

BİRÜNİ
ÜNİVERSİTESİ
“Bilimin Geleceği”

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE
ÜRİNER SEMPTOMLAR
VE
İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

GAMZE ARSLAN DOĞAN

DANIŞMAN

Dr.Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

İSTANBUL

2019

BİRÜNİ
ÜNİVERSİTESİ
“Bilimin Geleceği”

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE
ÜRİNER SEMPTOMLAR
VE
İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

GAMZE ARSLAN DOĞAN

DANIŞMAN

Dr.Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

İSTANBUL

2019

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Program Adı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Öğrencinin Adı Soyadı: Gamze ARSLAN DOĞAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Gamze ARSLAN DOĞAN tarafından hazırlanan "Gebelerde Trimasterlere Göre Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:02/07/2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu)

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ

Biruni Üniversitesi

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Biruni Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra KARAMAN

Üsküdar Üniversitesi

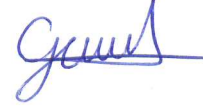
Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman Şentürk
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gamze ARSLAN DOĞAN





Canım babama ithaf ediyorum ...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin planlanması, yürütülmesi ve hazırlanması aşamasında desteğini, tavsiyelerini esirgemeyen ve her alanda bana yardımcı olan danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ'a,

Yüksek lisans yaptığım süre içerisinde bilgi ve destek aldığım hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR ve Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI'ya , mesleğe büyük katkılarından dolayı her zaman örnek aldığım hocam sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye,

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan ve emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim baş tacım annem Ayla ARSLAN'a, biricik ablam Pınar SIĞLAN'a, sevgili anneanneme ve her zaman kalbimizde yaşayacak olan canım dedeme,

Karşılaştığım tüm sıkıntılar karşısında her zaman yanımda olan, motivasyonumu yükselten ve güzel düşünceleriyle beni her zaman destekleyen hayatın bana hediyesi sevgili eşim Sezer Sezgin DOĞAN'a,

En içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

Gamze ARSLAN DOĞAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa
No

İÇ KAPAK.....	-
ONAY SAYFASI.....	-
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xii
ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kontinans Mekanizması.....	5
2.2. Üriner İnkontinans.....	5
2.2.1. Üriner İnkontinans Tanımı.....	5
2.2.2. Üriner İnkontinans Prevalans Çalışmaları.....	5
2.2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	8
2.2.3.1. Yaş.....	8
2.2.3.2. Cinsiyet.....	8
2.2.3.3. Obezite.....	9
2.2.3.4. Irk.....	9
2.2.3.5. Menopoz.....	9
2.2.3.6. Obstetrik Risk Faktörleri.....	9
2.2.3.7. Abdominal ve Pelvik Cerrahiler.....	10
2.2.3.8. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	10
2.2.3.9. Pelvik Organ Prolapsusu.....	10
2.2.3.10. Sigara.....	10
2.2.3.11. İlaçlar.....	10

2.2.3.12. Diğer Risk Faktörleri.....	11
2.2.4. Üriner İnkontinans Tipleri.....	11
2.2.4.1. Stres Üriner İnkontinans.....	11
2.2.4.2. Urge Üriner İnkontinans.....	11
2.2.4.3. Miks Üriner İnkontinans.....	11
2.2.4.4. Enürezis Nokturna.....	11
2.2.4.5. Aşırı Aktif Mesane.....	12
2.2.4.6. Overflow İnkontinans (Taşma Şeklinde İdrar Kaçırma).....	12
2.2.4.7. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans.....	12
2.2.5. Üriner İnkontinanstaki Yaşam Kalitesi.....	12
2.2.6. Cinsel Yaşam ve Üriner İnkontinans.....	13
2.2.7. Cinsel Yaşamda Yaşanan Problemler ve Prevalansları.....	13
2.2.8. Üriner İnkontinanstaki Korunma.....	14
2.2.9. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Seçenekleri.....	15
2.2.9.1. Davranışsal Tedavi.....	15
2.2.9.2. Farmakolojik Tedavi.....	17
2.2.9.3. Cerrahi Tedavi.....	18
2.2.10. Üriner İnkontinanstaki Hemşirelik Bakımı.....	18
2.3. Gebelikte Üriner İnkontinans.....	19
2.3.1. Gebelikte Üriner İnkontinans Prevalansı.....	19
2.3.2. Gebelikte Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler.....	20
2.3.3. Gebelikte Üriner Semptomlar.....	21
2.3.3.1. Sık İdrara Çıkma (Frequency).....	21
2.3.3.2. Stres Üriner İnkontinans.....	21
2.3.3.3. Urgency.....	21
2.3.3.4. Noktüri.....	21
2.3.4. Gebelikte Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	22
2.3.4.1. Parite.....	22
2.3.4.2. Doğum Şekli.....	22

2.3.4.3. Bebeğin Doğum Ağırlığı.....	22
2.3.4.4. Gebelik Öncesi Dönemde Üriner İnkontinans Varlığı.....	22
2.3.4.5. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM).....	23
2.3.5. Gebelikte Cinsel Fonksiyonlar.....	23
2.3.6. Gebelikte Üriner İnkontinanstaki Korunma.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	27
3.5. Araştırmaya Alınmama Kriterleri.....	27
3.6. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1. Gebe Tanılama Formu.....	27
3.6.2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Index, BFLUTS).....	28
3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality Of Life Scale, I-QOL).....	28
3.7. Verilerin Toplanması.....	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇLAR.....	71
7. ÖNERİLER.....	73
8. KAYNAKLAR.....	74
9. EKLER.....	91
EK 1. Gebe Tanılama Formu.....	91
EK 2. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (BLUFTS).....	93

EK 3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL).....	97
EK 4. Gönüllü Olur Formu.....	99
Ek 5. Etik Kurul Raporu.....	100
Ek 6. Kurum İzin Yazısı.....	102
Ek 7. Ölçek Kullanım İzni.....	104
10. ÖZGEÇMİŞ.....	106
11. İNTİHAL RAPORU.....	107



SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

BFLUTS	Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi
BKI	Beden Kitle İndeksi
EH	Ev Hanımı
FES	Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
I-QOL	İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
KW	Kruskal-Wallis H Testi
NSD	Normal Spontan Doğum
PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
Z	Mann-Whitney U Testi
C/S	Sezaryen

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1.	Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 2.	Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 3.	Gebelerin Doğum Sonu Dönem Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.	Gebelerin Alışkanlık Durumlarının Dağılımı.....	35
Tablo 5.	Gebelerin Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi'ne İlişkin Niceliksel Verileri.....	36
Tablo 6.	Trimesterlere Göre Kabızlık Şikâyetinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 7.	I-QOL Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 8.	Trimesterlere Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 9.	Yaş Gruplarına Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10.	Gelir Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11.	Çalışma Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 12.	Evlilik Süresine Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 13.	Eğitim Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 14.	BKI Gruplarına Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 15.	Kabızlık Şikayetine Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47

Tablo 16.	Doğum Deneyimine Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17.	Doğum Şekline Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 18.	NSD Sayısına Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 19.	Epizyotomi Deneyimine Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 20	Düşük/Küretaj Deneyimine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 21.	Bebek Ağırlığına Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 22.	Doğum Sonrası Egzersiz Yapma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 23.	Sigara Kullanma Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 24.	Gebelikte Sigara Kullanma Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 25.	Alkol Kullanma Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 26.	Gebelikte Alkol Kullanma Durumuna Göre I-QOLve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	58

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 1.	Türkiye’de Üriner İnkontinans ile İlgili Yapılmış Prevalans Çalışmaları.....	6
Şekil 2.	Dünya’da Üriner İnkontinans ile İlgili Yapılmış Prevalans Çalışmaları.....	8
Şekil 3.	I-QOL Formunun Üç Alt Boyutu.....	29
Şekil 4.	I-QOL Ölçeğinin Cronbach’s Alpha Değerleri.....	29
Şekil 5.	I-QOL Ölçeği’nin Cronbach Alpha Katsayısı.....	29

ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Araştırma, gebelerde trimesterlere göre üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma örneklemini, Eylül 2018-Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne rutin gebelik takibi için başvuran toplam 289 gebe oluşturdu. Birinci trimesterde olan 96 gebe, ikinci trimesterde olan 96 gebe ve üçüncü trimesterde olan 97 gebe araştırmaya alındı. Araştırma, Gebe Tanılama Formu ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılarak yapıldı. Trimesterlere göre gebelerde alt üriner sistem semptomlarını belirlemek amacıyla Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (BFLUTS) ölçek olarak kullanılmayıp bazı sorular anket soruları şeklinde değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve nonparametrik testler kullanıldı. Anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Araştırmada trimesterlere bağlı I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$). I-QOL'den elde edilen toplam puan ortalaması $83,71\pm24,43$ olarak bulundu. I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması puan ortalaması $82,69\pm24,54$, psikososyal etkilenme puan ortalamaları $84,24\pm24,34$ ve sosyal izolasyon puan ortalamaları $84,37\pm24,82$ olarak saptandı. Sonuç olarak; trimester ilerledikçe üriner sistemden kaynaklı şikayetlerin arttığı ve inkontinans yaşam kalitesinin düştüğü saptandı.

Anahtar kelimeler; Gebelik, Trimester, Üriner inkontinans, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Effects Of Urinary Symptoms And Incontinence On The Quality Of Life According To Trimester In Pregnancy

The aim of this study was to determine the effects of urinary symptoms and incontinence on quality of life in pregnant women compared to trimesters. The sample of the study consisted of 289 pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology Clinic of Istanbul University Faculty of Medicine between September 2018 and March 2019 for routine pregnancy follow-up. 96 pregnant women in the first trimester, 96 pregnant women in the second trimester and 97 pregnant women in the third trimester were included in the study. The research was conducted by using the Pregnant Diagnosis Form and the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) to determine the effect of incontinence on quality of life. To determine lower urinary tract symptoms in pregnant women according to trimesters, Bristol Female Lower Urinary System Symptom Index (BFLUTS) was not used as a scale and some questions were evaluated as questionnaire questions. Descriptive statistical analysis and nonparametric tests were used for data analysis. Significance level was accepted as $p < 0.05$. Significant differences were observed in the mean I-QOL total and subdimension scores due to trimesters ($p < 0.05$). The mean score obtained from the I-QOL was 83.71 ± 24.43 . The mean of limitation of behavior was 82.69 ± 24.54 , mean psychosocial involvement score was 84.24 ± 24.34 and social isolation score was 84.37 ± 24.82 . As a result; urinary system complaints increased and incontinence quality of life decreased.

Keywords; Pregnancy, Trimester, Urinary incontinence, Quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya’da inkontinans problemini 200 milyondan fazla kişinin yaşadığı bilinmektedir. Bu problemin çoğunluğunu da kadınlar yaşamaktadır (Demirci ve ark., 2012).

Mesane disfonksiyonu kadınların fiziksel, psiko-sosyal iyilik durumlarını ve cinsel fonksiyonlarını etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca maliyeti yüksek sorunlardan bir tanesidir (Bilge ve Kızılkaya Beji, 2015).

Mesane disfonksiyonu, sfinkter disfonksiyonu ya da ikisinin birden fizyolojiyi etkilemesi sonucu idrar kaçırma gerçekleşebilmektedir. Kadınlarda idrar kaçırma sıklığı erkeklere göre çok daha fazladır (Nitti, 2001). İdrar kaçırma özellikle kadınları etkileyen bir sağlık problemi olmakla beraber erkeklere oranla 2-5 kat fazla görülmektedir. Kesin bir değer verilmemekle birlikte literatürde kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %4.8-58.4 arasında olduğu belirtilmektedir (Scemons, 2013; Minassian et al., 2003).

İdrar kaçırma yaşamı tehdit etmeyen bir problemdir. Ancak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek sosyal ve tıbbi bir sorun oluşturmaktadır. İdrar kaçırma ile birlikte çamaşır ve giysilerdeki sürekli ıslaklık hali, kötü koku, sosyal izolasyon ve tahriş edici etki gibi sorunlar sonucu kişide anksiyete ve depresyona kadar gidebilen çok sayıda olumsuz etkiler oluşabilmektedir (Özdemir ve ark., 2011).

İdrar kaçırma yaşayan kişilerin yaşam kalitesi, psikolojik (benlik saygısı, depresyon) ve sosyal (geri çekilme, izolasyon) açıdan olumsuz etkilenmektedir. (Solans-Dome`nech et al., 2010). Ayrıca kişide, cinsel birliktelik sırasında idrar kaçırma korkusundan dolayı cinsel işlev bozuklukları da yaşanabilmektedir (Munaganuru et al., 2017).

Vücuttaki pek çok sistemde olduğu gibi gebelikte üriner sistemde de anatomik ve fizyolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Gebelikte gestasyonel haftalar ilerledikçe büyüyen uterusun pelvik organları aşağıya doğru itmesi, pelvik tabanı sürekli stres ve baskıya maruz bırakmaktadır. Gebelikte yaşanan bu değişiklikler gebelik haftaları ilerledikçe üretral mobilitede bir artış oluşturmaktadır (Salman ve ark., 2005; Herbert, 2009).

Fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik yönüyle kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen idrar kaçırma risk faktörlerinin bilinmesi, hastaların bu

konuda bilgilendirilmesi ve erken yapılacak uygulamalar ile idrar kaçırmaya oluşumu azaltılabilir ve kişilerin genel sağlık dűzeyleri ve yaşam kaliteleri de arttırılabilir (Yılmaz ve ark., 2014).

Bu araştırma, gebelikte trimesterlere gűre alt őriner sistem semptomlarını ve gebelerde inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmanın, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasıyla inkontinansın oluşmasını engelleyeceği ve gebelikte alt őriner sistem disfonksiyonu yaşayan gebelere katkı sağlayacağı dűřünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kontinans Mekanizması

Kontinans, istemli olarak idrar yapmanın gerçekleştirildiği dönemler arasında idrarın mesanede tutulabilmesidir. Alt üriner sistem fonksiyonu primer olarak refleks mekanizması ile kontrol edilmektedir. Doğumdan sonra zamanla bu refleks mekanizması tuvalet eğitimi ve santral sinir sistemi ile istemli olarak aktifleşir ya da engellenir (Yalçın, 2000).

Kontinans, mesane basıncının yüksek tutulması ile birlikte işeme siklusunun dolma/depolama fazında başlatılır. Normal koşullarda mesane içi basıncı düşük düzeyde tutulur. Bu durum mesanenin bağ dokusundaki yapısı ve kasların elastik özelliği ile açıklanır (Çetin, 2010).

2.2. Üriner İnkontinans

2.2.1. Üriner İnkontinans Tanımı

Üriner inkontinans; ICS (International Continence Society) tarafından sosyal ve hijyenik problem haline gelen ve nesnel olarak gösterilebilen 'istemli idrar kaçırma durumu' olarak tanımlanmıştır (Abrams, 2002). Üriner inkontinans tanısını koyabilmek için kişinin bu inkontinans durumundan şikayetçi olması gerekmektedir. İnkontinansa karşı tutumlar toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Harmancı, 2010).

Üriner inkontinans sosyal ve hijyenik problemlere yol açmaktadır. Bu durum beraberinde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Coşkun, 2008).

2.2.2. Üriner İnkontinans Prevalans Çalışmaları

Üriner inkontinans, milyonlarca insanı yetişkinlik dönemi boyunca etkilemekte, bildirimini ve tedavisinin oldukça yetersiz olması sorunun çözülmesini zorlaştırmaktadır (Ebbesen et al., 2013).

Üriner inkontinans genç ve orta yaşlı kadınlar arasında yerleşik bir risk

faktördür (Wesnes et al., 2007).

Araştırmada Türkiye’de kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ile ilgili yedi adet araştırma ele alınmıştır (Şekil 1).

Türkiye’de yapılan ve ulaşılabilen Bilgili ve ark. (2008), Öztürk ve ark. (2012), Kök ve ark. (2006), Demirci ve ark. (2012), Şentürk ve Kara (2008), Akgün (2009) ve Ateşkan ve ark. (2000)’nin yaptıkları çalışmalarda kadınlarda prevalans oranları %26.6-%57.1 olarak bulunmuştur.

Şekil 1: Türkiye’de Üriner İnkontinans ile İlgili Yapılmış Prevalans Çalışmaları

Araştırmacı ve Yılı	Araştırma Grubu	Örneklem Sayısı	Araştırma Yapılan Yaş/Cinsiyet	Araştırma Yeri	Üriner İnkontinans Prevalansı
Bilgili ve ark., 2008	Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık ocaklarına başvuran kadınlar	543	65 yaş üstü kadınlar	3 ayrı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlar/ Konya	%43.6
Öztürk ve ark., 2012	Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle aile hekimliğine başvuran kadınlar	201	35 yaş üstü kadınlar	İstanbul	%42.8
Kök ve ark., 2006	Jinekoloji polikliniğine başvuran doğum yapmış kadınlar	229	20 yaş üstü kadınlar	Ankara	%37.11
Demirci ve ark., 2012	Sağlık ocaklarına herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran kadınlar	259	18 yaş üstü kadınlar	8 ayrı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlar/ Uşak	%26.6

Şekil 1 (devam).

Şentürk ve Kara, 2008	Postmenopoz döneminde jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlar	216	40-65 yaş arası kadınlar	Rize	%45.3
Akgün, 2009	Herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle sağlık ocaklarına başvuranlar	435	40 yaş ve üzeri kadın	5 ayrı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınlar/ Kırklareli	%48.3
Ateşkan ve ark., 2000	Kontrol amaçlı polikliniklere başvuran bireyler	Kadın: 1276 Erkek:724 (Toplam: 2000)	65 yaş üstü kadın ve erkeler	Ankara	Kadın:%57.1 Erkek:%21.5 (Genel prevalans: %44.2)

Şekil 1’de gösterilen Ateşkan ve ark.(2000) haricindeki tüm çalışmalara kadınlar dahil edilmiştir.

Dünya’da bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansları Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2: Dünya’da Üriner İnkontinans ile İlgili Yapılmış Prevalans Çalışmaları

Araştırmacı ve Yılı	Örneklem Sayısı	Araştırma Yapılan Yaş/Cinsiyet	Araştırma Yeri	Üriner İnkontinans Prevalansı
Tomohiro ve ark., 2000	3500	40-75 yaş arası kadın ve erkekler	Japonya	Kadın:%53.7 Erkek:%10.5
MacLennah ve ark., 2000	3010	15-97 yaş arası kadın ve erkekler	Avustralya	Kadın:%35.3 Erkek:%4.4
Masenga ve ark., 2019	1048	18-90 yaş arası kadınlar	Tanzanya	%42
Schreiber Pedersen ve ark., 2017	8000	18 yaş üstü kadınlar	Almanya ve Danimarka	Alman kadınlar:%48.3 Danimarkalı kadınlar:%46.4

Şekil 2’de ele alınan çalışmalarda kadınlarda idrar kaçırma prevalansı %35.3-%53.7 arasında bulunmuş olup, kadınların erkeklere göre daha fazla idrar kaçırma yaşadığı saptanmıştır.

2.2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

2.2.3.1. Yaş:

İlerleyen yaş ile birlikte östrojen azalma etkileri kadınlarda vaginal atrofi, güçsüzleşmiş periüretal ve pelvik taban kaslarının gelişmesine neden olmaktadır (Yavuz, 2008).

2.2.3.2. Cinsiyet:

Üriner inkontinans her iki cinsten de görülebilen bir sağlık sorunudur (Öz ve Altay, 2017). Ancak erkeklere oranla kadınlarda üriner inkontinans daha sık görülür (Goode et al., 2008)

2.2.3.3. Obezite:

Kilo intraabdominal ve intravezikal basıncın artmasını sağlayarak, pelvik taban kaslarının genişlemesi ve gevşemesi; ayrıca üretral mobilitenin artmasına bağlı olarak üriner inkontinans yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda beden kitle indeksi (BKİ) >25 kg/cm² olan kişilerde üriner inkontinans görülme sıklığı fazladır (Burgio et al., 2007; Başgöl, 2016).

2.2.3.4. Irk:

Irk üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ancak yapılan bazı çalışmalara göre beyaz ırktan olan kadınlar siyah ırktan olan kadınlara göre daha fazla üriner inkontinans riski taşımaktadırlar (Hunskaar et al., 2000).

2.2.3.5. Menopoz:

Menopoz, üriner inkontinansa önemli bir risk faktörüdür. Kadınlarda üriner semptomlar, menopoz öncesi dönemden ve menopoz sonrası döneme geçişte yaygın olarak görülmektedir (Mutlu, 2005).

Östrojen ve progesteron kadın yaşamı boyunca alt üriner sistem mekanizmasında önemli bir yere sahiptir. Bu steroid hormon reseptörleri mesane, üretra, vagina ve pelvik taban kaslarında fazla miktarda bulunmaktadır (Uncu ve Özdil, 2009). Üriner inkontinansın temel nedeni olarak menopozda östrojen seviyesinin düşmesine bağlı yaşanan atrofik değişimler, vaginada kuruluk ve ağırlı cinsel ilişki gösterilmektedir (Mutlu, 2005).

2.2.3.6. Obstetrik Risk Faktörleri:

Üriner inkontinansa yönelik obstetrik risk faktörleri arasında doğum sayısı, doğumun şekli, zorlu travmatik doğumlar, yenidoğan ağırlığı sayılmaktadır. Gebelikte alınan kilo, büyüyen uterusun mesaneye basınç yapması ve glomerul filtrasyon hızının artmasına bağlı olarak idrar oluşumunun artması stres üriner inkontinansın oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Rogers ve Leeman, 2007).

2.2.3.7. Abdominal ve Pelvik Cerrahiler:

Önceden üriner inkontinansın önlenmesine karşı yapılan operasyonlar, histerektomi esnasında meydana gelen kas ve fasya tahribatları, pelvik sinir hasarları, üretral ve vezikal anatomiyi bozacak geniş pelvik ameliyatlara (kolon, servikal, over kanseri) üriner inkontinans problemine neden olabilmektedir (Taşkın, 2003).

2.2.3.8. Üriner Sistem Enfeksiyonları:

Üriner sistem enfeksiyonunun akut fazında, ilk günlerde idrar kaçırma oluşabilmektedir (Moore et al., 2008). Ayrıca tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarının üriner inkontinansı artırdığı da bilinmektedir (Zeren, 2006).

2.2.3.9. Pelvik Organ Prolapsusu:

Ürojinekolojik problemlerin sıkça görülen nedenleri arasında üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusları bulunmaktadır. Çünkü pelvik taban kaslarının dayanıksız olması üriner inkontinansın çoğuna ve pelvik organ prolapsusunun hepsine neden olmaktadır (Mihmanlı ve Yüksel, 2013).

2.2.3.10. Sigara:

Sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan kronik öksürük, intraabdominal basıncın artmasına bağlı olarak pelvik taban kaslarının zarar görmesine neden olabilmektedir. Sigara içerisinde bulunan ve mesaneyi tahriş edici bazı maddelerin, üriner inkontinansa zemin hazırladığı da bildirilmektedir (Hannestad, 2003).

2.2.3.11. İlaçlar:

Bazı ilaçlar vücutta idrar üretimini artırıp ve sempatik/parasempatik sistemi aktive ederek üriner inkontinansa neden olabilmektedir. Bu ilaçlar arasında en sık diüretikler, antikolinergikler, narkotik analjezikler, alfa agonistleri, antiparkinson ilaçları, alkol ve antipsikotikler sayılabilir (Attar ve Işıkoğlu, 1995).

2.2.3.12. Diğer Risk Faktörleri:

Konstipasyon, intraabdominal basıncı artırarak pelvik taban kaslarının güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Bu durumun üriner inkontinans gelişmesine neden olduğu belirtilmektedir (Amselem et al., 2010).

Özellikle ağır cisim kaldırma gerektiren işlerle uğraşanlarda üriner inkontinans riski artmaktadır. Ayrıca yorucu fiziksel aktivite sonrası kadınlarda stres üriner inkontinans semptomları ortaya çıkabilmektedir (Eliasson et al., 2001).

2.2.4. Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinans kişide sosyal ve hijyenik problemlere yol açan bir problemdir. En sık görülen tipleri şunlardır:

2.2.4.1. Stres Üriner İnkontinans:

Öksürme, gülme, koşma vb. sonucunda detrusor kontraksiyonu olmadan, intravezikal basıncın intraüretal basıncı aşması sonucu istemsiz olarak idrar kaçırmadır (Coşkun, 2008). Nedeni pelvik tabanın kaslarının zayıf olması ve sfinkterdeki bozulmadır. En sık görülen inkontinans tipidir (Günay ve ark., 2002).

2.2.4.2. Urge üriner inkontinans:

Ani idrar yapma isteği ile gelen istemsiz idrar kaçırmadır. Sıklıkla tuvalete yetişene kadar idrar kaçırlır. Fazla miktarda idrar kaçırmaya olur (Coşkun, 2008).

2.2.4.3. Miks Üriner İnkontinans:

Birden fazla inkontinans durumunun beraber görülmesi durumudur (Coşkun, 2008).

2.2.4.4. Enürezis Nokturna:

Gece uyku esnasında idrar kaçırmaya durumudur (Şahin ve Deliktaş, 2016).

2.2.4.5. Aşırı Aktif Mesane:

Urge üriner inkontinans olup ya da olmadan sık idrara çıkma durumudur. Acil bir şekilde idrara çıkma belirtilerini içerir (Van Der Vaart et al., 2002).

2.2.4.6. Overflow İnkontinans (taşma şeklinde idrar kaçırma):

Detrusor kasının yetersiz kalması sonucu ya da mesane çıkımındaki tıkanıklığa bağlı mesanenin tam olarak boşaltılamaması durumudur (Şahin ve Deliktaş, 2016).

2.2.4.7. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans:

Kişilerin kontrolleri dışında ektopik ureter, üriner fistül gibi nedenlerle üretra dışındaki kanallardan istemsiz idrar kaçağının olmasıdır (Abrams et al, 2002).

2.2.5. Üriner İnkontinanstaki Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden iyi olduğunu belirten ve kişiden kişiye göre değişen bir durumdur. Bireylere göre farklılık göstermesinin nedeni; her bireyin hayattan beklentilerinin, kişisel amaçlarının ve kültürel değerlerinin farklı olmasıdır (Aslan, 2002).

Yaşam kalitesinin kötü etkilenmesi idrar kaçırmanın yarattığı en büyük sıkıntılardan biridir. İdrar kaçırma sosyal yaşamı, aile içi ilişkileri, fiziksel aktiviteleri, yapılan mesleği ve eğlenceyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kişi idrar kaçırma durumunda ya da idrar kaçırma korkusuyla ev içi aktivitelerini, hobilerini ertelemekte; yolculuğa çıkma, alışverişe gitme, dini inançlarını yerine getirme vb. gibi durumlarda zorluk çekmektedirler (Weber, 2007).

Üriner inkontinans yaşayan kadınlarda utanma duygusu, özgüven eksikliği, sosyal aktiviteleri kısıtlamaya bağlı sosyal izolasyon gelişebilmektedir. Ayrıca üriner inkontinans ekonomik anlamda da kişiye ciddi miktarda maddi sıkıntılar yaratabilmektedir (Ateşkan ve ark., 2000).

Üriner inkontinans şikayetinden dolayı kadınların; ev dışındaki sosyal aktivitelere katılmadıkları ve hüsrana duygusu yaşadıkları bilinmektedir (Demir ve

Beji, 2015).

Üriner inkontinans yaşayan kadınlar idrar kokusu, kullandığı pedin fark edilmesi ve sıkışma, idrar akması gibi problemler yaşayabilmektedir. Ayrıca hobilerini erteleme ile sosyal hayatları etkilenmekte ve aile içi ilişkileri bozulabilmektedir (Aslan,1999).

Üriner inkontinans yaşadığı halde tedavi olmayan kadınların sayısının çok düşük olmasının nedenleri arasında genellikle inanç ve bu konu hakkındaki bilgi eksikliğinin olması sayılabilmektedir (Howard and Steggall, 2010).

2.2.6. Cinsel Yaşam ve Üriner İnkontinans

Cinsellik yaşamdan ayrı düşünülemez. Sağlıklı bir cinsel hayat, sağlığın ve yaşam kalitesinin en önemli unsurlarından birisidir. Herhangi bir sebepten dolayı oluşan cinsel disfonksiyon kadının cinsel hayatını, evlilik ilişkisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Nobre and Pinto-Gouveia, 2006).

Ürojinekolojik problem yaşayan kadınlar, utanma duygusunun fazla olduğunu, çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini, eş/partnerinin kendilerine karşı olumsuz reaksiyon gösterdiklerini belirtmektedir. Bu durumlara bağlı yaşanan depresyonda cinsel yaşamları etkilenerek farklı şekillerde cinsel disfonksiyon yaşamaktadırlar (Akhan, 2009).

2.2.7. Cinsel Yaşamda Yaşanan Problemler ve Prevalansları

Cinsel ilişki sırasındaki idrar kaçırma ile ilgili tutarlı kanıt içeren oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. 40-60 yaş arası kadınlarda yapılan ‘cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma varlığı’ sorgulanan çalışmada cinsel ilişki sırasındaki idrar kaçırma prevalansı %2.1 olarak bulunmuştur (Møller et. al., 2000). 19-66 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların %46’sı cinsel disfonksiyon yaşamaktadır. Kadınların %34’ünde cinsel isteksizlik, %23’ünde cinsel uyarılma bozukluğu, %11’inde orgazm olmada güçlük ve %44’ünde de cinsel ağrı bozukluğu saptanmıştır (Salonia et. al., 2004).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 20-69 yaş arası kadınlarda cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma prevalansı %3.4 olarak bulunmuştur (Zeren, 2006). Türkiye’de 50 yaş ve üzeri kadınlara yönelik yapılan başka bir çalışmada kadınların

%83.6'sının cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu; % 78,1'sinin cinsel doyumda azalma ve % 77,7'sinin orgazm olmakta zorlanma yaşadığı, % 45,3'ünün dispareni yaşadığı saptanmıştır (Oskay ve ark., 2005).

2.2.8. Üriner İnkontinansa Korunma

Üriner inkontinansa yönelik çeşitli korunma yöntemleri vardır:

- ✓ Primer koruma : İnkontinansın oluşma nedenlerini önlemek amacıyla yapılan koruma yöntemidir.
- ✓ Sekonder koruma : İnkontinansı en kısa sürede saptamak ve oluşmasına neden olan ilerletici unsurları ortadan kaldırmak için başvurulan yöntemdir.
- ✓ Tersiyer koruma : İnkontinansın daha kötü sonuçlar doğurmamasını, komplikasyonların oluşmamasını ve inkontinans yaşayan kişinin inkontinansın getirdiği kişisel kısıtlamalardan korunması için kullanılan yöntemdir (Oskay, 2002).

Hemşirelere, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin, toplumdaki tüm kadınları üriner inkontinansa neden olabilecek riskler (zorlu vaginal doğum, doğum sayısı, kilo yönetimi, ailesel yatkınlık v.b.) yönünden değerlendirmesi, üriner İnkontinansa korunmada gerekli bilgilerin hastalara anlatılması (sigara, egzersiz, v.b.) açısından danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rolü vardır. Özellikle hemşirelerin; kadın doğum ve jinekoloji polikliniğine başvuran tüm hastaları inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri açısından değerlendirmesi, üriner inkontinansa korunmada gerekli konuların hastalara öğretilmesi açısından danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol alması, kadın sağlığına yönelik yapılan çalışmalarda ve medyada üriner inkontinansın daha etkin biçimde ele alınması, böylelikle kadınların bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır (Ertem, 2009).

Üriner inkontinansın önlenmesinde uzman hemşirelerin eğitim sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ Hasta ve hastaya refakat eden kişilerin inkontinansa ilişkin ilk eğitimlerini değerlendirme, planlama ve sunum aşamalarında diğer sağlık bakım profesyonelleri ile birlikte olma,
- ✓ İnkontinansı olan hastalara sürekli eğitim sağlanması ve alanda eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Hemşirelere ve diğer alanlarda çalışan kişilere (üniversiteler, hemşirelik eğitimi veren okullar, hastaneler ve toplum vb.) inkontinans bakımına ilişkin konularda eğitim planlama ve sunma,
- ✓ İnkontinans ile mücadele eden herkes (hasta, hemşire, sağlık bakım elemanı, kuruluşlar vb.) için yol gösterici uzman olarak rol oynama (Rantell, 2010).

2.2.9. Üriner İnkontinansın Tedavi Seçenekleri

Üriner inkontinans, kadınlar arasında yaygın bir problem olmasına ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmesine rağmen, kadınların yarısından fazlası, bu durumdan rahatsızlık duymadığını bildirmekte ve çoğu, tıbbi yardım istememektedir (Beji ve ark., 2010).

Uzun süreli idrar kaçıran kadınların herhangi bir yardım almadığı, bu durumun sebepleri arasında kadınların idrar kaçırmayı başa çıkabilecekleri küçük bir sorun olarak algılamaları, idrar kaçırmayı utanç verici bir durum olarak düşünmeleri ve tedavi hakkındaki bilgi eksiklikleri yer almaktadır (Hagglund et. al., 2007).

Tedavi seçenekleri bir dizi davranışsal, farmakolojik ve cerrahi tedaviyi içerir (Milne, 2004):

2.2.9.1. Davranışsal Tedavi

Pelvik Taban Kas Egzersizi (PTKE): Üriner inkontinans tedavisinde, PTKE konservatif tedavi olarak ilk basamakta önerilmektedir (Bilgiç ve ark., 2016).

PTKE'nin kadınlarda her türlü idrar kaçırmada yardımcı olacağına dair kanıtlar vardır. PTKE kadınlarda özellikle stres üriner inkontinansında faydalı olmaktadır. Tüm yaş gruplarında ve uygun şekilde yapılan PTKE'nin stres üriner

inkontinans semptomlarında %70'e kadar iyileşme göstermektedir (Price et. al., 2010).

Mesane Eğitimi: Mesane eğitimi bilişsel ve fiziksel olarak kişinin işemedeki zaman aralığını artırarak kontinansı yeniden kazanmalarında kullanılır (Roe et. al., 2007).

Mesane eğitimi:

- ✓ Tek başına tedavi,
- ✓ Koruyucu tedavi veya ilaç tedavisi ile karşılaştırılarak,
- ✓ Koruyucu tedavi veya ilaç tedavisi ile birlikte ilave bir tedavi olarak,
- ✓ İlaç tedavisinin faydasını artırmak için kullanılmaktadır (Wyman, 2007).

Yaşam Tarzı ve Alışkanlıkları: 2013 yılında Avrupa Üroloji Birliği üriner inkontinans semptomlarına ilişkin yaşam biçimi uygulamalarının yer aldığı rehber yayınlamıştır. Bu rehberde;

- ✓ İdeal kilonun korunması
- ✓ Kafein içeren içeceklerin kısıtlanması
- ✓ Alkol tüketiminden uzak durulması
- ✓ Aşırı/yetersiz yerine yeterli sıvı alımının benimsenmesi
- ✓ Sigaranın bırakılması
- ✓ Pelvik taban kaslarını zorlayıcı aşırı aktivitelerin kısıtlanması
- ✓ Kabızlığın tedavi edilmesi

yer almaktadır. (<http://www.uroweb.org/guidelines.>, Erişim: 07.03.2019).

Vaginal Kon: Vaginal konlar hem pelvik taban kas egzersizlerini öğretmek, hem de pelvik taban kas gücünü artırmak amacıyla uygulanır. Ağırlıkları 20-90 gram arasında değişmektedir. Egzersize ilk olarak ağırlığı düşük olan kondan başlanır ve pelvik kas gücü kapasitesi arttıkça konların ağırlığı da artırılır (Cangöl ve ark., 2013).

Vaginal kon tedavisinin, stres inkontinans için bir fiziksel tedavi seçeneği olduğu ancak şiddetli inkontinansı olanlar için klinik bir etkisi olmadığı da bildirilmektedir (Kato and Kondo, 1997).

Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES): FES, vagina ve rektuma yerleştirilen elektrotlarla verilen elektrik akımı sayesinde pelvik taban kaslarını uyarak güçlenmesini sağlayan bir yöntemdir (Beji ve Çayır, 1998).

FES'te alçak frekanslı akım (faradik akım) veya yüksek frekanslı akım (interferensiyel akım) kullanılır. Orta frekanslı akımlar daha derine nüfuz ettiği ve yayılımı daha düzenli olduğu için daha çok kullanılır. FES ile birlikte kas gücü ve kortikal basınç artar. Lokal dolaşım düzelir. Kişi bir çeşit kegel egzersizi yapmış olur (Karan ve Eskiuyurt, 2002).

Altı seans FES uygulanan hastaların pelvik taban kas gücünde önemli bir artış olmaktadır (Kızılkaya ve Yalçın, 1998).

Biofeedback: Biofeedback, pelvik taban kas disfonksiyonunun değerlendirilmesi ve tedavisi için kullanılmaktadır. Hastaya kendi kasları ile ilgili bilgiler sözel, görsel ve işitsel yolla geri bildirilmekte, böylece vücudunun izole bölgelerinin farkında olması ve egzersizlerin kişiye özel olması sağlanmaktadır (Sargın, 2009).

2.2.9.2. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavide uygulanan ilaç içerikleri şunlardır (Bayrak ve ark., 2015):

Urge üriner inkontinanstaki farmakoterapi:

- ✓ Antikolinergik Ajanlar
- ✓ Beta Adrenerjik Agonistler
- ✓ Alfa Adrenerjik Antagonistler
- ✓ Nörotoksinler

Stres üriner inkontinanstaki farmakoterapi:

- ✓ Antidepresanlar
- ✓ Diğer İlaçlar

Sadece birkaç alfa adrenerjik reseptör agonistleri, stres üriner inkontinans tedavisinde nadir olarak kullanılmaktadır. Adrenalin ve noradrenalin bunların arasında en çok bilinenleridir.

Miks tip üriner inkontinanstaki farmakoterapi:

- ✓ Antikolinergik Ajanlar
- ✓ Serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri

Üriner inkontinansda hormonterapi:

- ✓ Östrojen
- ✓ Desmopressin

2.2.9.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, üriner inkontinans tedavisinde seçilen son tedavi seçeneğidir. Cerrahi işlem öncesi hastanın inkontinans patofizyolojisi çok iyi değerlendirilmeli ve en uygun cerrahi yöntem seçilmelidir (Demirci, 2002). En sık başvurulan cerrahi yöntemler sling(askı) ameliyatlarıdır (TVT-Tensionfree Vaginal Tape, TOT-Transobturator Tape). Bu cerrahilerde labia majör ya da simfisis pubisten özel aletlerle girilerek mesane boynunu desteklemek amacıyla bant yerleştirilir (Coşkun, 2008).

2.2.10. Üriner İnkontinansda Hemşirelik Bakımı

Son zamanlarda üriner inkontinans konusunda eğitim alan hemşireler, inkontinans problemi yaşayan hastaları tanılamada, koruyucu tedavi yöntemlerini hastaya öğretip uygulamada diğer sağlık personelleri ile birlikte çalışarak önemli bir rol üstlenmişlerdir (Cardozo and Cutner, 1997).

Kadınlar üriner inkontinansı önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve yaşlılığın bir sonucu olarak gördükleri için birinci basamakta çalışan hemşireler bu problemin konuşulması ve kendilerini ifade etmeleri konusunda kadınları cesaretlendirmelidir (Öz ve Altay, 2017).

Hemşireler konservatif tedavi yöntemlerinden olan PTKE eğitimi, mesane eğitimi, biofeedback ve elektriksel stimülasyon gibi tedavi yöntemlerinde tek başlarına ya da fizyoterapistler ile görev almaktadır (Dinç ve Beji, 2008).

PTKE'nin düzenli olarak uygulanması sonucunda üriner inkontinansın önlendiği, pelvik organ prolapsusunun ve cinsel disfonksiyonunun azaldığı görülmektedir. Bu nedenle PTKE'nin düzenli uygulanması oldukça önemlidir. Bu egzersizlerin düzenli olarak yapılması ve kadınların teşvik edilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Bu ekipte yer alan hemşirelerin eğitici, danışmanlık ve araştırmacı rolleri sayesinde kadınların egzersizlere uyumu sağlanmalı, bilgilendirilmeli ve kadınlar motive edilmelidir (Cangöl ve ark., 2013).

Kontinans hemşireleri sağlığı koruma/geliştirme ve eğitimci rolleri ile tüm yaş grubu kadınlara, PTKE'yi öğretmekle ürener inkontinansın gelişmesini önlemede ve var olan ürener inkontinansın tedavisinde etkili olabilirler. Kontinans hemşireleri sadece klinik bakımdan sorumlu olmamakla beraber, hastalara bütüncül bakımın verilmesi amacıyla diğer sağlık bakım personelleri içerisinde de eğitici ve danışman rolleri ile ön plandadırlar. Bu doğrultuda, hemşireler yeni bilgi ve uygulamaları takip etmeli, sağlık profesyonelleri ve bu konuyla ilgili kuruluşlarla etkin koordinasyonu sağlamalıdır (Ertem, 2009).

2.3. Gebelikte Ürener İnkontinans

Büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapmasından dolayı gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde sık idrara çıkma ve ürener inkontinans görülür (Beji ve Dişsiz, 2017).

Gebelik süresince ve postpartum dönemde gebelikte oluşan değişiklikler sonucu ürener inkontinans olgularının çoğunluğunu stres inkontinans oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla miks tip ürener inkontinans ve sıkışma tipi (urge) ürener inkontinans izlemektedir (Raza-Khan et. al., 2006).

2.3.1. Gebelikte Ürener İnkontinans Prevalansı

Yurtdışında yapılan bir çalışmada gebelik boyunca ürener inkontinans prevalansı %28.1 (Okunola et. al., 2018), ülkemizde 2007 yılında 393 gebe ile yapılan bir çalışmada bu oran %27 olarak bulunmuştur (Kocaoz et. al., 2010).

Gebeliğin üçüncü trimesterindeki ürener inkontinans prevalansı %30.61 olarak bulunmuştur. Aynı kadınların doğum sonrası dönemdeki ürener inkontinans prevalansı ise %6.78 olarak saptanmıştır (Valeton and Amaral, 2011).

Stres ürener inkontinans, gebelerde en yaygın idrar kaçırma türüdür ve yaşam kalitesine yaklaşık %54.3 oranında olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Gebelik stres ürener inkontinans gelişimi için ana risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada gebelik sırasında stres ürener inkontinans prevalansı %41 olarak belirlenmiştir (Sangsawang and Sangsawang, 2013).

Yurtdışında 270 nullipar ve multipar kadın ile yapılan bir çalışmada gebelik sırasında stres ürener inkontinans oranı %51.1 olarak tespit edilmiştir (Kun-Ling et.

al., 2014).

2.3.2. Gebelikte Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler

Gebelikte de diğer sistemler gibi birçok anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte oluşan bu değişiklikler östrojen ve progesteronun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Panayi and Khullar, 2009).

Birinci trimesterde, östrojen ve progesteronun etkisiyle mesanede ve pelvik bölgede kanlanma artar. Mesanede kanlanmanın artmasıyla hiperemi ve hassasiyet görülmektedir. Uterusun büyümesiyle birlikte, mesaneye baskı artar ve mesanenin kapasitesi azalır. Bu durumlar gebelikte sık idrara çıkma hissi yaratmaktadır. Üçüncü aydan sonra mesaneye uygulanan baskı azalır ve mesane fonksiyonları normale döner. Bunun nedeni uterusun yukarıya doğru büyümesidir. Gebeliğin son ayında, artan progesteronun etkisiyle fetus başının pelvise doğru inmesi ve üriner sistemde ortaya çıkan genişleme ile birlikte intraabdominal basınç artar. Böylelikle hapsirme ve gülme nedeniyle mesane fonksiyonlarının kontrolünde yetersizlik görülebilir (Taşkın, 2009).

Östrojenin etkisiyle gebelikte mesane duvarı hipertroftir ve mukozası konjesyon oluşturmaktadır. Doğumda mesanenin travmalara maruz kalması, enfeksiyonlara karşı yatkınlığın artmasına neden olmaktadır (Taşkın, 2009).

Dinç ve Beji'nin (2008) belirttiğine göre, Cardoza (1997) ve Davison (2000) gebeliğin ilerlemesi ile birlikte uterusun genişlemeye başladığını ve mesane pozisyonunun yer değiştirdiğini vurgulamışlardır. Gebe olmayan kadınlarda mesane kapasitesinin ortalama 400ml olmasına karşın gebelerde bu kapasitenin 450-650 ml ye kadar çıktığını ve buna bağlı olarak sık idrara çıkma, diürezde artma ve gece uykusunu bölüp idrara çıkmanın görüldüğünü bildirmişlerdir (Dinç ve Beji).

Gebeliğin birinci trimesterinden lohusalık zamanına kadar böbrek ve ureterlerde genişleme ve peristaltik hareketlerde azalma olmaktadır. Uterusun baskısı ve progesteronun düz kas liflerine yaptığı etkiye bağlı olarak ortaya çıkan gevşeme sonucu idrar staza uğramaktadır. Sigmoid kolonun sol uretere yastık etkisi yapmasından dolayı ureterden idrar akışı özellikle sağ ureterden engellenir ve renal pelviste dilatasyon gelişir. Bu durum gebelikte üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlığı artırmaktadır (Taşkın, 2009).

2.3.3. Gebelikte Üriner Semptomlar

2.3.3.1. Sık İdrara Çıkma (Frequency)

Birinci ve üçüncü trimesterde uterusun pelvis içine baskısı artmaktadır. Buna bağlı olarak mesane kapasitesi azalmakta ve idrara sık çıkma görülmektedir. İkinci trimesterde mesane baskıdan kurtularak sık idrara çıkma şikayeti azalır. Bunun nedeni uterusun abdominal kaviteye doğru genişlemesidir (Taşkın, 2009).

2.3.3.2. Stres Üriner İnkontinans

Gebelik ve doğum, mesane boynu ve üretrayı destekleyen ve fizyolojisini kontrol eden nöromusküler ve konnektif dokularda hasara neden olabileceği için stres üriner inkontinans riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalar gebelik boyunca stres üriner inkontinans prevalansını artırdığını, gebelik sonrasında bu prevalansın azaldığını göstermektedir. Buna karşın üriner inkontinans prevalansı gebelik öncesine göre doğumdan sonra çok daha yüksektir. Gebelikte artan stres üriner inkontinans prevalansı, pelvik taban kas gücündeki zayıflık ile ilişkilendirilmiştir (Kocaöz ve Eroğlu, 2009).

Stres üriner inkontinansla, multipar kadınlarda nullipar kadınlara göre daha sık karşılaşılmaktadır (Kun-Ling et. al., 2014).

2.3.3.3. Urgency

Mesanede genellikle 50 ml idrar birikmeden acil idrar yapma hissinin oluşmasıdır (Taşkın, 2009).

2.3.3.4. Noktüri

Gece boyunca idrar yapma ihtiyacı duymadır (Taşkın, 2009).

2.3.4. Gebelikte Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

2.3.4.1. Parite

Üriner inkontinans gebelik ve postpartum dönemde multiparite ile ilişkilidir (Valeton and Do Amaral, 2011). Paritenin üriner inkontinans için güçlü bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Zhu, 2009).

2.3.4.2. Doğum Şekli

Pelvik tabandaki bozulmaların gelişmesi açısından en önemli risk faktörlerinden birisinin de doğum şekli olduğu kabul edilmektedir. Vajinal doğum sırasında üretral ve anal sfinkterlerdeki bozukluk sırasıyla pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans ve anal inkontinansın gelişmesine neden olabilmektedir (Sultan and Stanton, 1996).

Normal vaginal doğum yapan kadınlar, sezaryen doğum yapan kadınlara göre üriner inkontinansa daha yatkındır (Zeren, 2006).

2.3.4.3. Bebeğin Doğum Ağırlığı

3500 gr üzeri iri bebekle ve epizyotomisiz doğum yapmanın vajinal doğumdaki mekanizmaya benzer pelvik tabandaki bozulmaların gelişmesine ve üriner inkontinansa neden olduğu belirtilmiştir (Özerdoğan ve ark. 2004).

2.3.4.4. Gebelik Öncesi Dönemde Üriner İnkontinans Varlığı

Gebelik öncesi dönemde üriner inkontinans varlığı olan gebelerin olmayanlara göre pelvik taban destek dokularının daha zayıf olduğu ve bu zayıflamanın üriner inkontinans riskini artırdığı bilinmektedir (Kılıç ve Gürbüz, 2015).

2.3.4.5. Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM)

GDM, üriner inkontinans için bir risk faktörüdür. GDM'li kadınlarda, GDM'siz kadınlara oranla doğum sonrası iki yıla kadar daha şiddetli stres üriner inkontinans semptomları ortaya çıkmaktadır (Chuang et. al., 2012).

2.3.5. Gebelikte Cinsel Fonksiyonlar

Gebelikteki biyolojik, psilolojik ve sosyolojik değişikliklerden dolayı kadın cinselliği etkilenir. Gebelikte maternal ve fetal bir risk söz konusu değilse cinsellikte herhangi bir kısıtlama getirilmez. Gebeliğin her döneminde her gebenin cinselliğe verdiği tepki farklıdır. Gebeliğin birinci trimesterinde bazı kadınlarda gebeliğe uyum sağlama dönemi olduğundan cinsel istek azalırken, bazılarında gebelikten korunma gerektirmediğinden cinsel istekte artış olabilir. Gebeliğin ikinci trimesteri gebeliğe uyum sağlama dönemi olduğu için cinsel ilişkinin arttığı bir dönemdir. Ancak bu dönemde bazı çiftler bebeğin zarar göreceği düşüncesiyle cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Üçüncü trimesterde büyüyen uterusla birlikte sık idrara çıkma, doğum korkusu, cinsel ilişki, enfeksiyon ve orgazm sırasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları çiftlerin cinselliklerini olumsuz etkileyebilir (Beji ve Dişsiz, 2017).

Gebelik döneminde sık karşılaşılan üriner inkontinans ile cinsel disfonksiyon arasında pozitif bir ilişki vardır (Naldoni et. al., 2011).

Gebelik boyunca cinsel disfonksiyonda artış, cinsel istek, orgazm, uyarılma ve lubrikasyonda azalma görülmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2015). Gebelik süresinde disparoni yaşama durumu, gebelik öncesi ve doğum sonrası döneme göre daha fazladır (Karaçam ve Çalışır, 2012). Ayrıca gebelikte libido, gebelik öncesi döneme oranla daha düşüktür (Efe et. al., 2014).

Gebelik süresince yaşanan cinsel sorunlar çiftlerin postpartum dönemde ve ileriki yaşamlarında cinsel ve evlilik hayatını etkileyebilmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2015).

2.3.6. Gebelikte Üriner İnkontanstan Korunma

Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum döneminde olan kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini

kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler (Süt, 2015). Gebelikte üriner inkontinansın korunma açısından önemli risk faktörlerinin önlenmesi için yaşam biçimi davranışlarını değiştirmek önerilmektedir. Bu davranışlar şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ PTKE'nin düzenli olarak yapılması,
- ✓ Ağır ve zor fiziksel egzersizlerden kaçınılması,
- ✓ Fazla kilo alımının engellenmesi, gerekirse diyetisyene başvurulması,
- ✓ Sigara kullanılmaması, kullanılıyorsa bırakılması,
- ✓ Lifli gıdalar ile beslenerek konstipasyon riskinin en aza indirilmesi, bu durumun sıvı alımıyla desteklenmesi,
- ✓ Mesaneyi irrite edecek gıda ve sıvılardan kaçınılmasıdır (Süt, 2015).

PTKE'yi gebelikte uygulamak çeşitli yararlar sağlar. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

- ✓ Güçlenen kaslar doğumda annenin daha iyi ıkınmasını sağlar ve doğumu kolaylaştırır.
- ✓ Perine yırtığı oluşumunu azaltır.
- ✓ Gebelik sürecinde ve doğum sonrası dönemde üriner inkontinans problemini önler.
- ✓ Hemoroid oluşumunu engeller.

PTKE'ye gebeliğin 20. haftasında, doğumdan sonrasında ise 24 saat sonra başlanır. Egzersizlere en az altı hafta devam edilmesi önerilir (Alkan ve ark., 2016).

PTKE, üriner inkontinansı önlediği, orgazm olmayı kolaylaştırdığı ve pelvik organ prolapsusunu önlediği için kadın yaşamında son derece önemlidir. Bu egzersizlerin gebelikte, lohusalıkta ve menopoz döneminde düzenli olarak yapılması önerilir.

PTKE/Kegel Egzersizleri:

Bu egzersizin programı şöyledir:

- ✓ Egzersiz öncesi mesane boşaltılmalı ve rahat kıyafetler giyilmelidir.
- ✓ Egzersizi öğrenme aşamasında dizler bükülü olacak şekilde sırtüstü uzanılmalıdır (Egzersiz ayakta ya da oturarak da yapılabilir.).

- ✓ Öncelikle derin bir nefes alınmalı, vücut gevşemeye odaklanılmalı, vagina-nüs etrafındaki kaslara konsantre olunmalı ve bu kaslar beraber kasılmalıdır.
- ✓ Doğru kas gruplarını çalıştırmada emin olmak için işaret ve orta parmak vaginaya konulup egzersiz yapılmalıdır.
- ✓ Bir kasılma 10 saniye sürdürülmeli, iki kasılma arasında 15 saniye gevşeme olmalıdır (Kasılma sırasında nefes tutulmamalı, kalça ve karın kasları kasılmamalıdır).
- ✓ Başlangıçta bu egzersizlere üç tekrarla başlanmalı, bir günde 6-8 kez ya da saat başı tekrarlanmalıdır. Günde 300 kez egzersizler yapılabilir (Coşkun, 2008).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, gebelikte trimesterlere göre alt üriner sistem semptomlarını ve gebelerde inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndaki gebe polikliniğine gelen gebeler ile Eylül 2018-Mart 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni hesaplanırken İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gebe polikliniğine altı ayda başvuran ve çalışmanın kriterlerine uyan 1167 gebe sayısı baz alındı. Buna göre örneklem hacmi belirlenirken $p=0,5$, $q=0,5$ ve $d=0,05$ olmak şartıyla $\alpha=0,05$ kabul edilerek;

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(1167)(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (1167-1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)}$$

$$n = 289,21$$

formülü yardımıyla araştırmanın örneklemini toplamda 289 gebe oluşturdu (Trost, 1986). Burada birinci trimesterde olan 96 gebe, ikinci trimesterde olan 96 gebe ve üçüncü trimesterde olan 97 gebe çalışmaya alındı.

3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- ✓ Tüm soruları eksiksiz cevaplaması
- ✓ Gebe olması (fetal kalp hızı +)

3.5.Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
- ✓ Eksik soru cevaplayanlar
- ✓ Özgeçmişte üriner inkontinansı olanlar ve inkontinans için tıbbi ya da cerrahi tedavi görenler
- ✓ Radyoterapi öyküsü olanlar
- ✓ İdrar yolu enfeksiyonu olanlar
- ✓ Akut ve kronik hastalığı olanlar
- ✓ Riskli gebelikler

3.6.Veri Toplama Araçları

Veriler, sosyo-demografik, jinekolojik ve obstetrik durumunu belirlemek için literatür doğrultusunda hazırlanan “Gebe Tanılama Formu” (EK.1), “Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Index, BFLUTS)” (EK.2) ve “İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality Of Life Scale, I-QOL)” (EK.3) kullanılarak toplandı. Araştırma verilerinin toplanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapıldı.

3.6.1. Gebe Tanılama Formu

Gebelerin sosyo-demografik, obstetrik ve yaşam biçimi özelliklerini belirlemeye yönelik soruların yer aldığı 22 sorudan oluşan bir formdur.

3.6.2.Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksi (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Index, BFLUTS)

BFLUTS sorgulama formu 1996 yılında Jackson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir formdur. Formda alt üriner sistem semptomlarını sorgulayan 19,inkontinansın cinsel yaşama etkisini sorgulayan 4 ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisini sorgulayan 11 olmak üzere toplam 34 soru bulunmaktadır. Bu formun kadınlarda tedaviden önce ve sonra başarıyı ölçmek için etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (Brookes et. al., 2004).

BFLUTS ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, 2005 yılında Güngör ve Yalçın tarafından, 2012 yılında Gökkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güngör ve Yalçın, 2005, Gökkaya ve ark., 2012) Tüm sorular değerlendirildiğinde Cronbach's alfa katsayısı 0.931 olarak bulunmuştur. Böylelikle soruların kendi arasında uyumlu ve birbirini tamamlar nitelikte olduğu saptanmıştır (Gökkaya ve ark, 2012). BFLUTS ölçek olarak kullanılmayıp bazı sorular anket soruları şeklinde değerlendirilmiştir.

Araştırmada BFLUTS formun kullanılması için Gökkaya ve arkadaşlarından e-posta aracılığı ile izin alınmıştır.

3.6.3.İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality Of Life Scale, I-QOL)

Ölçeğin ilk formu 1996 yılında Wagner ve arkadaşları tarafından üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir ve 28 sorudan oluşmaktadır. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilip Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi ve altı sorusu çıkarılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür (Patrick et.al., 1999)

Puanlamada 22 sorudan oluşan I-QOL'de tüm maddeler beş kategorilik Likert tipi skalada değerlendirilmektedir (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) (Minimum puan:22, Maksimum puan:110) Hesaplanan toplam puanların daha iyi anlaşılabilmesi için 0'dan (en düşük yaşam kalitesi) 100'e kadar olan (en yüksek düzeydeki yaşam kalitesi) ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu

göstermektedir. I-QOL formu üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyondur.

Şekil 3: I-QOL Formunun Üç Alt Boyutu

Alt Alan Ölçekleri	I-QOL Maddeleri
Davranışların sınırlanması	1,2,3,4,10,11,13 ve 20 (toplam 8 madde)
Psikososyal etkilenme	5,6,7,9,15,16,17,21 ve 22 (toplam 9 madde)
Sosyal izolasyon	8,12,14,18 ve 19 (toplam 5 madde)

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Özerdoğan tarafından 2003 yılında yapılmıştır. I-QOL için yapılan güvenirlik analizleri sonucunda Cronbach's alpha değeri 0.96 bulunmuştur (Özerdoğan, 2003).

Şekil 4: I-QOL Ölçeği'nin Cronbach's Alpha Değerleri

Cronbach's Alpha	Fransa	İspanya	İsveç	Almanya
Yaşam kalitesi ölçeğinin geneli	.95	.92	.94	.95
Davranışların sınırlanması	.90	.78	.84	.85
Psikososyal etkilenme	.91	.90	.92	.93
Sosyal izolasyon	.86	.79	.86	.86

(Özerdoğan, 2003)

Araştırmada kullanılan "I-QOL" formu için Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Özerdoğan'dan e-posta yoluyla izin alınarak I-QOL formu uygulamaya konulmuştur.

Şekil 5: I-QOL Ölçeği'nin Cronbach Alpha Katsayısı

Ölçme Aracı	Madde sayısı	Cronbach Alpha
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği	22	0,99

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama aracının iç tutarlılığa bağlı güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak incelendi. I-QOL için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,99'dur. Alpha katsayısının 0,70 ve üzerinde olması ölçek puanlarının güvenilirliği için yeterli görüldü (Tavşancıl, 2005). Bu çalışmada elde edilen katsayılar, kullanılan ölçme aracının iç tutarlılığa bağlı güvenilirliklerinin yüksek düzeyde olduğunu işaret etti.

3.7.Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı gebe polikliniğine başvuran ve kriterlere uyan gebeler araştırmaya davet edildi. Araştırmanın amacı açıklanarak neden ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verildi. "Gönüllü Olur Formu" (EK.4) ile gebelerden sözlü ya da yazılı onam alınarak yüzyüze görüşme yöntemi ile formlar dolduruldu. Gebelere toplamda yanıtlanması için 78 soru soruldu ve yaklaşık 30-40 dakikalık bir süre ayrıldı. Veriler araştırmacı tarafından toplandı.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/13-26 karar no ile etik kurul onayı (EK.5) ile araştırmanın yapıldığı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nden yazılı izin (EK.6) alındı. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılan gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek gönüllülük ilkesine uyuldu, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtildi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtildi. Gönüllülük ve gizlilik ilkesi gereği isim kullanılmadı.

3.9.Verilerin İstatistiksel Analizi

Gebelerin demografik özelliklere ve BFLUTS'e verdikleri yanıtlara göre dağılımını belirlemek için yüzde-frekans analizi kullanıldı. Trimester dönemleri ile çalışma durumu, kabızlık değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek için ki-kare analizi uygulandı.

Gebelerin I-QOL'den elde etmiş oldukları puanlar betimsel analiz teknikleri uygulanarak incelendi. Katılımcıların ölçme araçlarından almış olduğu puanları; trimester dönemi, yaş, BKİ, gelir durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, eğitim durumu, kabızlık, doğum deneyimi, doğum şekli, epizyotomi, maksimum bebek ağırlığı, doğum sonrası egzersiz yapma durumu, sigara kullanma, gebelikte sigara kullanma, alkol kullanma ve gebelikte alkol kullanma değişkenlerine göre karşılaştırarak incelemek için parametrik olmayan testler kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediğinden parametrik olmayan testler tercih edildi. Bu doğrultuda, iki gruplu karşılaştırmalar için Mann Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulandı. Veriler SPSS 24.0 ile analiz edildi. Güven aralığı %95 olarak belirlendi ve $p<0,05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, gebelerde trimesterlere göre üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 1: Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=289)

Özellikler	Gruplar	n	%
Yaş	18-24	51	17,6
	25-29	118	40,8
	30-34	89	30,8
	35-39	31	10,7
BKI	Zayıf	9	3,1
	Normal	134	46,4
	Fazla kilolu	117	40,5
	Obez	29	10,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	0,3
	İlkokul mezunu	14	4,8
	Ortaokul mezunu	41	14,2
	Lise mezunu	122	42,2
	Yüksekokul/Üniversite Mezunu	111	38,4
Çalışma durumu	Ev hanımı	62	21,5
	Çalışan	227	78,5
Evlilik süresi	1 yıldan az	43	14,9
	1-5 yıl	137	47,4
	6-10 yıl	81	28,0
	11-15 yıl	28	9,7

Tablo 1 incelendiğinde, gebelerin %40,8 i 25-29 ve %30,8 i 30-34 yaş gruplarındadır. Gebelerin BKI gruplarına göre dağılımı ise, %3,1'inin zayıf, %46,4'ünün normal, %40,5'inin fazla kilolu ve %10'unun ise obez olduğu belirlendi. Gebelerin %42,2 si lise ve %38,4 ü yüksekokul/üniversite mezunu olduğunu, tamamı evli olduğunu ifade etti. 1 yıldan az evlilik süresine sahip olanlar %14,9; 1-5 yıl evlilik süresine sahip olanlar %47,4; 6-10 yıl evlilik süresine sahip olanlar %28 ve 11-15 yıl evlilik süresine sahip olanlar ise %9,7 idi.

Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (N=289)

Özellikler	Gruplar	n	%
Trimester	1.	96	33,2
	2.	96	33,2
	3.	97	33,6
Doğum şekli	NSD	124	64,5
	Sezaryen	50	26,0
	Her ikisi de	18	9,3
Normal spontan doğum (NSD) sayısı	1-2	130	44,9
	3 ve üzeri	12	4,1
	Yok	147	50,8
Epizyotomi	Var	141	73,4
	Yok	51	26,5
Düşük/Küretaj	Var	66	22,8
	Yok	223	77,2
Vakum/Forseps	Var	6	3,1
	Yok	186	96,8

Tablo 2 incelendiğinde, gebelerin %33,2'sinin birinci, %33,2'sinin ikinci ve %33,6'sının ise üçüncü trimester döneminde doğum deneyimi yaşadığı saptandı. Gebelerin %66,4'ü daha önce doğum yapmış ve daha önce doğum yaptığını ifade eden gebelerin %64,5'inin doğum şekli NSD'dir. NSD sayısı '1-2' olan katılımcıların oranı %44,9 ve '3 ve üzeri' olanların oranı ise %4,1'dir. Gebelerin %73,4'ü NSD sırasında kendilerine epizyotomi uygulandığını ifade etti. Gebelerin %77,2'sinin düşük/küretajının olmadığı bulundu. Daha önce NSD yapan gebelerin %96,8'ine vakum/forseps müdahalesi yapılmadı.

Tablo 3: Gebelerin Doğum Sonu Dönem Özelliklerinin Dağılımı (N=289)

Özellikler	Gruplar	n	%
Maksimum bebek ağırlığı	4000 gr altı	124	64,5
	4001 gr ve üstü	68	35,4
Doğum sonu egzersiz	Var	9	4,6
	Yok	183	95,3
Emzirme	Var	183	95,3
	Yok	9	4,6

Tablo 3 incelendiğinde, doğum yapan gebelerin %64,5'inin maksimum bebek ağırlığının 4000 gr altında olduğu görüldü. Doğum sonrası egzersiz yapmayan gebelerin oranı %95,3'tür. Doğum yapan gebelerin %95,3'ü bebeğini emzirdiğini ifade etti.

Tablo 4: Gebelerin Alışkanlık Durumlarının Dağılımı (N=289)

Özellikler	Gruplar	n	%
Sigara	Var	126	43,6
	Yok	163	56,4
Gebelikte sigara	Var	125	43,3
	Yok	164	56,7
Alkol	Var	43	14,9
	Yok	246	85,1
Gebelikte alkol	Var	43	14,9
	Yok	246	85,1
Kabızlık	Var	96	33,2
	Yok	193	66,8

Tablo 4 incelendiğinde, gebelerin %43,6'sının sigara kullandığı, %43,3'ünün ise gebelikte sigara kullandığı anlaşıldı. Alkol kullandığını ifade eden gebelerin oranı %14,9; hamilelikte alkol kullandığını belirten gebelerin oranı da %14,9'dur. Gebelerin %66,8'inin kabızlık probleminin bulunmadığı saptandı.

Tablo 5: Gebelerin BFLUTS'e Verdikleri Yanıtlara İlişkin Elde Edilen Niceliksel Verileri (N:289)

Sorular	Cevaplar	Birinci Trimester (N=96)		İkinci Trimester (N=96)		Üçüncü Trimester (N=97)	
		n	%	n	%	n	%
Gece idrara kalkma durumu	Hiç	49	51,0	30	31,2	15	15,4
	1 kez	41	42,7	46	47,9	42	43,2
	2 kez ve üzeri	6	6,2	20	20,8	40	41,2
Aniden idrar yapma hissi	Asla	69	71,8	64	66,6	25	25,7
	Nadiren	17	17,7	18	18,7	40	41,2
	Bazen	10	10,4	14	14,5	32	32,9
Ani idrar yapma hissi geldiğinde idrar kaçıрма	Asla	76	79,1	66	68,7	54	55,6
	Bazen	20	20,8	30	31,2	43	44,3
Öksürme, gülme vb. sırasında idrar kaçıрма	Asla	75	78,1	66	68,7	54	55,6
	Bazen	21	21,8	30	31,2	43	44,3
Vajende kuruluk nedeniyle ağrı durumu	Hiç	88	91,6	81	84,3	79	81,4
	Çok az	8	8,3	7	7,2	10	10,3
	Bazen	0	0	8	8,3	8	8,2
Cinsel hayatın çok kötü olduğunu düşünme	Hiç	72	75,0	57	59,3	40	41,2
	Çok az	14	14,5	10	10,4	9	9,2
	Bazen	10	10,4	29	30,2	48	49,4
Cinsel ilişki sırasında ağrı durumu	Hiç	89	92,7	80	83,3	79	81,4
	Çok az	7	7,2	16	16,6	18	18,5
Cinsel ilişki sırasında idrar kaçıрма	Hiç	84	87,5	69	71,8	59	60,8
	Çok az	7	7,2	10	10,4	15	15,4
	Bazen	5	5,2	17	17,7	23	23,7
İdrar kaçıрма nedeniyle çamaşır değiştirme/koruyucular kullanma ihtiyacı	Hiç	78	81,2	66	68,7	54	55,6
	Çamaşır değiştiriyorum	6	6,2	8	8,3	4	4,1
	Küçük pedler kullanıyorum	12	12,5	22	22,9	39	40,2
Çamaşır ya da koruyucu değiştirme sayısı	Hiç	77	80,2	66	68,7	54	55,6
	1	13	13,5	17	17,7	17	17,5
	2-3	6	6,2	13	13,5	26	26,8
Elbise, kıyafet değiştirmek zorunda kalma	Hiç	82	85,4	66	68,7	54	55,6
	Nadiren	11	11,4	10	10,4	17	17,5
	Bazen	3	3,1	20	20,8	26	26,8

Tablo 5 (devam).

Su ve sıvı alımını kesme (su içmeme) zorunluluğu	Hiç	75	78,1	64	66,6	33	34,0
	Nadiren	8	8,3	3	3,1	5	5,1
	Bazen	13	13,5	14	14,5	20	20,6
	Çoğu zaman	0	0	15	15,6	39	40,2
Bu durumun gündelik işleri etkilemesi	Hiç	79	82,2	66	68,7	54	55,6
	Nadiren	6	6,2	7	7,2	3	3,0
	Bazen	11	11,4	23	23,9	40	41,2
Tuvaletin olmadığı yerlere gitmekten kaçınma	Hiç	78	81,2	66	68,7	54	55,6
	Nadiren	7	7,2	7	7,2	3	3,0
	Bazen	11	11,4	23	23,9	40	41,2
Bu durumun fiziksel aktiviteleri engellemesi (alışveriş, temizlik gibi)	Hiç	80	83,3	66	68,7	54	55,6
	Nadiren	5	5,2	7	7,2	3	3,0
	Bazen	11	11,4	23	23,9	40	41,2
Bu durumun sosyal hayata engel olması (arkadaşlarla buluşmak, alışveriş)	Hiç	79	82,2	66	68,7	54	55,6
	Nadiren	6	6,2	7	7,2	3	3,0
	Bazen	11	11,4	23	23,9	40	41,2
Bu durumun sosyal hayata engel olması	Hiç	78	81,2	67	69,7	54	55,6
	Nadiren	7	7,2	7	7,2	3	3,0
	Bazen	11	11,4	22	22,9	40	41,2
Toplam		96	100,0	96	100,0	97	100,0

Tablo 5'teki bazı değerler incelendiğinde üçüncü trimesterde olan gebelerin %41,2'sinin 2 kez ve üzeri gece tuvalete kalktığı görüldü. Üçüncü trimesterdeki gebelerin %49,4'ünün bazen cinsel hayatlarının çok kötü olduğunu düşündükleri saptandı. Su ve sıvı alımını kesme zorunluluğuna bakıldığında üçüncü trimesterdeki gebelerin %40,2'sinin çoğu zaman su alımını kestiği bulundu.

Tablo 6: Trimestere Göre Kabızlık Şikâyetinin Karşılaştırılması (N=289)

		trimester			Toplam	p	
		1.	2.	3.			
Kabızlık	Var	n	14	17	65	96	0,00
		%	14,6	17,7	67,7	100,0	
	Yok	n	82	79	32	193	
		%	42,5	40,9	16,6	100,0	
Toplam	n	96	96	97	289		
	%	33,2	33,2	33,6	100,0		

Ki-kare analizi

Tablo 6 incelendiğinde, kabızlık şikâyeti olan gebelerin %14,6'sı birinci, %17,7'si ikinci ve %67,7'si üçüncü trimesterde olduğu görüldü. Kabızlık şikâyeti ile trimester dönemi arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Üçüncü trimesterde olan gebelerde kabızlık şikâyeti oranı daha yüksekti.

Tablo 7: I-QOL'den Elde Edilen Puanlara Ait Betimsel Bilgiler (N=289)

Değişken	n	$\bar{X}\pm Ss$	Medyan
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	289	82,69±24,54	97,50
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	289	84,24±24,34	100,00
Sosyal izolasyon (I-QOL)	289	84,37±24,82	100,00
Toplam (I-QOL)	289	83,71±24,43	99,09

Tablo 7 incelendiğinde, davranışların sınırlanması 82,69±24,54;, psikososyal etkilenme 84,24±24,34;, sosyal izolasyon 84,37±24,82 ve toplam puan ortalamaları 83,71±24,43 olarak hesaplandı.

Tablo 8: Trimesterlere Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Trimester	n	$\bar{X}\pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	1.	96	93,13±13,38	57,67	0,00
	2.	96	82,47±26,42		
	3.	97	72,58±26,96		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	1.	96	93,98±13,69	32,84	0,00
	2.	96	82,73±26,39		
	3.	97	76,08±27,18		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	1.	96	94,08±13,39	17,91	0,00
	2.	96	82,54±27,20		
	3.	97	76,58±27,92		
Toplam (I-QOL)	1.	96	93,69±13,35	51,95	0,00
	2.	96	82,59±26,55		
	3.	97	74,92±27,15		

Kruskal-Wallis H Testi (KW)

Tablo 8 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=57,67$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=32,84$ $p<0,01$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=17,91$ $p<0,01$) ve toplam (KW $\chi^2=51,95$ $p<0,01$) puan ortalamalarında trimesterlere bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Trimester arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının azaldığı saptandı.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte birinci trimesterde olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları, ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı görüldü.

Tablo 9: Yaş Gruplarına Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Yaş grubu	n	$\bar{X} \pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	18-24	51	96,42±9,84	28,79	0,00
	25-29	118	83,37±22,92		
	30-34	89	79,04±26,86		
	35-39	31	67,98±29,51		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	18-24	51	97,73±7,93	32,31	0,00
	25-29	118	85,05±23,00		
	30-34	89	80,72±26,42		
	35-39	31	69,03±29,76		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	18-24	51	97,57±9,05	23,59	0,00
	25-29	118	85,08±23,40		
	30-34	89	80,99±27,16		
	35-39	31	69,68±30,37		
Toplam (I-QOL)	18-24	51	97,22±8,81	30,36	0,00
	25-29	118	84,45±22,91		
	30-34	89	80,17±26,69		
	35-39	31	68,80±29,74		

Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 9 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=28,79$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=32,31$ $p<0,01$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=23,59$ $p<0,01$) ve toplam (KW $\chi^2=30,36$ $p<0,01$) puan ortalamalarında yaş gruplarına bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Yaş arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının azaldığı saptandı.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte 18-24 yaş grubunda bulunan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en yüksek bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı görüldü.

Tablo 10: Gelir Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Gelir durumu	n	$\bar{X}\pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Gelir giderden fazla	72	87,71±21,37	4,39	0,11
	Gelir gidere denk	166	80,35±25,23		
	Yetersiz	51	83,24±25,80		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Gelir giderden fazla	72	89,57±20,58	6,41	0,04
	Gelir gidere denk	166	82,25±24,99		
	Yetersiz	51	83,18±26,38		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Gelir giderden fazla	72	89,22±21,95	4,48	0,11
	Gelir gidere denk	166	82,41±25,45		
	Yetersiz	51	83,92±26,10		
Toplam (I-QOL)	Gelir giderden fazla	72	88,81±21,11	5,17	0,08
	Gelir gidere denk	166	81,59±25,08		
	Yetersiz	51	83,37±26,01		

Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 10 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=4,39$ $p>0,05$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=4,48$ $p>0,05$) ve toplam (KW $\chi^2=5,17$ $p>0,05$) puan ortalamalarında gelir durumuna bağlı anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Diğer yandan, psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=6,41$ $p<0,05$) puan ortalamalarında gelir durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte gelirin gelirin gidere denk olduğunu belirten gebelerin psikososyal etkilenme puan ortalaması, giderinden fazla olduğunu ve gelirin yetersiz olduğunu ifade eden gebelerin puan ortalamasından yüksek bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı görüldü.

Tablo 11: Çalışma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Çalışma Durumu	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Ev Hanımı (EH)	62	75,40±29,30	6287,50	-1,36	0,17
	çalışan	227	84,68±22,74			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	EH	62	75,70±30,01	5896,50	-2,14	0,03
	çalışan	227	86,57±22,06			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	EH	62	76,06±30,07	5800,00	-2,53	0,01
	çalışan	227	86,64±22,74			
Toplam (I-QOL)	EH	62	75,67±29,67	6168,50	-1,55	0,12
	çalışan	227	85,90±22,37			

Mann-Whitney U Testi (Z)

Tablo 11 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-1,36$; $p>0,05$) ve toplam ($Z=-1,55$; $p>0,05$) puan ortalamalarında çalışma durumuna bağlı anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Diğer yandan, psikososyal etkilenme ($Z=-2,14$; $p<0,05$) ve sosyal izolasyon ($Z=-2,53$; $p<0,05$) puan ortalamalarında çalışma durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 12: Evlilik Süresine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Evlilik süresi	n	$\bar{X} \pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	1 yıldan az	43	97,85±5,89	48,13	0,00
	1-5 yıl	137	88,45±19,42		
	6-10 yıl	81	73,12±26,93		
	11-15 yıl	28	58,93±30,46		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	1 yıldan az	43	99,33±3,45	64,56	0,00
	1-5 yıl	137	90,12±18,52		
	6-10 yıl	81	74,51±27,52		
	11-15 yıl	28	60,40±30,33		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	1 yıldan az	43	99,16±4,41	51,22	0,00
	1-5 yıl	137	90,10±19,38		
	6-10 yıl	81	75,16±28,08		
	11-15 yıl	28	60,29±30,69		
Toplam (I-QOL)	1 yıldan az	43	98,75±4,45	51,10	0,00
	1-5 yıl	137	89,51±18,92		
	6-10 yıl	81	74,15±27,32		
	11-15 yıl	28	59,84±30,39		

Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 12 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=48,13$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=64,56$ $p<0,01$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=51,22$ $p<0,01$) ve toplam (KW $\chi^2=51,10$ $p<0,01$) puan ortalamalarında evlilik süresine bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Evlilik süresi arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları azaldığı görüldü.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte evlilik süresi “1 yıldan az” olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en yüksek bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı gözlemlendi.

Tablo 13: Eğitim Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Eğitim durumu	n	$\bar{X} \pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	İlköğretim	55	65,00±30,53	20,45	0,00
	Lise	122	84,45±22,62		
	Yüksekokul/Üniversite	111	89,91±18,10		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	İlköğretim	55	66,06±30,64	31,48	0,00
	Lise	122	86,19±22,40		
	Yüksekokul/Üniversite	111	91,49±17,27		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	İlköğretim	55	66,11±30,94	34,01	0,00
	Lise	122	86,39±22,71		
	Yüksek okul/Üniversite	111	91,60±18,27		
Toplam (I-QOL)	İlköğretim	55	65,69±30,58	22,17	0,00
	Lise	122	85,60±22,42		
	Yüksekokul/Üniversite	111	90,94±17,72		

Kruskal-Wallis H testi

Tablo 13 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=20,75$ p<0,01), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=31,48$ p<0,01), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=34,01$ p<0,01) ve toplam (KW $\chi^2=22,17$ p<0,01) puan ortalamalarında eğitim durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Eğitim düzeyi arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının arttığı görüldü.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte ilköğretim mezunu gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en düşük bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı gözlemlendi.

Tablo 14: BKİ Gruplarına Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	BKİ	n	$\bar{X} \pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	zayıf	9	95,83±12,50	77,64	0,00
	normal	134	93,58±14,44		
	fazla kilolu	117	77,37±25,52		
	obez	29	49,74±24,42		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	zayıf	9	95,80±12,59	86,80	0,00
	normal	134	95,04±13,64		
	fazla kilolu	117	78,73±26,00		
	obez	29	52,95±24,96		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	zayıf	9	95,56±13,33	72,00	0,00
	normal	134	95,04±14,12		
	fazla kilolu	117	79,25±26,55		
	obez	29	52,28±25,63		
Toplam (I-QOL)	zayıf	9	95,76±12,73	83,05	0,00
	normal	134	94,51±13,93		
	fazla kilolu	117	78,35±25,83		
	obez	29	51,63±24,80		

Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 14 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=77,64$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=86,80$ $p<0,01$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=72,00$ $p<0,01$) ve toplam (KW $\chi^2=83,00$ $p<0,01$) puan ortalamalarında BKİ gruplarına bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi. BKİ değeri arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görüldü.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte zayıf olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en yüksek bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı gözlemlendi.

Tablo 15: Kabızlık Şikayetine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Kabızlık	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	96	65,81±27,19	3862,50	-8,55	0,00
	Yok	193	91,09±18,01			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	96	68,40±27,66	4539,00	-7,73	0,00
	Yok	193	92,11±17,96			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	96	68,25±28,44	5062,50	-7,50	0,00
	Yok	193	92,39±18,15			
Toplam (I-QOL)	Var	96	67,42±27,53	3920,00	-8,34	0,00
	Yok	193	91,80±17,93			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 15 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-8,55$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-7,73$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-7,50$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-8,34$ $p<0,01$) puan ortalamalarında kabızlık şikayetine bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 16: Doğum Deneyimine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Doğum deneyimi	n	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	192	77,64±26,99	6529,00	-4,39	0,00
	Yok	97	92,68±14,36			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	192	78,87±27,09	6027,00	-5,36	0,00
	Yok	97	94,87±12,09			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	192	79,25±27,61	6834,00	-4,41	0,00
	Yok	97	94,52±13,26			
Toplam (I-QOL)	Var	192	78,51±27,09	6319,00	-4,66	0,00
	Yok	97	93,99±13,01			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 16 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-4,39$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-5,36$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-4,41$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-4,66$ $p<0,01$) puan ortalamalarında doğum deneyimine bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 17: Doğum Şekline Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Doğum şekli	n	$\bar{X} \pm Ss$	KW	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	NSD	124	71,27±27,44	29,19	0,00
	C/S (Sezaryen)	50	96,15±9,81		
	NSD+C/S	18	70,14±33,08		
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	NSD	124	72,67±27,35	33,20	0,00
	C/S	50	97,33±10,07		
	NSD+C/S	18	70,25±34,32		
Sosyal izolasyon (I-QOL)	NSD	124	73,10±28,20	28,29	0,00
	C/S	50	97,68±10,13		
	NSD+C/S	18	70,44±33,97		
Toplam (I-QOL)	NSD	124	72,26±27,49	31,90	0,00
	C/S	50	96,98±9,87		
	NSD+C/S	18	70,25±33,71		

Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 17 incelendiğinde, davranışların sınırlanması (KW $\chi^2=29,19$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme (KW $\chi^2=33,20$ $p<0,01$), sosyal izolasyon (KW $\chi^2=28,29$ $p<0,01$) ve toplam (KW $\chi^2=31,90$ $p<0,01$) puan ortalamalarında doğum şekline bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

İleri analiz için yapılan post-hoc testte doğum şekli “NSD” ve “NSD+C/S” olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları doğum şekli sezaryen olan gebelerin puan ortalamalarından düşük bulundu. Farkın bu gruptan kaynaklandığı gözlemlendi.

Tablo 18: NSD Sayısına Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	NSD sayısı	n	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	1-2	130	73,83±27,46	308,50	-3,53	0,00
	3 ve üzeri	12	41,88±15,71			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	1-2	130	75,08±27,50	292,50	-3,66	0,00
	3 ve üzeri	12	42,96±17,09			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	1-2	130	75,57±28,15	292,00	-3,82	0,00
	3 ve üzeri	12	42,33±17,10			
Toplam (I-QOL)	1-2	130	74,73±27,55	306,50	-3,51	0,00
	3 ve üzeri	12	42,42±16,39			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 18 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-3,53$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-3,66$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-3,82$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-3,51$ $p<0,01$) puan ortalamalarında NSD sayısına bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 19: Epizyotomi Deneyimine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Epizyotomi	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	141	70,96±28,11	1837,50	-5,37	0,00
	Yok	51	96,13±9,71			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	141	72,18±28,22	1740,00	-5,74	0,00
	Yok	51	97,34±9,97			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	141	72,57±28,89	1963,00	-5,41	0,00
	Yok	51	97,73±10,03			
Toplam (I-QOL)	Var	141	71,82±28,24	1740,00	-5,60	0,00
	Yok	51	96,99±9,77			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 19 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-5,37$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-5,74$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-5,41$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-5,60$ $p<0,01$) puan ortalamalarında epizyotomi deneyimine bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 20: Düşük/Küretaj Deneyimine Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Düşük/Küretaj	N	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	66	62,31±25,28	3441,00	-6,95	0,00
	Yok	223	88,72±20,84			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	66	65,05±25,69	3384,00	-7,29	0,00
	Yok	223	89,92±20,82			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	66	64,67±25,99	3518,50	-7,69	0,00
	Yok	223	90,21±21,26			
Toplam (I-QOL)	Var	66	63,97±25,43	3415,00	-6,90	0,00
	Yok	223	89,55±20,85			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 20 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-6,95$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-7,29$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-7,69$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-6,90$ $p<0,01$) puan ortalamalarında düşük/küretaj deneyimine bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 21: Bebek Ağırlığına Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Maksimum bebek ağırlığı	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	4000 gr altı	124	90,46±18,53	1128,50	-8,70	0,00
	4001 gr ve üstü	68	54,26±24,22			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	4000 gr altı	124	91,54±18,47	1147,00	-8,76	0,00
	4001 gr ve üstü	68	55,75±25,01			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	4000 gr altı	124	92,23±18,53	1295,50	-8,93	0,00
	4001 gr ve üstü	68	55,59±25,74			
Toplam (I-QOL)	4000 gr altı	124	91,30±18,40	1090,50	-8,72	0,00
	4001 gr ve üstü	68	55,17±24,79			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 21 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-8,70$ $p<0,01$), psikososyal etkilenme ($Z=-8,76$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-8,93$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-8,72$ $p<0,01$) puan ortalamalarında maksimum bebek ağırlığına bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 22: Doğum Sonrası Egzersiz Yapma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Doğum sonrası egzersiz	n	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	9	99,17±1,77	413,50	-2,61	0,01
	Yok	183	76,58±27,21			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	9	100,00±0,00	351,00	-3,05	0,00
	Yok	183	77,83±27,33			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	9	100,00±0,00	472,50	-2,43	0,02
	Yok	183	78,23±27,88			
Toplam (I-QOL)	Var	9	99,70±0,64	372,00	-2,85	0,00
	Yok	183	77,47±27,33			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 22 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-2,61$ $p<0,05$), psikososyal etkilenme ($Z=-3,05$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-2,43$ $p<0,05$) ve toplam ($Z=-2,85$ $p<0,01$) puan ortalamalarında doğum sonrası egzersiz yapma durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 23: Sigara Kullanma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Sigara	n	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	126	76,47±25,18	8112,00	-3,24	0,00
	Yok	163	87,50±22,99			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	126	78,61±24,61	7878,00	-3,71	0,00
	Yok	163	88,59±23,29			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	126	78,25±25,25	7515,00	-4,67	0,00
	Yok	163	89,10±23,49			
Toplam (I-QOL)	Var	126	77,75±24,82	8082,00	-3,24	0,00
	Yok	163	88,31±23,17			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 23 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-3,24$ $p<0,05$), psikososyal etkilenme ($Z=-3,71$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-4,67$ $p<0,05$) ve toplam ($Z=-3,24$ $p<0,01$) puan ortalamalarında sigara kullanma durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 24: Gebelikte Sigara Kullanma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Gebelikte sigara kullanımı	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	125	76,58±25,25	8161,50	-3,14	0,00
	Yok	164	87,35±23,00			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	125	78,86±24,54	7958,50	-3,56	0,00
	Yok	164	88,33±23,45			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	125	78,46±25,24	7595,50	-4,50	0,00
	Yok	164	88,88±23,60			
Toplam (I-QOL)	Var	125	77,94±24,82	8162,00	-3,10	0,00
	Yok	164	88,10±23,25			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 24 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-3,14$ $p<0,05$), psikososyal etkilenme ($Z=-3,56$ $p<0,01$), sosyal izolasyon ($Z=-4,50$ $p<0,05$) ve toplam ($Z=-3,10$ $p<0,01$) puan ortalamalarında hamilelikte sigara içme durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 25: Alkol Kullanma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Alkol	n	$\bar{X} \pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	43	74,59±24,83	4062,00	-2,57	0,01
	Yok	246	84,11±24,27			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	43	76,90±24,85	4202,00	-2,35	0,02
	Yok	246	85,52±24,07			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	43	76,00±25,98	3990,00	-3,07	0,00
	Yok	246	85,84±24,37			
Toplam (I-QOL)	Var	43	75,86±24,97	4030,50	-2,60	0,01
	Yok	246	85,08±24,12			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 25 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-2,57$ $p<0,05$), psikososyal etkilenme ($Z=-2,35$ $p<0,05$), sosyal izolasyon ($Z=-3,07$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-2,60$ $p<0,05$) puan ortalamalarında alkol kullanma durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

Tablo 26: Gebelikte Alkol Kullanma Durumuna Göre I-QOL ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=289)

Değişkenler	Gebelikte alkol	n	$\bar{X}\pm Ss$	U	Z	p
Davranışların sınırlanması (I-QOL)	Var	43	74,59±24,83	4062,00	-2,57	0,01
	Yok	246	84,11±24,27			
Psikososyal etkilenme (I-QOL)	Var	43	76,90±24,85	4202,00	-2,35	0,02
	Yok	246	85,52±24,07			
Sosyal izolasyon (I-QOL)	Var	43	76,00±25,98	3990,00	-3,07	0,00
	Yok	246	85,84±24,37			
Toplam (I-QOL)	Var	43	75,86±24,97	4030,50	-2,60	0,01
	Yok	246	85,08±24,12			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 26 incelendiğinde, davranışların sınırlanması ($Z=-2,57$ $p<0,05$), psikososyal etkilenme ($Z=-2,35$ $p<0,05$), sosyal izolasyon ($Z=-3,07$ $p<0,01$) ve toplam ($Z=-2,60$ $p<0,05$) puan ortalamalarında gebelikte alkol kullanma durumuna bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi.

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans fiziksel, sosyal, eğitim ve iş yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşamı tehdit eden bir semptom olmamakla birlikte kadınların yaşam kalitesinin büyük ölçüde azalmasına sebep olan bir sağlık problemidir (Abrams et al., 2002). Gebelik süresince meydana gelen hormonal ve mekanik değişiklikler kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını artırmaktadır (Uyar Hazar, 2008). Bu bölümde gebelerde trimesterlere göre üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular, ilgili literatur ile tartışılmıştır.

Gebelikte ilk kez Wesnes ve Lose, üriner inkontinans insidansını % 17-54 ,prevalansını ise ortalama % 35-67 olduğunu belirtmiştir (Wesnes and Lose, 2013).

Araştırmada gebelik sırasında ortaya çıkan üriner yakınmalar dikkate alındığında, birinci trimesterdeki gebelerin %6,2'sinin; ikinci trimesterdeki gebelerin %20,8'inin ve üçüncü trimesterdeki gebelerin %41,2'sinin gece iki kez ve üzeri tuvalete kalktığı saptandı. Araştırmaya katılan gebelerin %67,4 gibi bir çoğunluğunun gece en az bir kez tuvalete kalktığı belirlendi. Aniden idrar yapma hissi incelendiğinde birinci trimesterdeki gebelerin %17,7'sinin nadiren, %10,4'ünün bazen yaşadığı; ikinci trimesterdeki gebelerin %18,7'sinin nadiren, %14,5'inin bazen yaşadığı ve üçüncü trimesterdeki gebelerin %41,2'sinin nadiren, %32,9'unun bazen yaşadığı saptandı. Araştırmaya katılan gebelerin %45,3'ünün aniden sıkışma hissi yaşadığı belirlendi. Bu hisse bağlı birinci trimesterlerdeki gebelerin %20,8'inin, ikinci trimesterdeki gebelerin %31,2'sinin ve üçüncü trimesterdeki gebelerin %44,3'ünün bazen idrar kaçırdığı saptandı. Araştırmaya katılan gebelerin aniden sıkışmaya bağlı idrar kaçırmaya oranının %32,1 olduğu belirlendi. Gebelikte öksürme, gülme vb. sırasında idrar kaçırmaya oranını birinci trimesterdeki gebelerin %21,8'inin, ikinci trimesterdeki gebelerin %31,2'sinin ve üçüncü trimesterdeki gebelerin %44,3'ünün bazen yaşadığı saptandı. Araştırmaya katılan gebelerin öksürme, gülme vb. sırasında idrar kaçırmaya oranını %32,5 olarak belirlendi. Beyazıt'ın 2015 yılında yaptığı gebeliğin üriner inkontinansa etkisini araştırdığı çalışmasında gebelik sırasında gebelerin %86,1 gibi büyük çoğunluğunda gece tuvalete kalkma ihtiyacı gözlenmiştir. Gebelerin %27,8'i aniden sıkışma hissi yaşadığını belirtmiştir.

Gebelerin %18,1'i gebelikte karın içi basıncı artıran (öksürme, gülme, hapşırma gibi) durumlarda idrar kaçağının olduğunu belirtmiştir (Beyazıt, 2015). Eroğlu Bayrak'ın yaptığı araştırmada gebelik süresince gebelerin %50.8'inin öksürme, hapşırma, gülme vb. durumlar sonucu; %15.9'unun aniden sıkışma sonucu idrar kaçırdıkları belirlenmiştir (Eroğlu Bayrak, 2018). Leroy ve arkadaşlarının araştırmasında 37. gebelik haftasında olan gebelerin üriner inkontinans riskinin 2,5 kat yükseldiği bulunmuştur (Leroy et. al., 2016). Ayrıca Liang ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada trimester ilerledikçe üriner inkontinans sıklığının arttığı saptanmıştır (Liang et. al., 2012). Araştırmada gece idrara kalkma durumu, aniden idrar yapma hissi, aniden idrar yapma hissine bağlı idrar kaçırma ve öksürme, gülme vb. sırasında idrar kaçırma durumlarının trimester dönemi arttıkça sık yaşandığı saptandı. Elde edilen sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada gebelikte idrar kaçırma nedeniyle küçük pedler kullananların %12,5'i birinci trimester, %22,9'u ikinci trimester ve %40,2'si üçüncü trimesterdedir. Araştırmada gebelikte idrar kaçırma nedeniyle küçük ped kullanma oranı trimester ilerledikçe artmaktadır. İdrar kaçırma nedeniyle ped kullananların genel oranı %80,2'dir. Literatüre bakıldığında Pirinççi'nin araştırmasında gebelik döneminde üriner inkontinans şikayeti olanların %66,4'ü sürekli ped kullanmaktadır (Pirinççi, 2016). Araştırma, Pirinççi'nin araştırması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada gebelerin birinci trimesterde %25'inin, ikinci trimesterde %40,6'sının ve üçüncü trimesterde %58,7'sinin cinsel hayatlarının iyi gitmediğini düşündükleri belirlendi. Vajende kuruluk nedeniyle ve cinsel ilişki sırasında ağrı durumunun trimester dönemi arttıkça fazlaştığı saptandı. Ayrıca gebelerin %26,6'sının cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığı ve trimester dönemleri arttıkça idrar kaçırmanın da arttığı saptandı. Gökyıldız'ın Türk gebe kadınlar üzerinde yapılan araştırmasının sonuçlarına göre; birinci trimesterde %70'inin, ikinci trimesterde %61.3'ün, üçüncü trimesterde %32'sinin haftada 1-4 kez cinsel ilişkiye girdiği tespit edilmiş olup kadınların gebelik ayları ilerledikçe cinsel ilişkiye girme durumlarının azaldığı saptanmıştır (Gökyıldız, 2001). Efe'nin verdiği bilgilerde, gebelikte trimester ilerledikçe cinsel ilişki sırasında ağrı tanımlayan gebe kadın sayısı artmaktadır. Trimesterler kendi aralarında karşılaştırıldığında, trimester ilerledikçe cinsel ilişki sıklığında azalma görülmüştür (Efe,2006). Gökyıldız'ın araştırmasında

gebelik ayları ilerledikçe, özellikle son trimesterde cinsel ilişki sırasında ağrının arttığını, yaklaşık olarak gebelerin %30'unda belirlenmiştir (Gökyıldız, 2001). Araştırma gebelik haftasının artmasıyla cinsel ilişki sırasındaki şikayetlerin artmasına bağlı olarak cinsel hayatın kötü gittiğini göstermektedir.

Araştırmada üriner inkontinans problemine yönelik çamaşır/koruyucu değiştirme, elbise/kıyafet değiştirme zorunluluğu, sıvı alımını kesme, tuvaletin olmadığı yerlere gitmekten kaçınma, temizlik/alışveriş/arkadaşlarla buluşma gibi sosyal hayatı etkileyen durumların oranlarının trimester ilerledikçe paralel olarak arttığı saptandı (Tablo 5). Dağdeviren ve arkadaşlarının araştırmasında üriner inkontinansın; kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden iyiliği ve yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olduğu saptanmıştır. Yaşamın her döneminde olduğu gibi üriner inkontinansın gebelikte de kadınları etkilediği belirtilmiştir. (Dağdeviren ve ark, 2014). Kocaöz ve arkadaşlarının üriner inkontinans ile yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada inkontinansın, gebelerin yaşam kalitesini etkilemediği veya hafif düzeyde etkilediği belirtilmiştir (Kocaöz et al., 2010). Yapılan bir başka araştırmada kadınların üriner inkontinans problemi nedeniyle ev dışındaki sosyal etkinliklere katılamadıkları ve hüsrana duygusunu yoğun yaşadıkları saptanmıştır (Demir and Kızılkaya, 2015). Araştırma bu konu ile yapılan benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Kabızlık gebelik döneminde oldukça sık görülen bir problemdir. Araştırmada kabızlık şikâyeti olan gebelerin %14,6'sı birinci, %17,7'si ikinci ve %67,7'si üçüncü trimesterde olduğu görüldü. Kabızlık şikâyeti ile trimester dönemi arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$, Tablo 6). Üçüncü trimester döneminde olan gebelerde kabızlık şikâyeti oranı daha yüksek olarak saptandı. Kabızlık şikâyetine bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 15). Gebelikte kabızlık problemi yaşayanların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalaması, gebelikte kabızlık problemi yaşamayanların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamasından daha düşük bulundu. Araştırmada puan durumu azaldıkça gebelikte kabızlık probleminin yaşandığı ve bu problemi yaşayanların, gebelikte kabızlık problemi yaşamayanlara göre inkontinans yaşam kalitesinin

azaldığı saptandı. Literatürde gebelikte kabızlık prevalansının %11-38 olduğu ve en fazla üçüncü trimesterde görüldüğü bildirilmiştir (Sangsawang, 2014). Bekele ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelikte yaşanan konstipasyon ve üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Bekele et al., 2016). Üriner inkontinans riskinin konstipasyon sıklığı ile birlikte arttığı bildirilmiştir. Araştırmaya göre kabızlık probleminin gebelikteki üriner inkontinans gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu ve özellikle üçüncü trimesterde görüldüğü, bu durumun da gebelikte inkontinans yaşam kalitesini azalttığı söylenebilir.

Araştırmada kullanılan I-QOL'den elde edilen davranışların sınırlanması ($82,69\pm 24,54$), psikososyal etkilenme ($84,24\pm 24,34$), sosyal izolasyon ($84,37\pm 24,82$) ve toplam puan ortalamaları ($83,71\pm 24,43$) hesaplandı (Tablo 7). Van Brummen ve arkadaşları, Özerdoğan'ın, Kök'ün ve Choo ve arkadaşlarının çalışmasında üriner inkontinans sonucunda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmiştir (Van Brummen et al., 2006; Özerdoğan, 2003; Kök, 2005; Choo et al., 2007). Yurt dışında üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine yapılmış çalışmalarda; Fransa'da ortalama puan 62, İspanya'da 42, İsveç'te 66, Almanya'da 51, Slovakya'da 64 olarak bulunmuştur (Akgün, 2009). Akkuş'un yaptığı çalışmada I-QOL ölçeği puan ortalaması da 56.7 olarak bulunmuştur (Akkuş, 2014). Güzel İnal'ın 30 hafta ve üzerindeki gebelerle yaptığı çalışmada I-QOL ölçeği alt boyutlarına göre puan ortalamaları, davranışların sınırlandırılması 55.63 ± 19.69 , psikososyal etkilenme 73.04 ± 23.75 , sosyal izolasyon 60.27 ± 21.55 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 63.64 ± 20.93 'tür. Yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda gebe ve gebe olmayan kişilerden elde edilen inkontinans yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının bu çalışma sonuçlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Literatürde de inkontinansın prevalansının ve şiddetinin gebeliğin seyriyle arttığı bildirilmiştir. Dağdeviren ve arkadaşlarının 219 gebe ile yaptıkları çalışmalarında üriner inkontinans; yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelikte de yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olarak belirtmiştir. Çalışmalarda en yüksek üriner inkontinans semptomlarının üçüncü trimesterde görüldüğü ifade edilmiştir. (Dağdeviren ve ark., 2014; Solans ve diğerleri, 2010; Viktrup ve Lose, 2001; Van Brummen ve diğerleri, 2006). Güzel İnal'ın araştırması ile bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları farklılık gösterme olup, Güzel İnal'ın puan ortalamaları daha düşüktür (Güzel İnal, 2019). Literatürde de belirtildiği

üzere üriner inkontinans semptomları üçüncü trimesterde en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Bu çalışmada üriner inkontinans semptomlarının daha az görüldüğü birinci ve ikinci trimesterdeki gebeler araştırmaya dahil edilmişken Güzel İnal'ın çalışmasında semptomların en yoğun görüldüğü ve buna bağlı yaşam kalitesinin en düşük olduğu üçüncü trimesterdeki gebelerle çalışılmış olması farklılığı açıklar niteliktedir.

Araştırmada trimesterlere bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 8). Trimester arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Çitak'ın çalışmasında gebenin içinde bulunduğu trimesterin inkontinans için bir risk faktörü olduğu ve trimesterdeki bir birim artışın, gebelikte idrar kaçırma riskini 1.49 kat artırdığı belirlenmiştir. Tüm anlamlı değişkenlerden oluşan çoklu regresyon modelinde ise, sadece trimester değişkeninin gebelikte idrar kaçırma durumu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunduğu görülmüştür (Çitak, 2017). Trimesterle ilişkili artan üriner inkontinans riski, gebeliğin ilerlemesine paralel seyreden kollajen değişimi ile açıklanabilir. Relaksinin, uterus kaslarını gevşettiği bilinmekte ve birinci trimesterde korpus luteum tarafından üretilen relaksin düzeyinin gebelik öncesi düzeyden yüksek olduğu ve üçüncü ayda plasentanın relaksin üretimini devraldığı belirtilmektedir. Doğum sonu döneminde, kollajen gücünün %95'ini kaybettiği noktaya hızlı bir şekilde ulaşır. Bu durum, doğum vajen ve destek yapılarının mümkün olduğunca gevşemesine izin vermek içindir (Petros, 2015). Yapılan bir başka çalışmada ilerleyen trimester ile beraber inkontinansın prevalansının ve şiddetinin arttığı belirtilmiştir (Solans et. al., 2010). Araştırma literatür ile benzerlik göstermekte ve üçüncü trimesterin üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğunu, inkontinans yaşam kalitesini azalttığını belirtmektedir.

Araştırmada yaş gruplarına göre I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar görüldü ($p<0,05$, Tablo 9). Yaş ortalamaları azaldıkça puan ortalamalarının arttığı ve inkontinans yaşam kalitesinin yükseldiği saptandı. 18-24 yaş grubunda bulunan gebelerin inkontinans yaşam kalitelerinin en

fazla olduğu belirlendi. Güzel İnal'ın araştırmasında yaş arttıkça gebelerin alt üriner yol semptomlarının arttđđı saptanmıştır (Güzel İnal, 2019). Akkuş'un yükseklisans tezinde üriner inkontinans yaşama süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulundu (Akkş, 2014). Araştırmamız literatür ile benzer niteliktedir.

Araştırmada gelir durumuna bađđı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında gelir durumuna bađđı anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$, Tablo 10). Diğer yandan, psikososyal etkilenme puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlendi ($p<0,05$, Tablo 10). Gelirinin gidere denk olduğunu belirten gebelerin psikososyal etkilenme puan ortalaması, giderinden fazla olduğunu ve gelirinin yetersiz olduğunu ifade eden gebelerin puan ortalamasından yüksek bulundu. İnkontinans yaşam kalitesi daha yüksek saptandı. Bora Alkan'ın çalışmasında gebelerin gelir durumu ile üriner inkontinans arasında bir ilişki bulunmamıştır (Bora Alkan, 2018). Farklı olarak zdemir ve arkadaşlarının çalışmalarında gelir durumu düşük olan kişilerde üriner inkontinans oranı daha yüksek oranda saptanmış ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (zdemir et. al., 2018). Yine Liu ve arkadaşlarının in'de yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Araştırmada gelirin gidere denk olduğu gebelerde psikososyal etkilenme puan ortalamasında anlamlı farklılık çıkmasını, gelirin giderden fazla ve yetersiz olduğu gebelere göre geliri daha iyi yönetebildikleri düşünülebilir.

Araştırmada alışma durumuna bađđı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması ve toplam puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$, Tablo 11). Diğer yandan, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon puan ortalamalarında çalışma durumuna bađđı anlamlı farklılıklar gözlendi ($p<0,05$, Tablo 11). alışan gebelerin psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon puan ortalamalarının EH olan gebelerin psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve inkontinans yaşam kalitelerinin arttđđı bulundu. Literatürde Abdullah ve arkadaşlarının 2016 yılında üçüncü trimesterdeki 306 primigravida ile yaptđđđı çalışmada çalışma durumu incelenmiş, idrar kaçırma yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında çalışma durumu açısından fark bulunmamıştır (Abdullah et. al., 2016). Araştırmada farklılığın rastlantısal olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmada evlilik süresine bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,05$, Tablo 12). Evlilik süresi arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görüldü. Evlilik süresi “1 yıldan az” olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en yüksek bulundu. Bu durum inkontinans yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermiştir. Zeren’in yaptığı çalışmada evli olmanın üriner inkontinans açısından bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zeren, 2006). Araştırma literatür ile paralellik göstermektedir. Sonuçlar evliliğin uzaması ile birlikte artan yaş ve doğum sayısına bağlı üriner inkontinans risk faktörünün arttığını ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığını göstermektedir.

Araştırmada eğitim durumuna göre I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,05$, Tablo 13). Eğitim düzeyi arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının arttığı görüldü. İlköğretim mezunu gebelerin inkontinans yaşam kaliteleri daha düşük bulundu. Literatürde Oliveira ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 8 yıldan az eğitim görmüş gebelerin 8 yıldan fazla eğitim gören gebelere oranla üriner inkontinans riskinin 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Oliveira et al., 2013). Güzel İnal’ın 2019’da yaptığı yüksek lisans tezinde gebelerin eğitim düzeyi ile Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği puan ortalaması arasında önemli ilişki bulunmuştur. Okur-yazar olmayan gebelerin daha fazla üriner inkontinans yaşadığı saptanmıştır (Güzel İnal, 2019). Demircan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada eğitim seviyesi arttıkça üriner inkontinans görölme sıklığının azaldığı saptanmıştır (Demircan et al., 2016). Bir başka çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzeri olan kadınlarda üriner inkontinans görölme sıklığının büyük oranda azaldığı saptanmıştır (Terzi ve ark., 2013). Bu sonuçlar bize eğitim seviyesi arttıkça doğum sayısının azaldığını ve doğum sayısının azalmasıyla birlikte alt üriner yol semptomlarının düştüğünü göstermektedir. Araştırmamızdan çıkan sonuç literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada BKI gruplarına bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 14). BKI değeri arttıkça davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının azaldığı görüldü. Zayıf olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları en yüksek bulundu. Araştırmada BKI azaldıkça puan durumunun arttığı ve BKI'ne göre zayıf olan gebelerin normal, fazla kilolu, obez olan gebelere göre inkontinans yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. Bora Alkan'ın yaptığı çalışmada BKI'ne göre obez olan gebelerin, fazla kilolu olan gebelerin inkontinans yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (Bora Alkan, 2018). Araştırma, Bora Alkan'ın çalışması ile benzer niteliktedir.

Araştırmada gebelerin %66,4'ünün daha önce doğum yaptığı ve daha önce doğum yaptığını ifade eden gebelerin %64,5'inin doğum şeklinin NSD olduğu bulundu. C/S doğum yapanların oranı %26, her iki doğum şeklini deneyimleyenlerin oranı %9,3'tür. Daha önce hiç doğum yapmayan gebelerin araştırmadaki oranı %33,6'dır. Araştırmada I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında doğum şekline bağlı anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 17). Doğum şekli "NSD" ve "NSD+C/S" olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları; doğum şekli C/S olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarından düşük bulundu. Araştırmada NSD deneyimleyenlerin inkontinans yaşam kalitesi C/S doğum deneyimleyen gebelere göre daha düşük bulundu. Literatüre bakıldığında Türkiye'de gerçekleşen doğumların %61'i NSD'dir (TNSA, 2013). Pirinççi'nin yaptığı araştırmada NSD oranı ise; %63,1 olarak tespit edilmiştir (Pirinççi, 2016). Doğum komplikasyonlarına bağlı olarak NSD'de, sezaryen doğumlardan daha sık üriner inkontinans görülmektedir (Handa et al., 2011). Yapılan başka bir çalışmada NSD'nin pelvik fasiyal desteğe hasar verdiğini, pelvik taban ve üretral kasların parsiyel sinir hasarına yol açtığı ve vajinal doğumla fonksiyonel üretral uzunluk, üretral kapanma basıncı ve maksimum üretral basınçta azalma meydana geldiğini bu sebeplerden dolayı sezaryen doğumun stres inkontinansa karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu öne sürmektedir (Walters and Karram, 2006).

Dinç'in araştırmasında daha önce NSD yapan gebelerde sezeryanla doğum yapan gebelere oranla üriner inkontinans şikayetine daha fazla rastlandığı saptanmıştır (Dinç, 2018). Araştırma bulguları NSD deneyimleyen gebelerin üriner inkontinans yaşam kalitesinin düşük olduğunu ve NSD'nin üriner inkontinans açısından bir risk oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmada NSD sayısına bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,05$, Tablo 18). Doğum sayısı 3 ve üzeri olan gebelerin, davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları; doğum sayısı 1-2 olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarına göre daha düşük bulundu. Doğum sayısı arttıkça puan ortalamasının azaldığı ve inkontinans yaşam kalitesinin düştüğü saptandı. Literatüre bakıldığında perinede travmalara doğum sayısının fazla olması neden olabilmektedir. Perine travması doğum sonrası dönemde üriner inkontinans için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Karakuş ve Yanikkerem, 2015). Yapılan bir çalışmada, 4 ve üzeri sayıda ve normal doğum yapanların yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde düşük olduğu belirtilmiştir (Akgün, 2009). Araştırma, literatürle paralel olarak fazla doğum yapmaya bağlı üriner inkontinans risk faktörünün arttığını ve buna bağlı inkontinans yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir.

Araştırmada epizyotomi deneyimleme durumuna bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,05$, Tablo 19). Daha önce epizyotomi deneyimleyen gebelerin puan ortalamalarının, epizyotomi deneyimlemeyen gebelerin puan ortalamasından daha düşük olduğu ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Yapılan çalışmalar kadınlarda mediolateral epizyotominin pelvik taban kas kuvvetini azalttığını; median epizyotominin perineal travmaları koruyamadığı, anal sfinkter yırtıklarını artırdığı ve pelvik taban kas kuvvetini zayıflattığını göstermektedir (Phillips and Monga, 2005; Anger et. al., 2006). Başka çalışmalarda kontrollü bir şekilde uygulanan epizyotominin perine hasarını azalttığı ve sfinkter yırtıklarını önlediği belirtilmektedir. 2009'daki Cochrane derlemesinde epizyotominin üriner inkontinansı artıran bir risk faktörü

olmadığının bildirilmesi ile birlikte epizyotomi ile inkontinans ilişkisi netlik kazanamamıştır (Carroli ve Mignini, 2009). Bu araştırmada önceki doğumunda epizyotomi uygulanan gebeler arasında üriner inkontinans açısından ilişki bulunmuş olup, epizyotominin üriner inkontinans açısından risk olduğu ve yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır.

Araştırmada düşük/küretaj deneyimine bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ($p<0,05$, Tablo 20). Daha önce düşük/küretaj deneyimi yaşayan gebelerin puan ortalamalarının yaşamayanlara göre daha düşük olduğu ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Literatürde düşük/küretaj deneyimi ile üriner inkontinans ilişkisine yönelik farklı sonuçlar mevcuttur. Brown ve arkadaşlarının 1507 gebeyle çalıştığı araştırmasında önceki düşük ve küretajların gebelikteki üriner inkontinans için güçlü bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Brown et. al., 2010). Abdullah ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir araştırmada ise önceki abortus ve küretaj öyküsünün gebelikte inkontinansı etkilemediği ortaya konmuştur (Abdullah et. al., 2016). Araştırma Brown ve arkadaşlarının çalışması ile paralellik göstermekte ve düşük/küretaj deneyiminin inkontinans yaşam kalitesini azalttığını belirtmektedir.

Araştırmada maksimum bebek ağırlığına bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlendi ($p<0,05$, Tablo 21). Önceki doğumunda maksimum bebek ağırlığı 4000 gramın altında olan gebelerin davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamaları, 4001 gram ve üzeri olan gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulundu ve inkontinans yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. Hunskaar ve arkadaşlarının, 2004 yılında yaptıkları çalışmada 4000 gr üzerindeki doğum ağırlığının bir sonraki gebelikteki idrar inkontinansı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. (Hunskaar et. al., 2004). Araştırma iri bebek doğumunun gebelikte üriner inkontinans açısından bir risk faktörü olduğunu düşündürmekte ve inkontinans yaşam kalitesini azalttığını göstermektedir.

Araştırmada doğum sonrası egzersiz yapma durumuna bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 22). Doğum sonrası egzersiz yapanların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. İnkontinans yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Literatürde gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisinde PTKE önerilmektedir (Dinç ve Beji, 2008). Sonuçlar doğum sonrası egzersiz yapmanın üriner inkontinansa karşı koruyucu olduğunu ve inkontinans yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir.

Araştırmada gebelerin %43,6'sının sigara kullandığı anlaşıldı. Sigara kullanma durumuna bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 23). Sigara kullananların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalaması , sigara kullanmayanların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamasından daha düşük bulundu. Araştırmada sigara kullananların, sigara kullanmayanlara göre puan ortalamalarının düştüğü ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Araştırmada gebelerin %43,3'ünün gebelikte sigara kullandığı anlaşıldı. Gebelikte sigara içme durumuna bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p<0,05$, Tablo 24). Gebelikte sigara kullananların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalaması, gebelikte sigara kullanmayanların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamasından daha düşük bulundu. Araştırmada sigara kullanımının puan ortalamasını düşürdüğü ve gebelikte sigara kullananların, kullanmayanlara göre inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Literatürde sigara kullanımı ile üriner inkontinans ilişkisine yönelik farklı sonuçlar mevcuttur. Brown ve ark.'nın 2010 yılında yaptıkları araştırmada sigara kullanımının üriner inkontinans açısından bir risk faktörü olmadığı bulunmuştur (Brown et al., 2010). Buna karşın sigaranın östrojen seviyesini azalttığı ve kolojen yapımını olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Özellikle sigara içmeye bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün karın iç basıncını

artırdığı ve uzun dönemde pelvik taban kaslarını gevşettiği vurgulanmıştır (Bump and McClish, 1992). Yapılan bir başka çalışmada gebelikte sigara kullanma ile beraber alt üriner yol semptomlarının arttığı saptanmıştır (Güzel İnal, 2019). Araştırma, Bump and McClish ve Güzel İnal'ın çalışması ile paralellik göstermekte ve sigara öyküsünün inkontinans yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmektedir. Araştırmanın Brown ve ark.'nın yaptığı çalışma ile farklılık göstermesinin nedenini, örneklemini gebelik öncesi ve gebelik sırasında hiç doğum yapmayan kadınların oluşturduğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Araştırmada alkol ve gebelikte alkol kullanma durumuna bağlı I-QOL alt boyutlarından davranışların sınırlanması psikososyal etkilenme sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,05$, Tablo 25-26). Alkol ve gebelikte alkol kullananların davranışların sınırlanması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. İnkontinans yaşam kalitesi daha düşük bulundu. Literatürde alkolün üriner inkontinansı etkileyen maddelerden biri olduğu belirtilmektedir (Demirci ve Coşar, 2009). Ancak gebelikte alkol kullanımına bağlı üriner inkontinans gelişimini araştıran bir çalışmaya rastlanmadı. Alkolün inkontinans açısından bir risk faktörü olduğunu ve inkontinans yaşam kalitesini azalttığını düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR

- ✓ Araştırmada gece idrara kalkma durumu, aniden idrar yapma hissi, aniden idrar yapma hissine bağlı idrar kaçırma ve öksürme, gülme vb. sırasında idrar kaçırma durumlarının trimester dönemi arttıkça sık yaşandığı saptandı.
- ✓ Araştırmada gebelikte idrar kaçırma nedeniyle küçük ped kullanma oranının trimester ilerledikçe arttığı bulundu.
- ✓ Araştırma gebelik haftasının artmasıyla cinsel ilişki sırasındaki şikayetlerin artmasına bağlı olarak cinsel hayatın kötü gittiğini göstermektedir.
- ✓ Araştırmada üriner inkontinans problemine yönelik çamaşır/koruyucu değiştirme, elbise/kıyafet değiştirme zorunluluğu, sıvı alımını kesme, tuvaletin olmadığı yerlere gitmekten kaçınma, temizlik/alışveriş/arkadaşlarla buluşma gibi sosyal hayatı etkileyen durumların oranlarının trimester ilerlemesine paralel olarak arttığı saptandı.
- ✓ Araştırmaya göre kabızlık probleminin gebelikteki üriner inkontinans gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu ve özellikle üçüncü trimesterde görüldüğü, bu durumun da gebelikte inkontinans yaşam kalitesini azalttığı söylenebilir.
- ✓ Araştırma bulguları trimester ilerledikçe üriner inkontinans risk faktörünün arttığını göstermektedir.
- ✓ Araştırmada yaş azaldıkça I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının arttığı saptandı.
- ✓ Araştırmada gelirin gidere denk olduğunu belirten gebelerin psikososyal etkilenme puan ortalaması, giderinden fazla olduğunu ve gelirin yetersiz olduğunu ifade eden gebelerin puan ortalamasından fazla bulundu.
- ✓ Araştırmada çalışan gebelerin psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon puan ortalamalarının ev hanımı olan gebelerin psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulundu.
- ✓ Araştırmada evlilik süresi arttıkça I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının azaldığı görüldü. Evlilik süresi “1 yıldan az” olan gebelerin I-QOL ve alt boyut puan ortalamaları en yüksek bulundu.
- ✓ Araştırmada eğitim düzeyi arttıkça I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının arttığı görüldü.

- ✓ Araştırmada BKI değeri arttıķa I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının azaldığı görüldü.
- ✓ Doğum şekli daha önce “NSD” ve “NSD+C/S” olan gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamaları, doğum şekli sezaryen olan gebelerin puan ortalamalarından düşük bulundu.
- ✓ Araştırmada NSD deneyimleyen gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamaları, sezaryen doğum deneyimleyen gebelere göre daha düşük bulundu.
- ✓ Araştırmada doğum sayısı 3 ve üzeri olan gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamaları, doğum sayısı 1-2 olan gebelerin puan ortalamalarına göre daha düşük bulundu.
- ✓ Araştırmada epizyotomi deneyimleyen gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, epizyotomi deneyimlemeyen gebelerin puan ortalamasından daha düşük olduğu saptandı.
- ✓ Araştırmada düşük/küretaj deneyimi yaşayan gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptandı.
- ✓ Araştırmada önceki doğumunda maksimum bebek ağırlığı 4000 gramın altında olan gebelerin I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamaları, 4001 gram ve üzeri olan gebelerin puan ortalamalarından daha yüksek bulundu.
- ✓ Araştırmada doğum sonrası egzersiz yapanların I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.
- ✓ Araştırmada sigara kullananların I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamaları, sigara kullanmayanların puan ortalamasından daha düşük bulundu.
- ✓ Araştırmada gebelikte sigara kullananların I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalaması, gebelikte sigara kullanmayanların puan ortalamasından daha düşük bulundu.
- ✓ Alkol ve gebelikte alkol kullananların I-QOL toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı.

7.ÖNERİLER

Araştırmanın sonucunda genel olarak gebelikte trimester ilerledikçe alt üriner sistem semptomlarının ve inkontinans yaşam kalitesinin azaldığı belirlendi. Gebenin içinde bulunduğu trimesterin üriner inkontinans açısından bir risk faktörü olduğu görüldü.

- ✓ Hemşireler, üriner inkontinansın önlenmesinde ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi konusunda gebeleri ve gebe olmayan kadınları bilgilendirmeli,
- ✓ Gebelik süresince, gebelerin inkontinans açısından risk faktörleri belirlenmeli,
- ✓ Gebelerin izleminde, doğumunda ve postpartum döneminde önemli rolü olan hemşirelerin konu ile ilgili farkındalıkları artırılmalı,
- ✓ Gebelik izlemi süresince özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinde çalışan hekim, hemşire ve ebe tarafından üriner inkontinansın her tipinde ilk aşama tedavi olarak öngörülen sıfır maliyetli, kolay uygulanabilir ve kontrendikasyonu bulunmayan PTKE öğretilmesi önerilir.

8.KAYNAKLAR

Abdullah, B., Ayub, S.H., Zahid, A.Z.M., Noorneza, A.R., Isa, M.R. (2016), Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 198, 110-115.

Abrams, P., (2002), The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn*, 21(2), 167-78.

Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., et al. (2002), The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn.* , 21(2), 167-78.

Akgün, Gönül. (2009), 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan).

Akhan, S. E. (2009), Temel Ürojinekoloji. 1. Basım, İçinde: Pelvis Tabanı ve Cinsel Yaşam. Yalçın Ö, (ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 525 – 541.

Akkuş, Yeter. (2014), 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Gül Pınar).

Alkan, N., Karakurt, V.A.B., Badur, E., Albayrak, A., Kalender, Ö. (2016), Pelvik taban (kegel) egzersizleri, *I. Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu*, s:26.

Amselem, C., Puigdollers, A., Azpiroz, F., Sala, C., Videla, S., et al. (2010), Constipation: a potential cause of pelvic floor damage?. *Neurogastroenterol Motil.*

22(2), 150-3, e48.

Anger, J.T., Saigal, C.S., Litwin, M.S., Urologic Disease of America Project. (2006), The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the national Health and Nutrition Examination Survey, *J Urol*, 175(2), 601-604.

Aslan, Ergül. (1999), Stres İnkontinansta Ped Testin Önemi ve Bu Sorunun Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

Aslan, E. (2002), Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N, (ed.), İstanbul, s: 51-60.

Ateşkan, U., Mas, M.R., Doruk, H., Kutlu, M. (2000), Yaşlı türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(2), 45-50.

Attar, N.E., Işıkoğlu, M. (Çev.) (1995), Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Gomel, V., Munro, M., Rowe, T. Atlas Kitapçılık.

Başgöl, Ş. (2016), Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önleme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 57-65.

Başgöl, Ş., Beji, N.K. (2015), Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 23(3), 224-230.

Bayrak, Ö., Sadioğlu, E., Erturan, S. (2015), Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. İçinde: Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi. Onur R, Bayrak Ö, (eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 225-236.

Beji, N.K., Çayır, G. (1998), Üriner İnkontinans ve Pelvik Relaksasyon Problemleri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalara Yönelik El Kitapçığı. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Beji, N.K., Dişsiz, M. (2017), Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. İçinde: Gebelikte Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. Aslan F.E, (ed.), Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, s:737-761.

Beji, N.K., Özbaş, A., Aslan, E., Bilgiç, D., Erkan, H. (2010), Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, 30(6), 327-335.

Bekele, A., Adefris, M., Demeke, S.(2016), Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:333.

Beyazıt, Ahmet. (2015), Gebeliğin Üriner İnkontinansa Etkisi, Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay, (Danışman: Prof. Dr. Ali Ulvi Hakverdi).

Bilge, Ç., Kızılkaya Beji, N. (2015), Kadınlarda üriner semptomları değerlendirmek için kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri. *J Female Funct Urol*, 1-2-3-4, 41-5.

Bilgiç, D., Başgöl, Ş., Beji, N.K. (2016), Üriner inkontinansı önlemede doğum ve postpartum döneme yönelik kanıt temelli yaklaşımlar. *TF Preventive Medicine Bulletin*, 15(?), 1-8.

Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., Ayaz, S. (2008), Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(?), 487-493.

Bora Alkan, Gizem. (2018), Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk faktörleri ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Çanakkale,

(Danışman: Doç. Dr. Ayten Dinç).

Brookes, S.T., Donovan, J.L., Wright, M., Jackson, S., Abrams, P. (2004), A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 191, 73-82.

Brown, S.J., Donath, S., MacArthur, C., McDonald, E.A., Krastev, A.H. (2010), Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J*, 21(2):193–202.

Bump, R.C., McClish, D.K. (1992), Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*, 167(5):1213-8.

Burgio, K.L., Borello-France, D., Richter, H.E., Fitzgerald, M.P., Whitehead, W. et al. (2007), Risk factor for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms study. *Am J Gastroenterol*, 102(9):1998-2004.

Cangöl, E., Aslan, E., Yalçın, Ö. (2013), Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3), 49-56.

Cardoza, L. (1997), Urogynecology The King's Approach. New York, Edinburg, London: Pearson Professional Limited.

Cardozo, L., Cutner, A. (1997), Lower urinary tract symptoms in pregnancy. *Br J Urol*, 8(19): 14-23.

Carlile, A., Davies, I., Rigby, A., Brocklehurst, J. (1988), Age changes in the human female urethra: a morphometric study. *J Urol*, 139(3), 532-5.

Carroli, G., Mignini, L. (2009), Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 21(1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Choo, M.S., Ku, J.H., Oh, S.J., Lee, K.S., Paick, J.S., et al. (2007), Prevalence of

urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*,18(11):1309-15.

Chuang, C.M., Lin, I.F., Horng, H.C., Hsiao, Y.H., Shyu, I.L., et. al. (2012), The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies. *BJOG.*, 119(11), 1334-43.

Coşkun, A. (2008), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi (Kurumsal ve Uygulama). 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, s:194, 222.

Çetin, Cem. (2010), Edirne İli Merkezinde 20 Yaş Üstü Popülasyonda Üriner İnkontinans Prevalansı Ve Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren).

Çitak, Gizem. (2017), Gebelikte Üriner İnkontinans ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Tokat, (Danışman: Doç. Dr. Funda Demirtürk).

Dağdeviren, H., Kaya, C., Cengiz, H., Erdoğan, V.Ş., Helvacıoğlu, Ç. ve ark. (2014), Gebelikte İdrar Kaçırma ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *İstanbul Med J*. Baskıdaki Makaleler: ITD- 45722.

Davison, J.M. (2000), Upper Urinary Tract In Pregnancy. In: *Clinical Urogynecology*. Stanton., Monga, A.K. (eds.), London: Churchill Livingstone, 473-470.

Demir, S., Beji, N.K. (2015), Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *F.N. Hem. Derg*, 23(1), 23-31.

Demir, S., Kızılkaya, N. (2015), Quality of Life and Health Seeking Behaviors of Women with Urinary Incontinence. *F.N. Hem. Derg*, 23(1): 23-31.

Demircan, N., Özmen, Ü., Köktürk, F., Küçük, H., Ata, S., et al. (2016), What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ*, 4: 1-19.

Demirci, F. (2002), Üriner İnkontinansta Cerrahi Ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Beji N.K, (ed.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, s:91-102.

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

Demirci, N., Coşar, F. (2009), Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 35-40.

Dinç, A. (2018), Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. *Lower Urinary Tract Symptoms*, 10(3), 303–307.

Dinç, A., Beji, N.K. (2008), Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 16(62), 143-149.

Ebbesen, M.H., Hunskaar, S., Rortveit, G., Hannestad, Y.S. (2013), Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urology*, 13(27), 1-10.

Efe, Hasan. (2006), Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri, Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Ahmet Çetin).

Efe, H., Bozkurt, M., Sahin, L., Mutlu, F.M., Api, M., et. al. (2014), The effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 4(1), 1-5.

Eliasson, K., Larsson, T., Mattson, E. (2001), Prevalance of stres incontinence in nulliparous elite trampolinists. *Scand J Med Sci Sports*, 12(2), 106-10.

Eroğlu Bayrak, Nazlı Hilal. (2018), Kadın Doğum Polikliniklerine Başvuran Gebelerin 3. Trimester ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Durumlarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Taksim Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Okcan Basat).

Ertem, G. (2009), Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 177-187.

European Association of Urology Guidelines, (Erişim: 07.02.2019)

<http://www.uroweb.org/guidelines>.

Fantl, J.A., Wyman, J.F., McClish, D.K., Harkins, S.W., et al. (1991), Elswick RK, Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA*, 265(5), 609-613.

Francis, W.J. (1960), Disturbances in bladder function in relation to pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Emp*, 67, 353-66.

Goode, P.S., Burgio, K.L., Redden, D.T., Markland, A., Richter, H.E. et al. (2008), Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol*, 179(4), 1449-53.

Gökkaya, C.S., Öztekin, Ç.V., Doluoğlu, Ö.G., Güzel, Ö., Erşahin, V. vd. (2012), Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom İndeksinin Türkçe Versiyonunun Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. *JCAM*, 3(4), 415-8.

Gökyıldız, Şule. (2001), Gebeliğin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

Günay, S., Yazıcı, G., Yalçın, O. (2002), Üriner inkontinansı olan gebelerde ürodinamik değerlendirme sonuçlarımız. 2. *Ulusal Ürojinekoloji Kongresi*, İstanbul.

Güngör, Funda. (2005), Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension Free Vaginal Tape Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodinamik Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr.Önay Yalçın).

Güzel İnal, Ceylan. (2019), Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya, (Danışman: Prof. Dr. Sermin Timur Taşhan).

Hagglund, D., Walker-Engström, L. M., Larsson, G., Leppert, J. (2007), Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. *International Urogynecology Journal*,14(5), 296-304.

Handa, V.L., Blomquist, J.L., Knoepp, L.R., Hoskey, K.A., McDermott, K.C., et al. (2011), Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 118(4):777.

Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskaar S. (2003), Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPİNCONT study. *BJOG*, 110(3), 247-54.

Harmancı, Ümit. (2010), Urge İnkontinans ve Mikst İnkontinansda Biofeedback Pelvik Taban Kas Eğitimi ve Antimuskarinik İlaç Tedavisinin Karşılaştırmalı Etkinliği, Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. Aydın Yenilmez).

Herbert, J. (2009), Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nurs Times*,105(7), 38-41.

Howard, F., Steggall, M. (2010), Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *Br J Nurs.*, 19(12), 742-749.

Hunskar, S., Arnold, E.P., Burgio, K., Diokno, A.C., Herzog, A.R. et al.(2000), Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 11(5), 301-19.

Karaçam, Z., Çalışır, H. (2012), İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde disparoni görülme sıklığı ve ilişkili durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 205-213.

Karakuş, A., Yanikkerem, E. (2015), Gebelikte cinselliği etkileyen faktörler. *UHD*, 2(3): 91-112.

Karakuş, A., Yanikkerem, E. (2015), Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi:Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 54-59.

Karan, A., Eskiuyurt, N. (2002), Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N, (edt.), İstanbul: İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, s:129-146.

Kato, K., Kondo, A. (1997), Clinical value of vaginal cones for the management of female stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*, 8(5), 314-7.

Kılıç, M., Gürbüz, C.M. (2015), Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. İçinde: Gebelik ve Üriner İnkontinans. Onur R, Bayrak Ö, (eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 85-94.

Kızılkaya, N., Yalçın, Ö. (1998), Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Elektriksel Stimülasyon ve Kegel Egzersizinin Pelvic Kas Gücü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi; 14-16; Ankara; 19.

Kocaöz, S., Eroğlu, K. (2009), Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(2), 94-102.

Kocaoz, S., Talas, M.S., Atabekoğlu, C.S. (2010) Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs*, 19(23-24), 3314-23.

Kök, Gülşah. (2005), GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Sosyal Yasama Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Dz. Sağ. Kd. Alb. Nur Şenel).

Kök, G., Şenel, N., Akyüz, A. (2006), GATA Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(3), 132-136.

Kun-Ling, Lin., Ching-Ju, Shen., Ming-Ping, Wu., Cheng-Yu, Long., Chin-Hu Wu. (2014), Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *Biomed Res Int.*, 2014: 303697.

Leroy, S.L., Lúcio, A., Lopes, M.H. (2016), Risk Factors for Postpartum Urinary Incontinence. *Rev Esc Enferm USP*, 50(2), 200-207.

Li, Z., Xu, T., Li, Z., Gong, J., Liu, Q. (2019), Lower urinary tract symptoms 7 years after the first delivery: Correlation to the mode of delivery. *Neurourol Urodyn.*

Liang, C.C., Chang, S.D., Lin, S.J., Lin, Y.J. (2012), Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 285(5), 1205–10.

MacLennah, A.H., Taylor, A.W., Wilson, D.H. Wilson, D. (2000), The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*, 107(12), 1460-70.

Masenga, G.G., Shayo, B.C., Msuya, S., Rasch, V. (2019), Urinary incontinence and its relation to delivery circumstances: A population-based study from rural Kilimanjaro, Tanzania. *PLoS One*, 14(1), e0208733.

Mihmanlı, V., Yüksel, İ. T. (2013), Geriatrik hastalarda jinekolojik sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(Ek sayı 2), 127-131.

Milne, J.L. (2004), Behavioral therapies at the primary care level: the current state of knowledge. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*, 31(6), 367-78.

Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr, A. (2003), Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet.* 82(3), 327-38.

Møller, L.A., Lose, G., Jørgensen, T. (2000), The prevalence and bother-someness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79(4), 298-305.

Moore, E.E., Jackson, S.L., Boyko, E.J., Scholes, D., Fihn, SD. (2008), Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 111(2, Part 1), 317-23.

Munaganuru, N., Van Den Eeden, S.K., Creasman, J., Subak, L.L., Strano-Paul, L., et al. (2017), Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. *Am J Obstet Gynecol*, 217(4), 439.e1–439.e8.

Mutlu, Sevgin. (2005), Üriner İnkontinanslı Hastalarda Anamnez ile Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. H. Cemal Ark).

Naldoni, L.M., Pazmiño, M.A., Pezzan, P.A., Pereira, S.B., Duarte, G., et. al. (2011), Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther.*, 37(2), 116-29.

Nitti, V.W. (2001), The prevalence of urinary incontinence. *Rev Urol.*, 3(1), 2-6.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2006), Emotions during sexual activity: differences

between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav*, 35(4), 491-499.

Okunola, T.O., Olubiyi, O.A., Omoya, S., Rosiji, B., Ajenifuja, K.O. (2018), Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria. *Neurol Urodyn.*, 37(8), 2710-2716.

Oliveira, C., Selembe, M., Cansic, P., Consentino, R.F., Kumakurac, F.Y., et al. (2013), Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras*, 59(5): 460-6.

Oskay, U., Beji, N., Yalçın, O. (2005), A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 84(1), 72–78.

Oskay, Ü.Y. (2002), Üriner İnkontinansın Önlenmesi ve Kontinansın Geliştirilmesi. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N, (ed.), İstanbul, İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, s: 61-74.

Ozerdoğan, N., Beji, N.K., Yalçın, O. (2004), Urinary incontinence :Its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*, 58(3), 145-50.

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

Özdemir, E., Özerdoğan, N., Ünsal, A. (2011), Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 21(4), 266-76.

Özdemir, K., Şahin, S., Özerdoğan, N., Ünsal, A. (2018), Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). *Turk J Med Sci.* 48(1), 100-109.

Özerdoğan, Nebahat. (2003), Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı Risk Faktörleri Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Beji).

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

Panayi, D.C., Khullar, V. (2009), Urogynaecological problems in pregnancy and postpartum sequelae. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 21(1), 97-100.

Patrick, D.L., Martin, M.L., Bushnell, M. (1999), Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*, 53(1), 71-76.

Petros, P. (2015), Urinary incontinence during pregnancy: a function of collagen depolymerisation by relaxin?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 186, 111-112.

Phillips, C., Monga, A. (2005), Childbirth and the pelvic floor: "the gynaecological consequences", *Reviews in Gynaecological Practice*, 5(1), 15-22.

Pirinççi, Serhat. (2016), Aydın Merkezde Prepartum Gebelerde Üriner İnkontinans Sıklığı, Postpartum Değişimi ve Postpartum Üriner İnkontinansa Pelvik Taban Kas Eğitiminin Etkinliği, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Pınar Okyay).

Press, J.Z., Klein, M.C., Kaczorowski, J., Liston, R.M., von Dadelszen, P. (2007), Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth*, 34(3): 228-37.

Price, N., Dawood, R., Jackson, S.R. (2010), Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas.*, 67(4), 309-315.

Rantell, A. (2010), Text Book of Female Urology and Urogynecology. In: The role of continence nurse. Cardozo L, Dawid S, (eds.), UK: CRC Press, s:395.

Raza-Khan, F., Graziano, S., Kenton, K., Shott, S., Brubaker, L. (2006), Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *Int Urogyn J*, 17(5), 525–30.

Roe, B., Ostaszkievicz, J., Milne, J., Wallace, S. (2007), Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults; a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *J Adv Nurs*, 57(1), 15-31.

Rogers, R.G., Leeman, L.L. (2007), Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin North Am*, 34(1), 13-21.

Salman, M.C., Özyüncü, Ö., Durukan, T. (2005), Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. *Journalagent*, 2(5), 37-42.

Salonia, A., Zanni, G., Nappi, R.E., Briganti, A., Dehò, F. (2004), Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol.*, 45(5), 642–648.

Sangsawang, B., Sangsawang, N. (2013), Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J.*, 24(6), 901–912.

Sargın, S.Y. (2009), Stres inkontinansta pelvik taban kas eğitimi ve biyogeribildirim. *Türkiye Klinikleri Üroloji*, 2(1), 109-14.

Scarpa, K. P., Hermann, V., Palma, P. C., Ricetto, C. C., Morais, S. (2006), Prevalence of urinary symptoms in the third trimester of pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*, 52(3), 153-6.

Scemons, D.(2013), Urinary incontinance in adults. *Nursing*. 43(11), 52-60.

Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M.T., Elsner, S., Waldmann, A. (2017), Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 96(8), 939-948.

Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Nappi, R.E., Bolis, P. (2009), Female urinary incontinence during intercourse: A review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med*, 6(1): 40-8.

Solans-Domènech, M., Sánchez, E., Espuña-Pons, M. (2010), Incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstetrics & Gynecology*, 115(3), 618-28.

Sultan, A.H., Stanton, S.L. (1996), Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth - elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol*, 103(8), 731-734.

Süt, H.K. (2015), Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 292-304.

Şahin, H., Deliktaş, H. (2016), Aile Hekimleri İçin İşlevsel Üroloji. İçinde: Anamnez ve Fizik Muayene. Şimşir A, Önel F.F, (eds.), İstanbul: Sağlık İletişimi ve Yayıncılık Hizmetleri, s:8-16.

Şentürk ve Kara, (2008). Menapoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7-11.

Taşkın, L. (2009), Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı(genişletilmiş), Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, s: 102,171,638,639.

Tavşancıl, E. (2005). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Terzi, H., Terzi, R., Kale, A. (2013), 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 52(1): 15-9.

TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013), (Erişim Tarihi: Mayıs 2019), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.

Trost, J. E. (1986). Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. *Qualitative sociology*, 9(1), 54-57.

Ueda, T., Tamaki, M., Kageyama, S., Yoshimura, N., Yoshida, O. (2000), Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol*, 7(3), 95-103.

Uncu, G., Özdil, M. (2009) Temel Ürojinekoloji. 1. Baskı, İçinde: Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Yalçın Ö, (ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 41-47.

Uyar Hazar, Hale. (2008), Üriner İnkontinansı Olan Romatoid Artritli Kadınlarda Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin).

Valeton, C.T., Do Amaral, V.F. (2011), Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *Int Urogynecol J*, 22(7), 813-8.

Van Brummen, H.J., Bruinse, H.W., Van de Pol, G., Heintz, A.P., Van der Vaart, C.H. (2006), What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int*, 97(2):296-300.

Van Der Vaart, C.H., De Leeuw, J.R., Roovers, JP., Heintz, A.P. (2002), The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young woman. *BJU Int*, 90(6), 544-9.

Viktrup, L. (2002), The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*, 21(1), 2-29.

Walters, M.D., Karram, M.M. (2006), Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Walters MD, Karram MM, (eds.), The United States of America: Mosby Elsevier.

Weber, A. M. (2007), Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 3rd ed, In: Epidemiology and psychosocial impact of pelvic floor disorders. Walters M. D, Karam M. M, (eds.), Philadelphia: Mosby Elsevier, s:44–54.

Wesnes, S.L., Lose, G. (2013), Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J*, 24(6), 889–899.

Wyman, J.F. (2007), Bladder Training for Overactive Bladder. In: Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. K, Bo., B, Berghmans., S, Morkved & M., Van Kampen (eds.), Heidi Harrison, s. 208-218.

Yalçın, Ö. (2000), Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat Seçimi. Ürojinekoloji. Güner H, (ed.), Ankara: Atlas Kitapçılık, s: 62-76.

Yavuz, B.B. (2008), Üriner İnkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(2), 65-73.

Yılmaz, E., Muslu, A., Özcan, E. (2014), Üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 1-14.

Zeren, Ahmet. (2006), Bursa Yıldırım İlçesi 1 No'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Bölgesindeki 20-69 Yaş Arası Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Cinsel İlişki Sırasındaki Üriner İnkontinans Prevalansı, Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa, (Danışman: Op. Dr. Mustafa Murat Aydos).

Zhu, L., Lang, J., Liu, C., Han, S., Huang, J., et al. (2009), The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence In China. *Menopause*, 16(4), 831-6.

9. EKLER

EK 1: Gebe Tanılama Formu

Gebe Tanılama Formu

YÖNERGE: Değerli katılımcı, “Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı araştırmaya katıldığınız için teşekkürler. Paylaştığımız bütün bilgiler ve kimlik bilgileriniz saklı tutulacağından aşağıda yer alan soruları içtenlikle ve eksiksiz yanıtlamanız araştırma sonucu adına çok önemlidir.

Sıra No	ANKET FORMU
1	Yaşınız:(belirtiniz)
2	Yaşadığınız İl:(belirtiniz)
3	Gelir Durumunuz: 1() Yeterli 2() Gelir Gidere Denk 3() Yetersiz
4	Eğitim Durumunuz: 1() Okuryazar Değil 2() Okuryazar 3() İlkokul Mezunu 4() Ortaokul Mezunu 5() Lise Mezunu 6() Yüksek Okul/Üniversite Mezunu
5	Mesleğiniz: 1() Çalışmıyor 2() Çalışıyor.....(belirtiniz)
6	Medeni durumunuz: 1() Bekâr 2() Evli 3() Boşanmış/Dul
7	Evlilik Süreniz: 1() 1 yıldan az 2() 1-5 yıl arası 3() 6-10 yıl 4() 11-15 yıl 5() 15 yıl üzeri
8	Boyunuz:..... Kilonuz:..... BKI:.....
9	Gebe Kalmadan Önceki Son Kilonuz:.....
10	Gebelik Haftanız: 1() 1-13. Hafta (1. trimester) 2() 14-26. Hafta (2. trimester) 3() 27-41. Hafta (3. trimester)
11	Son 4 hafta İçinde Cinsel Aktivite:1() Var 2() Yok

12	Kabızlık:.....1() Var 2() Yok
13	Normal Doğum Sayınız: 1() Hiç doğum yapmamış (15,16,17,18,19,20. soruları cevaplamayınız.) 2() 1-2 arası 3() 3 ve daha fazla
14	Düşük/Küretaj:..... 1() Var 2() Yok
15	Doğum Şekliniz:.....1() Vajinal Doğum 2() Sezaryen
16	Epizyotomi(dikişli doğum).....1() Var 2() Yok
17	Doğumda Vakum/Forseps Kullanımı:..... 1() Var 2() Yok
18	Maksimum Bebek Ağırlığı.....1()4 kg'dan az 2()4 kg'dan fazla
19	Doğum Sonrası Egzersiz.....1() Var 2() Yok
20	Emzirme..... 1() Var 2() Yok
21	Sigara..... 1() Var 2() Yok 3()Gebelikte bıraktım
22	Alkol.....1() Var 2() Yok 3()Gebelikte bıraktım

EK 2: Bristol Kadın Alt Sistem Semptom İndeksi (BFLUTS)

Bristol Kadın Alt Sistem Semptom İndeksi (BFLUTS)

ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI					
1. Günlük işeme sayınız kaçtır?	1-6 kez ()	7-8 kez ()	9-10 kez ()	11-12 kez ()	13'ten fazla ()
2. Gece idrara kalkıyor musunuz?	Hiç ()	1 kez ()	2 kez ()	3 kez ()	4'ten fazla ()
3. Aniden idrar yapma hissi oluyor ve tuvalete koşuyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu Zaman ()	Her Zaman ()
4. Ani idrar yapma hissi geldiğinde idrar kaçırmıyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
5. İdrar kesenizde ağrı oluyor mu?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
6. Sık sık tuvalete gitmeye bağlı idrar kaçırmıyor musunuz?	Asla ()	Haftada 1 veya daha az ()	Haftada 2-3 kez ()	Günde 1 kez ()	Günde 1'den fazla ()
7. Öksürme, gülme vb sırasında idrar kaçırmıyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
8. Beklenmedik bir zamanda sebepsiz idrar kaçırmamız oluyor mu?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
9. İdrar kaçağının miktarı ne kadar?	Kaçak yok ()	Damlama, nemlenme şeklinde ()	Sadece iç çamaşırım ıslanıyor ()	Islaklık kıyafetlerime geçiyor ()	Kıyafetlerden dışarı idrar akıyor ()
10. İşemeye başlarken bekliyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
11. İşemeye başlarken zorlanıyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()

12. Kesik kesik idrar yaptığınız oluyor mu?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
13. Gece yatarken idrar kaçırıyor musunuz?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
14. İdrar akışında incelme oluyor mu? (zayıf işeme)	Olmuyor ()	Çok az inceldi ()	Orta derecede inceldi ()	Çok inceldi ()	Neredeyse idrar yapamıyorum ()
15. Çok sıkışık olduğunuz halde hiç idrar yapamadığınız oldu mu?	Hayır ()	Evet 1 kez ()	Evet 2 kez ()	Evet 2'den fazla ()	
16. İdrar yaparken yanma oluyor mu?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
17. İdrarınızı tam olarak yapamadığınız (geride idrar kaldığı) oluyor mu?	Asla ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
18. İdrarı yaparken istediğinizde idrarı durdurabiliyor musunuz?	Evet kolayca durduruyorum ()	Evet zorlanarak ()	İdrarımı durduramıyorum ()		
19. İşemeleriniz arası süre ne kadar?	4 saatten fazla ()	Her 3 saatte ()	Her 2 saatte ()	Her saat başı ()	
CİNSEL FONKSİYONLAR					
20. Vajende kuruluk nedeniyle ağrınız oluyor mu?	Hiç ()	Çok az ()	Bazen ()	Çok sık ()	
21. Cinsel hayatınızın çok kötü olduğunu düşünüyor musunuz?	Hiç ()	Çok az ()	Bazen ()	Çok sık ()	
22. Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	Hiç ()	Çok az ()	Bazen ()	Çok sık ()	
23. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmanız oluyor mu?	Hiç ()	Çok az ()	Bazen ()	Çok sık ()	
YAŞAM KALİTESİ					

24. İdrar kaçırma nedeniyle çamaşır değiştirme/ çeşitli koruyucular kullanma ihtiyacınız oluyor mu?	Hiç ()	Çamaşır değiştiriyorum ()	Küçük pedler kullanıyorum ()	Bez, havlu gibi daha kalın şeyler kullanıyorum ()	Çocuk bezi ya da özel cihaz kullanıyorum ()
25. Çamaşır ya da koruyucu değiştirme sayınız?	Hiç ()	1 ()	2-3 ()	4-5 ()	5'ten fazla ()
26. Elbise, kıyafet değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
27. Su ve sıvı alımını kesmek (su içmeme) zorunda hissediyor musunuz?	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
28. Bu durum gündelik işlerinizi ne kadar etkiliyor?	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
29. Tuvalet olmadığımı bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
30. Bu durum fiziksel aktivitelerinize ne kadar engel oluyor? (alışveriş, temizlik gibi)	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
31. Bu durum sosyal hayatınıza ne kadar engel oluyor? (arkadaşlarla buluşmak, alışveriş)	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
32. Bu durum sosyal hayatınıza ne kadar engel oluyor?	Hiç ()	Nadiren ()	Bazen ()	Çoğu zaman ()	Her zaman ()
33. Bu şikayetleriniz ne kadar süredir sizi rahatsız ediyor?	1 yıldan az ()	1-2 yıldır ()	2-3 yıldır ()	3 yıldan fazla ()	

34. Bu durumla ilgili hiçbir şey yapmadan hayatınızın geri kalanını nasıl geçireceğinizi düşünüyorsunuz?	Çok mutlu ()	Mutlu ()	Çoğu zaman memnun ()	Ne mutlu ne mutsuz ()	Çok mutsuz ()
---	------------------	--------------	--------------------------	---------------------------	-------------------



EK 3: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)	Çok Fazla	Oldukça	Orta Düzeyde	Biraz	Hiç
1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.	()	()	()	()	()
2. Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum.	()	()	()	()	()
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.	()	()	()	()	()
4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()
5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.	()	()	()	()	()
6. Kendimi evimden uzun süre ayrılabilecek kadar özgür hissetmiyorum.	()	()	()	()	()
7. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.	()	()	()	()	()
8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()
9. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.	()	()	()	()	()
10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.	()	()	()	()	()
11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.	()	()	()	()	()
12. Yaşlandıkça idrar sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.	()	()	()	()	()
13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.	()	()	()	()	()
14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.	()	()	()	()	()
15. İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığımı hissinin veriyor.	()	()	()	()	()
16. İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.	()	()	()	()	()
17. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.	()	()	()	()	()
18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.	()	()	()	()	()

19. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.	()	()	()	()	()
20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.	()	()	()	()	()
21. İdrar kaçırma sorununun giysi seçimimi sınırlıyor.	()	()	()	()	()
22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.	()	()	()	()	()



EK 4: Gönüllü Olur Formu

Gönüllü Olur Formu

Sizi “Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

İdrar kaçırma yaşamı tehdit etmese de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Birçok kişi hayatının belirli dönemlerinde idrar kaçırma ve buna ek sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bu çalışma gebelerde, gebelik haftalarına göre üriner belirtileri saptamak ve gebelerde idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının İmzası

Araştırmacı

Gamze ARSLAN DOĞAN

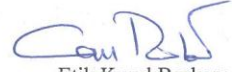
EK 5. Etik Kurul Raporu

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

26.02.2018

Sayın: Sayın Gamze ARSLAN

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda "Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli araştırmanız, kurulumuzun 26.02.2018 tarihli ve 13 sayılı toplantısında değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.



Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih:26.02.2018 Toplantı Sayısı:13	Karar No: 2018/13-26 Sayın Gamze ARSLAN'ın planladığı "Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" konulu araştırma incelendi, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.
--	---

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

EK 6. Kurum İzin Yazısı

Tarih ve Sayı: 27/08/2018-229004



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Gamze ARSLAN'ın Tez Çalışması

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi :20.04.2018 tarih, E.2614 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ARSLAN'ın, Dr. Öğretim Üyesi Ayşe YILYDIZ'ın danışmanlığında yürüteceği "Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'nda uygulamasına 15.08.2018 tarihinde toplanan Fakülte Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Ümit Dilber MUTLU
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEAMON011>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 31387

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbulip.istanbul.edu.tr>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 15/08/2018
Toplantı No : 16
Karar No : 38

Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 8. Kat Jinekoloji Onkoloji servisi hemşiresi olup ayrıca Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ARSLAN'ın Dr. Öğretim Üyesi Ayşe YILDIZ danışmanlığında yürüteceği "*Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" başlıklı çalışmasını, Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'nda uygulamasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Hatice GÜNAY
Fakülte Sekreteri V.

EK 7. Ölçek Kullanım İzni

Outlook Ara

Yeni ileti Yanıtla Sil Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayır

Gelen Kutusu 18 Gereksiz E-posta 45 Taslaklar 8 Gönderilmiş Öğeler Silinmiş Öğeler 131 Arşiv Konuşma Geçmişi Yeni klasör

Re: İZİN

NEBAHAT ÖZERDOĞAN <nozerdogan@ogu.edu.tr>

Siz

Sayın Arslan,

Tez çalışmanızda "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği(I-QOL)" ölçeğini kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim

Prof.Dr. Nebahat Özerdoğan

Kimden: "gamze arslan" <g.arslan_91@hotmail.com>
Kime: "nozerdogan" <nozerdogan@ogu.edu.tr>
Gönderilenler:
Konu: İZİN

Hocam merhabalar,

Ben Gamze Arslan, Biruni Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Aynı zamanda İTİF'de hemşireyim.

Tez dönemime geçtim ve "Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" ni araştırmak istiyorum.

Tezim için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği(I-QOL)" ölçeğini izninizle kullanabilir miyim?

Şimdiden teşekkür ederim hocam.

Saygılar...

Outlook Ara

+ Yeni ileti Yanıtla Sil Gereksiz Süpür Taşı Kategorilere Ayır

Gelen Kutusu 18 Gereksiz E-posta 45 Taslaklar 8 Gönderilmiş Öğeler Silinmiş Öğeler 131 Arşiv Konuşma Geçmiş Yeni klasör

Re: İzin

Ömer Gökhan <drdoluoglu@yahoo.com.tr>

Siz

Sayın Gamze Arslan;
Ölçeği kullanmak için bizden izin almanıza gerek yok. Elbette kullanabilirsiniz. Çalışmanızı yazarken bizim tarafımızdan Türkçe validasyonunun yapıldığını belirtmeniz (cite) yeterli. Türkçe validasyonu yapılmamış yabancı sorgulama formlarının kullanılması çalışmanın doğruluğunu sorgular.
Saygılarımla
Doç. Dr. Ömer Gökhan Doluoğlu

iPhone'umdan gönderildi

gamze arslan <g.arslan_91@hotmail.com> şunları yazdı

Hocam merhabalar,
Ben Gamze Arslan, Biruni Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Aynı zamanda İTF'de hemşireyim.
Tez dönemine geçtim ve "Gebelerde Trimesterlere Göre Üriner Semptomlar Ve İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" ni araştırmak istiyorum.
Çalışmam için iki ölçek kullanacağım. Bunlardan biri "Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptom Ölçeği" dir.
Ölçeğin Türkçe versiyonu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını siz ve arkadaşlarınız beraber yapmışsınız.
İzininizle bu ölçeği kullanabilir miyim?
Saygılar...

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gamze Arslan Doğan

Doğum Tarihi ve Yeri: 25.02.1991- İstanbul

Mail Adresi: g.arslan_91@hotmail.com

Unvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Biruni Üniversitesi - Hemşirelik	2019
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi - Hemşire	2014
Lise	Hadımköy Örfi Çetinkaya Anadolu Lisesi	2009

11. İNTİHAL RAPORU

GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE ÜRİNER SEMPTOMLAR VE İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yazar Gamze Arslan Doğan

Gönderim Tarihi: 17-Haz-2019 02:58PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1144531954
Dosya adı: GAMZE_ARSLAN_DO_AN-PDF2.pdf (518.16K)
Kelime sayısı: 14573
Karakter sayısı: 88131

GEBELERDE TRİMESTERLERE GÖRE ÜRİNER SEMPTOMLAR VE İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 15	% 6	% 4	% 12
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Siirt Āniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
3	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Istanbul Medipol Āniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 1
6	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
8	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	% 1