

**GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Ceylan GÜZEL İNAL

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı
Prof.Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

Yüksek Lisans Tezi-2019

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİNİ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

CEYLAN GÜZEL İNAL

**Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Programı Yüksek Lisans Tezi**

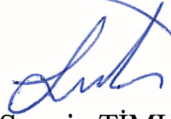
**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN**

**MALATYA
2019**

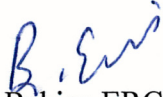
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Ceylan GÜZEL İNAL**'ın "**Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/02/2019



Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı

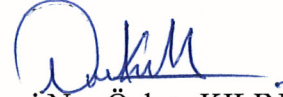
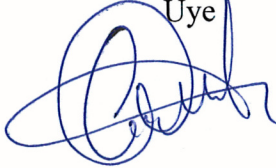


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. Yurdağül YAĞMUR
İnönü Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Güliz ONAT
KTO Karatay Üniversitesi
Üye



Dr. Öğr. Üyesi Nur Özlem KILINÇ
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Üriner İnkontinans	3
2.2. Üriner İnkontinans Prevelansı	3
2.3. Üriner İnkontinans Tipleri	4
2.3.1. Stres Üriner İnkontinans (SÜİ).....	4
2.3.2. Urge İnkontinans (Detrusor İnstabilitesi)	5
2.3.3. Miks Tip Üriner İnkontinans	6
2.3.4. Taşma Tipi Üriner İnkontinans (Overflow/Owerflow inkontinans).....	6
2.3.5. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans (Bilişsel/Transient/Geçici)	7
2.3.6. Total Tip Üriner İnkontinans (Devamlı/Bypass/Refleks İnkontinans).....	7
2.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	7
2.4.1. Cinsiyet ve Yaş	7
2.4.2. İrk.....	8
2.4.3. Genetik Faktörler	8
2.4.4. Obezite	8
2.4.5. Gebelik ve Doğum	8
2.4.6. Menopoz	9
2.4.7. Geçirilmiş Jinekolojik ve Pelvik Operasyonlar	10
2.4.8. Pelvik Organ Prolapsusu.....	10
2.4.9. Kronikleşen Konstipasyon	10

2.4.10. Kronik Öksürük ve Sigara	10
2.4.11. Kullanılan İlaçlar	10
2.4.12. Spinal Kord Yaralanmaları ve Nörolojik Hastalıklar	11
2.4.13. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	11
2.5. Gebelikte Üriner İnkontinans.....	11
2.6. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	12
2.7. Yaşam Kalitesi.....	13
2.8. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi	15
3. MATERYAL VE METOT	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması	18
3.5. Veri Toplama Araçları	18
3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu	18
3.5.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği.....	19
3.5.3. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	21
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	44
EKLER.....	58
EK-1. Özgeçmiş Formu	58
EK-2. Katılımcı Tanıtım Formu	59
EK-3. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği	61

EK-4. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği	63
EK-5. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinden Alınan İzin Formu	65
EK-6. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	66

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecimin her aşamasında gösterdiği destek, anlayış, yol göstericiliği ve paylaştığı engin bilgi birikiminden dolayı çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca karşılaştığım tüm sıkıntılar karşında her zaman yanımda olan, moral ve motivasyonumu hep en üst sevide tutmaya çalışan, beni her zaman destekleyen sevgili eşim Halid İNAL'a,

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi-manevi desteklerini benden eksik etmeyen aileme,

Gösterdiği ilgi ve desteğinden dolayı Nurdilan ŐENER'e ve Kübra AKCAN'a sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Ceylan GÜZEL İNAL

ÖZET

Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Amaç: Araştırma gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kampüsünde kadın doğum polikliniklerine 10 Temmuz-31 Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran, gebelik haftası 30 hafta ve üzerinde olan gebeler oluşturmuştur. Örneklemi ise; yapılan güç analizine göre 0.05 yanılğı düzeyinde, %95 güven aralığında, 0.3 etki büyüklüğünde, evreni temsil etme gücüne sahip 523 gebe oluşturmuştur.

Veriler standart sapma, aritmetik ortalama, ANOVA, bağımsız gruplarda t testi, Tukey HSD ve pearson korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada gebelerin yarısından fazlasında Üİ olduğu saptanmıştır. Araştırmada gebelikte alt üriner yol semptomları ile yaş, eğitim düzeyi, gebelik sayısı, gebelik haftası, ilk doğum yaşı, doğum şekli, vajinal doğum sayısı, küretaj, 24 saatten uzun doğum eylemi, epizyotomi ve enstrümental doğum öyküsü, konstipasyon, gebelikten önceki ve gebelikteki BKİ, gebelikte sigara kullanımı, gebelikten önce ve gebelikte kafeinli içecek tüketimi arasında önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca BKAÜYSÖ tüm alt boyutları ile ÜİYKÖ tüm alt boyutları ve toplam puanı arasında negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada gebelerin yarısından fazlasının Üİ yaşadığı belirlenmiştir. Sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu ve gebelikte Üİ arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, üriner inkontinans, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

Urinary Incontinence in Pregnancy and Factors Affecting Quality of Life

Objective: The aim of this study was to investigate the factors affecting UI and quality of life during pregnancy.

Materials and Methods: The study was performed cross-sectionally. The population of the study consisted of 30 weeks and over pregnant women who applied to the gynecology outpatient clinics of Gazi Yasargil ERH between July 10th and December 31st 2017.

The sample of the study was consisted of 523 pregnant with in the 95% confidence interval determined by the effect size of 0.3 and 0.05 level of significance. Data were analysed by standard deviation, using mean, ANOVA, t test in the independent groups Tukey HSD and pearson correlation analysis.

Results: With that study, it was found that more than half of the participants had UI. it was found a significant relationship between lower urinary tract symptoms and age, educational level, number of pregnancy, gestational week, first birth age, curettage, type of delivery, number of vaginal deliveries, labor more than 24 hours, episiotomy and history of instrumental delivery, constipation, BMI before and during pregnancy, smoking during pregnancy, consumption of caffeinated beverages before and during pregnancy ($p < 0.05$). In addition, there was a negative correlation between all subscales of BFLUTS and all subscales of I-QOL and total score ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that more than half of the pregnant women had UI. It was also found that sociodemographic and obstetric characteristics were significant risk factors for lower urinary tract symptoms and decreased quality of life as UI increased during pregnancy.

Key words: Pregnancy, urinary incontinence, quality of life, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

UKD	: Uluslararası Kontinans Derneği
Üİ	: Üriner İnkontinans
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
BKAÜYSÖ	: Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği
BFLUTS	: The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire
ÜİYKÖ	: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
I-QOL	: Urinary Incontinence Quality of Life Scale
USG	: Ultrasonografi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DS	: Davranışların Sınırlandırılması
PE	: Psikososyal Etkilenme
Sİ	: Sosyal İzolasyon

TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 4.1.	Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	22
Tablo 4.2.	Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4.3.	Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	23
Tablo 4.4.	Gebelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 4.5.	Gebelerin Üriner İnkontiansa İlişkin Risk Faktörlerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4.6.	Gebelerin Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	26
Tablo 4.7.	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	27
Tablo 4.8.	Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.9.	Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.10.	Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.11.	Gebelerin Üİ Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerine Göre Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.12.	Gebelerin BKAÜYSÖ Puan Ortalamaları İle ÜİYKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	34

1. GİRİŞ

Uluslararası Kontinans Derneği (UKD) 2002 yılında yaptığı tanımlamada üriner inkontinansı, miktarına bakılmaksızın her türlü istem dışı idrar kaçırma durumu olarak belirtmiştir (1-3). Üriner inkontinans (Üİ) kişinin yaşamını fiziksel, sosyal, psikolojik ve seksüel olarak etkileyebilen, utanma duygusuna ve kendine olan güvenin azalmasına neden olabilen, sosyal izolasyona yol açabilen ve ekonomik anlamda yük getirip yaşam kalitesini azaltan önemli bir sağlık problemidir (4-7). Üriner inkontinans Avrupa Kıtasında %1.8–30.5, Amerika Kıtasında %1.7–36.4, Asya Kıtasında %1.5–15.2 sıklıkla görülmektedir (8). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %17.6-48.3 arasında değişmektedir (9-21).

Üriner inkontinansta pelvik taban yapısında ve kaslarında görülen bozukluklar, yaş, obezite, kronik konstipasyon, genetik yatkınlık, diabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, doğum sayısının fazla olması, iri bebek öyküsü, sezaryen, pelvik organ prolapsusu, jinekolojik-obstetrik cerrahi operasyonlar, çok sayıda düşük yapmış olma, servisit ve vajinit önemli risk faktörleridir (22-27). Ayrıca gebelikte kadın vücudunda meydana gelen hormonal veya mekanik değişiklikler pelvik desteğe zarar verebilmektedir. Gebelikte büyüyen uterusun karın içi basıncı artırması sonucu pelvik tabanda bulunan organlar aşağıya itilebilmekte ve burdaki kaslarda zorlanma olabilmektedir. Bu zorlanma sonucunda üriner inkontinans gelişebilmektedir (28, 29). Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda gebelikte Üİ prevalansı %18.9-75.25 arasında saptanmıştır (30-33). Türkiye’de Kocaöz ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikte Üİ görülme sıklığı %27 olarak bulunmuşken (34) Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında %41.7 bulunmuştur (35).

Literatürde üriner inkontinanslı kadınların, olmayan kadınlara oranla depresyona daha yatkın oldukları, daha fazla anksiyete yaşadıkları, öz güvenlerinin daha düşük olduğu ve sosyal aktivitelerindeki azalma sonucunda sosyal izolasyona yatkın oldukları belirtilmiştir (4, 16, 36). Gebelikte meydana gelen fiziksel ve hormonal değişiklikler gebenin, fiziksel ve ruhsal yönden etkileyerek yaşam kalitesini de düşürebilmektedir (37). Gebelikte görülen bu problemlere inkontinansın da eşlik etmesi yaşam kalitesini olumsuz yönde daha fazla etkileyebilir (36).

Literatürde yapılan araştırmalar incelendiğinde gebelik ve inkontinans ilişkisini inceleyen çalışmalara (29-33) ve gebelikte yaşam kalitesini inceleyen çalışmalara (30, 37-39) rastlanmıştır. Ancak gebelikte üriuer inkontinans ile yaşam kalitesi arasında ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (30, 34, 35). Araştırmamızın gebelikte üriuer inkontinans ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenerek gebe kadınların bütüncül olarak değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma gebelikte üriuer inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner İnkontinans

Literatür incelenmesi yapıldığında üriner inkontinansla ilgili yapılmış birden fazla tanıma rastlanılmaktadır. Bu tanımlar içerisinde en çok kabul gören tanım 1979 yılında UKD tarafından yapılan tanım olmuştur. UKD üriner inkontinansı; "Sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali" olarak tanımlamıştır (3, 40). Yapılan bu tanım, idrar kaçırmanın ciddi bir sorun olduğunu vurgulandığından ve tanımda idrar kaçırmanın sebepleri ve şiddeti ile ilgili bir sınırlama yapılmadığından dolayı sağlıkla ilgili bilimsel araştırmalar için uygun bir tanım olmamıştır. Yapılan araştırmalarda farklı Üİ tanımları kullanıldığından ve sonuçlarının karşılaştırılmasında değişik zorluklar yaşandığından dolayı UKD 2002 yılında üriner inkontinansı yeniden tanımlama gereği hissetmiştir (3, 41, 42). Uluslararası Kontinans Derneği'nin 2002 yılında alt üriner sistem fonksiyonlarının terminolojisinin standardizasyonuna ilişkin yayınladığı raporda üriner inkontinansı üç farklı kategoride tanımlamıştır. Üriner inkontinans, **semptom olarak** "miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti", **bulgu olarak** "muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı", **ürodinamik olarak** ise "klinik ve ürodinamik tekniklerle gösterilebilen, inkontinansa sebep olan patofizyolojik süreç (detrüsör instabilitesi, intrensek sfinkter yetmezliği)" şeklinde tanımlanmıştır (43-47).

2.2. Üriner İnkontinans Prevelansı

Üİ yaşla birlikte prevelansı artan ve her yaş grubunda karşılaşılabilen bir sorun olmakla beraber özellikle kadınları daha fazla etkileyen bir sağlık problemidir. Literatürde kadınlarda erkeklere oranla 2 ile 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (48). Üriner inkontinans, dünyadaki kadınların üçte birini, 60 yaş üzerindeki erkeklerin ise yaklaşık %20'sini etkilemektedir (49).

Literatürde 2008 yılında 4.3 milyar olan dünya nüfusunun en az %8.2'sinde üriner inkontinans görüldüğü, 2018 yılına kadar bu oranın %21.6 olmasının beklendiği belirtilmektedir (50). Üriner inkontinans Avrupa Kıtası'nda %1.8–30.5, Amerika

Kıtası'nda %1.7–36.4, Asya Kıtası'nda %1.5–15.2 sıklıkla görülmektedir (8). İngiltere, Almanya, Fransa ve İspanya'da 18 yaş ve üzeri 29.500 kadının katıldığı bir çalışmada üriner inkontinans prevalansı %35 olarak bulunmuştur (51). 17 ülkede yapılan 36 genel popülasyon çalışmasının incelendiği bir makalede Üİ prevalansının %5-69 arasında değiştiği belirtilmiştir (52). Dünya genelinde üriner inkontinansın gebelikteki prevalansı ise çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda %18-%75 arasında bulunmuştur (30-33).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde ise kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %17-48 arasında değişmektedir (9-21). Dursun ve arkadaşları 2014 yılında 6473 kadınla yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansını %20.9 olarak bulmuştur (53). Özdemir 20 yaş üstü ve evli toplam 610 kadınla yaptığı çalışmada Üİ prevalansını %22.6 olarak saptamıştır (54). Yağmur ve Ulukoca'nın yaptığı çalışmada Üİ prevalansı %21.5 olarak saptanmıştır (19). Çiftçi ve Günay 18-67 yaş arası 775 kadında yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %36.6 olarak belirlemişlerdir (10). Akgün'nün yaptığı çalışmada 40 yaş üstü kadınlarda Üİ prevalansını %48.3 olarak saptamıştır (18). Gözükara ve arkadaşlarının 15-49 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada Üİ prevalansı %38.7 olarak saptamışlardır (21). Türkiye'de Kocaöz ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikte Üİ görülme sıklığı %27 olarak bulunmuşken (34) Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmasında %41.7 bulunmuştur (35).

Üriner inkontinans tanımlanmasında yaşanan farklılıklardan dolayı yapılan çalışmalarından elde edilen prevalanslar birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Ayrıca araştırmalara katılan bireylerin eğitim düzeyi, çalışmanın yapıldığı toplumun sosyo-ekonomik durumu ve çalışmada kullanılan metotlar da prevalans oranlarını etkileyebilmektedir (22, 55).

2.3. Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinansı UKD, semptom, bulgu ve değerlendirme sonucuna göre ayırmış olup 6 tip olarak tanımlamıştır. Bunlar; stres, sıkışma (urge, acil), miks (karma), taşma (overflow), devamlı (total) ve fonksiyonel (bilişsel) inkontinanstır (43).

2.3.1. Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)

Stres üriner inkontinans, detrüör kasının istemsiz kontraksiyonu olmaksızın pelvik taban kas ve bağların hasar görmesi sonucu gelişen, gülme, koşma, öksürme, cinsel aktivite, ıkınma, egzersiz ve ağır kaldırma gibi karın içi basıncı artıran

durumlarda meydana gelen istemsiz idrar kaçırma durumudur (3, 56-58). UKD 2002 yılında yayınladığı raporda stres üriner inkontinansı; semptom olarak "hapşırma, öksürme ve efor ile istemsiz idrar kaybı" bulgu olarak "hapşırma, öksürme, güç harcama ve egzersiz anıyla uyumlu olarak üretradan istemsiz olarak oluşan idrar kaybının gözlenmesi" olarak tanımlamıştır (43).

Stres durumuyla beraber karın içi basıncının artması, üretra ve mesaneye eşit şekilde yansımamaktadır. Kontinans mekanizmasında her durumda üretra içindeki basınç mesane içindeki basınçtan daha yüksektir ve idrar kontrolü bu şekilde sağlanmaktadır. Ancak bazı durumlar pelvik taban kaslarının gevşemesine ve üretra mesanenin anatomik olarak bulunduğu yerden ayrılarak aşağıya doğru kaymasına sebep olmaktadır. Bunun sonucunda abdominal basıncın aniden arttığı durumlarda üretra içindeki basıncın mesane içindeki basınçtan düşük kalmakta ve SÜİ görülmektedir (59).

Stres üriner inkontinans kadınlarda en yaygın görülen inkontinans tipidir (54). Yaş artıkça prevalansı da artış göstermektedir. 25-49 yaşları arasında en yüksek seviyeye ulaşmakta ve daha sonra azalmaktadır. SÜİ'nin en sık görüldüğü yaş aralığı 30-50'dir (60).

Stres üriner inkontinans için primer risk faktörü kas, sinir ve bağ doku yaralanmalarına neden olabilen vajinal doğumdur. Literatürde vajinal doğumun SÜİ için tek başına en önemli risk faktörü olduğu belirtilmektedir (61-63). Doğum eylemi ve konnektif ve nöromusküler dokuların hasar görmesine neden olabilmektedir ve bunun sonucunda stres üriner inkontinans gelişebilmektedir. Gebelikte büyüyen fetüsün mesane üzerindeki basıncı artırması geçici olarak idrar akışına sebep olabilmekte, gebelikte stres üriner inkontinans prevalansı artabilmekte ve doğumdan sonra ise azalabilmektedir (28, 47, 64). Stres üriner inkontinans ayrıca histerektomi, pelvik denervasyon, östrojen eksikliği, menapoz, obezite, sigara kullanımı, kronik öksürük, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, genetik faktörler, üretra boyunun yapısal olarak kısa olması ve yaşlanmaya bağlı olarak da gelişebilmektedir (44, 65- 67).

2.3.2. Urge İnkontinans (Detrusor İnstabilitesi)

Uluslararası Kontinans Derneği 2002 yılında yaptığı tanımda urge inkontinansı, sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissiyle beraber görülen idrar kaybı olarak tanımlamıştır (43). Urge inkontinansında aniden gelen güçlü bir idrar yapma isteği sonucu

istemsiz olarak idrar kaçırlır. Mesane kapasitesi azalmıştır, üretra normaldir ve detrusör kası ileri derecede aktiftir. Bundan dolayı urge inkontinans genellikle detrusör overaktivitesinde inhibe edilemeyen kontraksiyonlar sonucunda görülür. Ani ve önlenemeyen kasılmalar sonucunda mesane içi basınç üretra içi basınçtan fazla olur. Bu hastalar aniden gelen şiddetli idrar yapma isteği sonucu tuvalete yetişmeden idrar kaçırmadan şikayet eder. Urge üriner inkontinansla birlikte ani idrar yapma hissi (urgency) ve sık idrar yapma şikayetleri (frequency) de görülmektedir. Bu yakınmaların 1/3'ü urge inkontinansa neden olurken, 2/3'si kuru kalmaktadır (43, 44, 68-70).

Urge İnkontinans stres inkontinanstan sonra en sık görülen inkontinans tipidir. Nörolojik bozukluklar sonucu gelişen mesane kontraksiyonlarının varlığı durumunda görülen urge inkontinansa "Hiperrefleks mesane", nörolojik bozukluklara bağlı olmadan görülene ise "Detrusör instabilitesi" denir (5, 33, 70).

Urge inkontinansın en sık nedeni detrusör kasının aşırı aktivitesidir. Detrusör kasının aşırı aktivitesi, beyin tümörleri, multiple skleroz, parkinson, spinal kord lezyonları, ve alzheimer gibi nörolojik zararlara neden olan problemlere bağlı olarak gelişebildiği gibi fekal bası veya obstrüksiyon, üriner sistem enfeksiyonları, mesanede irritasyona sebep olan alkol ve kafeinli gıdalar tüketilmesi sonucu artmış lokal duyu, kullanılan bazı ilaçlar sonucunda da gelişebilmektedir (71).

2.3.3. Miks Tip Üriner İnkontinans

Aşırı detrusor aktivitesi ve üretral sfinkter mobilitesi/yetmezliği sonucu oluşan iki ya da daha fazla üriner inkontinans tipinin birlikte görülme durumudur. Çoğunlukla stres ve sıkışma tipi inkontinans bir arada görülür. Geriatrik popülasyonda daha sık görülmektedir (43, 56, 65, 66, 71-73). Hem stres hem de urge üriner inkontinansın bileşenlerinin nedenleri miks tip inkontinansın da nedenleri olarak gösterilebilir (63).

2.3.4. Taşma Tipi Üriner İnkontinans (Overflow/Overflow inkontinans)

Mesane çıkışında obstrüksiyon, akontraktıl mesane (hipotonik detrusör) nedeniyle mesanenin aşırı gerildiği durumlarda, mesanenin boşalmasında görülen bozukluk olarak tanımlanır. Taşma tip üriner inkontinanstaki üretral aktivite artmışken detrusör kas aktivitesi azalmıştır. Üretral çıkış azaldığından mesanede idrar birikmesi sonucu mesane hacmi dolar ve bir süre sonra mesanede daha fazla idrar biriktiremeyerek taşma gözlenir. Hastada sık sık ya da sürekli damlama şeklinde idrar kaçırma şikâyetlerine

neden olur. Diyabet, omurilik yaralanmaları, diabetik nöropati, bazı ilaçların kullanımı ve pelvik prolapsusa bağlı mesane çıkışı obstruksiyonu oluşmaktadır (45, 68, 70).

2.3.5. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans (Bilişsel/Transient/Geçici)

Fonksiyonel Üİ, üriner sistemde herhangi bir nörolojik veya anatomik bir problem olmamasına rağmen genellikle fiziksel aktiviteyi kısıtlayan durumlarda ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma (Alzheimer, Parkinson vs.) sonucu bireyin, mesanenin doluluğunun farkına varamadığı durumlarda ortaya çıkan idrar kaçırma durumudur. (45, 68, 70).

2.3.6. Total Tip Üriner İnkontinans (Devamlı/Bypass/Refleks İnkontinans)

Total tip üriner inkontinans bireyin, fiziksel stres durumu olsun ya da olmasın devamlı olarak istemsiz idrar kaçırmasıdır (70)

2.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

2.4.1. Cinsiyet ve Yaş

Üriner İnkontinans kadınlarda erkeklerden 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmesinin nedenleri menopoz, parite, obstetrik öykü, geçirilmiş jinekolojik cerrahi operasyonlar ve kadınların doğum esnasında yaşamış olduğu travmalardır (7, 13, 27, 36). Ayrıca gebelik döneminde kadın vücudunda meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişiklikler de üriner inkontinansın görülme sıklığını artırabilmektedir (47).

Üriner inkontinans prevalansı her iki cinsiyette de yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir (3, 9, 54, 56). Yaşın artması mesane pozisyonunu koruyan ligamentlerin zayıflamasına neden olur. Bunun sonucunda mesane boynunun duruşunda değişiklikler meydana gelir ve bu değişiklikler sonucu üriner inkontinans görülebilir (9, 56). Tüm Üİ tiplerinin prevalansı, orta yaş grubunda pik yaparken, yaşlılar arasında sabit bir şekilde artmaktadır. Literatürde üriner Üİ prevalansının kadınlarda 50 yaşına kadar kademeli olarak arttığı, 70 yaşına doğru stabilize olduğu veya önemsenmeyecek oranda azaldığı 70 yaşından sonra ise tekrar arttığı belirtilmektedir (74).

2.4.2. Irk

Üriner inkontinans görülme sıklığı genetik yapıya göre farklılık göstermektedir. Literatürde ırkın Üİ gelişiminde etkili olduğu asla kökenlilerde, Çinli'lerde, siyahi ırkta ve Eskimo'larda prevalansın daha düşük olduğu belirtilmektedir (75-77). Siyah ırkta üretral basıncın daha yüksek ve mesane hacminin daha geniş olması Üİ'nin beyazlara oranla daha az görülmesine neden olmaktadır (78). Amerika'da ırk ile Üİ arasındaki ilişkinin araştırıldığı, 20 yaş üstü 4229 kadınla yapılan bir çalışmada beyaz ırklı Meksikalı ve Amerikalı kadınlarda Üİ prevalansı siyah ırktan olan kadınlara oranla 2.5 kat daha yüksek bulunmuştur (79).

2.4.3. Genetik Faktörler

Annede, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans olması Üİ açısından bir risk faktörüdür. Bu durum genetik yatkınlık olarak vajen ve perine bağ dokusunun zayıf olmasından kaynaklanmaktadır (18, 80, 81).

2.4.4. Obezite

Kontinans durumu ile beden kitle indeksi (BKI) anlamlı derecede ilişkilidir ve obezler Üİ açısından daha fazla risk altındadır (82, 83). BKİ'nin fazla olması abdominal ve intravezikal basıncın artmasına sebep olarak inkontinansa yol açmaktadır. Abdominal obezitenin SÜİ'ye etkisini inceleyen bir çalışmada BKİ 27'nin üzerinde olanlarda 2.9 kat ve bel çevresi 90 santimsen uzun olanlarda ise 5 kat daha fazla SÜİ saptanmıştır (84).

2.4.5. Gebelik ve Doğum

Gebelik sayısı, doğum şekli, doğum sayısı, doğum sırasında gerçekleşen komplikasyonlar, müdahaleli doğum, gebelikte alınan kilo ve bebeğin doğum kilosu, uzamış ve zor doğum eylemi, çok ve sık aralıklarla doğum yapmak gibi gebelik ve doğum ile ilgili faktörler üriner inkontinansın etyolojisinde önemli bir yere sahiptir (85-88). Gebelikte progesteron hormonunun etkisiyle mesane ve üretranın kas tonüsü azalır. Gebelik haftasının ilerlemesi uterusun mesaneye baskını arttırdığından dolayı Üİ için bir risk faktörüdür. Gebelik sırasında ortaya çıkan Üİ, genellikle doğumdan sonraki dönemde düzelmektedir (89).

Doğum eylemi sırasında oluşabilecek bazı değişiklikler de Üİ etyolojisinde rol oynamaktadır. Vajinal doğum sonrası kadınların bir kısmının levatör ani kasında defekt meydana gelmektedir (90). Bununla beraber doğum sonrasında mesane boynu yer değiştirebilmekte, levatör ani kasının kuvveti azalabilmekte ve pudental nöropatiye bağlı parsiyel denervasyon (sinirsizleşme) da gelişebilmektedir (91, 92). Tüm bu değişiklikler sonucunda üetrovezikal hipermobiliteye bağlı olarak stres üriner inkontinans gelişebilmektedir (28).

Vajinal doğum sırasında forseps veya vakum kullanımı, bebeğin doğum ağırlığı, epizyotomi açılma durumu, 3. ve 4. derecede yırtıkların varlığı, epidural anestezinin uygulanması ve doğum eyleminin ikinci evrenin süresinin uzaması gibi olaylar doğum sonrası dönemde pudental sinir hasarına neden olabilmektedir (61, 93).

Doğum şekli ile Üİ arasındaki ilişki incelendiğinde vajinal doğum yapan kadınların kas gücündeki düşüşün sezaryanla doğum yapanlara oranla daha fazla olduğu görülmektedir (94). Vajinal doğum pelvik tabanda hasarlara neden olmakla beraber vajinal doğum sonucu sezaryana oranla 1.85 kat daha fazla pelvik taban kas bozukluğu görülmektedir (95). Stres üriner inkontinans görülme riski hiç doğum yapmamış kadınlara göre tek bir tane vajinal doğum yapan kadınlarda 3.89 kat artarken, vajinal birden çok doğum yapan kadınlarda 4.37 kat ve sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 1.78 kat artmaktadır (29).

Çok sayıda ve sık aralıklarla doğum yapmaya bağlı olarak pelvik anatomisinin bozulması, yine sık doğumla ilişkili olarak pudental sinirin gerilme ya da laserasyonuna bağlı olarak gelişen sinir denervasyonu, pelvik taban kaslarında zayıflamaya neden olmaktadır (59, 80).

2.4.6. Menopoz

Menopozda Üİ görülme riski artmaktadır. Kadın genital organları ile alt üriner sistem organları embriyolojik olarak aynı kökenli olduklarından dolayı östrojen ve progesteron hormonlarına duyarlıdır. Postmenopozal dönemde östrojen hormonunun azalması mesane boynunda bulunan ligamentlerin ve kasların atrofisine ve dolayısıyla ürogenital destek dokularının zayıflamasına neden olabilmektedir. Bundan dolayı postmenopozal dönmedeki kadınlarda karın içi basıncının arttığı durumlarda inkontinans görülebilmektedir (18, 96).

2.4.7. Geçirilmiş Jinekolojik ve Pelvik Operasyonlar

Jinekolojik ve pelvik operasyonlar sonucunda pelvik taban kaslarında meydana gelecek olası sinir hasarları sonucunda Üİ gelişebilmektedir. Trigonal yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması, vajinanın kısaltılması ve cerrahi menopoz sonrası görülen östrojen hormonu eksikliği Üİ için birer risk faktörüdür (97).

2.4.8. Pelvik Organ Prolapsusu

Pelvik organ prolapsusunun tek nedeni pelvik taban yetmezliği olduğundan ve pelvik taban yetmezliği de Üİ'a neden olabildiğinden pelvik organ prolapsusu ve Üİ genellikle beraber görülmektedir (98).

2.4.9. Kronikleşen Konstipasyon

Kronikleşen konstipasyonda defekasyon sırasında yaşanan zorlanmalar pelvis sinirlerinde gerilmeye neden olmakta ve buna bağlı olarak zamanla bu sinirlerde harabiyet meydana gelebilmekte ve pelvik taban kaslarında fonksiyon bozukluğu oluşabilmektedir. Tüm bunlar sonucunda Üİ görülebilmektedir (80, 99).

2.4.10. Kronik Öksürük ve Sigara

Karın içi basıncın artmasına neden olan her durum Üİ'in oluşması veya var olan Üİ'in ağırlaşması için risk faktörüdür. Kronik öksürük intraabdominal basıncı artırdığından Üİ oluşumuna neden olabilmektedir (80). Sigara kullanımı da mesane basıncını arttırmakta ve öksürük esnasında Üİ'in görülmesine neden olabilmektedir (100). Sigara kullananlarda öksürüğe bağlı olarak Üİ görülme riski 2-3 kat daha fazladır (45, 101).

2.4.11. Kullanılan İlaçlar

Üretra duvarındaki düz kasların tonusu üretra içindeki basıncı ayarlamaktadır. Tonus aktivitesi beta adrenerjik ajanlarla azalırken alfa adrenerjik ajanlarla artmaktadır. Antihipertansif ilaçların alfa adrenerjik resptörleri bloke etmesi sonucu proksimal üretra gevşeyebilmekte ve üretra sfinkter yetmezliği meydana gelebilmektedir. Diüretikler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antidepresanlar, narkotik ve sedatif analjezikler kontinans mekanizmasını etkileyerek Üİ için risk oluşturmaktadır (60).

2.4.12. Spinal Kord Yaralanmaları ve Nörolojik Hastalıklar

Spinal kord yaralanmaları ve multiple skleroz, alzheimer, parkinson gibi nörolojik hastalıklar da miksiyon kontrolünü etkileyerek Üİ'a neden olabilmektedir (102).

2.4.13. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları mukozamal inflamasyon oluşturmakta ve bunun sonucunda involanter detrusor kontraksiyonları görülebilmektedir. Ayrıca enfeksiyon ajanlarının salgılamış olduğu endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisinden dolayı üretral sfinkter yetmezliği gelişebilmekte ve bunların sonucunda Üİ görülebilmektedir (103).

2.5. Gebelikte Üriner İnkontinans

Gebelikte meydana gelen hormonal, anatomik ve fizyolojik değişikliklerle beraber alt ve üst üriner sistem ve pelvik tabanda bir takım farklılıklar meydana gelmektedir (28, 104). Gebeliğin erken döneminde renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı artmakta ve bu da idrar miktarının artmasına sebep olmaktadır (105). Gebeliğin ortasına kadar, büyüyen uterusun ve ovarian ven pleksusun mekanik baskısı sonucu kadınların %80'inde fizyolojik hidronefroz ve hidroüreter oluşmaktadır (106). Uterusun sağa dönük bir pozisyonda olmasından ve sigmoid kolonun sol ureteri koruyucu etkisinden dolayı ureterlerde, sol tarafta sağ tarafa oranla daha belirgin bir genişleme görülmektedir (104). Bunların dışında gebelikte büyüyen uterusun karın içi basıncını artırmasıyla pelvik organlar aşağı itilmekte ve pelvik tabanda bulunan kaslar üzerine baskı artmaktadır. Yapılan çalışmalar, gebelikte pelvik tabanda yer değiştirmelerin olduğunu ve pelvik tabanda bulunan kasların kasılma gücünün belirgin bir şekilde azaldığını, hormonların etkisiyle bağ dokusunda meydana gelen gevşemelerden dolayı mesane ve uretra mobilitesinin arttığını göstermektedir. Ayrıca gebeliğin geç dönemlerinde mesane ve uretra mobilitesi daha da belirgin bir şekilde artmakta, uterus büyüyerek ağırlaşmakta, fetus başının angajmandan dolayı mesane üzerinde oluşan basınç artmakta ve böylece mesane kapasitesi azalmaktadır (28, 104, 105).

Gebelikte östrojen ve progesteron hormon seviyelerinin artması sonucunda mesane ve uretra mukozası daha hiperemik ve konjestif bir hal almaktadır. Östrojen hormonu seviyesindeki artmadan dolayı detrusör kasında hipertrofi meydana gelirken,

artan progesteron hormon seviyesi mesanede hipotoniye neden olmaktadır (104). Terme yakın olan dönemde fetüsün pelvise angajmanından dolayı mesane üzerine basıncı artmaktadır. Artan bu basınçtan dolayı mesanenin hiperemisi artmakta ve lenfatik dolaşımı bozulabilmekte, enfeksiyona ve doğum travmalarına karşı daha hassaslaşmaktadır (107, 108). Normalde konveks olan mesane büyüyen uterusun baskısıyla konkav bir hal almakta ve kapasitesi bunun sonucunda büyük ölçüde azalmaktadır (108).

Gebeliğin birinci ve üçüncü trimestrinde uterusun büyüyerek mesaneye basınç yapmasından dolayı kadınlarda frequency (idrar yapma sıklığında artma) ve urgency (ani idrar yapma hissi yaşama) görülmektedir (28, 107). Mesane üzerindeki basıncın çok artmadığı dönemlerde de idrar yapma sıklığının artması, bu duruma hormonal etkilerin, kan volümünün artmasının ve glomerüler filtrasyon hızındaki değişikliklerin de neden olduğunu göstermektedir (28). II. trimesterde uterusun abdominal bir organ haline gelmesi sonucu mesane üzerine olan baskı azalmakta ve bununla beraber sık idrara çıkma sorunu da azalmaktadır (107).

Gebelik boyunca meydana gelen bu mekanik ve hormonal değişiklikler kadınlarda gebelikte üriner inkontinans görülme sıklığını artırmaktadır (109). Yukarıda sayılan nedenlerden dolayı gebeliğin erken döneminde Üİ başlamakta ve prevalansı ve epizodlarının sıklığı üçüncü trimestra doğru giderek daha da artmaktadır (28). Gebe kadınlarda mesane üzerindeki artan basınçtan dolayı stres üriner inkontinans diğer inkontinans tiplerine göre daha fazla görülmektedir (109). Brummen ve arkadaşları tarafından 515 nulligravid kadınla yapılan bir çalışmada, gebeliğin 12. haftasında urge inkontinans %6.4 ve stres inkontinans %18.6 oranında görülürken, 36. haftada urge inkontinans prevalansı %19.2'ye ve stres inkontinans prevalansı ise %42.1'e yükselmektedir (105).

2.6. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı

Toplumda her türlü sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan hemşirelere sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Üİ problemi yaşayan kadınların daha sağlıklı ve konforlu bir hayat sürebilmeleri için; inkontinansın tanılanmasında, değerlendirilmesinde, ilerlemesini önlemede ve hastaların tedavi sürecinde aktif rol almak hemşirelerin yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Hemşirelerin, inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri açısından toplumdaki tüm

kadınları değerlendirmesi, inkontinans risk faktörlerini, bulgularını ve inkontinanstan korunmada kadınlara gerekli eğitimleri vermesi ve kadınları bilinçlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin, eğitici rolü ile üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavi edilmesinde kadınları eğitmesi de kadın sağlığını geliştirme noktasında hemşirelere düşen sorumluluklar arasındadır (14, 110, 111). Gebelikte Üİ'ı önlemede hemşirelere düşen görev ve sorumluluklar;

- ✓ Üİ'ı önlemek adına kadınlara pelvik taban kas egzersizlerinin öğretmek ve gebelik boyunca ve doğumdan sonra düzenli yapmalarını sağlamak,
- ✓ Beden kitle indeksindeki artış, mesane üzerindeki artan karın içi basınç ve aşırı üretral mobiliteye bağlı olarak Üİ'a neden olabileceğinden dolayı kadınlara gebelikleri boyunca aşırı kilo almamaları gerektiğini vurgulamak,
- ✓ Gebelik sürecinde ağır kaldırma ve yoğun fiziksel aktivite gerektiren hareketlerden kaçınmaları gerektiğini söylemek,
- ✓ Konstipasyonun gebelikte üriner inkontinans için potansiyel risk faktörü olduğunu ve konstipasyonu önlemek amacıyla diyetle yeterince lifli gıdaların eklenmesi gerektiğini, sıvı alımı artırılması gerektiğini, düzenli egzersiz programları ve rutin bir defekasyon programı oluşturulması gerektiğini söylemek,
- ✓ Kadınlara, sigara kullananlarda Üİ riskinin arttığı bundan dolayı gebelik planlanıyorsa gebelikten önce ve gebelik boyunca sigara kullanmamaları, kullanıyorlarsa bırakmaları gerektiğini söylemek,
- ✓ Gebelere yetersiz sıvı alımının, idrar konsantrasyonunu artırması sonucu mesane mukozasının iritasyonuna, sık tuvalete çıkma ve sıkışma hissine, üriner yol enfeksiyonlarına neden olarak mesane kapasitesini azaltabildiği ve bu nedenlerden dolayı gebelik sürecinde yeterli sıvı alınmasına dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamak,
- ✓ Gebelere kafein alımının detrüör kasını etkilemesi sonucu diüretik etki gösterdiği bu nedenle gebelik sürecinde çay, kahve ve kola gibi kafein içeren mesane iritanlarının az miktarda tüketilmesi gerektiğini söylemek (47, 64).

2.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin hayatını değerlendirmesine dayanan duygu ve biliş süreçleri ile kişisel algılarının bütünüdür (112). Yaşam kalitesi, bireyin sahip

olduğu mevcut yaşam koşullarında elde edilebileceği kişisel doyumun seviyesini etkileyen, günlük hayatın fiziksel, toplumsal ve ruhsal etkilerine ve hastalıklara verdiği tepkileri gösteren bir kavramdır (113). Dünya Sağlık rgt yaşam kalitesini ‘Bireyin hem içinde bulunduğu kültürel yapı ve değerler sistemi açısından, hem de bireyin amaçları, endişeleri, beklentileri ve standartları açısından, hayattaki durumu ile ilgili öznel algısı’ şeklinde tanımlamıştır (114, 115).

Yaşam kalitesi kavramında kişisel iyi olma, yaşam doyumunu, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik ve mutluluk gibi bileşenler ne çıkmaktadır (116). Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli değişim ve gelişim göstermesi, öznel olması, kişinin hayatta nelerden zevk aldığını, nasıl yaşamak ve ne olmak istediğini ifade etmesi, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik gibi pek çok faktörlerden etkilenmesi dolayısıyla geniş bir kavramdır (117).

Yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif olmak üzere iki göstergesi vardır. Objektif göstergeler; sağlık, meslek, eğitim, gelir, yaşanılan yerin durumu iken; subjektif göstergeler ise bireyin sahip olduğu bu imknlardan duyduğu tatmin/doyum duygusudur. Kimi araştırmacılar objektif göstergelerin önemini kimi araştırmacılar ise subjektif göstergelerin önemini vurgulasa da ne objektif ne de sübjektif göstergeler için evrensel bir sistem veya standart yoktur (118).

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlık alanında ileri derecede gelişmeler görülmüş ve hastalıkların tedavisinde uzun mesafeler katedilmiştir. Bunun sonucunda ortalama yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıkları olan bireylerin, hastalıklı yaşam süreleri uzamıştır. Hastaların biyolojik tedavileri bu gelişmeler doğrultusunda sağlanırken, psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu ön plana çıkmıştır. Ayrıca hastalıklar için yeni ve etkili ilaçlar üretilmiş ve bu ilaçlar arasındaki farkı belirleyen nokta ise hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hasta bireylerin yaşam kalitesi daha fazla ilgi eker hale gelmiştir (39). Dünya Sağlık rgt 1948 yılında sağlığı ‘Sadece hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlamamıştır (119). Bu tanımlamadan sonra yaşam kalitesi kavramı, sağlık araştırmalarında ve bakım uygulamalarında çok daha fazla önemli olmaya başlamıştır (39).

2.8. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Gebelik boyunca kadın vücudunda görülen hormonal ve fiziksel değişiklikler, gebenin ruhsal ve fiziksel fonksiyonlarını etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde bir takım olumsuz değişikliklere sebep olabilmektedir. Gebelikte yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda, gebelikte meydana gelen değişimlerin genel yaşam kalitesinin azalmasına neden olduğu, ileri gebelik dönemlerinde ve lohusalıkta gebelik öncesi döneme oranla yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmektedir (37, 120).

Gebelikte meydana gelen hormonal, anatomik ve fizyolojik değişiklikler sonucu alt ve üst üriner sistem ve pelvik tabanda bir takım farklılıklar meydana gelmekte ve gebelikte üriner inkontinans görülme sıklığı artmaktadır (28, 104, 109).

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir semptom olmamasına karşın kadınların sosyal, fiziksel, eğitim ve iş hayatlarını olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesinin büyük ölçüde azalmasına sebep olan bir sağlık sorunudur (43). Üİ problemi yaşayan gebeler, üriner fonksiyonlarını kontrol edemediklerinden dolayı idrar kaçırma durumunun dışarıdan fark edilebileceğini düşünerek kendilerini kusurlu hissetmekte, daha az çekici olduklarını ve cinsel güçlerinin azaldığını düşünmekte ve bu kadınlarda seksüel disfonksiyon görülebilmektedir (14, 121).

Üriner inkontinans sonucu kötü koku, temizlik sorunu, cilt irritasyonu vb. problemler yaşayan gebeler tüm bunların sonucunda vücut imgesinde bozulma, utanma, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyona varan duygusal bozukluklar yaşabilmektedir (14). Yaşanan bu sorunlardan dolayı üriner inkontinanslı gebeler sıvı alımını kısıtlama, emici ped kullanma, sürekli çamaşır değiştirme, tuvalet olmadığını bildiği yerlere gitmekten çekinme vb. yöntemler geliştirerek fiziksel ve sosyal yaşamlarına kısıtlama koymakta ve toplumdaki diğer insanlarla bir araya gelmekten kaçınılmaktadırlar. İnkontinans problemi yaşayan bu gebelerin ev içi faaliyetleri ve günlük işleri de olumsuz etkilenebilmektedir (14, 18). Koçak ve arkadaşları Üİ'li bireylerin yaşam kalitesinin etkilenme oranını %87.2 olarak bulmuştur (41). Arslan ve arkadaşlarının üriner inkontinanslı kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların ev işlerine sınırlama getirme ihtiyacı %59.4, alışveriş gibi dış ortamdaki işlerine sınırlama getirme oranı %56.7, uyku düzenlerindeki etkilenme oranı %43.2, uzun süren yolculuklardan etkilenme oranı %21.6, yatılı misafirlikte kalma durumunun etkilenme oranı ise %35.2 olarak

bulunmuştur (18). Karan ve arkadaşları Üİ problemi yaşayan kadınlarla yürüttüğü çalışmada Üİ'li bireylerin yaşam kalitesinin bozulduğu ve hastalara tedavi almaları için psikososyal yönden destek verilmesi gerektiği saptamıştır (122). Bu oranlara rağmen çoğu kadın sağlık kuruluşlarına hiç başvurmamakta veya üriner inkontinans bulguları görüldükten yaklaşık olarak beş yıl sonra başvurmaktadır (122). Kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri kadının utanması, üriner inkontinans sorunlarını gebelikle, doğum sonu dönemle ya da yaşın ilerlemesiyle beraber oluşan normal bir durum olarak algılamaları ya da Üİ bulgularını önemsemeleri olarak belirtilmektedir (14, 122).

Sonuç olarak, üriner inkontinans doğrudan gebelerin hayatını tehdit eden bir sorun olmamasına karşın, sosyal hayatlarını ve aile içi yaşantılarını fiziksel ve psikolojik olarak büyük ölçüde etkileyen bir sorun olmasından dolayı dikkatle değerlendirilmelidir (60).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 10 Temmuz - 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kampüsünde kadın doğum polikliniklerine başvuran gebe kadınlarla yapılmıştır.

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde hafta içi her gün 8-16 saatleri arasında poliklinik hizmeti ve hafta sonları ise mesai dışı poliklinik hizmeti verilmektedir. Bu polikliniklerde ayda ortalama 9000-10000 gebe kadın muayene olmaktadır. Bu polikliniklerde gebelerin fizik muayenesi, ultrasonografi (USG) ve laboratuvar tetkikleri dahil olmak üzere birçok tıbbi uygulama yapılmaktadır. Gebeliğinde yüksek risk faktörü olan gebeler üniversite hastanesine sevk edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde belirtilen hastanenin Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelik haftası 30 hafta ve üzerinde olan 2560 gebe oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, yapılan güç analizine göre 0.05 yanılğı düzeyinde, %95 güven aralığında ve 0.3 etki büyüklüğünde, evreni temsil etme gücüne sahip 523 gebe kadın oluşturmuştur.

Araştırmada kadın doğum polikliniklerine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan gebeler, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemiyle örneklem sayısına ulaşıncaya kadar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Tekil gebelik olma,
- Tanı alınmış psikiyatrik bir hastalığın olmaması ya da psikiyatrik ilaç kullanmama,

- Geçmişte üriner inkontinans nedeniyle tıbbi veya cerrahi tedavi almamış olma,
- Araştırmanın yürütüldüğü tarihte üriner sistem enfeksiyonu tanısı almamış olma,

Kadınların gebelik haftası son adet tarihinin ilk gününe ya da USG sonucuna göre belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 10 Temmuz - 31 Aralık 2017 tarihleri arasında haftanın rastgele günlerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden (7, 16, 17, 25, 32, 33-40) yararlanılarak oluşturulan katılımcı tanıtım formu (Ek-2), Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (BKAÜYSÖ) (Ek-3) ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÜİYKÖ) (Ek-4) kullanılmıştır. Üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeği sadece üriner inkontinanslı gebelere uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2), BKAÜYSÖ (Ek-3) ve ÜİYKÖ (Ek-4) ölçekleri kullanılmıştır.

3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen bu form gebe kadınların, sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir) belirleyen 4, gebeliklerine ilişkin özelliklerini (gebelik sayısı, gebelik haftası) belirleyen 2, geçmiş doğum deneyimlerine ilişkin özelliklerini (ilk doğum yaşı, vajinal doğum sayısı, daha önce 24 saatten uzun süren doğum eylemi öyküsü, daha önce epizyotomi açılma durumu, daha önce enstrümental doğum yapma durumu, sezeryanla doğum yapma sayısı, daha önce küretaj olma durumu) belirleyen 7, gebelikten önce üriner inkontinansa ilişkin özelliklerini (gebelikten önce idrar kaçırma durumu, gebelikten önce cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma durumu, daha önce doğum sonu dönemde idrar kaçırma durumu) belirleyen 3, üriner inkontinans risk faktörlerine (anne ya da kız kardeşte idrar kaçırma, gebelikte uzun süreli konstipasyon, gebelikten önce ve gebelikte sigara kullanma durumu, gebelikten önce ve gebelikte kafein içeren içecek içme durumu, gebelikten önceki boy-kilo, gebelikteki beden boy-kilo) ilişkin özellikleri

belirleyen 10 olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır (7, 16, 17, 25, 32, 33-40).

Araştırmada boy ve kilosunu bilmeyen gebelerin boy ve kilo ölçümü araştırmacı tarafından metre ve baskül kullanılarak ölçülmüştür. Kafein içeren içecek tüketme kola, kahve vb. gibi kafein içeren gıdaların tüketimi olarak değerlendirilmiştir.

3.5.2. Bristol Kadın Alt Üriner Yol Semptomları Ölçeği (BKAÜYSÖ) (The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire /BFLUTS) (Ek-3)

Ölçek Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (123). Türkiyede BKAÜYSÖ geçerlik ve güvenilirliği, 2005 yılında Güngör ve Yalçın tarafından yapılmıştır. BKAÜYSÖ, alt üriner yol semptomlarını, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini belirlemeyi amaçlayan 19 maddeden oluşan bir sorgulama formudur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken yüksek puan ise 71'dir. Ölçek beş alt boyuttan meydana gelmektedir. Birinci alt boyutta depolama (1-4. sorular), ikinci alt boyutta idrar yapma (5-7. sorular), üçüncü alt boyutta inkontinans (8-12. sorular), dördüncü alt boyutta cinsel yaşam (13-14. sorular) ve beşinci alt boyutta ise yaşam kalitesini (15-19. sorular) belirlemeye ilişkin sorular yer almaktadır. Ölçekte yer alan 4. 13. 14. 17. ve 19. sorular 0'dan 3'e kadar, 1-3. 5-12. ve 15. 16. ve 18. sorular ise 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan skorun yükselmesi depolama, idrar yapma ve inkontinansa ilişkin semptomların daha fazla olduğunu, yaşam kalitesinin ve cinsel yaşamın olumsuz olarak daha fazla etkilendiğini göstermektedir (124). Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0.66 saptanmıştır (124). Araştırmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı tüm ölçek için 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÜİYKÖ) (Urinary Incontinence Quality of Life Scale/I-QOL) (Ek-4)

Ölçek, 1996 yılında Amerika'da Wagner ve arkadaşları tarafından üriner inkontinans problemi yaşayanların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (125). Ancak, ölçek Patrick ve arkadaşları tarafından 1999 yılında tekrar gözden geçirilerek altı tane sorusu çıkartılarak soru sayısı toplam 22'ye düşürülmüştür (126). Ülkemizde, Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği 2003 yılında Özerdoğan ve Beji tarafından yapılmıştır (127).

Türkçeye uyarlanan ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.96 bulunmuştur (127). Araştırmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır.

ÜİYKÖ üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

- Davranışların sınırlandırılması (DS) (1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. sorular)
- Psikososyal etkilenme (PE) (5., 6., 7., 9., 15., 16., 17., 21., 22. sorular)
- Sosyal izolasyondur (Sİ) (8.,12.,14.,18.,19. sorular).

ÜİYKÖ’nde, bütün sorular beşli likert tiptedir. 1 çok fazla, 2 oldukça, 3 orta düzeyde, 4 biraz, 5 hiç anlamına gelmektedir. Ölçeğin alt boyut puanları ve toplam puanı hesaplanırken her bir boyuttaki soruların toplam puanı alınır. Ölçek toplam puanın alabileceği maksimum puan 110 iken DS alt boyutunun 40, PE alt boyutunun 45, Sİ alt boyutunun ise 25 puandır. Ölçekten alınan puanın düşük olması daha kötü yaşam kalitesini gösterirken, yüksek olması ise yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösterir. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanlarını hesaplamada alınan puanın daha iyi anlaşılması amacıyla aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100’lük puanlama sistemine uyarlanmıştır (127).

ÜİYKÖ toplam puan= $X_i/110*100$

Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut Puanı (n=8 soru): Bu boyutta bulunan sekiz soruya ilişkin elde edilen puanların toplamı alınıp 100’lük puanlama sistemine uyarlanmıştır. Skor= $X_i/40*100$.

Psikososyal Etkilenme Alt Boyut Puanı (n=9 soru): Bu boyutta bulunan dokuz soruya ilişkin elde edilen puanların toplamı alınıp 100’lük puanlama sistemine uyarlanmıştır. Skor= $X_i/45*100$.

Sosyal İzolasyon Alt Boyut Puanı (n= 5 soru): Bu boyutta bulunan beş soruya ilişkin elde edilen puanların toplamı alınarak 100’lük puanlama sistemine uyarlanmıştır. Skor= $X_i/25*100$ (127).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: BKAÜYSÖ ve ÜİYKÖ ölçeklerinden elde edilen puanlar

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, inkontinans risk faktörleri.

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda t testi, standart sapma, ANOVA, pearson korelasyon analizleri ve Tukey HSD kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek-5) ve İnönü Ünviersitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar Sayısı: 2017/13-20) (Ek-6) onay alınmıştır. Araştırmaya katılacak gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, kişisel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek yalnızca gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklemin olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilmiş olması ve sonucun sadece bu çalışma grubuna genellenmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirleyen araştırmanın bulguları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (S=523)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
*Yaş		
≤20	69	13.2
21-34	336	64.2
≥35	118	22.6
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	186	35.6
İlköğretim	198	37.8
Lise ve üzeri	139	26.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	46	8.8
Çalışmıyor	477	91.2
Aylık Gelir Düzeyi		
Gelirim giderimden az	261	49.9
Gelirim giderime eşit	220	42.1
Gelirim giderimden çok	42	8.0

*Yaş ortalaması: 28.68±6.76 (Min:15, Mak:44)

Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.1.'de gösterilmektedir. Araştırmada gebelerin %64.2'sinin 21-34 yaş aralığında olduğu ve %35.6'sının okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Gebeler %91.2 oranla çalışmadığını ve %49.9 oranla gelirlerinin giderlerinden az olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.2. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (S=523)

Gebeliğe İlişkin Özellikler	S	%
* Gebelik Sayısı		
1	134	25.6
2	86	16.4
3	74	14.2
4 ve üzeri	229	43.8
β Gebelik Haftası		
≤35	139	26.6
≥36	384	73.4

* Gebelik sayısı ortalaması: 3.79±2.87 (Min:1, Mak:14)

β Gebelik haftası ortalaması: 36.54±2.16 (Min:30, Mak:31)

Gebelerin gebeliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.2.'de gösterilmektedir.

Araştırmada gebelerin, gebelik sayısı ortalamasının 3.79±2.87 ve %73.4'ünün 36. hafta ve üzerinde gebe olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin Geçmiş Doğum Deneyimlerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Geçmiş Doğum Deneyimlerine İlişkin Özellikler	S	%
İlk Doğum Yaşı (s=369)		
≤18	118	32.0
19-25	220	59.6
≥26	31	8.4
Küretaj Olma (s=523)		
Evet	75	14.3
Hayır	448	85.7
Doğum Şekli (s=369)		
Vajinal	226	61.2
Sezeryan	57	15.4
Vajinal+Sezeryan	86	23.4
Vajinal Doğum Yapma Sayısı (s=312)		
1	80	25.7
2	75	24.0
≥3	157	50.3
24 Saatten Uzun Süren Doğum Deneyimi (s=369)		
Evet	129	35.0
Hayır	240	65.0
Epizyotomi Uygulanması (s=369)		
Açıldı	219	59.3
Açılmadı	150	40.7
Enstrümantal Doğum (s=369)		
Evet	38	10.3
Hayır	331	89.7

Gebelerin geçmiş doğum deneyimlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.3.'de gösterilmektedir.

Gebelerin %59.6'sı ilk doğum yaşının 19-25 arasında olduğunu belirtmiştir. Gebelerin %14.3'ü daha önce küretaj olduğunu, %61.2'si daha önce vajinal doğum yaptığını ve %50.3'ü ise 3 ve üzerinde vajinal doğum yaptığını ifade etmiştir. Gebelerin %35'i 24 saatten uzun süren doğum eylemi öyküsünün olduğunu, %59.3'ü epizyotomi uygulandığını ve %10.3'ü daha önce enstrümental doğum yaptığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Gebelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (S=523)

Üİ'ye İlişkin Özellikler	S	%
Gebelikte İdrar Kaçırma		
Evet	275	52.6
Hayır	248	47.4
^β Gebelikte İdrar Kaçırma Sıklığı (s=275)		
Haftada 1 veya daha az	66	24.4
Haftada 2-3 kez	78	28.4
Günde 1 kez	86	31.3
Günde birkaç kez	45	16.3
Gebelikten Önce İdrar Kaçırma		
Evet	76	14.5
Hayır	447	85.5
Gebelikten Önce Cinsel İlişki Sırasında İdrar Kaçırma		
Evet	15	2.9
Hayır	508	97.1
* Doğum Sonu Dönemde İdrar Kaçırma Öyküsü (s=369)		
Evet	203	55.0
Hayır	166	45.0

^β Sadece gebeliğinde idrar kaçıran gebeler cevaplamıştır.

* Sadece daha önce doğum yapanlar cevaplandırmıştır.

Gebelerin Üİ'a ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo 4.4'te yer almaktadır.

Araştırmada gebelerin %52.6'sının gebelikte idrar kaçırdığı ve en fazla % 31.5

oranla günde bir kez idrar kaçırdığı saptanmıştır. Gebelerin % 14.5'i gebelikten önce de idrar kaçırdığını ifade etmiştir. Ayrıca gebelerin %2.9'u gebelikten önce cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını ve %55'i doğum sonu dönemde idrar kaçırma öyküsü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Risk Faktörlerinin Dağılımı (S=523)

Üİ'a ilişkin risk faktörleri	S	%
Gebelikte uzun süreli konstipasyon		
Evet	241	46.0
Hayır	282	54.0
Gebelikten önce beden kitle indeksi		
18.5-24.9	126	24.1
≥25	397	75.9
Gebelikte beden kitle indeksi		
18.5-24.9	15	2.9
≥25	508	97.1
Gebelikten önce sigara kullanma		
Evet	124	23.7
Hayır	399	76.3
Gebelikte sigara kullanma		
Evet	105	20.1
Hayır	418	79.9
Gebelikten önce kafein içeren içecek tüketme		
Evet	137	26.2
Hayır	386	73.8
Gebelikte kafein içeren içecek tüketme		
Evet	124	23.7
Hayır	399	76.3
Anne veya kız kardeşte Üİ		
Bilmiyorum	111	21.2
Evet	111	21.2
Hayır	301	57.6

Gebelerin üriner inkontiansa ilişkin risk faktörlerinin dağılımları tablo 4.5’de yer almaktadır.

Araştırmada gebelerin %46’sı gebeliklerinde uzun süreli konstipasyon yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin %75.9’unun gebelikten önceki, %97.1’inin ise gebelikteki beden kitle indeksinin 25 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Araştırmada gebelerin %23.7’si gebelikten önce ve %20.1’i gebeliklerinde sigara kullandığını ifade etmiştir. Gebelerin %26.2’si gebelikten önce ve %23.7’si gebeliklerinde kafein içeren içecek tükettiğini belirtmiştir. Ayrıca gebelerin %21.2’si anne veya kız kardeşinde Üİ olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.6. Gebelerin BKAÜYSÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (S=523)

BKAÜYSÖ	$\bar{X} \pm SS$	Ölçek		Araştırma	
		Min.	Mak.	Min.	Mak.
Depolama Alt Boyutu	8.55±3.20	0	15	0	15
İdrar Yapma Alt Boyutu	1.30±1.95	0	12	0	12
İnkontinans Alt Boyutu	3.68±4.35	0	20	0	18
Cinsel Yaşam Alt Boyutu	0.41±1.21	0	6	0	5
Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	4.89±5.21	0	18	0	18
Toplam	18.77±12.26	0	71	0	54

Araştırmada gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.6.’da yer almaktadır.

Araştırmada gebelerin BKAÜYSÖ alt boyutlarına göre puan ortalamaları, depolama 8.55±3.20, idrar yapma 1.30±1.95, inkontinans 3.68±4.35, cinsel yaşam 0.41±1.21, yaşam kalitesi 4.89±5.21 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 18.77±12.26 'dir.

Tablo 4.7. ÜİYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (S=275)*

ÜİYKÖ	$\bar{X} \pm SS$	Araştırma	
		Min.	Mak.
Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyutu	55.63±19.69	20	95
Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu	73.04±23.75	20	100
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	60.27±21.55	20	100
Toplam	63.64±20.93	20	95.45

*Sadece gebeğinde idrar kaçıranlar cevaplamıştır.

Gebelerin ÜİYKÖ puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.7'de yer almaktadır.

Gebelerin ÜİYKÖ alt boyutlarına göre puan ortalamaları, davranışların sınırlandırılması 55.63±19.69, psikososyal etkilenme 73.04±23.75, sosyal izolasyon 60.27±21.55 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 63.64±20.93 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BKAÜYSÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (S=523)

Sosyo-Demografik Özellikler	BKAÜYSÖ — $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş		
≤20	12.26±8.91	F=33.389 p=0.001
21-34	17.69±11.59	
≥35	25.66±12.79	
Eğitim Düzeyi		
Okur-Yazar değil	21.03±12.38	F=6.718 p=0.001
İlköğretim	18.54±13.27	
Lise ve üzeri	16.07±9.85	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	18.78±11.44	t=.008
Çalışmıyor	18.77±12.34	p=.994
Aylık Gelir Düzeyi		
Gelirim giderimden az	19.11±12.50	F=.2323 p=.793
Gelirim giderime eşit	18.35±12.18	
Gelirim giderimden çok	18.88±11.30	

Tablo 4.8’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Gebelerin yaş gruplarına göre BKAÜYSÖ puan ortalamasına baktığımızda; 20 yaş ve altındaki yaş grubunda olan gebelerin puan ortalaması 12.26±8.91, 21-34 yaş grubu arasındaki gebelerin 17.69±11.59, 35 yaş ve üzeri yaş grubunda olanların ise 25.66±12.79’dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemli olup ($p<0.001$) yapılan Tukey HSD testinde farklılığın 21-34 arası yaş grubu gebeler ile 20 yaşından küçük gebeler arasında, 35 yaş ve üzeri gebeler ile 20 yaşından küçük gebeler arasında ve 35 yaş ve üzeri gebeler ile 21-34 arası yaş grubu gebeler arasında olduğu saptanmıştır.

Gebelerin eğitim düzeyine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasına baktığımızda; okur-yazar olmayan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 21.03±12.38, ilköğretim mezunu gebelerin 18.54±13.27, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan gebelerin ise 16.07±9.85’tir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan

Tukey HSD testinde farklılığın okur-yazar olmayan gebeler ile lise ve üzerinde eğitim gören gebeler arasında olduğu saptanmıştır.

Gebelerin çalışma durumuna göre BKAÜYSÖ puan ortalamasına baktığımızda; çalışan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 18.78 ± 11.44 , çalışmayan gebelerin ise 18.77 ± 12.34 'tür ($p > 0.05$).

Aylık geliri giderinden az olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 19.11 ± 12.50 , geliri giderine eşit olan gebelerin 18.35 ± 12.18 , geliri giderinden fazla olan gebelerin ise 18.88 ± 11.30 'dur. Gebelerin aylık gelir durumu ile BKAÜYSÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre BKAÜYSÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (S=523)

Gebeliklerine İlişkin Özellikler	BKAÜYSÖ $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelik Sayısı		
1	11.75 ± 8.14	
2	14.44 ± 9.40	F=50.571
3	16.85 ± 10.94	p=0.001
4 ve üzeri	25.12 ± 12.5	
Gebelik Haftası		
$35 \leq$	16.16 ± 12.16	t=2.952
$36 \geq$	19.71 ± 12.17	p=0.003

Tablo 4.9'da gebelerin gebeliklerine ilişkin özelliklerine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Gebelik sayısı bir olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 11.75 ± 8.14 , iki olan gebelerin 14.44 ± 9.40 , üç olan gebelerin 16.85 ± 10.94 , dört ve üzeri olan gebelerin ise 25.12 ± 12.5 'tir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş olup yapılan Tukey HSD testinde farklılığın gebelik sayısı dört ve üzerinde olan gebeler ile gebelik sayısı iki ve üç olan gebeler arasında ve gebelik sayısı bir olan gebeler ile gebelik sayısı üç ve dört olan gebeler arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Gebelik haftası 36 hafta ve üzerinde olan gebelerin puan ortalaması (19.71 ± 12.17) 35 hafta ve altında olan gebelere (16.16 ± 12.16) göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerin Geçmiş Doğum Deneyimlerine İlişkin Özelliklerine Göre BKAÜYSÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (S=523)

Geçmiş Doğum Deneyimlerine İlişkin Özellikleri	BKAÜYSÖ $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
İlk Doğum Yaşı		
≤ 18	24.53±13.44	F=24.642
19-25	19.83±12.27	p=0.001
≥26	19.32±10.03	
Küretaj Olma		
Evet	23.88±13.91	t=3.532
Hayır	17.91±11.78	p=0.001
Doğum Şekli		
Vajinal	21.61±13.01	F=7.789
Sezeryan	15.81±10.34	p=0.001
Vajinal+Sezeryan	24.08±12.11	
Vajinal Doğum Yapma Sayısı		
1	15.20±9.77	F=28.794
2	19.89±3.03	p=0.001
≥3	27.05±12.09	
24 Saatten Uzun Süren Doğum Deneyimi		
Evet	27.75±11.95	t=6.719
Hayır	18.49±11.9	p=0.001
Epizyotomi Uygulaması		
Açıldı	25.47±12.31	t=7.713
Açılmadı	14.80±10.67	p=0.001
Enstrümental Doğum		
Evet	28.95±12.63	t=3.483
Hayır	21.36±12.57	p=0.001

Tablo 4.10’da gebelerin geçmiş doğum deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasının karşılaştırılması gösterilmektedir.

İlk doğum yaşı 18 yaş ve altında olan gebelerin puan ortalamasının (24.53±13.44), 19-25 yaş (19.83±12.27) ve 26 yaş ve üzerinde olan gebelere oranla (19.32±10.03) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.001). Yapılan Tukey HSD testinde farklılığın ilk doğum yaşı 18 yaş ve altında olan gebeler ile 19-25 yaş arası ve 26 yaş ve üzerinde olan gebeler arasında olduğu saptanmıştır.

Daha önce küretaj olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 23.88±13.91,

küretaj olmayan gebelerin ise 17.91 ± 11.78 'dir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$).

Gebelerin doğum şekillerine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasına baktığımızda; vajinal doğum yapan gebelerin puan ortalaması 21.61 ± 13.01 , sezeryanla doğum yapan gebelerin 15.81 ± 10.34 , hem vajinal hem de sezeryanla doğum yapan gebelerin puan ortalaması ise 24.08 ± 12.11 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli olup ($p < 0.001$), yapılan Tukey HSD testinde farklılığın vajinal doğum yapanlar ile sezeryan doğum yapanlar arasında, ayrıca hem vajinal hem sezeryan doğum yapanlar ile sezeryan doğum yapanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Vajinal doğum sayısı bir olan gebelerin puan ortalaması 15.20 ± 9.7 , iki olan gebelerin 19.89 ± 3.03 , üç ve üzerinde olan gebelerin ise 27.05 ± 12.09 'dur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir. Yapılan Tukey HSD testinde farklılığın bir doğum yapanlar ile iki doğum yapanlar arasında, bir doğum yapanlar ile üç ve daha fazla sayıda doğum yapanlar arasında ve iki doğum yapanlar ile üç ve daha fazla sayıda doğum yapanlar arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Araştırmada 24 saatten uzun süren doğum deneyimi olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması (27.75 ± 11.95) olmayan gebelere göre (18.49 ± 11.9) daha yüksektir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$).

Daha önceki doğumlarında epizyotomi uygulanan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 25.47 ± 12.31 , uygulanmayan gebelerin ise 14.80 ± 10.67 'dir. BKAÜYSÖ puan ortalaması ile epizyotomi uygulaması arasında istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$).

Daha önce enstrümetal doğum yapan gebelerin puan ortalaması (28.95 ± 12.63) yapmayan gebelere oranla (21.36 ± 12.57) daha yüksek bulunmuştur. ($p < 0.001$).

Tablo 4.11. Gebelerin Üİ Risk Faktörlerine Göre BKAÜYSÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (S=523)

Üİ Risk Faktörlerine İlişkin Özellikler	BKAÜYSÖ $\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelikte Uzun Süreli Konstipasyon		
Evet	21.94±12.30	t=5.633
Hayır	16.06±11.56	p=0.001
Gebelikten Önce Beden Kitle İndeksi		
18.5-24.9	13.42±8.87	t=-6.940
≥25	20.47±12.70	p=0.001
Gebelikte Beden Kitle İndeksi		
18.5-24.9	8.07±5.05	t=-7.799
≥25	19.08±12.27	p=0.001
Gebelikten Önce Sigara Kullanma		
Evet	20.11±13.03	t=1.400
Hayır	18.35±11.99	p=0.162
Gebelikte Sigara Kullanma		
Evet	21.55±13.25	t=2.618
Hayır	18.07±11.91	p=0.009
Gebelikten Önce Kafein İçeren İçecek Tüketme		
Evet	19.47±12.18	t=-2.193
Hayır	16.80±12.30	p=0.029
Gebelikte Kafein İçeren İçecek Tüketme		
Evet	19.37±12.07	t=-2.022
Hayır	16.83±12.70	p=0.044
Anne veya Kız Kardeşte Üİ		
Bilmiyorum	18.64±13.22	
Evet	20.78±12.33	F=1.999
Hayır	18.07±11.81	p=0.137

Tablo 4.11’de gebelerin üriner inkontinans risk faktörlerine göre BKAÜYSÖ puan ortalamasının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Araştırmada gebeliğinde uzun süreli konstipasyon problemi yaşayan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması (21.94±12.30), yaşamayan gebelere oranla (16.06±11.56)

daha yüksek bulunmuştur. Aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Gebelikten önceki beden kitle indeksi 18.5-25.9 arasında olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 13.42 ± 8.87 bulunurken, 25 ve üzerinde olan gebelerinki 20.47 ± 12.70 bulunmuştur ($p<0.001$).

Gebelikteki beden kitle indeksine baktığımızda; 18.5-25.9 arasında olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması 8.07 ± 5.05 , 25 ve üzerinde olan gebelerinki ise 19.08 ± 12.27 olarak bulunmuştur ($p<0.001$).

Gebelikten önce sigara kullanan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamasının 20.11 ± 13.03 , kullanmayan gebelerin ise 18.35 ± 11.99 olduğu saptanmıştır. Anne veya kız kardeşlerinde üriner inkontinans problemi olup olmadığını bilmeyen gebelerin puan ortalaması 18.64 ± 13.22 , anne veya kız kardeşlerinde üriner inkontinans problemi olan gebelerin puan ortalaması 20.78 ± 12.33 , olmayanları ise 18.07 ± 11.81 olarak bulunmuştur. Arştırmada gebelikten önce sigara kullanma ve anne veya kız kardeşte Üİ görülme ile BKAÜYSÖ arasında istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelikte sigara kullanan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamasının (21.55 ± 13.25), kullanmayan gebelerinkine göre (18.07 ± 11.91) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Gebelikten önce kafein içeren içecek tüketen gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamasına (19.47 ± 12.18), tüketmeyen gebelerin puan ortalamasına (16.80 ± 12.30) göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Gebelikte kafein içeren içecek tüketen gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamasına baktığımızda; tüketmeyen gebelerin puan ortalaması 16.83 ± 12.70 , tüketen gebelerin puan ise 19.37 ± 12.07 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Gebelerin BKAÜYSÖ Puan Ortalamaları ile ÜİYKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (S=275)

BKAÜYSÖ Alt Boyutları	ÜİYKÖ Alt Boyutları						ÜİYKÖ Toplam Puanı	
	Davranışların Sınırlandırılması		Psikososyal Etkilenme		Sosyal İzolasyon		r	p
	r	p	r	p	r	p		
Depolama	-.675	.001	-.528	.001	-.559	.001	-.593	.001
İdrar Yapma	-.119	.048	-.249	.001	-.186	.002	-.199	.001
İnkontinans	-.791	.001	-.823	.001	-.807	.001	-.835	.001
Cinsel Yaşam	-.683	.001	-.774	.001	-.728	.001	-.759	.001
Yaşam Kalitesi	-.834	.001	-.755	.001	-.773	.001	-.807	.001

Tablo 4.12’de gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalamaları ile ÜİYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

BKAÜYSÖ depolama alt boyutu ile ÜİYKÖ davranışların sınırlandırılması alt boyutu arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanırken, ÜİYKÖ psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması arasında orta düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

BKAÜYSÖ idrar yapma alt boyutu ile ÜİYKÖ davranışların sınırlandırılması ve sosyal izolasyon alt boyutları ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde negatif yönde önemli ilişki bulunmuşken, ÜİYKÖ psikososyal etkilenme alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

BKAÜYSÖ inkontinans alt boyutu ile ÜİYKÖ davranışların sınırlandırılması alt boyutu arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır. Ayrıca BKAÜYSÖ inkontinans alt boyutu ÜİYKÖ psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması arasında çok yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

BKAÜYSÖ cinsel yaşam alt boyutu ile ÜİYKÖ tüm alt boyutları ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

BKAÜYSÖ yaşam kalitesi alt boyutu ile ÜİYKÖ davranışların sınırlandırılması alt boyutu ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması arasında çok yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanırken, BKAÜYSÖ yaşam kalitesi alt boyutu ile ÜİYKÖ

psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları ve arasında yüksek düzeyde negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir semptom olmamakla beraber kadınların fiziksel, sosyal, eğitim ve iş hayatlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin büyük ölçüde azalmasına sebep olan bir sağlık sorunudur (43). Gebelik boyunca meydana gelen mekanik ve hormonal değişiklikler kadınlarda gebelikte üriner inkontinans görülme sıklığını artırmaktadır (108). Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmamızın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Araştırmamızda gebelerin yarısından fazlasının Üİ yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Wesnes ve arkadaşlarının Norveç'te 43279 gebe ile yaptığı çalışmada gebelikte Üİ prevalansı %58 olarak bulunmuştur (31). Farklı kültürlerde gebelikte Üİ' a ilişkin yapılan çalışmalarda Üİ prevalansı %34-%75 arasında değişmektedir (33, 128, 129). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oran %21-%42 arasında saptanmıştır (34, 35, 130-132). Araştırma bulgumuz farklı kültürlerde yapılan çalışma bulgularıyla benzerlik gösterirken, Türkiye'de yapılan çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Farklılığın nedeninin ülkemizde yapılan araştırmaların gebelik haftasına bakılmaksızın tüm gebelerle yapılmış olması, bizim çalışmamızın ise 30. hafta ve üzerindeki gebelerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin üçte birine yakını sıklık olarak günde bir kez idrar kaçırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Gebelikte, günde bir kez idrar kaçırma oranı, Kocaöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %17.9 (34), Dağdeviren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %6.4 (35), Dinç'in yaptığı çalışmada %6.7 (130), Kök ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %16.4 (131), Demircan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %8.9 (132), Franco ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %18.2 olarak bulunmuştur (133). Üriner inkontinans gebeliğin erken dönemlerinde başlayıp, prevalansı ve epizyodların sıklığı üçüncü trimestra doğru giderek artmaktadır (28). Bulgumuzun diğer çalışma bulgularından yüksek çıkmasının nedeninin çalışmaların yapıldığı gebelerin, gebelik haftasındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaklaşık her yedi gebeden biri gebelikten önce idrar kaçırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Literatürde gebelikten önce idrar kaçırma prevalansı %8-%26 arasında olduğu saptanmıştır (31, 33, 130). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin çok azı gebelikten önce cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Serati ve arkadaşlarının yaptığı derlemede cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma prevalansının %10-27 arasında olduğu belirtilmektedir (134). Bulgumuz Serati ve arkadaşlarının bulgusu ile farklılık göstermektedir. Araştırmamız gebeler ile yürütülmüştür ve araştırmamızın örneklemini doğurgan çağdaki genç popülasyon oluşturmaktadır. Farklılığın yaş grubundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda daha önce doğum yapmış olan gebelerin yarısından fazlası doğum sonu dönemde Üİ yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.4). Kocaöz ve arkadaşları doğum sonu dönemde Üİ prevalansını %32.4 (34), Mallah ve arkadaşları %31 (135), Tanawattanacharoen ve Thongtawee %7.8 (136). Leroy ve arkadaşları ise %45.5 olarak bulunmuştur (137). Doğum sayısının fazla olması perine travmasına neden olabilmektedir. Perine travması postpartum dönemde Üİ için önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (36). Araştırmamızda doğum sonu dönemde idrar kaçırma prevalansının yüksek çıkması, araştırmanın yapıldığı bölgede doğurganlık hızının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim TÜİK 2017 verilerine göre doğurganlık hızı ülke genelinde 2.07 iken araştırmanın yapıldığı ilde 3.12'dir (138) ve yine Sağlık Bakanlığı 2017 istatistiklerine göre vajinal doğum oranı ülke geneli %46.9 iken araştırmanın yapıldığı bölgede %58.1.'dir (139).

Gebelerin BKAÜYSÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ölçek puan ortalamasının altındadır (Tablo 4.6). Ölçekten alınan puanın artması kadınların depolama idrar yapma ve inkontinansla ilgili semptomlarının daha şiddetli olduğunu, yaşam kalitesinin ve cinsel yaşamın daha fazla olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmektedir (124). Araştırmamızda bulduğumuz puan ortalamalarının, ölçek puan ortalamalarına göre düşük olması gebelerin şikayetlerinin azlığını göstermektedir. Özcan'ın 50 yaş üzeri ve kadınlarla yaptığı çalışmada BKAÜYSÖ depolama 5.09 ± 3.06 , idrar yapma 1.71 ± 2.07 , inkontinans 4.33 ± 3.93 , cinsel yaşam 0.35 ± 0.92 , yaşam kalitesi 4.94 ± 4.11 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 16.43 ± 11.06 olarak bulunmuştur (140). Sever'in menopozal dönemdeki kadınlarla yaptığı çalışmada BKAÜYSÖ depolama 3.98 ± 3.19 , idrar yapma 1.17 ± 1.85 , inkontinans 2.74 ± 3.52 , cinsel yaşam 0.04 ± 0.25 , yaşam kalitesi 2.04 ± 3.41 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 9.97 ± 9.99 olarak bulunmuştur (141). Araştırmamızda ölçeğin puan ortalamaları Özcan'ın ve Sever'in çalışmalarındaki puan ortalamasından daha yüksek

çıkıştır. Araştırmamız doğurgan çağdaki kadınlarla yürütülmüş olup Özcan çalışmasını 50 yaş ve üzeri kadınlarla, Sever ise menopozal dönemdeki kadınlarla yürütmüştür. Farklılığın yaş gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin ÜİYKÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ölçek puan ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.7). Ölçekten alınan düşük puan daha kötü yaşam kalitesini gösterirken, yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (127). Araştırmamızda gebelerin inkontinans şikayetinden dolayı sırasıyla en fazla davranışlarını sınırlandırma, sosyal izolasyon ve psikososyal alt boyutu yönünden etkilendikleri saptanmıştır. Kulaksızoğlu'nun 15-49 yaş arasındaki kadınlarla yaptığı çalışmada ÜİYKÖ alt boyut puan ortalamalarından; davranışların sınırlandırılması 79.6 ± 16.9 , psikososyal etkilenme 89.5 ± 14.8 , sosyal izolasyon 82.7 ± 21.9 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 84.3 ± 16.0 olarak bulunmuştur (142). Akgün ve arkadaşlarının 40 yaş üzeri kadınlarla yaptığı çalışmada alt boyut puan ortalamalarından; davranışların sınırlandırılması 70.4 ± 16.7 , psikososyal etkilenme 84.4 ± 16.1 , sosyal izolasyon 73.3 ± 19.8 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 76.8 ± 15.5 olarak bulunmuştur (18). Yılmaz ve arkadaşlarının Üİ'li kadınlarla yaptığı çalışmada ÜİYKÖ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla davranışları sınırlama; 47.48 ± 26.94 , psikososyal etkilenme; 66.75 ± 27.84 , sosyal izolasyon; 58.20 ± 29.26 ve ÜİYKÖ toplam puan ortalaması 57.80 ± 25.97 olarak saptanmıştır (27). Bulgumuz diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Literatürde yaşın artmasının mesane pozisyonunu koruyan ligamentlerin zayıflamasına neden olabileceği bunun sonucunda mesane boynunun duruşunda değişiklikler meydana gelebileceği ve bu değişiklikler sonucu üriner inkontinans görülebileceği belirtilmektedir (9, 56). Araştırmamızda yaş arttıkça gebelerin alt üriner yol semptomlarının arttığı saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4.8). Literatürde bulgumuza benzer şekilde yaşla beraber Üİ sıklığının arttığı belirtilmektedir (31, 33, 34, 52, 130-132, 143, 144).

Araştırmamızda gebelerin eğitim düzeyi ile BKAÜYSÖ puan ortalaması arasında önemli ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 4.8). Okur-yazar olmayan gebelerde daha fazla Üİ görüldüğü saptanmıştır. Oliveira ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 8 yıldan az eğitim görmüş gebelerin 8 yıldan fazla eğitim gören gebelere oranla Üİ riskinin 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (128). Terzi ve arkadaşları 18

yaş üstü kadınlarla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda inkontinans görülme sıklığının önemli decede azaldığı saptanmıştır (16). Demircan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça Üİ azaldığı saptanmıştır (132). Bu sonuçlar bize eğitim seviyesi arttıkça doğum sayısının azaldığını ve doğum sayısının azalmasıyla beraber alt üriner yol semptomlarının azaldığını düşündürmektedir. Nitekim TNSA 2013 verilerine göre ilkokula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınlarda aile planlaması kullanım oranı %63 iken lise düzeyi veya üzerinde eğitim gören kadınlarda bu oran %75'e yükselmektedir (145). Bulgumuz Oliveira ve arkadaşlarının, Terzi ve arkadaşlarının, Demircan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin çalışma ve aylık gelir durumu ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Araştırma sonuçlarımıza paralel olarak literatürde Üİ gelişmesinde çalışma durumu (34, 129, 131, 132) ve aylık gelir (41, 54, 142) ile ilişki bulmayan çalışma sonuçları mevcuttur. Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelik sayısının artmasıyla alt üriner yol semptomlarının da arttığı saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.9). Çiftçi ve Günay'ın çalışmasında nulligravida kadınlarda Üİ prevalansı %1 olarak bulunmuşken ikiden fazla gebelik geçiren kadınlarda %56.3 olarak saptanmıştır (10). Terzi ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik sayısının artmasıyla Üİ görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (16). Martin's ve arkadaşlarının çalışmasında multigravida olmanın Üİ riskini artırdığı saptanmıştır (146). Bulgumuz Çiftçi ve Günay'ın, Terzi ve arkadaşlarının, Martin's ve arkadaşlarının bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelik haftası arttıkça alt üriner yol semptomlarının da arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Leroy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 37. gebelik haftasında olan gebelerde Üİ riskinin 2.5 kat arttığı bildirilmiştir (137). Dinç'in çalışmasında gebelik haftasıyla beraber Üİ'in da arttığı saptanmıştır (130). Sharma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebeliğin son trimesterinde Üİ inkontinans prevalansının arttığı saptanmıştır (144). Brown ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebeliğin erken döneminde Üİ prevalansı %17.0 iken üçüncü trimesterde %55.9'a yükseldiği saptanmıştır (32). Liang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk trimesterde Üİ sıklığı %13 iken, ikinci trimesterde %19.2 ve üçüncü trimesterlerde ise %37.5'e

yükseldiği saptanmıştır (148). Bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda ilk doğum yaşı 18 yaş ve altında olan gebelerde alt üriner yol semptomlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Literatürde ilk doğum yaşı ve Üİ arasında ilişki bulan çalışmaların (17, 149) yanı sıra ilişki bulmayan çalışmalar (7, 151) da mevcuttur.

Araştırmamızda küretaj olma ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Brown ve arkadaşlarının çalışmasında önceki düşük ve küretajların gebelikte Üİ görülme sıklığını artırdığı saptanmıştır (32). Bulgumuz Brown ve arkadaşlarının bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Vajinal doğum sonrasında mesane boynu yer değiştirebilmekte, levatör ani kasının kuvveti azalabilmekte, pudental nöropatiye bağlı parsiyel denervasyon gelişebilmekte ve tüm bunların sonucunda Üİ gelişebilmektedir (28, 91, 92). Araştırmamızda vajinal doğum yapma ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Oliveiraa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha önce vajinal doğum yapan gebelerde Üİ riskinin sezeryanla doğum yapan gebelere oranla 2.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (128). Dinç'in çalışmasında daha önce vajinal doğum yapan gebelerde sezeryanla doğum yapan gebelere oranla Üİ şikayetinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (130). Literatürde vajinal doğum ile Üİ arasında ilişki bulan birçok çalışma mevcuttur (16, 27, 127, 131). Bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.

Vajinal doğum sayısının fazla olması pelvik tabanda bulunan kasların, sinirlerin ve ligamentlerin yapısında gerilmeye neden olmaktadır. Bu gerilme sonucunda pelvik tabanda geri dönüşümü olmayan bir takım fonksiyonel ve anatomik değişiklikler olabilmektedir. Üretra ve mesaneyi destekleyen yapıların bozulması sonucunda, üriner inkontinas gelişebilmektedir (64). Çalışmamızda vajinal doğum sayısının artmasıyla beraber alt üriner yol semptomlarının da arttığı saptanmıştır ($p<0.001$). (Tablo 4.10). Terzi ve arkadaşlarının çalışmasında 1 veya 2 vajinal doğum yapan kadınlarda Üİ sıklığını %43.4 olarak tespit edilirken 3 ve daha fazla sayıda vajinal doğum yapan kadınlarda bu oran %68 olarak tespit edilmiştir (16). Kök ve arkadaşlarının çalışmasında Üİ yaşayan gebelerin büyük bir kısmının daha önce iki veya daha fazla sayıda vajinal doğum yaptığı saptanmıştır (131). Bulgumuz literatüre paraleldir.

Araştırmamızda 24 saatten uzun süren doğum öyküsü olan gebelerde

BKAÜYSÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Bilgili ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 24 saatten uzun süren doğum eylemi öyküsünün Üİ görülme sıklığını artırdığını saptamıştır (7). Bulgumuz Bilgili ve arkadaşlarının çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Epizyotomi perine travmasına neden olabilmekte ve perine travması sonucu Üİ gelişebilmektedir (36). Çalışmamızda epizyotomi öyküsü ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Bekele ve arkadaşları araştırmalarında, çalışma sonucumuza benzer olarak epizyotomi ile Üİ arasında önemli ilişki saptamıştır (152). Bunun yanı sıra literatürde epizyotomi ile Üİ arasında ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (7, 130, 151).

Enstrümental doğum pudental sinir hasarına neden olabilmekte ve sinir hasarı sonucu pelvik taban kaslarında zedelenme olabilmektedir (61, 93). Araştırmamızda enstrümetal doğum öyküsü ile BKÜYSÖ puan ortalaması arasında önemli ilişki saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Baydock ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada forseps kullanımının Üİ riskini iki kat artırdığı saptanmıştır (150). Bulgumuz Baydock ve arkadaşlarının bulgusuna paraleldir.

Araştırmamızda gebeliğinde uzun süreli konstipasyon şikayeti olan gebelerde BKAÜYSÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu dolayısıyla bu gebelerde alt üriner yol semptomlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.11). Literatürde bulgumuzu destekleyen çalışmalar mevcuttur (33, 34, 130, 146, 151, 152,153). Bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

BKİ'deki artış sonucunda, mesane üzerindeki artan karın içi basınca ve aşırı üretral mobiliteye bağlı olarak Üİ görülebilmektedir (47). Çalışmamızda gebelikten önceki ve gebelikteki BKİ 25 ve üzerinde olan gebelerin BKAÜYSÖ puan ortalaması BKİ normal sınırlarda olan gebelerin puan ortalamasından daha yüksektir ($p<0.001$) (Tablo 4.11). Literatürde artan BKİ'nin Üİ için önemli bir risk faktörü olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (32, 143, 148, 152). Bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelikten önce sigara kullanma alışkanlığı ile alt üriner yol semptomları arasında ilişki bulunmamışken ($p>0.05$) gebelikte sigara kullanma ile beraber alt üriner yol semptomlarının arttığı saptamıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Sigara kullananlarda oluşan kronik öksürük karın içi basıncın artmasına neden olarak idrar

kaçırmayı kolaylaştırmakta ve sigarada bulunan nikotin, mesane kontraksiyonlarını artırarak Üİ riskini artırabilmektedir (47, 64). Literatürde bulgumuzu destekleyecek şekilde sigara kullanmanın üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığını saptayan çalışmalar mevcuttur (32, 33, 146, 148).

Çalışmamızda gebelikten önce ve gebelikte kafein içeren içecek tüketimi ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Literatürde kafeinin detrusör kasını etkileyerek diüretik etki gösterdiği belirtilmektedir (47, 64). Martin's ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada günde iki fincan üstünde kahve içen gebelerde 1.7 kat daha fazla Üİ görüldüğü saptanmıştır (146). Bulgumuz Martin's ve arkadaşlarının bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda anne veya kız kardeşte Üİ öyküsü ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Literatürde Üİ ile anne veya kız kardeşte Üİ öyküsü (146, 151) arasında ilişki saptamayan çalışmaların yanısıra Üİ ile anne veya kız kardeşte Üİ öyküsü arasında önemli ilişki bulan çalışmalar da yer almaktadır (17, 34, 131).

Üİ kadınların sosyal, fiziksel, eğitim ve iş hayatlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin büyük ölçüde azalmasına neden olmaktadır (43). Üİ problemi yaşayan gebeler, idrar kaçırma durumunun dışarıdan fark edilebileceğini düşünerek kendilerini kusurlu hissetmekte, daha az çekici olduklarını ve cinsel güçlerinin azaldığını düşünmektedirler bu nedenle depresyona ve sosyal izolasyona daha yatkındırlar (4, 14). Çalışmamızda alt üriner yol semptomlarının artmasıyla beraber yaşam kalitesinin davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutlarında azalma olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.12). June ve Hyeon'nun 28 kadınla yaptığı çalışmada BKAÜYSÖ inkontinans alt boyutu ile ÜİYKÖ psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında ve BKAÜYSÖ yaşam kalitesi alt boyutu ile ÜİYKÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır (154). Bulgumuz June ve Hyeon'nun çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığımız çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- ✓ Gebelerin yarıdan fazlasında üriner inkontinans olduğu ve inkontinansı olan gebelerin yaklaşık üçte birinin günde bir kez idrar kaçırdığı,
- ✓ Gebelikte alt üriner yol semptomları ile artan yaş ve azalan eğitim seviyesi arasında ilişki olduğu ($p<0.05$),
- ✓ Gebelik ve vajinal doğum sayısının artmasıyla, gebelik haftasının ilerlemesiyle, ilk doğum yaşının 18 yaş ve altında olmasıyla, vajinal doğum yapma, 24 saatten uzun doğum eylemi, epizyotomi, küretaj ve enstrümental doğum öyküsü ile alt üriner yol semptomlarının görülme sıklığının arttığı ($p<0.05$),
- ✓ Kronik konstipasyon, gebelikten önceki ve gebelikteki BKİ'nin normalin üstünde olması, gebelikte sigara kullanma, gebelikten önce ve gebelikte kafeinli içecek tüketimi ile alt üriner yol semptomları arasında ilişki olduğu ($p<0.05$),
- ✓ Gebelerin çalışma durumu, aylık gelir durumu, gebelikten önce sigara kullanma ve ailede üriner inkontinans öyküsü ile alt üriner yol semptomları arasında önemli ilişki olmadığı ($p>0.05$),
- ✓ Gebelikte alt üriner yol semptomlarının artmasının yaşam kalitesini azalttığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- ✓ Başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarında gebelikte üriner inkontinans ile ilgili farkındalık oluşturulması,
- ✓ Hemşirelerin üriner inkontinansı olan gebelere risk faktörlerini önlemeye yönelik eğitim vermesi (sigaradan, kafein içeren içeceklerden uzak durmaları, fazla kilo almaktan kaçınmaları vb.)
- ✓ Şiddetli üriner inkontinans problemi olan gebelerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Varlı M, Doğan AS, Atlı T. Yaşlılarda üriner inkontinans ve tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi* 2009; 1: 45-58.
2. Güdücü N, Özcan NK. Üriner inkontinanslı kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* 2016; 2: 16-23.
3. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi* 2005; 31: 246-52.
4. Özcan H, Beji NK. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2014; 29: 236-8.
5. Tıraş MB, Arslan M, Yazıcı G, Güner H, Yıldırım M. Stres inkontinans tedavisinde yeni bir yöntem: t.v.t. (tension-free vaginal tape) uygulaması: Olgu sunumu. *T Klin J Gynecol Obst* 2000; 10: 49-52.
6. Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Üriner inkontinanslı bireylerde perineal cilt bakımı. *Türkiye Klinikleri 202 J Med Sci* 2009; 29: 202-5.
7. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda uriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 487-93.
8. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *European Urology* 2014; 65: 79-95.
9. Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması. Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi 2006.
10. Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011; 33: 301-8.
11. Sucuoğlu ŞA. Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kaliteleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2014.

12. Baykuş N. 18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Şifa Üniversitesi 2016.
13. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2012; 46: 170-6.
14. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-6.
15. Akkoca AN, Özdemir ZT, Kurt RK, Özler S, Arıca SG, Özer C. Üriner inkontinans tarifleyen kadınlarda aile ve enürezis nokturna öyküsü. *Mustafa Kemal Üniv.Tıp Dergisi* 2014; 5: 20-7.
16. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi* 2013; 52: 15-9.
17. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; 7: 23-37.
18. Akgün G, Süt N, Kaplan PB. Kırk Yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010; 20: 378-86.
19. Yağmur Y, Ulukoca N. Urinary Incontinence in Hospital-based Nurses Working in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108: 224-7.
20. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. *J Kartal TR* 2015; 26: 101-6.
21. Gözükara F, Koruk İ, Kara B. urinary incontinence among women registered with a family health center in the southeastern anatolia region and the factors affecting its prevalence. *Turk J Med Sci* 2015; 45: 931-9.
22. İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Türk Geriatri Dergisi* 2009; 13: 59-66.
23. Aksoy HE. Stres İnkontinans Tedavisinde Transobturator Tape Uygulaması ve Kısa Dönem Sonuçları. T.C.Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık tezi, İstanbul 2006.

24. Sarıcı Y. Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback İçin Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık tezi, İstanbul 2009.
25. Beştaş FN. Sezeryan ve Vajinal Yoldan Doğumun Mesane Boynu Mobilitesi Üzerine ve Gerçek Üriner İnkontinans Oluşturmaktaki Etkilerinin Araştırılması. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi 2009.
26. Demir S. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2012.
27. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2: 1-14.
28. Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2005; 2: 37-42.
29. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause* 2009; 16: 831-6.
30. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J* 2013; 24: 901-12.
31. Wesnes SL, Rortveit G, Bø K, Hunnskaar S. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 922-8.
32. Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J* 2010; 21: 193-202.
33. Nigam A, Ahmad A, Gaur D, Elahi AA, Batra S. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnant women during late third trimester. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016; 5: 2187-91.
34. Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3314-23.

35. Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan VŞ, Helvacıoğlu Ç, Bilecan MS. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with quality of life. *İstanbul Med J* 2018; 19: 43-6.
36. Karakuş A, Yanikkerem E. Postpartum dönemde inkontinans ve yaşam kalitesi: Son 10 yıllık çalışmalar. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015; 2: 54-9.
37. Arabacıoğlu C. Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi 2012.
38. Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2006; 5: 416-23.
39. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2008.
40. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. *Scand J Urol Nephrol* 1998; 114: 5-19.
41. Koçak İ, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. female urinary incontinence in the west turkey: prevalence, risk factors and impact on the quality of life. *Eur Urol* 2005; 48: 634-41.
42. Balcı C, Akçetin Z. Üriner İnkontinansın Tanımı ve Sınıflaması. *Türkiye Klinikleri J Urology* 2009; 2: 13-6.
43. Abrams P, Cordazo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van KP, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology* 2002; 21: 167-78.
44. Demirci F. Ürojinekoloji. İçinde: Gomell'in Jinekolojisi, Attar E, Ata B (Çeviri editörleri). *Gynecology: A Pratical Approach*, Gomel V. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2007: 427-40.
45. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansa Genel Bakış. İçinde: Güner H (editör). *Ürojinekoloji* 1. Baskı. Ankara, Atlas Kitapçılık 2000: 19-28.

46. Dmochowski R, Sand PK. Analysis of the standardisation of terminology of lower urinary tract dysfunction: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam* 2002; 21: 167-78.
47. Süt HK. Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2015; 4: 292-304.
48. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4: 29-39.
49. Uğurlucan FG, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö. Türkiye’de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2016; 79: 141-6.
50. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Wilson I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *Bri J Urol Int* 2010; 108: 1132-9.
51. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *Brj Urol* 2004; 93: 324-30.
52. Milsom L. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol* 2009; 19: 337-41.
53. Dursun P, Doğan NU, Kolusari A, Doğan S, Uğur MG, Kömürcü O, Altuntaş B, Gültekin M, Çelik NY, Karaca M, Güzel AB, Cim N, Ege S, Koç O, Yiğit FA. Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: Analysis of 6.473 women. *Urol Int* 2014; 92: 209-14.
54. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011; 21: 266-76.
55. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi* 2010; 17: 7-11.
56. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tıraş B, Bumin MA. incidence of stres urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 604-10.
57. Güngör M, Çetinkaya E. Stres Üriner İnkontinans. İçinde: Yalçın Ö (editör). *Temel Ürojinekoloji*, 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2009: 253-74.
58. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2010; 5: 1-13.

59. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Döver Ş, Koyuncu E. Pelvik kas gücünün değerlendirilmesinde dijital test ve idrar akışını istemli olarak durdurma testinin yeri. *İstanbul Jin ve Obst Derg* 1997; 1: 137-42.
60. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-50
61. Güler TC, Yağcı N. Kadın üriner inkontinansı ve fizyoterapi yaklaşımları. *D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2006; 11: 205-18.
62. Uncu G, Özdi M. Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. İçinde: Yalçın Ö (editör). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2009: 41-7.
63. Smith PP, McCrery RJ, Appell RA. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Canadian Medical Association Journal* 2006; 175: 1233-40.
64. Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009; 1: 94-102.
65. Güler TC. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Kütahya: Pamukkale Üniversitesi 2006.
66. İlgün S. Üriner İnkontinansı Olan Hastalarda Biyofeedback ile Yapılan Pelvik Taban Kas Egzersizinin İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi 2011.
67. Demirtürk F, Çalışkan AC. *Alt Üriner Sistem Bozuklukları*. İçinde: Berek&Novak Jinekoloji. Erk A, Demirtürk F (Çeviri editörleri). *Berek&Novak's Gynecology*. Berek JS. 14. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2011: 852-9.
68. Yazıcı G. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Cerrahi Anatomisi. İçinde: Güner H (editör). *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri 2008: 3-42.

69. Hakverdi UA. Miks Üriner İnkontinans. İçinde: Yalçın Ö (editör). *Temel Ürojinekoloji*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri 2009: 275-82.
70. Aslan E. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İçinde: Beji NK (editör). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, 1. Baskı. İstanbul, Emek Matbaacılık 2002: 75-90.
71. Ülger Z, Halil GM. Üriner ve Fekal İnkontinans. İçinde: Arıoğul S (editör). *Geriatric ve Gerontoloji*, 1. Baskı. Ankara, Medikal Network Nobel Kitabevi 2006: 307-15.
72. Aydoğmuş S, Yavuz BB. Geriatrik yaş grubunda kadın sağlığı: Yaşla beraber gelişen jinekolojik ve fizyolojik değişiklikler. *Akademik Geriatri Dergisi* 2011; 3: 13-6.
73. Abrams P. Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urol* 2003; 62: 28-37.
74. Hannestad, YS, Rortveit G, Sandvik H. Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-7.
75. Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk populasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Turkish J Geriatric* 2000; 3: 45-50.
76. Wahle GR, Young GPH, Raz S. Anatomy And Pathophysiology Of Pelvic Support. In: S Raz (ed). *Female Urology*, 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders Company 1996: 57-72.
77. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 339-45.
78. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 1230-8.
79. Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, Brubaker L. Urinary İncontinence prevalence: Results from the national health and nutrition examination survey. *J Urol* 2008; 179: 656-61.
80. Fine PM, Antonini TG, Appell R. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47: 44-52.

81. Ateşkan Ü. Geriatrik üriner inkontinans. *Aktüel Tıp Dergisi* 2004; 2: 20-5.
82. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991; 146: 1255-9.
83. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg* 2002; 57: 207-18.
84. Han MO, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 35-9.
85. Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2009; 67: 241-9.
86. Karan A, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. İçinde: Beji NK (editör). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. 1. Baskı. İstanbul, Emek Matbaacılık 2002: 129-46.
87. Bobak IM, Jensen MD. *Maternity and Gynecologic Care*, 5th ed. Missouri, Mosby Company 1993: 706-15.
88. Nygaard IE, Heit M. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 607-20.
89. Bektaş AH. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2007.
90. De Lancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetr UKD and Gynecology* 2003; 101: 46-53.
91. Peschers UM, Schaer GN, De Lancey JO, Schuessler B. Levator Ani function before and after childbirth. *BJOG* 1997; 104: 1004-8.
92. Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 223-8.

93. Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SÜİ) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2007.
94. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bo K. Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 1497-503.
95. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Luber KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1253-60.
96. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG* 2003; 110: 927-33.
97. Ekin M, Karayalçın R, Özcan U. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Jornal Of Ankara Medical School* 2005; 26: 21-5.
98. Mihmanlı V, Yüksel İT. Geriatrik hastalarda jinekolojik sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013; 29: 127-31.
99. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merk Derg* 2000; 7: 54-7.
100. Korur A. Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları. T.C.Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık tezi, İstanbul 2008.
101. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110: 247-54.
102. Çoban A, Şirin A. Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Geriatrı Dergisi* 2003; 6: 80-3.
103. Demir A. Ürogenital Sistemin Embriyolojisi. İçinde: *Genel Üroloji*, Kazancı G (çeviri editörü). *Smith and Tanagho's General Urology*. McAninch, Tom F. Lue, Jack W. 18. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi 2013: 17-31.
104. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *BJU Int* 2002; 89: 469-76.

105. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van Der Bom JG, Heintz AP, Van Der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neurourol Urodyn* 2006; 25: 135-9.
106. Jeyabalan A, Lain KY. Anatomic and functional changes of the upper urinary tract during pregnancy. *Urol Clin North Am* 2007; 34: 1-6.
107. Murray SS, McKinney ES. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. 4th ed. St. Louis Missouri, Saunders Elsevier 2006: 116-7.
108. Hazar HU. Üriner İnkontinansı Olan Romatoid Artritli Kadınlarda Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2008.
109. Ricci SS. *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*, 2nd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2009: 157- 241.
110. Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6: 176-87.
111. Şen E. Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2011; 20: 7-13.
112. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 5: 187-93.
113. Top MŞ, Özden SY, Sevim EM. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam* 2003; 16: 18-23.
114. Kuyken W, Orley J, Power M. The world health organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-9.
115. Orley J, Kuyken W. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). *Quality of Life Assessment: International Perspectives pp* 1993: 41-57.
116. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005; 4: 25-9.
117. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2007.

- 118.Boylu A. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi* 2016; 8: 137-50.
- 119.World Health Organization, Constitution of WHO: Principles.
<https://www.who.int/about/mission/en/> Erişim Tarihi:11.06.2018.
- 120.Magee LA, Chandra K, Mazotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt G. Development of health related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 86: 232-8.
- 121.Kütmeç C. Sexuel disfunction in women and nursing care. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4: 111-36.
- 122.Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatr UKD. Geriatri* 2000; 3: 102-6.
- 123.Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: Development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996; 77: 805-12.
- 124.Güngör F, Yalçın Ö. Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension Free Vaginal Tape Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodinamik Sonuçlarının Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2005.
- 125.Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996; 47: 67-71.
- 126.Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology* 1999; 53: 71-6.
- 127.Özerdoğan N, Kızılkaya NB. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi* 2003; 13: 37-50.
- 128.Oliveiraa C, Selemeb M, Cansic P, Consentinoc RF, Kumakurac FY, Moreirac G, Berghmans B. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2013; 59: 460-6.

129. Abdullah B, Ayub SH, Zahid AZ, Noorneza AR, İsa RM, Ng PY. Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 198: 110-5.
130. Dinç A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. *Lower Urinary Tract Symptoms* 2018; 10: 303–7.
131. 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: 511-6.
132. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata S, Harma M, Arıkan İİ. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ* 2016; 4: 1-19.
133. Franco ME, Pares D, Colome NL, Parades JRM, Tardiu LA. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; 182: 86-90.
134. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi RE, Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: A review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med* 2009; 6: 40-8.
135. Mallah F, Tasbihi P, Navali N, Azadi A. Urinary Incontinence During Pregnancy and Postpartum Incidence, Severity and Risk Factors in Alzahra and Taleqani Hospitals in Tabriz, Iran, 2011-2012. *Int J Women's Health Reproduction Sci* 2014; 2: 178-85.
136. Tanawattanacharoen S, Thongtawee S. Prevalence of urinary incontinence during the late third trimester and three months postpartum period in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai* 2013; 96: 144-9.
137. Leroy SL, Lúcio A, Lopes MH. Risk Factors for Postpartum Urinary Incontinence. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50: 200-7.
138. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri 2017.
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588> Erişim Tarihi: 01.12.18
139. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni.
dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0 Erişim Tarihi: 1.12.2018.

- 140.Özcan H. Gümüşhane'de Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Kadınlarda, Alt Üriner Sistem Şikâyetleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2016.
- 141.Sever N. Menopozal Dönemlerdeki Kadınlarda Alt Üriner Sistem Semptomlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2016.
- 142.Kulaksızoğlu S. 15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi 2017.
- 143.Barbosa L, Boaviagem A, Moretti E, Lemos A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018; 29: 1413–27.
- 144.Sharma JB, Aggarwal S, Singhal S, Kumar S, Roy KK. Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study. *Arch Gynecol Obstet* 2009, 279: 845–51.
- 145.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
Erişim Tarihi:12.12.2018.
- 146.Martin's G, Soler ZASG, Cordeiro JA, Amaro JL, Moore KN. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J* 2010, 21: 1271–7.
- 147.Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary Incontinence Among Turkish Women. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39: 431-9.
- 148.Liang CC, Chang SD, Lin SJ, Lin YJ. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1205–121.
- 149.Altınboğa O, Gültekin Bİ, Taner CE. Son üç yıl içinde doğum yapmış kadınlarda stres inkontinans: Parite ve doğum şeklinin etkisi. *Bozok Tıp Dergisi* 2016; 6: 1-7.

150. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, Macdonald D, Esau D, Jones S, Hiltz CB. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31: 36-41.
151. Kaşıkçı M, Kılıç D, Avşar G, Şirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Arch Gerontol Geriatr* 2015; 61: 217–23.
152. Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16: 1-6.
153. Önay Y, Timur S, Özbaş A, Özerdoğan N, Aslan E, Beji NK. Urinary incontinence prevalence and risk factors in women aged 20 and over in Malatya. *Int J Urol Nurs* 2011; 5: 65-72.
154. June Oh S, Hyeon Ku J. Comparison of three disease-specific quality-of-life questionnaires (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms, Incontinence Quality of Life and King's Health Questionnaire) in women with stress urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 2007; 41: 66-71.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ FORMU

A.Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Ceylan GÜZEL İNAL

Doğum Yeri Doğum Tarihi: 27.05.1991/Silvan

Görev Yeri: Şırnak Devlet Hastanesi

İletişim Bilgileri: cylngzl@hotmail.com

B.Eğitim Bilgileri

Mezun Olduğu Üniversite: İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Mezuniyet Tarihi: 2015

Varsa Akademik Ünvan: -

Sertifikalar/Belgeler:

- ✓ Yenidoğan Temel Bakımı Kursu Katılımcı Belgesi
- ✓ Doğum Öncesi Hazırlık Eğitici Eğitimi Katılımcı Belgesi

EK-2. KATILIMCI TANITIM FORMU

Bu çalışma üriner inkontinans adı verilen istemsiz idrar kaçırma durumunu gebelikte etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak tamamen kişinin kendi isteğine bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket No: ...

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a. Okuryazar değil
 - b. İlköğretim mezunu
 - c. Lise mezunu
 - d. Üniversite ve üzeri mezunu
3. Çalışma durumunuz?
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
4. Aylık geliriniz ne kadardır?
 - a) Gelirim giderimden az
 - b) Gelirim giderime
 - c) Gelirim giderimden fazla
5. Kaçınıcı gebeliğiniz?.....
6. Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?.....
7. Gebelikten önceki kilonuz kaçtı?.....
8. Gebeliğinizde kaç kilo aldınız?.....
9. Boyunuz kaç cm'dir?.....
10. Gebeliğinizde uzun süreli kabızlık şikayetiniz oldu mu?
() Evet () Hayır
11. Gebeliğinizden önce sigara kullanıyor muydunuz?
() Evet () Hayır
12. Gebeliğinizde sigara kullanıyor musunuz?
() Evet () Hayır

13. Gebelikten önce kahve ve kola gibi kafein içeren içecekleri tüketiyor muydunuz?
() Evet () Hayır
14. Gebeliğinizde kahve ve kola gibi kafein içeren içecekleri tüketiyor musunuz?
() Evet () Hayır
15. Gebeliğinizden önce cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oldu mu?
() Evet () Hayır
16. Anneniz ya da kız kardeşinizde idrar kaçırma problemi var mı?
() Bilmiyorum () Evet () Hayır
17. Gebelikten önce idrar kaçırdığınız olur muydu?
() Evet () Hayır
18. Daha önce küretaj oldunuz mu?
() Evet () Hayır
19. Daha önce doğum yaptınız mı?
() Evet () Hayır (Cevabınız hayır ise testimiz bitmiştir. Teşekkür ederiz.)
20. İlk doğum yaşınız kaçtır?.....
21. Daha önce doğum sonu dönemde idrar kaçırdığınız oldu mu?
() Evet () Hayır
22. Daha önceki kaç vajinal doğum yaptınız?.....
23. Daha önce kaç defa sezeryan oldunuz?.....
24. Daha önce 24 saatten uzun süren doğum eylemi öykünüz oldu mu?
() Evet () Hayır
25. Daha önce doğumunuz ya da doğumlarınızda epizyotomi açılma durumunuz nedir?
() Açıldı () Açılmadı
26. Daha önceki doğumunuz ya da doğumlarınız esnasında yardımcı doğum materyalleri kullanıldı mı?
() Evet () Hayır

EK-3. BRİSTOL KADIN ALT ÜRİNER YOL SEMPTOMLARI ÖLÇEĞİ

1. Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?

0 1 2 3 4 ya da daha fazla

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

3. Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

4. Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?

Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum

Her 3 saatte bir yapıyorum

Her 2 saatte bir yapıyorum

Saatte bir yapıyorum

5. İdrar yapmak için tuvalete oturduğunuzda idrarı başlatmak için beklemeniz gerekiyor mu?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

6. İdrar yapmak için ıkmmanız gerekiyor mu?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

8. Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

9. Ne kadar sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?

Hiçbir zaman

Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)

Bazen (Haftada 2-3 kez)

Genellikle (Günde 1 kez)

Her zaman (Günde birkaç kez)

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

12. Uykuda iken idrar kaçırıyor musunuz?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

13. İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç Az Biraz Çok

14. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?

Hiç Az Biraz Çok

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

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

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

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

Hiç Az Biraz Çok

18. Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?

Hiçbir zaman Ara sıra Bazen Genellikle Her zaman

19. İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç Az Biraz Çok

EK-4. ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki her cümle idrar kaçırma ile ilgili olup, bu durumun kişinin yaşamını ne kadar etkilediği ölçülmek istenmektedir. Her cümleyi şu şekilde kodlayınız: **1: Çok fazla, 2: Oldukça, 3: Orta, 4: Biraz, 5: Hiç**

	1	2	3	4	5
1. Zamanında tuvalete yetişemeyeceğim korkusu taşıyorum.					
2.Öksüreceğim veya hapşıracağım diye hep heyecan içindeyim.					
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken çok dikkat etmem gerekiyor.					
4. Yeni bir yere gidince tuvalet nerededir diye merak ediyorum.					
5. Kendimi mutsuz hissediyorum.					
6. İdrar kaçırırım diye evimden uzun bir süre ayrılmak istemiyorum.					
7. İstediğim bir şeyi yapamadığımdan dolayı hayal kırıklığına uğruyorum.					
8. Başkaları benim üzerimde idrar kokusu duyar diye korkuyorum.					
9. İdrar kaçırma sürekli aklımda.					
10. Tuvalete sık sık gidip gelmek benim için çok önemlidir.					
11. İdrar kaçırmamdan dolayı ilerdeki her detayı planlamam gerekiyor.					
12. Yaşlandıkça daha kötü olacağım diye endişeliyim.					

	1	2	3	4	5
13. Geceleri iyi bir uyku uyumak için çok zorlanıyorum.					
14. Her an gururum kırılacak, sıkıntıya düşeceğim endişesi içindeyim.					
15. İdrar kaçırmam sağlıklı bir insan olmadığım izlenimi veriyor.					
16. Beni çaresiz kılıyor.					
17. Yaşamdan daha az zevk alıyorum.					
18. Üzerimi ıslatacağım diye sürekli endişe içindeyim.					
19. Kendi mesanemi kontrol edemiyorum hissine kapılıyorum.					
20. Aldığım sıvı miktarına sürekli dikkat etmeliyim.					
21. Bu benim kıyafet seçimimi sınırlıyor.					
22. Seks yaşamım etkilenir diye endişe ediyorum.					

**EK-5. GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDEN
ALINAN İZİN FORMU**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Diyarbakır İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eğitim Planlama Kurulu

SAYI: 48

Tarih: 05.07.2017

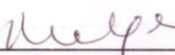
KONU: Ceylan GÜZEL

EĞİTİM PLANLAMA KURULU TOPLANTI KARARI

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olarak görev yapmakta olan Hemşire Ceylan Güzel "Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" isimli bilimsel çalışmasını Hastanemiz Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

ADI SOYADI	ÜNVANI	İMZA
Yrd.Doç. Dr. Eşref ARAÇ	Hastane Yöneticisi.A	
Prof. Dr. Yusuf YAĞMUR	Genel Cerrahi Uzmanı (Üye)	
Doç. Dr. Mehmet Nuri ÖZBEK	Pediyatrik Endokrin Uzmanı (Üye)	
Doç. Dr. Önder ÖZTÜRK	Kardiyoloji Uzmanı (Üye)	
Doç. Dr. Salim BİLİCİ	Çocuk Cerrahi Uzmanı (Üye)	

EK-6. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
20.06.2017	13	2017/13-20	
<p>Karar No: 2017/13-20: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 20.06.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşire Ceylan GÜZEL'in "Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI