sağlık algısı ($p<0,05$), enerji ($p<0,05$) ve toplam fiziksel sağlık ($p<0,01$) alt boyutlarında istatistiksel anlamlı fark saptanırken, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık ve temel mental sağlık alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4-10).
- Çalışmaya dahil edilen normal kilolu ve obez kadınlarda; BFLUTS ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, BFLUTS'un tüm alt boyutları ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında grup içi negatif yönlü istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4-11).
- Çalışmaya dahil edilen normal kilolu ve obez kadınlarda; BFLUTS ile EAMDS arasındaki ilişki incelendiğinde, obez kadınlarda BFLUTS'un depolama alt boyutu ve toplam puanı ile EAMDS'nin tüm alt boyutları arasında, idrar yapma alt boyutu ile toplam puanı arasında, idrar kaçırma alt boyutu ile depresif duygulanım, bedensel şikayetler ve toplam puanı arasında, cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi alt boyutu ile depresif duygulanım,

bedensel şikayetler, olumlu duygulanım ve toplam puan arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$) ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

- Çalışmanın ikinci aşaması olan alt üriner sistem şikayetleri obez kadınlar ile yapılan derinlemesine görüşmelerde kadınlarının çoğunun hayatının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Tablo 4-13).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde kadınların en çok idrar kaçırmanın hayatlarını etkilediği, sık idrara gitmekten, dışarı çıkamamaktan, yolculuk yapamamaktan şikayetçi oldukları, ped/ bez kullandıkları, cinsel hayatlarının kötü etkilendikleri, uyku problemleri yaşadıkları ve iş yerlerinde/okullarda sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 4-14).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde çoğu hasta idrarla olan şikayetlerinin kendisi için çok önemli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4-15).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde kadınların tedavileri için en çok hekime başvurdıkları, ilaç kullandıkları, pelvik taban kas egzersizlerini yaptıkları ya da tükettiği sıvıyı azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4-16).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde, kadınların bu şikayetlerinin nedeninin ne olduğu sorulduğunda, şikayetlerinin nedeninin çoğu gebelik süreci/doğum, fazla kilo, üşütmek, stres, yaşın ilerlemesi, menopoz olduğunu düşünürken, bir kısım kadın bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir (Tablo 4-17).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde, alt üriner sistem semptomlarının hayatlarında en çok neyi etkilediği sorgulandığında, kadınların çoğu çok sık tuvalete gitmekten, dışarı çıkamamaktan, cinsel hayatı olumsuz etkilemesinden, namaz kılamamaktan, ev işi yapamaktan, kullandığı bezler nedeniyle pişik olmaktan en çok şikayetçi olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 4-18).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde, alt üriner sistem semptomları nedeniyle kadınların çoğunun sosyal hayatının etkilendiği sonucuna varılmıştır (Tablo 4-19).

- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde, alt üriner sistem semptomlarının sosyal yaşantısını nasıl etkilediği sorgulandığında, kadınların dışarı çıkınca tuvaleti olan yerleri tercih etmek zorunda kaldığı, evden çıkmak istemediği, uzun süre yürüyemediği, yolculuk yapamadığı, kokudan kendini rahatsız hissettiği, sıvı tüketme korkusunun olduğu ve sinema-tiyatro gibi aktiviteler gidemediğini bildirmiştir (Tablo 4-20).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde, alt üriner sistem semptomlarının genel sağlık durumunu etkisi sorgulandığında, kadınların bu duruma üzüldüğü, uykusuzluktan yorgun ve mutsuz olduğu, pişik olmaktan üzüldüğü/psikolojisinin bozulduğunu belirtirken, bir kısım kadın bu şikayetlerinin genel sağlığını etkilemediğini bildirmiştir (Tablo 4-21).
- Alt üriner sistem semptomları olan kadınların çoğunun ev işlerinin bu şikayetlerden etkilendiği, çalışan obez kadınların çalışma hayatının etkilendiği bildirilmiştir (Tablo 4-22).
- Görüşme yapılan alt üriner sistem semptomları olan obez kadınların çoğunun bu şikayetlerden üzgün olduğu, psikolojisinin bozulduğu, sinirlerinin bozulduğu ve mutsuz olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4-23).
- Obez kadınlarla yapılan görüşmelerde kadınların alt üriner sistem semptomlarının tedavileri hakkındaki düşünceleri incelendiğinde, tedaviden umutlu olduklarını, ameliyat olunca şikayetlerinin geçeceğini düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 4-24).

Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda,

- Obezitenin alt üriner sistem semptomlarına neden olduğu için obez kadınların kilo vermesinin desteklenmesi,
- Alt üriner sistem semptomları kadın tarafından sorgulanmadıkça ifade edilmediğinden, sağlık kuruluşlarına başvuran tüm kadınların alt üriner sistem semptomlarının sorgulanması,
- Alt üriner sistem semptomlarının risk faktörleri için kadınlara eğitim verilerek farkındalık yaratılması,
- Kadınların alt üriner sistem semptomlarının etkilerini daha rahat ifade edebildikleri bu alanda daha fazla niteliksel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmstein, U. ve ark. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61, 37-49.
- Abrams, P., Smith, A.P. ve Cotterill, N. (2015). The impact of Urinary incontinence on quality of life in a real world population of women aged 45-60 years: Results from a survey in France, Germany, the UK, and the USA. *BJU International*, 115, 143-152.
- Abreu, G.E., Dourado, E.R., Alves, D.N., Araujo, M.Q., Mendonça, N.S.P., Barroso Junior, U. (2018). Functional constipation and overactive bladder in women: a population-based study. *Arquivos de Gastroenterologia*, 55(3), 1-6.
- Agur, W. ve Rizk, E.D. (2011). Obesity and urinary incontinence in women: is the black box becoming grayer? *Int Urogynecol J*, 22,257-258.
- Ahmad, S.M., Aznal, S.S. ve Tham, S.W. (2015). Prevalence of overactive bladder syndrome (OABS) among women with gynaecological problems and its risk factors in a tertiary hospital, negeri sembilan, malaysia: implication for primary healthcare providers. *Malaysian family physician*, 10 (2),3-8.
- Alam, P.A., Huang, J.C., Clark, B.A., Burkett, L.S. ve Richter, L.A. (2018). A cost analysis of icon reusable underwear versus disposable pads for mild to moderate urinary incontinence. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*.
- Altaweel, W. ve Alharbi, M. Urinary incontinence: prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. (2012). *Neurourology and urodynamics*, 31,642-645.
- Amasyalı, A.K., Kazan, E., Erol, H. (2015). Üriner inkontinans ve kadın cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni*, 17(61), 140-143.

- Apostolidis, A., Rantell, A., Anding, E., Hermanns, K.R. ve Cardozo, L. (2017). How does lower urinary tract dysfunction (LUTD) affect sexual function in men and women? ICIRS 2015-Part 2. *Neurourology and Urodynamics*. 26, 869-875.
- Arnouk, A., De. E., Rehfuss, A., Cappadocia, C., Dickson, S. ve Lian, F. (2017). Physical, complementary, and alternative medicine in the treatment of pelvic floor disorders. *Curr Urol Rep*, 18 (47), 1-13.
- Asoglu, M.R., Selcuk, S., Cam, C., Cogendez, E. ve Karateke, A. (2014). Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;176:187-90.
- Aydinoğlu, E., Bal, K., Özçift, B., Bölükbaşı, A. (2012). Üriner inkontinans ve/veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi. *Yeni Üroloji Dergisi*, 7(1), 33-41.
- Basak, T., Kok, G. ve Guvenc, G. (2013). Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International Counsel of Nurses*, 60(4), 448-460.
- Bilge, Ç. ve Kızılkaya Beji, N. (2016). Kadınlarda obezite ve alt üriner sistem semptomları. *F.N. Hem. Derg*, 24(2): 72-79.
- Bilgiç,D., Gökyıldız, Ş., Kızılkaya Beji, N., Yalçın, O. ve Güngör Uğurlucan, F. (2018). Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction. *Women&Health*. DOI: 10.108003630242.2018.1492497.
- Blaganje, M., Šćepanović, D., Žgur, L., Verdenik, I., Pajk, F., Lukanović, A. (2018). Non-ablative Er:YAG laser therapy effect on stress urinary incontinence related to quality of life and sexual function: A randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 153-158.
- Boer, A.T., Hove, P.C.M., Burger, W.C. ve Vierhout, E.W. (2011). The prevalence and risk factors of overactive bladder symptoms and its relation to pelvic organ prolapse symptoms in a general female population. *Int Urogynecol J*. 22, 569-575.

- Bolat, M.S., Akdeniz, E., Ozkaya, S., Batur, A.F., Kutman, K.G., Gören, R., ve ark. (2015). Smoking and lower urinary tract symptoms. *Urology Journal*, 12(6), 2447-2451.
- Breyer, N.B., Creasman, M. J., Richter, E.H., Myers, D., Burgio, L.K., Wing, R.R., ve ark. (2018). A behavioral weight loss program and nonurinary incontinence lower urinary tract symptoms in overweight and obese women with urinary incontinence: a secondary data analysis of PRIDE. *The Journal of Urology*. 199, 215-222.
- Brucker, J., Wagner, I., Rudofsky, G., Rauch, G., Sohn, C. ve Brocker, S. K. (2017). In obesity even young women suffer from urogynecological symptoms. *Arch Gynecol Obstet*, DOI 10.1007/s00404-017-4514-6.
- Bunn, F., Kirby, M., Pinkney, E., Cardozo, L., Chapple, C., Chester, K. ve ark. (2015). Is there a link between overactive bladder and the metabolic syndrome in women? A systematic review of observational studies. *International Journal of Clinical Practice*, 69(2), 199-217.
- Cerruto, M.A., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M. ve Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors' iimpact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int*; 90:1–9.
- Chapple, C., Castro-Diaz, D., Chuang, Y.C., Lee, K.S., Liao, L., Liu, S.P. ve ark. (2017). Prevalence of lower urinary tract symptoms in China, Taiwan, and South Korea: results from a cross-sectional, population-based study. *Advances In Therapy*, 34(8), 1953-1965
- Carvalhais, A., Araujo, J., Jorge, R.N. ve Bo, K. (2018). Urinary incontinence and disordered eating in female elite athletes. *Journal of Science and Medicine in Sport*. Doi.org/10.1016/j.jsams.2018.07.008.
- Cheung, W.W., Khan, H.N., Choi, K.K., Bluth, H.M. ve Vincent, T.M. (2009). Prevalence, evaluation and management of overactive bladder in primary care. *BMC Family Practice*, 10 (8),1-7.

- Chu, K.F., Rotker, K. ve Ellsworth, P. (2013). The impact of obesity on benign and malignant urologic conditions. *Postgraduate Medicine*, 125(4), 53-69.
- Colquitt, J.L., Pickett, K., Loveman, E. ve Frampton, G.K. (2014). Surgery for weight loss in adults (review), *The Cochrane Collaboration*. 1-244.
- Concepcion, K., Cheng, Y., McGeechan, K., Robertson, S., Stewart, M., Bateson, D. ve ark. (2018). Prevalence and associated factors of urinary leakage among women participating in the 45 and up study. *Neurourology and Urodynamics*. 37:2782–2791.
- Costa, A.A.L.F.D., Vasconcellos, I.M., Pacheco, R.L., Bella, Z.I.K.J.D., Riera, R. (2018). What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? *São Paulo Medical Journal*, 136(1), 73-83.
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Bell, J.A., Thompson, C.L., Dmochowski, R., Bavendam, T. ve ark. (2013). The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) and overactive bladder (OAB) by radical/ethnic group and age: results from OAB-POLL. *Neurourology and Urodynamics*, 32, 230-237.
- Coyne, S.K., Sexton, C.C., Irwin, E.D., Kopp, S.Z., Kelleher, J.C., ve Milsom, L. (2008). The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *Journal Compilation BJU International*. 101, 1388-1395.
- Çapan, N. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunda etyoloji ve risk faktörleri. İçinde A. Karan (Ed.), *Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon*. Nobel tıp kitabevleri: İstanbul; 25-35.
- Dallosso, H.M., McGrother, C.W., Matthews, R.J., Donaldson, M.M., Leicestershire, M.R.C., Incontinence Study Group. (2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU International*, 92(1), 69-77.

- Devore, E.E., Minassian, V.A. ve Grodstein, F. (2013). Factors associated with persistent urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 209(2), 145.e1-145.e6.
- Ding, H., Li, N., He, X., Liu, B., Dong, L. ve Liu, Y. (2017). Treatment of obesity-associated overactive bladder by the phosphodiesterase type-4 inhibitor roflumilast. *Int Urol Nephrol*, DOI 10.1007/s11255-017-1671-2.
- Drake, J. M. (2018). Fundamentals of terminology in lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*. 37,13-19.
- Ebbesen, M.H., Hunskaar, S., Rortveit, G. ve Hannestad, Y.S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urol*, 13:27-2490-13-27.
- Eshkoor, S.A., Hamid, T.A., Shahar, S., Mun, C.Y. (2017). Factors related to urinary incontinence among the Malaysian elderly. *The Journal of Nutrition, Health&Aging*, 21(2), 220-226.
- European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence (2014).
- Fitz, F., Sartori, M., Girão, M.J., Castro, R. (2017). Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms - A prospective study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(12), 1032-1038.
- Freitas, J.P., Silvestri, M.P.I., Fernandes, C.E. ve Oliveira, E. (2018). Evaluation of quality of sleep in women with stress urinary incontinence before and after surgical correction. *Einstein (São Paulo)*, 16(2), 1-5.
- Fritel, X., De Tayrac, R., Bader, G., Savary, D., Gueye, A., Deffieux, X., Fernandez, H., Richet, C., Guilhot, J., Fauconnier, A. (2015). Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 126(2), 370-377.
- Fritel, X., Ringa, V., Quiboeuf, E. ve Fauconnier, A. (2012). Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and

- pathophysiological findings. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(8), 901-910.
- Fuganti, P.E., Gowdy, J.M. ve Santiago, N.C. (2011). Obesity and smoking: are they modulators of cough intravesical peak pressure in stress urinary incontinence? *International Brazilian Journal of Urology*, 37(4), 528-33.
- 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>.
- 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.
- Gök Balcı, U. ve Korkmaz, H. (2013). Obez hastalarda üriner inkontinans tedavisinde kilo kaybının önemi: olgu sunumu. *Smyrna Tıp Dergisi*, 43-44.
- Gökkaya, C.S., Öztekin, Ç.V., Doluoğlu, Ö.G., Güzel, Ö., Erşahin, V., Özden, C. ve Memiş, A. (2012). Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksinin Türkçe versiyonunun geçerliliğinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 3(4), 415-418.
- Göral Türkçü, S. ve Kukulu, K. (2017). Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of turkey. *Japanese psychogeriatric society*, DOI 10.1111/psyg.12271.
- Grzybowska, M.E., Wydra, D. (2018). 24/7 usage of continence pads and quality of life impairment in women with urinary incontinence. *The International Journal of Clinical Practice*, e13267, 1-7.
- Güngör Uğurlucan, F., Comba, C., Emegil, Ş., Yalçın, Ö. (2016). Türkiye’de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 79(4), 141-146.

- Güngör, F. (2005). Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension –Free Vaginal Tape – Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürokinamik Sonuçlarının Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Güvenç, G., Kocaöz, S., Kök, G. (2016). Quality of life in climacteric Turkish women with urinary incontinence. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 649-659.
- Handa, L.V., Pierce, B.C., Munoz, A. ve Blomquist, L.J. (2015). Longitudinal changes in overactive bladder and stress incontinence among parouswomen. *Neurourol Urodyn.* 34(4), 356-361.
- Hartigan, M. S. ve Smith, L.A. (2018). Disparities in female pelvic floor disorders. *Current Urology Reports*.19:16,1-6.
- Haylen, B.T., Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J. ve ark. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29, 4-20.
- Huang, W.C., Lau, H.H., Su, T.H. (2018). Did surgical failure and complications affect incontinence-related quality of life in women after transobturator sling procedure? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(2), 295-299.
- Islam, R.M., Bell, R.J., Hossain, M.B. ve Davis, S.R. (2018). Types of urinary incontinence in Bangladeshi women at midlife: prevalence and risk factors. *Maturitas*, 116; 18-23.
- Islam, R.M., Oldroyd, J., Karim, N., Hossain, M. S., EmdadulHoque, D., Romero, L. ve Fisher, J. (2017). Systematic review and meta-analysis of prevalence of, and risk factors for, pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a protocol study. *BMJ open*, DOI 10.1136/bmjopen-2016-015626.

- Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L. ve Abrams, P. (1996). The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology*, 77, 805-812.
- Jeong, S.J., Lee, H.S., Lee, J.K., Jeong, J.W., Lee, S.C., Kim, J.H., Hong, S.K., Byun, S.S., Lee, S.E. (2014). The long-term influence of body mass index on the success rate of mid-urethral sling surgery among women with stress urinary incontinence or stress-predominant mixed incontinence: comparisons between retropubic and transobturator approaches. *PLoS One*, 9(11), 1-14.
- Juliato, C.R., Baccaro, L.F., Pedro, A.O., Gabiatti, J.R., Lui-Filho, J.F., Costa-Paiva, L. (2017). Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *International Urogynecology*, 28(3), 423-429.
- Jundt, K., Peschers, U. ve Kentenich, H. (2015). The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. *Deutsches Arzteblatt International*. 112, 564-574.
- Kadioğlu, M., Kızılkaya Beji, N. (2016). Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 201-207.
- Karakuş, A., Yanikkerem, E. (2015). Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: son 10 yıllık çalışmalar. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(3), 54-59.
- Karataş, N. (2004). Araştırmada örnekleme. İçinde İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç veYöntemleri*. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği –HEMAR-GE Yayın No:1, İstanbul: Odak Ofset; 125-138.
- Kaya, S., Akbayrak, T., Orhan, C., Beksaç, S. (2015). Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(3), 93-101.

- 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.
- Kılıç Akça, N. ve Taşçı, S. (2017). Beslenme ile ilgili bozukluklar. İçinde F. Eti Aslan ve N. Olgun (Ed.), *Fizyopatoloji*. Akademisyen tıp kitabevi: Ankara; 165-215.
- Kim, H.J., Sun, Y.H., Lee, Y.H., Soh, J.M., Park, S., Kim, J.Y. ve Song, S.Y. (2017). Improvement of voiding characteristics in morbidly obese women after bariatric surgery: A single-center study with a 1-year follow –up. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 13, 836-841.
- Knepfler, T., Valero, E., Triki, E., Chilintseva, N., Koensgen, S. ve Rohr, S. (2016). Bariatric surgery improves female pelvic floor disorders. *Journal of Visceral Surgery*. 153, 95-99.
- Ko, G. I., Lim, H. M., Choi, B. P., Kim, H. K. ve Jee, S. Y. (2013). Effect of long-term exercise on voiding functions in obese elderly women. *Int Neuro Urol J*, 17, 130-138.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 12(2), 102-106.
- Kokanalı, M.K., Cavkaytar, S., Kokanalı, D., Aksakal, O., ve Doganay, M. (2016). A comparative study for short-term surgical outcomes of midurethral sling procedures in obese and non-obese women with stress urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(8), 1080-1085.
- Komeilifar, R., Javadifar, N., Afshari, P., Haghighizade, H.M. ve Honarmandpour, A. (2017). The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to community health care centers of Dezful, Iran-2015. *IJCBNM*, 5 (3), 275-283.

- Komesu, Y.M., Schrader, R.M., Ketai, L.H., Rogers, R.G., ve Dunivan, G.C. (2016). Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history. *International Urogynecology Journal*, 27(5), 763-772.
- Krhut, j., Martan, A., Zachoval, R., Hanus, T., Svabik, K. ve Zvara P. (2016). Impact of body mass index on treatment efficacy of mirabegron for overactive bladder in females. *European Journal Of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*. 196, 64-68.
- Kurul Ş. (2013). Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi-sonrası dönemde objektif ve subjektif parametrelerin karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi. Eskişehir.
- Kwon, S.C. ve Lee, H.J. (2014). Prevalence, risk factors, quality of life, and health-care seeking behaviors of female urinary incontinence: results from the 4th Korean national health and nutrition examination survey VI (2007-2009). *Int Neurourol J*. 18, 31-36.
- Lamerton, T.J., Torquati, L., Brown, W.J. (2018). Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19, 1-11.
- Lazaro, S.S., Nardos, R. ve Caughey B.A. (2016). Obesity and pelvic floor dysfunction: battling the bulge. *Obbstetrical and Gynecological Survey*. 71 (2), 114-125.
- Lee, Y.S., Lee, K.S., Jung, J.H., Han, D.H., Oh, S.J., Seo, J.T., Lee, J.G., Park, H.S., ve Choo, M.S. (2011). Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World Journal of Urology*, 29(2), 185-190.
- Leron, E., Weintraub, Y.A., Mastrolia, A.S. ve Schwarzmen, P. (2017). Overactive bladder syndrome: evaluation and management. *Current Urology*. 11, 117-125.

- Li, Y. ve Zhang Z. (2017). Association between waist to height ratio and postpartum urinary incontinence. *The International Urogynecological Association* 28,835-843.
- Lian, W., Zheng, Y., Huang, H., Chen, L. ve Cao, B. (2017). Effects of bariatric surgery on pelvic floor disorders in obese women: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*, 296, 181-189.
- Lim, R., Liong, M.L., Leong, W.S., Lau, Y.K., Khan, N.A.K., Yuen, K.H. (2018). The impact of stress urinary incontinence on individual components of quality of life in Malaysian women. *Urology*, 112, 38-45.
- Linde, J.M., Nijman, R.J.M., Trzpis, M., Broens, P.M.A. (2017). Urinary incontinence in the Netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourology and Urodynamics*, 36(6), 1519-1528.
- Liu, P.S., Chuang, C.Y., Sumarsono, B. ve Chang, C.H. (2018). The prevalence and bother of lower urinary tract symptoms in men and women aged 40 years or over in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. xx,1-9.
- Long, C.G., West, R., Siddique, R., Rigg, S., Banyard, E., Stillman, S.K., Butler, S., Dolley, O. (2015). Screening for incontinence in a secure psychiatric service for women. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 451-459.
- Lua, L.L., Pathak, P., Dandolu, V. (2017). Comparing anticholinergic persistence and adherence profiles in overactive bladder patients based on gender, obesity, and major anticholinergic agents. *Neurourology and Urodynamics*, 36(8), 2123-2131.
- Maeda, T., Tomita, M., Nakazawa, A., Sakai, G, Funakoshi, S. ve ark. (2017). Female functional constipation is associated with overactive bladder symptoms and urinary incontinence. *BioMed Research International*. 1-5.

- Mari, A., Abufaraj, M., Mansy, K., Sievert, K.D. (2017). Obesity and its implications on nononcological urological surgery. *Current Opinion in Urology*, 27(5), 456-463.
- Matthews, C.A. (2014). Risk factors for urinary, fecal, or double incontinence in women. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(5), 393-397.
- McDermott, C.D., Terry, C.L., Mattar, S.G., Hale, D.S. (2012). Female pelvic floor symptoms before and after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 22(8), 1244-1250.
- McGrother, W.C., Donaldson, M.K.M., Thompson, J., Wagg, A., Tincello, G.D. ve Manktelow, N.B. (2012). Etiology of overactive bladder: a diet and lifestyle model for diabetes and obesity in older women. *Neurourology and Urodynamics*. 31, 487-495.
- Mchorney, C.A., Ware, J.E. ve Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-item short- form health survey (SF36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- McKenna, J.B., Parkin, K., Cheng, Y., Moore, K.H. (2016). Objective efficacy of the tension-free vaginal tape in obese/morbidly obese women versus non-obese women, at median five year follow up. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56, 628-632.
- McKenzie, S., Watson, T., Thompson, J., Briffa, K. (2016). Stress urinary incontinence is highly prevalent in recreationally active women attending gyms or exercise classes. *International Urogynecology Journal*, 27(8), 1175-1184.
- Melotti, I.G.R., Juliato, C.R.T., Coelho, S.C.A., Lima, M. Ve Riccetto, C.L.Z. (2017). Is there any difference between depression and anxiety in overactive bladder according to sex? a systematic review and meta-analysis. *Int Neurourol J.* ;21(3):204-211.
- Miller, J.M., Garcia, C.E., Hortsch, S.B., Guo, Y. ve Schimpf, M.O. (2016). Does instruction to eliminate coffee, tea, alcohol, carbonated, and artificially sweetened

- beverages improve lower urinary tract symptoms?. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(1), 69-79.
- Milsom, I. (2009). Lower urinary tract symptoms in women. *Current Opinion in Urology*, 19, 337-341.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U. ve Tikkinen, K. (2017). Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). İçinde P. Abrams, L. Cardoza, S. Khory, A. Wein (Ed.), *Incontinence*. 6th International Consultation on Incontinence: Paris; 1-143.
- Miotla, P., Cartwright, R., Futyma, K., Bogusiewicz, M., Skorupska, K., Winkler, I., Rechberger, T. (2017). Can botox improve night-time overactive bladder symptoms in women? *Neurourology and Urodynamics*, 36(3), 648-652.
- Moreno-Vecino, B., Arija-Blázquez, A., Pedrero-Chamizo, R., Alcázar, J., Gómez-Cabello, A., Pérez-López, F.R., González-Gross, M., Casajús, J.A., Ara, I., EXERNET Group. (2015). Associations between obesity, physical fitness, and urinary incontinence in non-institutionalized postmenopausal women: The elderly EXERNET multi-center study. *Maturitas*, 82(2), 208-214.
- Mota, R.L. (2017). Female urinary incontinence and sexuality. *International Brazilian Journal of Urology*, 43(1), 20-28.
- Newman, K.D., Cardozo, L. ve Sievert, D.K. (2013). Preventing urinary incontinence in women. *Lippincott Williams & Wilkins*, 25(5), 389-394.
- Ninomiya, S., Naito, K., Nakanishi, K. ve Okayama, H. (2017). Prevalence and risk factors of urinary incontinence and overactive bladder in Japanese women. *Lower Urinary Tract Symptoms*, DOI 10.1111/luts.12185.
- NunesTamanini, T. J., Pallone, V. L., FerreiraSartori, G. M., CastelloGriao, B. J. M., FerreiradosSantos, L. J., Aparecida de OliveiraDuarte, Y. ve E.V.A. vanKerrebroeck, P. (2018). A populational-based survey on the prevalence,

- incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults-results from the “SABE STUDY”. *Neurourology and urodynamics*; 37:466–477.
- Nygaard, C.C., Schreiner, L., Morsch, T.P., Saadi, R.P., Figueiredo, M.F., Padoin, A.V. (2018). Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 534-539.
- O’ Boyle, J.C., O’ Sullivan, E.O., Shabana, H., Boyce M. ve O’ Reilly, A.B. (2016). The effect of bariatric surgery on urinary incontinence in women. *OBES SURG.*26, 1471-1478.
- Okunola, T.O., Olubiyi, O.A., Omoya, S., Rosiji, B. ve Ajenifuja, K.O. (2018). Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ilkere-Ekiti, Nigeria. *Neurourology and Urodynamics*. 37: 2710–2716.
- Olivera, K.C., Herron, M.D., Kini, U.S., Vardy, D.M., Walsh, A.J.C., Garely, D. A., Ginath, S. ve Brodman, L.M. (2012). Long-term quality of life and pelvic floor dysfunction after bariatric surgery. *American Journal Of Obstetrics Gynecology*, 207,431.e1-431.e4.
- Osborn, J.D., Strain, M., Gomelsky, A., Rothschild, J. ve Dmochowski, R. (2013). Obesity and female stress urinary incontinence. *Urology*, 82,759-763.
- Öz, Ö. ve Altay B. (2018). Relationships among use of complementary and alternative interventions, urinary incontinence, quality of life, and self-esteem in women with urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 45(2), 174-178.
- Öz, Ö., Altay, B. (2017). Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 34-37.
- Özdemir, K., Şahin, S., Özerdoğan, N. ve Ünsal, A. (2018). Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). *Turkish Journal of Medical Sciences*. 48, 100-109.

- Pace, G., Silvestri, V., Gualá, L., Vicentini, C. (2009). Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *Menopause*, 16(6), 1188-1192.
- Palma, T., Raimondi, M., Souto, S., Fozzatti, C., Palma, P. ve Riccetto, C. (2014). Correlation between body mass index and overactive bladder symptoms in premenopausal women. *Rev Assoc Med Bras*, 60(2), 111-117.
- Palmer, M.H. ve Willis-Gray, M.G. (2017). Overactive bladder in women. *AJN*, 117(4), 34-41.
- Palmer, M.H., Willis-Gray, M.G., Zhou, F., Newman, D.K., Wu, J.M. (2018). Self-reported toileting behaviors in employed women: Are they associated with lower urinary tract symptoms? *Neurourology and Urodynamics*, 37(2), 735-743.
- Park, J., Kim, E.S., Lee, Y.J., Lee, H.S., Seo, J.T. (2018). Sex differences in lower urinary tract symptoms in older Korean adults living in rural areas: prevalence, quality of life, and associated factors. *International Neurourology Journal*, 22(3), 212-219.
- Park, S. ve Baek, A.K. (2018). Association of General Obesity and Abdominal Obesity with the Prevalence of Urinary Incontinence in Women: Crosssectional Secondary Data Analysis. *Iran J Public Health*. 47(6), 830-837.
- Pinto, A.M., Subak, L.L., Nakagawa, S., Vittinghoff, E., Wing, R.R., Kusek, J.W., Herman, W.H., West, D.S., 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.
- Pinto, M. A., Kuppermann, M., Nakagawa, S., Vittinghoff, E., Wing, R.R., Kusek, W.J., Herman, H.W. ve Subak, L.L. (2011). Comparison and correlates of three preference-based health-related quality-of-life measures among overweight and obese women with urinary incontinence. *Qual life res.*, 20(10), 1655-1662.

- Plata, M., Bravo-Balado, A., Robledo, D., Trujillo, C.G., Caicedo, J.I., Cataño, J.G., Arenas, J., Rondón, M., Londoño, D. (2018). Prevalence of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in men and women over 18 years old: The Colombian overactive bladder and lower urinary tract symptoms (COBaLT) study. *Neurourology and Urodynamics*, 1-8.
- Pomian, A., Lisik, W., Kosieradzki, M., Barcz, E. (2016). Obesity and pelvic floor disorders: a review of the literature. *Medical Science Monitor*, 3(22), 1880-1886.
- Pomian, A., Majkusiak, W., Lisik, W., Tomasik, P., Horosz, E., Zwierzchowska, A., Kociszewski, J., Barcz, E. (2018). Is bariatric surgery a prophylaxis for pelvic floor disorders? *Obesity Surgery*, 28(6), 1653-1658.
- Qaseem, A., Dallas, P., Forciea, A. M., Starkey, M., Denberg, D. T. ve Shekelle, P. (2014). Nonsurgical management of urinary incontinence in women : a clinical practice guideline from the american of physicians. *American College of Physicians*, 161,429-440.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rahkola-Soisalo, P., Savolainen-Peltonen, H., Gissler, M., Hoti, F., Vattulainen, P. ve ark. (2018). Increased risk for stress urinary incontinence in women with postmenopausal hormone therapy. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3682-7>.
- Ramalingam, K. ve Monga, A. (2015). Obesity and pelvic floor dysfunction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29, 541-547.
- Rebassa, M., Taltavull, J.M., Gutiérrez, C., Ripoll, J., Esteva, A., Miralles, J., Navarro, M., Ribot, M.M., Llobera, J., Grupo de Estudio de la Incontinencia Urinaria en Mallorca. (2013). Urinary incontinence in Mallorcan women: prevalence and quality of life. *Actas Urológicas Españolas*, 37(6), 354-61.

- Richter, E. H.,Kenton, K., Huang, L., Nygaard, I., Kraus, S., Whitcomb, E., Chai, C. T., Lemack, G., Sirls, L., Dandreo, J. K. ve Stoddard, A. (2010). The impact of obesity on urinary incontinence symptoms, severity, urodynamic characteristics and quality of life. *The journal of urology*, 183,622-628.
- Richter, E. H., Whitehead, N., Arya, L., Ridgeway, B., Allen-Brady, K., Norton, P., Sung, V., Shepherd, P. J., Komesu, Y., Gaddis, N., Fraser, M., Tan-Kim, J., Meikle, S. ve Page, G. (2015). Genetic contributions to urgency urinary incontinence in women. *J urol*, 193 (6),2020-2027.
- Rios, L.A., Averbek, M.A., Franca, W., Sacomani, C.A., Almeida, F.G., Gomes, C.M. (2016). Initial experience with sacral neuromodulation for the treatment of lower urinary tract dysfunction in Brazil. *International Brazilian Journal of Urology*, 42(2), 312-320.
- Robinson, D. ve Cardozo, L. (2014). Urinary incontinence in the young woman: treatment plans and options available. *Women's Health*, 10(2), 201-217.
- Roda, O.P., Díaz López, M.A., Paniagua, J.V., González, M.S., Bellido, P.D., Espinós Gómez, J.J. (2016). Adherence to pelvic floor muscle training with or without vaginal spheres in women with urinary incontinence: a secondary analysis from a randomized trial. *International Urogynecology Journal*, 27(8), 1185-1191.
- Romero-Talamás, H., Unger, C.A., Aminian, A., Schauer, P.R., Barber, M., Brethauer, S. (2016). Comprehensive evaluation of the effect of bariatric surgery on pelvic floor disorders. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(1), 138-143.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). Erişim 18.09.2018, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>
- Salcedo, L. F. ve Borrego, S. R. (2013). Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: the cuestionario de autoevaluacion del control de la vejiga (CACV). *Int Urogynecol J*, 24,1559-1566.

- Sarwer, B.D., Spitzer, C.J., Wadden A. T., Rosen, C.R., Mitchell, E.J., Lancaster, K., Courcoulas, A., Gourash, W. ve Christian, J.N. (2013). Sexual functioning and sex hormones in persons with extreme obesity and seeking surgical and non-surgical weight loss. *Surg Obes Relat Dis.*, 9(6), Doi 10.1016/j.soard.2013.07.003.
- Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M.T., Elsner, S., Waldmann, A., Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 939-948.
- 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.
- Shimonov, M., Groutz, A., Schachter, P., Gordon, D. (2017). Is bariatric surgery the answer to urinary incontinence in obese women? *Neurourology and Urodynamics*, 36(1), 184-187.
- Siddiqui, N.Y., Wiseman, J.B., Cella, D., Bradley, C.S., Lai, H.H., Helmuth, M.E. ve ark. (2018). Mental health, sleep, and physical function in treatment seeking women with urinary incontinence. *J Urol.*; 200(4): 848–855.
- Stewart, W.F., Van Rooyen, J.B., Cundiff, G.W., Abrams, P., Herzog, A.R., Corey, R., Hunt, T.L., Wein, A.J. (2003). Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World Journal of Urology*, 20(6), 327-336.
- Stockil, L., Thompson, J., Briffa, K., Smith, A., Beales, D., Straker, L., O'Sullivan, P., Jacques, A. (2018). Urogenital symptoms: prevalence, bother, associations and impact in 22 year-old women of the Raine Study. *International Urogynecology Journal*, Mar 26, doi: 10.1007/s00192-018-3639-x.
- Su, C.C., Sun, B.Y., Jiann, B.P. (2015). Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol.* 22(1):109-13.

- Subak, L.L., Richter, E.H. ve Hunskaar, S. (2009). Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *J Uro*, 182 (6),2-7.
- 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.
- Subak, L.L., Pinto, A.M., Wing, R.R., Nakagava, S., Kusek, J.W., Herman, W.H., Kuppermann, M. (2012). Decrease in urinary incontinence management costs in woman enrolled in a clinical trial of weight loss to treat urinary incontinence. *Obstet Gynecol.*, 120:277-283.
- Subak, L.L., Wing, R., West, D.S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J.M., Richter, H.E., Myers, D., Burgio, K.L., Gorin, A.A., Macer, J., Kusek, J.W., Grady, D., PRIDE Investigators. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 481-90.
- Suhr, R. ve Lahmann, A.N. (2017). Urinary incontinence in homecare: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. *Aging clin expres*, Doi 10.1007/s40520-017-0816-6.
- Sung, W.V., West, S.D., Hernandez, L.A., Wheeler, L.T., Myers, L.D. ve Subak, L.L. (2010). Association between urinary incontinence and depressive symptoms in overweight and obese women. *Am J ObstetGynecol*. 200(5), 557.e1-557.e5.
- 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.
- Şentürk, Ş. ve Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*: 17 (1): 7-11.

- Tang, D.H., Colayco, D.C., Khalaf, K.M., Piercy, J., Patel, V., Globe, D. ve ark. (2014). Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU International*, 113, 484-491.
- Taşdemir, C. (2015). Risk faktörleri, önleyici tedbirler. İçinde Onur, R. vve Bayrak, Ö. (Ed.). Üriner inkontinans tanı ve tedavi. Türk Üroloji Akademisi Yayını. 2; 77-85.
- The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale Revised Erişim 18/01/2017, <http://cesd-r.com/cesdr>.
- Treister-Goltzman, Y. ve Peleg, R. (2018). Urinary incontinence among Muslim women in Israel: risk factors and help-seeking behavior. *Int Urogynecol J*; 29:539–546.
- Tsai, K.K., Marques, F., Myers, L.D. ve Sung, W.V. (2010). Association between obesity, sexual activity and sexual function in women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Medicine&Reconstructive Surgery*. 16, 331-335.
- Ünsal, A., Tözün, M., & Arslantaş, D. (2013). Eskişehir ili beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*, 12(3), 231-242.
- Van Dam, N.T. ve Earleywine, M. (2011). Validation of the center for epidemiologic studies depression scale-revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Research*, 186, 128-132.
- Vissers, D., Neels, H., Vermandel, A., De Wachter, S., Tjalma, W.A.A. ve ark. (2014). The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis. *The Authors Obesity Reviews*. 15, 610-617.

- Wang, J.Y., Liao, L., Liu, M., Sumarsono, B., Cong, M. (2018). Epidemiology of lower urinary tract symptoms in a cross-sectional, population-based study. *Medicine (Baltimore)*, 97(34), e11554, doi: 10.1097/MD.00000000000011554.
- Wang, X., Zhang, Y., Zhang, X., Zhao, X. ve Xian, H. (2018). Incidence and risk factors of incontinence-associated dermatitis among patients in the intensive care unit. *J Clin Nurs*. 27:4150–4157.
- Ware, J.E. ve Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short- form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wen, G. J., Li, S. J., Wang, M. Z., Huang, X. C., Shang, P. X., Su, Z. Q., Lu, Y. T., Suo, H. Z., Wang, Y., Qin, J. G., Zhang, X. W. ve Heesakkers, P. J. (2014). The prevalence and risk factors of OAB in middle-aged and old people in china. *Neurourology and urodynamics*, 33, 387-391.
- Whitcomb, E.L. ve Subak, L.L. (2011). Effect of weight loss on urinary incontinence in women. *Open Access Journal of Urology*. 3: 123-132.
- Whitcomb, E.L., Lukacz, S. E., Lawrence, M. J., Nager, W. C. ve Luber, M. K. (2009). Prevalence and degree of bother from pelvic floor disorders in obese women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 20 (3), 289-294.
- Whitcomb, E.L., Horgan, S., Donohue, C.M. ve Lukacz, S.E. (2012). Impact of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 23, 1111-1116.
- WHO (2015, Ocak). *Obesity and overweight*. Erişim 08.03.2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO (2017). *Obesity and overweight* Erişim 24. 11. 2017, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

- Willis-Gray, G.M., Dieter, A.A. ve Geller, J.E. (2016). Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care. *Research and Reports in Urology*. 8, 113-122.
- Yılmaz, E., Muslu, A., Özcan, E. (2014). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-14.
- Yılmaz, S. (2010), Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.
- Yılmaz, D. S., Bal, D. M., Çelik, S., Rathfisch, G., Beji, K. N., Dinccag, N. ve Yalcin, O. (2016). Lower urinary tract symptoms in women with type 2 diabetes mellitus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 43(5), 523-528.
- Zacche, M.M., Giarenis, I., Thiagamoorthy, G., Robinson, D., Cardozo, L. (2017). Is there an association between aspects of the metabolic syndrome and overactive bladder? A prospective cohort study in women with lower urinary tract symptoms. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 217, 1-5.
- Zelege, B.M., Bell, R.J., Billah, B., Davis, S.R. (2016). Symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling older Australian women. *Maturitas*, 85, 34-41.
- Zhang, L., Zhu, L., Xu, T., Lang, J., Li, Z., Gong, J., Liu, Q. ve Liu X. (2015). A population based survey of the prevalence, potential risk factors, and symptom-specific bother of lower urinary tract symptoms in adult Chinese women. *European Urology*. 68, 97-112.
- Zhou, H.H., Shu, B., Liu, Z.T., Wang, H.X., Yang, H.Z. ve Guo, L.Y. (2018). Association between parity and the risk for urinary incontinence in women A meta-analysis of case control and cohort studies. *Medicine*. 97:98, 1-9.
- Zumrutbas, A.E., Bozkurt, A.I., Tas, E., Acar, C.I., Alkis, O., Coban, K. ve ark. (2014). Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and

urinary incontinence in western Turkey: results of a population-based survey. *International Journal of Urology*, 21, 1027-1033.

Zyczynski, H.M., Albo, M.E., Goldman, H.B., Wai, C.Y., Sirls, L.T., Brubaker, L., Norton, P., Varner, R.E., Carmel, M., Kim, H.Y. (2015). Urinary incontinence treatment network. change in overactive bladder symptoms after surgery for stress urinary incontinence in women. *Obstetrics and Gynecology*, 126(2), 423-430.

EKLER

EK-1: Gönüllü Olur Formu (Kantitatif Çalışma)

EK-2: Gönüllü Olur Formu (Kalitatif Çalışma)

EK-3: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK-4: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği

EK-5: SF 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

EK-6: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

EK-7: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK-8: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Kullanım İzni

EK-9: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği Kullanım İzni

EK-10: Etik Kurul Kararı

EK-11: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kurum İzni

EK-12: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık İzni

EK-1 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KANTİTATİF ÇALIŞMA)

Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde doktora öğrencisiyim. “Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi” belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayım. Az sonra soracağım soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız çok memnun olurum.

Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket çalışmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, kendinize de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Çalışma kapsamında tekrar görüşmek gerekli olursa telefon numaranızı kaydedeceğiz.

Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmayla ilgili sorunuz veya sorunuz olduğunda bize aşağıdaki telefonlardan ulaşabilirsiniz.

Teşekkür ederim.

Tarih :

Araştırmacının adı : Arzu MALAK

İmzası :

Telefon : 0543 288 0111

Bilgilendirilmiş olur formunu okudum. Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda adı geçen araştırmacı tarafından bilgilendirildim. İstedğim zaman gerekçe sunmaksızın araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Araştırmaya hiçbir zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-2: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KALİTATİF ÇALIŞMA)

Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde doktora öğrencisiyim. “Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi” belirlemek amacıyla bir çalışma yapmaktayım. Az sonra soracağım soruları yanıtlayarak araştırmaya katılırsanız çok memnun olurum.

İdrarla ilgili şikayetlerinizin size ve hayatınızı nasıl etkilediği hakkında görüşlerinizi almak istiyorum. Bu görüşmede konu ile ilgili düşüncelerinizi almak üzere toplam 10 adet görüşme sorusu üzerinde konuşacağız. Bu süreçte sabrınız için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmede kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Görüşmedeki açıklamalarınız sadece bu araştırma kapsamında kullanılacaktır. Bu görüşmenin daha rahat gerçekleşmesi ve konuşacaklarımızın eksiksiz biçimde araştırmada yer alması için, izin verirsiniz görüşme sırasında önemli gördüğüm hususları not edeceğim. Görüşme başlamadan önce, konuyla ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

Bu görüşmenin yaklaşık 30-45 dakika süreceğini tahmin ediyorum ve teşekkür ederim.

Tarih :
Araştırmacının adı : Arzu MALAK
İmzası :
Telefon : 0543 288 0111

Bilgilendirilmiş olur formunu okudum. Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, uygulama süresi, uygulanacak araçlar ve yöntem konusunda adı geçen araştırmacı tarafından bilgilendirildim. İstedğim zaman gerekçe sunmaksızın araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Araştırmaya hiçbir zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK- 3: TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Aşağıdaki ‘Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi’ ile ilgili soruları cevaplamanızı rica ediyorum. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

Arzu MALAK

TELEFON NUMARASI:

1. Yaşınız:.....
2. Boyunuz:.....
3. Kilonuz:
4. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar () Boşanmış () Partneri var
5. Mesleğiniz: () Ev hanımı () Memur () İşçi () Emekli
6. Eğitim durumunuz: () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek lisans ve üzeri
7. Gelir durumunuz: () Gelir giderimden az () Gelir giderime denk
() Gelir giderimden yüksek
8. Sağlık güvenceniz: () SGK-Sigortalı () SGK-Bağ-kur () SGK- Emekli sandığı
() Özel sağlık Sigortası () Hiçbiri
9. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet.....() Hayır
10. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet.....() Hayır
11. İdrar yollarınız ile ilgili bir şikayetiniz var mı? () Evet.....() Hayır
12. İdrar yollarınız ile ilgili şikayetleriniz ne kadar süredir var?.....
13. İdrar yolları şikayetleriniz için herhangi bir tedavi uygulandı mı?
() Evet.....() Hayır
14. İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi? () Evet.....() Hayır
15. İdrar kaçırma şikayetiniz var mı? () Evet.....() Hayır
16. Kabızlık yaşıyor musunuz? () Evet.....() Hayır
17. Menopoza girdiniz mi? () Evet.....() Hayır
18. Menopoz tedavisi için ilaç kullanıyor musunuz? () Evet.....yıl.....() Hayır
19. Toplam gebelik sayısı:.....

20. Canlı doğum sayısı:.....
21. Yaşayan çocuk sayısı:.....
22. Küretaj sayısı:.....
23. Ölü doğum sayısı:.....
24. Düşük sayısı:.....
25. Doğum şekli: () Normal doğum.....() Sectio/sezeryan:.....
26. En ağır çocuğunun doğum kilosu: () Bilmiyorum () 2500 gr dan az
() 2500gr-4000 gr () 4000 gr dan fazla
27. Kadın hastalıkları ile ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi? () Evet.....()Hayır

EK-4: BRİSTOL KADIN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan soruları idrar yapma ile ilgili son bir ay içinde yaşadığınız şikayetleri düşünerek cevaplayınız.

Bu soruların sıklığını belirtirken

Ara sıra: geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez/defa

Bazen: geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte ikisi arasında kez/defa

Genellikle: geçtiğimiz ayın üçte ikiden daha fazla kez/defa anlamına gelmektedir.

1.Gece ortalama kaç defa idrar yapmaya kalkıyorsunuz?

1. Hiç
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ya da daha fazla

2.İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

3.Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

4.Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?

1. Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum
2. Her 3 saatte bir yapıyorum
3. Her 2 saatte bir yapıyorum
4. Saatte bir yapıyorum

5.İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda beklemeniz gerekiyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

6. İdrar yapmak için ıkmmanız gerekiyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

7. İdrar yaparken bir kereden fazla durup tekrar yapmaya başlamanız gerekiyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

8.Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

10. Öksürürken hapşırırken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçııyor musunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

11. Hiçbir neden yokken ve idrar hissi olmadan (tuvalete gitme isteği hissetmeksizin) idrar kaçırdığınız oluyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

12. Uykuda iken idrar kaçııyor musunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı nasıl etkiliyor?

1. Hiç
2. Az
3. Biraz
4. Çok

14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?

1. Hiç
2. Az
3. Biraz
4. Çok

15. İdrar kaçırma nedeniyle gün içinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle

16. İdrar şikayetlerinizin azalması ve yapmak istedikleriniz rahat yapabilmek için içtiğiniz sıvı miktarını azalttığınız oluyor mu?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

17. İdrar şikayetleriniz günlük yaptığınız işleri (temizlik, eşya kaldırma) ne derece etkiliyor?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

18. Yakınlarınızda tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere (alışveriş, tiyatro, seyahat...) gitmekten kaçınıyor musunuz?

1. Hiçbir zaman
2. Arasıra
3. Bazen
4. Genellikle
5. Her zaman

19. İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

1. Hiç
2. Az
3. Biraz
4. Çok

EK-5: SF 36 YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	
Çok iyi	
iyi	
Orta	
Kötü	

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şuan için nasıl değerlendirirsiniz?

Geçen seneden çok daha iyi	
Geçen seneden biraz daha iyi	
Geçen sene ile aynı	
Geçen seneden biraz daha kötü	
Geçen seneden çok daha kötü	

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebzeleri, meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (Örnek; üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için ayırdığınız zamanda kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapamama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Hiç	
Çok az	
Orta derecede	
Biraz	
Oldukça	

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Hiç	
Çok az	
Orta	
Çok	
İleri derecede	
Çok şiddetli	

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Hiç	
Çok az	
Orta	
Çok	
İleri derecede	

9. Aşağıdaki sorular sizin 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendiniz sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Her zaman	
Çoğu zaman	
Bazı zamanlarda	
Çok az zaman	
Hiçbir zaman	

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-6: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ
DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz. Son bir hafta süresince:

	Nadiren ya da hiç (Haftada 1 gün ya da daha az)	Ara-sıra (Haftada 1-2 gün)	Sıklıkla (Haftada 3-4 gün)	Çoğu zaman ya da her zaman (Haftada 5-7 gün)
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3.Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.				
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.				
8.Gelecek hakkında umut doluydum.				
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
11.Uykum huzursuzdu.				
12.Mutluydum.				
13.Her zamankinden daha az konuştum.				
14.Kendimi yalnız hissettim.				
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.				
16.Yaşamdan zevk aldım.				
17.Ağlama nöbetlerim oldu.				
18.Kendimi üzgün hissettim.				
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				

EK-7: YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. İdrarınızla ilgili şikayetiniz/şikayetleriniz hayatınızı nasıl ve neden etkiliyor?
2. Size göre idrarla ilgili şikayetleriniz sizin ve aileniz için ne kadar önemli?
Neden?
3. İdrarla ilgili şikayetlerinizi azaltmak için hangi yönteme başvurdunuz?
Neden?
4. Size göre idrarla ilgili şikayetlerinizin nedeni ne olabilir?
5. İdrarınızla ilgili şikayetleriniz hayatınızda en çok neyi etkiliyor? Nasıl?
6. İdrarınızla ilgili şikayetleriniz sosyal yaşantınızı nasıl etkiledi?
7. İdrarınızla ilgili şikayetleriniz genel sağlık durumunuzu nasıl etkiledi?
8. İdrarınızla ilgili şikayetleriniz ev işlerinizi/çalışma hayatınızı nasıl etkiledi?
9. İdrarınızla ilgili şikayetleriniz için duygusal olarak neler hissediyorsunuz?
Neden?
10. İdrarınızla ilgili şikayetler için aldığınız tedavi hakkında ne düşünüyorsunuz?

EK-8: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI KULLANIM İZNİ



EK 9: BRİSTOL KADIN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

4

"Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği" kullanım izni Gelen Kutusu x

arzu malak <arzumalak@gmail.com>

Alici: funda.gungor, fgungor v

Sayın Hocam Merhaba

Ben İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Arzu MALAK.

1 'Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi' konulu doktora tez çalışmamda "Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları Ölçeği" ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

+ Gerekli kullanım izninin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla
İyi çalışmalar

FUNDAGÜNGÖR UĞURLUCAN <funda.gungor@istanbul.edu.tr>

Alici: ben v

Kullanabilirsiniz tabii ki

EK-10: ETİK KURUL KARARI



T.C
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı:2014/ 121

25/12/2014

Sayın: Doç. Dr. Ergül ASLAN

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz “**Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri Ve Yaşam Kalitesi**” başlıklı ve 2014/110/13/09 nolu ~~retrospektif~~/prospektif araştırmanız, incelenmiş olup, ilgili kurumlardan gerekli izinlerin alınması şartıyla, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ahmet GÜREL	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Burhan TURGUT	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Cevat AKTAŞ	V ☐	Y ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Hayati GÜNEŞ	V ☐	Y ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V ☐	Y ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. B. Cüneyt TURAN	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Ertan ŞAHİN	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ÇEBER	V ☐	Y ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Özgür KARAKOYUN	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Ömer KURT	V ☐	Y ☒	E ☐	H ☐	

Prof. Dr. Ahmet GÜREL
Başkan

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
e- posta: edrencber@nku.edu.tr

**EK-11: TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ KURUM İZNİ**

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum ""Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi"" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

.15.12.2014

Doç. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

UYGUNDUR
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Doç.Dr.Erdoğan GÜLTEKİN
Merkez Müdürü
Adı Soyadı
Merkez Müdürü

**EK-12: TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ DEKANLIK İZNİ**

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Obez Kadınlarda Alt Üriner Sistem Şikayetleri ve Yaşam Kalitesi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

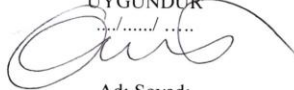
Bu araştırmanın Fakültenizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim. Saygılarımla.

15/12/2014

Doç. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



UYGUNDUR



Adı Soyadı
Dekan

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Arzu	Soyadı	MALAK
Doğ.Yeri	Babaeski/Kırklareli	Doğ.Tar.	28/11/1985
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	16463474814
Email	amalak@nku.edu.tr	Tel	05432880111

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı	
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2011
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2008
Lise	Kırklareli Babaeski Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2010-devam
2.	Ürodinami Hemşiresi	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	2014-devam
3.	Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	2011-2013
4.	Servis Hemşiresi	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi/ Jinekoloji- Jinekolojik Onkoloji Servisi	2008-2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi	71,25	YÖKDİL 73,75
Bulgarca	Zayıf	İyi	Zayıf		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	74,68	76,73	69,46
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Çeber M., Yıldız T., Eren Çitak E., **Malak A.**, Semptomatik Makromastili Kadınlarda Küçültme Mammoplastinin Vücut Algısı, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri Üzerine Etkileri, Uluslararası Temel Ve Klinik Tıp Dergisi, 2016.
- Yıldız T., Baltacı Göktaş S., **Malak A.**, Eren Çitak E., A Clinical Survey on Hopelessness of Nurses and Their Perception of Spirituality or Spiritual Care, Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences, 2015.
- Yıldız T., Yazıcı C. M., Doğan Ç., Cetintaş M., **Malak A.**, Does patient education increase antimuscarinic treatment persistence in overactive bladder syndrome?, International Journal of Urological Nursing, vol. 9, pp. 84-91, 2015.
- **Malak A.**, Kizilkaya Beji N., Kronik Pelvik Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı, Okmeydanı Tıp Dergisi, 2015.
- Yıldız T., Göktaş S., **Malak A.**, Eren Çitak E., Neurosurgery Nursing and Spiritual Dimension of Nursing Care, Journal of Health & Medical Informatics, vol. 5, 2014.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Yıldız T., Önler E., Başkan B., Koluçak B., **Malak A.**, Özdemir A., Aydınyılmaz H., Cerrahi Birimlerde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi, International Journal of Basic and Clinical Medicine, 2014.
- Önler E., Yıldız T., Süzen E. R., Aydınyılmaz H., Urcanoğlu Ö. B., Kiliç Ö., **Malak A.**, Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ekip Çalışması Tutumları İle Duygusal Zeka Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, IAAOJ Health Science, 2014.
- Yıldız T., Önler E., **Malak A.**, Avcıbaşı İ. M., Baç A., Alp R., Nursing Students Exposed to Domestic Violence And Their Perspectives on Violence, International Journal of Basic and Clinical Medicine, 2014.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

- **Malak A.**, Yıldız T., Gebelik, Eş Şiddetini Azaltır mı?, 3. uluslararası Farklı şiddet boyutları ve toplumsal algı kongresi (21.04.2017-22.04.2017).
- Kaya A. D., **Malak A.**, Aydın Kurç M., Gülen D., Taşdemir N., Varol Saraçoğlu G., Investigation on the Correlation between vaginal candidiasis and Individual Behavioral Factors of patients, 4th Annual International Conference on Health& Medical Sciences (02.05.2016-05.05.2016)
- **Malak A.**, Aslan E., Kizilkaya Beji N., Validity And Reliability Of Sexual Health Care Scale For Nurses (SHCS-A) To Turkish Version, IUGA 2nd World Congress on Abdominal & Pelvic Pain (09.06.2015-13.06.2015).
- Yıldız T., **Malak A.**, Baç A., Alp R., Önler E., New Model In Nursing Education: School Hospital Integration, 1 St International Balkan Conference On Health Sciences (14.05.2014-16.05.2014)
- **Malak A.**, Karakaya K., Yıldız T., Çevik N. G., Ayyıldız N., Bozat A., Sağlıklı Canlar İçin Mutlu Annelerin Gizemi; Psikodrama Felsefesi, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Eğiticiliği Kongresi (21.09.2012-23.09.2012).

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

- **Malak A.**, Aslan E., Kizilkaya Beji N., Yalçın Ö., Yazıcı C. M., Alt Üriner Sistem Şikayeti Olan Obez Kadınlarda Ürokinamik Test Sonuçları Ve Yaşam Kalitesi, 7. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi (15.10.2015-18.10.2015).
- Yıldız T., Baltacı Göktaş S., **Malak A.**, Önler E., Hemşire/Ebelerin Akilci İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Ve Tutumları: Tekirdağ Namik Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Örneği, 14. Cerrahi Hemşireliği Kongresi (16.04.2014-20.04.2014).
- Baltacı Göktaş S., Yıldız T., **Malak A.**, Yetişyigit T., Mastektomi Sonrası Lenfödem Yönetimi, 20. Ulusal Kanser Kongresi (19.04.2013-23.04.2013).
- Yıldız T., Önler E., **Malak A.**, A M., Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumları Ve Şiddete Bakış Açıkları, 10. Adli Bilimler Kongresi (22.11.2012-24.11.2012).
- Yıldız T., **Malak A.**, Çetintaş M., Gür Ö., Gürkan S., Donbaloğlu M. O., Onay Ç., Baç A., Açık Kalp Cerrahisi Hastalarının Kaygı Düzeylerinin Azalması Ve Yaşam Kalitesinin Artmasında Hasta Eğitimi Ve Danışmanlık Hizmetinin Rolü, Türk Kalp Ve Damar Cerrahisi Derneği 12. Ulusal Kongresi (08.11.2012-11.11.2012).

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, yürüyüş yapmak, kitap okumak