

Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

The Analysis of the Effect of the Education Given to the Women Diagnosed as Stress Urinary Incontinence

Naile AKŞİT AKINCI,^a
Nalan ÖZHAN ELBAŞ,^b
Serkan AKINCI^c

^aCerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Gazi Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
^bHemşirelik Bölümü AD,
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ankara
^cÜroloji ve Organ Nakli Kliniği,
Memorial ve Hizmet Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 05.04.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 20.11.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Naile AKŞİT AKINCI
Gazi Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY

ÖZET Amaç: Stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini incelemektir. **Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, prospektif ve yarı deneysel olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir özel dal hastanesinin üroloji polikliniğine başvuran, stres üriner inkontinans tanısı alan ve yaş aralığı 25-75 yıl olan 36 kadın hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verilerini elde etmek için uygulama öncesi tanıtıcı anket formu, inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL), eğitim kontrol listesi hastalara sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. İnkontinansın varlığı ve şiddeti ped testi ile değerlendirilmiştir. Hastalara eğitim kitapçığı doğrultusunda eğitim verilmiş ve pelvik egzersizler uygulanmıştır. Hastalar 6 hafta sonra telefonla aranmıştır. Hastaların yaşam kalitesinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmek için I-QOL tekrar uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 12 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası sonuçlarının karşılaştırmasında nonparametrik testlerden Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Elde edilen verilere göre araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 55,86±11,1 yıl bulunmuştur. Kadınların ped testi ortalaması 24,72±20,0'dır. Kadınların hiçbiri daha önce eğitim almamış ve sadece %4'ü ilaç tedavisi almıştır. Stres üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, I-QOL ile değerlendirilmiştir. I-QOL'un üç alt alan ölçeği; davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyondur. Kadınların eğitim öncesi davranışların sınırlanması alt boyutu ortalaması 22,5±6,3 iken, eğitim sonrası bu ortalama 28,9±6,5'e yükselmiştir. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27,3±7,4 iken, eğitim sonrası 34,7±6,6 olmuştur. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10,6±4,0 iken, eğitim sonrası 16,5±4,2'ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında ön test puanlarının son test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (p<0,05). **Sonuç:** Araştırma sonuçları, stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, stres; yaşam kalitesi; konu olarak hasta eğitimi

ABSTRACT Objective: This study aims to assess the efficiency of education given to increase the life quality of the women diagnosed as stress urinary incontinence. **Material and Methods:** This study was designed as a prospective and quasi-experimental research. The study sample consisted of 36 women between the ages of 25-75 with stress urinary incontinence diagnosis who applied to urology outpatient department of a private special hospital. Before intervention informative questionnaire form, quality of life scale, education check list were used to collect data of the study using interview method by the researcher. The presence and intensity of incontinence was assessed by the pad test. The patients were trained in accordance with the training booklet and pelvic exercises were carried out. Six week later, the patients were called by phone. I-QOL scale was applied once more to assess if there had been any improvement in incontinence QOL. The collected data were evaluated with the help of the SPSS-12 soft ware. **Results:** The average age of the women who participated was 55.86 ± 11.1. The average of the pad test of the women was 24.72 ± 20.0. None of the women had not been trained before and only 4% of them had medical treatment. The effect of the stress urinary incontinence on the quality of life was evaluated by I-QOL scale. I-QOL's three sub-scale restricted is sub-dimension of behavior, psychosocial impact, and social isolation. While the average of sub-dimension of the limitation of women's pre-education attitudes was 22.5 ± 6.3, the post education average increased to 28.9 ± 6.5. While the average subdimension of pre-education psychosocially being affected was 27.3 ± 7.4, post-education average increased to 34.7 ± 6.6. While the average subdimension of pre-education social isolation was 10.6 ± 4.0, post-education average increased to 16.5 ± 4.2. It was clearly seen that pre-test scores were significantly higher than last test scores after training. **Conclusion:** The outcomes of the research showed that the education given to women who were diagnosed as stress urinary incontinence increased their quality of life.

Keywords: Urinary incontinence, stress; quality of life; patient education as topic

Ülkemizdeki kadınların çoğunda pelvik destek yapıların gevşemesi ve eksternal çizgili sıfinkter zayıflaması görülmektedir. Bu duruma bağlı olarak kadın sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi anlamda etkileyen idrar kaçırma görülebilmektedir.¹ Üriner inkontinans tanımlanmasında hâlen çelişkiler olsa da Uluslararası Kontinans Topluluğu [International Continence Society (ICS)] üriner inkontinans sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır.²

Üriner inkontinans, her yaştaki erkek ve kadını etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda görüldüğü saptanmıştır.^{3,4} Özellikle yaşlı kadınlarda görülme sıklığı daha da artmaktadır.^{5,6} Türkiye’de kadınlardaki üriner inkontinans prevalansı %20-25 arasında rapor edilmiştir.⁷

Üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda, stres üriner inkontinansın en sık görülen inkontinans tipi olduğu belirtilmiştir.⁸ ICS stres inkontinansı, fizik aktivite gibi karın içi basıncının arttığı durumlarda istem dışı idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır.² Stres üriner inkontinans öksürmek, hapşırma, koşmak, zıplamak, sandalyeden yatağa geçmek (felçli hastalarda), cinsel aktiviteler ve aerobik gibi bazı farklı aktiviteler ile de ilişkilidir.⁹

Stres üriner inkontinans, kadınlarda sosyal ve hijyenik koşulları ağırlaştırılan en önemli problemlerden biridir.^{10,11} İnkontinanslı kadınların büyük çoğunluğunun şikâyetlerinden ötürü rahatsız olduğu, bu nedenle sosyal ve fiziksel aktivitelerini hatta sıvı alımını bile kısıtladığı saptanmıştır.^{12,13} Lam ve ark.nın çalışmasında, kadınların kendilerini arkadaş ziyareti etmek, spor yapmak, alışveriş yapmak, işe gitmek gibi birçok sosyal aktiviteden uzak tutmak zorunda olduğu belirtilmiştir.¹⁴ İnkontinans nedeni ile cinsel yaşam da olumsuz etkilenmektedir. Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma stres üriner inkontinanslı hastalarda yaygın bir semptomdur.^{15,16} Üriner inkontinanslı hastaların %86’sında seksüel disfonksiyon saptanmıştır. Kadınlarda cinsel ilişki

sırasında görülen inkontinansın özellikle orgazm ve vajinal penetrasyon aşamasında görüldüğü belirtilmektedir.¹⁷ Siracuano ve ark.nın çalışmasında, üriner inkontinans şikâyeti olanların %22’sinin idrar kaçırma utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladığı, inkontinanslı olan kadınların %62’sinin kendisini sinirli veya gergin hissettiği, %9’unun da antidepresan kullandığı ifade edilmiştir.¹⁸ Üriner inkontinansın ekonomik etkilerini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Maliyet yalnızca tanı testi, cerrahi ve pedlerle ilişkili değildir. Çamaşır kullanımının, çamaşırın yıkanmasının ve sarf malzemeleri ile hemşire bakımı ihtiyacının da artması maliyete dâhil edilmektedir. İnkontinans evde hemşirelik bakımını gerektirebilmektedir. Hasta açısından olduğu kadar, aile bireyleri ve sağlık çalışanı açısından da zorlukları olan üriner inkontinans, Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa ülkelerinde, yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede önemli gerekçelerden biri olarak belirtilmektedir.¹⁹ Ayrıca, üriner inkontinanslı genç kadınlarda depresyon oranları, başka kronik hastalığa sahip olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.^{20,21}

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç; hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken, günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğün sağlanması ve bireylerin yaşam kalitesini yükseltmekle ilgili bütün gelişmeleri kapsamaktadır.²² Bu süreçte hemşirenin özellikle eğitici rolü ön plana çıkmaktadır. Barlett hasta eğitimini; uyum ve memnuniyetin artırılması, masrafların düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin artırılması için bir yol olarak önermektedir.²³ Hemşire; sağlıklı hasta bireylere ve ailelerine ürogenital sistemin yapısı ve işleyişi, inkontinansın özellikleri, tuvalet alışkanlığı, koruyucu ürünler, diyet, kilo sınırlaması, çevre koşullarının düzenlenmesi ve ulaşılabilecek merkezler ile ilgili bilgi vermeli ve danışmanlık yapılmalıdır.

Son yıllarda üriner inkontinans konusunda eğitilmiş hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen hastaları tanılamada, konservatif tedavi yöntemlerini hastaya öğretip uygulamada sağlık ve sosyal bakım elemanları ile birlikte çalışarak vazgeçilmez bir rol üstlenmiştir. Literatürde, gelişmiş ülkelerde kontinans danışmanı olarak hizmet veren sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu (%93) hemşirelerin oluşturduğu belirtilmektedir.²⁴ Özellikle konservatif tedavi tekniklerinden olan pelvik taban kas egzersizi eğitiminde hemşireler tek başına ya da fizyoterapistlerle birlikte sorumluluk almaktadır.²⁵ Günümüzde stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kaslarını geliştiren egzersizler birinci seçenek olarak kabul edilmektedir.²⁶ Abrams ve ark.nın 110 kadın üzerinde 12 hafta süre ile uygulanan ve pelvik taban kas egzersizinin etkisini araştırdıkları çalışmada, şiddetli inkontinans semptomları olan kadınların semptomlarında anlamlı bir şekilde daha fazla iyileşme gösterdiği belirlenmiştir.²⁷

Ülkemizde üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın sağlanmasına yönelik verilen sağlık hizmetinde ekip çalışması oldukça azdır. Hemşire, inkontinans problemi olan kişileri belirlemek ve uygun bakımı sağlamak için sağlık ekibi içerisinde önemli pozisyonundadır. Hemşire mesleki rollerini kullanarak üriner inkontinansın tanı, tedavi hizmetlerini planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında aktif olarak görev almalıdır. Ancak, ne yazık ki ülkemizde hemşireler, inkontinans bakımında aktif olarak rol almamakta ve bu alanda uzmanlaşmayı sağlayan eğitim programı olanakların dan yoksun kalmaktadır. Hemşirelerin görevleri, daha çok hastaların tedavi ve bakımıyla sınırlandırılmıştır. Gözlemlerimiz doğrultusunda hastaların stres üriner inkontinansla yapılması gerekenlere yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve poliklinikte çalışan hemşire ve doktorların hastaların eğitimine yönelik girişimde bulunmadığı belirlenmiştir. Üriner inkontinansın önlenmesi ve düzeltilmesi ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Eğitim hizmeti örneği olacak bir çalışma, bu konuda çalışan hemşirelere nitelikli ve etkili bir hizmet sunmada yardımcı olabilecektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma yarı deneysel olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, bir kamu hastanesinin stres üriner inkontinans şikâyetiyle üroloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur. Bu kamu hastanesi, inkontinans şikâyetiyle başvuran hasta sayısının fazla olması, araştırmacının hemşirelerin poliklinikte etkin rol almadığını, hastalara eğitim ve bilgilendirme yapılmadığını gözlemlemesi sonucunda, hemşirelerin inkontinans bakımında poliklinikteki rolünü ortaya koymak ve hastalara ulaşma kolaylığı nedeni ile tercih edilmiştir. Stres üriner inkontinansla verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi konulu çalışma için anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü ve testin gücü dikkate alınarak GPOWER paket programı yardımı ile minimum 40 hasta ile çalışılması öngörülmüştür. Hasta sayısının görülme sıklığı, uygulamanın zorluk derecesi ve zaman kısıtları dikkate alındığında, elde edilen 40 denekle çalışmanın tamamlanabileceği varsayımı ile çalışmalara başlanmıştır. Örneklem hesabında 0,05 hata payı ve minimum power (güç) 0,7 olarak varsayılmıştır. Çalışma süresi içerisinde iletişim kayıtlarındaki değişikliklerden dolayı 4 hastaya ulaşılamamıştır. 19 Aralık 2008 -17 Nisan 2009 tarihleri arasında, örneklem kapsamına alınan 36 kadın hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

Örneklem kapsamına ise;

- Üroloji polikliniğinde stres üriner inkontinans tanısı alan,
- Ped testi sonucu >2 g üstü olan,
- Yaş aralığı 25-75 yıl olan,
- Katılmaya istekli olan,
- Üriner enfeksiyonu bulunmayan,
- Kayıt tutacak düzeyde okur yazar olan hastalar alınmıştır.

ETİK İZİN

Araştırmanın yapıldığı kurumdan etik izin alınmıştır. Hastalar araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama araçları olarak hasta tanıtım formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği [Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL)], ped testi, hasta eğitim kontrol listesi, hasta eğitim kitapçığı, beden kitle indeksi (BKİ) tablosu kullanılmıştır.

HASTA TANILAMA FORMU

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta tanılama formu sosyodemografik değişkenleri (5 soru), obstetrik (1 soru) ve hastalıkla ilgili özellikleri (16 soru) belirlemek üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ülkemizde I-QOL ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında Nebahat Öztaç Erdoğan tarafından yapılmıştır. I-QOL, üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyondur. Yirmi iki sorudan oluşan I-QOL'de bütün maddeler beş kategorilik likert tipi skalada değerlendirilmektedir. (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç). I-QOL ve alt ölçeklerinin puanları, her bir maddenin puanlarının toplanması, bu toplamın madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanmaktadır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

PED TESTİ

Üriner inkontinans varlığını ve şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan bir testtir. Çalışmamızda ICS tarafından standardize edilen ped testi protokolü uygulanmıştır. Araştırmamızda pedin ağırlığı hassas terazi ile tartılmıştır (pedin ilk ağırlığı 8 g'dır). Tartılan ped, ilk ağırlığından çıkarılarak aradaki fark kaçırılan idrar miktarı olarak aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

- <2 g-Kuru
- 2-10 g-Hafif/orta derecede idrar kaçırma
- 10-50 g-Ağır derecede idrar kaçırma
- >50 g-Çok ağır derecede idrar kaçırma

HASTA EĞİTİM KONTROL LİSTESİ

Stres üriner inkontinans tanısı alan hastaların eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Hasta eğitim kitapçığı ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Üriner sistemin yapısı ve işleyişi, stres üriner inkontinansın nedeni ve tanımı, stres üriner inkontinansın pelvik taban kas egzersizleri, yeme içmede değişiklikler/sınırlamalar, boşaltım alışkanlıkları, kilo fazlalığının ve sigara kullanımının stres üriner inkontinansa etkisi konularını içermektedir.

BEDEN KİTLE İNDEKSİ TABLOSU

Erişkin kişiler için (25-29 yaş) ağırlık (kg)/m² formülü ile bulunan sayı, şişmanlık durumunu göstermektedir. Bulunan sayı Atilla tarafından verilen parametreler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

- BKİ < 16.00 3. derece zayıflık
- BKİ 16.00 -16.99 2. derece zayıflık
- BKİ 17.00 -18.49 1. derece zayıflık
- BKİ 18.50 -24.99 NORMAL
- BKİ 25.00 -29.99 1. derece şişmanlık
- BKİ 30.00 -39.99 2. derece şişmanlık
- BKİ ≥ 40.00 3. derece şişmanlık

ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULAMASI

Araştırmanın ön uygulaması, 15 Aralık 2008 - 17 Aralık 2008 tarihleri arasında, üroloji polikliniğine başvuran ve stres inkontinans tanısı konulan 5 kadın hastaya uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası anket sorularında ve eğitim kitapçığında gerekli değişiklikler yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırma, planlanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar üroloji polikliniğine gelen, uygulamayı kabul eden, örneklem grubuna uygun kadınlara uygulanmıştır. Poliklinik doktoru gelen hastalardan tam idrar tahlili istemiştir ve idrar yolu enfeksiyonu olmadığı saptanan kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

Hastalar araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınmıştır. BKİ'yi belirlemek amacıyla poliklinikte boy ve kiloları ölçülmüştür. İnkontinansın şiddetini ve varlığını belirlemek amacıyla ped testi uygulanmıştır. Hasta tanıtım formu, I-QOL, hasta eğitim kontrol listesi hastalara sorularak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Hastalara eğitim kitapçığı doğrultusunda alt üriner sistemin yapısı ve işleyişi, stres üriner inkontinansın nedeni ve tanımı, pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanışı, pelvik taban kas egzersizlerinin yararları, pelvik taban kas egzersizlerini uygularken dikkat edilecek hususlar, yeme içmede değişiklikler ve sınırlamalar, boşaltım alışkanlıkları ile kilo fazlalığının ve sigara kullanımının stres üriner inkontinansa etkisi anlatılmıştır. Araştırmacı, pelvik egzersizleri önce kendisi göstermiş, daha sonra hastalara uygulamalı olarak öğretilmiştir. Pelvik taban kas egzersizlerinden önce mesanelerini boşaltmaları, başlarını hafifçe bir yastıkla yükselterek dizleri bükük bir şekilde uzanmaları söylenmiştir. Derin bir soluk alarak vücutlarını gevşetmelerini, pelvik kaslarına konsantre olmalarını ve pelvik tabanda yer alan idrar yolu açıklığı, rektum ve vajinayı kasarak (sanki idrar veya barsak gaz hareketlerini durdurmaya çalışıyormuş gibi) yukarı doğru kaldırmaya çalışmaları söylenmiştir. Bu şekilde üçe kadar saymaları, gevşemeleri ve bunu 3 kez tekrarlamaları istenmiştir. Sonraki adımda ise 2'ye kadar sayarak gevşemeleri ve bunu 10 kez tekrarlamaları söylenmiştir. Pelvik egzersiz uygulamasında, kası kasmak kadar kasılı tutma süresini de uzatmak önemli olduğundan, hastaya her zaman yapabildiğinin üzerine çıkmasının önemi anlatılmıştır. Hastaların uygulamadaki yanlışları düzeltilmiş ve merak ettikleri konularda soru sormalarına fırsat verilmiştir. Bilgilerin kalıcı olması için hastalara eğitimci tarafından geliştirilen hasta eğitim kitapçığı verilmiştir.

Hastalara bilgi verildikten sonra yazılı onamlarının alınması, anket formunun ve I-QOL'nin doldurulması ortalama 20 dk, ped testi uygulaması 60 dk sürmüştür. Hastalara eğitimin verilmesi ve pelvik egzersizlerin uygulatılması ortalama 30-40

dk sürmüştür. Hastalar 6 hafta sonra telefonla aranmıştır. Hastaların yaşam kalitesinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmek için I-QOL tekrar uygulanmıştır.

ARAŞTIRMA UYGULAMA BASAMAKLARI

İlk görüşmede

1. Tam idrar tahlili,
2. Hasta onam formu alınması,
3. Boy ve kilo ölçümü,
(BKİ Hesaplaması)
4. Ped testi,
5. Hasta tanıtım formu,
6. I-QOL,
7. Hasta eğitim kontrol listesi,
8. Hasta eğitimi.

Uygulamadan 6 hafta sonra

1. I-QOL

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 12 paket programı yardımı ile değerlendirilmiştir. Verilerle ilişkili frekans ve yüzde dağılımları elde edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜKLERİ

Araştırmada örneklem grubuna dâhil olan kadınların yaş ortalaması yüksek ve eğitim seviyeleri düşük olduğundan eğitimin anlaşılabilirliğini ve etkinliğini sağlamak, pelvik egzersizlerini öğretmek zor olmuştur. Özellikle ped testi uzun ve yorucu olduğundan hastalar teste devam etmekte zorlanmışlardır.

BULGULAR

Tablo 1'de, araştırma kapsamına alınan kadınların yaş dağılımları, eğitim, mesleki ve medeni durumları görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması $55,86 \pm 11,1$ yıl bulunmuştur.

Tablo 2'de kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan 36 kadının gebelik sayıları incelendiğinde, ≥ 3 (%66,7) doğum yapan kadın sayısının en fazla

TABLO 1: Kadınların tanıtıcı özellikleri (n=36).

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş grupları		
32-50	12	33,3
51-60	9	25
≥61	15	41,7
Eğitim durumu		
İlkokul	28	77,8
Ortaokul	3	8,3
Lise	5	13,9
Mesleki durum		
Ev hanımı	35	97,2
Emekli	1	2,8
Medeni durum		
Evli	33	91,6
Dul/boşanmış	3	8,4

TABLO 2: Obstetrik özellikler (n=36).

Obstetrik özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1-2	8	22,2
≥3	28	77,8
Doğum sayısı		
1-2	12	33,3
≥3	24	66,7
Doğum şekli		
Normal doğum	35	97,2
Sezaryen ve normal doğum	1	2,8

olduğu görülmektedir. Tabloda belirtilmemekle birlikte kadınların %5,5'inin düşük yaptığı ve 4 kilo ve üstü bebek doğurduğu, %8,3'ünün küretaj olduğu, %2,7'sine doğum esnasında vakum/forseps kullanıldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan bir kişi dışında ki bütün kadınlar (%97,2) normal doğum yapmıştır.

Tablo 3'te hastalığa ilişkin veriler görülmektedir. İdrar kaçırma süresi ortalama $4,03 \pm 3,82$ 'dir. Kadınların en fazla oranda (%72,2) 5 yıldan daha az zamandır idrar kaçırdığı saptanmıştır. Kadınların ortalama kullandığı ped sayısı $2,09 \pm 1,2$ bulunmuştur. Veriler incelendiğinde kadınların en fazla (%36,1) oldukça ıslak/bir fincan kadar idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4'te kadınların idrar kaçırdığı durumlara ilişkin veriler görülmektedir. Kadınların en fazla öksürürken (%94,4), hapsirirken (%91,7) ve gülerken (%97,2) idrar kaçırdığı saptanmıştır.

Tablo 5'te kadınların üriner inkontinansta ilerletici risk faktörlerine ilişkin verileri görülmektedir. Kadınların %38,9'u sigara kullanmakta, %69,4'u kafeinli içecek tüketmektedir. Kadınların %25'i kronik kabızlık sorunlarının var olduğunu belirtmiştir. Veriler incelendiğinde 2.derece obez kadın sayısının (%37,1) en fazla oranda olduğu görülmektedir. Tabloda görülmemekle birlikte kadınlar bir günde ortalama $6,94 \pm 2,3$ bardak sıvı tüketmektedir.

TABLO 3: Kadınların hastalığa ilişkin özellikleri (n=36).

Hastalığa ilişkin veriler	n	%
İdrar kaçırma süresi (yıl)		
<5	26	72,2
5-10	6	16,7
>10	4	1,1
İdrar kaçırma artış		
Artma var	27	75,0
Artma yok	9	25,0
Kaçırdığı idrar miktarı		
Nemli/birkaç damla	5	13,9
Islak/az miktarda	8	22,2
Oldukça ıslak/1 fincan	13	36,1
Çok ıslak sıkacak kadar	10	27,8
Ped kullanma durumu		
Kullanmıyor	4	11,1
1-4 adet	30	83,3
5 ve üstü	2	5,6

TABLO 4: Kadınların idrar kaçırdığı durumlar (n=36).

İdrar kaçırılan durumlar	n	%
Öksürme	34	94,4
Gülme	35	97,2
Hapsirime	33	91,7
Bir şeyler kaldırma	27	75,0
Yataktan kalkma	24	66,7
Merdiven çıkma	19	52,8
Fiziksel aktivite	19	52,8
Zinde kalma/sportif aktivite	13	36,1
Cinsel ilişki	8	22,2

TABLO 5: Kadınların ilerletici risk faktörlerine yönelik özellikleri (n=36).

Risk faktörleri	n	%
Sigara		
Kullanıyor	14	38,9
Kullanmıyor	22	61,1
Kafeinli içecek		
İçiyor	25	69,4
İçmiyor	11	30,6
Kronik kabızlık		
Var	9	25
Yok	27	75
Beden kitle indeksi		
1.derece zayıflık	2	5,5
Normal	8	22,2
1.derece obezite	11	30,6
2.derece obezite	14	38,9
3.derece obezite	1	2,8

sonrası bu ortalama $28,9\pm 6,5$ 'e yükselmiştir. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması $27,3\pm 7,4$ iken, eğitim sonrası $34,7\pm 6,6$ olmuştur. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması $10,6\pm 4,0$ iken, eğitim sonrası $16,5\pm 4,2$ 'ye yükselmiştir. Eğitim sonrasında son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

TABLO 6: Ped testi sonuçları (n=36).

Ped testi sonucu (g)	n	%
2-10 g (hafif-orta)	13	36,1
10-50 g (ağır)	17	47,2
>50 g (çok ağır)	6	16,7

Tablo 6'da kadınların ped testi sonuçlarına ilişkin veriler görülmektedir.

Tablo 7'de kadınların daha önce sağlık kurumuna başvurma ve tedavi alma durumlarına ilişkin veriler görülmektedir.

Tablo 8'de kadınların eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Kadınların eğitim öncesi davranışlarının sınırlanması alt boyutu ortalaması $22,5\pm 6,3$ iken, eğitim

TABLO 7: Kadınların daha önce sağlık kurumuna başvurma ve tedavi alma durumları (n=36).

Değişkenler	n	%
Sağlık kurumuna başvurma		
Evet	6	16,7
Hayır	30	83,3
Tedavi yönteminden yararlanma		
Yararlanan	4	66,6
Yararlanmayan	2	33,3

TABLO 8: Kadınların eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi (n=36).

	Ort.	Yaşam kalitesi puanları			SS	Wilcoxon	
		Mediyan	Min	Max		z	p
Eğitim öncesi							
Davranışların sınırlanması	22,5	21,0	10,0	36,0	6,3	- 4,995	0,0001*
Psikososyal etkilenme	27,3	27,0	12,0	42,0	7,4	-4,734	0,0001*
Sosyal izolasyon	10,6	9,5	5,0	18,0	4,0	-4,913	0,0001*
I-QOL toplam puan	60,4	58,0	28,0	94,0	16,0	-4,995	0,0001*
Eğitim sonrası							
Davranışların sınırlanması	28,9	29,0	18,0	40,0	6,5	-4,995	0,0001*
Psikososyal etkilenme	34,7	37,0	18,0	45,0	6,6	-4,734	0,0001*
Sosyal izolasyon	16,5	16,5	9,0	25,0	4,2	-4,913	0,0001*
I-QOL toplam puan	80,1	84,0	46,0	109,0	16,5	-4,997	0,0001*

I-QOL: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.

TARTIŞMA

Araştırmamız, stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular kadınların tanıtıcı özelliklerine, stres üriner inkontinansı etkileyen faktörlere, hastalığa ilişkin özelliklere, kadınların ped testi sonuçları ve ped kullanma durumlarına, daha önce tedavi ve eğitim alma durumlarına, yaşam kalitesi testinin ve verilen eğitimin etkinliğine ilişkin bulgular ele alınarak tartışılmıştır.

Araştırmamızda kadınların yaş ortalaması 55,86±11,1 yıl bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmamızla benzer şekilde, Yılmaz ve ark.nın yaptığı çalışmada da yaş ortalaması 54,17±15,34 yıl, Terzi'nin yaptığı çalışmada ise 40 yaş üstünde üriner inkontinans görülme sıklığı %70,3 olarak saptanmıştır.^{6,28} Kadınların yaş gruplarına göre ped testi sonuçları incelendiğinde, 32-50 yaş grubunda olanların daha çok (%58,3) hafif-orta miktarda (2-10 gr), 61+ yaş grubundakilerin ise ağırlıklı olarak ağır/çok ağır miktarda (10-50 ve >50 g) idrar kaçırdığı saptanmıştır. Araştırmamız sonuçlarına göre, kadınların yaşı ilerledikçe stres üriner inkontinansa sahip olma durumunun arttığı söylenebilmektedir (Tablo 3).

Doğum yapma ile inkontinans arasında ilişki kurulması yaygın olarak kabul gören bir durumdur. Literatürde doğum sayısının inkontinansa etkisine yönelik farklı bilgiler mevcuttur. Milsom ve ark.nın çalışmasında da artmış üriner inkontinans prevalansı ile fazla doğum sayısının ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle prevalans artışının ilk doğumdan sonra belirgin olduğu belirlenmiştir.²⁹ Pelvik taban ve üretral kaslar parsiyel denervasyonuna yol açtığı için, vajinal doğumun sezaryen doğuma göre kadınlarda idrar inkontinansına daha çok neden olduğuna ilişkin birçok çalışma mevcuttur.^{6,28,30} Doğumlarla üriner inkontinans arasındaki ilişkiyi araştıran ve 65 yaşın altındaki 15.000'in üzerinde kadını içeren geniş bir çalışmada, stres üriner inkontinans insidansı nulliparlarda %4,7, doğumlarını sezaryen ile yapanlarda %6,9, vajinal yolla yapanlarda ise %12,2 olarak bulunmuştur.³⁰ Araştırmamızda da benzer şekilde normal doğum

yapan kadınlarda daha fazla oranda (%97,2) idrar kaçırmaya bulunmuştur (Tablo 2). Baloğlu ve ark.nın yaptığı çalışmada, vajinal doğum sonrası daha yüksek stres üriner inkontinans oranları saptanmış olsa da semptomların başlangıç dönemi göz önüne alındığında, doğum travması dışındaki faktörlerin (zayıf fibril ağları, azalmış kollajen miktarı ya da Tip 1-3 oranı, vb.) inkontinansa zemin hazırlayan asıl faktörler olduğuna dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda gebelikte ortaya çıkan stres üriner inkontinansın, doğum sonrasında kalıcı inkontinans için risk faktörü oluşturmadığı saptanmıştır.³¹

Obezitenin idrar inkontinansı için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans olan kadınların çoğunun obez olduğu saptanmıştır.^{5,32,33} Obez kadınlarda, karın içi basınç artışının daha belirgin olarak kontinans mekanizmasını bozduğu belirlenmiştir. BKİ 27'nin üzerinde olanlarda inkontinans şiddetinde artışlar belirlenmiştir.³⁴ Chen ve ark. tarafından yapılan, obez kadınların obez olmayan kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda üriner inkontinansa, bunun %60'ının ise stres üriner inkontinansa sahip olduğu bildirilmiştir.³⁵ Barber ve ark.nın 444 stres üriner inkontinanslı hastayla yaptığı çalışmada, BKİ ortalaması 29 (kg/m²) bulunmuştur.³⁶ Dwyer ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ise obezite, gerçek stres inkontinansı ve detrusor instabilitesi olan kadınlarda normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur.³⁷ Çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların çoğunun obez olduğu saptanmıştır. Kadınların %31,4'ünün 1. derece, %37,1'inin 2. derece, %2,9'unun ise 3. derece obez olduğu belirlenmiştir. Kadınların BKİ ortalaması 28 (kg/m²) olarak saptanmıştır (Tablo 5). Bu sonuç literatür ve diğer çalışma sonuçlarını destekler şekildedir. Kafeinli içecekler işeme sıklığını artırmakta ve boşaltılan idrar volümünü çok az miktarda etkilemektedir. Liao ve ark.nın 907 hasta ile yaptığı çalışmada, üriner inkontinanslı kadınların %61,4'ünün günde en az 100 mg kafein tükettiği belirlenmiştir.³⁸ Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kadınların %69,4'ünün kafeinli içecek tükettiği belirlenmiştir (Tablo 5). Sigara içen

kadınlarda ise östrojen seviyesini ve kollajen sentezini azalttığı saptanmıştır.³⁷ Sampsel ve ark.nın çalışmasında, sigara içenlerde içmeyenlere göre inkontinans gelişme riskinin %38 daha fazla olduğu saptanmıştır.³⁹ Danforth ve ark.nın, 83.355 kadında üriner inkontinansın risk faktörlerini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, hastaların %35'inin sigara kullandığı saptanmıştır.⁴⁰ Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kadınların %38,9'unun sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 5). Kronik kabızlık pudental sinirde gerilmeye neden olduğundan, pelvik kas fonksiyonunda bozukluğa yol açabileceği ve mesane üzerinde basınca neden olabileceği belirlenmiştir.³⁷ Çalışmamızda kadınların %25'inde kronik kabızlık sorunu saptanmıştır (Tablo 5). Yeterli miktarda sıvı alınmaması idrarı dansitesini arttırmakta, mesaneyi ve üretrayı irite ederek daha sık idrar kaçırmaya neden olmaktadır. Çalışmamızda da benzer şekilde kadınların bir günde ortalama 6,94±2,3 bardak sıvı tükettiği saptanmıştır (Tablo 5). Kadınların sıvı tüketiminin az olmasının nedeni, daha fazla idrar kaçırmaktan korktuklarından olabilir.

Çalışmamızda kadınların idrar kaçırmaya süresi ise ortalama 4,033, ±8 yıl bulunmuştur. Kadınların %75'inde idrar kaçırmada artış olduğu saptanır iken, %25'inde artış olmadığı tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde kadınların en fazla oranda (%36,1) oldukça ıslak/ bir fincan kadar idrar kaçırdığı belirlenmiştir (Tablo 3). Lasserre ve ark.nın 224 hasta ile yaptığı çalışmada, çalışmamızla benzer şekilde hastaların en fazla oranda (%61,6) 5 yıldan daha az zamandır idrar kaçırdığını tespit etmiştir. Hastaların %65'inde idrar kaçırmada artış saptanmıştır.⁴¹ Çalışmamızla benzer şekilde Danforth ve ark.nın yaptığı çalışmada, kadınların daha çok öksürürken, gülerken ve fiziksel zorlanma ile idrar kaçırdığı belirtilmiştir.⁴⁰

ICS tarafından üriner inkontinansın tanı ve tedavisinde ped testinin kullanılması önerilmektedir.² Ped testi üriner inkontinansın varlığını ve derecesini objektif olarak göstermede kullanılan bir testtir. Çalışmamızda kadınların en fazla (%63,9) ağır/çok ağır idrar kaçırdığı saptanmıştır. Kadınların %88,9'unun ped kullandığı ve ortalama kullanılan ped sayısının 2,09±1,2 olduğu bulunmuştur

(Tablo 6). Kadınların koruyucu ped kullanması inkontinansla baş etmede kullanılan bir yöntem olarak değerlendirilebilmektedir. Huang ve ark.nın, yaş aralığı 40-70 yıl olan kadınlarda yaptığı çalışmada, araştırmamızla benzer şekilde idrar kaçıran kadınların %64'ünün ped ya da emici materyal kullanıldığı belirlenmiştir.⁴²

Araştırmamızda, kadınların %16,7'sinin inkontinans şikâyeti nedeni ile daha önce bir sağlık kurumuna başvurduğu ve bu kadınlardan ikisinin (%33,3) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan hiçbirinin daha önce eğitim almadığı saptanmıştır (Tablo 7). Bunun nedeni, kadınların inkontinansa yönelik sorun yaşamalarına rağmen, büyük bir çoğunun utanma, çekinme ve inkontinansı yaşlanmanın bir sonucu olarak görme nedeni ile doktora başvurmaması olabilir. Yapılan çalışmalarda araştırma sonuçlarıyla benzer şekildedir. Kök'ün yaptığı çalışmada, kadınların %80'inin herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı, %85,9'unun ise idrar kaçırmaya bulgularından dolayı hiçbir zaman tedavi almadığı belirlenmiştir.⁴³ Demir'in yaptığı çalışmada ise kadınların %33,6'sının üriner inkontinans şikâyeti için doktora başvurduğu, %66,4'ünün ise başvurmadığı saptanmıştır.⁴⁴

Kadınların eğitim öncesi davranışlarının sınırlanması alt boyutu ortalaması 22,5±6,3 iken, eğitim sonrası bu ortalamanın 28,9±6,5'e yükseldiği saptanmıştır. Eğitim öncesi psikososyal etkilenme alt boyutu ortalaması 27,3±7,4 iken, eğitim sonrası 34,7±6,6 olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi sosyal izolasyon alt boyutu ortalaması 10,6±4,0 iken, eğitim sonrası 16,5±4,2'ye yükseldiği tespit edilmiştir. Toplam puanlardaki değişim ortalaması 20,3±16,5 olarak bulunmuştur. Eğitim sonrasında son test puanlarının ön test puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 8). Bulduğumuz sonuçlara göre; stres inkontinans şikâyeti olan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

SONUÇ

Sonuç olarak, stres üriner inkontinansta kadınlara hastalıkla ilgili yapılan bilinçlendirme ve pel-

vik egzersizlerin yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir. İnkontinansın gelişimini önlemek veya mevcut inkontinans şikâyetini tedavi etmek için bütün kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeli ve bunun yaygınlaşması sağlanmalıdır. Hemşireler, kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek ya da azaltarak inkontinansın korunmayı sağlamalıdır. Hastanelerde inkontinansın önlenmesine yönelik eğitim kitapçıkları geliştirilmeli, broşürler ve CD'ler hazırlanmalı, pelvik egzersiz-

lerin uygulanması, inkontinansın tanınması ve gerekli testlerin yapılabilmesi için uygun ortam oluşturulmalı, ekip çalışması yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. p.439-90.
2. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl 1998;114:5-19.
3. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol 2006;(50):1306-14.
4. Milsom I, Irwin DE. Across-Sectional, Population-Based, Multinational Study of the Prevalence of Overactive Bladder and Lower Urinary Tract Symptoms: Results from the EPIC Study. J Eur Sup 2006;6(1):4-9.
5. Oztürk GZ, Toprak D, Basa E. 3The frequency and the affecting factors of urinary incontinence in women over 35 years old. The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital 2012;46(4):170-6.
6. Yılmaz E, Muslu A, Ozcan E. 3Quality of life at women with urinary incontinence. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014;2(2):1-14.
7. Şentürk Ş, Kara M. [The risk factors and prevalence of urinary incontinence at postmenopausal women]. Van Medical Journal 2010;17(1):7-11.
8. Elbiss HM, Osman N, Hammad FT. Social impact and healthcare-seeking behavior among women with urinary incontinence in the United Arab Emirates. Int J Gynaecol Obstet 2013; 122(2):136-9.
9. Çiftçi Ö, Günay O. [Prevalence of urinary incontinence and affecting factors among the women attending gynaecology clinics of Kayseri Education and Research Hospital]. Erciyes Medical Journal 2011;33(4):301-8.
10. Milson I, Altman D. Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. 4th ed. Plymouth UK: Health Publications Ltd; 2009. p.35.
11. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, Baker DI, Miller JP, Province MA, et al. Older adults' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling, and urinary incontinence. J Am Geriatr 1994;42(7): 25-35.
12. Walters MD, Karram MM. Sling procedures for stress urinary incontinence. In: Walters MD, Karram MM, eds. Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007. p.197.
13. Yip KS, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. Best Prac Res Obstet Gynaecol 2007;21(2):321-9.
14. Lam GW, Foldspang A, Elving LB, Mommensen S. Social context, social abstention, and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence. Dan Med Bull 1992;39(6):565-70.
15. Aslan G, Köseoğlu H, Sadik O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. Int J Impot Res 2005;17(3):248-51.
16. Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in woman with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. Eur Urol 2002;42(5):432-40.
17. Kütmeç C. [Sexuel disfunction in women and nursing care]. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):111-36.
18. Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, et al. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;107(2):201-4.
19. Ouslander JG, Zarit SH, Orr NK, Muira SA. Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients. Characteristics, management, and impact on caregivers. J Am Geriatr Soc 1990;38(4):440-5.
20. Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle aged women: a large Norwegian cross-sectional study. Int Urogynecol J 2012;23(3): 299-306.
21. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 3The prevalence of sexual dysfunction and depression and other factors associated in women 40 to 65 years old. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009;2(2):46-59.
22. Holmes CA. Health care and quality of life: a review. JAN 1989;14(10):833-9.
23. Barlett EE. Cost-benefits analysis of patients education. Patient Educ Couns 1995;26(1-3):87-91.
24. Kelleher CJ. Quality of life. In: Cordoza L, ed. Urogynecology: The King's Approach. 1st ed. New York: Churchill Livingstone; 1997. p.673-87.
25. Cardozo L. Urogynecology The King's Approach. Edinburg: Churchill Livingstone Pear Profes Limit; 1997. p.751.
26. Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ 1999;318(7182): 487-93.
27. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Ourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn 2010;29(1):213-40.

28. Terzi H, Terzi R, Kale A. [Urinary incontinence frequency and affecting factors in women aged over 18]. *Ege Journal of Medicine* 2013;52(1):15-9.
29. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* 1993;149(6):1459-62.
30. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348(10):900-7.
31. Baloğlu A, Malay U, Güven M. [The comparison of the effects of vaginal and cesarean delivery on bladder neck mobility and urinary incontinence development]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003;13(1):41-7.
32. Zorn B, Steers WD. Risk factors for urinary incontinence in women. *Contemp Urol* 2000;12:44-63.
33. Parazzini F, Colli E, Origgi G, Surace M, Bianchi M, Benzi G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2000;37(6):637-43.
34. Rasmussen KL, Krue S, Johansson LE, Knudsen HJ, Agger AO. Obesity as a predictor of postpartum urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76(4):359-62.
35. Chen CC, Gatmaitan P, Koepp S, Barber MD, Chand B, Schauer PR, et al. Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5(4):411-5.
36. Barber MD, Spino C, Janz KN, Brubaker L, Nygaard I, Nager CW, et al. The minimum important differences for the urinary scales of the pelvic floor distress inventory and pelvic floor impact questionnaire. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(5):580.e1-580.e7.
37. Dwyer PL, Lee ET, Hay DM. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;95(1):91-6.
38. Liao MY, Yang YC, Kao CC, Dougherty M, Lai YH, Chang Y, et al. Prevalence and impact on quality of life of lower urinary tract symptoms among a sample of employed women in Taipei: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2009;46(4):633-44.
39. Sampelle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002;100(6):1230-8.
40. Danforth NK, Townsend KM, Lifford K, Curhan CG, Resnick MN, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(2):339-45.
41. Lasserre A, Pelat C, Guéroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol* 2007;56(1):177-83.
42. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Ragins AI, Van Den Eeden SK, et al. Quality-of-life impact and treatment of urinary incontinence in ethnically diverse older women. *Arch Intern Med* 2006;166(18):2000-6.
43. Kök G, Şenol N, Akyuz A. [Determination of the awareness level of the women over 20 years old who attended to GATA gynecology outpatient clinics in terms of urinary incontinence]. *Gülhane Med J* 2006;48(3):132-6.
44. Demir S, Kızılkaya B. [Quality of life and health seeking behaviors of women with urinary incontinence]. *F.N. Hem Derg* 2015;23(1):23-31.