



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PELVİK TABAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ OBEZ
KADINLARIN ÜRİNER İNKONTİNANS, KONSTİPASYON VE
CİNSEL İŞLEVLERİNE ETKİSİ**

Esra VERİM
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Gaziantep
2022

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PELVİK TABAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ OBEZ
KADINLARIN ÜRİNER İNKONTİNANS, KONSTİPASYON VE
CİNSEL İŞLEVLERİNE ETKİSİ

ESRA VERİM

Tez Savunma Tarihi:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç.Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Doktora" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Doktora" tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Doktora" tezi olarak kabul edilmiştir

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Doç.Dr. Betül AKTAŞ
Dr.Öğr. Üyesi Elif Bilsin Kocamaz
Dr.Öğr. Üyesi Hatice Serap Taşdemir
Dr.Öğr. Üyesi Şirin Çelikkanat

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

26.01.2022

ESRA VERİM

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince ve tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi, görüş ve önerileriyle çalışmaya yol gösterici katkılar sağlayan, kullandığı her kelime ile meslek hayatıma ışık tutan, tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ'e,

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgileri, görüş ve önerileriyle bu çalışmaya değerli katkılar sağlayan saygıdeğer hocalarım Sayın Doç. Dr. Betül Aktaş'a, Sayın Dr.Öğr. Üyesi Hatice Serap Taşdemir'e, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Elif Bilsin Kocamaz'a ve Sayın Dr.Öğr. Üyesi Şirin Çelikkat'a

Veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyerek çalışmamın devamını sağlayan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Poliklinikleri çalışanlarına,

Tezime gönülden katılmayı kabul ederek çalışmamın veri tabanını oluşturan katılımcı kadınlara,

Eğitimim boyunca yanımda olan, beni destekleyen ve motive eden çok kıymetli Anneme, Babama ve Kardeşlerime;

Her an yanımda olan, doktora eğitimim boyunca yaşadığım tüm zorlukları sabırla benimle birlikte göğüsleyen, desteğini her an hissettiğim sevgili eşim Hilmi Verim'e ve sevgili çocuklarım Mehmet Emin'e ve İbrahim Eren'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ESRA VERİM

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Çalışmanın Amacı	4
1.3. Çalışmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.1. Pelvik Taban Kasları ve Önemi	6
2.1.2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri (Kegel Egzersizleri).....	7
2.2. Obezite	9
2.3.1.Obezitenin Tanımı.....	9
2.3.2. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	9
2.3.3. Obezitenin Etiyolojisi.....	9
2.3.4. Obezitenin Komplikasyonları	10
2.4. Üriner İnkontinans	10
2.4.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Çeşitleri	10
2.4.2 Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	11
2.4.3 Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri	12
2.4.4. Obezite, Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü	14
2.5. Konstipasyon	15

2.5.1. Konstipasyon Tanımı	15
2.5.2. Konstipasyon Epidemiyolojisi	15
2.5.3. Konstipasyonda Risk Faktörleri	16
2.5.4. Konstipasyon Etiyolojisi	16
2.5.5. Konstipasyon Yönetimi	17
2.5.6. Obezite, Konstipasyon ve Hemşirenin Rolü	17
2.6. Kadın Cinsel İşlevi	18
2.6.1. Kadın Cinsel İşlev Tanımı	18
2.6.2. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları	19
2.6.3. Obezite, Kadında Cinsel İşlev ve Hemşirenin Rolü	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Zaman	21
3.4. Araştırmanın Evreni	22
3.5. Araştırmanın Örneklemi	22
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	24
3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	24
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.9. Veri Toplanma Süreci	25
3.10.1. Verilerin Toplama Araçları	29
3.10.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu	29
3.10.2. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF).....	29
3.10.3. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	29
3.10.4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)	30
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	30

3.12.Araştırmanın Etik Boyutu	31
3.13.Araştırmanın Güçlükleri	31
3.1.Araştırmanın Güçlü Yanları, Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
4.BULGULAR	32
5.TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
6.1. Sonuç	52
6.2. Öneriler	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8.EKLER.....	63
Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu	63
Ek 2. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF)	64
Ek 3. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)	66
Ek 4. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)	70
Ek 5. Etik Kurul İzin Belgesi	74
Ek 6. Kurum İzin Belgesi.....	76
Ek 7. Ölçek Kullanım İzni.....	81
Ek 8. Deney Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	78
Ek 9. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	88
Ek 10. Instagram ve Whatsapp Uygulama Grubu Fotoğrafları.....	91
Ek 11. Eğitim Kitapçığı.....	92
Ek 12. Araştırmacı Özgeçmiş.....	93

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Obez Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	31
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların ICIQSF Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	32
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların KCÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	33
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların KCIÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	43

KISALTMALAR

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

PTGEP : Pelvik Taban Güçlendirme Egzersiz Programı

KE : Kegel Egzersizi

Üİ : Üriner İnkontinans

KC : Konstipasyon Ciddiyet

KCİ : Kadın Cinsel İşlev

ÖZET

PELVİK TABAN GÜÇLENDİRME PROGRAMININ OBEZ KADINLARIN ÜRİNER İNKONTİNANS, KONSTİPASYON VE CİNSEL İŞLEVLERİNE ETKİSİ

ESRA VERİM

Doktora Tezi,

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Doktora Programı

Danışman: Prof. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Ocak 2022, 100 Sayfa

Bu araştırma obez kadınlara uygulanan pelvik taban güçlendirme programının üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel işlevlerine etkisini belirlemek amacıyla ön-son test randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerinde 01.02.2021 - 30.09.2021 tarihleri arasında başvuran; 74 üriner inkontinanslı (deney grubu 37, kontrol grubu 37), 74 konstipasyonlu (deney grubu 37, kontrol grubu 37), 74 cinsel işlev bozukluğu (deney grubu 37, kontrol grubu 37) olan 222 obez kadın (111 deney, 111 kontrol) oluşturdu. Veriler, “Tanımlayıcı Özellikler Formu”, “Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu”, “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği” ve “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği” ile toplandı. Deney grubundaki obez kadınlara Pelvik taban güçlendirme programı uygulandı. Verilerin analizi SPSS programında yapıldı. Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmadı. Uygulanan girişimler sonunda; deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre, idrar kaçırma sıklığı, miktarı ve idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi anlamlı şekilde azaldı. Benzer şekilde, konstipasyon problemi olanlarda; dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı düzeyi anlamlı olarak azaldı. Cinsel işlev bozukluğu yaşayan kadınların; istek, uyarılma, kayganlık, orgazm düzeyleri artarken cinsel ilişki sırasındaki ağrı düzeyleri azaldı. Araştırmanın sonunda obez kadınlarda pelvik taban güçlendirme programının üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel işlev sorunlarını azaltmada etkili olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Anahtar Sözcükler: Cinsel İşlev, Hemşirelik, Kegel Egzersizi, Konstipasyon, Obezite, Üriner İnkontinans.

ABSTRACT

PELVIC FLOOR STRENGTHENING PROGRAM WOMEN'S URINARY INCONTINENCE, CONSTIPATION AND EFFECT ON SEXUAL FUNCTIONS ESRA VERİM

Doctoral Thesis,
Department of Nursery Public Health Nursery Masters Degree Programme
Thesis Advisor: Professor Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
January 2022, 100 Pages

This study was conducted as a pre-post test randomized controlled experimental study to determine the effect of pelvic floor strengthening program applied to obese women on urinary incontinence, constipation and sexual functions. The sample of the study, who applied to Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital Urology, Endocrine and Gynecology Polyclinics between 01.02.2021 - 30.09.2021; It consisted of 222 obese women (111 experimental, 111 control group) with 74 urinary incontinence (experimental group 37, control group 37), 74 constipation (experimental group 37, control group 37), 74 sexual dysfunction (experimental group 37, control group 37) . Data were collected with the "Descriptive Characteristics Form", "International Short Form for Consultation on Urinary Incontinence", "Constipation Severity Scale" and "Female Sexual Function Scale". Pelvic floor strengthening program was applied to obese women in the experimental group. Data analysis was done in SPSS program. No intervention was made in the control group. At the end of the implemented initiatives; The frequency and amount of urinary incontinence and the effect of urinary incontinence on daily life were significantly reduced compared to the control group of the women in the experimental group. Similarly, in those with constipation problems; stool obstruction, large intestine laziness and pain level were significantly reduced. Women with sexual dysfunction; While the levels of desire, arousal, lubrication and orgasm increased, the pain levels during sexual intercourse decreased. At the end of the study, it was determined that the pelvic floor strengthening program was effective in reducing urinary incontinence, constipation and sexual function problems in obese women ($p<0.05$).

Key Words: Sexual Function, Nursing, Kegel Exercise, Constipation, Obesity, Urinary Incontinence.

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Pelvik taban; üretra, rektum ve vajinanın dışa açıldığı alanları destekleyen, fasya ve kas tabakalarını içine alarak abdomino-pelvik kavitenin alt sınırını oluşturan kısımdır. Pelvik taban, pelvik organlarda kas kontraksiyonu ile aktif; bağ ve ligamentlerle pasif destek olmaktadır. Pelvik tabanın görevleri ise kontinansı sağlayarak miksiyon ve defekasyonu kolaylaştırmak, pelvik organ prolapsusunu engellemek, doğum eyleminde rol almak ve cinsel fonksiyonu sağlamaktır. Bunlara ek olarak, karın içi basıncının ayarlanmasında rol oynarlar. (1,2,3). Pelvik taban kasları, karın içi basıncın artması gibi durumlarda gerginliklerini ayarlayarak pelvik organlara dinamik bir destek sağlar. Fakat bazı mekanik, nöral ve hormonal faktörlerin etkisi ile pelvik taban kaslarının kuvveti azalmakta ve destekleyici fonksiyonları bozulmaktadır. Pelvik taban bozulmasına neden olan durumlar; gebelik ve doğum, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve menopozdur. Pelvik bölgenin işlevlerinde bozulma sonucu; üriner inkontinans , fekal inkontinans, pelvik organ prolapsusu, alt üriner sistem sorunları, konstipasyon ve cinsel işlev bozuklukları görülmektedir. Her yaştaki kadını etkileyen, yaygın olarak görülen üriner inkontinans /pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban bozuklukları sadece tıbbi sorun olmayıp beraberinde kadını fiziksel, hijyenik, psikososyal, ekonomik ve cinsel yönden etkileyen yaşam kalitesini düşüren, uzun süre devam eden sağlık sorunlarından birisidir (4,5,6).

Yapılan çalışmalar obezitenin kadınlarda Pelvik taban yapısında ve fonksiyonlarında bozulmaya neden olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi vücutta yağ dokusunun anormal ya da aşırı yükselmesi olarak tanımlanmaktadır. Önceden estetik, beden imajı açısından bir sorun olarak görülen obezite günümüzde kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, solunum sistemi hastalıkları, pek çok kanser çeşidi, ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi sağlık problemlerinin oluşmasına temel oluşturarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (7). Obezite kadınlarda daha sık görülür. Menarş, gebelik ve menopoz gibi kadın hayatının farklı dönemlerindeki seks hormonlarındaki dalgalanmalar, kadınlarda yağ dokusunda artışa neden olarak obeziteyi tetiklemektedir. Obez kadınlarda pelvik destek yapıların gevşemesi kas gücünü zayıflatır bu durum boşaltım

ve cinsel fonksiyonlarında bozulmaya neden olmaktadır. Özellikle obez kadınların sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik veya ekonomik anlamda ciddi etkileyen bu problem üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel işlev bozuklukları sorununu ortaya çıkarmaktadır (8).

Literatürde kegel egzersizinin özellikle pelvik taban güçlenmesinde önemli etkileri olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Düzenli egzersiz yapılması, dayanıklı ve sağlıklı kasılmaların ortaya çıkmasına, kan akışı ve oksijen saturasyonunda artışa ve kas gücünün artmasında önemli rol oynar. Kegel egzersizi yan etkisi olmayan, yardımcı bir araca ihtiyaç duyulmadan her yerde yapılacak basit bir egzersizdir. Pelvik taban kas ve anal sfinkter kas gücünü, üretral kapanma basıncını ve direncini arttırarak pelvik taban bozukluklarını engellemektedir.

Hemşireler obez kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ayrıca korunma için eğitim ve danışmanlık sağlayarak, pelvik taban güçlendirme programı ile üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyonun bozukluklarını tedavi edici ve yaşam kalitesini artırıcı etkisini vurgulayarak obez kadınların bu egzersizleri düzenli yapmalarını ve alışkanlık haline getirmelerini sağlamalıdır. Bu nedenle bu çalışmadaki pelvik taban güçlendirme programında akıllı telefon aracılığı ile yapılan girişimler intraabdominal basınçta artış olduğunda pelvik taban kas gücünü ve tonüsünü arttırarak kontinansın sağlıklı bir biçimde oluşmasını sağlamaktadır. Kas gücü artışı yanında üriner inkontinansı azaltır, bağırsak kontrolünü sağlar, orgazmı artırır ve cinsel problemleri azaltır. Genel olarak egzersizlerin, pelvik taban kaslarını güçlendirdikleri için üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyon bozukluklarının önlenmesindeki rolü kaçınılmazdır (9,10).

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma pelvik taban güçlendirme programının obez kadınların üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyonlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunda kontrol grubuna göre son testte;

H₁: İdrar kaçırma sıklığı daha azdır

H₂: İdrar kaçırma miktarı daha azdır

H₃: İdrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi daha azdır.

H₄: Konstipasyonda dışkı tıkanıklığı daha azdır.

H₅: Konstipasyonda kalın bağırsak tembelliği daha azdır.

H₆: Konstipasyonda ağrı daha azdır.

H₇: Cinsel işlevde istek düzeyi daha fazladır.

H₈: Cinsel işlevde uyarılma düzeyi daha fazladır.

H₉: Cinsel işlevde kayganlık düzeyi daha fazladır.

H₁₀: Cinsel işlevde orgazm daha fazladır.

H₁₁: Cinsel işlevde ağrı düzeyi daha azdır.

H₁₂: Cinsel işlevde doyum daha fazladır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pelvik Taban Kasları

Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını gerçekleştiren, pelvik organlara (üretra, vagina ve rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kaslardır. Pelvik taban kas yapısı cinsel sağlık ve kontinansın devamı için önemlidir .

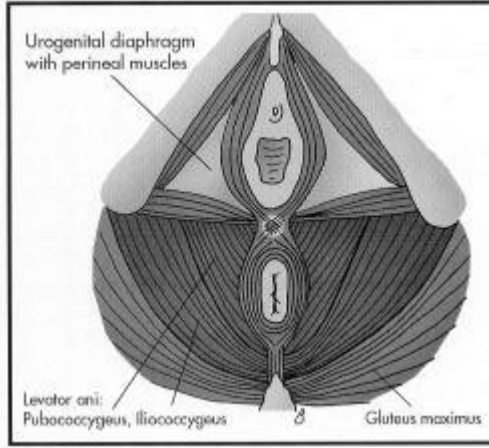
Pelvik tabanın üç temel görevi;

1. Pelvik organlara destek,
2. Üretra, vajina ve rektumda sfinkter işlevi,
3. Proprioseptif duyarlılık ile sağlanan cinsel işlevdir .

Pelvik tabanın sınırlarını önde simfizis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina iskiadikalar oluşturur. Spina iskiadikalardan hayali bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka kısımlara ayrılmaktadır. Pelvik taban kas yapısını destekleyen en önemli kas Levator Anidir. Bu kas diyafragmatik (İliokoksigeus) ve pubovisseral (Pubokoksigeus) olmak üzere iki bölümden meydana gelmektedir. Diyafragmatik bölüm ince bir kas yaprağı şeklinde olup her iki tarafta pelvik yan duvar ve arkus tendineusdan (Obturator internus kasını örten fasyadan meydana gelmiştir ve spina iskiadikayla simfizis pubis arasında uzanır) başlar ve sakrokoksigeal bölgede biter. Pubovisseral bölüm ise daha kalın ve “U” şeklinde bir kas olup pubik kemikten başlayarak, üretra, vagina ve rektuma kas lifleriyle destek olur ve işlevine yardım eder (Şekil 1) (11).

Pelvik taban fonksiyonları kadınlarda gebelik, doğum, doğum sonu ve menapoz gibi kadın yaşamının bazı dönemlerinde sık bozulmakla birlikte obezite, yaş, idrar yolu enfeksiyonu, kronik hastalıklar, bazı ilaçlar, stres ve sıvı alımı gibi çeşitli nedenlerle bu durum hızlanmaktadır. Pelvik taban disfonksiyonlarına bağlı kadınlarda en sık görülen ve kadınların yaşam kalitelerini etkileyen problemler üriner ve boşaltım sistemi sorunları, pelvik organ prolapsusu, kronik pelvik ağrı, obstetrik sorunlar, cinsel fonksiyon bozuklukları ve psikolojik problemlerdir (12,13).

Pelvik taban kaslarının değerlendirilmede görsel muayene, digital palpasyon, perineometre, elektromiyografi, vaginal kon, dinamometre, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu uygulamalarla kas gücü, kasma süresi, yer değiştirme (elevasyon) ve tekrarlanabilirlik düzeyi belirlenmektedir (14).



Şekil 1. Pelvik diyaframı (levator ani kasları) ve ürogenital diyaframı (perineal kaslar) gösteren pelvik taban kaslarının alt görünümü. © 2005 Anatomedia Pty Ltd (www.anatomedia.com).

2.2. Kegel Egzersizleri

İlk kez davranışsal tedavi yöntemlerinden biri olarak Amerikan jinekolog Arnold Kegel (1948) tarafından tanımlanmıştır. Pelvik taban egzersizleri pelvis tabanını oluşturan kasların uterus, vajina, idrar torbası ve rektumu sararak, alttan hamak şeklinde destekler ve kasların kuvvetlendirilmesini sağlar. Egzersizin uygulanmasındaki amaç, intraabdominal basıncın arttırarak kas hacmini ve kontraksiyonunu arttırmak, pelvik taban kaslarını güçlendirmek, üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmek ve oluşabilecek pelvik organ prolapsusunu azaltarak vajinayı desteklemektir (10). Egzersizler üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyon bozukluklarına uygulanabilir. Kadınlar için maliyet olarak en uygun tedavi yöntemidir, kadınların bireysel, herhangi bir yerde, düzenli olarak sağlık kuruluşuna gitmeden uygulayabilmesi açısından diğer tedavi yöntemlerinden ayrılmaktadır (10,15).

2.3. Kegel Egzersizlerinin Yararları

- İdrar kaçırmaı önlemek
- Bağırsak kontrolünü sağlamak,
- Kadın iç üreme organlarında yaşanan sarkmaları önlemek,
- Doğumda daha iyi ıkınmayı sağlamak ve doğumu kolaylaştırmak.
- Doğumda yırtık oluşmasını engellemek.

- Doğum sonrası üriner inkontinansı önlemek ve iyileşmeyi hızlandırmak
- Hemoroid oluşmasını önlemek.
- Cinsel ilişkide alınan zevki artırmak (15).

2.4. Kegel Egzersizlerinin Uygulanması

Kegel egzersizlerinin uygulanmasında amaç buradaki kasları bir süre kasılı tutmak ve sonra gevşetmektir. Egzersizleri uygulanırken hafif hareketlerle başlayıp kademeli bir şekilde artırarak hareketi tamamlamaktır. Kegel egzersizleri herhangi bir yerde ve zamanda, yatarak, oturarak, ayakta, her yerde her ortamda yapılabilir. Pelvik taban egzersizleri olarak da adlandırılan kegel egzersizleri pelvik taban kas gücü artışı ve koordinasyonunu sağlamaktadır. Üriner inkontinanslı kadınlara 12 haftalık düzenli pelvik taban kas egzersizinin etkisini araştıran prospektif bir araştırmada, şiddetli inkontinansı olan kadınların semptomlarında belirgin iyileşme gösterilmiştir (16,17).

Uygulanan egzersizlerin etkili olması için kadın, pelvik bölgedeki kaslarını kasma becerisi kazanmalı ve egzersiz programı düzenli olarak sürdürmelidir. Kegel egzersizinde başarılı sonuç elde edilse de sürekli uygulanmadığında rahatsızlıklar tekrar görülmektedir. Kadınlara kaslarını nasıl kasma gerektiğini öğretmek, kasların etkinliğini artırmak ayrıca egzersize devam edilmesi desteklenmelidir. Olumlu sonuç almak için uygun zamanda doğru kasların kasılması ve egzersizlerin sayısının yeterli olması gereklidir. Pelvik taban kas egzersiz programının, haftada en az 3-4 kez, 6-12 hafta uygulanması ve belli bir kas tonüsüne ulaşınca kadar uygulaması önerilir. Her egzersiz uygulaması 6-10 saniye sürmeli, 8-12 yavaş ve hızlı kas kasılmasından meydana gelerek üç aşamadan oluşmalıdır (10,15,16).

2.3. OBEZİTE

2.2.1 Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre obezite vucutta anormal ya da aşırı yağ birikmesi olarak tanımlamıştır (18). Sağlık Bakanlığı obeziteyi, bireylerin boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının istenilen seviyenin çok üzerinde olması şeklinde tanımlamaktadır (19).

2.2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılında, 1.9 milyardan fazla yetişkinin aşırı kilolu, 650 milyondan fazla yetişkinin obez olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre kadınların % 15'inin erkeklerin % 11'inin ve dünyadaki yetişkin nüfusun yaklaşık % 13'ünün obez ve görülme sıklığının giderek artmakta olduğu dikkat çekmektedir (18).

Amerika'da Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (The Center for Disease Control and. Prevention-CDC)'nin 2015-2016 yılında yaptığı çalışmaya göre 93 milyon Amerikalı yetişkinin obez olduğu belirlenmiştir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'ne (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) bağlı ülkelerde yaşayan 15 yaş ve üzeri nüfusun %19.5'inin obez olduğu, Amerika Birleşik Devletleri'nin en yüksek (% 38.2),Japonya'nın ise düşük (% 3.7) obezite oranına sahip olduğu belirlenmiştir. Ülkemiz ise % 22.3'lük obezite oranıyla OECD ülkeleri arasında 13. sırada yer almakta, bu oran ile OECD ortalamasını aştığı görülmüştür. DSÖ 2016 yılı araştırmalarına göre ülkemizdeki yetişkin nüfusun % 32.1'inin obez olduğu (erkeklerin % 24.4'ünün, kadınların % 39.2'sinin) bildirilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'deki obez kadın oranı 2008 yılında %18.5 iken 2019 yılında % 24.8 olmuştur (19-23).

2.2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite genetik faktörler, metabolik sorunlar, hormonal bozukluklar, psikolojik sorunlar ve sosyo-ekonomik durum, beslenme ve fiziksel aktivite düzeyi gibi birçok faktör ve sekonder hastalıklardan etkilenen multifaktöriyel bir hastalıktır. Yaş, genetik faktörler, cinsiyet, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik durum ve kültürel, çevre ve psikolojik etkiler gibi birçok faktör primer obezitenin nedenleri arasındadır ve obez bireylerin % 95'i primer obezite grubuna girmektedir. Kadınlarda

östrojenin etkisi, gebelik, emzirme ve menapoz dönemindeki hormonal değişimler nedeniyle obezite görülme oranı daha yüksek seyretmektedir (24,25).

2.2.4. Obezitenin Komplikasyonları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetişkinlerde en büyük küresel kronik sağlık problemi olarak obeziteyi işaret etmiştir ve giderek artan yetersiz beslenmeye göre daha ciddi bir sağlık sorununa dönüşmektedir. Obezite prevelansının artması ile birlikte kronik hastalıklarda ve bunlara bağlı ölüm oranlarında da artışlar görülmektedir. Türkiye hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre obezitenin kontrol edilmesiyle önlenebilecek ölüm sayıları kalp hastalıklarında 29.581, felçte 11.109, diyabette 7.674'dür. Obezite kontrolüyle meydana gelen 57.143 ölüm önlenebilmektedir. Obezitenin kontrolüyle önlenebilecek sağlıklı yaşam yılı kaybı (Disability Adjusted Life Years – DALY) sayıları kalp hastalığında 346.294 olarak görülmektedir. Obezitenin önlenmesi ve yönetilmesiyle kontrol altına alınabilecek hastalıklar için önlenecek DALY toplam DALY'nin % 7.3' ünü oluşturmaktadır (18,26).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS

2.4.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Çeşitleri

Uluslararası Kontinans Birliği (International Continence Society-ICS)'nin tanımına göre üriner inkontinans “istemsiz olarak idrar kaçırma” durumudur. Üriner inkontinans, çok çeşitli nedenlerden kaynaklanarak, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını etkileyerek, önemli yaşam tarzı kısıtlamalarına neden olmaktadır. Üriner inkontinans, ICS'ye göre başlıca stres, urge, mix olmak üzere, nokturnal, postural, koital olarak türlere ayrılmaktadır .

Stres Üriner İnkontinans: Öksürürken, hapsirirken, egzersiz yaparken ya da efor harcarken idrar kaçırma şikayetidir. Efor ile idrar kaçırma olarak adlandırılabilir. Fizik aktivite sırasında karın içi basıncın artmasıyla meydana gelen stres üriner inkontinans, doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon veya yaşlanmaya bağlı da gelişebilir. Üriner inkontinans tipleri arasında, stres üriner inkontinans en sık görülen tipidir.

Urge Üriner İnkontinans: Acil idrar boşaltma ihtiyacı duyulması ile birlikte görülen idrar kaçırmadır.

Mix Üriner İnkontinans: Hem urge hem de stres tipi idrar kaçırma biçimlerinin bir arada bulunduğu üriner inkontinans tipidir.

Noktürnal Üriner İnkontinans: Uykuda idrar kaçırmadır, kişi uykuya daldıktan sonra idrar kaçırr.

Koital Üriner İnkontinans: Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma şikayetidir (34-36).

2.4.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Türkiye’de üriner inkontinans ile ilgili yapılan araştırmaların sonucuna göre, üriner inkontinans prevalansı % 16.4 - % 49.7 olarak belirlenmiştir (37). Toplumda görülme sıklığı farklılık gösteren üriner inkontinansın, meydana gelmesinde birçok risk faktörü bulunmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalarda ele alınan en önemli risk faktörleri ise yaş, cinsiyet, doğum şekli, menopoz, obezite, kronik hastalık ve sigaradır (38-40).

Yaş: Üriner inkontinans görülme prevalansı yaşla birlikte artış göstermesine rağmen, sadece yaşlılarda görülmemekte, genç nüfusta da önemli oranlarda görülmektedir. Yaşın üriner inkontinans için önemli bir risk faktörü olduğu literatürde belirtilmektedir. Yaşlanma ile birlikte özellikle kadınlarda, bir takım hormonal değişikliklerin meydana gelmesinin, üriner inkontinans görülmesindeki artışın nedeni olarak ifade edilmektedir (38-40).

Cinsiyet: Üriner inkontinans prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (38-40).

Menopoz: Menopoz sonrası östrojen hormonunun azalması ile birlikte kas tonusunda meydana gelen azalmanın, bu dönemde idrar kaçırmaya neden olduğu ifade edilmektedir (38-40).

Doğum şekli: Normal doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (38-40) .

Obezite: Obezite üriner inkontinans için önemli bir risk faktörüdür. Obez kadınlar obez olmayan kadınlara göre daha yüksek karın içi basınca sahiptir ve bu yükselmiş basıncın pelvik taban destek (mesane ve vajinayı destekleyen yapı) yapılarını zayıflatarak üriner inkontinansa yol açabileceği düşünülmektedir. Literatüre göre yapılan bir metaanaliz çalışmasında obez bireylerde üriner inkontinans riski iki kat daha fazla görülmüştür (38-40).

Kronik hastalık: Literatürde kronik hastalıklar ile üriner inkontinans arasında ilişki olduğunu belirleyen çalışmalar mevcuttur (38-40).

Sigara: Literatürde sigara içmenin üriner inkontinans için risk faktörü olduğu net olarak açıklanmasa da, üriner inkontinans ile sigara içme arasında ilişki olduğu belirten çalışmalar bulunmaktadır (38-40).

2.4.3. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Yöntemleri

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Konservatif ve farmakolojik tedavi yöntemleri ile tedavi edilemeyen üriner inkontinanslı hastalara, üriner inkontinansın tipine göre cerrahi girişim uygulanmaktadır.

Konservatif Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinanstaki konservatif tedavi yöntemleri, cerrahi yöntemi gerektirmeyen her türlü tedaviyi içermektedir. Bu yöntemler, genellikle üriner inkontinanslı bireylerin öncelikli değerlendirilmesinde kullanılır. Konservatif tedaviler sağlık uzmanı tarafından önerilen üriner inkontinanslı bireylerin bire bir yaptıkları minimum yan etkiye sahip düşük maliyetli uygulamalar olarak kabul edilir. (9). Bunlar yaşam tarzı düzenlemeleri, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, vajinal kon uygulaması, elektriksel stimülasyon, farmakolojik tedavi ve konservatif tedavi yöntemleridir.

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinanstaki farmakolojik tedavinin amacı; mesanedeki detrüör kasının kontraksiyonunu azaltarak detrüör kasının istemsiz kasılmalarını önlemek ve üretranın kapanma basıncının artmasını sağlayarak üriner inkontinansı önlemektir .

Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yaşam tarzı değişikliklerinin amacı: bireyin alışkanlıklarının tanımlanarak, üriner inkontinansı tetikleyen alışkanlıkların/risk faktörlerinin ve çevrenin değiştirilmesi; pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri üriner inkontinans tedavisinde, başlangıç tedavisi olarak önerilmektedir.

Kilo Verme (Obeziteden Kaçınma)

Obezite, stres üriner inkontinans için önemli ölçüde önlenabilir ve değiştirilebilir bir risk faktörüdür. Obezitenin karın içi basıncı artırıp, pelvik tabanda kronik strese yol açarak, üriner inkontinansa neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca obezitenin, pelvik tabana olan kan akımını ve sinir inervasyonunu engelleyerek, aşırı kiloların verilmesi ile pelvik tabanda iyileşme gerçekleşmesi amaçlanır.

Sigaranın Bırakılması

Sigara içmek kronik öksürüğe neden olarak, stres üriner inkontinans için risk faktörü oluşturmaktadır.

Kafein Tüketiminin Azaltılması

Kafein içeren çay, kola ve kahve gibi içecekler diüretik etki göstererek üriner inkontinansa neden olmaktadır.

Sıvı Alımının Düzenlenmesi

Sıvı alımının düzenlenmesi, üriner inkontinans semptomlarını hafifletmek için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Fazla miktarda sıvı tüketilmesi de üriner inkontinans şiddetini etkileyebilir.

Davranışsal Tedaviler

- Mesane Eğitimi

Sık işemenin mesane kapasitesinin azalmasına ve detrusorda aşırı aktif kasılmalara neden olmaktadır. Hastanın idrar yapma isteğini baskılayarak günde 3-4 saat aralıklarla miksiyon yapacak şekilde işeme sıklığının azaltılması, mesane kapasitesinin kademeli olarak arttırılması ve aşırı aktif detrusor kasılmalarının önlenmesi hedeflenir.

- Pelvik Taban Kas Egzersi

Stres üriner inkontinansın konservatif tedavisinde pelvik taban egzersizleri, pelvik taban fizyoterapisi yer almaktadır.

- Vajinal Konlar

Vajinal konlar 20-100 gr arasında ağırlıklardan oluşur, pelvik taban kaslarını güçlendirmede kullanılmaktadır .

- **Elektriksel Stimülasyon**

Coldwell tarafından ilk kez 1963 yılında uygulanan elektriksel stimülasyon, pelvik taban kaslarının reflekslerin geri kazandırılması için vajina veya rektuma yerleştirilen bir elektrot veya prop yardımıyla güçlendirilmesini amaçlar.

- **Biofeedback**

Pelvik taban kas egzersizine ek bir tedavi yöntemi olan biyofeedback, terapi sırasında pelvik tabanın kasılmalarının doğruluğu hakkında hastalara görüntülü ve sesli uyarı verir. Bu teknikle hasta, pelvik taban kaslarını tanıyarak geçici olarak kasıp gevşetmeyi öğrenir. Biyofeedback bir terapi değildir, sadece pelvik taban egzersizi aktivitelerini belirtmek için kullanılır(34, 41,42).

2.4.4. Obezite, Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü

Güncel araştırmalar beslenme düzensizliği, fiziksel aktivite alışkanlıklarının azalması, teknolojinin neden olduğu hareketsiz yaşam, televizyon ve bilgisayar karşısında uzun süre geçirme gibi durumların obeziteye neden olduğunu belirtmektedir. Obezite'ye yönelik uygulanan halk sağlığı hemşireliği girişimlerinde temel amaç; obeziteye neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi, fiziksel aktivite alışkanlıklarının kazandırılması, fazla kilo alımının önlenmesi, kilonun normal düzeye indirilmesi, tekrar kilo alımının önlenmesi, ve obeziteyle ilişkili hastalıkların tedavisinin sağlanması olmalıdır. Hastaya uygulanacak tedavide hekim, hemşire, ebe, beslenme uzmanı, psikolog, psikiyatrist, spor hekimi ve fizyoterapistin olduğu multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Obezite yönetiminde bireylerin yaşam tarzı değişikliği yapabilmelerinde hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Halk sağlığı hemşiresi tarafından tedaviye yönelik olarak yapılacak planlamalarda obez kişilere beslenme programı ve egzersizden oluşan yeni bir yaşam modeli oluşturulmalıdır. Obezite yönetimi sürecinde; hasta öyküsünü almak, risk faktörü olabilecek hastalıklar için aile öyküsü almak, yapılabilecekleri hedeflemek, hastayı cesaretlendirmek, pozitif düşünmeye destek olmak, motive etmek ve güçlendirmek hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır(31,32,33).

2.5. KONSTİPASYON

2.5.1.Konstipasyon Tanımı

Konstipasyon, gastrointestinal sistemin işlevsel bozuklukları arasında bulunan, her yaştaki bireyi etkileyen, kişiden kişiye değişen, farklı yorumlanan ve sağlığı tehdit eden önemli bir semptomdur. Konstipasyon bireyin yaşam kalitesinin düşürmesi ve maddi açıdan zarara neden olduğu için önemli bir problemdir. Konstipasyon, fizyolojik veya patolojik olarak bağırsak, rektum, anüs ve pelvik bölgenin işlevsel olarak yetersizliği nedeniyle, normale göre daha katı ve ince, az sayıda (haftada 2 veya daha az), uzun sürede ve az miktarda dışkılamadır. Dışkılama güclüğü % 25 oranında ağrılı dışkılama ve tam boşalamama olarak adlandırmaktadır. Ayrıca abdominal bölge de ve rektumda ağrı, rektumda dolgunluk hissi ve tuvalette olağandan uzun zaman geçirme gibi bulgular da görülmektedir (43,44).

Kadınlarda çoğunlukla rastlanan sağlık sorunlarından biri olarak konstipasyon, en sık incelenen hemşirelik tanılarındandır. Kalın bağırsak mukozasında meydana gelen kalınlaşma ve yağlanma, kasların güçsüzleşmesi gibi nedenler kalın bağırsağın peristaltik hareketlerinin azalmasına sebep olmaktadır. Beslenme, sedanter yaşam, eğitim düzeyi, cinsiyet, stres, hemoroid, kalp hastalıkları vb kronik hastalıkların varlığı ve bazı ilaçlar konstipasyona sebep olan bazı faktörlerdir (43,44,45).

2.5.2. Konstipasyon Epidemiyolojisi

Konstipasyon görülme sıklığı; bireylerin şikayetlerinde farklılık göstermekle birlikte dünya genelinde % 8-33 arasında bir değere sahiptir. Batılı ülkelerde bu değer % 2 -20 arasında görünmektedir. Kuzey Amerika'da yapılan çalışmalarda % 15-20 oranın da görülürken yaşlı bireylerde % 50'ye varan oranlar görülmektedir. Avrupa ve Avusturalya genelinde konstipasyon görülme sıklığı % 17, Asya ülkelerinde % 8-17, Kanada'da % 14- 27, Kore'de % 16, Çin'de % 8.2 olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oran % 22 - 44 arasında saptanmıştır. Konstipasyon-obezite sıklığı yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi, günlük sıvı alım miktarı, beslenme durumu, yeme bozukluğu, kronik hastalıkların varlığı, metabolik bozukluklar, kent veya kırsalda yaşama, ilaç kullanımı, kişinin psikolojik durumu, kanser, gebelik varlığı, nörolojik sorunlar, eğitim seviyesi ve inançlara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. (46-49).

2.5.3. Konstipasyonda Risk Faktörleri

Konstipasyon, özellikle kadınlarda, yaşlı bireylerde, beyaz olmayanlarda ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan kişilerde daha sık görülmektedir. Konstipasyonun nedenleri arasında nörolojik, metabolik ve endokrinolojik durumlar, gastrointestinal sistem hastalıkları, gebelik, depresyon, beslenme bozuklukları ve demans gibi birçok faktör yer almaktadır. Günlük sıvı tüketiminin ve fiziksel aktivitenin düşük olması da konstipasyon için risk faktörüdür. Analjezik ilaçlar ve aspirin kullanımı da özellikle yaşlı bireylerde konstipasyon ile ilişkilendirilmiştir .

Aşağıdaki durumlar konstipasyon için risk faktörleridir;

- Yenidoğanlar ve çocuklar
- Gebelik
- 55 yaş üstü bireyler
- Yatağa bağımlı bireyler
- Sedanter yaşam tarzı
- Obezite
- Besinler ile posasının yeterli alınmaması
- Yetersiz sıvı alımı
- Kronik konstipasyon öyküsü
- Çoklu ilaç kullanımı
- Abdominal veya perianal pelvik cerrahi sonrası süreç
- Laksatiflerin kötüye kullanımı
- Konstipasyona sebep olan hastalıklar
- Seyahat (50,51,52).

2.5.4. Konstipasyon Etiyolojisi

Normal kolon hareketlerinde; peristaltik olmayan segmental, peristaltik lokal itici ve peristaltik yüksek uyaranlı itici kontraksiyonlardan oluşan hareketler bulunmaktadır. Besinler midede karın içi basıncı artınca mekanoritmik ve sinirsel olarak mideden başlayıp, kolon ve rektuma kadar ilerleyen defekasyon refleksleri oluşarak, dışkı anüse itilmekte ve sonra da sfinkter kaslar aracılığıyla atılmaktadır. Konstipasyonun patofizyolojisi incelendiğinde bağırsaklarda, rektumda, anüste ve

pelviste konstipasyona yol açan anormal durumlar veya sendromlar sebebiyle boşaltımın normalde olması gereken fiziksel, biyokimyasal ve mekanik olarak görülen bozuklukları ve normal dışındaki işleyiştir (50,53).

2.5.5. Konstipasyon Yönetimi

Konstipasyonun tedavisi semptomatik ya da nedene yönelik yapılmalıdır. Bu sebeple iyi bir teşhisle konstipasyona yol açan primer ve sekonder durumlar belirlenmelidir .

- **Hasta eğitimi** : Hastaya laksatif kullanımının azaltılması, fiziksel egzersizler, düzenli bağırsak alışkanlıkları kazandırılması, bol sıvı alması vb. konusunda eğitim verilebilir. Yaşam tarzı düzenleyebilmesi için danışmanlık yapılmalıdır.

- **Diyet değişiklikleri** : Hastanın diyeti liften zengin olmalı, bol posa içermeli ve günlük sıvı alımı artırılmalıdır.

- **Davranışsal yaklaşımlar** : Davranışsal konstipasyon tedavisi nörojenik-psikolojik konstipasyonlu, fiziksel engeli olan ya da demansif hastalarda çoğunlukla tercih edilir. Bu amaçla biyofeedback son zamanlarda sık kullanılan bir yöntemdir.

- **Farmakolojik tedavi**: İlaçlarla konstipasyonun önlenmesine yönelik uygulanan tedavidir.

- **Ciddi konstipasyon tedavisi**: Bu yaklaşımda Supozituar, Lavman, vb. kullanılmaktadır.

- **Cerrahi tedavi**; Hastanın durumuna göre en son aşamada İleoektal anastomozlu subtotal kolektomi ya da total kolektomi yapılabilir .

- **Diğer tedavi seçenekleri**: Botulinum toksini, bakterioterapi, elektriksel stimülasyon, bitkisel ürünler, akupunktur, aromaterapi ve masaj uygulamaları kullanılmaktadır (53,54).

2.5.6. Obezite, Konstipasyon ve Hemşirenin Rolü

Obezite, bireylerde pelvik taban üzerinde kronik strese neden olarak karın içi basıncını artırır ve önce konstipasyona daha sonra anal inkontinansa neden olarak yapısal bir hasara ve nörolojik fonksiyon bozukluğuna yol açabilir. Ayrıca Obez bireylerde konstipasyon normal veya yavaşlamış kolon geçişi, işlevsel dışkılama bozuklukları (pelvik taban bozuklukları) ya da ikisine de bağlı olarak görülebilmektedir.

Konstipasyon pelvik tabanın nörolojik fonksiyonunda (pelvik taban kasları ve eksternal anal sfinkterde denervasyon, pudental nöropati gibi) değişikliklere neden olur.

Halk sağığı hemşireleri hastanın doğrudan bakımından sorumlu olarak bireyi bütün yönleri ile tanıyıp, sağıık ekip üyelerine göre daha fazla iletişim halindeki sağıık profesyoneldir. Tedavisi hekim, hemşire, fizyoterapist ve diyetisyenden oluşan multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Konstipasyon ve konstipasyonun yol açtığı semptomların giderilmesinde farmakolojik tedavinin yanında hasta eğitimi, beslenme ve tuvalet alışkanlıklarının düzenlenmesi, akupunktur, refleksoloji, aromaterapi ve masaj gibi nonfarmakolojik seçeneklerin uygulanması hemşirelik girişimlerinde yer almaktadır. Konstipasyon tedavi edilmesi, lavman, laksatif, supozituar kullanımının önlenmesinin yanında sağıık bakım maliyetlerini ve hastanede kalma süresini kısaltmaktadır (55,56,57).

2.6. KADIN CİNSEL İŞLEVİ

2.6.1. Kadın Cinsel İşlevinin Tanımı

Cinsellik, bir kişinin diğetine çekici gelmesi ile cinsel haz alma ve üremeye ilgili düşünceler, duygular ve davranışları içermektedir. Cinselliğın sadece türün devamı için yapılan biyolojik bir işlev değıil, bireyler arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren, başta merkezi ve periferik sinir sistemi, endokrin sistem, beş duyu ve genital organlarla tüm bedenın katıldığı, nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile sürdürölen bir davranıştır. Sağııklı ve doyumlu cinsel yaşam bu süreçlerin tümünün tam olarak fonksiyonunu yerine getirmesi ile mümkündür. Bireyin kişilik özellikleri, biyolojik yapısı, genel kendilik algısı, duygular, bilişsel fonksiyonlar, geçmiş deneyimler, travmalar, öğırenilmiş davranışlar, dini inanç ve ahlaki tutumlar cinselliğıe yaklaşımı ve seçimleri belirler. Bu tanıma göre cinsel yanıt döngüsü; 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözölme evresi'nden meydana gelir (3,58).

1) Uyarılma Evresi : Uyarılma öncesinde cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel işlev için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde tanımlanabilir. Cinsel isteğın varlığı çeşitli etkenlere bağılıdır; biyolojik dürtü, yeterli kendilik saygısı, cinsellikle ilgili daha önceki olumlu deneyimler, uygun bir cinsel eşin

varlığı, cinsel olmayan alanlarda da cinsel eşle iyi bir ilişkinin olması. Bu etkenlerden herhangi birinde sorun olması isteği azaltabilir (3,59).

2) Plato Evresi : Bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması durumunda psikolojik uyarıcı (fantezi ya da aşk nesnesinin varlığı), fizyolojik uyarıcı (okşama ya da öpme) veya her ikisiyle başlayan tetiklenmedir. Temel olarak öznel bir haz duygusunun hissedildiği ve cinsel uyarılmanın nesnel bulgularının gözlemlendiği evredir (3,59).

3) Orgazm Evresi : Cinsel gerilimin rahatlamasıyla ve perineal kaslar ile pelvik üreme organlarının ritmik kasılmalarıyla cinsel hazzın doruğa çıktığı evredir. Bireysel farklılıklar nedeniyle ortak bir tanımlama yapılamamakla birlikte yaklaşık 3-25 saniye süren, hafif bir bilinç bulanıklığının da gözlemlendiği orgazm evresi, öznel olarak pelviste duyumsanır ama esasen tüm bedenin yanıtıdır (3,59).

4) Çözülme Evresi : Orgazm evresini ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresini takiben tüm bedende önceki evrelerde oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi istirahat durumuna döndüğü gevşeme dönemidir (3,59).

2.6.2.Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu

Kadınlarda cinsel fonksiyonların normal olması kadın sağlığının önemli bir belirteçidir. Bu konuda yaşanacak problemler yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu (KCFB) oldukça yaygın görülen bir problem olarak rapor edilmekte ve prevalansı %50' lere kadar çıkmaktadır. KCFB nedeni fiziksel veya psikolojik kökenlidir (60,61).

Fiziksel Faktörler

Yaşlanma ve menopoza, cinsellikten uzun süre uzak kalmak, kullanılan bazı ilaçlar, alkolizm, hormonal ve nörolojik problemler, histerektomi, lohusalık ve laktasyon süreci, cinsel organlarının yapı ve fonksiyonlarının bilinmemesi, serviks ve vajen enfeksiyonları, vajen akıntıları, yaşa bağlı ya da patolojik hormonal yetersizlikten kaynaklanan kuruluk, jinekolojik rahatsızlıklardır (60,61).

Psikolojik Faktörler

Kişilik yapısı, evlilikle ilgili problemler, ilişkiye gerekli özenin gösterilmemesi, ebeveyn sorumluluğu, beden imajı kaygısı, bıkıcılık, ailede birinin ölümü ve yas süreci,

anksiyete, depresyon, cinsel ilişki ile bazı olumsuz anıların yerleşmesi, vajinismus, cinsel travmalar, tecavüz, cinsel tercih ve cinselliğin bir suç veya günah olarak algılanması, cinsel eğitim yetersizliğidir. Tanı kriterlerine göre cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazmik bozukluklar ve cinsel ağrı bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (60,61).

2.6.3. Obezite, Kadın Cinsel İşlevi ve Hemşirenin Rolü

Obezitede cinsel işlev bozukluğunun oluşum nedenleri multifaktöryeldir. Obez kadınlarda olumsuz beden imgesi, kişilerarası ilişkilerde zorluk, düşük benlik saygısı ve öz etkililik yeterlilikde azalma gibi sorunlar yaşarlar. Cinsel işlev bozukluğu metabolik sendromlu kadınlarda daha fazla görülmektedir. Özellikle morbid obezitede cinsel işlev bozukluğuna açıkça neden olacak yüksek eş tanı oranları bulunmaktadır. Sıklıkla görülen diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların; depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik sorunların ve kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine etkisi bilinmektedir. Literatürde ise kadınlarda beden kitle indeksi arttıkça; uyarılma, kayganlık ve orgazm azalırken, cinsel istekte bir değişiklik olmadığına yönelik çalışma bulunmuştur (62).

Kadınlarda cinsellik en çok merak edilen ve de en çok konuşulması yasaklanan bir konu olarak düşünülmektedir. Cinsel sağlık halk sağlığı hemşireleri tarafından değerlendirilmesi gereken özel bir konudur. Cinsel sağlık değerlendirilmesinde kadınlara cinsellik veya üremeye ilgili korku ve endişelerini ifade etmeleri sağlanmalı, kadın cinsel işlev hakkındaki eğitim gereksinimlerini belirlenmeli, sorun saptandığında tedavi süreci başlatılmalı ve tedavi sonrası genel değerlendirilmeleri yapılmalıdır (63).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerinde 01.02.2021-30.09.2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın verilerinin toplanması ve izinler 01.02.2021-30.04.2021 tarihleri arasında planlanmış ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle gereken sayıya ulaşamadığı için sözel olarak ilgili birimlerden tekrar izin alınarak 30.09.2021 tarihine kadar veri toplanmasına devam edilmiştir. Araştırmanın planlanmasından, tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci Tablo 3.1'de görülmektedir.

Tablo 3.1. Araştırmanın zaman çizelgesi

Yıl	2019	2020				2021				2022
Ay	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1
Konu Seçimi										
Literatür İnceleme										
Hazırlık										
Materyal Hazırlığı										
Tez Önerisi										
Gerekli İzinlerin Alınması										
I. Tez İzlemi										
Veri Toplama										
Veri Girişi										
II. Tez İzlemi										
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi										
III. Tez İzlemi										
Tez Yazımı										
IV. Tez İzlemi										
Tez Sunumu										

3.4.Araştırmanın Evreni

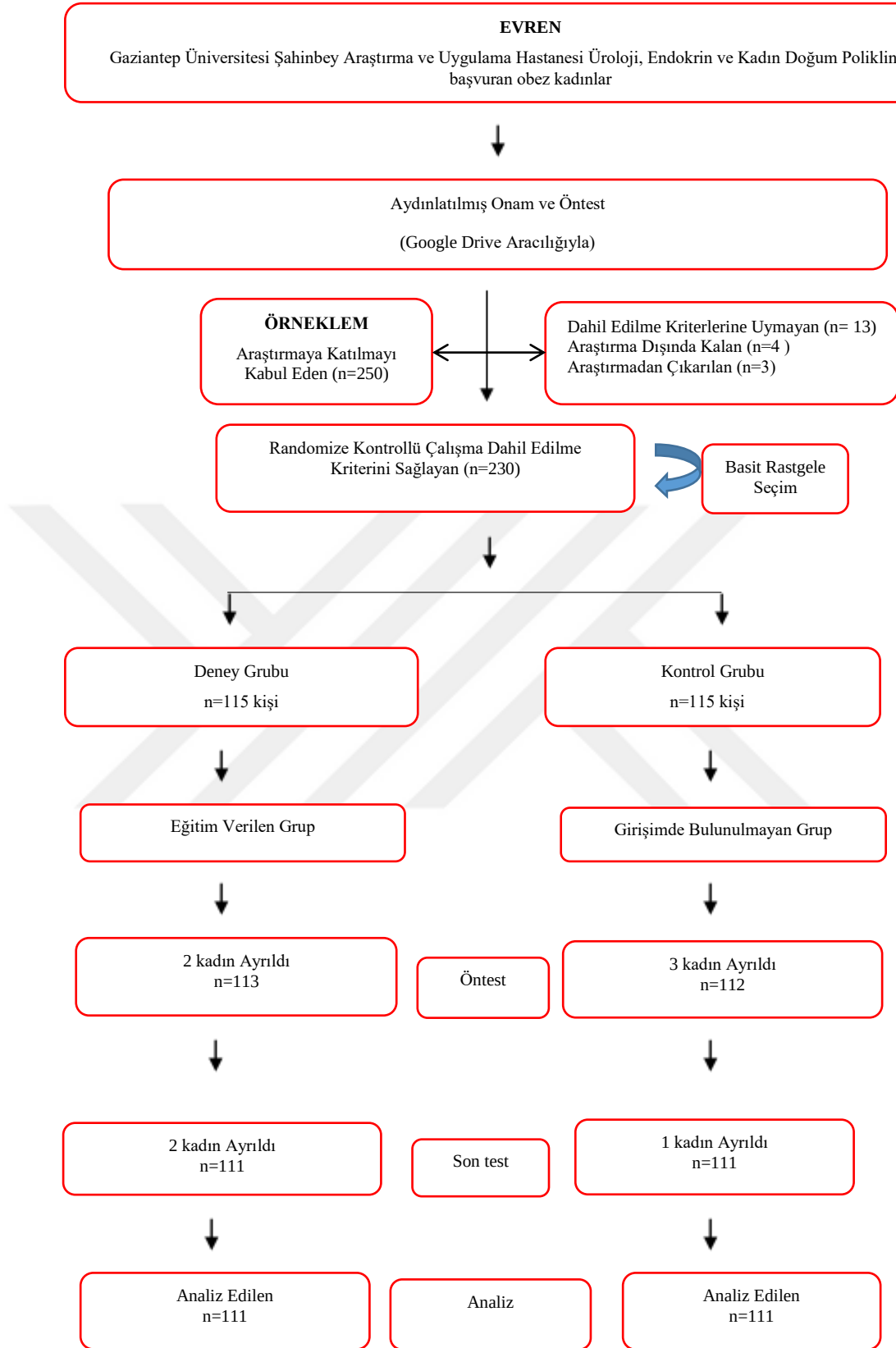
Araştırmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerine 01.02.2021-30.09.2021 tarihleri arasında başvuran kadınlar oluşturmuştur.

3.5.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın minimum örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.4 programında “ANOVA: Repetead measures, between factors testi” ile %5 α tipi hata payı, %95 güç ve 0.35 etki büyüklüğüne göre hesaplanan güç analizine göre (deney grubu 111, kontrol grubu 111 olmak üzere) 222 olarak hesaplanmıştır. Her bir hastalık tanısı için 37 deney grubu, 37 kontrol grubu toplam 111 deney 111 kontrol grubu belirlenmiştir.

Belirtilen kliniklere başvuran araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan beden kitle indeksine (BMI > 30) göre obez olan kadınlardan hekim tanısına göre üriner inkontinanslı 74(deney grubu 37, kontrol grubu 37 olmak üzere), konstipasyonlu 74 (deney grubu 37, kontrol grubu 37 olmak üzere), cinsel işlev bozukluğu olan 74 (deney grubu 37, kontrol grubu 37 olmak üzere) kadın araştırmaya katılmıştır.

Araştırmaya, veri kaybı ihtimaline karşı deney grubuna 125 ve kontrol grubuna 125 olmak üzere toplam 250 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. İlerleyen dönemde deney grubundan 2 kadının Covid-19 tanısı alması, 1 kadının egzersizleri yapmak istemediği için çalışmaya devam edemeyeceğini bildirmesinden dolayı çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma başladıktan sonra kontrol grubundan 3 kadının telefonlarına bakmaması nedeniyle ulaşım sağlanamadığından 1 kadının iş yoğunluğu nedeniyle çalışmaya devam etmek istemediği için çalışmadan çıkarılmıştır. Araştırma, şekil 2’de araştırmanın CONSORT (2017) akış şemasında gösterildiği gibi deney grubundan 111 kadın, kontrol grubundan 111 kadın olmak üzere toplam 222 kadın ile tamamlamıştır .



Şekil 3. Araştırma CONSORT (2017) akış şeması (63)

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. BMI > 30 obez olan,
2. Üriner inkontinans/konstipasyon/cinsel işlev sorunlarından en az birini yaşayan,
3. Menapoza girmeyen,
4. Genito- üriner sistemle ilgili ilaç tedavisi almayan ya da cerrahi tedavi geçirmeyen,
5. Kronik hastalığı olmayan (ör. Kanser, MS),
6. Kegel egzersizi yapmaya engel sağlık sorunu olmayan,
7. Cinsel yönden aktif olan (cinsel partneri olan),
8. Gebe olmayan,
9. Okuma yazması olan, iletişim kurabilen ve gönüllü olan
10. Instagram ve whatsapp kullanabilen
11. Akıllı cep telefonu olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.7. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırma başladığı andan itibaren;

1. Araştırma sürecinde kadının başka bir kaynaktan pelvik taban güçlendirmeye ilişkin eğitim ve danışmanlık alması,
2. Veri toplama sürecinde herhangi bir nedenden dolayı çalışmanın tüm aşamalarını tamamlayamaması,

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: “Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu”, “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği”, “Kadın Cinsel İşlev Ölçeği”nden alınan puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişken: Pelvik taban güçlendirme programı (kegel egzersizi, sosyal medya eğitimleri eğitim kitapçığı)

3.9. Veri Toplama Süreci :

Araştırmanın veri toplama tarihleri arasında; Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran, hekim tanılı; Üriner inkontinans, Konstipasyon, Cinsel işlev sorunu olan, kadınların araştırmacı tarafından boy ve kilo ölçümleri yapılarak, BKİ >30 olan obez kadınlara aydınlatılmış onam sunulmuş ve gönüllü olan kadınlar çalışmaya davet edilmiştir.

Power analizi ile hesaplanan 222 kadın, başvuru nedenine göre (üriner inkontinans, Konstipasyon ve cinsel fonksiyon sorunu) kura yöntemi ile sırasıyla deney ve kontrol grubuna randomize olarak atanmıştır. Başvuru nedenlerine (Üriner inkontinans, Konstipasyon, Cinsel fonksiyon işlev sorunu) göre gelen kadınlardan ilki yazı-tura kura yöntemiyle hangi gruba (deney/kontrol grubu) gireceği belirlendikten sonra kadınlar sırası ile diğer gruplara atanmıştır. Örneklem sayısı tamamlanıncaya kadar işleme devam edilmiştir.

Deney ve kontrol grupları hekim tanılı başvuru nedenlerine göre üç gruba (Üriner inkontinans, Konstipasyon, Cinsel fonksiyon bozukluğu grupları) ayrılmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların iletişim bilgileri alınıp araştırmacı tarafından çalışmanın amacı, programın içeriği ve süresi hakkında detaylı bilgilendirmeler yapılmıştır. Araştırma programının kadınlara ev ziyareti yoluyla yapılması planlanmıştır. Ancak pandemi nedeniyle sosyal medya üzerinde çevrimiçi canlı eğitimler şeklinde yapılmasına karar verilmiştir. Eğitim materyali olarak oluşturulacak sosyal medya gruplarına eklemek için kadınların izinleri alınmıştır.

Ayrıca araştırma kapsamındaki kadınlarla telefonla haberleşme ağı oluşturularak; deney iletişim grubu ve kontrol iletişim grubu ile ayrı ayrı çevrimiçi görüşmeler sağlanmıştır. Her iki gruptaki kadınlara ön test uygulanmıştır. Verilerinin toplanmasında deney ve kontrol grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından Google formda hazırlanan Hasta Tanıtım Formu, Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) watsaptan link gönderilerek çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Daha sonra deney grubundaki kadınlara çevrimiçi eğitim şeklinde Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi programı uygulanarak ve 12 hafta boyunca izleme sağlanmıştır.

Kontrol grubundakilere hiçbir girişimde bulunulmamıştır. Deney grubundaki kadınlarla egzersizleri günde 3 kez 15 set halinde yapmaları hatırlatılmıştır. 12 hafta sonra müdahale ve kontrol grubundaki obez kadınlara araştırmacı tarafından “Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF)”, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) ve “Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)” tekrar uygulanmıştır. Sonuçlar deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir eğitim verilmemiştir. Ancak etik olarak araştırma bittikten sonra kontrol grubunda isteyen kadınlara da pelvik taban güçlendirme egzersiz programı uygulanmıştır.

Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi Programı Hazırlıklar;

Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Araştırma kapsamındaki deney grubuna dahil olan obez kadınlara uygulanan girişimin amacı pelvik kasların güçlendirilmesi konusunda farkındalıklarının artırılarak bilgi sahibi olmalarının sağlanmasıdır. Bu kapsamda kadınlara verilecek eğitimlere ek olarak, evde kendilerine hatırlatıcı olması için pelvik taban ve kegel egzersizi ile ilgili bilgilerin yer aldığı “Pelvik Taban Farkındalık & Korunma Eğitim Kitabı” oluşturulmuştur. Eğitim kitapçığı eğitimler bittikten sonra deney grubundaki kadınlara, araştırma bittikten sonra ise kontrol grubundaki kadınlara verilmiştir.

Eğitim Sunumları

Araştırma kapsamındaki deney grubuna dahil olan kadınlara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitimler 2 oturum boyunca pelvik taban kaslarını güçlendirerek, kegel egzersizi yapmalarını sağlayacak eğitim sunumları oluşturulmuştur.

Whatsapp ve Instagram Gruplarının Kurulması

Deney grubundaki kadınlara pelvik taban kaslarını güçlendirmek için 3 ay boyunca günde 3 kere kegel egzersizi hatırlatmaları yapmak için whatsapp grubu oluşturulmuştur. Ayrıca instagram grubu açılarak üriner inkontinans, konstipasyon, kadın cinsel fonksiyon ve kegel egzersizine yönelik bilgilendirme ve hatırlatma paylaşımları yapılmıştır. Instagram grubunda pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizlerine ait anatomik ve fizyolojik resimler yüklenmiştir. Böylece kadınlar bu bilgilere istedikleri zaman kolaylıkla ulaşabilmişlerdir (Ek 10).

Eğitim Programının Uygulanması

Araştırmanın başında öntets uygulandıktan sonra pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizlerine göre uyarlanmış “Pelvik Taban Kaslarını Güçlendirme Egzersizlerini Geliştirme Programı” Eğitimleri deney grubundaki obez kadınlara Covid-19 pandemisi nedeniyle whatsapp ya da zoom iletişim kanalı üzerinden bireysel canlı görüşme yapılarak 15 dakika 5 hafta süren 5 oturum şeklinde uygulanmıştır. Deney grubundaki kadınlara whatsapp veya zoom üzerinden canlı grup görüşmesi ile 10’ar kişilik gruplar halinde eğitimler uygulanmıştır. Yetişkin sağlık eğitiminde grup eğitiminde benzer sorunları yaşayan deney grubundaki obez kadınların birbirleriyle etkileşimi sağlanarak olumlu duygular geliştirip eğitimin pekişmesi hedeflenmiştir. Grup eğitimi 5 hafta boyunca her hafta, haftada 4 gün her gün iki farklı grup alınarak grup eğitimi yapılacaktır. Kadınların günlük olarak kegel egzersizleri yapmalarını sağlamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan Haftalık Egzersiz Takip Çizelgesi verilmiştir.

EVREN Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerine 01.02.2021-30.09.2021 tarihleri arasında başvuran obez kadınlar	
ÖRNEKLEM G Power programı ile belirlenen 222 anne; [%5 α tipi hata payı, %95 güç ve 0.35 etki büyüklüğüne göre hesaplanan güç analizi sonucu (deney grubu 111 , kontrol grubu 111 olmak üzere)]	
RANDOMİZASYON (n=222) Polikliniklere başvuran 222 obez kadın, başvuru nedenine göre (üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyon sorunu) kura yöntemi ile sırasıyla deney ve kontrol grubuna atanmıştır.	
AYDINLATILMIŞ ONAM VE ÖN-TEST Aydınlatılmış Onam alındı. “Demografik ve Tanımlayıcı Özellikler Bilgi Formu”, Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) uygulandı.	
Grup içi Randomizasyon Dahil edilme kriterlerine uyan; deney grubundan 115 kadından 111’sü, kontrol grubundan 115 kadından 111’i kura yöntemi ile seçildi.	
DENEY GRUBU (111 kişi) (hekim tanılı) -Üriner inkontinans grubu (37 kadın) -Konstipasyon grubu (37 kadın) -Cinsel fonksiyon grubu (37 kadın)	KONTROL GRUBU (111 kişi) (hekim tanılı) -Üriner inkontinans sorunu olan 37 kadın -Konstipasyon sorunu olan 37 kadın -Cinsel fonksiyon sorunu olan 37 kadın
TANIŞMA GÖRÜŞMESİ	
ÖN TEST (Her İki Gruba) Tanıtıcı Özellikler Formu, Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) uygulandı.	
GİRİŞİM	
DENEY GRUBU (111 kişi) 12 haftalık izlem sürecinde: Rutin klinik uygulamalarına ek olarak: - Obez kadınlara Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi eğitim programının uygulandı. -Whatsapp ve instagram iletişim grupları oluşturularak hatırlatma ve bilgilendirmeler yapıldı. -Eğitim kitapçığı verildi,	KONTROL GRUBU (111 kişi) Rutin klinik uygulamalarına devam edilecektir. Girişim yapılmayacaktır.
SON TEST (Her İki Gruba) Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQSF), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) google form üzerinden online olarak dolduruldu.	
	Kontrol grubuna etik olarak tek seanslık Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi eğitim programının uygulandı, Whatsapp ve instagram iletişim grupları oluşturularak hatırlatma ve bilgilendirmeler yapıldı, Eğitim kitapçığı verildi.
VERİLERİN ANALİZİ VE ARAŞTIRMANIN RAPORLANMASI	

Şekil 4. Araştırmanın iş akış planı

3.10. Veri Toplama Araçları

3.10.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda kadınların tanımlayıcı bilgilerini içeren sorular bulunmaktadır. Bu form kadınların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bilgiler içeren 13 sorudan oluşmaktadır (Ek 1)

3.10.2. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (The International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQ-SF)

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQ-SF) Avery ve arkadaşları tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. ICIQ-SF Çetinel ve ark. (2004) tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini belirlemek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek kadın-erkek, genç-yaşlı, bütün gruplarda idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın algılanan sebeplerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılır. Ölçeğin dört boyutu bulunmaktadır. Birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyut idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyut idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya sebep olan durumlar sorgulanmaktadır. Formda toplam 6 soru bulunmakta; 3, 4 ve 5. sorulara hastaların verdiği puanların toplamıyla formdaki toplam puana ulaşılmaktadır. Puanlar arttıkça idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı ve günlük yaşama etkisi artmaktadır. Puanlamada üç boyut değerlendirilir, puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar kişinin yakınmalarına dayanan idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. Değerlendirme, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. ICIQ-SF için 8 ve üzerindeki puan idrar kaçırmayı belirleyen kesme noktasıdır. Ölçekten alınan puan 0-21 arasındadır; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesinin az etkilendiğini, yüksek puan ise fazla etkilediğini belirtmektedir. ICIQ-SF ölçeğinin cronbach alfa katsayısı 0.71 bulunmuştur (65). Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı 0.655 bulunmuştur (Ek 2).

3.10.3. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

Varma ve arkadaşlarının 2008 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve Turan tarafından (2010) yapılmıştır. Bu ölçek bireylerin dışkılama sıklığı, yoğunluğu ile dışkılama esnasında güçlüğü/zorluğu tespit etmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Ayrıca ölçekten konstipasyon semptomlarının belirlenmesi

amaçlanmıştır. Ölçekte 16 adet soru bulunmaktadır. Ölçek Kalın Bağırsak Tembelliği, Dışkı Tıkanıklığı ile Ağrı olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Kalın Bağırsak Tembelliği alt boyutu 0-29 puan, Dışkı Tıkanıklığı alt boyutu 0-28 puan, Ağrı alt boyutunda 0-16 puan arasındadır. Konstipasyon ciddiyet ölçeğinden alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 73'tür. Ölçekten alınan puanların yüksek olması semptomların ciddi olduğunu göstermektedir. Kaya ve Turan (2010) ölçeğin Cronbach α değerini 0,92 ve 0,93 arasında olarak saptamıştır (66). Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı 0.930 bulunmuştur (Ek 3).

3.10.4.Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)

KCIÖ, Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Kadın cinsel işlev ölçeği kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Aygin ve Eti Aslan (2005) tarafından yapılan, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları ya da işlevi değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı olarak 6 alt boyuttan oluşur. Alt boyutlara göre cinsel istek sıklık ve seviyesi 1. ve 2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 95'tir. Toplam ölçek puanı kesme değeri (cutt-off) toplam puan >22.7 ise cinsel işlev normal, <22.7 ise cinsel işlev bozukluğudur. Aygin ve Eti Aslan'ın çalışmasında Cronbach's Alfa değerleri 0.82 bulunmuştur (67). Bu çalışmada ise cronbach alfa katsayısı 0.740 bulunmuştur (Ek 4).

3.11.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 26 programında, araştırmacı tarafından yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar $p<0.05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistikler: sayı ve yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma; deney ve kontrol

gruplarının tanımlayıcı özelliklerinin benzerliği için ki kare testi; bağımlı değişkenlerin normal dağılım analizi; deney ve kontrol grubunun gruplar arası ikili karşılaştırmalarında, normal dağılımlar için paired sample t testi kullanılmıştır.

3.12.Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma Helsinki Deklerasyonu ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmanın yapılması için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No: 2020/98, Tarih:30.04.2020) alındı (Ek 5). Çalışma da kullanılacak ölçekler için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan kullanım izni alındı (EK 6). Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak "Aydınlatılmış onam" alındı. Elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "gizlilik ve gizliliğin korunması" gönüllü olarak katılmak isteyenlerin araştırma kapsamına alınmasıyla "özerkliğe saygı" ve genel olarak "zarar vermeme/yarar sağlama" etik ilkeleri yerine getirildi (Ek 7-8).

3.13. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırma verilerinin toplanma zamanının Covid-19 pandemisi sürecine denk gelmesi araştırma kapsamında bazı güçlükler oluşturmıştır. Birincisi, araştırma herhangi bir kuruma bağlı olmadığından whatsapp aracılığıyla katılımcılara ulaşmak zorluk yaratmıştır. İkincisi, uzaktan eğitim nedeniyle kadının telefonunun genellikle çocuğunda veya çocuklarında olması anneye ulaşma ve görüşme için zaman ayarlama konusunda güçlük yaşatmıştır.

3.14. Araştırmanın Güçlü Yanları, Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

3.14.1.Araştırmanın Güçlü Yanları

- Araştırmanın, ön-son test uygulamalı randomize kontrollü deneysel ve tek kör olması,
- Araştırmada, katılımcının araştırmacı etkisinde kalmadan verileri cevaplaması,
- Araştırma kapsamında yapılan pelvik taban güçlendirme egzersiz eğitiminin ve hazırlanan eğitim broşürünün bir hemşirelik uygulamalarına dayandırılarak yapılması,
- Araştırmanın örneklem hesaplamasında ve verilerin analizinde uygun istatistiksel yöntemlerin uygulanması, etki büyüklüğünün ve çalışmanın gücünün hesaplanması.

3.14.2.Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği:

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji, Endokrin ve Kadın Doğum Polikliniklerine başvuran kadınlara yapılmış olmakla birlikte Covid-19 pandemisinden dolayı pelvik taban güçlendirme eğitiminin yüzyüze yapılamayarak telefonla yapılması araştırmanın önemli sınırlılığıdır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen pelvik taban güçlendirme programının obez kadınların üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel işlevlerine etkisini belirlenmeyi amaçlayan çalışmadan elde edilen;

1. Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Üriner inkontinanslı deney ve kontrol grubundaki kadınların ICIQSF ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular
3. Konstipasyonlu deney ve kontrol grubundaki kadınların konstipasyon ciddiyet ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular
4. Kadın cinsel işlev grubu deney ve kontrol grubundaki kadınların kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Üriner İnkontinanslı Deney ve Kontrol Grubundaki Obez Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Üriner İnkontinas Grubu Tanıtıcı Özellikler		Deney Grubu (n=)%	Kontrol Grubu (n=)%	İstatistiksel analiz
Yaş	25-35	12 (32.4)	11 (29.7)	$\chi^2 = .099$
	36-45	16 (43.2)	17 (45.9)	$p = .952$
	46 yaş ve üzeri	9 (24.3)	9 (24.3)	
Evlilik Yılı	1-10 yıl	12 (32.4)	14 (37.8)	$\chi^2 = .313$
	11 ve üzeri	25 (67.6)	23 (62.2)	$p = .576$
Eğitim Durumu	İlköğretim	19 (51.4)	19 (51.4)	$\chi^2 = .178$
	Lise	12 (32.4)	13 (35.1)	$p = .915$
	Üniversite	6 (16.2)	5 (13.5)	
Çalışma Durumu	Çalışan	7 (18.9)	9 (24.3)	$\chi^2 = .413$
	Çalışmayan	30 (81.1)	28 (75.7)	$p = .520$
Eşinin Mesleği	Memur	11 (29.7)	11 (29.7)	$\chi^2 = .428$
	İşçi	17 (45.9)	15 (40.5)	$p = .807$
	Emekli	9 (24.3)	11 (29.7)	
Aylık Gelir Durumu	Gelir iderden Az	21 (56.8)	20 (54.1)	$\chi^2 = .073$
	Gelir Gidere Denk	16 (43.2)	17 (45.9)	$p = .787$
Sigara Kullanma Durumu	Evet	6 (16.2)	5 (13.5)	$\chi^2 = .146$
	Hayır	31 (83.8)	32 (86.5)	$p = .702$
BKİ	30	18 (48.6)	21 (56.8)	$\chi^2 = .653$
	31	19 (51.4)	16 (43.2)	$p = .419$
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	13 (35.1)	15 (40.5)	$\chi^2 = .304$
	3'den fazla	24 (64.9)	22 (59.5)	$p = .582$
Toplam Doğum Sayısı	1-2	13 (35.1)	15 (40.5)	$\chi^2 = .304$
	3-4	24 (64.9)	22 (59.5)	$p = .582$
Doğum Şekli	Normal	15 (40.5)	18 (48.6)	$\chi^2 = .693$
	Sezaryen	11 (29.7)	10 (27.0)	$p = .707$
	Normal ve Sezaryen	11 (29.7)	9 (24.3)	
Doğum Yaparken Zorluk Yaşama	Evet	29 (78.4)	30 (81.1)	$\chi^2 = .224$
	Hayır	8 (21.6)	7 (18.9)	$p = .636$

χ^2 =Ki-kare Analizi, $p < 0.05$

Araştırmaya katılan üriner inkontinanslı kadınların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında deney grubundaki kadınların % 43.2'si, kontrol grubundakilerin % 45.9'u 36-45 yaş grubundadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 51.4'ünün BKİ'si 31, kontrol grubundaki kadınların % 56.8'inin BKİ'si 30'dur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Evlilik yıllarına bakıldığında deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 67.6'sı, kontrol grubundaki kadınların % 62.2'si; 11 yıl ve üzeridir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo4.1).

Kadınların eğitim durumu incelendiğinde üriner inkontinanslı deney grubundaki kadınların % 51.4'ü kontrol grubundaki kadınların ise % 51.4'ü ilköğretim mezunudur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 81.1'i, kontrol grubundaki kadınların % 75.7'si çalışmamaktadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 45.9'u, kontrol grubundaki kadınların % 40.5'i eşi işçidir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo4.1).

Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 56.8'i, kontrol grubundaki kadınların % 54.1'i gelir giderden azdır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 83.8'i, kontrol grubundaki kadınların % 86.5'i sigara içmemektedir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 64.9'u, kontrol grubundaki kadınların %59.5'i toplam gebelik sayısı 3'ten fazladır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 64.9'u, kontrol grubundaki kadınların % 59.5'i toplam doğum sayısı 3-4'dür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 40.5'i, kontrol grubundaki kadınların % 48.6'sı normal doğum doğum şekli sezaryen'dir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Doğum yaparken zorluk yaşama durumlarına göre deney grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 78.4'ü, kontrol grubundaki üriner inkontinanslı kadınların % 81.1'i doğum yaparken zorluk yaşadıkları görülmüştür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine bakıldığında, kadınların gruplara homojen dağıldığı ve gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo4.1).

Tablo 4.2. Konstipasyonlu Deney ve Kontrol Grubundaki Obez Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Konstipasyon Grubu Tanıtıcı Özellikler		Deney Grubu (n=)%	Kontrol Grubu (n=)%	İstatistiksel analiz
Yaş	25-35	13 (35.1)	12 (32.4)	$\chi^2=.077$ $p=.962$ $\chi^2=.027$ $p=.000$
	36-45	13 (35.1)	14 (37.8)	
	46 yaş ve üzeri	11 (29.7)	11 (29.7)	
Evlilik Yılı	1-10 yıl	18 (48.6)	19 (51.4)	$\chi^2=.281$ $p=.869$
	11 ve üzeri	19 (51.4)	18 (48.6)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	17 (45.9)	18 (48.6)	$\chi^2=.413$ $p=.520$
	Lise	11 (29.7)	9 (24.3)	
	Üniversite	9 (24.3)	10 (27.0)	
Çalışma Durumu	Çalışan	6 (16.2)	8 (21.6)	$\chi^2=.983$ $p=.612$
	Çalışmayan	31 (83.8)	29 (78.4)	
Eşinin Mesleği	Memur	5 (13.5)	8 (21.6)	$\chi^2=.054$ $p=.816$
	İşçi	17 (45.9)	14 (37.8)	
	Emekli	15 (40.5)	15 (40.5)	
Aylık Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	19 (51.4)	18 (48.6)	$\chi^2=.274$ $p=.601$
	Gelir Gidere Denk	18 (48.6)	19 (51.4)	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	9 (24.3)	11 (29.7)	$\chi^2=.218$ $p=.641$
	Hayır	28 (75.7)	26 (70.3)	
BKİ	30	16 (43.2)	18 (48.6)	$\chi^2=47.037$ $p=.000$
	31	21 (56.8)	19 (51.4)	
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	14 (37.8)	13 (35.1)	$\chi^2=47.037$ $p=.000$
	3'den fazla	23 (62.2)	24 (64.9)	
Toplam Doğum Sayısı	1-2	14 (37.8)	13 (35.1)	$\chi^2=.093$ $p=.955$
	3-4	23 (62.2)	24 (64.9)	
Doğum Şekli	Normal	15 (40.5)	15 (40.5)	$\chi^2=.224$ $p=.636$
	Sezaryen	9 (24.3)	10 (27.0)	
	Normal ve Sezaryen	13 (35.1)	12 (32.4)	
Doğum Yaparken Zorluk Yaşama	Evet	21 (56.8)	23 (62.2)	
	Hayır	16 (43.2)	14 (37.8)	

χ^2 =Ki-kare Analizi, $p<0.05$

Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 35.1'i, kontrol grubundakilerin % 37.8 'i 36-45 yaş grubundadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların 56.8'inin BKİ'si 31'dir. Kontrol grubundaki konstipasyonlu kadınların % 51.4'nün BKİ'si 31'dir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 51.4'ü 11 yıl ve üzeri, kontrol grubundaki konstipasyonlu kadınların % 51.4'ü 1-10 yıl arasındadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadınların eğitim durumu incelendiğinde Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 45.9'u, kontrol grubundakilerin % 48.6'sı ilköğretim mezunudur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların %83.8'i, kontrol grubundaki kadınların % 78.4'ü çalışmamaktadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık

bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 45.9'u işçi, kontrol grubundaki kadınların % 40.5'i emekli ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo4.2).

Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 51.4'ü gelir giderden az, kontrol grubundaki kadınların % 51.4'ü gelir gidere denktir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 75.7'si ; kontrol grubundaki kadınların % 70.3'ü sigara içmemektedir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 62.2'si, kontrol grubundaki kadınların % 64.9'u toplam gebelik sayısı 3'ten fazladır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 62.2'si, kontrol grubundaki kadınların % 64.9'u toplam doğum sayısı 3-4'dür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 40.5'i, kontrol grubundaki kadınların % 40.5'i normal doğum doğum şekli sezaryen'dir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Doğum yaparken zorluk yaşama durumlarına göre deney grubundaki konstipasyonlu kadınların % 56.8'i, kontrol grubundaki konstipasyonlu kadınların % 62.2'si doğum yaparken zorluk yaşadıkları görülmüştür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine bakıldığında, kadınların gruplara homojen dağıldığı ve gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo4.2).

Tablo 4.3. Cinsel İşlev Bozukluğu olan Deney ve Kontrol Grubundaki Obez Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Cinsel İşlev Grubu Sosyo-Demografik Özellikler		Deney Grubu (n=)%	Kontrol Grubu (n=)%	İstatistiksel analiz
Yaş	25-35	9 (24.3)	8 (21.6)	$\chi^2=.269$
	36-45	18 (48.6)	17 (45.9)	$p=.874$
	46 yaş ve üzeri	10 (27.0)	12 (32.4)	
Evlilik Yılı	1-10 yıl	16 (43.2)	15 (40.5)	$\chi^2=.056$
	11 ve üzeri	21 (56.8)	22 (59.5)	$p=.814$
Eğitim Durumu	İlköğretim	16 (43.2)	16 (43.2)	
	Lise	16 (43.2)	14 (37.8)	$\chi^2=.467$
	Üniversite	5 (13.5)	7 (18.9)	$p=.792$
Çalışma Durumu	Çalışan	8 (21.6)	13 (35.1)	$\chi^2=1.662$
	Çalışmayan	29 (78.4)	24 (64.9)	$p=.197$
Eşinin Mesleği	Memur	10 (27.0)	9 (24.3)	
	İşçi	19 (51.4)	18 (48.6)	$\chi^2=.302$
	Emekli	8 (21.6)	10 (27.0)	$p=.860$
Aylık Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	12 (32.4)	11 (29.7)	$\chi^2=.063$
	Gelir Gidere Denk	25 (67.6)	26 (70.3)	$p=.802$
Sigara Kullanma Durumu	Evet	15 (40.5)	11 (29.7)	$\chi^2=.949$
	Hayır	22 (59.5)	26 (70.3)	$p=.330$
BKİ	30	23 (62.2)	21 (56.8)	$\chi^2=.224$
	31	14 (37.8)	16 (43.2)	$p=.636$
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	10 (27.0)	12 (32.4)	$\chi^2=.259$
	3'den fazla	27 (73.0)	25 (67.6)	$p=.611$
Toplam Doğum Sayısı	1-2	11 (29.7)	12 (32.4)	$\chi^2=.063$
	3-4	26 (70.3)	25 (67.6)	$p=.802$
Doğum Şekli	Normal	13 (35.1)	11 (29.7)	$\chi^2=.333$
	Sezaryen	13 (35.1)	13 (35.1)	$p=.846$
	Normal ve Sezaryen	11 (29.7)	13 (35.1)	
Doğum Yaparken	Evet	27 (73.0)	28 (75.7)	$\chi^2=.071$
Zorluk Yaşama	Hayır	10 (27.0)	9 (24.3)	$p=.790$

χ^2 =Ki-kare Analizi, $p<0.05$

Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 48.6 'sı, kontrol grubundakilerin % 45.9 'u 36-45 yaş grubundadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 56.8'i, kontrol grubundaki kadınların % 59.5'inin 11 yıl ve üzeri evli olduğu saptanmıştır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadınların eğitim durumu incelendiğinde Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 43.2'si, kontrol grubundakilerin % 43.2'si ilköğretim mezunudur ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 78.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %64.9'ü çalışmamaktadır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo4.3).

Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 51.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %48.6'sı eşi işçidir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 67.6'sı, kontrol grubundaki kadınların % 70.3'ü aylık geliri gidere eşittir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Kadın cinsel işlevine göre deney grubundaki kadınların % 59.5'i kontrol grubundaki kadınların %70.3'ü; sigara içmemektedir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 73.0'ı kontrol grubundaki kadınların % 67.6'sı toplam gebelik sayısı 3'ten fazladır ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 70.3'ü, kontrol grubundaki kadınların % 67.6'sı toplam doğum sayısı 3-4'dür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 35.1'i, kontrol grubundaki kadınların % 35.1'i doğum şekli sezaryen'dir ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Doğum yaparken zorluk yaşama durumlarına göre Deney grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 73'ü, kontrol grubundaki kadın cinsel işlevli kadınların % 75.7'si doğum yaparken zorluk yaşadıkları görülmüştür ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine bakıldığında, kadınların gruplara homojen dağıldığı ve gruplar arası anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo4.3).

4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların İCIQSF Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Gruplara ve Öntest Sonteste göre İCIQSF Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar		Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel analiz
İdrar Kaçırma Sıklığı	Ön-Test	2.5 $\pm$ 1.3	2.5 $\pm$ 1.2	t = .000 p= 1.000
	Son Test	1.8 $\pm$ 0.8	2.5 $\pm$ 1.2	t= 3.413 p= .001
	İstatistiksel Analiz	t = 3.957 p= .000	t = .424 p= .673	
İdrar Kaçırma Miktarı	Ön-Test	2.9 $\pm$ 1.3	2.4 $\pm$ 0.7	t= 1.784 p= .81
	Son Test	1.8 $\pm$ 1.0	2.4 $\pm$ 0.6	t = 3.422 p= .001
	İstatistiksel Analiz	t = 4.066 p= .000	t = .390 p= .698	
İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi	Ön-Test	5.6 $\pm$ 2.8	5.7 $\pm$ 2.8	t = .613 p= .851
	Son Test	2.0 $\pm$ 0.9	5.1 $\pm$ 2.5	t= 9.023 p= .000
	İstatistiksel Analiz	t = 8.058 p= .000	t = .996 p= .000	
Toplam	Ön-Test	11.1 $\pm$ 4.4	10.8 $\pm$ 4.0	t = .385 p= .701
	Son Test	5.8 $\pm$ 1.7	10.1 $\pm$ 3.4	t = 8.724 p= .000
	İstatistiksel Analiz	t = 8.300 p= .000	t = 2.787 p= .007	

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t= Paired sample t-testi analizi, *p<0.05

Tablo 4.4’de gruplara ve ön test son teste göre İCIQSF alt boyut ve toplam puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası analiz sonuçları verilmiştir. Deney grubundaki kadınların idrar kaçırma sıklığı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre azalmıştır ve bu azalışın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (p<0.05). İdrar kaçırma miktarı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalışın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (p<0.05). İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi miktarı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalışın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Grup içi öntest son test karşılaştırmada iki grupta da uygulama öncesi ve sonrası İCIQSF puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası yapılan

karşılaştırmada uygulama sonrası ICIQSF puan ortalamaları arasında önemli düzeyde istatistiksel bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların KCÖ Toplam Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Gruplara ve Ön Test Son Test Zamanlarına göre KCÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar		Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel analiz
Dışkı Tıkanıklığı	Ön-Test	17.5 $\pm$ 5.0	17.4 $\pm$ 5.1	t = .091 p = .928
	Son Test	14.6 $\pm$ 3.0	17.0 $\pm$ 4.3	t = 2.743 p = .008
	İstatistiksel analiz	t = 5.886 p = .000	t = 1.405 p = .169	
Kalın Bağırsak Tembelliği	Ön-Test	15.5 $\pm$ 4.9	15.4 $\pm$ 4.9	t = .094 p = .926
	Son Test	11.5 $\pm$ 2.6	15.4 $\pm$ 3.3	t = 5.562 p = .000
	İstatistiksel analiz	t = 5.293 p = .000	t = .046 p = .964	
Ağrı Alt Boyutu	Ön-Test	5.1 $\pm$ 3.6	5.0 $\pm$ 3.7	t = .191 p = .849
	Son Test	3.4 $\pm$ 2.2	5.9 $\pm$ 2.4	t = 4.552 p = .000
	İstatistiksel analiz	t = 3.764 p = .001	t = 2.028 p = .050	
Toplam	Ön-Test	38.2 $\pm$ 12.0	37.8 $\pm$ 12.1	t = .135 p = .893
	Son Test	29.6.1 $\pm$ 6.2	38.3 $\pm$ 7.9	t = 5.238 p = .000
	İstatistiksel analiz	t = 6.199 p = .000	t = .463 p = .646	

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t= Paired sample t-testi analizi, * $p<0.05$

Tablo 4.5’de gruplara ve ön test son teste göre KCÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının analiz sonuçları verilmiştir. Deney grubundaki kadınların dışkı tıkanıklığı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kalın bağırsak tembelliği alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ağrı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise KCÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının ön test son teste göre anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$).

4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların KCIÖ Toplam Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Gruplara ve Ön Test Son Test Zamanlarına göre KCIÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar		Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel analiz
İstek	Ön-Test	5.8 $\pm$ 1.7	6.0 $\pm$ 1.7	t = .271 p=.787
	Son Test	4.7 $\pm$ 1.1	5.7 $\pm$ 1.3	t = 3.626 p=.001
	İstatistiksel analiz	t = 5.439 p= .000	t = 1.103 p= .277	
Uyarılma	Ön-Test	11.5 $\pm$ 3.5	13.4 $\pm$ 3.5	t = 2.244 p=.028
	Son Test	5.9 $\pm$ 1.2	10.6 $\pm$ 2.3	t = 10.655 p=.000
	İstatistiksel analiz	t = 9.136 p= .000	t = 5.675 p= .000	
Kayganlık	Ön-Test	12.8 $\pm$ 1.4	12.8 $\pm$ 1.2	t = .086 p=.932
	Son Test	11.9 $\pm$ 1.0	12.9 $\pm$ 1.3	t = 3.553 p=.001
	İstatistiksel analiz	t = 4.105 p= .000	t = .627 p= .534	
Orgazm	Ön-Test	10.1 $\pm$ 1.7	9.8 $\pm$ 1.6	t = .750 p=.456
	Son Test	9.2 $\pm$ 1.7	10.0 $\pm$ 1.8	t = 1.826 p=.072
	İstatistiksel analiz	t = 4.364 p= .000	t = 1.363 p= .181	
Doyum	Ön-Test	8.1 $\pm$ 3.0	8.2 $\pm$ 2.8	t = .195 p=.846
	Son Test	7.9 $\pm$ 2.8	8.3 $\pm$ 2.8	t = .568 p=.572
	İstatistiksel analiz	t = 1.244 p= .222	t = .206 p= .838	
Ağrı	Ön-Test	7.8 $\pm$ 1.8	6.5 $\pm$ 1.9	t = 2.885 p=.005
	Son Test	7.5 $\pm$ 2.20	6.6 $\pm$ 1.9	t = 2.005 p=.050
	İstatistiksel analiz	t = 2.233 p=.032	t = .466 p= .644	
Toplam	Ön-Test	56.4 $\pm$ 8.8	57.0 $\pm$ 7.8	t = .278 p=.782
	Son Test	47.2 $\pm$ 5.1	54.2 $\pm$ 5.7	t = 5.527 p=.000
	İstatistiksel analiz	t = 10.312 p= .000	t = 3.908 p= .000	

$\bar{x}$: Ortalama, SS: Standart sapma, t= Paired sample t-testi analizi, *p<0.05

Tablo 4.6’de gruplara ve ön test son teste göre KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının analiz sonuçları verilmiştir. Deney grubundaki obez kadınların istek alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki obez kadınların uyarılma alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Obez kadınların kayganlık alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki obez kadınların orgazm alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki obez kadınların doyum alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Deney grubundaki obez kadınların ağrı alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre istatistiksel olarak daha azalmıştır ve bu azalışın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise KCIÖ alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının ön test son teste göre anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Literatürde pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yönelik çalışmalar üriner inkontinans, anal inkontinans, kadın cinsel fonksiyonuna yönelik non farmakolojik tedavi edici olarak yapılmıştır. pelvik taban güçlendirme programının bilinme ve uygulanma durumlarının sorgulandığı çalışmalar çoğunlukla doğum sonu dönemdeki kadınlar, postmenapozal dönemdeki kadınlar ve pelvik organ prolapsusu operasyonu geçiren kadınlar ile yapılmıştır (4,6,9). Ancak obez kadınlara yönelik pelvik taban güçlendirmeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Üriner inkontinans tedavisinde uygulanan davranışsal tedavi yöntemi pelvik taban kasları egzersizleridir. Kegel egzersizleri pelvik tabanın destekleyerek, kas gücünü arttırarak ya da hastalarda davranış değişikliğini sağlayarak idrar kaçırma sıklığı ve miktarının azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (68). Literatürde obez olmayan kadınlarda, kanıt düzeyindeki yüksek randomize kontrollü çalışmalarda, sistematik derleme ve Cochrane çalışmalarında planlanmış pelvik taban kasları egzersizi üriner inkontinans tanılı kadınlarda semptomlarının azalmasında etkili olduğu ve yüksek oranda iyileşme sağladığı görülmüştür (69,70). Obez kadınlarda ise; üriner inkontinans sıklığı, miktarı ve günlük yaşama etkisinin araştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Benzer şekilde literatürde obez olmayan kadınlarda konstipasyonun önlenmesi ya da hafifletilmesi için düzenli egzersiz yapmanın önemini vurgulayan pek çok çalışma olmasına rağmen (71-74), hem obez kadınlarda hem de konstipasyon durumunda pelvik taban güçlendirme eğitimi verilerek konstipasyon ciddiyetini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1. Üriner İnkontinanslı Obez Kadınların Üriner İnkontinans Düzeyine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

İdrar kaçırma sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Jahromi ve ark. (2015) yaşlı kadınlara 2 ay boyunca kegel egzersizi uygulayarak yaptıkları çalışmada deney grubundaki kadınların % 60'ının günde birkaç kez idrar kaçırdığı, 2 ay sonrası yapılan değerlendirmede % 53.3'ünün haftada bir kez ya da daha az idrar kaçırdığı tespit edilmiştir (75). Due ve ark. (2019) kegel egzersizi ve uyluk oklüzyon eğitiminin stres üriner inkontinansı olan kadınlardaki etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 12 hafta süresince kegel egzersizi programı uygulayan hastalarda uygulama sonrasında idrar kaçırma sıklığında anlamlı düzeyde bir azalma belirlenmiştir (76). Castro ve ark., (2008) stres inkontinansı olan kadınlarda kegel egzersizi, elektriksel stimülasyon ve vajinal konun etkinliğini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada 6 aylık uygulama süreci sonrasında yapılan değerlendirmede kegel egzersizi uygulamasında yer alan hastalarda idrar kaçırma sıklığının yaklaşık olarak %75 oranında azaldığı, kontrol grubunda yer alan hastalarda ise idrar kaçırma sıklığının %15 oranında azaldığı bulunmuştur (77). Madill ve ark. (2015), obez olmayan kadınlarda 12 haftalık kegel egzersizlerini de kapsayan Pelvik taban kas rehabilitasyonu sonrası idrar kaçırma sıklığının azaldığını belirtmişlerdir (78). Fitz ve ark. (2017) aşırı aktif mesaneli hastalara 12 hafta boyunca haftada 2 gün fizyoterapist gözetiminde 40 dk süreyle ve buna ek ev programı olarak sadece pelvik taban kas egzersizi yaptırılmıştır. Tedavi sonunda inkontinans sıklığı, şiddeti, gece işeme frekansında ve aşırı aktif mesane semptomlarının ciddiyetinde düşme, yaşam kalitesinin günlük yaşama etkisinde anlamlı iyileşme görülmüştür (79). Bu çalışmada literatüre uygun şekilde deney grubundaki obez kadınlara pelvik taban güçlendirme programındaki kegel egzersizleri 12 hafta boyunca, günde 3 set halinde, her sette 15 kez ve yavaştan hızlıya doğru kademeli olarak artırılarak yaptırıldı, gün içerisinde de hatırlatmalarla pelvik taban kaslarını doğru şekilde kasmaları öğretildi. Deney grubundaki obez kadınların % 64'ünün haftada birkaç kez idrar kaçırdığı, 12 hafta sonrasında % 40'ının haftada birkaç kez idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Bu durum uygulanan güçlendirme programının idrar kaçırma sıklığının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç çalışmanın H₁ hipotezini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte, idrar kaçırma sıklığı daha azdır) doğrulamaktadır.

Jahromi ve ark. (2015) çalışmalarında idrar kaçırma miktarı değerlendirmesinde deney grubunda yer alan hastaların başlangıçta % 50'sinin çok az miktarda idrar kaçırdığı; 2 ay sonrasında bu oranın % 80'e çıktığı görülmüştür. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise başlangıçta %50'sinin fazla miktarda idrar kaçırdığı ancak 2 ay sonrasında bu oranın % 33.3'e azaldığı bulunmuştur (75). Oh ve ark. (2005) çalışmalarında 4 hafta süresince uygulanan kegel egzersizi, üriner inkontinans eğitimi ve mesane egzersizinden oluşan davranışsal tedavi programının üriner inkontinansı olan orta yaş grubu kadınların inkontinans düzeyine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışma kapsamında uygulama sonrasındaki 5. ve 9. haftada idrar kaçırma miktarında anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir (80). Bu çalışmaların sonucuna benzer olarak birçok çalışmada idrar kaçırma miktarını belirlemek için kadınlara Pelvik taban egzersizi eğitimi, elektrik stimilasyonu, vajinal kon uygulamışlar, eğitim sonunda her gruptaki tekrarlı ped testi değerlendirmesinde deney grubunda yer alan hastaların idrar kaçırma miktarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (73-76, 79). Değerlendirmeler doğrultusunda bu araştırmada obez kadınlarda kontrol grubunda idrar kaçırma miktarının öntest ve sontest sonuçlarında değişiklik görülmemiştir. Ancak deney grubundaki obez kadınlarda idrar kaçırma miktarının son testte ön teste göre anlamlı şekilde düştüğü saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç, kegel egzersizinin miktarına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Obez kadınlarda uyguladığımız Pelvik taban güçlendirme egzersizi programında obez kadınlar eğitim sonunda idrar kaçırma miktarında belirgin azalma olduğu ifade etmişler, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken, sosyal ortamlarda kendini daha iyi hissettiklerini, hatta dışarı çıkarken ped kullanmak zorunda kalmadıkları için memnun olduklarını belirtmişlerdir. Çalışma kapsamında hastaların kegel egzersizinin düzenli olarak uygulanması, akıllı telefon aracılığı ile sürekli hatırlatmalar yapılması, kaslarda güçlenme ve dayanıklılık sağlayarak idrar kaçırma miktarının azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç çalışmanın H₂ hipotezini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte, idrar kaçırma miktarı daha azdır) doğrulamaktadır.

Literatürde üriner inkontinansın günlük yaşama etkisinin incelendiği Madill ve ark. (2015) çalışmalarında obez olmayan kadınlarda 12 haftalık kegel egzersizlerini de kapsayan Pelvik taban kas rehabilitasyonu sonrası Pelvik taban kas kuvvetinin arttığını ve idrar kaçışının azaldığını dolayısıyla günlük yaşamın kalitesinin arttığını

belirtmişlerdir (78). Kashanian ve ark. (2011) Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada kadınlara tampon ile pelvik taban kas egzersizi uygulamış, her iki grupta 12 haftalık tedavinin sonunda üriner inkontinansın günlük yaşama etkisi puanlarında her iki grupta anlamlı bir iyileşme bulduklarını bildirmişlerdir (81). Stres ve karışık tip üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada inkontinans semptomlarını, alt üriner sistem semptomlarını ve rahatsızlık derecesini araştırarak, ev temelli kegel egzersizleri uygulanmış ve sonuçta alt üriner sistem semptomlarının puanında ve üriner inkontinansın günlük yaşama etkisinde anlamlı düzeyde azalma görülmüştür (82). Fitz ve ark. (2017) aşırı aktif mesaneli hastalara 12 hafta boyunca haftada 2 gün fizyoterapist gözetiminde 40 dk süreyle ve buna ek ev programı olarak sadece pelvik taban kas egzersizi yaptırılmıştır. Tedavi sonunda inkontinans sayısı, şiddeti, gece işeme frekansında ve aşırı aktif mesane semptomlarının ciddiyetinde düşme, yaşam kalitesinin günlük yaşama etkisinde anlamlı iyileşme görülmüştür (79). Bir çalışmada üriner inkontinanslı hastalar 3 gruba ayrılmış 1. gruba mesane eğitimi, 2. gruba pelvik taban kas egzersizi, 3. gruba fizyoterapist gözetiminde kombine pelvik taban rehabilitasyonu ve 4. gruba ise medikal tedavi vermiştir. Çalışma sırasında 3. ayda ve 12. ayda yapılan değerlendirmelerde bütün gruplarda, yaşam kalitesi ve günlük yaşama etkisi açısından önemli iyileşmeler olduğu belirlenmiştir (83). Bu bulgular üriner inkontinans tedavisinde bu çalışmadaki sonuçları destekler niteliktedir. Ayrıca üriner inkontinansın tedavisi için sağlık kuruluşuna gitmek gibi müdahaleler yerine bu çalışmadaki gibi kadınlara ev ortamında uygulanabilir egzersizler öğretilerek üriner inkontinansın günlük yaşama etkisinde belirgin azalma göstermiştir. Uygulanan programda sosyal medya üzerinden sosyal medya grubundan Pelvik bölge ve alt üriner sistem anatomisi, fizyolojisi, inkontinans mekanizmalarına yönelik bilgilendirme ve hatırlatma paylaşımları yapıldı. Evde çevrimiçi görüşmelerle de kadınların kendi kendine Pelvik taban güçlendirme egzersizi uygulayarak üriner inkontinans şikayetlerinin azalttığı görüldü. Bu sonuç çalışmanın H₃ hipotezini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte, idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi daha azdır) doğrulamaktadır.

5.2. Konstipasyonlu Obez Kadınların Konstipasyon Ciddiyetine İlişkin Bulguların Tartışılması

Konstipasyon şişkinlik, tam boşalamama hissi ve makatta ağrı gibi semptomlara sebep olarak kişilerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle konstipasyonun ciddiyetinin belirlenmesi konstipasyona bağlı ortaya çıkabilecek semptomların önlenmesinde önemli bir faktördür. Konstipasyonun önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve abdominal masaj önemli bir yere sahip olduğu için literatür çalışmaları da fiziksel aktivite ve masaj üzerinde gerçekleştirilmiştir. Konstipasyonu olan yapılan çalışmada 12 hafta boyunca düzenli fiziksel egzersiz ve düşük kalorili diyet ile konstipasyon semptomlarının ve yaşam kalitesi skorlarının iyileştiği görülmüştür (84). Konstipasyon tedavisinde fiziksel aktivitenin uygulandığı randomize bir çalışmada, 12 hafta süren fiziksel aktivite programı sonucu deney grubunda kolonik geçiş zamanının kısaldığı ve konstipasyon semptomlarını ölçen Roma kriterleri sonucunda konstipasyon iyileştiren anlamlı bir değişim gözlenmiştir (85). Egzersizin konstipasyon üzerindeki etkisini incelemek için yapılan başka bir çalışmada, egzersizin konstipasyonu olan bireyler için uygun ve etkili bir tedavi seçeneği olabileceği söylenmiştir (86). Orta yaşlı kadınlarda yapılan çalışmada günde 60 dakika süreyle, orta yoğunlukta fiziksel aktivitenin uygulanması, kadınlarda psikolojik ve sosyal alanlarda olmak üzere yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu konstipasyona bağlı şikayetlerini azalttığı bulunmuştur (87). Fiziksel aktivite bazı sağlık sorunu olan (ortopedik rahatsızlıklar, diz kalça eklem sorunu yaşayanlar, morbid obezler vb.) kişiler için uygun olmayabilir. Çalışmamızda uyguladığımız program ise tüm hasta gruplarında günlük hayatta kolay uygulanarak konstipasyon tedavisinde yararlı olabilir.

Lamas ve ark.'nın (2009) konstipasyonlu bireylerde abdominal masajın etkisini araştırıldığı bir çalışmada; 8 hafta boyunca abdominal masaj programı uygulanmıştır. Çalışma sonucunda abdominal masajın defekasyon sonrası tam boşalamama hissi, gaz/siskinlik, ağrı ve konstipasyon ciddiyetinde azalma gibi bulgularda azalma sağladığı saptanmıştır (88). Choi (2020) ise otomatik karın masajı cihazı ile kronik kabızlığı olan 37 hastada yaptığı çalışmada, konstipasyon semptomlarının hafiflediği görülmüştür (89). Ancak abdominal masajın dezavantajlarından birisi sağlık personeli tarafından yapılması ya da tekrarlı eğitimlerle doğru tekniğin gözlemlenmesi gereklidir. Ayrıca sağlık kurumunda veya kişilerin kendi kendine öğrenmesi zaman alıcıdır, tekniğine uygun yapılmadığında ağrılara neden olabilir. Çalışmamızda kullandığımız Pelvik

tabanın güçlendirilmesi egzersizleri basit, kolaylıkla öğrenilip uygulanabilen bir tekniktir. Ayrıca özel bir mekana ya da zaman ayırmaya ihtiyaç yoktur. Bu egzersizler gün içinde televizyon izlerken, bulaşık yıkarken, dinlenme saatlerinde bile yapılabilir.

Bu çalışmada obez kadınlara Pelvik taban güçlendirmeye yönelik ev ortamında kendi kendilerine kegel egzersizlerini uygulamayı öğrenmişlerdir. Covid19 pandemisi döneminde pek çok kişi sosyal medyayı daha sık kullanmaktadır. Bu durumu göz önünde bulundurarak çalışmamızdaki kadınlara instagram bilgilendirme paylaşımları, watsap grubu iletişimi ve sesli mesaj uyarıları programda deney grubundaki kadınlara uygulanmıştır. Bu sayede çalışmamıza dahil kadınlar güçlendirme programına ait instagram sayfamızı önceleri boş vakitlerinde sonradan merak ettikleri için incelediklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmamızın sosyal medyanın dikkat çekici ve merak yolu ile daha geniş kitlelere ulaşarak obez kadınların Pelvik taban sağlığı ve bozuklukları hakkında bilgilendirilmelerini sağlamıştır. Whatsapp grubunda ise bildirimlerin anında ekranda görülmesi sesli mesaj paylaşımları kadınların konuya ilgisini arttırarak, anlık iletilerle geri bildirimde bulunmalarını sağlayarak iletişimi kolaylaştırdığı söylenebilir.

Bu araştırma kapsamındaki obez kadınlar, bu program sürecinde bağırsak düzenlerinin iyileştiğini, az az dışkılama/dışkı tıkanıklığı ve dışkılama sırasında ağrı problemlerinin çözüldüğünü belirtmişlerdir. Araştırmada deney grubundaki obez kadınların konstipasyonda dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı pelvik taban güçlendirme programının etkisi ile kontrol grubuna göre son testte anlamlı bir şekilde iyileştirilmiştir. Bu sonuç çalışmanın H₄₋₆ hipotezlerini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte; Konstipasyonda dışkı tıkanıklığı daha azdır, Konstipasyonda kalın bağırsak tembelliği daha azdır, Konstipasyonda ağrı daha azdır) hipotezlerini doğrulamaktadır.

5.3. Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu Olan Obez Kadınların Cinsel İşlevine İlişkin Bulguların Tartışılması

Obezitenin hormonal, metabolik ve psikolojik nedenlerle kadın cinsel işlevi üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda obez kadınların Pelvik taban güçsüzlüğüne bağlı cinsel açıdan daha zor uyarıldıkları, cinsel ilişki sırasında daha zor ıslanma yaşadıkları, zor orgazm oldukları ve orgazm memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür (90,91). Bununla birlikte aşırı kilo ile kadının cinselliğindeki değişimler ve cinsel sorunlarının olması eşi ile ilişkisini de etkileyerek evlilikte sorunlar oluşturmakta, evlilikten alınan doyum azaltmakta ve evlilik uyumlarını da etkilemektedir. Bu durum da aile sağlığını ve sosyal sağlığı olumsuz etkilemektedir (91,92). Bu çalışmaya katılan obez kadınlardan bazıları ayna karşısında kendilerini beğenmediklerini çekici bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumda partnerlerinin de kadınları beğenmediği algısını oluşturabilmektedir. Bazı kadınlar partnerlerinin kadınların kilosuna ilişkin olumsuz ve alay edici davranışlarda bulunduğunu belirtmişlerdir. Sonuçta obez kadınlar beden algılarının bozulduğunu ve cinsel ilişkiden kaçındıklarını ve cinsel ilişkide memnuniyetsizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle obez kadınlara cinsel sağlık eğitimi verilmesi ve cinsel danışmanlık yapılması önemlidir. Planlı ve sürekli verilen cinsel danışmanlık ile obez kadınların cinsel sağlıkları yükseltilebilir, cinsel yaşam kaliteleri arttırılabilir ve evlilik uyumları sürdürülebilir (90).

Cinsel işlev bozukluklarının sebeplerinden birinin kuvvetsiz pelvik taban kasları olduğunu söyleyen Kegel (1948) ilişki sırasında pubococcygeous ve iliococcygeus kaslarının kontraksiyonunun cinsel işlevi arttırabileceğini belirtmektedir (92). Pelvik taban kaslarını güçlendiren egzersizler, kadınların cinsel ilişki sırasında optimum orgazm, orgazm süresi ve yoğunluğu, orgazm sayısı ve vajinal hissi elde etme becerisini arttırabilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında pelvik taban kuvveti ile sağlıklı bir cinsel hayatın birbiriyle paralel olduğu görülmektedir (93,94,95). Benzer şekilde Stüpp ve ark. (96) pelvik taban kas eğitiminin etkinliğini araştırdıkları çalışmalarının sonucunda müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla cinsel yaşam kalitesinde önemli ölçüde artış sağladığını gözlemlemişlerdir. Gökçe (2019) ise; 36 premenopozal kadının dahil edildiği, 12 haftalık pilates eğitimi verilen çalışmasının sonucunda toplam kadın cinsel işlev skorları ortalama 15 puan yükselerek önemli düzeyde iyileşme görüldüğünü bildirmiştir (97). Ghaderi ve arkadaşları (2019) Pelvik taban rehabilitasyon programında

dijital biofeedback, intravajinal manuel teknikler, denetimli Pelvik taban kas egzersizleri ve elektroterapi uygulanmıştır. Semptomatik dispareni olan 32 deney 32 kontrol grubundan oluşan çalışmada deney grubundaki kadınlara 12 haftalık tedavi boyunca pelvik taban rehabilitasyon programı uygulayarak genito-pelvik ağrı, cinsel işlev, Pelvik taban kas gücü ve dayanıklılığı iyileştirdiğini göstermiştir (98). Mohktar'ın (2013) çalışmasında ise 6 deney 6 kontrol grubundan oluşan çalışmada deney grubuna 8 hafta boyunca kegel egzersizleri uygulamıştır. Çalışmanın sonunda elektrik stümlasyonu ile pelvik taban kaslarının ve karın kaslarının ölçümlerini yapmıştır. Deney grubunda kontrol grubuna göre cinsel işlevlerde ve pelvik taban kaslarında iyileşme görülmüştür (99). Bu çalışmaların ortak noktası kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmak için Pelvik taban kas egzersizleri kullanılmış olmasıdır. Bu çalışmada benzer şekilde obez kadınlarda Pelvik taban güçlendirme programında kegel egzersizleri 12 hafta boyunca günde 3 kez 15 set halinde uygulanmıştır. Çalışmamızın sonucunda kadınların cinsel işlev kalitesinin arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar cinsel işlev problemleri olan obez kadınlara verilecek hemşirelik bakımında akıllı telefonlar ve uygulamalar aracılığı ile Pelvik taban kasları güçlendirme programının yarar sağladığını göstermektedir. Bu çalışma sonucunda da deney grubundaki hastaların cinsel işlev değerlendirme skorlarının azalmasında, kegel egzersizleri ile pelvik taban kaslarını bilinçli olarak kasıp gevşetmeyi öğrenmelerinin cinsel işlevlerini arttırmada etkili olduğu düşünülmektedir. Pelvik taban güçlendirme egzersiz programı ile kadınlar Pelvik bölgelerini daha iyi tanıyıp kontrol etmektedir, bunun sonucunda karın içi basınç azalarak kasların gevşemesi sağlanmış cinsel istek, uyarılma, kayganlık, orgazm düzeyleri arttırarak kaliteli bir cinsel ilişki düşünülmektedir. Bu sonuçlar çalışmanın H_{7-11} hipotezlerini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte; Cinsel işlevde istek düzeyi, uyarılma, kayganlık, orgazm, düzeyi daha fazladır ağrı düzeyi daha azdır) doğrulamaktadır.

Deney grubundaki obez kadınların doyum alt boyut puan ortalamaları girişim öncesine göre daha azalmıştır ancak azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Cinsel ilişkide doyumu etkileyen faktörlerden birisi klitoral uyarılma. Bazı obez kadınlarda yağ dokusunun klitoral bezleri tıkaması sonucu doyuma ulaşmada sıkıntı yaşayabilmektedir. Ayrıca her kadında görülmemekle birlikte orgazm öncesinde yeterli ön sevişme olmadığında ve partner uymu sağlanmadığı

durumlarda kadının doyuma ulaşması güç olmaktadır. Kadınlar için doyum evresinde sıkıntıya neden olan sorunlar cinsel işlevlerde ve bir sonraki cinsel ilişkinin başlatılması ile ilgili olumsuzluklara neden olabilmektedir. Çalışmaya katılan kadınlar muhafazakar toplumda bulunmalarının etkisi ile cinsellikle ilgili bazı önyargıları olduğunu ifade etmişlerdir. Cinselliğin bir tabu olarak algılanması, kadının erkeği cinsel olarak tatmin etmek zorunda olduğunun düşünülmesi, kadının cinsel ilişkiyi başlatmasının ayıp olarak algılanması ayrıca cinsel ilişki sırasında partnerin anlayışlı olması ve partnerle uyumulu olmanın cinsel ilişkide doyumu etkilediğini düşünmekteyiz. Çalışmanın H₁₂ hipotezini (Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitiminin uygulandığı deney grubunun kontrol grubuna göre son testte; Cinsel işlevde doyum düzeyi daha fazladır) doğrulamamaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Obez kadınlara uygulanan pelvik taban güçlendirme programının üriner inkontinans, konstipasyon ve cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda deney grubunda kontrol grubuna göre;

- İdrar kaçırma sıklığı ve miktarı; deney grubunda son testte, ön teste göre anlamlı şekilde azalmıştır. Kontrol grubunda ise bir farklılık saptanmamıştır. Gruplar arası ön test karşılaştırmasında; anlamlı bir farklılık gözlenmezken son test karşılaştırmalarında anlamlı şekilde deney grubunda idrar kaçırma sıklığı ve miktarı azalmıştır. İdrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi; deney grubunda son testte, ön teste göre anlamlı şekilde azalmıştır. Kontrol grubunda ise bir farklılık saptanmamıştır. Gruplar arası ön test karşılaştırmasında; anlamlı bir farklılık gözlenmezken son test karşılaştırmalarında anlamlı şekilde deney grubunda idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi azalmıştır.
- Konstipasyonda dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği, ağrı; deney grubunda son testte, ön teste göre anlamlı şekilde azalmıştır. Kontrol grubunda ise bir farklılık saptanmamıştır. Gruplar arası ön test karşılaştırmasında; anlamlı bir farklılık gözlenmezken son test karşılaştırmalarında anlamlı şekilde deney grubunda dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı azalmıştır.
- Cinsel işlevde istek düzeyi, uyarılma, kayganlık, orgazm, ağrı düzeyi deney grubunda son testte, ön teste göre anlamlı şekilde azalmıştır. Kontrol grubunda ise bir farklılık saptanmamıştır. Gruplar arası ön test karşılaştırmasında; anlamlı bir farklılık gözlenmezken son test karşılaştırmalarında anlamlı şekilde deney grubunda istek düzeyi, uyarılma, kayganlık, orgazm, ağrı azalmıştır. Cinsel doyum; grup içi ve gruplararası karşılaştırmalarında anlamlı farklılık göstermemiştir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Non-farmakolojik bir yöntem olan pelvik taban güçlendirme programı uygulamalarının halk sağlığı hemşireleri tarafından obez kadınlarda üriner İnkontinans, konstipasyon ve cinsel işlev bozukluğu tedavisinde kullanımının sağlanması ve farkındalık oluşturulması için özellikle obez kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması,
- Obez kadınlarda görülebilecek sağlık sorunlarına yönelik halk sağlığı çalışmalarının, bu çalışmada etkinliği ispatlanan sosyal medya ve web tabanlı eğitimleri şeklinde yapılması;
- Halk sağlığı hemşirelerinin farmakolojik olmayan müdahalelerde sertifika programlarına katılarak bu konudaki bilgi ve becerilerini artırmaları,
- Politika yapıcılar tarafından sağlık sorunları olan obez kadınların tespit edilerek ücretsiz olarak tedavi edilebilmesi amacıyla uygulanabilir ve sürdürülebilir politikalar oluşturulması, bu konuya kalkınma planlarında yer verilmesi,
- Pelvik taban güçlendirmeye yönelik uygulamaların güvenilirliğini ve etkinliğini daha büyük ve farklı örneklemelerde, yüz yüze olarak, erkeklerde Pelvik taban güçlendirilmesine yönelik ve daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Yener, N., Diaphragma pelvis ve perineum, “Obstetrik/Doğum Hekimliği Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji Ders Kitabı” (M.S. Beksaç, N. Demir, A. Koç, A. Yüksel)’de, MN Medikal & Nobel, Ankara, s. 10-14, 2001.
2. Klutke CG, Siegel CL. Functional female pelvic anatomy. Urologic Clinics of North America. 1995;22:487-498.
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 15. Baskı, Ankara: Akademisyen kitabevi, 2020: p.35-43.
4. Güngör M, Çetinkaya E. Pelvik taban yetmezliği, pelvik organ prolapsusu ve pelvik tabanı disfonksiyonları. Editör: Yalçın Ö. Temel Ürojinekoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2009; s: 33-34.
5. Şirin A, Kavlak O. Kadın sağlığı. Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel tıp kitabevleri, 2016: p.46-55.
6. Aukee, P., Usenius, J., Kirkinen, P., An evaluation of pelvic floor anatomy and function by MRI, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 112, 84-88, 2004.
7. Lamerton, T.J. et al. (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(12).1735-1745
8. Aygün M. Obezite ve Yönetimi. İçinde: Durna Z. (Editör). Kronik Hastalıklar ve Bakım, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012: 341-378.
9. Bo. K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. Journal of the American Physical Therapy Association 2005; 85(3):269-282.
10. Kegel, AH. (1948). “Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles”. Am J Obstet Gynecol. 56. 238-48.
11. Strohbehn K, Ellis JH, Strohbehn JA, DeLancey JO. Magnetic resonance imaging of the levator ani with anatomic correlation. Obstet Gynecol 1996;87:277-285.

12. Wahle GR, Young GPH, Raz S. Anatomy and pathophysiology of pelvic support. Female urology (Ed: Raz S). Second edition. Saunders Company, Philadelphia, 1996, p 57-72.
13. Bilgiç Çelik D, Kızılkaya Beji N. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20(1):69-79.
14. Bo K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. Physical therapy, 2005, 85(3): 269-282.
15. Marques A, Stothers L, Macnab A. The Status Of Pelvic Floor Muscle Training For Women. Can Urol Assoc J 2010; 4(6):419-24.
16. Cangol, Eda, et al. "Pelvic floor muscle exercises for women and the nurse's role" Journal of Education and Research in Nursing, vol. 10, no. 3, Sept. 2013
17. Cavkaytar, S., et al. (2015). "Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence". Journal of Obstetrics and Gynaecology. 35(4). 407-410.
18. World Health Organization (WHO). Obesity. <https://www.who.int/topics/obesity/en/>. 17 Ekim 2019.
19. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Obezite. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite>. 15 Mart 2019.
20. OECD. Obesity Update. <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesityupdate.htm>. 24.07.2018.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Obesity. <https://www.cdc.gov/obesity/index.html>. 17 Ekim 2019.
22. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf. 15 Mart 2019.
23. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/. 22.07.2018.
24. Ergin AB. Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1: 41-54.
25. Frühbeck G, Toplak H, Woodward E, Yumuk V, Maislos M, Oppert J-M. Obesity: the gateway to ill health-an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. Obesity facts, 2013, 6: 117-120.

26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi, Ankara, 2004.
27. Li D, Xu Y, Nie Q, Li Y, Mao G. Predictors of urinary incontinence between abdominal obesity and non-obese male adults. *Postgraduate Medicine*, 2017, 129(7):747-755.
28. Swenson CW, Kolenic GE, Trowbridge ER, Berger MB, Lewicky-Gaupp C, Margulies RU, Morgan DM, Fenner DE, DeLancey JO. Obesity and stress urinary incontinence in women: Compromised continence mechanism or excess bladder pressure during cough?. *International Urogynecology Journal*, 2017, 28(9):1377-1385.
29. 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. 164
30. 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.
31. 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.
32. M. Kelly and J. Wills (2018) Systematic review: What works to address obesity in nurses? *Occupational Medicine* ; 68:228–238
33. Kahraman G, Baş T, Akbolat M. Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6 (2): 89-98.
34. Onur, R. Ve Bayrak, Ö. (2015). Üriner inkontinans tanı ve tedavi. Nobel Tıp Kitabevleri-Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2.
35. Coyne, KS., et al. (2012). “Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden. The United Kingdom. Andthe United States”. *European Urology*. 61. 88–95.

36. Sivaslıoğlu AA. Üriner İnkontinans. In: Ayhan A, Bozdağ G, Deren Ö, Durukan T, Esinler İ, Günalp S, et al., editors. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2014: p.:615-7.
37. Basak, T., et al. (2013). Prevalence. Risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International nursing review*. 60(4). 448-460.
38. Terzi, H. Vd. (2013). “18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler”. *Ege Journal of Medicine*. 52(1).15-19.
39. Pedersen, S.L. et al. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 96(8). 939-948.
40. Chughtai, B., et al. (2019). Prevalence of and Risk Factors for Urinary Incontinence in Home Hospice Patients. *European urology*. 75(2). 268-271.
41. Wilson PD, Bo K, Hay- Smith J, Nygaard I, Staskin D, Wyman J, et al. Committee 10, conservative treatment in women. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. United Kingdom: Health Publications Ltd; 2002. p. 571-624.
42. Newman DK. Conservative management of urinary incontinence in women. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2001; 8(4):153-62.
43. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014). “Kronik konstipasyona güncel yaklaşım”, *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2):181-197.).
44. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, Simrén M, Lembo A, Young-Fadok TM, Chang L. “Chronic constipation”, *Nat Rev Dis Primers*, 2017, 3:17095.
45. Aştı AT, Karadağ A. Hemşirelik esasları, hemşirelik bilim ve sanatı 2. İstanbul: Akademi Yayınları, 2016; 2: 946-949.
46. Rajput M, Saini SK. (2014). Prevalence of constipation among the general population: a community-based survey from India. *Gastroenterol Nurs*; 37:425-9.
47. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. (2014). “Kronik konstipasyona güncel yaklaşım”, *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2):181-197.).
48. Karatay G, Baş NG. “Kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi”, *Huhemfad-Johufon*, 2018, 5(1):29-38.
49. Kasap E, Bor S. (2006). Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji*; 10:165-8.

50. Lindberg G, Hamid S, Malfertheiner P, Thomsen OO, Fernandez LB, Garisch J, Thomson A, Goh KL, Tandon R, Fedail S, Wong BCY, Khan AG, Krabshuis JH, LeMair A. "Constipation: a global perspective", World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2011, 45(6):483-487.
51. Suares NC, Ford AC. "Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and metaanalysis", Am J Gastroenterol, 2011; 106(9):1582- 1591.
52. Karabayraktar T. ve ark. Obezite ve İrritabl Bağırsak Sendromu J Kartal TR 2014;25(2):127-132 doi: 10.5505/jkartaltr.2014.59320
53. Wald A. Constipation: advances in diagnosis and treatment. JAMA, 2016; 315(2): 185-191.
54. Hayat U, Dugum M, Garg S. Chronic constipation: update on management. Cleveland Clinic Journal Of Medicine, 2017; 84(5): 397-408.
55. Greer, W. J., Richter, H. E., Bartolucci, A. A. and Burgio, K. L. (2008). Obesity and Pelvic Floor Disorders. Obstetrics & Gynecology, 112(2), 341-349.
56. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Kozier, Erb's (2008). Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. 8 th ed. New Jersey: Prentice Hall; P.1323-53
57. Marples G. (2011). Diagnosis and Menagement of Slow Transit Constipation in Adults. Nursing Standard;26(8):41-8.
58. Masters WH, Johnson ve. Human Sexual Behaviour. Sayın Ü, çev. Editörü. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994.
59. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. Psychiatr Clin North Am. 1995;18: 7-23
60. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000; 2: 189-95.
61. Adolfsson B, Elofsson S, Rössner S, Unden AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. Obes Res 2004; 12:1702-1709.
62. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Ostbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. Obesity (Silver Spring) 2006; 14:472-479.
63. Kızılkaya Beji N. Ürojenekolojide Hemşirelik Yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005; 1(45): 52-55.

64. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF. CONSORT checklist of information to include when reporting a randomized trial of nonpharmacologic: A 207 Update and CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Annals of Internal Medicine*. 2017;4:167(1):40-7.
65. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30:332-338.
66. Kaya N., Turan N. (2011), Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğinin Güvenilirlik Ve Geçerliliği, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* Cilt 31- Sayı 6, Syf 1491-501
67. Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005; 25:393-399.
68. Kaya S, Akbayrak T, Gursen C, Beksac S. Short-term effect of adding pelvic floor muscle training to bladder training for female urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2015;26(2):285-93.
69. Ayeleke RO, Hay-Smith EJ, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015(11):CD010551.
70. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habee-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014(5):CD005654.
71. Kyle, G. (2011). Constipation: review of management and treatment. *Journal of Community Nursing*, 25(6)
72. Imran Aziz, William E Whitehead, Olafur S Palsson, Hans Törnblom & Magnus Simrén (2020) An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation, *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14:1, 39-46
73. De Schryver, A.M., Keulemans, Y.C., Peters, H.P., Akkermans, L.M., Smout, A.J., De Vries, W.R. ve diğerleri. (2005) Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol*, 40 (4), 422-429.

74. Friedenber, F.K., Dadabhai, A., Palit, A., Sankineni, A. (2012) The impact of functional constipation on quality of life of middle-aged Black Americans: a prospective case-control study. *Qual Life Res*, 21 (10), 1713-1717.
75. Jahromi MK, Talebizadeh M, Mirzaei M. The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self-esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013. *Global Journal of Health Science*. 2015; 7(2): 71-79
76. Due U, Klarskov N, Gras Soren, Lose G. Pelvic floor muscle training with and without supplementary kaatsu for women with stress urinary incontinence - a randomized controlled pilot study. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38: 379–386.
77. Castro RA, Arruda RM, Zanetti MRD, Santos PD, Sartori GF, Girao MJBC. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of the stress urinary incontinence. *Clinics*. 2008; 64: 465-472.
78. Madill, S. J., Drolet, S. P. and Tang, A. (2013). Effects of PFM rehabilitation on PFM function and morphology in older women. *Neurourology and Urodynamics*, 32, 1086-1095.
79. Fitz F, Sartori M, Girão MJ, Castro R. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms—A prospective study. *Rev Assoc Med Bras*, 2017, 63(12): 1032-1038.
80. Oh HS, Kim MK, Seo WS. Effectiveness of a behavioral intervention program for urinary incontinence in a community setting. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2005; 35(8): 1476-1484.
81. Kashanian, M., Ali S. S., Nazemi, M. and Bahasadri, S. (2011). Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women: A randomized trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159(1), 218-233.
82. Cavkaytar, S., Kokanali, M. K., Topcu, H. O., Aksakal, O. S. and Doğanay M. (2015). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with

- stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(4), 407-410.
83. Kafri R, Deutscher D, Shames J, Golomb J, Melzer I. Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1-year follow-up. *Int Urogynecol J*, 2013, 24(7): 1181–1189.
 84. Sayed A Tantawy, Dalia M Kamel, Walid Kamal Abdelbasset, and Hany M Elgohary Effects of a proposed physical activity and diet control to manage constipation in middle-aged obese women, *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2017; 10: 513–519
 85. De Schryver, A.M., Keulemans, Y.C., Peters, H.P., Akkermans, L.M., Smout, A.J., De Vries, W.R. et al. (2005) Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scand J Gastroenterol*, 40 (4), 422-429.
 86. Gao, R., Tao, Y., Zhou, C., Li, J., Wang, X., Chen, L., ... & Guo, L., 2019. Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 54 (2), pp.169-177.
 87. De Azevedo Guimarães, A. C., & Baptista, F., 2011. Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International journal of women's health*. 3, pp. 319-328.
 88. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation-a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 2009; 46(6): 759-67.
 89. Choi, Y.I., Kim, K.O., Chung, JW. et al. Effects of Automatic Abdominal Massage Device in Treatment of Chronic Constipation Patients: A Prospective Study. *Digestive Diseases and Sciences*. 2020;66(9):3105-3112.
 90. Hernandez Hernandez JR, Lopez-Tomassetti Fernandez E, Caballero Diaz Y, Molina Cabrillana J, Morales Garcia D, Nunez Jorge V. Remission of female sexual dysfunction in morbidly obese female patients with the Scopinaro procedure. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9:987–90.

91. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Ikonou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2006;16(8):1087–91
92. Kegel AH. Non-surgical treatment of the genital tract. *West Med Surg* 1948; 31: 213-6.
93. Golmakani, N., Zare, Z., Khadem, N., Shareh, H., Shakeri, M. T. (2015). The effect of pelvic floor muscle exercises program on sexual self-efficacy in primiparous women after delivery. *Iran J Nurs Midwifery Res* 20(3):347–353.
94. Kanter, G., Rogers, R. G., Pauls, R.N., Kammerer-Doak, D., Thakar, R. (2015). A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. *International urogynecology journal*. 26 (7): 991- 996.
95. Piassarolli VP , Hardy E , Andrade NF , Ferreira NO , Osis MJD . Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions . *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010 ; 32 (5): 234-240 .
96. Stüpp, L., Resende., A. P., Oliveira., E. (2011). Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecol J* 22:1233–9.
97. Gokce, A. (2019). 217 Pilates Exercise for Treatment of Female Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 16(4):106.
98. Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrabimi, S. et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J* **30**, 1849–1855 (2019).
99. Mohktar MS, Ibrahim F, Mohd Rozi NF, et al. A quantitative approach to measure women’s sexual function using electromyography: a preliminary study of the Kegel exercise. *Med Sci Monit* 2013;19:1159-1166.

8. EKLER

EK 1 :

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Aşağıdaki ‘Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi’ ile ilgili soruları cevaplamanızı rica ediyorum. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

ESRA VERİM

Anket No:.....

1. Kaç yaşındasınız?

- 1) 25-35 yaş 2) 36-45 yaş 3) 46 yaş ve üstü

2. Kaç yıldır evlisiniz?

- 1) 1-10 Yıl 2) 11 Yıl ve üzeri

3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar 2) İlkokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

4. Çalışma durumunuz nedir?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

5. Eşinizin mesleği nedir?

- 1)Memur 2)İşçi 3) Emekli

6. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2)Hayır

7. Boyunuz :.....

8. Kilonuz :.....

9. Toplam kaç gebelik geçirdiniz?

- 1) 1-2 arası 2) 3-4 4) 4’den Fazla

10. Toplam kaç doğum gerçekleştirdiniz?

- 1) 1-2 arası 2) 3-4 4) 4’den Fazla

11. Doğum Şekliniz nedir?

- 1) Normal 2) Sezaryen 3) Normal ve Sezaryen

12. Doğum yaparken zorluk yaşadınız mı?

- 1) Evet 2)Hayır

EK : 2

ULUSLARARASI İDRAR KAÇIRMA İLE İLGİLİ KONSÜLTASYON KISA FORMU (ICIQSF)

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

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

2) Cinsiyet Kadın Erkek

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

1.Hiçbir zaman 0

2.Haftada bir veya daha seyrek gibi 1

3.Haftada iki veya üç kez 2

4.Günde bir kez gibi 3

5.Günde birkaç kez 4

6.Her zaman 5

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz? Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) (Bir kutuyu işaretleyin)

1.Hiç 0

2.Az miktarda 2

3.Orta derecede 4

4.Çok miktarda 6

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiçbir şekilde

çok fazla

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

6) Hangi durumlarda idrar kaırıyor sunuz? (Ltfen size uyanların tmn işaretleyiniz)

1. Hibir zaman – idrar kaırmıyorum....
2. Tuvalet e yetişemed en idrar kaırıyorum....
3. ksrrken veya hapşırırken kaırıyorum....
4. Uyumken kaırıyorum....
5. Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaırıyorum....
6. İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaırıyorum....
7. Belirgin bir neden olmadan kaırıyorum....
8. Her zaman kaırıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız iin ok teşekkr ederiz.



EK 3 : KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

(0) Asla bu sorunu yaşamam (2.soruya geçiniz)	(1) Nadiren bu sorunu yaşarım	(2) Bazen bu sorunu yaşarım	(3) Genellikle bu sorunu yaşarım	(4) Her zaman bu sorunu yaşarım
---	-------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------

B) Bu belirti (bağırsakları tam boşaltamama) sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Hiç ciddi değil (Çoğu kez bu tür bir dışkılama sorunum yoktur)	(1) Hafif	(2) Biraz ciddi (Büyük abdeste çıktıktan sonra hala bağırsaklarımda dışkı kalır)	(3) Ciddi	(4) Son derece ciddi (Dışkı nedeni ile makatımda sürekli basınç hissederim / tekrar tekrar tuvalet giderim)
--	-----------	---	-----------	---

C) Bu durum, sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Hiç rahatsız etmez	(1) Biraz rahatsız eder	(2) Oldukça rahatsız eder	(3) Çok rahatsız eder	(4) Son derece rahatsız eder
---------------------------	----------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------------

2. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla hissetmem (3. soruya geçiniz)	(1) Nadiren hissederim	(2) Bazen hissederim	(3) Genellikle hissederim	(4) Her zaman hissederim
---	---------------------------	-------------------------	------------------------------	--------------------------------

B) Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Hiç ciddi değil (Biraz ıkınıyorum)	(1) Hafif	(2) Oldukça ciddi (Ciddi şekilde ıkınıyorum)	(3) Ciddi	(4) Son derece ciddi (Karnıma bastırıyorum, inliyorum ve ciddi şekilde ıkınıyorum)
---	-----------	---	-----------	---

C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Hiç rahatsız etmez	(1) Biraz rahatsız eder	(2) Oldukça rahatsız eder	(3) Çok rahatsız eder	(4) Son derece rahatsız eder
------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------------

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

3. Bağırsak alışkanlığında sıkıntı yaşadığınız bir dönemi düşünün: Bir ay boyunca, genellikle kaç kez büyük abdeste çıkarsınız? (Lütfen sadece bir tanesini işaretleyiniz)

0 () Bağırsak alışkanlıklarımda asla sıkıntı yaşamam.

1 () Her gün büyük abdeste çıkarım

2 () Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım

3 () Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

4 () İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım

5 () Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

A) “3 günde bir kereden daha az dışkılama” sorununu hangi sıklıkla hissedersiniz?

(0) Asla hissetmem (5. soruya geçiniz)	(1) Nadiren hissedirim	(2) Bazen hissedirim	(3) Genellikle hissedirim	(4) Her zaman hissedirim
--	------------------------	----------------------	---------------------------	--------------------------

B) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Hiç ciddi değil (Hemen hemen her gün büyük abdeste çıkarım)	(1) Hafif	(2) Biraz ciddi (Haftada 1-2 kez büyük abdeste çıkarım)	(3) Ciddi	(4) Son derece ciddi (4 haftaya kadar büyük abdeste çıkamadığım olur)
--	-----------	--	-----------	--

C) Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Hiç rahatsız etmez	(1) Biraz rahatsız eder	(2) Oldukça rahatsız eder	(3) Çok rahatsız eder	(4) Son derece rahatsız eder
------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------------

5. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

A) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizin için ne kadar ciddidir?

(0) Asla böyle bir sorunum olmaz.	(1) Hiç sorun değil (Boşaltım ihtiyacını gayet iyi hissedirim)	(2) Hafif	(3) Biraz ciddi bir sorun (Boşaltım ihtiyacını belli belirsiz hissedebilirim)	(4) Ciddi bir sorun
-----------------------------------	--	-----------	--	---------------------

B) Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizi ne kadar rahatsız eder?

(0) Asla rahatsız etmez	(1) Hiç rahatsız etmez	(2) Biraz rahatsız eder	(3) Oldukça rahatsız eder	(4) Çok rahatsız eder
-------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------

Ağrı Alt Ölçeği:

Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

6. Geçen ay boyunca, ortalama olarak, makatınızdaki ağrı ne kadar şiddetliydi?

(0) Ağrı hissetmedim	(1) Hafif	(2) Biraz şiddetli	(3) Şiddetli	(4) Son derece şiddetli
----------------------	-----------	--------------------	--------------	-------------------------

7. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

(0) Ağrı yok	(1) Hafif	(2) Biraz şiddetli	(3) Şiddetli	(4) Son derece şiddetli
--------------	-----------	--------------------	--------------	-------------------------

8. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

(0) Hiç rahatsız değilim	(1) Hafif	(2) Biraz rahatsızım	(3) Ciddi	(4) Çok ciddi rahatsızım
--------------------------	-----------	----------------------	-----------	--------------------------

9. Geçen ay boyunca, büyük abdeste çıkarken veya sonrasında ne sıklıkta kanamanız oldu?

(0) Asla	(1) Nadiren	(2) Ara sıra	(3) Genellikle	(4) Her zaman
----------	-------------	--------------	----------------	---------------

EK 4 : KADIN CİNSEL İŞLEVLER ÖLÇEĞİ (KCiÖ) (FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI))

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Teşekkür ederiz.

* Cinsel aktivite : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

** Cinsel ilişki : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

*** Cinsel uyarılma: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**** Orgazm : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek

- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- ☐ Çok emindim
- ☐ Emindim
- ☐ Oldukça emindim
- ☐ Az emindim
- ☐ Çok az / emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zor veya imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişkide** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmak sizin için de kadar zordu?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok çok zordu / imkansızdı
- ☐ Çok zordu
- ☐ Zordu
- ☐ Biraz zordu
- ☐ Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında siz ve eşinizin arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı

- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok tatminkardı
- ☐ Genellikle tatminkardı
- ☐ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- ☐ Genellikle tatminkar değildi
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çoğu zaman (15 günden fazla)
- ☐ Bazen (15 günde)
- ☐ Birkaç kez (15 günden az)
- ☐ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığınızın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- ☐ Çok yüksek
- ☐ Yüksek
- ☐ Orta
- ☐ Düşük
- ☐ Çok Düşük veya hiç

EK 5. ETİK KURUL İZİN BELGESİ

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlara Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	98

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	etikkurul@gantep.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒		
Diğer ise belirtiniz :				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☒				

Not: Etik kurul başkanı, imzasının ve mührünün...

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlara Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	98		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/98	Tarih: 30.04.2020	
	Sorumlu Araştırmacısı Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ olan "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlara Etkisi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan yâhsen başvuru yoluyla izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Aysun BARANSEL ISIR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Aysun BARANSEL ISIR	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Özlem ALTINDAĞ	FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Birgül ÖZÇİRPİCİ	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Muradiye NACAĞ	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet KESKİN	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ ve METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Sinan AKBAYRAM	ÇOCUK HEMATOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Umut ELBOĞA	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Serkan GÜRGÜL	BİYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Eda Didem YALÇIN	AĞIZ DİŞ ve ÇENE RADYOLOJİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Gönül KARATAŞ DURUSOY	GÖZ HASTALIKLARI	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğ. Arş. Hast.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Emine Aybüken YILDIRIM	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Hasan KİCIKOĞLU	OKUL ÖNCESİ ÖĞRETİMİ	Gaziantep Anaokulu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Aysun BARANSEL ISIR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının vermediği her sayfaya imza atmalıdır.

EK 6. KURUM İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/04/2021-32/45



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-91786782-300-32745
Konu : Kurum İzni (Esra VERİM)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25/01/2021 tarihli, 6814 sayılı ve "Kurum İzni (Esra VERİM)" konulu yazı

İlgi talebiniz değerlendirilmiş olup, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Esra VERİM' in doktora tez çalışmasını hastanemizde yapabileceğine dair ilgili bölümlerin uygunluk yazısı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
Başhekim

Ek: 4 Syf. (Bölüm Uygunluk Yazıları)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BELM52K50* Pin Kodu : 89771

Belge Takip Adresi : <https://ebys.gantep.edu.tr/envision/validate>

Adres : Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE

Telefon : 0342 360 6060 Faks:0 (342) 360 10 13

e-Posta : bilgi@gantep.edu.tr Web : <http://www.gantep.edu.tr/>

Kep Adresi : gaun@hs01.kep.tr

Bilgi için : Büşra KERETLİ
Unvanı : Sözleşmeli Personel





T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-91786782-020-32625
Konu : Çalışma Talebi (Esra VERİM)

05/04/2021

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26/01/2021 tarihli, 8377 sayılı ve "Çalışma Talebi (Esra VERİM)" konulu yazı

İlgi sayılı yazı ile kliniğimizde çalışma talebinde bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Esra Verim'in belirtilen tarihlerde kliniğimizde çalışması uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof.Dr. İlker SEÇKİNER
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : *BE6P5254E* Pin Kodu : 36971

Belge Takip Adresi : https://ebys.gantep.edu.tr/envision/validate_doc.aspx

Adres : Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE
Telefon : 0342 360 6060 Faks:0 (342) 360 10 13

Bilgi için : Hülya Annayev
Unvanı : Sekreter





T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-80374568-020-32802
Konu : Çalışma Talebi (Esra VERİM)

05/04/2021

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26/01/2021 tarihli, 8377 sayılı ve "Çalışma Talebi (Esra VERİM)" konulu yazı

Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Esra VERİM'in tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapabilmesi ile ilgili Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalının cevabi yazısı ekte olup, Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür. Konu hususunda;

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Murat Taner GÜLŞEN
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Ek:1 adet evrak

Belge Doğrulama Kodu : *BEKV52KB0* Pin Kodu : 34881

Belge Takip Adresi : <https://cbys.gantep.edu.tr/envision/validate>

Adres : Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Telefon : 0 (342) 360 60 60 Faks:0 (342) 360 16 17

Bilgi için : Murat Taner Gülşen
Unvanı : Anabilim Dalı Başkanı





T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-91786782-020-32487
Konu : Çalışma Talebi (Esra VERİM)

05/04/2021

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26/01/2021 tarihli, 8377 sayılı ve "Çalışma Talebi (Esra VERİM)" konulu yazı

İlgide gönderilen yazı uygun görülmüş olup, Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Mete Gürol UĞUR
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : *BEKR52BCC* Pin Kodu : 98791

Belge Takip Adresi : https://ebys.gantep.edu.tr/envision/validate_doc.aspx

Adres : Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE

Telefon : 0342 360 6060 Faks:0 (342) 360 10 13

e-Posta : bilgi@gantep.edu.tr Web : <http://www.gantep.edu.tr/>

Bilgi için : Gönül ATAÇ
Unvanı : Sözleşmeli Personel



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Sayı : E-80374568-020-32794
Konu : Çalışma Talebi (Esra VERİM)

05/04/2021

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 28/01/2021 tarihli, 9652 sayılı ve "Çalışma Talebi (Esra VERİM)" konulu yazı

Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Esra VERİM'in "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlara Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını 01 Şubat 2021- 30 Nisan 2021 tarihleri arasında Bilim Dalımızda 22- 55 yaş arası obez kadınlar ile yapması uygundur. Konu hususunda;

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Mustafa ARAZ
Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Başkanı

Belge Doğrulama Kodu : *BEL552KDS* Pin Kodu : 55902

Belge Takip Adresi : https://ebys.gantep.edu.tr/envision/validate_doc.aspx

Adres : Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Telefon : 0 (342) 360 60 60 Faks:0 (342) 360 16 17

Bilgi için : Mustafa Araz
Unvanı : Bilim Dalı Başkanı

EK 7. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

27.08.2021

Gmail - ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Esra Verim <verimesra@gmail.com>

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

3 ileti

Esra Verim <verimesra@gmail.com>
Alıcı: bulent.cetinel@hotmail.com

2 Mart 2020 20:21

MERHABA HOCAM
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA DOKTORA
ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel
Fonksiyonlarına Etkisi" KONULU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK ÇALIŞMASINI
YAPTIĞINIZ "Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (The International Consultation
on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQSF)" ÖLÇEĞİNİ KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN
VERİRMİSİNİZ?
SAYGILARIMLA
ESRA VERİM

Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com>
Alıcı: Esra Verim <verimesra@gmail.com>

3 Mart 2020 08:14

Tabii ki

iPhone'umdan gönderildi

Esra Verim <verimesra@gmail.com> şunları yazdı (2 Mar 2020 21:21):

MERHABA HOCAM
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA
DOKTORA ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans,
Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" KONULU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK
ÇALIŞMASINI YAPTIĞINIZ "Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (The
International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQSF)" ÖLÇEĞİNİ
KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN VERİRMİSİNİZ?
SAYGILARIMLA
ESRA VERİM

Esra Verim <verimesra@gmail.com>
Alıcı: Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com>

3 Mart 2020 10:13

Teşekkür ederim

3 Mar 2020 Sal, saat 09:14 tarihinde Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com> şunu yazdı:

Tabii ki

iPhone'umdan gönderildi

Esra Verim <verimesra@gmail.com> şunları yazdı (2 Mar 2020 21:21):

MERHABA HOCAM
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA
DOKTORA ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans,
Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" KONULU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK
ÇALIŞMASINI YAPTIĞINIZ "Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (The
International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form ICIQSF)" ÖLÇEĞİNİ
KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN VERİRMİSİNİZ?



Esra Verim <verimesra@gmail.com>

ölçek kullanım izni

3 ileti

Esra Verim <verimesra@gmail.com>

Alıcı: nurka@istanbul.edu.tr

2 Mart 2020 20:29

MERHABA HOCAM

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA DOKTORA

ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel

Fonksiyonlarına Etkisi" KONULU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK ÇALIŞMASINI

YAPTIĞINIZ KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİNİ KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN VERİRMİSİNİZ?

SAYGILARIMLA

ESRA VERİM

NURTEN KAYA <nurka@istanbul.edu.tr>

Alıcı: Esra Verim <verimesra@gmail.com>

4 Mart 2020 09:15

Sayın Verim

Türkçe uyarlaması Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirilme şekli ektedir. Başarılar dilerim...

Prof. Dr. Nurten Kaya

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Adres: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. (Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi İç) 34147 Bakırköy/

İSTANBUL/TÜRKİYE

Tel.: +90(212) 414 15 00 (40137)**Faks:** +90(212) 414 15 15**E-posta:** nurka@istanbul.edu.tr; nurtenkaya66@gmail.com**Nurten Kaya, PhD, BSN, Professor**

Istanbul University-Cerrahpaşa, Health Sciences Faculty, Department of Midwifery

Office address: Istanbul University-Cerrahpaşa, Health Sciences Faculty

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. (Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi İç) 34147 Bakırköy/

İSTANBUL/TÜRKİYE

Tel.: +90(212) 414 15 00 (40137)**Fax:** +90(212) 414 15 15**E-mail:** nurka@istanbul.edu.tr; nurtenkaya66@gmail.com

Esra Verim <verimesra@gmail.com>, 2 Mar 2020 Pzt, 21:29 tarihinde şunu yazdı:

MERHABA HOCAM

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA DOKTORA

ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel

Fonksiyonlarına Etkisi" KONULU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK ÇALIŞMASINI

YAPTIĞINIZ KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİNİ KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN VERİRMİSİNİZ?

SAYGILARIMLA

ESRA VERİM

adan önce çevreye olan etkisini dikkate alınız. Unutmayınız ki; dünyadaki kağıt tüketiminin
nilyon hektar orman alanı (Ege Bölgesi büyüklüğünde) yok olmaktan kurtulacaktır.

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our
paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be



Esra Verim <verimesra@gmail.com>

ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

3 ileti

Esra Verim <verimesra@gmail.com>
Alıcı: fatma.eti@hes.bau.edu.tr

2 Mart 2020 20:16

MERHABA HOCAM
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALINDA DOKTORA ÖĞRENCİSİYİM. "Pelvik Taban Güçlendirme Programının Obez Kadınların Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına Etkisi" KONUSU TEZ ÇALIŞMAMDA GÜVENİRLİK, GEÇERLİLİK ÇALIŞMASINI YAPTIĞINIZ KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİNİ KULLANMAK İSTİYORUM. İZİN VERİRMİSİNİZ?
SAYGILARIMLA
ESRA VERİM

Fatma ETİ <fatma.eti@hes.bau.edu.tr>
Alıcı: Esra Verim <verimesra@gmail.com>

3 Mart 2020 07:25

Esracığım gneydin

Ölçeği kullanabilirsin.

Doktora öğrencim Dilek Aygün in tez çalışmasıdır.

Prof. Dr. Fatma Eti ASLAN
Dean

Bahçeşehir University Faculty of Health Sciences

 Bahçeşehir University
Twitter Bahçeşehir University
Youtube Bahçeşehir
University
50. Yıl Logo

Bahçeşehir University

İhlamur Yıldız Caddesi, No:10, A Blok, Kat:9 Gayrettepe - Beşiktaş/İstanbul
0212 381 91 50

[Alıntılanan metin gizlendi]

Esra Verim <verimesra@gmail.com>
Alıcı: Fatma ETİ <fatma.eti@hes.bau.edu.tr>

3 Mart 2020 10:13

Teşekkür ederim hocam

3 Mar 2020 Sal, saat 08:25 tarihinde Fatma ETİ <fatma.eti@hes.bau.edu.tr> şunu yazdı:



EK 8. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (DENEY GRUBU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteviniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırma Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitimi ile pelvik taban kas kuvvetini artırarak idrar kaçırma, konstipasyon ve cinsel fonksiyonu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için

- BMI ≥ 30 olmanız,
- Üriner inkontinans/Konstipasyon/Cinsel fonksiyonla ilgili sorunlarından en az birini yaşammanız,
- Menapoza girmemeniz,
- Genito-üriner sistemle ilgili ilaç tedavisi/cerahi tedavi geçirmeniz,
- Kronik hastalığınızın olmaması,
- Kegel egzersizi yapmaya engel sağlık sorunu olmaması,
- Cinsel yönden aktif olmanız (cinsel partnerinizin olması),
- Gebe olmamanız,
- Okuma yazma bilmeniz,
- iletişim kurabilmeniz ve gönüllü olmanız,
- Size yada yakınınıza ait akıllı cep telefonunun bulunması,
- Instagram ve Whatsapp kullanabilmeniz gerekmektedir.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Üriner İnkontinans Grubu (Yani Siz) : Araştırmada ilk karşılaşmada araştırmacı tarafından hastanede bilgilendirilmiş onam formu, tanıtıcı form uygulanacak, boy ve kilonuz ölçülerek kaydedilecektir. Daha sonra cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek idrar kaçırma ölçeğini doldurmanız istenecektir. Araştırmacı tarafından size çevrimiçi eğitim şeklinde Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi Eğitimi verilecektir. 12 hafta boyunca size öğretilen ve telefonlarınıza gönderilen eğitim broşüründen yararlanarak egzersizleri günde 3 kez 15 set halinde yapmanız istenecektir. Ayrıca instagram sayfasında size verilen gruba dahil olup egzersiz eğitimine katılmanız istenecektir. Araştırma sonrası tekrar cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek idrar kaçırma durumunuz değerlendirilecektir. Çalışma sırasında herhangi bir sıkıntı veya soru aklınıza takılırsa araştırmacıya sorabilirsiniz. İstedığınız taktirde araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır.

Konstipasyon Grubu (Yani Siz) : Araştırmada ilk karşılaşmada araştırmacı tarafından hastanede bilgilendirilmiş onam formu, tanıtıcı form uygulanacak, boy ve kilonuz ölçülerek kaydedilecektir. Daha sonra cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek konstipasyon ölçeğini doldurmanız istenecektir. Araştırmacı tarafından size çevrimiçi eğitim şeklinde Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi Eğitimi verilecektir. 12 hafta boyunca size öğretilen ve telefonlarınıza

gönderilen eğitim broşüründen yararlanarak egzersizleri günde 3 kez 15 set halinde yapmanız istenecektir. Ayrıca instagram sayfasında size verilen gruba dahil olup egzersiz eğitimine katılmanız istenecektir. Araştırma sonrası tekrar cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek konstipasyon durumunuz değerlendirilecektir. Çalışma sırasında herhangi bir sıkıntı veya soru aklınıza takılırsa araştırmacıya sorabilirsiniz. İstedığınız taktirde araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır.

Cinsel Fonksiyon Grubu (Yani Siz) : Araştırmada ilk karşılaşmada araştırmacı tarafından hastanede bilgilendirilmiş onam formu, tanıtıcı form uygulanacak, boy ve kilonuz ölçülerek kaydedilecektir. Daha sonra cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek cinsel fonksiyon ölçeğini doldurmanız istenecektir. Araştırmacı tarafından size çevrimiçi eğitim şeklinde Pelvik Taban Güçlendirme Egzersizi Eğitimi verilecektir. 12 hafta boyunca size öğretilen ve telefonlarınıza gönderilen eğitim broşüründen yararlanarak egzersizleri günde 3 kez 15 set halinde yapmanız istenecektir. Ayrıca instagram sayfasında size verilen gruba dahil olup egzersiz eğitimine katılmanız istenecektir. Araştırma sonrası tekrar cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek cinsel fonksiyon durumunuz değerlendirilecektir. Çalışma sırasında herhangi bir sıkıntı veya soru aklınıza takılırsa araştırmacıya sorabilirsiniz. İsteddiğiniz taktirde araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak gönüllüye her hangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 240'dır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen 3 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar ilaç dışı uygulamalar içerisinde yer alan Pelvik Taban Güçlendirme Programı uygulayarak Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına ilişkin etkisinin tespit edilmesi sağlanacaktır.

(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanın söz konusu olmadığı ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceği vb.)

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada ilaç uygulaması yapılmayacağı için beklenen olası risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler uygulaması yapılmayacaktır.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI

İlaç uygulaması bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Tüm araştırma boyunca size hiçbir ilaç tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırma boyunca gönüllülere ilaç, invaziv herhangi bir girişim söz konusu değildir bu sebeple herhangi bir zarar söz konusu değildir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da rahatsızlıklarınız için araştırmacı Esra Verim (Tlf : [REDACTED])'mi arayabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

1. GÖNÜLLÜNÜN		2. İMZASI
3. ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

4. AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		5. İMZASI
6. ADI & SOYADI	Esra Verim	
7. TARİH		

8. RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		9. İMZASI
10. ADI & SOYADI		
11. GÖREVİ		
12. TARİH		

EK 9. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (KONTROL GRUBU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteviniz

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırma Obez kadınlarda pelvik taban kaslarını güçlendirme eğitimi ile pelvik taban kas kuvvetini artırarak idrar kaçırma, konstipasyon ve cinsel fonksiyonu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için

- BMI $\geq$ 30 olmanız,
- Üriner inkontinans/Konstipasyon/Cinsel fonksiyonla ilgili sorunlarından en az birini yaşammanız,
- Menapoza girmemeniz,
- Genito-üriner sistemle ilgili ilaç tedavisi/cerahi tedavi geçirmeniz,
- Kronik hastalığınızın olmaması,
- Kegel egzersizi yapmaya engel sağlık sorunu olmaması,
- Cinsel yönden aktif olmanız (cinsel partnerinizin olması),
- Gebe olmamanız,
- Okuma yazma bilmeniz,
- İletişim kurabilmeniz ve gönüllü olmanız,
- Size yada yakınınıza ait akıllı cep telefonunun bulunması,
- Instagram ve Whatsapp kullanabilmeniz gerekmektedir.

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Kontrol Grubu: Araştırmada ilk karşılaşmada araştırmacı tarafından hastanede bilgilendirilmiş onam formu, tanıtıcı form uygulanacak, boy ve kilonuz ölçülerek kaydedilecektir. Daha sonra cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek idrar kaçırma, konstipasyon ve cinsel fonksiyon ölçeğini doldurmanız istenecektir. 12 hafta boyunca hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Araştırma sonrası tekrar cep telefonunuza watsaptan link gönderilerek idrar kaçırma durumunuz değerlendirilecektir. Çalışma sırasında herhangi bir sıkıntı veya soru aklınıza takılırsa araştırmacıya sorabilirsiniz. İstedığınız taktirde araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışma tamamen bilimsel amaçlıdır, size ait bilgiler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır ve bütün gizlilik hakkınız korunacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak gönüllüye her hangi bir sorumluluk yüklenilmemektedir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 120'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen 3 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar ilaç dışı uygulamalar içerisinde yer alan Pelvik Taban Güçlendirme Programı uygulayarak Üriner İnkontinans, Konstipasyon ve Cinsel Fonksiyonlarına ilişkin etkisinin tespit edilmesi sağlanacaktır.

(örn, çalışma ilaçlarıyla uygulanan tedavi ile hastalığın kontrol altına alınabilme olasılığı, araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamasının söz konusu olmadığı ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçların başka insanların yararına kullanılabilecek olması, yalnızca araştırma amaçlı olduğu ve doğrudan yarar görmesi ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesinin beklenmeyeceği vb.)

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada ilaç uygulaması yapılmayacağı için beklenen olası risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler uygulaması yapılmayacaktır.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI

İlaç uygulaması bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulama şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Tüm araştırma boyunca size hiçbir ilaç tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırma boyunca gönüllülere ilaç, invaziv herhangi bir girişim söz konusu değildir bu sebeple her hangi bir zarar söz konusu değildir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma süresi boyunca, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da rahatsızlıklarınız için araştırmacı Esra Verim (Tlf : 5052113193)'mi arayabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Esra Verim	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 10. İNSTAGRAM VE WATSAP GRUBU RESİMLERİ



Pelvik Taban Güçlendirme Korunma & Eğitim Kitabı

Hazırlayan : Esra Verim

2021

EK 12. ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞİ

Araştırmacı, 1978 yılında Gaziantep’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Gaziantep’de tamamladıktan sonra Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünden 2001 yılında mezun olmuştur. 2001 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 2002 - 2009 yıllarında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. 2009 yılından beri Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümünde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır. 2003 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programında yüksek lisans eğitime başlamış, 2005 yılında eğitimini tamamlamıştır. Araştırmacının uluslararası ve ulusal dergilerde makalesi, uluslararası kongrelerde bildirileri ve katıldığı-sertifika aldığı kurslar bulunmaktadır. Araştırmacı evli ve iki çocuk annesi olup halen aynı kurumda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya devam etmektedir.