



TC.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PRİMİGRAVİDALARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANS;
PREVALANS, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİ**

Hazırlayan

GİZEM BORA ALKAN

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. AYTEN DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇANAKKALE-2018



TC.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PRİMİGRAVİDALARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANS;
PREVALANS, RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM KALİTESİ**

Hazırlayan
GİZEM BORA ALKAN

Tez Danışmanı
DOÇ. DR. AYTEN DİNÇ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇANAKKALE-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Programın Seviyesi :Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Gizem Bora Alkan
Tez Başlığı : Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans,
Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi
Sınav Yeri :
Sınav Tarihi :

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

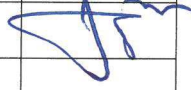
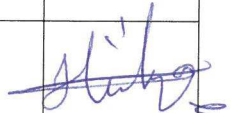

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç.Dr. Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)		
Dr.Öğr.Üyesi Hülya DEMİRCİ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi Eda CANGÖL	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences
Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()
Department : Nursing
Student Name and Surname: Gizem Bora Alkan
Title of the Thesis : Stress Urinary Incontinence in Primigravidae; Prevalence, Risk Factors and Quality of Life
Examination Place :
Examination Date :

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Assoc. Prof. Ayten DİNÇ	Canakkale Onsekiz Mart University	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Asst. Prof. Hülya DEMİRCİ	Manisa Celal Bayar University	
Asst. Prof. Eda CANGÖL	Canakkale Onsekiz Mart University	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde dilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 29.08.2018

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Gizem BORA ALKAN

İmza: 

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve tezimin her aşamasında bilgi ve desteğini benden esirgemeyen, değerli katkılarıyla bana kılavuzluk eden büyük bir hayranlıkla dinlemekten zevk aldığım, tezimin başından sonuna kadar büyük bir sabırla benim için çabalayan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum sevgili danışmanım, Doç. Dr. Ayten Dinç'e ,

Her an varlığı ile bana büyük destek ve güç veren eşim Hakan Alkan'a ve hayatıma anlam ve renk katan biricik kızım Simay'ıma, annem Güniz Bora, babam Coşkun Bora ve kardeşim Merve Bora'ya her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgileri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri ve bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	II
TEZ ONAY FORMU.....	III
TEZ ONAY FORMU (İNGİLİZCE).....	IV
BEYAN FORMU.....	V
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XIII
ÖZET.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırma Soruları.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gebelikte Alt Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler.....	4
2.2. Gebelikte Stres Üriner İnkontinansı Prevalansı.....	5
2.3. Gebelikte Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	8
2.3.1. Yaş.....	8
2.3.2. Obezite.....	9
2.3.3. Sigara Kullanımı.....	10
2.3.4. Konstipasyon.....	11
2.3.5. Kafeinli İçecek Alımı.....	12
2.3.6. Gebelik Öncesi Stres Üriner İnkontinans Varlığı.....	12
2.3.7. Gestasyonel Diyabetes Mellitus.....	13
2.3.8. Genetik.....	13
2.3.9. Pelvik Taban Disfonksiyonu.....	14
2.3.10. Üriner Sistem Enfeksiyonu.....	15
2.4. Yaşam Kalitesi.....	15
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	15

2.4.2. Yaşam Kalitesine Etkileyen Faktörler.....	15
2.4.3. Gebelikte Stres Üriner İnkontinansının Yaşam Kalitesine Etkisi.	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	17
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	18
3.5. Verilerin Toplanması.....	18
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Anket Formu.....	19
3.6.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	19
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	20
3.8. Etik.....	20
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Primigravidaların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	23
4.2. Primigravidaların SÜİ İle İlgili Şikayetlerine İlişkin Bulgular	27
4.3. SÜİ ile İlişkili Risk Faktörlere İlişkin Bulgular	30
4.4. SÜİ Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi.....	34
4.5. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler.	36
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. Primigravidaların SÜİ Şikayetlerine İlişkin Verilerin Tartışılması.....	55
5.2. Primigravidalarda SÜİ İle İlişkili Faktörlere İlişkin Verilerin Tartışılması.....	57
5.3 Primigravidalarda SÜİ İle İlişkili Faktörlerden Kişisel Alışkanlıkları ve Sağlık Durumuna İlişkin Verilerin Tartışılması.....	59
5.4. Primigravidalarda SÜİ Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon İle İncelenmesi.....	62
5.5 Primigravidaların Yaşam Kalitesine İlişkin Verilerin Tartışılması.....	63

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1. Sonuç.....	66
6.2. Öneriler.....	66
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	80
EK-1 Soru Formu.....	80
EK-2 Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality Of Life.....	82
EK-3 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Hastanesi Kurum İzni.....	83
EK-4 Çanakkale Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi Kurum İzni.....	84
EK-5 Çanakkale Asker Hastanesi Kurum İzni.....	85
EK-6 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul İzni	86
EK-7 Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	87
EK-8 Bilgilendirmiş Onam Formu.....	88
EK-9 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	90
EK-10 Spiralli Tez Kontrol Formu.....	91
9. ÖZGEÇMİŞ.....	92

SİMGELER VE KISALMALAR LİSTESİ

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DM	Diyabetes Mellitus
GDM	Gestasyonel Diyabetes Mellitus
GA	Güven Aralığı
ICS	Uluslararası Kontinans Derneği
I-QOL	Incontinence Quality Of Life (Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)
PTK	Pelvik Taban Kası
PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizi
SÜİ	Stres Üriner İnkontinans
Üİ	Üriner İnkontinans
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerde Üİ prevalansı.....	6
Tablo 2: Gebelerde SÜİ prevalansı.....	7
Tablo 3: Primigravidalarda SÜİ prevalansı.....	8
Tablo 4: Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı.....	23
Tablo 5: Kişisel Alışkanlıkların Dağılımı.....	25
Tablo 6: Primigravidalarda Üriner İnkontinansa İlişkin Verilerin Dağılımı.....	27
Tablo 7: Primigravidaların Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerine Göre SÜİ Şikayetlerinin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 8: Primigravidaların Alışkanlıklarına Göre SÜİ Şikayetlerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 9: Lojistik Regresyon Sınıflandırma Tablosu.....	34
Tablo 10: Primigravidalarda SÜİ Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi.....	35
Tablo 11: I-QOL-Incontinence Quality of Life Alt Boyut ve Toplam Puan ve İç Tutarlılığı.....	36
Tablo 12: Primigravidaların Yaş, Gebelik Haftası ve Sıvı Alımı Miktarı ile I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	37
Tablo 13: Gebelik Öncesi BKİ Düzeylerine Göre I-QOL ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	38
Tablo 14: Şimdiki BKİ Düzeylerine Göre I-QOL ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 15: Annesinde Üİ Durumuna Göre Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 16: Kız Kardeşte Üİ Şikayeti Olma Durumuna Göre Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	41

Tablo 17: Gestasyonel Diyabetes Mellitus Olan Gebelerde I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 18: Sigara Kullanım Durumuna Göre Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	43
Tablo 19: Kafeinli İçecek Alımı Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 20: Kabızlık Şikayeti Görülme Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 21: Pelvik Taban Kas Egzersizi Yapma Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 22: Gebelik Öncesi Üİ Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 23: SÜİ Başlangıcına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	48
Tablo 24: Primigravidaların, Aktiviteler Esnasında SÜİ Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 25: SÜİ Sıklığına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 26: SÜİ Şikayeti Olan Primigravidaların Kaçırdıkları İdrar Miktarına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 27: SÜİ Şikayetine Yönelik Pet Kullanan Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi.....	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Trimesterlere Göre SÜİ Başlangıç Zamanı.....	28
Şekil 2: Üİ Şikayeti Sırasında Yapmış Oldukları Aktiviteler.....	28
Şekil 3: İdrar Kaçırma Sıklıklarının Dağılımı.....	29
Şekil 4: Gebelerin İdrar Kaçırma Miktarı.....	29
Şekil 5: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı.....	37



ÖZET

Bu araştırma; primigravidalarda stres üriner inkontinansa neden olan risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale Asker Hastanesi antenatal polikliniklerinde takip edilen 28 hafta ve üzeri 324 primigravida ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; gebelerin sosyo-demografik özellikleri, kişisel alışkanlıkları ve üro-jinekolojik öyküsünü içeren anket formu ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanıldı. Veriler antenatal polikliniklerde yüzyüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin analizinde, Pearson ki-kare test, Student's t test, Mann Whitney U test, One-way ANOVA test ve Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. Çalışmada kadınlarda gebelik öncesi SÜİ prevalansı %2,8'ken, gebelikte %38,6 olarak saptandı. SÜİ ile ilişkili faktörler olarak; gebelik öncesi ve gebelikteki BMI, anne ve kız kardeş Üİ varlığı, GDM, sigara kullanımı, kafeinli içecek alımı, konstipasyon bulundu. Lojistik regresyon analizinde; gebelik öncesi BKİ> (p=0,020; %95 GA:1,0-1,1.), 3.trimesterde olması (p=0,026; %95 GA:0,8-0,9), sigara kullanımı 4,3 kat (p=0,001; %95 GA:1,8-10,2), konstipasyon (sık sık) 6,2 kat (p=0,001; %95 GA:2,2-17), annede Üİ varlığı 2,9 kat (p=0,001; %95 GA:1,5-5,5), kız kardeş Üİ varlığı 5,6 kat (p=0,009; %95 GA:1,5-20), DM 3,3 kat (p=0,013; %95 GA:1,2-8,6), her gece idrara kalkmak 7,5 kat (p=0,006; %95 GA:1,8-31) SÜİ için risk faktörleri olarak saptandı. Gebelikte SÜİ'ın kadınların yaşam kalitelerini çok az etkilediği belirlendi. Gebelikteki BKİ>, idrar kaçırma sıklığı, miktarı, pet kullanma, merdiven çıkma ve fiziksel aktivite esnasında SÜİ varlığı gebelerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilediği saptandı. Sağlık çalışanlarının gebeleri, antenatal dönemde Üİ konusunda bilgilendirmesi, SÜİ'ın önlenmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Primigravida, Stres Üriner İnkontinans, Prevalans, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Stress Urinary Incontinence in Primigravidae; Prevalence, Risk Factors and Quality of Life

This study aimed to determine the risk factors that cause stress urinary incontinence in primigravidas and their influences on the quality of life. Descriptive survey type of this study was applied between October 2015- October 2016, at Çanakkale 18 Mart University Hospital of Medical Faculty, Çanakkale State Hospital and Çanakkale Military Hospital antenatal policlinics on 324 primigravidas (28 weeks and over). Data gathering tools; questionnaire (including pregnant women's socio-demographic characteristics, personal habits and uro-gynecologic history), Incontinence Quality of Life Scala (I-QOL) was used. Data was collected with face-to-face interview technique in antenatal policlinics. For statistical analysis; Pearson Chi-square test, Student's t test, Mann Whitney U test, One-way ANOVA test and logistic regression analysis was used. In this study, the prevalence of SUI before pregnancy was found 2.8%, while it was found during pregnancy. The associated risk factors with SUI; pre-pregnancy and pregnancy BMI, UI in mother and sister, GDM, smoking, caffeinated beverage intake, constipation were found. In logistic regression analysis; pre-pregnancy BMI > (OR=1.0; 95% CI:1.0-1.1), being in third trimester (OR=0.9; 95% CI:0.8-0.9), smoking 4.3 times (p=0.001; 95% CI:1.8-10.2), constipation (often) 6.2 times (p=0.001; 95% CI:2.2-17), UI in mother 2.9 times (p=0.001; 95% CI:1.5-5.5), UI in sister 5.6 times (p=0.009; 95% CI:1.5-20), DM 3.3 times (p=0.013; 95% CI:1.2-8.6), getting up for urinate every night 7.5 times (p=0.006; 95% CI:1.8-31) were found to be risk factors for SUI. It is found that SUI during pregnancy affect very little on women's quality of life. It is found that, during pregnancy BMI >, the frequency of UI, amount of UI, using pet, SUI while climbing stairs and physically activity affect pregnant's quality of life. In antenatal period, about UI, training pregnant women by health workers will make a contribute to prevent SUI.

Key Words: Primigravidae, Stress Urinary Incontinence, Prevalence, Risk Factors, Quality of Life

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Stres üriner inkontinans (SÜİ) gebe kadınlarda görülen üriner inkontinansın en yaygın tipidir (Allahdin ve Kambhampati 2012). Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından SÜİ; karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (gülme, öksürme, hapsirme, egzersiz yapma, vb.) istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark. 2002).

Gebelikte inkontinans oranı hormonal değişiklikler nedeniyle artmaktadır. Literatürde gebelikte SÜİ prevalansı %18,6-75 arasında bildirilmiştir (Sangsawang ve Sangsawang 2013, Wesnes ve ark. 2007, Liang ve ark. 2012, Nigam ve ark. 2016, Dinç 2017). Gebelikte özellikle 3. trimesterde SÜİ şikayetlerinin arttığı bildirilmektedir (Van Brummen ark. 2006, Milsom ve ark. 2009, Dinç 2017). Ayrıca üriner inkontinansın gebelik ve postpartum periyot süresince kas gücünün % 22-35 oranında zayıflaması sonucu meydana geldiği düşünülmektedir (Lange ve ark. 2000, Frite ve ark. 2010, Liang ve ark. 2012). Üriner inkontinansın oluşmasında rol oynayan risk faktörleri arasında gebelik ve doğum ile ilgili faktörlerin (yaş, gebelik öncesi beden kitle indeksi, gebelikte aşırı kilo alımı, sigara kullanımı, konstipasyon, parite, doğum şekli, doğum komplikasyonları, bebeğin doğum tartısı vs.) önemli rolü vardır (Hvidman 2003, Özerdoğan ve ark. 2004, Fitzgerald ve Graziano 2007, Chang ve ark. 2014, Dinç 2017).

Literatürde SÜİ şikayeti olan gebelerin yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Kök ve ark. 2016, Moccellini ve ark. 2014, Oliveira ve ark. 2013). Dolan ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları çalışmada gebelerin yaklaşık %54,3'nün, Kocaöz ve ark. (2010) yapmış oldukları çalışmada gebelerin %70,8'inin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendikleri bildirilmiştir.

Gebelikte sık görülen üriner inkontinansın doğum sonrası dönemde geçeceği düşünülmektedir. Birçok çalışmada gebelikte Üİ şikayeti olan kadınların doğum sonrası dönemde kalıcı Üİ açısından daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir (Aslan 2002, Hvidman ve ark. 2003, Liang ve ark. 2013). Bu nedenle gebelik esnasında ve doğum sonrası döneminde inkontinansın önlenmesi ya da sıklığının

azaltılması için kadınların gebelik döneminden itibaren düzenli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir.

Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda gerekli danışmanlık yapılarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin üriner inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol alması temel sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Literatürde primigravidalarda stres inkontinansı risk faktörleri ile ilgili çok az çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde de gebelerde stres üriner inkontinans prevalansına ve risk faktörlerine ilişkin çalışmaların sayısı oldukça azdır. Çalışmamızın literatüre katkısı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışma ile gebelik dönemdeki kadınlarda SÜİ konusunda farkındalığın artması sağlanarak, korunma, sağlık kurumuna başvurma ve tedavi arama konusunda gebeler motive edilmeye çalışılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma primigravidalarda stres üriner inkontinans gelişmesindeki risk faktörlerinin ve sıklığının belirlenmesi ve stres üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları:

- 1.Primigravidalarda görülen stres üriner inkontinansı sıklığı nedir?
- 2.Primigravidalarda stres üriner inkontinansa neden olan ilişkili faktörler nelerdir?
- 3.Primigravidanın yaşı stres üriner inkontinansına etki eder mi?
- 4.Primigravidalarda BKİ stres üriner inkontinansına etki eder mi?
- 5.Primigravidanın anne ve kız kardeşinde üriner inkontinans görülmesi primigravidalarda stres üriner inkontinansı görülmesine neden olur mu?
- 6.Primigravidalarda gestasyonel diyabetes mellitus stres üriner inkontinansına etki eder mi?
- 7.Primigravidaların sigara kullanması stres üriner inkontinansına neden olur mu?
- 8.Primigravidalarda kafeinli yiyecek alımı stres üriner inkontinansına neden olur mu?

9.Primigravidalarda konstipasyon Şikayeti stres ũriner inkontinansına neden olur mu?

10.Primigravidaların pelvik taban kas egzersizi yapmaması stres ũriner inkontinansına neden olur mu?

11.Stres ũriner inkontinans primigravidanın yaşam kalitesini etkiler mi?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelikte Alt Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler

Gebelikte yaşanan anatomik, fizyolojik ve hormonal değişiklikler nedeniyle, alt ve üst üriner sistem ve pelvik taban etkilenmektedir (Mason ve ark. 1999, Chaliha ve ark. 2002, Salman ve ark. 2005).

Gebelik sırasında relaksin ve progesteron düzeylerindeki değişiklikler SÜ'nin gelişmesinde önemli bir rol oynayabilir (Kristiansson ve ark. 2001). Gebelikte üriner kontinansı sürdürmede önemli rol oynayan relaxin, aynı zamanda alt üriner sistemdeki dokuları geliştirir ve üretral basıncı artırabilir. Gebeliğin 10-14 haftalarında konsantrasyonunda pik seviyesinde belirgin bir artış vardır ve daha sonra gebeliğin 17.-24. haftasında pik değerinin yaklaşık yarısına iner ve üretral epitelyumda etkisi azalır. Bu durum üretral basınçta azalmaya neden olabilir. SÜ'li gebe kadınların, kontinant gebe kadınlara göre daha düşük üretral basınca sahip olduğu gözlenmiştir (Harvey ve ark. 2008).

Artmış progesteron düzeylerine bağlı olarak mesane ve üretra mukozası hiperemik hale gelir. Gebelik ilerledikçe üretral uzunluk artar, doğum sonrası üretral uzunluk azalır. Detrüsör kası artan progesterona bağlı olarak hipotonik hale gelir. Hipotoninin sonucu olarak da mesane kapasitesi gebeliğin erken dönemlerinde artar. Ancak büyümüş uterusun mesaneye basısı nedeniyle 3. trimesterde mesane kapasitesi tekrar azalır. Uterusun yaptığı basınçla idrara çıkma sıklığı artar (Landon ve ark. 1990, Helli ve ark. 2011).

Gebelikte mesane volümü ortalama 450-650 ml.'ye çıkar (gebe olmayan kadında ortalama 400 ml. dir). 200 ml ekstra idrar ile birlikte hidronefrotik üreterler oluşur (Cutner ve Wilson 2000, Haslam ve ark. 1997, Newton 1999, Viktrup 2002).

Gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde kadınlarda sık idrara çıkma sorunu yaşanmaktadır. Gebelikte büyüyen uterusun mesaneye basınç yapmasının etkisiyle bu değişikliğin görülmesine karşın, sık idrara çıkma basıncın çok artmadığı dönemlerde de görülmektedir. Sık idrara çıkmaya, hormonal etkiler, artan kan volümü ve glomerüler filtrasyon hızındaki değişiklikler neden olmaktadır (Murray ve ark. 2006, Kocaöz ve ark. 2009).

Gebelikte pelvik tabanda meydana gelen değişiklikler hakkında yapılan çalışmalar devam etmektedir. Gebeliğin mi, yoksa doğum olayının mı pelvik taban bozukluğu yaptığı konusu henüz netlik kazanmamıştır. Gebelik sırasında meydana gelen değişiklikler pelvik taban desteğini olumsuz yönde etkilemektedir (Chaliha ve ark. 2002, Salman ve ark. 2005, Kocaöz ve ark. 2009). Büyüyen uterusun etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli baskı ve zorlamaya maruz kalmaktadır. Gebeliğin erken döneminde yapılan perineal ultrason sonuçlarına göre; pelvik tabanda yer değiştirme olduğu ve pelvik taban kaslarının kasılmasının belirgin bir şekilde azaldığı, mesane ve üretra mobilitesinin arttığı, geç dönemde ise bu mobilitenin daha da belirgin bir şekilde arttığı saptanmıştır (Chaliha ve ark. 2002, Kocaöz ve ark. 2009). Hormonların etkisiyle bağ dokusunda gevşemeler meydana gelir ve bu durumun mesane ve üretra mobilite artışına neden olduğu düşünülmektedir (Salman ve ark. 2005, Kocaöz ve ark. 2009).

Doğuma yakın zamanlarda, fetusun gelen kısmı pelvise yerleştğinde tekrar mesane üzerine basınç artmaktadır. Bu basınç sonucunda tekrar mesanenin kanlanması artmakta ve lenfatik dolaşım bozulabilmektedir. Ayrıca, büyüyen uterusun baskısıyla normalde konveks olan mesane konkav bir hale gelmekte ve mesane kapasitesi büyük ölçüde azalmaktadır. Bu durum mesanenin doğum travmalarına ve üriner enfeksiyon gelişmesine karşı daha hassas hale gelmesini sağlamaktadır (Ricci ve ark. 2007, Kocaöz ve ark. 2009).

2.2. Gebelikte Stres Üriner İnkontinans Prevalansı

Gebe kadınlarda en sık görülen Üİ tipi SÜİ'dir. Bununla birlikte, SÜİ'nin gerçek prevalansı hala bilinmemektedir. Gebelikte SÜİ prevalansı üzerine birçok çalışma vardır ve sonuçlar Üİ tanımları, değerlendirme ölçütleri gibi çalışma yöntemine ve tasarıma bağlı olarak değişmektedir.

Üİ gebelikte oldukça yaygın görülen bir durumdur ve gestasyonel haftalar arttıkça terme kadar şikayetler artar (Van Brummen ark. 2006, Milsom ve ark. 2009, Dinç 2017). Literatürde, gebelikte Üİ prevalansı %21,1-%75,5 arasında değişmektedir (Wesnes ve ark. 2007, Kocaöz ve ark. 2010, Martins ve ark. 2010, Adaji ve ark. 2010, Erbil ve ark. 2011, Oliveira ve ark. 2013, Patil ve Dhavale 2015,

Nigam ve ark. 2016, Demircan ve ark. 2016, Abdullah ve ark. 2016, Kök ve ark. 2016, Pizzoferrato ve ark. 2016) (Tablo 1).

Tablo 1: Gebelerde Üİ Prevalansı

İlk yazar/yıl	Ülke	Çalışma Tasarımı	Örneklem	N	Üİ prevalans
Wesnes ve ark. 2007	Norveç	Kohort	30 haftalık gebelikte nullipar ve primipar	43279	Üİ %58,1
Martins ve ark. 2010	Sao Jose do Rio Preto, Brezilya	Kesitsel	Sao Jose'de 14 poliklinikte üçüncü trimesterde primigravida ve multigravida kadınlar	500	Üİ %63,3
Adaji ve ark. 2010	Nijerya	Kesitsel	Zaria Nigeria hastanesi takibe gelen gebeler	204	Üİ %21,1
Kocaöz ve ark. 2010	Türkiye	Kesitsel	Ankara üniversite hastanesine başvuran gebeler	393	Üİ %27
Erbil ve ark. 2011	Ordu, Türkiye	Kesitsel	Ordu obstetrik kliniğine başvuran gebeler	502	Üİ %40,4
Oliveira ve ark. 2013	Brezilya	Kesitsel	Hastaneye başvuran gebeler	495	Üİ %71
Patil ve ark. 2015	Narhe, Pune, Hindistan	Kesitsel	1.ve 2. Trimestrdaki gebeler	200	Üİ %75,5
Nigam ve ark. 2016	New Delhi Hindistan	Kesitsel	34 hafta ve üzeri gebelik	400	Üİ %75,25
Demircan ve ark. 2016	Zonguldak, Türkiye	Kesitsel	Bülent Ecevit Üniversitesi İbni Sina Sağlık ve Araştırma Merkezine başvuran gebeler	132	Üİ %42,4
Abdullah ve ark. 2016	Selangor, Malezya	Kesitsel	Üçüncü trimesterde primigravida kadınlar	350	Üİ %34,3
Kök ve ark. 2016	Ankara, Türkiye	Kesitsel	Ankara da hastaneye başvuran gebeler	287	Üİ %21,3
Pizzoferrato ve ark. 2016	Poissy, Fransa	Prospektif	Nullipar ve 22-30 gebelik haftası	186	Üİ %38,6
Dinç 2017	Çanakkale/Türkiye	Kesitsel	Çanakkale Devlet Hast başvuran gebeler	750	Üİ%40

Tablo 2. Gebelerde SÜİ Prevalansı

İlk yazar/yıl	Ülke	Çalışma Tasarımı	Örneklem	N	Üİ/SÜİ prevalans
Sun ve ark. 2005	Changhua Tayvan	Kesitsel	Nullipar ve multipar	799	SÜİ %46,1
Raza-Khan ve rak. 2006	St.Louis, MO USA	Prospektif	Nullipar ve multipar	113	SÜİ %32
Wesnes ve ark. 2007	Norveç	Kohort	30 haftalık gebelikte nullipar ve primipar	43279	SÜİ nullipar %31, primipar % 42
Whitford ve ark. 2007	İskoçya	Kesitsel	30 hafta üzeri gebelik nullipar ve primipar	289	SÜİ %54,3
Martins ve ark. 2010;	Sao Jose do Rio Preto, Brezilya	Kesitsel	Sao Jose'de 14 poliklinikte üçüncü trimesterde primigravida ve multigravida kadınlar	500	Primigravidae'de SÜİ % 46.1, multigravidae kadınlarda% 54.0
Brown ve ark. 2010	Melbourne Avustralya	Çok merkezli prospektif kohort	24 haftadan küçük gebelik nullipar	1507	SÜİ %36,9
Erbil ve ark. 2011	Ordu, Türkiye	Kesitsel	Ordu obsetrik kliniğine başvuran gebeler	502	Üİ %40,4 SÜİ %78,8
Abdullah ve ark. 2016	Selangor, Malezya	Kesitsel	Üçüncü trimesterde primigravida kadınlar	350	Üİ %34,3 SÜİ %64,8
Dinç, 2017	Çanakkale Türkiye	Kesitsel	Nullipar, multipar	750	Üİ%40 SÜİ %80,3

Gebelikte SÜİ prevalansı %32-%54,3 arasında değişmektedir (Sun ve ark. 2005 , Raza-Khan ve rak. 2006, Wesnes ve ark. 2007, Whitford ve ark. 2007, Martins ve ark. 2010, Brown ve ark. 2010, Erbil ve ark. 2011, Abdullah ve ark. 2016, Dinç, 2017) (Tablo 2).

Literatürde primigravidaalarda Üİ prevalansına ilişkin sınırlı sayıda çalışma vardır. Diez-Itza ve ark. (2009)'nın 458 primigravida ile yaptığı çalışmada SÜİ prevalansı %30,3 bulunmuştur. Abdullah ve ark. (2016)'nın 306 primigravida üzerinde yaptığı çalışmada, 3.trimesterde Üİ prevalansı %34,3 olarak bulunmuş ve bunların %64,8'inin SÜİ olduğu bildirilmiştir. Huebner ve ark. (2010) retrospektif olarak 610 primigravida ile yaptığı çalışmasında Üİ prevalansı %26,3 oranında bulunmuş ve gebeliğin 2. yarısından itibaren inkontinans şikayetlerinin önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir. Martins ve ark.(2010), 3. trimesterde olan 500 primigravida kadınla yaptığı araştırmasında SÜİ prevalansını %46,1 olarak saptamıştır. Thomason ve ark. (2007) 'nın primiparlarda yapmış oldukları çalışmada SÜİ prevalansını %60, Zhu ve ark. (2012) %18,6, Liang ve ark. (2012) %26,7 olarak bildirmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Primigravidalarda SÜİ Prevalansı

İlk yazar/yıl	Ülke	Çalışma tasarımı	Örneklem	N	Üİ/SÜİ prevalans
Thomason ve ark. 2007	Michigan USA	Retrospektif	Primipar	121	SÜİ %60
Diez-Itza ve ark. 2009	Guipúzcoa, İspanya	Gözlemsel	Donostia Hastanesi'nde doğum yapan kadınlar, primigravidalar	458	SÜİ %30,3
Huebner ve ark.2010	Berlin, Almanya	Retrospektif	Berlin'de Charité Hastanesinde primigravida kadınlar	610	Üİ % 26,3 ve gebeliğin ikinci yarısında önemli ölçüde artmıştır.
Martins ve ark. 2010;	Sao Jose do Rio Preto, Brezilya	Kesitsel	Sao Jose'de 14 poliklinikte üçüncü trimesterde primigravida ve multigravida kadınlar	500	Primigravidae'de SUI% 46,1, multigravidae kadınlarda% 54,0
Zhu ve ark. 2012	Beijing Çin	Prospektif	28 hafta ve üzeri gebelik Primipar	10098	SÜİ %18,6
Liang ve ark. 2012	Taoyuan Tayvan	Gözlemsel kohort	36 hafta ve üzeri Tertiary Hastanesinde doğum yapan primiparlar	1501	SÜİ %26,7
Abdullah ve ark. 2016	Selangor, Malezya	Kesitsel	Üçüncü trimesterde primigravida kadınlar	350	Üİ %34,3 SÜİ %64,8

2.3. Gebelikte Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

2.3.1. Yaş

Bazı çalışmalarda, gebelikte SÜİ'nin ileri anne yaşı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. 30 yaş ve üzeri gebe kadınların, genç gebe kadınlara göre SÜİ açısından daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir (Hvidman ve ark. 2002, Kocaöz ve ark. 2010, Zhu ve ark. 2012, Dinç 2017).

Son yıllarda, gelişen dünyadaki ekonomik, teknolojik ve sosyal değişimler 30 yaş ve üzeri doğum yapan kadın sayısını önemli derecede arttırmıştır (Huang ve ark. 2008). Türkiye'de doğumların %64'ü 30 yaşından önce meydana gelmektedir. TNSA-2013'de, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir. Daha önceki araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızları 20-24 yaş grubunda ortaya çıkarırken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir. Bu sonuç, Türkiye'de yaşa özel doğurganlık örüntüsünün değiştiğini ve doğumların ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde 35-39 yaş arasındaki kadınların, ilk doğum oranları %36, 40-44 yaş grubundaki kadınlar için %70 artmıştır (Cnattingius ve Stephansson 2002, Heffner 2004). Bu risk kategorisindeki kadınların giderek popülasyonlarının artması ile SÜİ gelişiminde klinik anne yaşının önemi giderek artmaktadır (Hijaz ve ark. 2012).

Bu bulguların aksine, literatürde primigravidaların yaşı ile Üİ arasında ilişki bulamayan çalışmalarda mevcuttur. Diez-Itza ve ark. (2009) 458 primigravida ile yaptığı çalışmada SÜİ ile maternal yaş arasında bir ilişki saptanmamıştır. Abdullah ve ark. (2016) 306 primigravida ile yaptığı çalışmada olguların yaş dağılımları ile Üİ arasında bir ilişki bulamamıştır.

2.3.2. Obezite

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yağ dokularında sağlığı bozacak şekilde anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (WHO 2016)

Obezite, insülin direnci, metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok hastalık ile yakın ilişkili olup, toplum sağlığını her geçen gün daha fazla tehdit etmekte olan bir sağlık sorunudur (Bergman ve ark. 2006).

Beden Kitle indeksi (BKİ), yetişkinlerde aşırı kilolu ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan basit bir dizindir. Kilogram cinsinden kişinin ağırlığı metre cinsinden boyun karesine bölünmesi (kg / m^2) olarak tanımlanır (WHO 2016).

Gebelikte tavsiye edilen kilo alımı;

BKİ 18,5-24,9 kg/m^2 olan normal kilolu kadınlar, gebelik sırasında 11,5-16 kg almalıdır.

BKİ 25-29,9 kg/m^2 olan hafif şişman kadınlar, gebelik sırasında 7-11,5 kg kilo alımını aşmamalıdır.

BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri olan obez kadınlar ise gebelik boyunca yaklaşık olarak 7 kg almalıdır (Rasmussen ve Yaktine 2009, Sangsawang 2014).

Obezite kadınlarda SÜİ'a katkıda bulunan majör risk faktör olarak bildirilmektedir. Karın içi basıncını artırarak mesane üzerindeki baskıyı artırır (Jain

ve Parsons 2011) ve mesane ve üretraya giden kan akışını ve sinir innervasyonunu bozar (Jain ve Parsons 2011, Bump ve ark. 1992).

Diez-Itza ve ark. (2009) primigravidalar ile yaptıkları çalışmada BKİ'nin fazla olmasının SÜİ'na neden olduğu ve termde vücut ağırlığının 75 kg ve üzeri olmasının SÜİ riskini 2 kat arttırdığı bildirilmiştir (OR=2,09; %95 GA 1,09-3,99).

Zhu ve ark. (2012), prenatal BKİ'nin SÜİ için risk faktörü olduğunu bildirmiştir (OR:1,037; %95 GA 1,020-1,054). Antenatal dönemde aşırı kilo alımının gebelik sırasındaki SÜİ ile ilişkili olduğunu bildiren başka çalışmalarda mevcuttur (Hvidman ve ark. 2002, Brown ve ark. 2010, Liang ve ark. 2012, Kök ve ark. 2016).

Obezite ve gebelikte aşırı kilo alımı kolayca değiştirilebilir bir risk faktörüdür ve gebelik sırasında SÜİ'ni önlemede davranışsal değişiklikler başlangıç noktası olarak kullanılabilir (Diez-Itza ve ark. 2009). BKİ'nde azalma ya da kilo verme SÜİ'da etkili bir tedavi yöntemi olarak gösterilmiştir (Subak ve ark. 2005, Auwad ve ark. 2008, Jain ve Parsons 2011).

Bunların aksine, Üİ ile obezite arasında bir ilişki bulamayan çalışmalar da vardır (Chiarelli ve Campbell, 1997, Scarpa ve ark. 2006, Martins ve ark. 2010, Abdullah ve ark. 2016).

2.3.3. Sigara Kullanımı

Üİ ile sigara kullanma arasında ilişki olduğu savunulmaktadır. Sigaradaki karbonmonoksit vücut dokularının oksijen transferini bozar ve kas atrofisine neden olur. Pelvik taban kası (PTK) da etkilenir. Sigara içmek öksürüğe neden olabilir, kronik ve sık öksürük mesane basıncını artırır ve PTK'ı üzerinde önemli bir baskı uygular ve PTK inversiyonunun hasarına yol açabilir, SÜİ'ı ağırlaştırır. Sadece karbonmonoksit değil aynı zamanda nikotininde detrisör kası üzerinde uyarıcı etkisi bulunmaktadır (Hannestad ve ark 2003). Sigara bağımlısı kişilerde detrisör kası üzerindeki uyarıcı etkinin sürekli olması artmış intraabdominal basınç ile birlikte Üİ gelişmesine katkıda bulunur (Bump ve ark. 1994).

Hojberg ve ark. (1999) sigara kullanan gebelerin, kullanmayan gebelere göre gebelik boyunca SÜİ için 1,4 kat daha fazla risk altında olduğunu bildirmiştir. (OR:1,4; %95 GA 1,1-1,9)

Martins ve ark. (2010) gebelikte sigara kullanımının Üİ için risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Liang ve ark. (2012) ise gebelikte sigara kullanma ile urge Üİ arasında ilişkili bulmuştur, fakat SÜİ ile ilişkili bulunmamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda ise, gebelerde sigara kullanımı ile Üİ arasında ilişki bulunamamışlardır (Dinç 2017, Abdullah ve ark. 2016, Kök ve ark. 2016, Glazener ve ark. 2006).

2.3.4. Konstipasyon

Gebelik sırasında konstipasyon yaygın görülen diğer bir bulgudur (Thom ve Rortveit 2010). Gebeliğe bağlı hormonal değişiklikler, özellikle progesteron, bağırsak düz kasların inhibe eder, böylece özefagus, mide ve kolon hareketlerini azaltır, intestinal hareketlerin azalması konstipasyona neden olur (Bonapace ve Fisher 1998). Bu değişiklikler sert ve kuru dışkı ile sonuçlanabilir. Defekasyon sırasında güçlü abdominal baskı, PTK üzerinde gerektiren tekrarlayan zorlanma ve stres ile ilişkili olarak sonuçlanabilir (Amselem ve ark. 2010).

Gebelikte konstipasyon prevalansı %11 ile %72,5 arasında değiştiği ve çoğunlukla gebeliğin 3.trimesterinde arttığı bildirilmiştir (Bonapace ve Fisher 1998, Marshall ve ark. 1998, Van Brummen ve ark. 2006, Nigam ve ark. 2016, Dinç 2017).

Nigam ve ark. (2016)'nın 3. trimesterinde gebelerle yaptığı çalışmada konstipasyon (haftada 3 kezden az defekasyon) prevalansını %72,5 olarak vermiştir.

Konstipasyon pelvik taban hasar gelişiminde önemli bir faktör olabilir ve pelvik sinirlerin gerilmesi ve perianal bölgenin aşağıya inmesine neden olur (Bump ve Norton 1998, Bradley ve ark. 2007, Amselem ve ark. 2010). Defekasyon sırasında mesane ve üretra için önemli bir baskı oluşturur ve bu da SÜİ'a neden olabilmektedir. Amselem ve ark. (2010) çalışmasında pelvik taban hasarı olan kadınların %31'inde ve pelvik taban hasarı olmayan kadınların %16'sında konstipasyon tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, konstipasyonu bulunmayan kadınlara göre konstipasyonu olan kadınlarda pelvik taban hasarı prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Zhu ve ark. (2012) ileri hafta gebelikte (37-42. hafta), konstipasyon hikayesi olan kadınlarda SÜİ gelişme olasılığının daha fazla olduğunu bildirmiştir. (OR:1,218; %95 GA 1,055-1,405). Martins ve ark.(2010)'nın yaptığı çalışmada

gebelik sırasında Üİ şikayeti olan gebelerin %67,5'inde konstipasyon şikayeti de olduğu bildirilmiştir (p=0,02).

Kocaöz ve ark. (2010) çalışmasında, gebelikte konstipasyon şikayeti olan kadınlarda 4,1 kat, Dinç (2017)'in çalışmasında 3,1 kat daha fazla Üİ şikayeti görülmüştür.

2.3.5. Kafeinli İçecek Alımı

Kahve, kola gibi kafeinli içecekler mesane irritanı olduğu ve istemsiz detrusor kasılmasına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilecekleri bildirilmiştir (Demirci ve Coşar 2009). Martins ve ark. (2010) yaptığı çalışmada gebelerin günde 2 fincan veya daha fazla kahve tüketiminin üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Bazı çalışmalar ise gebelikte kafeinli içecek alımı ile Üİ arasında bir ilişki bulamamışlardır (Nigam ve ark. 2016, Abdullah ve ark. 2016).

2.3.6. Gebelik Öncesi Stres Üriner İnkontinans Varlığı

Literatürde gebelik öncesi SÜİ olan kadınlarda, gebelikte bu şikayetin anlamlı derecede arttığı bildirilmektedir (Hvidman ve ark. 2002). Brown ve arkadaşlarının (2010), 1507 nullipar kadını gebelik öncesi ve gebelik sırasında Üİ durumunu değerlendirdikleri çalışmada gebelik öncesi Üİ şikayetinin gebelikte Üİ için güçlü bir gösterge olduğunu bildirmişlerdir (OR:3,6; %95 GA 2,8-4,7).

Wesnes ve ark. (2007) çalışmasında gebelik öncesi Üİ prevalansını %26 oranında, gebeliğin 30.haftasında ise %58 oranında bulmuşlardır. Liang ve ark. (2012) primiparlarda (1501 kişi) yaptığı çalışmada gebelik öncesi %4,2 olan Üİ prevalansının 36.gebelik haftasında %37,5'e çıktığı bildirilmiştir. Bu artışın büyük bir kısmının SÜİ olan gebelerde görüldüğünü ve gebeliğin özellikle SÜİ için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.

2.3.7. Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM), gebeliğe bağlı ortaya çıkan bir durumdur. İlk kez gebelikte tanı alan, değişik şiddette glikoz intoleransı olarak seyrederek genellikle doğumdan sonra kaybolmaktadır (Alanbay ve ark. 2011, American Diabetes Association 2011, Toraman ve ark. 2012, Kutay ve ark. 2013). Özellikle doğum sonrası kaybolması, gebelik öncesi tanı konulmamış tip 2 Diyabetes Mellitus olgularından ayrılmasını sağlamaktadır (Alanbay ve ark. 2011).

GDM prevalansı değişik ülke ve etnik gruplar için farklılık gösterir ve prevalansı %1-14 arasında değiştiiği bildirilmektedir (Çakır 2014). Türkiye’de ise değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda GDM prevalansı %3-11 arasında olduğu belirtilmektedir (Özçimen ve ark. 2008, Gürel ve ark. 2009).

Lifford ve ark. (2005)’nın tip 2 diyabet ve Üİ gelişimi arasında 81845 kadın ile yaptığı kohort çalışmasında Diyabetes Mellitus olan kadınların olmayan kadınlara göre inkontinans riski daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda Diyabetes Mellitus süresinin 5 yıl ve üzerinde olması inkontinans şiddetini ve inkontinans gelişme riskini arttırmaktadır.

Genel olarak, GDM olan gebeler Üİ için artmış risk altındadır. GDM ile SÜİ arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Kim ve arkadaşları (2008) kesitsel çalışmasında, gebelik sırasında DM olan 228 kadın ile SÜİ prevalansı incelemişler, GDM’lu kadınların %49’unun gebelik sırasında haftalık veya daha sık idrar kaçırdığı ve kadınların %50’sinin doğumdan sonra 5 yıl içinde SÜİ geliştiği bildirilmiştir.

Chuang ve ark. (2012), gebelik sırasında DM olan 6653 gebede yapılan çalışmada GDM’un SÜİ için postpartum dönemde bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı incelemiş ve GDM’lu kadınlarda GDM’lu olmayan kadınlara göre postpartum dönemde en fazla 2 yıl için SÜİ semptomların daha şiddetli görüldüğü bulunmuştur (OR:1,97; %95 GA 1,56-2,51).

2.3.8. Genetik

Stres üriner inkontinasında görülen konnektif doku atrofisinin ve zayıflığının genetik faktörlere bağlı olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan bir çalışmada

1.derecede akrabasında SÜİ olan kadınlarda, SÜİ prevalansının 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Rogers 2008).

Kocaöz ve ark. (2010) ve Kök ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada anne ve kız kardeşinde Üİ şikayeti olması gebelikte Üİ için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir.

2.3.9. Pelvik Taban Disfonksiyonu

Üİ'nin gebelik ve postpartum süresince PTK gücünün %22-35 oranında zayıflaması sonucu meydana geldiği düşünülmektedir (Lange ve ark. 2000, Sampsel ve ark. 1998). Gebelik sırasında meydana gelen mekanik veya hormonal etkiler pelvik desteği olumsuz etkileyebilir. Gebelik süresince büyüyen uterusu bağlı olarak artan karın içi basıncın etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır. Bu durumda da gebelik süresince pelvik desteği olumsuz etkileyen mekanik bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Dinç 2016).

SÜİ'li gebeler için en etkili konservatif tedavi olarak pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) önerilmektedir. Dinç ve ark. (2009) randomize kontrollü çalışmasında gebelik ve postpartum dönemde Üİ şikayeti olan 80 gebe (deney-kontrol) üzerinde yaptığı çalışmada deney grubuna PTKE öğretilmiştir. Gebenin doğru kas grubunu kasıp kasmadığı ise dijital palpasyon ve periniometre ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak gebelikte ve postpartum dönemde uygulanan PTKE'nin PTK gücünü artırdığı ve Üİ'nin önlenmesinde ve tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.

Mason ve ark. (2010) primipar gebelerde 20 ve 36 gestasyonel haftalarda ve postpartum 3.ayda PTKE'nin etkinliğini belirlemek için yaptıkları çalışmada 36. gebelik haftasında (p=0.019) ve postpartum 3. ayda (p=0.022) daha az SÜİ şikâyeti görüldüğü bildirmişlerdir.

Sangsawang ve Serisathien (2012), 20-30 gebelik haftasında olan 66 gebeye 6 hafta PTKE uygulamışlar ve deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara kıyasla SÜİ sıklığının ve şiddetinin önemli ölçüde azaldığını bildirmişlerdir.

Abdullah ve Arsyad (2014), PTKÉ uygulanan 30 primigravida ile PTKÉ uygulanmayan 30 primigravida karşılaştırıldı. PTKÉ uygulanan primigravidalarda Üİ şikayeti anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0,000$).

Bu çalışmalara benzer şekilde gebelikte uygulanan PTKÉ'nin etkili olduğunu bildiren, Üİ şikayetini azaltma ve tedavisi konusunda başka çalışmalarda mevcuttur (Kocaöz ve ark. 2013, Hay-Smith ve ark. 2008, Boyle ve ark. 2013, Morkved ve ark. 2003).

2.3.10 Üriner Sistem Enfeksiyonu

Üriner sistem enfeksiyonları, istemsiz detrusor kas kontraksiyonlarının stimülasyonuna yol açtığından Üİ için bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda Üİ ile üriner sistem enfeksiyonları arasında ciddi bir ilişki bulunmuştur (Moller ve ark. 2000, Kocaöz ve ark. 2010, Dinç 2017). Santos ve ark. (2006) çalışmasında tekrarlayan üriner enfeksiyon geçiren hastalarda 6.5 kat, Yalçın ve ark.(2011) 3.3 kat UI şikayetinin arttığını bildirdiler. Başka yazarlar da tekrarlayan üriner enfeksiyonu risk faktörü olarak bildirdiler (Ünsal ve ark., 2013)

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerine bağlantılı bir şekilde yaşamındaki yerini algılaması olarak tanımlamaktadır (WHO-2006).

Yaşam kalitesi geniş bir kavram olup bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevresindeki özelliklerden etkilenir (Ergün ve ark. 2013, Eser 2012). Yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur.

2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

- Bireyin kendisine saygısı

- Bireyin memnuniyeti
- Performans yeteneği
- Önceki bilgi ve tecrübeler
- Emosyonel durum
- Genel sağlık
- Ekonomik durum (Demir 2012)

2.4.1. Gebelikte Stres Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi

Üriner inkontinans; tıbbi, psikososyal ve bireysel hijyenle ilgili problemlere neden olan yaygın bir sağlık sorunudur (Eryılmaz 2008, Charalambous and Trantafylidis 2009).

Üİ, hayatı tehdit eden bir hastalık değil semptomdur. Ancak sürekli yaşattığı ıslaklık, kötü koku ve irritasyonun verdiği rahatsızlık nedeniyle bireyleri sıkıntıya sokmakta, özgüven eksikliği yaşatmakta ve depresyona kadar varabilen ruhsal sağlık sorunlarının oluşmasına neden olabilmektedir. Ayrıca bazı kadınlar, cinsel ilişki esnasında idrar kaçırmaya nedeniyle cinsel sorunlar yaşayabilmektedir (Kocaöz ve Eroğlu 2009, Norton 1990, O'Donnell ve ark. 2005, Yalçın 2006, Eskiuyurt ve ark. 2000).

Yapılan bir çok çalışmada Üİ Şikâyeti olan gebelerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Kocaöz ve ark. 2010, Oliveira ve ark. 2013, Moccellini ve ark. 2014, Kök ve ark. 2016).

Erbil ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada Üİ'nin yaşam kalitesi üzerine en çok günlük aktiviteyi etkilemiştir (%75,3). Gebelerin %73,5'i rahatsızlık hissi hissettiği, %47'sinin cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilediği, %35,8'inin kendilerini Üİ sorunları nedeniyle çevrelerinden izole ettiğini bildirmişlerdir.

Literatürde yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Dolan ve ark. (2004) yapmış oldukları çalışmada gebelik sırasında üriner inkontinansı olan primigravidaların çoğunun yaşam kalitesi üzerinde minimum etki gösterdiklerini ve çoğu primigravidanın semptomlarının hafif olduğunu ve yaşam kalitesinin etkilemediği belirtilmiştir. Abdullah ve ark. (2016) yaptığı çalışmada primigravidalarının çoğunun üriner inkontinans Şikayeti olmasına rağmen günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği bulunmuştur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM :

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma primigravidalarda stres inkontinansına neden olan risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale Asker Hastanesi antenatal polikliniklerinde Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi:

Araştırmanın evrenini, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale Asker Hastanesi antenatal polikliniklerinde takip edilen 28 hafta ve üzeri primigravidalar oluşturmaktadır. Gebelikte stres üriner inkontinansın kaçınıcı trimesterde başladığını belirlemek için son trimester seçilmiştir.

Araştırmaya alma ölçütleri:

- 28 hafta ve üzeri gebeliğinin olması
- Primigravida olması
- Katılmaya istekli olması

Araştırmaya alınmama ölçütleri:

- Genito üriner sistem patolojisi olması,
- Üriner enfeksiyonu olması,

SÜİ tanımlamak için ICS (Uluslararası Kontinans Derneği) protokolüne göre; öksürme, aksırma, gülme, ıkınma ve diğer karın içi basınç arttıran fiziksel aktiviteler sırasında gerçekleşen istemsiz idrar kaçırma şikayeti olan primigravidalar stres üriner inkontinans şikayeti var olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda literatüre göre primigravidalarda SÜİ prevalansı ortalama %30 olarak kabul edilerek örneklem sayısı 323 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünü saptamak için; $n=t^2pq/d^2$ formülü kullanılmıştır (Erdoğan ve ark. 2014).

Formülde;

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır.

$$n= (1,96)^2 (0,70) (0,30) / (0,05)^2$$

$$n= 0,806736 / 0,0025$$

$$n= 322,6944$$

3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın “*bağımlı değişkeni*” yaşam kalitesidir. “*Bağımsız değişkenleri*” primigravidanın yaşı, BKİ, anne ve kız kardeşte üriner inkontinansın görülmesi, GDM, sigara kullanımı, kafeinli yiyecek alımı, konstipasyon, pelvik taban kas egzersizi yapmama durumu ve stres üriner inkontinansıdır.

3.5. Verilerin Toplanması:

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla, kaynakçada yer alan farklı literatürlerden yararlanılarak hazırlanan anket formu ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality of Life) kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Anket Formu (Ek-1):

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, BKİ, anne veya kız kardeşte Üİ görülme durumu), gebeliğine ilişkin bilgilerini (gebelik haftası, GDM), kişisel alışanlıkları (sigara kullanımı, kafeinli içecek alımı, konstipasyon, PTKE yapma durumu, sıvı alımı, idrara çıkma sayısı) ve üro-jinekolojik (Üİ şikayeti, idrar kaçırma sıklığı ve miktarı) öyküsünü içeren 22 sorudan oluşmaktadır (Wesnes ve ark. 2007, Kocaöz ve ark. 2010, Erbil ve ark. 2011, Zhu ve ark. 2012). Anket formu örnekleme dahil edilmeyen 10 kişi üzerinde ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda uygulanmaya başlanmıştır.

3.6.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality of Life) (Ek-2):

I-QOL ölçeği Wagner ve arkadaşları tarafından, üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla, 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından Avrupa versiyonlarının oluşturulması amacıyla, kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak tekrar gözden geçirilmiş ve psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile soru sayısı 22'ye düşürülmüştür. I-QOL üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlandırılması (1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20.maddeler), psikososyal etkilenme (5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22. maddeler) ve sosyal izolasyondur (8.,12.,14.,18.,19. maddeler). I-QOL'da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Partick ve ark. 1999).

Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında (1999), I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,95, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa

katsayısı 0,87, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,93 ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Patrick 1999).

Ülkemizde, I-QOL'ın geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. Özerdoğan'ın çalışmasında (2003), I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,88, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Özerdoğan 2003).

Bu çalışmada ise iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.83, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,88 ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,81 olarak saptanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması:

Veriler, Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında antenatal polikliniklerinde araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gizlilik ve araştırma amaçları hakkında bilgi vermek için geliştirilen anket formunun başına bir rıza formu eklenmiştir. Her görüşmenin başında araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak yazılı izin alınmıştır (Ek-8). Görüşmede sorular okunmuş ve kadınların yanıtları kaydedilmiştir. Görüşmeler haftada 1-2 gün ve 10-15 dk. sürecek şekilde gerçekleşmiştir.

3.8. Etik:

Çalışmanın yapıldığı ilgili kurumlardan (Ek-3, Ek-4, Ek-5) ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul izni alınmıştır (2011-KAEK-27/2015-73) (Ek-6). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Nebahat Öztaç Özerdoğan'dan (Ek-7) I-QOL'ın kullanılabilmesi için yazılı izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmada SÜİ şikayeti varlığı, kaçırılan idrar miktarı, boy ve kilo ölçümleri kişilerin ifadesine dayanmaktadır. SÜİ varlığını ve miktarını tespit etmek için herhangi bir objektif değerlendirme testi yapılmamıştır. Ayrıca bu çalışma örneği sadece Çanakkale ilinde belirtilen kurumlara başvuran gebeler arasından seçilmiştir ve elde edilen sonuçlar tüm ülkeye genellenemez.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher Freeman Halton Test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Multivariate analiz olarak; Üriner inkontinans üzerine diğer risk faktörlerinin etkileri Backward (Conditional) Lojistik Regresyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Primigravidalarda stres üriner inkontinans; risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanan çalışmamız Çanakkale ilinde bulunan, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çanakkale Devlet Hastanesi ve Çanakkale Asker Hastanesi antenatal polikliniklerine başvuran, çalışmaya katılmaya istekli 324 primigravida ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular 5 bölümde incelenmiştir.

1. Primigravidaların sosyo-demografik özellikleri ve kişisel alışkanlıklarına ilişkin bulgular
2. Primigravidaların SÜİ ile ilgili şikayetlerine ilişkin bulgular
3. SÜİ ile ilişkili risk faktörlerine ilişkin bulgular
4. SÜİ risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi
5. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi ölçeğine ilişkin değerlendirmeler

4.1. Primigravidaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Kişisel Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 4: Gebelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=324)

	N	%	
Yaş	18-24	94	29
	25-30	169	52,2
	31-34	40	12,3
	35 ve üzeri	21	6,5
Eğitim Durumu	İlköğretim	45	13,9
	Lise	104	32,1
	Üniversite ve üzeri	175	54,0
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	141	43,5
	İşçi	19	5,9
	Memur	124	38,3
	Serbest Meslek	15	4,6
	Diğer	25	7,7
Sağlık Güvencesi	Evet	319	98,5
	Hayır	5	1,5
Gelir Durumu	İyi	106	32,7
	Orta	213	65,7
	Kötü	5	1,5
Gebelik Öncesi BKİ	Normal (18.5-24.9)	45	13,9
	Fazla Kilolu (25-29.9)	226	69,8
	Obez (≥ 30)	53	16,4
Şimdiki BKİ	Fazla Kilolu (25-29.9)	130	40,1
	Obez (≥ 30)	194	59,9
Annede Üİ	Evet	92	28,4
	Hayır	232	71,6
Kız Kardeşte Üİ	Evet	25	7,7
	Hayır	299	92,3
Gestasyonel	Evet	35	10,8
Diyabetes Mellitus	Hayır	289	89,2

Tablo 4. de primigravidaların demografik özelliklerine ilişkin veriler sunulmuştur.

Gebelerin %52,2'si 25-30 yaş grubunda olup, gebelerin yaş ortalaması $26,80 \pm 4,47$ olarak belirlendi.

Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında; %13,9'u ilköğretim, %32,1'i lise ve %54'ü üniversite mezunudur.

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde; %43,5'inin ev hanımı, %5,9'unun işçi, %38,3'ünün memur, %4,6'sının serbest meslek sahibi olduğu gözlenmiştir.

Gebelerin %98,5'inin sağlık güvencesi olduğu, %32,7'sinin gelir durumunun iyi, %65,7'sinin orta olduğu belirlendi.

Gebelerin %13,9'unun gebelik öncesi BMI düzeyi normal olarak gözlenirken, %69,8'inin fazla kilolu ve %16,4'ünün obez olduğu gözlenmiştir. Şimdiki BMI düzeyleri incelendiğinde ise, %40,1'inin fazla kilolu, %59,9'unun obez olduğu saptandı.

Gebelerin anne ve kız kardeşinde Üİ şikayeti incelendiğinde, %28,4'ünün annesinde, %7,7'sinin kız kardeşinde Üİ şikayeti mevcuttu.

Gebelerin %10,8'inin (n=35) Gestasyonel Diyabetes Mellitusu vardı. Gebelerin hiç birisinde gebelik öncesi DM şikayeti bulunmamaktadır.

Tablo 5: Kişisel Alışkanlıkların Dağılımı

N= 324		Min-Max	Ort±SD
Sıvı Alımı (günde lt.)		1-5	2,04±0,68
		N	%
Kafeinli İçecek (günde fincan)	1-2 Fincan	163	50,3
	3-4 Fincan	48	14,8
	5 den fazla	9	2,8
	Hayır	104	32,1
Sigara	Evet	36	11,1
	Hayır	288	88,9
Kabızlık Şikayeti	Sık Sık	30	9,3
	Ara Sıra	71	21,9
	Nadiren	36	11,1
	Hayır	187	57,7
Pelvik Taban Kas Egzersizi	Her Gün	50	15,5
	Aklıma Geldikçe	21	6,5
	Hayır	253	78,1
İdrara Çıkma Sayısı (gün)	1-3 kez	8	2,5
	4-6 kez	167	51,5
	7 den fazla	149	46,0
Gece İdrara Kalkma Durumu	Bazen	114	35,2
	Her Gece	163	50,3
	Çok Sıvı Aldığım Zaman	28	8,6
	Hayır Kalkmam	19	5,9

Tablo 5. de primigravidaların kişisel alışkanlıklarına ait veriler sunulmuştur.

Gebelerin günlük sıvı alımı miktarı 1 ile 5 litre arasında değişmekte olup, ortalama 2,04±0,68 litre olarak saptanmıştır.

Gebelerin %32,1'inin (n=104) kafein almadığı gözlenirken, %50,3'ünün (n=163) 1-2 fincan, %14,8'inin (n=48) 3-4 fincan ve %2,8'inin (n=9) 5 ve üzeri fincan aldığı gözlenmiştir.

Gebelerin %11,1'inin (n=36) sigara kullandığı gözlenmiştir.

Gebelerin %57,7'sinde (n=187) kabızlık gözlenmezken, %9,3'ünde (n=30) sık sık, %21,9'unda (n=71) ara sıra ve %11,1'inde (n=36) nadiren kabızlık gözlenmektedir.

Gebelerin %78,1'inin (n=253) pelvik taban kas egzersizi yapmadığı gözlenirken, %1,9'u (n=6) her gün günde 3 kez, %13,6'sı (n=44) her gün, %6,5'i (n=21) aklıma geldikçe cevabını vermiştir.

Gebelerin %2,5'i (n=8) idrar sayısını gün de 1-3 kez arasında olarak belirtirken, %51,5'i (n=167) 4-6 kez arasında ve %46'sı (n=149) 7 ve üzeri sayıda olarak belirtmiştir.

Gebelerin %5,9'u (n=19) gece idrar yapmak için kalkmadığını belirtirken, %35,2'si (n=114) bazen, %50,3'ü (n=163) her gece ve %8,6'sı (n=28) çok sıvı aldığı zaman kalktığını belirtmiştir.

4.2. Primigravidadaların Üriner İnkontinans İle İlgili Şikayetlerine İlişkin Bulgular

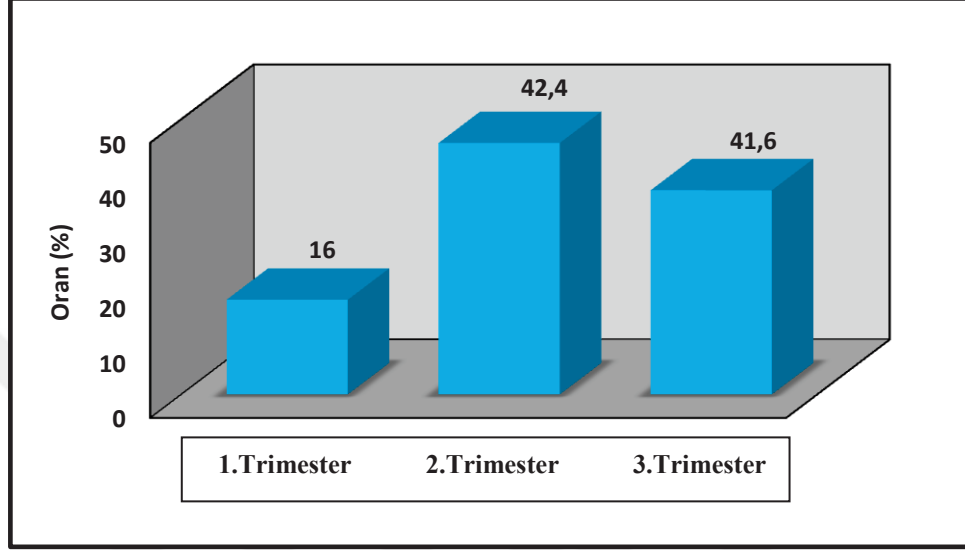
Tablo 6: Primigravidadalarda Stres Üriner İnkontinansa İlişkin Verilerin Dağılımı (n=125)

		N	%
Üİ Şikayeti	Evet	125	38,6
	Hayır	199	61,4
Gebelikten Önce Üİ	Evet	9	2,8
	Hayır	315	97,2
Trimesterlere Göre Üİ Başlangıcı	1.trimester	20	16
	2.trimester	53	42,4
	3.trimester	52	41,6
Üİ Şikayeti Sırasındaki Aktivite	Öksürme	66	52,8
	Hapşırma	76	60,8
	Gülme	12	31,2
	Yataktan Kalkma	9	7,2
	Merdiven Çıkma	11	8,8
	Bir Şey Kaldırma	27	21,6
	Fiziksel Aktivite	39	31,2
	Egzersiz	7	5,6
Üİ Sıklığı	Cinsel İlişki	4	3,2
	Günde Bir Kez	17	13,6
	Günde Bir Kezden Çok	16	12,8
	Haftada Bir Kez	22	17,6
	Haftada 2-4 Kez	24	19,2
	Ayda Bir Kez	31	24,8
Üİ Miktarı	Ayda 2-4 Kez	15	12,0
	Nemli	70	56,0
	Islak	48	38,4
Pet Kullanma Durumu	Oldukça Islak	7	5,6
	Evet	31	24,8
	Hayır	94	75,2

Tablo 6. da primigravidadaların stres üriner inkontinansa ilişkin verileri sunulmuştur.

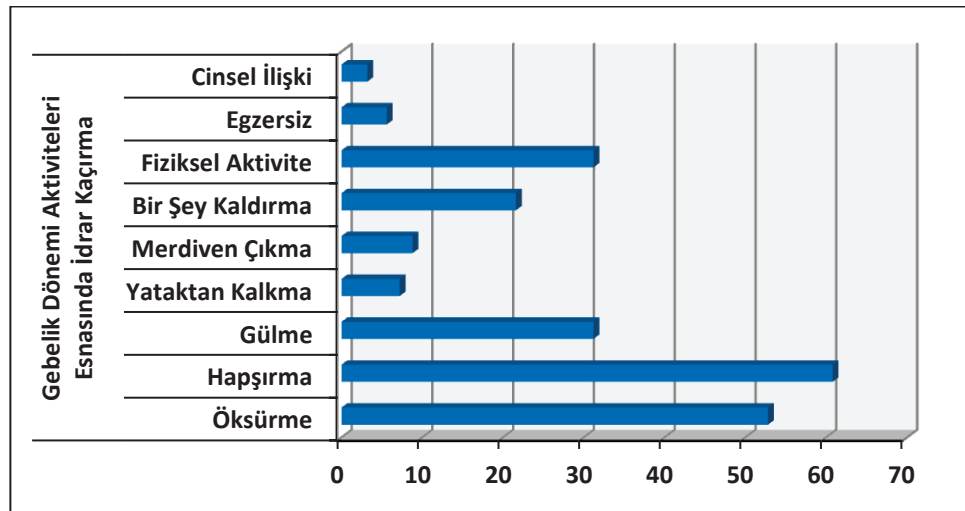
Gebelerin %38,6'sında (n=125) SÜİ şikayeti olduğu gözlenmiştir. Gebelerin %2,8'inde (n=9) gebelik öncesi Üİ şikayeti olduğu gözlenmiştir.

Gebelerin %16'sında (n=20) SÜİ başlangıç zamanı 1. trimester, %42,4'ünde (n=53) 2. trimester ve %41,6'sında (n=52) 3. trimester olarak gözlenmiştir (Şekil 1).



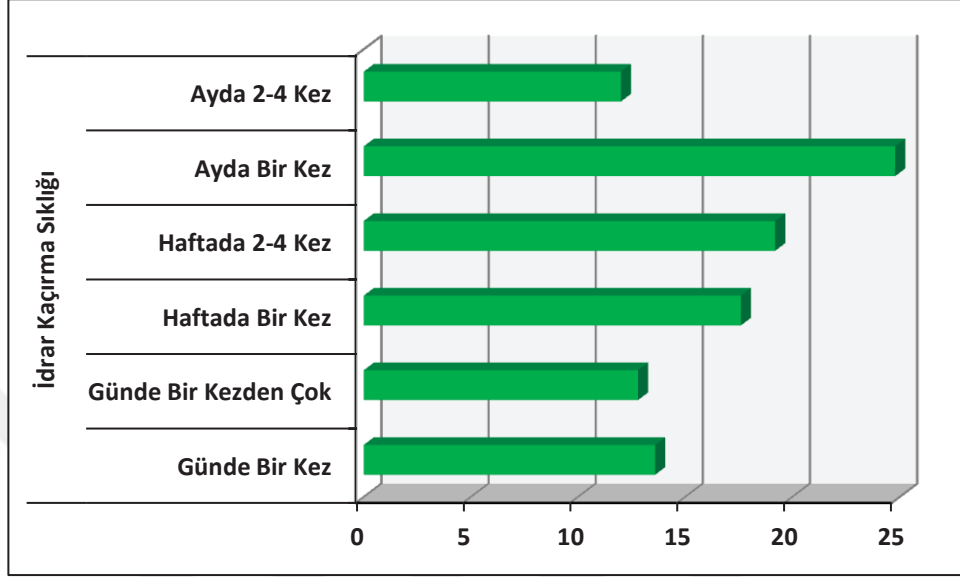
Şekil 1: Trimesterlere Göre SÜİ Başlangıç Zamanı

Gebelerin SÜİ şikayeti sırasında yapmış oldukları aktiviteleri incelendiğinde; %52,8'i (n=66) öksürme esnasında, %60,8'i (n=76) hapşırma, %31,2'si (n=39) gülme, %7,2'si (n=9) yataktan kalkma, %8,8'i (n=11) merdiven çıkma, %21,6'sı (n=27) bir şeyler kaldırma, %31,2'si (n=39) fiziksel aktivite, %5,6'sı (n=7) egzersiz ve %3,2'si (n=4) cinsel ilişki esnasında idrar kaçırdığı belirtmiştir (Şekil 2).



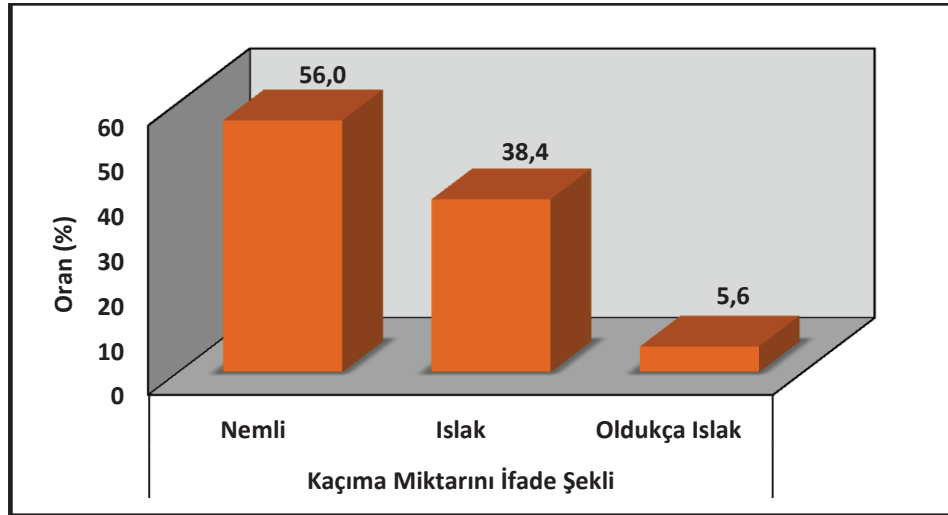
Şekil 2: SÜİ Şikayeti Sırasında Yapmış Oldukları Aktiviteler

Gebelerin %13,6'sı (n=17) günde bir kez idrar kaçırdığını belirtirken, %12,8'i (n=16) günde birden fazla kez, %17,6'sı (n=22) haftada bir kez, %19,2'si (n=24) haftada 2-4 kez, %24,8'i (n=31) ayda bir kez ve %12'si (n=15) ayda 2-4 kez idrar kaçırdığını belirtmiştir (Şekil 3).



Şekil 3: İdrar Kaçırma Sıklıklarının Dağılımı

Gebelerin %56'sı (n=70) idrar kaçırmayı nemli/birkaç damla olarak belirtirken, %38,4'ü (n=48) ıslak / az miktarda / iç çamaşırımı ıslatacak kadar ve %5,6'sı (n=7) oldukça ıslak / dış kıyafetimi ıslatacak kadar cevabını vermiştir (Şekil 4).



Şekil 4: Gebelerin İdrar Kaçırma Miktarı

Gebelerin %24,8'i (n=31) idrar kaçırmaya yönelik pet kullandığını belirtmiştir (Tablo 6).

4.3. Stres Üriner İnkontinans İle İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 7: Primigravidaların Sosyo-Demografik, Obstetrik Özelliklerine Göre SÜİ Durumunun Karşılaştırılması

		SÜİ (+) (n=125)	SÜİ (-) (n=199)	P
Yaş (yıl)	Ort+SD	27,34±4,66	26,47±4,33	^a 0,089
	min-max (Medyan)	18-38 (28)	18-40 (26)	
		n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	18 (14,4)	27 (13,6)	^c 0,452
	Lise	35 (28)	69 (34,7)	
	Üniversite	72 (57,6)	103 (51,8)	
Çalışma Durumu	Ev Hanım	53 (42,4)	88 (44,2)	^c 0,579
	İşçi	10 (8)	9 (4,5)	
	Memur	47 (37,6)	77 (38,7)	
	Serbest Meslek	4 (3,2)	11 (5,5)	
	Diğer	11 (8,8)	14 (7)	
Gelir Durumu	İyi	39 (31,2)	67 (33,7)	^e 0,687
	Orta	85 (68)	128 (64,3)	
	Kötü	1 (0,8)	4 (2)	
Sağlık Güvencesi	Evet	122 (97,6)	197 (99)	^d 0,378
	Hayır	3 (2,4)	2 (1,0)	
Gebelik Öncesi BKİ	Normal Kilolu	10 (8,0)	35 (17,6)	^c 0,001**
	Fazla Kilolu	82 (65,6)	144 (72,4)	
	Obez	33 (26,4)	20 (10,1)	
Gebelikte BKİ	Fazla Kilolu	39 (31,2)	91 (45,7)	^c 0,009**
	Obez	86 (68,8)	108 (54,3)	
Annesinde Üİ	Evet	58 (46,4)	34 (17,1)	^c 0,001**
	Hayır	67 (53,6)	165 (82,9)	
Kız Kardeşinde Üİ	Evet	21 (16,8)	4 (2,0)	^c 0,001**
	Hayır	104 (83,2)	195 (98,0)	
GDM	Evet	26 (20,8)	9 (4,5)	^c 0,001**
	Hayır	99 (79,2)	190 (95,5)	

^aStudent-t Test

^cPearson Chi-Square Test

^dFisher's Exact Test

^eFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 7. de primigravidaların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre SÜİ'na ilişkin veriler sunulmuştur.

Üİ şikayeti durumuna göre gebelerin yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

SÜİ şikayeti durumuna göre gebelerin eğitim durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ şikayeti durumuna göre gebelerin çalışma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ şikayeti durumuna göre gebelerin gelir durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ şikayeti durumuna göre gebelerin sağlık güvencesi olma oranlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ şikayeti olan primigravidalarda gebelik öncesi BKİ düzeyinin obez olması oranı anlamlı yüksek saptanırken ($p=0,001$; $p<0,01$), SÜİ şikayeti olmayan gebelerin gebelik öncesi BKİ düzeyinin normal kilolu olması oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$).

SÜİ şikayeti olan gebelerin şimdiki BKİ düzeyinin obez olması oranı SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,01$).

SÜİ şikayeti olan gebelerin annesinde Üİ görülme oranı, SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

SÜİ şikayeti olan gebelerin kız kardeşinde Üİ görülme oranı, SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

SÜİ şikayeti olan gebelerde gestasyonel diyabetes mellitus görülme oranı, SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 8: Primigravidaların Kişisel Alışkanlıklarına Göre SÜİ Şikayetlerinin Karşılaştırılması

Stres Üriner İnkontinans		SÜİ (+)	SÜİ (-)	P
Sıvı Alımı (lt/gün)	Ort+SD	2,02±0,66	2,06±0,69	^b 0,553
	Min-Max (Medyan)	1-5 (2)	1-5 (2)	
		n (%)	n (%)	
Sigara Kullanımı	Evet	21 (16,8)	15 (7,5)	^c 0,010**
	Hayır	104 (83,2)	184 (92,5)	
Kafeinli İçecek (günde fincan)	1-2 Fincan	77 (61,6)	86 (43,2)	^c 0,004**
	≥3 Fincan	19 (15,2)	38 (19,1)	
	Hayır	29 (23,2)	75 (37,7)	
Kabızlık Şikayeti	Sık Sık	22 (17,6)	8 (4,0)	^c 0,001**
	Ara Sıra	36 (28,8)	35 (17,6)	
	Nadiren	16 (12,8)	20 (10,1)	
	Hayır	51 (40,8)	136 (68,3)	
Pelvik Taban Kas Egzersizi	Her Gün	25 (20)	46 (23,1)	^e 0,256
	Hayır	100 (80)	153 (76,9)	
İdrar Sayısı (gün)	1-3 kez	2 (1,6)	6 (3)	^e 0,003**
	4-6 kez	51 (40,8)	116 (58,3)	
	7 den fazla	72 (57,6)	77 (38,7)	
Gece İdrara Kalkma	Bazen	35 (28,0)	79 (39,7)	^c 0,001**
	Her Gece	81 (64,8)	82 (41,2)	
	Çok Sıvı Aldığım Zaman	6 (4,8)	22 (11,1)	
	Hayır Kalkmam	3 (2,4)	16 (8,0)	

^bMann Whitney U Test

^cPearson Chi-Square Test

^eFisher Freeman Halton Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tablo 8. de primigravidaların kişisel alışkanlıklarına göre SÜİ şikayetine ilişkin veriler sunulmuştur.

SÜİ durumuna göre gebelerin günlük sıvı alım dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

SÜİ gözlenen gebelerde sigara kullanım oranı, kontinant gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p = 0,010$; $p < 0,05$).

SÜİ durumuna göre gebelerin kafeinli içecek içme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,004$; $p < 0,01$). SÜİ'ı olan

gebelerde 1-2 fincan kafeinli içecek içilmesi oranı, kontinent gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

SÜİ durumuna göre gebelerde kabızlık sıklığı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Sık sık ve ara sıra kabızlık şikayeti yaşayan gebelerde idrar kaçırma görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken ($p=0,001$; $p=0,018$; $p<0,05$); kabızlık şikayeti yaşamayan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

SÜİ durumuna göre gebelerin pelvik taban kası egzersizi yapma sıklıklarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ durumuna göre gebelerin günlük idrara çıkma sayısı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). İdrara çıkma sayısı günlük 4-6 kez olan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde düşük saptanırken ($p=0,002$; $p<0,01$), idrar sayısı günlük 7 ve üzeri olan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$).

SÜİ durumuna göre gebelerde geceleri idrara kalkma dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Her gece idrara kalkan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken ($p=0,001$; $p<0,01$); bazen, çok sıvı alındığı zaman ve gece idrara kalkmayan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,032$; $p=0,049$; $p=0,035$; $p<0,05$).

4.4. SÜİ Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

SÜİ üzerine etki eden risk faktörlerinden univaryat değerlendirmelerde anlamlı ve anlamlılığa yakın olduğu gözlenen yaş, gebelik haftası, gebelik öncesi BMI, annede idrar kaçırma şikayeti, kız kardeşte idrar kaçırma şikayeti, diyabet, sigara kullanımı, kafeinli içecek kullanımı, kabızlık şikayeti, idrar sayısı ve gece idrar sayısı ölçümlerinin etkileri lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 9: Lojistik Regresyon Sınıflandırma Tablosu

			Tahmin Edilen		
			İdrar Kaçırma		Doğruluk Yüzdesi
			Üİ (-)	Üİ (+)	
Gözlenen	İdrar	Üİ (-)	176	23	88,4
	Kaçırma	Üİ (+)	52	73	58,4
	Genel Yüzde				76,9

Kestirim değeri (Cut value) 0,500 olarak alınmıştır.

Modelin genel açıklayıcılık katsayısının %76,9 olduğu, duyarlılığının %58,4 ve özgülüğünün %88,4 olduğu gözlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10: Primigravidalarda SÜİ Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi

4. Step	P	ODDS	%95 CI	
			Lower	Upper
Gebelik Haftası	0,026*	0,905	0,829	0,988
Annede Üİ Şikayeti (E)	0,001**	2,939	1,544	5,592
Kız Kardeşte Üİ Şikayeti (E)	0,009**	5,620	1,551	20,366
Gestasyonel Diyabetes Mellitus (E)	0,013*	3,345	1,288	8,691
Sigara (E)	0,001**	4,319	1,828	10,204
Gebelik Öncesi BKİ	0,020*	1,087	1,013	1,165
Kabızlık	0,001**			
Kabızlık (Nadiren)	0,091	2,207	0,882	5,521
Kabızlık (Ara Sıra)	0,024*	2,179	1,109	4,281
Kabızlık (Sık Sık)	0,001**	6,253	2,295	17,036
Gece İdrar Yapma	0,001**			
Gece İdrar Yapma (Çok Sıvı Alındığı Zaman)	0,694	1,417	0,249	8,078
Gece İdrar Yapma (Bazen)	0,100	3,365	0,793	14,288
Gece İdrar Yapma (Her Gece)	0,006**	7,568	1,809	31,659

SÜİ üzerine etki edebileceği düşünülen değişkenler Backward (Conditional) Lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde modelin anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0,001; p<0,01). SÜİ ile ilgili risk faktörleri olarak gebelik haftası, annede idrar kaçırma şikayeti, kız kardeşte idrar kaçırma şikayeti, diyabet, sigara kullanımı, kabızlık, kabızlık (ara sıra), kabızlık (sık sık), gece idrar yapma, gece idrar yapma (her gece) ve gebelik öncesi BKİ ölçümlerinin etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenirken (sırasıyla; p:0,008; p:0,026; p:0,001; p:0,009; p:0,013; p:0,001; p:0,024; p:0,001; p:0,001; p:0,006; p:0,020; p<0,05) kabızlık (Nadiren), gece idrar yapma (Çok Sıvı Alındığı Zaman) ve gece idrar yapma (Bazen) etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı halde modelde kaldığı görülmüştür (sırasıyla p:0,091; p:0,694; p:0,100; p>0,05). Analize alınan diğer değişkenlerin ise univariate değerlendirmelerde anlamlı veya anlamlılığa yakın olmalarına rağmen modelde

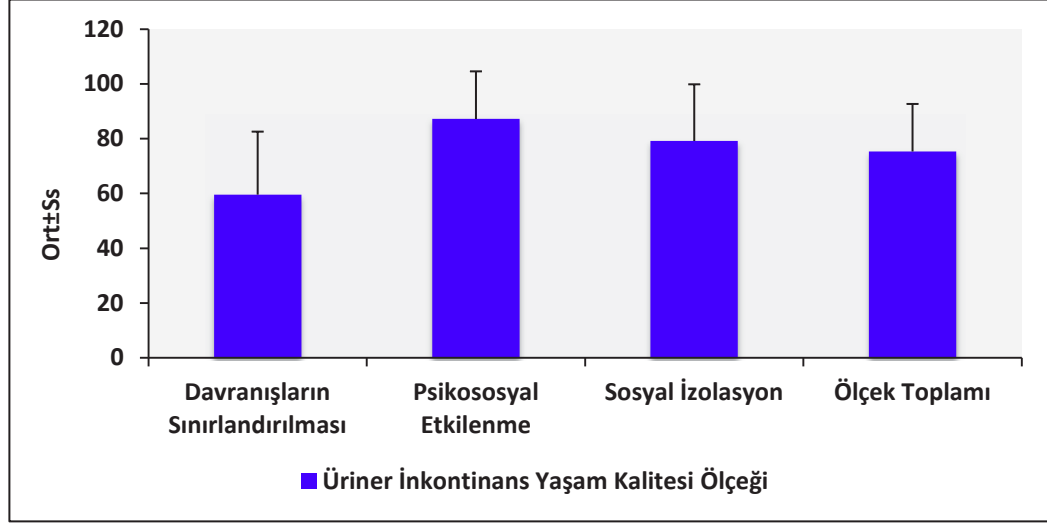
anlamsız hale geldikleri gözlenmiştir ($p>0,05$). 7,568 kat ile en büyük etki gece idrar yapma (her gece) olduğu gözlenmiştir.

4.5.Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğine (I-QOL-Incontinence Quality Of Life) İlişkin Değerlendirmeler

Tablo 11: I-QOL-Incontinence Quality of Life Alt Boyut ve Toplam Puan ve İç Tutarlılığı

	Madde Sayısı	Min-Maks	Ort±Ss	Cronbah's Alpha
Davranışların Sınırlandırılması	8	0-100	59,58±23,00	0,831
Psikososyal Etkilenme	9	5,56-100	87,20±17,39	0,888
Sosyal İzolasyon	5	0-100	79,16±20,70	0,815
Ölçek Toplamı	22	4,55-98,86	75,33±17,36	0,917

Gebelerin I-QOL ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $59,58\pm 23,00$ iç tutarlılığı $\alpha=0,831$ olarak, “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar 5,56 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $87,20\pm 17,39$ iç tutarlılığı $\alpha=0,888$ olarak, “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $79,16\pm 20,70$ iç tutarlılığı $\alpha=0,815$ olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 4,55 ile 98,86 arasında değişmekte olup, ortalama $75,33\pm 17,36$ iç tutarlılığı $\alpha=0,917$ olarak saptanmıştır.



Şekil 5: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı

Tablo 12: Gebelerin Yaş, Gebelik Haftası ve Sıvı Alımı Miktarı ile I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Davranışların Sınırlandırılması		Psikososyal Etkilenme		Sosyal İzolasyon		Toplam Puan	
	r	P	r	P	r	p	R	P
Yaş	-0,132 ^f	0,144	0,053 ^g	0,556	-0,158 ^g	0,078	-0,113 ^g	0,208
Gebelik Haftası	0,029 ^f	0,748	0,087 ^g	0,333	0,120 ^g	0,184	0,066 ^g	0,466
Sıvı Alımı (g/lt)	-0,191 ^g	0,033*	-0,049 ^g	0,588	-0,057 ^g	0,526	-0,165 ^g	0,066

^fr=Pearson Korelasyon Katsayısı

^gr=Spearman'ın Korelasyon Katsayısı

**p<0,01

Tablo 12. de gebelerin yaş, gebelik haftası ve sıvı alımı miktarı ile I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puanı arasındaki ilişkinin değer sunulmuştur.

Gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar ile gebelerin yaşı ve gebelik haftası dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan aldıkları puanlar ile günlük sıvı alımı miktarları arasında negatif yönlü (sıvı alımı

arttikça davranışların sınırlandırılması puanı azalan) %19,1’lik zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,191$; $p=0,033$; $p<0,05$).

Gebelerin I-QOL ölçeğinden aldıkları puan toplamları ile yaş, gebelik haftası ve günlük sıvı alım miktarı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Gebelik Öncesi BKİ Düzeylerine Göre I-QOL ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Gebelik Öncesi BKİ			P
		Normal Kilolu (n=10)	Fazla Kilolu (n=82)	Obez (n=33)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	68,44±21,37	58,69±24,06	59,09±20,73	^j 0,402
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,75-90,63 (71,88)	0-100 (62,5)	15,63-93,75 (59,38)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	94,17±5,31	84,99±20,11	90,57±10,09	^j 0,316
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	86,11-100 (95,83)	5,56-100 (91,67)	66,67-100 (94,44)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	85,50±14,03	77,74±22,42	80,76±17,68	^j 0,630
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	60-100 (87,5)	0-100 (85)	40-100 (85)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	82,84±10,8	73,78±19,41	76,89±12,46	^j 0,314
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	56,82-96,59 (84,66)	4,55-98,86 (79,55)	51,14-96,59 (80,68)	

^jKruskal Wallis Test

Tablo 13. de gebelik öncesi BKİ düzeylerine göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puanının değerleri sunulmuştur.

Gebelik öncesi BKİ düzeylerine göre gebelerin I-QOL ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14: Şimdiki BKİ Düzeylerine Göre I-QOL ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Şimdiki BKİ		P
		Fazla Kilolu (n=39)	Obez (n=86)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	69,55±21,11	55,05±22,5	^a0,001**
	<i>Min-Maks</i>	18,75-100 (71,88)	0-93,75 (56,25)	
	<i>(Medyan)</i>			
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	87,61±18,99	87,02±16,73	^b0,712
	<i>Min-Maks</i>	5,56-100 (94,44)	11,11-100 (91,67)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	82,18±20,80	77,79±20,63	^b0,188
	<i>Min-Maks</i>	10-100 (90)	0-100 (82,5)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	79,81±17,90	73,30±16,83	^b0,007**
	<i>Min-Maks</i>	17,05-98,86	4,55-96,59	
	<i>(Medyan)</i>	(82,95)	(77,27)	

^aStudent-T Test ^bMann Whitney U Test *p<0,05 **p<0,01

Tablo 14. de şimdiki BKİ düzeylerine göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Şimdiki BKİ düzeyi obez olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan aldıkları puanlar, BKİ düzeyi fazla kilolu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Şimdiki BKİ düzeylerine göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Şimdiki BKİ düzeyi obez olan gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, BKİ düzeyi fazla kilolu olan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,007; p<0,01).

Tablo 15: Annesinde Üİ Durumuna Göre Gebelerin I-QOLÖlçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Annede Üİ Şikayeti		P
		Evet (n=58)	Hayır (n=67)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	52,10±24,98	66,04±19,07	^a 0,001**
	<i>Min-Maks</i>	0-100 (53,13)	25-100 (68,75)	
	<i>(Medyan)</i>			
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	82,85±22,11	90,96±10,73	^b 0,014*
	<i>Min-Maks</i>	5,56-100 (91,67)	61,11-100 (97,22)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	71,90±23,34	85,45±15,76	^b 0,001**
	<i>Min-Maks</i>	0-100 (75)	40-100 (90)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	69,18±20,55	80,65±11,82	^b 0,001**
	<i>Min-Maks</i>	4,55-96,59	47,73-98,86	
	<i>(Medyan)</i>	(73,86)	(82,95)	
^a <i>Student-T Test</i>	^b <i>Mann Whitney U Test</i>	[*] <i>p<0,05</i>	^{**} <i>p<0,01</i>	

Tablo 15. de annesinde Üİ durumuna göre gebelerin I-QOLÖlçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Annesinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, annesinde Üİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Annesinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar, annesinde Üİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,014; p<0,05).

Annesinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, annesinde Üİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Tablo 16: Kız Kardeşte Üİ Şikayeti Olma Durumuna Göre Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kız Kardeşte Üİ Şikayeti		P
		Evet (n=21)	Hayır (n=104)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	49,26±24,43	61,66±22,25	^a 0,024*
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-90,63 (50)	12,5-100 (62,5)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	78,17±27,78	89,02±13,94	^b 0,131
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	5,56-100 (94,44)	19,44-100 (93,06)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	66,90±24,57	81,63±19,02	^b 0,002**
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-95 (75)	15-100 (90)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	65,10±22,67	77,39±15,41	^b 0,007**
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4,55-88,64 (72,73)	18,18-98,86 (81,82)	
^a Student-T Test	^b Mann Whitney U Test	*p<0,05	**p<0,01	

Tablo 16. da kız kardeşte Üİ şikayeti olma durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Kız kardeşinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları kız kardeşinde Üİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,024; p<0,05, p=0,002; p<0,01, p=0,007; p<0,01).

Kız kardeşinde Üİ şikayeti olma durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 17: Gestasyonel Diyabetes Mellitus Olan Gebelerde I-QOL ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Gestasyonel Diyabetes Mellitus		<i>P</i>
		Var (n=26)	Yok (n=99)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	52,88±19,32	61,33±23,65	^a 0,096
	<i>Min-Maks</i>	12,5-90,63	0-100 (62,5)	
	<i>(Medyan)</i>	(54,69)		
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	84,83±23,55	87,82±15,47	^b 0,983
	<i>Min-Maks</i>	5,56-100 (94,44)	11,11-100 (91,67)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	75,58±22,29	80,10±20,28	^b 0,213
	<i>Min-Maks</i>	10-100 (77,5)	0-100 (90)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	71,11±18,44	76,43±16,99	^b 0,080
	<i>Min-Maks</i>	17,05-87,5	4,55-98,86	
	<i>(Medyan)</i>	(76,14)	(80,68)	

^aStudent-T Test

^bMann Whitney U Test

Tablo 17. de Gestasyonel Diyabetes Mellitus olan gebelerde I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

GDM olan gebelerin I-QOL Ölçeğinden “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18: Sigara Kullanım Durumuna Göre Gebelerin I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Sigara Kullanımı		P
		Var (n=21)	Yok (n=104)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	63,84±28,01	58,71±21,91	^a 0,436
	<i>Min-Maks</i>	0-100 (75)	9,38-96,88 (62,5)	
	<i>(Medyan)</i>			
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	84,39±22,23	87,77±16,32	^b 0,973
	<i>Min-Maks</i>	11,11-100 (94,44)	5,56-100 (93,06)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	75,48±27,24	79,90±19,19	^b 0,857
	<i>Min-Maks</i>	0-100 (90)	10-100 (85)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	74,89±23,37	75,42±16,03	^b 0,492
	<i>Min-Maks</i>	4,55-98,86	17,05-98,86	
	<i>(Medyan)</i>	(80,68)	(80,68)	

^aStudent-T Test

^bMann Whitney U Test

Tablo 18. de sigara kullanım durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Sigara kullanım durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanım durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19: Kafeinli İçecek Alımı Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kafeinli İçecek Alımı			P
		1-2 Fincan (n=77)	≥ 3 Fincan (n=19)	Yok (n=29)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	59,98±24,11	62,01±18,44	56,9±23,15	^h 0,733
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-100 (62,5)	34,38-90,63 (59,38)	9,38-100 (59,38)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	87,77±16,73	88,16±21,57	85,06±16,57	^j 0,347
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	11,11-100 (94,44)	5,56-100 (97,22)	33,33-100 (88,89)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	78,7±21,3	80,26±22,27	79,66±18,61	^j 0,922
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-100 (85)	10-100 (90)	25-100 (85)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	75,61±17,69	76,85±18,13	73,59±16,41	^j 0,587
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4,55-98,86 (80,68)	17,05-96,59 (79,55)	28,41-98,86 (79,55)	

^hOneway Anova Test

^jKruskal Wallis Test

Tablo 19. da kafeinli içecek alımı durumuna göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Kafeinli içecek alımı durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kafeinli içecek alımı durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20: Kabızlık Şikayeti Görülme Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Kabızlık Şikayeti				<i>p</i>
		Sık Sık (n=22)	Ara Sıra (n=36)	Nadiren (n=16)	Yok (n=51)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	60,94±23,36	54,43±22,82	56,84±29,14	63,48±20,64	^h 0,314
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,75-93,75 (65,63)	9,38-96,88 (53,13)	0-100 (62,5)	12,5-100 (62,5)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	86,49±18,77	90,35±12,52	72,57±31,15	89,87±10,88	^j 0,204
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	19,44-100 (93,06)	44,44-100 (94,44)	5,56-100 (86,11)	61,11-100 (91,67)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	78,41±22,49	78,61±16,33	64,69±32,53	84,41±15,83	^j 0,101
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15-100 (90)	45-100 (80)	0-100 (70)	40-100 (90)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	75,36±18,07	74,62±14,82	65,06±28,29	79,03±12,98	^j 0,286
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,18-93,18 (80,11)	34,09-98,86 (78,41)	4,55-98,86 (73,86)	47,73-98,86 (81,82)	

^hOneway Anova Test

^jKruskal Wallis Test

Tablo 20. de kabızlık şikayeti görülme durumuna göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Kabızlık şikayeti görülme durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kabızlık şikayeti görülme durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 21: Pelvik Taban Kas Egzersizi Yapma Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Pelvik Taban Kas Egzersizi			<i>p</i>
		Her Gün (n=16)	Aklıma Geldikçe (n=9)	Hayır (n=100)	
Davranışların	<i>Ort±Ss</i>	70,12±22,13	61,11±15,79	57,75±23,39	^j 0,233
Sınırlandırılması	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	28,13-93,75 (73,44)	40,63-90,63 (62,5)	0-100 (60,94)	
Psikososyal	<i>Ort±Ss</i>	84,38±23,15	88,89±14,03	87,5±16,74	^j 0,648
Etkilenme	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	5,56-100 (91,67)	55,56-100 (94,44)	11,11-100 (94,44)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	75,31±23,98	82,22±17,16	79,5±20,55	^j 0,474
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	10-95 (82,5)	50-100 (90)	0-100 (85)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	77,13±20,39	77,27±10,57	74,86±17,45	^j 0,294
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	17,05-93,18 (84,09)	52,27-87,5 (78,41)	4,55-98,86 (80,11)	

^jKruskal Wallis Test

Tablo 21.de pelvik taban kas egzersizi yapma durumuna göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Pelvik taban kas egzersizi yapma durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Pelvik taban kas egzersizi yapma durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22: Gebelik Öncesi Üİ Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Gebelik Öncesi Üİ		<i>P</i>
		Var (n=9)	Yok (n=116)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	46,18±19,38	60,61±23,01	^b 0,061
	<i>Min-Maks</i>	15,63-75 (37,5)	0-100 (62,5)	
	<i>(Medyan)</i>			
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	85,80±12,76	87,31±17,74	^b 0,467
	<i>Min-Maks</i>	63,89-100 (83,33)	5,56-100 (94,44)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	69,44±20,07	79,91±20,64	^b 0,098
	<i>Min-Maks</i>	45-100 (70)	0-100 (90)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	67,68±12,15	75,92±17,60	^b 0,042*
	<i>Min-Maks</i>	50-86,36 (67,05)	4,55-98,86	
	<i>(Medyan)</i>		(80,68)	

^bMann Whitney U Test

**p*<0,05

Tablo 22. de gebelik öncesi Üİ durumuna göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Gebelik öncesi Üİ durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Gebelik öncesi Üİ durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, gebelik öncesi kontinent gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,042; *p*<0,05).

Tablo 23: SÜİ Başlangıcına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		SÜİ Başlangıç Zamanı			P
		1. Trimester (n=20)	2. Trimester (n=53)	3. Trimester (n=52)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	57,97±21,45	65,8±21,57	55,45±24,51	^h 0,076
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,75-93,75 (59,38)	18,75-100 (71,88)	0-100 (56,25)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	87,92±16,65	86,64±19,36	87,86±16,47	^j 0,638
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	52,78-100 (97,22)	5,56-100 (91,67)	11,11-100 (91,67)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	78,25±21,84	80,94±21,06	79,42±19,98	^j 0,860
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	40-100 (92,5)	10-100 (90)	0-100 (85)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	74,83±17,02	77,77±17,78	74,15±17,83	^j 0,481
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	43,18-97,73 (81,82)	17,05-98,86 (80,68)	4,55-98,86 (80,68)	

^hOneway Anova Test

^jKruskal Wallis Test

Tablo 23. de SÜİ başlangıcına göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

SÜİ başlangıç trimesterine göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

SÜİ başlangıç trimesterine göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24: Primigravidaaların Aktiviteler Esnasında SÜİ Şikayeti Durumuna Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

Gebelik Döneminde, Aktiviteler Esnasında İdrar Kaçırma		Davranışların Sınırlandırılması	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam Puan	
Öksürme	Evet (n=66)	Ort±Ss	59,75±23,37	84,39±19,63	75,83±21,55	73,48±18,90
		Min-Maks	9,38-93,75	5,56-100	10-100	17,05-96,59
		(Medyan)	(62,5)	(91,67)	(85)	(80,68)
	Hayır (n=59)	Ort±Ss	59,38±22,79	90,35±14	82,88±19,21	77,39±15,36
		Min-Maks	0-100	11,11-100	0-100	4,55-98,86
		(Medyan)	(59,38)	(94,44)	(90)	(80,68)
<i>p</i>		^a 0,927	^b 0,078	^b 0,026*	^b 0,576	
Hapşırma	Evet (n=76)	Ort±Ss	57,40±23,54	86,29±18,82	77,24±21,19	73,73±18,16
		Min-Maks	9,38-100 (57,81)	5,56-100	10-100 (82,5)	17,05-98,86
		(Medyan)		(94,44)		(78,41)
	Hayır (n=49)	Ort±Ss	62,95±21,96	88,61±14,99	82,14±19,76	77,81±15,91
		Min-Maks	0-100 (65,63)	11,11-100	0-100 (90)	4,55-98,86
		(Medyan)		(91,67)		(82,95)
<i>p</i>		^a 0,189	^b 0,967	^b 0,215	^b 0,190	
Gülme	Evet (n=39)	Ort±Ss	54,57±23,56	85,75±21,99	75,13±23,97	72,00±19,87
		Min-Maks	12,5-93,75	5,56-100	10-100 (80)	17,05-96,59
		(Medyan)	(59,38)	(94,44)		(79,55)
	Hayır (n=86)	Ort±Ss	61,85±22,52	87,86±14,96	80,99±18,91	76,84±16
		Min-Maks	0-100 (62,5)	11,11-100	0-100 (87,5)	4,55-98,86
		(Medyan)		(91,67)		(80,68)
<i>p</i>		^a 0,101	^b 0,741	^b 0,233	^b 0,254	
Yataktan Kalkma	Evet (n=9)	Ort±Ss	57,99±24,66	83,95±29,97	82,22±29,27	74,12±23,79
		Min-Maks	31,25-93,75	5,56-100	10-100 (95)	17,05-97,73
		(Medyan)	(62,5)	(91,67)		(79,55)
	Hayır (n=116)	Ort±Ss	59,70±22,98	87,45±16,21	78,92±20,04	75,42±16,90
		Min-Maks	0-100 (62,5)	11,11-100	0-100 (85)	4,55-98,86
		(Medyan)		(94,44)		(80,68)
<i>p</i>		^b 0,763	^b 0,693	^b 0,211	^b 0,848	
Merdiven Çıkma	Evet (n=11)	Ort±Ss	39,49±15,13	85,35±26,82	65,91±25,08	64,26±18,47
		Min-Maks	18,75-59,38	5,56-97,22	10-95 (65)	17,05-82,95
		(Medyan)	(40,63)	(94,44)		(65,91)
	Hayır (n=114)	Ort±Ss	61,51±22,75	87,38±16,37	80,44±19,90	76,40±16,96
		Min-Maks	0-100 (62,5)	11,11-100	0-100 (90)	4,55-98,86
		(Medyan)		(93,06)		(80,68)
<i>p</i>		^b 0,002**	^b 0,930	^b 0,032*	^b 0,011*	
Bir Şeyler Kaldırma	Evet (n=27)	Ort±Ss	53,24±20,41	89,30±18,91	77,22±20,35	73,44±16,66
		Min-Maks	12,5-90,63	5,56-100	10-100 (80)	17,05-94,32
		(Medyan)	(56,25)	(94,44)		(78,41)
	Hayır (n=98)	Ort±Ss	61,32±23,46	86,62±17,01	79,69±20,87	75,85±17,60
		Min-Maks	0-100 (64,06)	11,11-100	0-100 (90)	4,55-98,86
		(Medyan)		(91,67)		(80,68)
<i>p</i>		^a 0,106	^b 0,211	^b 0,358	^b 0,285	
Fiziksel Aktivite	Evet (n=39)	Ort±Ss	50,56±22,75	85,26±19,28	72,05±22,82	69,64±18,85
		Min-Maks	0-87,5 (50)	11,11-100	0-100 (75)	4,55-94,32
		(Medyan)		(94,44)		(75)
	Hayır (n=86)	Ort±Ss	63,66±22,06	88,08±16,51	82,38±18,94	77,91±16,10
		Min-Maks	9,38-100 (67,19)	5,56-100	10-100 (90)	17,05-98,86
		(Medyan)		(93,06)		(81,82)
<i>p</i>		^a 0,003**	^b 0,400	^b 0,006**	^b 0,006**	

^aStudent-t Test

^bMann Whitney U Test

**p*<0,05

***p*<0,01

Tablo 24. de primigravidaların aktiviteler esnasında SÜİ şikayeti durumuna göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

Öksürme esnasında SÜİ şikayet durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öksürme esnasında SÜİ’i olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, öksürme esnasında SÜİ’i olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$).

Hapşırma esnasında SÜİ şikayet durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gülme esnasında SÜİ şikayet durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yataktan kalkma esnasında SÜİ şikayet durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Merdiven çıkma esnasında SÜİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, merdiven çıkma esnasında SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,01$, $p=0,032$; $p<0,05$, $p=0,011$; $p<0,05$).

Merdiven çıkma esnasında SÜİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bir şeyler kaldırma esnasında SÜİ şikayet durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal

İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Fiziksel aktivite esnasında SÜİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları fiziksel aktivite esnasında SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$, $p=0,006$; $p<0,01$, $p=0,006$; $p<0,01$).

Fiziksel aktivite esnasında SÜİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25: SÜİ Sıklığına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

SÜİ Sıklığı		Davranışların Sınırlandırılması	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam Puan
Günde Bir Kez (n=17)	<i>Ort±Ss</i>	59,01±22,31	82,35±25,15	75,59±24,23	72,33±21,55
	<i>Min-Maks</i>	9,38-90,63	5,56-100	10-100 (85)	17,05-92,05
	<i>(Medyan)</i>	(62,5)	(91,67)		(81,82)
Günde Birden Çok (n=16)	<i>Ort±Ss</i>	64,84±24,99	83,16±14,47	77,81±18,35	75,28±17,05
	<i>Min-Maks</i>	28,13-93,75	52,78-100	40-95 (85)	43,18-93,18
	<i>(Medyan)</i>	(65,63)	(87,5)		(80,11)
Haftada Bir Kez (n=22)	<i>Ort±Ss</i>	46,31±26,81	79,17±25,54	66,14±27,12	64,26±23,47
	<i>Min-Maks</i>	0-90,63	11,11-100	0-100 (70)	4,55-93,18
	<i>(Medyan)</i>	(45,31)	(88,89)		(69,32)
Haftada 2-4 Kez (n=24)	<i>Ort±Ss</i>	54,82±17,8	90,97±9,84	78,75±17,08	75,05±11,65
	<i>Min-Maks</i>	18,75-87,5	61,11-100	50-100	56,82-94,32
	<i>(Medyan)</i>	(56,25)	(93,06)	(82,5)	(78,98)
Ayda Bir Kez (n=31)	<i>Ort±Ss</i>	69,56±20,49	91,22±11,94	90,48±14,91	83,17±12,76
	<i>Min-Maks</i>	28,13-100	55,56-100	50-100 (95)	52,27-98,86
	<i>(Medyan)</i>	(71,88)	(97,22)		(86,36)
Ayda 2-4 Kez (n=15)	<i>Ort±Ss</i>	61,04±19,51	94,44±4,92	81±11,53	79,24±8,57
	<i>Min-Maks</i>	28,13-100	80,56-100	60-100 (80)	63,64-95,45
	<i>(Medyan)</i>	(59,38)	(94,44)		(78,41)
	<i>p</i>	^h 0,023*	^j 0,028*	^j 0,001**	^j 0,014*

^hOneway Anova Test

^jKruskal Wallis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 25. de SÜİ sıklığına göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

SÜİ sıklığına göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,023$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Games-Howell Test sonuçlarına göre; haftada bir kez SÜİ şikayeti olan gebelerin “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyut puanı, ayda bir kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,018$; $p<0,05$).

SÜİ sıklığına göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,028$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; günde birden çok SÜİ şikayeti olan gebelerin “Psikososyal Etkilenme” alt boyut puanı, ayda bir kez ve ayda 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,029$; $p=0,005$; $p<0,05$). Aynı şekilde haftada bir kez SÜİ şikayeti olan gebelerin “Psikososyal Etkilenme” alt boyut puanı, ayda bir kez ve ayda 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,011$; $p=0,017$; $p<0,05$).

SÜİ sıklığına göre gebelerin I-QOL Ölçeği “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; ayda bir kez SÜİ şikayeti olan gebelerin “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, günde bir kez, günde birden çok, haftada bir kez, haftada 2-4 kez ve ayda 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,005$; $p<0,01$).

SÜİ sıklığına göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; ayda bir kez SÜİ şikayeti olan gebelerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, haftada bir kez ve haftada 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,014$; $p<0,05$). Aynı şekilde ayda 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelerin ölçek toplamından aldıkları puanlar, haftada bir kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,049$; $p<0,05$).

Tablo 26: SÜİ Şikayeti Olan Primigravidaların Kaçırdıkları İdrar Miktarına Göre I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		SÜİ Miktarı		P
		Nemli (n=70)	Islak (n=48)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	64,02±20,30	53,92±25,11	^a 0,014*
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,75-100 (65,63)	0-93,75 (56,25)	
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	89,44±14,18	84,34±20,57	^b 0,104
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	19,44-100 (94,44)	5,56-100 (91,67)	
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	85,14±17,63	71,55±21,94	^b 0,001**
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15-100 (92,5)	0-100 (75)	
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	79,22±14,51	70,37±19,46	^b 0,005**
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18,18-98,86 (82,95)	4,55-94,32 (77,27)	

^aStudent-t Test ^bMann Whitney U Test *p<0,05 **p<0,01

Tablo 26. de SÜİ şikayeti olan primigravidaların kaçırdıkları idrar miktarına göre I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

SÜİ miktarı ıslak (iç ve dış kıyafeti ıslatacak miktarda) olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, SÜİ miktarı nemli (birkaç damla) olan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,014; p<0,05, p=0,001; p<0,01, p=0,005; p<0,01).

Gebelerin I-QOL Ölçeği “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar ile SÜİ miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 27: SÜİ Şikayetine Yönelik Pet Kullanan Primigravidaların I-QOL Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanının Değerlendirilmesi

		Pet Kullanımı		P
		Var (n=31)	Yok (n=94)	
Davranışların Sınırlandırılması	<i>Ort±Ss</i>	47,88±26,57	63,43±20,43	^a 0,005**
	<i>Min-Maks</i>	0-96,88 (40,63)	9,38-100 (62,5)	
	<i>(Medyan)</i>			
Psikososyal Etkilenme	<i>Ort±Ss</i>	78,94±23,13	89,92±14,16	^b 0,008**
	<i>Min-Maks</i>	11,11-100 (83,33)	5,56-100 (94,44)	
	<i>(Medyan)</i>			
Sosyal İzolasyon	<i>Ort±Ss</i>	68,06±24,89	82,82±17,80	^b 0,001**
	<i>Min-Maks</i>	0-100 (75)	10-100 (90)	
	<i>(Medyan)</i>			
Toplam Puan	<i>Ort±Ss</i>	65,18±21,67	78,68±14,31	^b 0,001**
	<i>Min-Maks</i>	4,55-98,86	17,05-98,86	
	<i>(Medyan)</i>	(69,32)	(81,82)	

^aStudent-t Test ^bMann Whitney U Test **p<0,01

Tablo 27. de SÜİ şikayetine yönelik pet kullanan primigravidaların I-QOL Ölçeği alt boyut ve toplam puan değerleri sunulmuştur.

SÜİ şikayetine yönelik pet kullanan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar, pet kullanmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,005; p<0,01, p=0,008; p<0,01, p=0,001; p<0,01).

SÜİ şikayetine yönelik pet kullanan gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, pet kullanmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

5. TARTIŞMA

Gebelikte yaşanan anatomik, fizyolojik ve hormonal değişiklikler nedeniyle alt ve üriner sistem ve pelvik taban etkilenmektedir (Mason ve ark. 1999, Chaliha ve ark. 2002, Salman ve ark. 2005). Üriner inkontinans şikayeti gebelikte ortaya çıkan çok sayıda kadın vardır. Gebelikte en yaygın inkontinans tipi ise stres üriner inkontinansdır (Allahdin ve Kambhampati 2012).

Literatürde primigravidalarda SÜİ prevalans çalışmaları sayısı oldukça sınırlıdır. Ülkemizde ise primigravidalarda SÜİ prevalans çalışmasına rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, primigravidalarda stres üriner inkontinans; prevalans, risk faktörleri ve yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Primigravidaların Stres Üriner İnkontinans Şikayetlerine İlişkin Verilerin Tartışılması

Literatürde gebelikte SÜİ prevalansı %18,6-75 arasında bildirilmektedir (Sangsawang 2014). Primigravidalarda ise SÜİ prevalansı %18,6-60 arasında olduğu bildirilmiştir (Tomason ve ark. 2007, Zhu ve ark. 2012). Çalışmamızda primigravidaların gebelikte SÜİ prevalansı %38,6 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Diez-Itza ve ark. (2009) 458 primigravida ile yaptığı çalışmada SÜİ prevalansı %30,3, Abdullah ve ark. (2016)'nın 306 primigravida ile yaptığı çalışmada %22,2, Liang ve ark.(2012)'nin yaptığı çalışmada %26,7, Martins ve ark. (2010)'nin çalışmasında ise %46,1 bildirmişlerdir.

Gebelik öncesi SÜİ olan kadınlarda, gebelik sırasındaki semptomların arttığı bildirilmektedir. Liang ve ark. (2012) 1501 primipar ile yaptığı çalışmasında gebelik öncesi %4,2 olan Üİ prevalansının 36.gebelik haftasında %37,5'e çıktığı bildirilmiştir. Bu artışın büyük bir kısmının SÜİ olan gebelerde görüldüğünü ve gebeliğin özellikle SÜİ için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtilmiştir. Buna benzer başka çalışmalar da mevcuttur (Hvidman ve ark 2002, Wesnes ve ark. 2007, Brown ve ark. 2010). Bizim çalışmamızda kadınların gebelik öncesi SÜİ sıklığı %2,8 iken 3. trimesterde %38,6 bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmamız literatür bulguları ile paraleldir.

Çalışmamızda gebelerin SÜİ şikayeti başlangıcı 1.trimesterde %16, 2.trimesterde %42,4, 3.trimesterde %41,6 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Kocaöz ve ark. (2010) 1.trimesterde %2,8, 2.trimesterde %8,5, 3.trimesterde %87,7 olarak belirtmiştir. Sharma ve ark.(2009) 1.trimesterde %24,1, 2.trimesterde %23,6, 3.trimesterde %27,9 olarak saptamıştır. Kök ve ark. (2016) 1.trimesterde %3,3, 2.trimesterde %8,2, 3.trimesterde %88,5 olarak saptamıştır. Dinç (2017) çalışmasında 1.trimesterde %29,7, 2.trimesterde %32,2, 3.trimesterde %52,1 olarak saptamıştır. Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur. Bu sonuçlardan da yola çıkarak özellikle 2. trimesterden sonra üriner inkontinans sıklığının arttığı söyleyebiliriz.

Çalışmamızda SÜİ sıklığı bakımından gebeler incelendiğinde, gebelerin ¼'ünün günde bir kez ve daha çok idrar kaçırdığı saptandı. Yine gebelerin %17,6'sı haftada bir kez, %19,2'si haftada 2-4 kez, %24,8'i ayda bir kez ve %12'si ayda 2-4 kez idrar kaçırdığını belirtmiştir (Tablo 6). Kocaöz ve ark.(2010) yaptığı çalışmada SÜİ sıklığı %55,7 haftada bir veya daha az, %10,4 haftada 2-3 kez, %17,9 günde 1 kez, %14,2 günde birkaç kez, %1,9 her zaman olarak belirtilmiştir. Kök ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada %39,3'ü haftada bir kez, %29,5'i haftada 2-3 kez, %16,4'ü günde bir kez, %8,2 günde 1-2 kez, %6,6'sı her zaman olarak bildirmişlerdir. Dinç (2017) yaptığı çalışmada gebelerin %29,3'ünün haftada birkaç kez, % 25,3'ünün haftada bir kez ve %23,3'ünün haftada 2 ve 3 kez, % 15,3'ünün ayda bir kez idrar kaçırdığı saptanmıştır. Çalışmamız literatür bulguları ile paraleldir.

Çalışmada gebelerin kaçırdığı idrar miktarları sorgulandığında, %56'sı Üİ miktarını nemli/birkaç damla olarak belirtirken, %38,4'ü ıslak/az miktarda (iç çamaşırımı ıslatacak kadar) ve %5,6'sı oldukça ıslak (dış kıyafetimi ıslatacak kadar) cevabını vermiştir (Tablo 6). Kocaöz ve ark.(2010) yaptığı çalışmada %79,2'si nemli, %10,4 ıslak, %0,9 oldukça ıslak olarak saptamıştır. Kök ve ark.(2016) yaptığı çalışmada %86,9'u nemli, %9,8'i ıslak, %3,3'ü oldukça ıslak olarak belirtilmiştir. Dinç (2017) çalışmasında idrar kaçırmı miktarı orta derecede (ıslak) (% 59,7) olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda Üİ şikayeti olan kadınların pet kullanma durumları incelendiğinde, gebelerin %24,8'i pet kullanmakta idi (Tablo 6). Literatürde Üİ şikayeti olan gebelerde pet kullanma oranını Kök ve ark.(2016) %32,8, Dinç (2017) %22,3 olarak bildirmişlerdir.

5.2. Primigravidalarda SÜİ İle İlişkili Faktörlere İlişkin Verilerin Tartışılması

Yaş

Üriner inkontinans her yaşta görülen bir sağlık sorunu olarak bildirilmektedir. Son yıllarda, gelişen dünyadaki ekonomik, teknolojik ve sosyal değişimler 30 yaş ve üzeri doğum yapan kadın sayısını önemli derecede artmıştır (Huang ve ark. 2008). Yapılan bazı çalışmalarda 30 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (Hvidman ve ark. 2002, Groutz ve ark. 2007, Zhu ve ark. 2012, Kök ve ark. 2016, Dinç 2017). Norveç'te yapılan HUNT/EPINCONT çalışmasında ise ilk doğumda 25 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ prevalansı anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Rortveit ve ark. 2006).

Bizim çalışmamızda SÜİ şikayeti olan gebelerin yaş ortalaması $27,34 \pm 4,66$ bulunmuştur (Tablo 7). Yukarıdaki bulguların tersine çalışmamızda maternal yaş ile Üİ arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamıza paralel olarak Abdullah ve ark.(2016) 306 primigravida ile yaptığı çalışmada olguların yaş dağılımları ile Üİ arasında bir ilişki saptamamıştır. Diez-Itza ve ark. da (2009) 458 primigravida ile yaptığı çalışmada SÜİ ile maternal yaş arasında ilişki saptamamışlardır.

Eğitim ve Çalışma Durumu

Kadının eğitim ve çalışma durumu sağlıkla ilgili konularda olumlu bilgi ve davranış kazanmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda eğitim durumu ile SÜİ arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 7). Yapılan diğer çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir (Kocaöz ve ark. 2010, Kök ve ark. 2016). Çalışmamızın aksine Oliveira ve ark. (2013)'nin çalışmasında sekiz yıldan daha az örgün eğitim görmüş olan gebelerin Üİ riski, yüksek eğitime sahip olanlara göre üç kat daha fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda çalışma durumu ile SÜİ arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 7). Yapılan diğer çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir (Kocaöz ve ark. 2010, Kök ve ark. 2016, Demircan ve ark. 2016).

Sağlık Güvencesi ve Gelir Durumu

Sağlık güvencesi ve gelir durumunun iyi olması, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkileyen bir faktördür. Çalışmamızda

sağlık güvencesi ile Üİ arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 7). Bunun aksine Kocaöz ve ark.(2010) yaptığı çalışmada anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmamızda gebelerin gelir durumu ile Üİ arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7). Bizim çalışmamızın aksine Özdemir ve ark (2018) çalışmalarında gelir durumu düşük olan kişilerde Üİ oranı daha yüksek oranda saptanmış ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yine Liu ve ark (2014)'nin Çin'de yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur.

BMI

Obezite, karın içi basıncı arttırarak pelvik tabanda kronik gerginliğe sebep olur (Jain ve Parsons 2011) ve mesane ve üretraya giden kan akışı ve sinir inversiyonu bozar (Jain ve Parsons 2011, Bump ve ark. 1992). Ayrıca mesane üzerindeki baskıyı arttırır (Eltatawy ve ark. 2011, Bump ve ark. 1992). Böylece obezite kadınlarda SÜİ'sına katkıda bulunan majör risk faktörü olarak bildirilmektedir.

Yaptığımız çalışmada, SÜİ olan gebelerin gebelik öncesi BKİ değeri obez olanlar ve şimdiki BKİ değeri obez olanlarda, kontinent gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,009$) (Tablo 7). Bizim çalışmamıza paralel olarak Brown ve ark. (2010) ve Kök ve ark. (2016), Dinç (2017) gebelik öncesi artmış BKİ, gebelikte Üİ prevalansını artırdığını bildirmiştir. Benzer bir şekilde Hvidman ve ark. (2002) gebe kadınlar ile gebelik öncesi BKİ 30kg/m² den fazla olması SÜİ ile yüksek oranda ilişkili bulunmuştur. Liang ve arkadaşları (2012) gebelik öncesi BKİ'nin 30kg/m² den fazla olması, gebelik sırasında SÜİ için artmış risk altında olduğunu bildirmiştir. Ayrıca antenatal dönemde aşırı kilo alımının gebelik sırasındaki SÜİ ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmaların aksine artmış BKİ ile Üİ arasında ilişki bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Scarpa ve ark. 2006, Chiarelli ve Campbell 1997, Abdullah ve ark.2016, Martins ve ark. 2009).

5.3 Primigravidalarda SÜİ İle İlişkili Faktörlerden Kişisel Alışkanlıkları Ve Sağlık Durumuna İlişkin Verilerin Tartışılması

Sigara

Sigara içenlerde gelişen sert ve sık öksürük nedeniyle pelvik taban kaslarında harabiyet ve karın içi basıncında artma görülür. Bunların yanında sigaranın içindeki bazı kimyasalların antiöstrojenik etkisi ve kollagen sentezinin bozulması sonucu Üİ gelişmesi kolaylaşmaktadır. Literatürde sigara içenlerde Üİ prevalansının, sigara içmeyenlerden anlamlı daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Ahmet ve ark. 2013, Çiftçi ve Günay 2011).

Çalışmamızda gebelikte sigara kullanım oranı %11,1 bulunmuştur (Tablo 8). SÜİ gözlenen gebelerde sigara kullanım oranı, SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Martins ve ark. (2010)'nın yaptığı çalışmada gebelikte sigara kullanım oranı %11'dir ve gebelikte sigara kullanımının Üİ için risk faktörü olduğunu bildirmiştir.

Bu bulguların aksine sigara kullanımı ile SÜİ arasında ilişki bulamayan çalışmalar da vardır. Liang ve ark. (2012) çalışmasında gebelerin %6,8'inin gebelikte sigara içtiğini bildirmiş, urge Üİ ile ilişkili bulunmuştur, ancak SÜİ ile ilişkili bulunmamıştır. Dinç (2017), Abdullah ve ark. (2016), Kök ve ark. (2016), Glazener ve ark. (2006), sigara kullanımı ile Üİ arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır.

Konstipasyon

Konstipasyonun pelvis sinirlerinde gerilmeye bağlı hasara yol açması nedeniyle, pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği öne sürülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda kabızlığın Üİ için risk faktörlerinden biri olduğu rapor edilmektedir (Swanson ve ark. 2005, Zhu ve ark. 2006, Ünsal ve ark. 2013). Gebelikte konstipasyon prevalansı %11 ile %72,5 arasında değiştiği ve çoğunlukla gebeliğin 3.trimesterinde sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Bonapace ve Fisher 1998, Marshall ve ark. 1998, Van Brummen ve ark. 2006, Nigam ve ark. 2016, Dinç 2017).

Çalışmamızda primigravidalarda konstipasyon sıklığı %42,3 olarak bulunmuş, %9,3'ünde sık sık konstipasyon gözlenmiştir. Çalışmamızda sık sık ve ara sıra

konstipasyon şikayeti yaşayan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken ($p=0,001$; $p=0,018$); konstipasyon şikayeti olmayan gebelerde SÜİ görülme oranı anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 8). Çalışmamıza benzer şekilde Martins ve ark.(2010) yaptıkları çalışmada Üİ şikayeti olan gebelerin %67,5’de (haftada 3 kezden az) konstipasyon şikayeti olduğunu bildirmişlerdir ve Üİ ile ilişkili faktörlerden biri olarak raporlanmıştır. Nigam ve ark. (2016) konstipasyon prevalansını %72,5 olarak bildirmişlerdir. Gebelikte konstipasyonun Üİ şikayeti ile ilişkili olduğunu bildiren başka çalışmalar da mevcuttur (Kocaöz ve ark. 2010, Zhu ve ark. 2012, Dinç 2017).

Kafeinli İçecek Alımı

Kahve, kola gibi kafeinli içecekler mesane irritanı olduğu ve istemsiz detrusor kasılmasına yol açarak üriner inkontinans görülmesine neden olabilecekleri bildirilmiştir (Demirci ve Coşar 2009).

Yaptığımız çalışmada, gebelikte günde 1-2 fincan kafeinli içecek alımının SÜİ şikayetini arttırdığı saptanmıştır ($p=0,004$) (Tablo 8). Çalışmamıza benzer olarak gebelikte günde 2 fincan veya daha fazla kahve tüketiminin üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu bildirilmiştir (Martins ve ark. 2010). Çalışmamızın aksine bazı çalışmalarda ise gebelikte kafeinli içecek alımı ile Üİ arasında bir ilişki bulunamamıştır (Nigam ve ark. 2016, Abdullah ve ark. 2016).

Genetik Yatkınlık

Yaptığımız çalışmada SÜİ şikayeti olan gebelerin anne ve kız kardeşlerinde Üİ görülme oranı SÜİ şikayeti olmayan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 7). Çalışmamıza paralel olarak Kocaöz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada anne ve kız kardeşte Üİ varlığı gebelikte Üİ için bir risk faktörü olarak belirtilmiştir. Kök ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada ailede Üİ şikayeti olması gebelikte Üİ ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Literatürde Diyabetes Mellitus hastalığı olan kadınlarda Üİ görülme oranında artış bildirilmektedir (Lifford ve ark. 2005, Santos ve ark. 2006, Öztürk ve ark. 2012, Ahmed ve ark. 2013). Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM) prevalansının %1-14

arasında değiştiği bildirilmektedir (Mazze ve ark. 1992, Engelgau ve ark. 1995, Harris ve ark. 1997, Gürel ve ark. 2009, akır 2014). Çalışmamızda gebelerin %10,8'inde GDM belirlenmiştir. GDM olan gebelerde SÜİ oranı, kontinent gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$) (Tablo 7).

Kim ve ark. (2008) kesitsel incelemesinde, GDM olan 228 gebe ile yaptıkları çalışmalarında kadınların %49'unun Üİ Şikayeti olduğunu ve kadınların %50'sinin doğumdan sonra 5 yıl içinde SÜİ geliştiğini bildirmişlerdir.

Literatürde GDM'un SÜİ'in gelişimi üzerine doğrudan bir ilişki olmadığını düşünen çalışmalar da mevcuttur. Çoğu alışma (Smith 2006, Ebbesen 2007, Kebapçı ve ark 2007, Hill ve ark 2008) DM'un özellikle glikozüri, detrusor aşırı aktivitesi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ve diyabetik sistopatiden dolayı Urge UI'de rol oynadığı fikrini desteklemektedir. Ancak, diğer bir görüş ise DM ve obezitenin birbiriyle bağlantılı olduğunu ve bu kombinasyonun intraabdominal ve pelvik basıncın artmasına bağlı olarak daha yüksek SÜİ oranlarına yol açtığını belirtmektedir (Brown 2005, Jackson ve ark. 2005).

Pelvik Taban Kas Egzersizi Yapma Durumu

Pelvik taban kas egzersizleri uygulaması basit, araç gerektirmeyen, her zaman ve her yerde yapılabilen, komplikasyonu olmayan güvenli bir tedavi yöntemidir (Price ve ark. 2010). Gebelikte ve postpartum dönemde Üİ'in önlenmesi ve tedavisinde PTKE önerilmektedir (Din ve ark, 2009, Fritel ve ark. 2010, Price ve ark. 2010, Sangsawang ve Serisathien 2012).

Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğunun (%78,1) PTKE yapmadığı gözlenirken, %13,6'sı her gün, %6,5'i aklıma geldikçe cevabını vermiştir. Gebelerin PTKE yapma durumlarına göre SÜİ Şikayeti incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Bu durum gebelerin çoğunluğunun PTKE'ni yapmamaları ve yapanların ise düzenli yapmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Erbil ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada gebe kadınların % 87,1'inin pelvik taban kaslarını korumaya ilişkin hiçbir bilgisinin olmadığını ve gebe kadınların % 5'i Kegel egzersizlerini yaptığını bildirmişlerdir. Kök ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada Üİ Şikayeti olan gebelerin % 42,6'sının pelvik taban kas egzersizlerinin farkında olduğunu ve % 6,6'sının Üİ Şikayeti için egzersiz yaptıklarını belirtmiştir.

5.4. Primigravidalarda SÜİ Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon İle İncelenmesi

Çalışmamızda primigravidalarda SÜİ risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde; gebelik öncesi BKİ'nin fazla olması ve gebeliğin 3.trimesterinde olması SÜİ için risk faktörü olduğu ($p=0,020$; %95 GA 1,0-1,1, $p=0,026$; %95 GA 0,8-0,9), sigara kullanımı 4,3 kat ($p=0,001$; %95 GA 1,8-10,2), konstipasyon (nadiren) 2,2 kat ($p=0,001$; %95 GA 0,8-5,5), konstipasyon (ara sıra) 2,1 kat ($p=0,091$; %95 GA 1,1-4,2), konstipasyon (sık sık) 6,2 kat ($p=0,001$; %95 GA 2,2-17), annede Üİ varlığı 2,9 kat ($p=0,001$; %95 GA 1,5-5,5), kız kardeşte Üİ varlığı 5,6 kat ($p=0,009$; %95 GA 1,5-20), DM 3,3 kat ($p=0,013$; %95 GA 1,2-8,6), her gece idrara kalkmak 7,5 kat ($p=0,006$; %95 GA 1,8-31) SÜİ'na neden olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Diez-Itza ve ark. (2009) 458 primigravida ile yaptığı çalışmada SÜİ'lı gebelerin BKİ'nin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Termde vücut ağırlığının 75 kg ve üzeri olması SÜİ riskini 2 kat arttırdığı bulunmuştur. (OR=2,09; %95 GA 1,09-3,99). Zhu ve arkadaşları (2012) prenatal BKİ'nin fazla olmasının SÜİ için risk faktörü olduğunu bildirmiştir (OR=1,037; %95 GA 1,020-1,054). Hojberg ve arkadaşları (1999) gebelik öncesi 30kg/m² ve 35kg/m²'den fazla BMI'nin normal bir gebelik öncesi SÜİ için önemli ölçüde daha yüksek risk altında olduğunu bildirmiştir (OR=1,7; %95 GA 0,9-3,2 ve OR=2,5; %95 GA 1,0-6,0). Çalışmamız literatür bilgileri ile paraleldir.

Çalışmamıza paralel olarak, Hojberg ve arkadaşları (1999) sigara kullanan gebelerin, kullanmayan gebelere göre gebelik boyunca SÜİ için önemli ölçüde daha fazla risk altında olduğunu bildirmiştir (OR=1,4; %95 GA 1,1-1,9).

Zhu ve ark. (2012) ileri hafta gebelikte (37-42. hafta), konstipasyon hikayesi olan kadınlarda SÜİ gelişme olasılığının daha fazla olduğunu bildirmiştir. (OR=1,2; %95 GA 1,0-1,4). Kocaöz ve ark. (2010) çalışmasında, konstipasyon şikayeti Üİ için risk faktörü olarak bildirilmiştir (OR=4,1; %95 GA 1,7-9,9). Dinç'in yapmış olduğu çalışmasında konstipasyonu olan gebe kadınlarda Üİ gelişme riski 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (OR=3,1, %95 GA 1,7- 5,6). Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur.

Yaptığımız çalışmaya paralel olarak Kocaöz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, annede Üİ varlığı 1,5 kat, kız kardeşte Üİ varlığı 0,9 kat gebelikte Üİ şikayetini arttırdığı saptanmıştır.

Brown ve ark. (2010), 1507 nullipar kadınla yaptıkları çalışmada gebelik öncesi üriner inkontinansının gebelikte Üİ için 3,6 kat risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (OR=3,6; %95 GA 2,8-4,7).

Martins ve ark. (2010) günde 2 fincan veya daha fazla kahve alımı Üİ şikayetini 1,7 kat arttırdığını bildirmişlerdir. Yaptığımız çalışmada kafeinli içecek alımı SÜİ ile ilişkili faktör bulunmuştur fakat, lojistik regresyonda risk faktörü olarak saptanmamıştır.

Kök ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada Üİ riskinin 30 yaş ve üzeri gebelerde 3,8 kat fazla görüldüğünü bildirmişlerdir (p=0,001; GA 1,7-8,3).Yaptığımız çalışmada yaş SÜİ için risk faktörü olarak bulunmamıştır.

5.5 Primigravidaların Yaşam Kalitesine İlişkin Verilerin Tartışılması

Yapılan bir çok çalışmada Üİ şikayeti olan gebelerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Kocaöz ve ark. 2010, Oliveira ve ark. 2013, Moccellini ve ark. 2014, Kök ve ark. 2016).

Çalışmamızda SÜİ olan gebelerin I-QOL Ölçeğine göre toplam puanları $75,33 \pm 17,36$ olup, yaşam kalitesinin çok fazla etkilenmediği görülmektedir. I-QOL Ölçeğinin “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutunun puan ortalaması ($59,58 \pm 23$) daha düşük olduğu saptandı. “Psikososyal Etkilenme” (ort. $79,16 \pm 20,7$) alt boyutu açısından yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmediği ve I-QOL puanının yüksek olduğu saptandı (Tablo 11).

Yaptığımız çalışmada yaşam kalitesi ile gebelikteki BKİ fazla olması (p=0,007; p<0,01), annede idrar kaçırma şikayetinin olması (p=0,001; p<0,01), kız kardeşte idrar kaçırma şikayetinin olması (p=0,007; p<0,01) ve gebelik öncesi Üİ varlığı (p=0,042; p<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Şimdiki BKİ obez olan gebelerin, şimdiki BKİ fazla kilolu olan gebelerin I-QOL toplam puanlarına göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 14). Annesinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların

Sınırlandırılması” , “Sosyal İzolasyon”, “Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları annesinde Üİ şikayeti olmayan gebelere göre daha düşük saptanmıştır (Tablo 15).

Kız kardeşinde Üİ şikayeti olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlar ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamları kız kardeşinde idrar kaçırma şikayeti olmayan gebelere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu göstermektedir (Tablo 16).

Gebelik öncesi Üİ durumuna göre gebelerin I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamlarına bakıldığında, gebelik öncesi Üİ şikayeti olan gebelerin, gebelik öncesi Üİ şikayeti olmayan gebelere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Erbil ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada Üİ’ın yaşam kalitesi üzerine en çok günlük aktiviteyi etkilemiştir (%75,3). Gebelerin %73,5’i rahatsızlık hissi hissettiği, %47’sinin cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilediği, %35,8’inin kendilerini Üİ sorunları nedeniyle çevrelerinden izole ettiğini bildirmişlerdir.

Yaptığımız çalışmada Üİ sıklığı, kaçırılan idrar miktarı ve pet kullanma durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Haftada bir kez SÜİ şikayeti olan gebelerin “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyut puanına göre, ayda bir kez SÜİ şikayeti olan gebelere göre yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Yine günde birden çok SÜİ şikayeti olan gebelerin “Psikososyal Etkilenme” ve “Psikososyal Etkilenme” alt boyutları puanları ve I-QOL Ölçeği toplam puanlarına göre, ayda bir kez ve ayda 2-4 kez SÜİ şikayeti olan gebelerin yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Aynı şekilde ayda bir kez Üİ şikayeti olan gebelerin “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlara göre, günde bir kez, günde birden çok, haftada bir kez, haftada 2-4 kez ve ayda 2-4 kez Üİ şikayeti olan gebelere göre yaşam kalitesinin olduğu yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Kaçırılan idrar miktarı ıslak (iç ve dış kıyafeti ıslatacak miktarda) olan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutlarından aldıkları puanlara ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamlarına incelendiğinde, kaçırılan idrar miktarı nemli (birkaç damla) olan gebelere göre yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 26).

Üİ şikayetine yönelik pet kullanan gebelerin I-QOL Ölçeği “Davranışların Sınırlandırılması”, “Psikososyal Etkilenme” ve “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan aldıkları puanlara ve I-QOL Ölçeğinden aldıkları puan toplamlarına bakıldığında, pet kullanmayan gebelere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Kocaöz ve ark. (2010) yaptığı çalışmada Üİ sıklığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır, fakat Üİ miktarı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Dolan ve ark. (2004) yapmış oldukları çalışmada gebelik sırasında üriner inkontinansı olan primigravidaların çoğunun yaşam kalitesi üzerinde minimum etki gösterdiklerini ve çoğu primigravidanın semptomlarının hafif olduğunu ve yaşam kalitesinin etkilemediği belirtilmiştir. Abdullah ve ark. (2016) yaptığı çalışmada primigravidalarının çoğunun üriner inkontinans şikayeti olmasına rağmen günlük yaşam aktivitelerini etkilemediği belirtmiştir. Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur.

Merdiven çıkma ve fiziksel aktivite esnasında SÜİ yaşayan gebelerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (Tablo 24).

Yaptığımız çalışmada yaş, gebelik haftası, gebelik öncesi BKİ, gestasyonel diyabet görülme durumu, sigara kullanımı, kafeinli içecek alımı, konstipasyon, pelvik taban kas egzersizi yapma durumu, SÜİ başlangıç trimesteri gibi SÜİ ile ilişkili faktörlerinin yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 12-13, Tablo 17-21, Tablo 23). Yine öksürme, hapşırma, gülme, yataktan kalkma ve bir şeyler kaldırma gibi aktiviteler esnasında SÜİ durumunun yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (Tablo 24).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda gebelik öncesi kadınlarda Üİ görülme oranı %2,8'ken, gebelikte SÜİ prevalansı %38,6 olarak bulunmuştur. Gebelik döneminde SÜİ başlangıcı 1.trimesterde %16, 2.trimesterde %42,4, 3.trimesterde %41,6 olarak saptanmıştır. Gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ, anne ve kız kardeşte Üİ varlığı, GDM, sigara kullanımı, kafeinli içecek alımı, konstipasyon SÜİ için ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Gebelik haftası, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, fazla sıvı alımı, pelvik taban kas egzersizi yapma durumu ile SÜİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Gebelik dönemdeki primigravidalarda SÜİ risk faktörleri lojistik regresyon ile incelendiğinde; gebelik öncesi BKİ'nin fazla olması ve gebeliğin 3. trimesterde olması SÜİ için risk faktörü olarak bulunmuştur. Sigara kullanımı 4,3 kat, konstipasyon (nadiren) 2,2 kat, konstipasyon (ara sıra) 2,1 kat, konstipasyon (sık sık) 6,2 kat, annede Üİ varlığı 2,9 kat, kız kardeşte Üİ varlığı 5,6 kat, DM 3,3 kat, her gece idrara kalkmak 7,5 kat daha SÜİ riskini arttırdığı saptanmıştır.

Çalışmamızda SÜİ şikayeti olan primigravidaların yaşam kalitelerinin çok az etkilendiği saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile gebelikteki BKİ fazla olması, annede ve kız kardeşte Üİ şikayetinin olması, Üİ sıklığı (haftada bir kez), idrar kaçırma miktarı (ıslak) ve pet kullananlar karşılaştırıldığında yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır. Merdiven çıkma ve fiziksel aktivite esnasında SÜİ yaşayan gebelerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Yaş, gebelik haftası, gebelik öncesi BKİ, gestasyonel diyabet görülme durumu, sigara kullanımı, kafeinli içecek alımı, konstipasyon, pelvik taban kas egzersizi yapma durumu gibi SÜİ ile ilişkili faktörlerin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Kadınların yaşam kalitesini, fiziksel ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkileyen SÜİ, gebelik ve doğum sonrası dönem de sık olarak görülmektedir. SÜİ'nin etiyojisinde rol oynayan ilişkili faktörlerinin bazıları önlenmektedir. Bu nedenle gebelik esnasında ve doğum sonrası dönemde inkontinansın önlenmesi ya da sıklığının azaltılması için kadınların gebelik döneminden itibaren düzenli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir. Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu

konuda yeterli danışmanlık sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin üriner inkontinans konusunda duyarlı olması ve eğitim almış olması gerekmektedir. Hemşirelerin üriner inkontinansın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol almak temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Üriner inkontinans ile ilgili çalışmaların sayısının artırılması ve hemşirelerin üriner inkontinans konusunda uzmanlaşmaları sağlanmalıdır.

Hastanelerde ve aile hekimlerinde, üriner inkontinansın önlenmesine yönelik eğitim broşürleri ve kitapları bulundurulmalıdır. Sağlık personelleri tarafından üriner inkontinans hakkında sosyal medya aracılığı ile halkın eğitimi sağlanmalıdır.

Gebelere antenatal takipler sırasında rehberlik edilerek aşağıdaki bilgiler verilmelidir.

- ✓ Gebelik döneminde ağır kaldırma, zorlama gerektiren hareketlerden ve yoğun fiziksel egzersizlerden kaçınılmalıdır.
- ✓ Gebelikte doğru beslenme alışkanlıkları ve normal sınırlarda kilo alımı sağlanmalıdır.
- ✓ Diyete lifli gıdalar eklenmeli, sıvı alımı artırılmalı, düzenli egzersiz, rutin bir defekasyon programı oluşturularak gebelerin konstipasyon şikayeti yaşamaları önlenmelidir.
- ✓ Gebelik dönemde sigara kullanılmamalı ve gebelik planlanıyorsa öncesinde bırakılmalıdır.
- ✓ Alkol ve kafeinli içecekler gibi mesaneyi uyarıcı maddelerin kullanımının önlenmeli ya da azaltılmalıdır.
- ✓ Pelvik taban egzersizleri öğretilmeli ve önemi anlatılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Abdullah B, Ayub S.H, Mohd Zahid A.Z, Noorneza A.R, Mohamad R.İ, Ng P.Y. Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 198 (2016) 110-115.
- Abdullah N, Arsyad E. Kegel's Exercise could Reduce the Incidence of Postpartum Urinary Stress Incontinence. *Indones J Obstet Gynecol* (2014) 96-98
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-78.
- Adaji S.E, Shittu O.S, Bature B.S, Nasir S, Olatunji O. Suffering in silence: pregnant women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 150 (2010) 19-23.
- Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al-Tawil NG.(2013) Prevalence of Urinary Incontinence and Probable Risk Factors in A Sample of Kurdish Women. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 13(2):269-74.
- Alanbay İ, Çoksüer H, Ercan CM, Keskin U, Öztürk M, Kardeşahin KE, Tapan S, Başer İ. Gestasyonel diyabetes mellitus olgularında maternal vücut kitle indeksi ve kilo alımı ile maternal biyokimyasal değerler ve fetal doğum ağırlığının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Derg* 2011; 53: 237-242
- Allahdin S, Kambhampati L. Stress urinary incontinence in continent primigravidas. *J Obstet Gynaecol* 2012;32:2-5.
- American Diabetes Association, 'Diagnosis and classification of diabetes mellitus'. *Diabetes Care* 2011;34:62-69.
- Amslem C, Puigdollers A, Azpiroz F, et al. Constipation: a potential cause of pelvic floor damage?. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:150-3.
- Aslan E.(2002).Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemsirelik Yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N.), İstanbul

- Auwad W, Steggles P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1251–9.
- Bonapace Jr ES, Fisher RS. Constipation and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998;27:197–211.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2013, doi:10.1002/nau.22402
- Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SS, Nygaard IE. Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2007;110:1351–7.
- Brown JS (2005) Urinary incontinence: an important and underrecognized complication of type 2 diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 53:2028–2029
- Brown SJ, Donath S, MacArthur C et al (2010) Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J* 21:193–202
- Bump RC, McClish DM. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:579–82.
- Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:723–46.
- Bump RC, Sugerman H, Fantl JA, McClish DM. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:392–9.
- Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int* 2002;89(5):469-76.
- Chang SR, Chen KH, Lin MI, Lin HH, Huang LH, Lin WA. A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of Advanced Nursing*, 2014; 70(10): 2245–56. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12374>.
- Charalambous S, Trantafylidis A. (2009). Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelviperrineology*, 28: 51-53.

- Chiarelli P, Campbell E. Incontinence during pregnancy. Prevalence and opportunities for continence promotion. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997;37:66–73
- Chuang CM, Lin IF, Horng HC, Hsiao YH, Shyu IL, Chou P. The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies. *Br J Obstet Gynecol* 2012;119:1334–43.
- Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirth. *Semin Perinatol* 2002;26:25-30.
- Cutner A, Wilson RK. Lower urinary tract in pregnancy, Edi: Stuart L. Stanton, Ash K. Monga, *Clinical Urogynecology*, Churchill Livingstone, London, 200, 473-483.
- Çakır E. Gestasyonel Diyabetes Mellitus Tanısı. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2014;30(1): 39-41
- Çiftçi, Ö., & Günay, O. (2011). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, 33(4), 301–308.
- Demir S. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Sağlık Arama Davranışları Yüksek Lisans Tezi-2012
- Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M, Arıkan İ.İ. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ* 2016 4:e2283; DOI 10.7717/peerj.2283
- Demirci N, Coşar F (2009) Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Derg*, 16(3):35-40.
- Diez-Itza I, Ibañez L, Arrue M, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta C. Influence of maternal weight on the new onset of stress urinary incontinence in pregnant women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1259–63
- Dinç A, Kızılkaya Beji N, Yalçın O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1223–31.
- Dinç A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 2017 Doi: DOI: 10.1111/luts.12182.

- Dolan L.M, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe R.G. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* (2004) 15: 160–164
DOI 10.1007/s00192-004-1128-x
- Ebbesen MH, Hannestad YS, Midthjell K, Hunskaar S (2007) Diabetes and urinary incontinence—prevalence data from Norway. *Acta Obstet Gynecol Scan* 86:1256–126.
- Eltawy HH, Elhawary TM, Soliman MG, Taha MR. The link between female obesity and urinary stress incontinence. *Uro Today Int J* 2011;4(5):art 63, doi:10.3834/uij.1944-5784.2011.10.5.
- Engelgau MM, Herman WH, Smith PJ, German RR, Aubert RE. The epidemiology of diabetes and pregnancy in the U.S., 1988. *Diabetes Care* 1995;18:1029-33
- Erbil N, Tas N, Uysal M, Kesgin A, Kilicarslan N, Gokkaya U. Urinary incontinence among pregnant Turkish women. *Pak J Med Sci* 2011;27(3):586-590
- Erdoğan S, Naheivan N, Esin MN. *Hemşirelikte Araştırma*. 2014 İstanbul, Nobel Kitapevi.
- Ergün A., Eti Aslan F., Varan F., Olgun N. ve Kuşuoğlu S. Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları A. Karadakovan ve F.Eti Aslan (Ed.) *Dahili ve Cerrahi Hastalarda Bakım* (s.3-23). Adana; 2013. Nobel Kitabevi.
- Eryılmaz, Y. H. (2008). Pelvik bozukluklar. Şirin, A. (Ed.). *Kadın Sağlığı*. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 198-233.
- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı Z. (Haz.) *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*. İzmir-2012.
- Eskiyurt N, Karan A. Yalçın,Ö. [Physical therapy and rehabilitation in urinary incontinence]. In: Güner H, ed. *Ürojinekoloji*. 1st ed. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2000. p.135-55.
- Fitzgerald MP, Graziano S. Anatomical and functional changes of the lower urinary tract during pregnancy. *Urol Clin N Am* 2007; 34: 7–12.
- Fritel X, Fauconnier A, Bader G, et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:14–9.

- Glazener CM, Herbison GP, MacArthur C et al (2006) New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG* 113:208–217
- Groutz A, Helpman L, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, Gordon D. First vaginal delivery at an older age: does it carry an extra risk for the development of stress urinary incontinence? *Neurourol Urodyn* 2007;26:779–82.
- Gürel C, Özgün MT, Batukan C, Başbuğ M. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine Başvuran Gebelerde Gestasyonel Diyabet Sıklığı. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2009; 31(4): 323-330
- Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:247–54.
- Harris SB, Caulfield LE, Sugamori ME, Whalen EA, Henning B. The epidemiology of diabetes in pregnant Native Canadians. A risk profile. *Diabetes Care* 1997; 20: 1422-1425.
- Harvey MA, Johnston SL, Davies GA. Mid-trimester serum relaxin concentrations and postpartum pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(12):1315–1321.
- Haslam J, Thapson J, Oliver H, Bridges N. Sims Portex Teaching Pack for Continence Advisors. Volume II.1997.
- Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD007471
- Heffner LJ. Advanced maternal age — How old is too old? *N Engl J Med* 2004;351:1927-9
- Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç, Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler, *Türk Urol Sem* 2011; 2: 121-3
- Hijaz A, Sadeghi Z, Byrne L, Hou JC, Daneshgari F. Advanced maternal age as a risk factor for stress urinary incontinence: a review of the literature. *Int Urogynecol J* 2012;23:395–401.
- Hill SR, Fayyad AM, Jones GR (2008) Diabetes mellitus and female lower urinary tract symptoms: a review. *Neurourol Urodyn* 27(5):362–7

- Hojberg KE, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106:842–50.
- Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ* (2008) 178:165–172
- Huebner M, Antolic A, Tunn R. The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *Int J Gynecol Obstet.* 2010;110(3):249–251.
- Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13:278–83.
- Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Postpartum urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:556–563.
- Jackson SL, Scholes D, Boyko EJ, Abraham L, Fihn SD (2005) Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. *Diabetes Care* 28(7):1730–173
- Jain P, Parsons M. The effects of obesity on the pelvic floor. *Obs. Gynae.* 2011;13:133–42.
- Kebapci N, Yenilmez A, Efe B, Entok E, Demirustu C (2007) Bladder dysfunction in type 2 diabetic patients. *Neurourol Urodyn* 26:814–819
- Kim C, McEwen LN, Sarma AV, Piette JD, Herman WH. Stress urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. *J Womens Health* 2008;17:783–92.
- Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009;1(2):94-102
- Kocaöz S, Eroğlu K, Sivaslıoğlu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *Gynecol Obstet Invest* 2013;75:34–40.
- Kocaöz S, Talas M.S, Atabekoğlu C.S. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 2010, 19, 3314–3323

- Kök G, Seven M, Güvenç G, Akyüz A. Urinary Incontinence in Pregnant Women. Prevalence, Associated Factors, and Its Effects on Health-Related Quality of Life. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(5):511-516.
- Kristiansson P, Samuelsson E, Schoultz B, Svardsudd K. Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:1125–1130.
- Kutay NG, Gönenç G, İşçi H, Yiğiter AB, Dündar İ. Gestasyonel Diyabetes Mellitus Riskinin Maternal Yaş ve Gebeliğin Başlangıcındaki Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi.* 2013; 40(3): 406-409
- Landon CR, Crofts CE, Smith AR, Trowbridge EA. Mechanical properties of fascia during pregnancy: a possible factor in the development of stress incontinence of urine. *Contemp Rev Obstet Gynaecol* 1990;2:40-46.
- Lange, R., Walther, D., Casper, F., Krakeshaus, D. R. K. (2000). Changes of the pelvic floor during pregnancy-A longitudinal study of 38 pregnant women. *Neurourology and Urodynamics*, 19: 4
- Liang C.C, Chang S.D, Lin S.J, Lin Y.J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* (2012) 285:1205–1210
- Liang CC, Wu MP, Lin SJ, Lin YJ, Chang SD, Wang HH. Clinical impact of and contributing factors to urinary incontinence in women 5 years after first delivery. *Int Urogynecol J.* 2013;24(1):99–104.
- Lifford KL, Curhan GC, Hu FB, Barbieri RL, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of developing urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1851–7.
- Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Wu DL. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med* 2014;7(3):686-696 www.ijcem.com/ISSN:1940-5901/IJCEM1401021
- Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-in Hospital. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:400–2.

- Martins G, Soler Z. A. S. G, Cordeiro J.A, Amaro J.L, Moore K.N. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J* (2010) 21:1271–1277 DOI 10.1007/s00192-010-1185-2
- Mason L, Glenn S, Walton I, Appleton C. The prevalence of stress in continence during pregnancy and following delivery. *Midwifery*. 1999; 15(2):120-8.
- Mason L, Roe B, Wong H, Davies J, Bamber J. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2010;19:2777–86.
- Mazze RS, Krogh CL. Gestational diabetes mellitus: now is the time for detection and treatment. *Mayo Clin Proc* 1992; 67: 995-1002.
- Milsom I, Altman D, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, Thom D. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP) In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence*. Paris: Health Publication Ltd; 2009. pp. 35–112.
- Moccellin AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Urinary incontinence during pregnancy: the effects on quality of life Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 14 (2): 147-154 abr. / jun., 2014
- Moller LA, Lose G & Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40—60 year of age. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2000; 79: 298–305.
- Morkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized control trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):313-9.
- Murray SS, McKinney ES. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. In: Murray SS, McKinney E, eds. 4th ed. St. Louis Missouri: Saunders Elsevier; 2006. p.116-7, 907-8.
- Newton ER. *The urinary tract in pregnancy*, Ed: Walters MD, Karam MM: *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, Mosby, London, 1999, 399-417.

- Nigam A, Ahmad A, Gaur D, Elahi A.A, Batra S. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnant women during late third trimester. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2016 Jul;5(7):2187-2191
- Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33(2):295-7.
- O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-see king behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol* 2005;47(3):385-92.
- Oliveira C, Seleme M, Cansi P.F, Consentino RFDC, Kumakura FY, Moreira GA, Berghmans B. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assocmed Bras* . 2013;5 9(5):460–466
- Özerdoğan N.(2003). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi, *Hemsirelik Dergisi*, 13:51, 87-92
- Özçimen EE, Üçkuyu A, Çiftçi FC, Yanık FF, Bakar C. Diagnosis of gestational diabetes mellitus by use of the homeostasis model assessment-insulin resistance index in the first trimester. *Gynecol Endocrinol* 2008; 24: 224-229.
- Özdemir K, Şahin S, Özerdoğan N, Ünsal A. Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). *Turk J Med Sci*. 2018 Feb 23;48(1):100-109. doi: 10.3906/sag-1605-73.
- Öztürk G.Z, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni* 2012;46(4):170-176
- Patil P, Dhavale M. Proportion of Urinary Incontinence in Pregnant Women. *International Journal of Health Sciences and Research* ISSN: 2249-9571 Vol.5; Issue: 10; October 2015
- Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wanger TH, Buesching DP: Quality of life of with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*. 53:71-76, 1999.

- Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Marquis P, Andrejasich CM, Buesching DP: Cultural adaptation of a quality-of-life measure for urinary incontinence. *European Urology*. 36:427-435, 1999.
- Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. In: Ricci SS, ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007. p.157-59, 241.
- Pizzoferrato A.C, Fauconnier A, Bader G, Tayrac R, Fort J, Fritel X. Is prenatal urethral descent a risk factor for urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period? *Int Urogynecol J* (2016) 27:1003-1011. DOI 10.1007/s00192-015-2918-z.
- Rogers, R.G. (2008). Urinary Stress Incontinence in Women. *The New England Journal of Medicine*, 358 (10),1029-1036
- Rortveit G, Hunnskaar S. Urinary incontinence and age at the first and last delivery: the Norwegian HUNT/EPINCONT study. *Am J Obstet Gyn* 2006;195:433–8.
- Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas* 2010;67:309–15
- Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. [Pregnancy, childbirth and pelvic floor disorders]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2005;2(5): 37-42.
- Sampsel CM, Miller JM, Mims BL, Delancey JOL, Ashton-Miller JA, Antonakos CL. Effect of pelvic muscle exercise on transient incontinence during pregnancy and after birth. *Obstet Gynecol* 1998;91:406–412.
- Sangsawang B, Sangsawang N.(2013) Stress Urinary Incontinence in Pregnant Women: A Review of Prevalence, Pathophysiology, and Treatment. *Int Urogynecol J* 24:901–12.
- Sangsawang B, Serisathien Y (2012) Effect of pelvic floor muscle exercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women. *J Adv Nurs* 68(9):1997–2007
- Santos PC, Mendonca D, Alves O, Barbosa AM. Prevalence and impact of stress urinary incontinence before and during pregnancy. *Acta Med Port* 2006;19(5): 349–56.
- Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Riccetto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:219–23.

- Sharma JB, Aggarwal S, Singhal S, Kumar S & Roy KK (2009) Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 279, 845–851.
- Smith DB (2006) Urinary incontinence and diabetes (review). *J WOCN* 33(6):619–623
- Swanson, J. G., Kaczorowski, J., Skelly, J., & Finkelstein, M. (2005). Urinary Incontinence: Common Problem Among Women Over 45. *Canadian Family Physician*, 51, 84–5.
- Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174:190–5.
- Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:1511–22.
- Thomason AD, Miller JM, Delancey JO (2007) Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 18(2):147–151
- Toraman AR, Gürel A, Ulusal Z, et al. Evaluation of glucose challenge and oral glucose tolerance test results in pregnancy and estimation of prevalence of gestational diabetes mellitus at Sema Hospital in İstanbul. *Turk J Med Sci* 2012;42:1235-1240.
- Ünsal, A., Tozun, M., & Arslantas, D. (2013). Urinary Incontinence, Related Factors and Depression among 20 Aged and Over Women in Beylikova District Centre in Eskisehir. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 1.
- Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery, *Neuourology and Urodynamics*, 21:2-29, 2002.
- Van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Defecatory symptoms during and after the first pregnancy: prevalences and associated factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:224–30.
- Wanger TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP: Quality of life in persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology*. 47(1):67-72,1996.
- Wesnes S.L, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. Urinary Incontinence During Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* Vol. 109, No. 4, April 2007

World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight. Erişim tarihi: 29.04.2017
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

World Health Organization (WHO). Quality of Life-BREF. Erişim tarihi: 25.06.2017
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en

Yalcin, O, Timur S, Ozbas A, Özerdoğan N, Aslan E, & Beji NK. (2011). Urinary Incontinence Prevalence and Risk Factors in Women Aged 20 and Over in Malatya. *International Journal of Urological Nursing*, 5(2), 65–72.

Zhu, L., Lang, J., Wang, H., Han, S., & Liu, CY. (2006). The Study on The Prevalence and Associated Risk Factors of Female Urinary Incontinence in Beijing Women. *National Medical Journal of China*, 86(11), 728–731.

Zhu L, Li L, Lang JH, Xu T. Prevalence and risk factors for peri and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J* 2012;23:563–72.

8. EKLER

EK-1 Soru Formu

Bu çalışma " Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi"ni incelemek amacıyla planlanmıştır. Ankette bulunan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız	
2.Öğrenim Durumunuz	
3.Çalışma Durumunuz	()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest meslek ()Diğer
4.Sağlık Güvenceniz var mı?	()Evet ()Hayır
5.Gelir Durumunuz	()İyi ()Orta ()Kötü
6. Gebelik öncesi	Boy..... Kilo..... BKİ
7. Şimdiki	Boy Kilo BKİ
8. Ailede anne ve kız kardeşte idrar kaçırma şikayeti var mıdır?	()Evet ()Anne ()Kız kardeş ()Hayır
9.Diyabetes mellutus var mı?	()Evet ()Hayır
Kişisel Alışkanlıklar	
10.Sigara içme	()Evet (Miktar) ()Hayır
11.Kafeinli içecek alımı	()Evet (Miktar.....) ()Hayır
12.Kabızlık şikayeti	()Evet (Sıklık: 1.Sık sık 2.Ara sıra 3.Nadiren) ()Hayır
13.Pelvik taban kas egzersizi yapma	()Evet (Miktar.....) ()Hayır
14.Günde kaç litre (bardak) sıvı içersiniz?	

15.Günde kaç kez idrarınızı yaparsınız?	()1-3 kez ()4-6 kez ()7 den fazla
16.Gece idrar yapmak için kalkar mısınız?	()Evet, bazen ()Evet, her gece ()Çok sıvı aldığım zaman ()Hayır kalkmam

Üriner İnkontinans İle İlgili Şikayetler

17.İdrar kaçırma şikayetiniz var mı?	()Evet ()Hayır
18.Gebelikten önce idrar kaçırma şikayetiniz var mıydı?	()Evet (Bu şikayetiniz ne zamandır devam ediyor?.....) ()Hayır (Gebelikte İdrar kaçırma şikayetiniz ne kadar süredir devam ediyor?.....)
19.Gebelik döneminde, aktiviteler esnasında altınızı ıslattığınız veya idrar kaçırdığınız oluyor mu?	()Öksürme ()Hapşırma ()Gülme ()Yataktan kalkma ()Merdiven çıkma ()Bir şeyler kaldırma ()Fiziksel aktivite (acele bir yere yetişmek) ()Zinde kalma/ Gebelik egzersizleri ()Cinsel ilişki
20.Ne kadar sıklıkla idrar kaçırırsınız?	()Günde bir kez ()Günde bir kezden çok ()Haftada bir kez ()Haftada 2-4 kez ()Ayda bir kez ()Ayda 2-4 kez
21.Genelde kaçırdığınız idrar miktarını nasıl anlatırsınız?	()Nemli/birkaç damla ()Islak/ az miktarda/ iç çamaşırımı ıslatacak kadar ()Oldukça ıslak/ dış kıyafetimi ıslatacak kadar ()Çok ıslak sıkacak kadar/ bacaklarımdan sızacak kadar
22.İdrar kaçırma sorununuza yönelik pet kullanıyor musunuz?	()Evet ()Hayır

Ek-2 Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL-Incontinence Quality Of Life)

İNKONTİNANS YASAM 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 ayrılacak kadar özgür hissetmiyorum.					
7. İdrar kaçırma sorunun yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.					
8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.					
9. İdrar kaçırma sorunun sürekli kafamı meşgul ediyor.					
10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.					
11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.					
12. Yaşlandıkça idrar sorununun, 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 sorunun bana sağlıklı bir insan olmadığımı hissettiğini veriyor.					
16. İdrar kaçırma sorunun 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 edemiyordum gibi hissediyorum.					
20. İhtiklerimi takip etmek zorundayım.					
21. İdrar kaçırma sorunun giysi seçimimi sınırlıyor.					
22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.					

Ek-3 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversite Hastanesi Kurum İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi

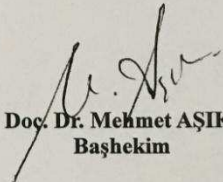
Sayı : 27222899-099-2463
Konu : Anket Çalışması

2../09/2015

Sayın Gizem BORA ALKAN
(Hemşire)

Kadın Hastalıkları ve Doğun Anabilim Dalı Başkanlığı'nın Başhekimliğimize ilettiği Akademik Kurul Kararı incelenmiş olup; "Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi" konulu uygulamak istediğiniz anket çalışması tarafımızca uygun bulunmuştur.


Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Mehmet AŞIK
Başhekim

Cumhuriyet Mah.Sahil Yolu No:5 17100-KEPEZ-ÇANAKKALE-TÜRKİYE
Tel:+9 0 (286) 263 59 54 Fax: +9 0 (286) 263 59 57
E-mail : suahastanesi@comu.edu.tr Web: <http://hastane.comu.edu.tr>

İrtibat: İ.GÜN (1019)

Ek-4 Çanakkale Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi Kurum İzni

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

Sayı: 33598204-605.1/9959
Konu: GİZEM BORA ALKAN

17.08.2015

**T.C ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)**

İlgi: 12.08.2015 tarihli - 44 / 1447 sayılı yazı

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem BORA ALKAN'ın " Primigravidalarda Stres Uriner İnkontinansa-Prevalans,Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi" konulu anket çalışmasını Çanakkale Devlet Hastanesinde kurum kurallarımız çerçevesinde uygulaması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.


Söz konusu çalışma raporunun Genel Sekreterliğimize iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op. Dr. Tezcan SEZGİN
Genel Sekreter
e-İmzalı

TOKİ 960 Konakları Hamidiye Mah. Hıseyin Akif Terzioğlu Csd. No:3 Kepez /
ÇANAKKALE
Telefon No : 0286 262 00 10 Belgegeçer No. : 0286 217 63 63
İnternet adresi: www.canakkalekhhb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi alınmak için:
Gülşen GÜRSU
Hamşire (Yüksek Lisans)
khhgizim17@gmail.com 0286 262 00 10

 Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.
Belgeye ait bilgileri <http://tbbtc.canakkalekhhb.gov.tr/uzunmetbnyx/belgeDetay.jsp> adresinden 033598204-605.1/9959-1q056q0i kodu ile kontrol edebilirsiniz.

Ek-5 Çanakkale Asker Hastanesi Kurum İzni

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
ANKARA

LOJ. : 26702250-3500- ~~65933~~16/Sağ.D.As.Sağ.Hiz.Ş.(13)-006399 06 Mayıs 2016

KONU : Tez Çalışma Talebi.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ (a) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinin 07 Ağustos 2015 tarihli, Sayı: 93130991/044-1447-10284 sayılı ve "Gizem BORA ALKAN" konulu yazısı.

(b) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinin 26 Ocak 2016 tarihli, Sayı: 93130991-302.14.03/E.6587 sayılı ve "Uygulama İzni" konulu yazısı.

1. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gizem BORA ALKAN'ın "Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi" konulu araştırma projesi kapsamında 01 Eylül 2015 – 31 Mart 2016 tarihleri arasında Çanakkale Asker Hastanesinde anket çalışması yapabilmesine yönelik izin talebi ilgi (a) ile bildirilmiştir.

2. Bahse konu izin talebi cevaplanma aşamasında iken adı geçen yüksek lisans programı öğrencisinin aynı konulu tez projesi ile ilgili uygulama çalışmalarını ilgi (a) başvurusundaki belgelere eklenen anketler ve evraklar ile 01 Mart - 30 Haziran 2016 tarihleri arasında 116'ncı Jandarma Eğitim Alay Komutanlığı ile Çanakkale Asker Hastanesinde yapabilmesine yönelik izin talebi ilgi (b) ile bildirilmiştir.

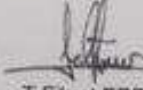
3. Yapılan inceleme neticesinde söz konusu çalışmanın,

a. Çanakkale Asker Hastanesinde yürütülmesi,

b. Anılan hastanenin işleyişini, güvenliğini aksatmayacak şekilde, çalışmaların yapılacağı gün ve saatlerin, varsa çalışmaya katılacak diğer kişilerin bilgilerinin Çanakkale Asker Hastanesi Baştabipliğine önceden bildirilmesi ve gerekli koordinelerin sağlanması kaydıyla, belirlenecek refakatçi eşliğinde yapılması,

c. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin ve istatistiki sonuçların yayımlanması durumunda TSK ile personeline yönelik bağlayıcı değerlendirmelerin yapılmaması ve bilimsel çalışmanın "Bireysel görüşü yansıttığı, Türk Silahlı Kuvvetlerinin görüşlerini yansıtmadığı" hususunun tez çalışmasında belirtilmesi hususlarına dikkat edilmesi koşuluyla uygun değerlendirildiğini arz ederim.


GENELKURMAY BAŞKANI NAMINA


T. Fikret ERBİLGİN
Hava Korgeneral
Lojistik Başkanı

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası: Eğt. Üzm. Sema GOKÇEK (312 402 17 04)

HİZMETE ÖZEL

Ek-6 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul İzni

 T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı


Sayı :KLIARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-200
Konu :Başvuru İncelemesi

02/09/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNC

Yürütücülüğünü yapmış olduğumuz "Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2015-73 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 02/09/2015 tarih ve 14-01 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Özlürk ÖZDEMİR
Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Karar Tarihi :02.09.2015- 14:30
Karar No :2015-14

Karar-01)2011-KAEK-27/2015-73 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNC'in göndermiş olduğu düzeltmeler kontrol edildikten sonra yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR." kararı verilmiştir.

Ek-7 Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

Ynt: inkontinans yaşam kalitesi ölçeği

16 Haziran 2015 10:33

Sayın Gizem Bora Alkan,

Primigravidalarda stres inkontinansı risk faktörleri ve yaşam kalitesi konulu tez çalışmanızda I-QOL ölçeğini kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili danışmanlığa ihtiyaç duyarsanız yazabilirsiniz. Kolaylıklar diliyorum.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan
ESOGÜ Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölüm Başkanı

From: gizem bora [<mailto:gizembora@hotmail.com>]

Sent: Tuesday, June 16, 2015 8:44 AM

To: nozerdogan@mynet.com.tr;

nozerdogan@ogu.edu.tr

Ek-8 Bilgilendirmiş Onam Formu



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

Çalışmanın adı: “Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi”

1. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Yrd. Doç. Dr. Ayten Dinç, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı , 02862181397/2619
Gizem Bora Alkan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi
05055529440

2. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Üriner inkontinans, kişinin istemsiz olarak idrarını tutamama (kaçırma) durumudur. Günümüzde pek çok kadın bu problemi yaşamasına rağmen bunu gebeliğin, doğumun veya ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görmekte veya utanma, çekinme gibi nedenlerle doktora gitmemektedir.

İdrar kaçırma problemi kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha fazla görülmektedir ve yaşla birlikte her iki cinstede bu oran artmaktadır. Gebelikte idrar kaçırma şikayeti oldukça sık rastlanılan bir durumdur. Yaklaşık her 10 anne adayından 3-4 tanesinde idrar kaçırma şikayeti görülmektedir. İdrar kaçırma şikayeti bir kısım anne adayında doğumla birlikte geçerken bir kısmında loğusalıktan sonra da devam etmektedir.

Biz bu araştırmada; ilk gebeliği olan kadınlarda idrar kaçırma sıklığını ve nedenlerini ve yaşam kalitesini ne kadar etkileyeceğini incelemeyi amaçladık.

3. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Gebe olduğunuz için siz seçildiniz.

4. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılma hakkınız vardır.

5. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Size bazı anketler verilerek cevaplamanız istenecektir.

6. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi ekstra bir risk bulunmamaktadır.

7. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır.

8. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz

9. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Anketler isimsiz olarak doldurulacaktır.

10. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir.

11. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi olarak yayınlanacaktır.

12. Daha ayrıntılı bilgi için

Yrd. Doç. Dr. Ayten DİNÇ'e başvurabilirsiniz. Tel. 02862181397/2619

13. Teşekkür: Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: Primigravidalarda Stres Üriner İnkontinans; Prevalans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi

	Evet	Hayır
Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? *Lütfen ismini yazınız.*

İmza:

Adı / Soyadı:


Tarih:

**Ek-9 Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input type="checkbox"/> UYGUN
Tarih: 22/09/2018 Öğrenci Adı ve Soyadı, GİZEM BORA AKAN İmza 	Tarih: ... / ... / 20... Danışmanın Adı ve Soyadı, İmza	

Ek-10 Spiralli Tez Kontrol Formu

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.		
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.		
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.		
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.		
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.		
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)		
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.		
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.		
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.		
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.		
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.		
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.		

Tarih: 22/05/2018	Tarih: ... / ... / 20...
Öğrenci Adı ve Soyadı, GİZEM BORA ALKAN	Danışmanın Adı ve Soyadı,
İmza 	İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GİZEM	Soyadı	BORA ALKAN
Doğum Yeri	GÖLCÜK/KOCAELİ	Doğum Tarihi	08.11.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	53563368896
E-mail	gizembora@hotmail.com	Tel	553 511 0336

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2018
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi	2018-Halen
Hemşire	Şırnak Devlet Hastanesi	2017-2018
Hemşire	Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi	2016-2017
Askeri Yük. Hemşire	TSK Gölcük Asker Hastanesi	2016-2016
Askeri Yük. Hemşire	TSK Çanakkale Asker Hastanesi	2012-2016
Askeri Yük. Hemşire	TSK Van Asker Hastanesi	2009-2012
Askeri Yük. Hemşire	TSK Kasımpaşa Asker Hastanesi	2007-2009
Askeri Yük. Hemşire	TSK Haydarpaşa Eğt. ve Araş. Hastanesi	2006-2007

Yabancı Dil Sınav Notu[#]

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE

[#] Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır[#] KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

Dergide Yayımlanan Makaleler

1. Üzen Ş, Alkan G.B., İnangil D. Şiddete Maruz Kalmış Bireyin Yaşam Modeli Doğrultusunda Bakımı. Health Care Acad J. 2017; 4(1):63-67

Ulusal Kongre, Sempozyum, Panel Gibi Bilimsel Toplantılarda Sunularak, Programda Yer Alan Özet Metin Olarak Yayımlanan Bildiri ya da Poster veya Gösteri

1. Hemşirelik Yüksek Okulunda Eğitim Alan Öğrencilerin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi, Gizem Bora, Gülden Kaplan, Danışman; Yavuz Sanişoğlu, 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Harran Üniversitesi Şanlıurfa, 20-21 Nisan 2006
2. Yenidoğum Yapmış Annelerin Emzirme İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Gülden Kaplan, Gizem Bora, Danışman; Gülden Güvenç, 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Harran Üniversitesi Şanlıurfa, 20-21 Nisan 2006
3. İnfertilite Stresinin Psikososyal Ve Psikoseksüel Nedenleri; Olgü Sunumu, Gizem Bora Alkan, Ayten Dinç, 8. TSK Hemşirelik Kongresi, Harbiye Askeri Müze İstanbul, 11-13 Mayıs 2016

Ulusal Kongre, Sempozyum, Panel Gibi Bilimsel Toplantılarda Sunularak, Programda Yer Alan Özet Metin Olarak Yayımlanan Sözel Bildiri

1. Genç Erişkin Erkeklerde Cinsel Mitler Ve Etkileyen Faktörler, Gizem Bora Alkan, Ayten Dinç, 3. Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 21-23 Mayıs 2015

Uluslararası Kongre, Sempozyum, Panel Gibi Bilimsel Toplantılarda Sunularak, Programda Yer Alan Özet Metin Olarak Yayımlanan Bildiri ya da Poster veya Gösteri

1. Şiddete Maruz Kalmış Hastada Hemşirelik Bakımı, Şengül Üzen, Gizem Bora Alkan, Demet İnangil 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Hiltonsa Otel Adana, 26-29 Mayıs 2016

Uluslararası Kongre, Sempozyum, Panel Gibi Bilimsel Toplantılarda Sunularak, Programda Yer Alan Özet Metin Olarak Yayımlanan Sözel Bildiri

1. Sağlık Yüksek Okulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Belirlenmesi, Gizem Bora Alkan, Ayten Dinç, Şengül Üzen, Özden Erdem, 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Hiltonsa Otel Adana, 26-29 Mayıs 2016
2. Şiddet Mağduru Ailenin Yaşadığı Sorunlar; Olgu Sunumu, Özden Erdem, Ayşe Ergün, Saime Erol, Gizem Bora Alkan, Erdal Demirci, 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Hiltonsa Otel Adana, 26-29 Mayıs 2016 (Sözel Bildiri 3.lük Ödülü)
3. Yakın Partner Şiddeti; Olgu Sunumu, Gizem Bora Alkan, Şengül Üzen, 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, Wellborn Luxury Hotel Başiskele Kocaeli, 21-22 Nisan 2017
4. Hemşirelik Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Flört Şiddetine Yönelik Tutumları, Şengül Üzen, Gizem Bora Alkan, 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, Wellborn Luxury Hotel Başiskele Kocaeli, 21-22 Nisan 2017

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

1. 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Harran Üniversitesi Şanlıurfa, 20-21 Nisan 2006

2. Boğaz Kazaları Ve Toksikolojik Etkileri Sempozyumu, Harbiye Askeri Müze İstanbul 15-16 Kasım 2007
3. Tıbbi İleri Yaş Sorunları Sempozyumu, Harbiye Askeri Müze İstanbul, 7 Kasım 2008
4. Dil, İletişim Ve Duygusal Zeka Konferansı, Kasımpaşa Asker Hastanesi İstanbul, 29 Ocak 2009
5. Hastane Enfeksiyonları Sempozyumu, Eskişehir, 05-06 Nisan 2012
6. Ulusal Doğum Sempozyumu, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Rixos Otel, Ankara, 4 Nisan 2015
7. 1. Yerel Çanakkale Şiddetle Mücadele Çalıştayı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 29 Nisan 2015
8. Değişim İçin Bir Güç, Etkili Bakım, Etkin Maliyet Çalıştayı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 12 Mayıs 2015
9. 3. Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 21-23 Mayıs 2015
10. 1.Uluslararası Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi, 5-6 Ocak 2016
11. Değerler Ve Duyuşsal Öğrenim Çalıştayı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 8-9 Şubat 2016
12. Tıbbi Atıkların Toplanması, Taşınması Ve Bertarafı, Çanakkale Çevre Ve Şehircilik Müdürlüğü, 9 Mart 2016
13. 4.Acıbadem Kadın Doğum Günleri, Wyndam Otel Levent İstanbul, 8-10 Nisan 2016
14. 8. TSK Hemşirelik Kongresi, Harbiye Askeri Müze İstanbul, 11-13 Mayıs 2016
15. 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Hiltonsa Otel Adana, 26-29 Mayıs 2016
16. Anne Dostu Hastane Programı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 01 Mart 2017
17. Sağlık Kuruluşlarında Atık Yönetimi Semineri, Kocaeli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Kocaeli Çevre Ve Şehircilik Müdürlüğü, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi, 19 Nisan 2017

18. 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, Wellborn Luxury Hotel Başiskele Kocaeli, 21-22 Nisan 2017
19. Üreme Sağlığında Güncel Yaklaşımlar, Haliç Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Günleri, 2 Mayıs 2017

C-Sertifikalar:

1. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlığı Kursu, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İstanbul, 02-06 Ekim 2006
2. İlk Yardım ve Acil Yardım Kursu, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İstanbul, 15-19 Ocak 2007
3. Yönetici Hemşire Kursu, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İstanbul, 07-09 Mart 2007
4. Anne Sütünün Teşviki Ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları, Emzirme Danışmanlığı Kursu, Van İl Sağlık Müdürlüğü, 07-09 Eylül 2009
5. Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Kursu (Sağlık Bakanlığı Sertifikalı), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi İstanbul, 29 Kasım-24 Aralık 2010 (Serifika Tarihi:18.02.2012)
6. Temel Epidemiyoloji Kursu, GATA Halk Sağlığı ABD. Ankara, 28 Mart-1 Nisan 2016
7. İnfertilite Ve Tüp Bebek Hemşireliği Kursu, Wyndam Otel Levent İstanbul, 8 Nisan 2016
8. Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hemşireliği Okulu, Bera Otel Ankara, 21-26 Mayıs 2017

D-Ödüller:

1. Sözel Bildiri 3.lük Ödülü. 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi, Hiltonsa Otel Adana, 26-29 Mayıs 2016