

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

**GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Esra KESKİN**  
**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN**

**ORDU-2019**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Esra KESKİN tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN danışmanlığında yürütülen “*Gebelikte Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 28/08/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN

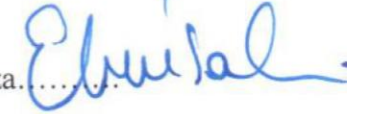
Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza.....  


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Demet AKTAŞ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Çankırı Karatekin Üniversitesi

İmza.....  


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza.....  


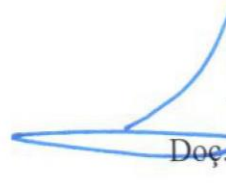
## ONAY

04/05/2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13/09/2019 tarih ve 2019/120 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13.09.2019

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE



## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Esra KESKİN



## TEŞEKKÜR

Yükseklisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyip desteğini her zaman hissettiren, pozitif yönü ile bana yol gösteren, farklı bakış açılarıyla yaklaşmamı sağlayan çok değerli hocam ve tez danışmanım, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN' e,

Yükseklisans eğitimim boyunca destek olan, deneyimleri ile tez çalışmama katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı Öğretim üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL' e,

Tez çalışmama katılarak akademik bilginin gelişmesine katkı sağlayan değerli katılımcılara,

Tez çalışmalarım süresince desteğini hep hissettiğim, her konuda yanımda olan, hayatımdaki şansım, değerli eşim Erdal KESKİN'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, beni bu günlere getiren, yapabileceğime inandıran, sevgileriyle desteklerini hep hissettiğim canım annem Ayşe KIZILYURT, kıymetli babam İrfan KIZILYURT ve biricik kardeşim Emre KIZILYURT'a teşekkür ederim.

## ÖZET

### GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

**Amaç:** Araştırmanın amacı gebelikte üriner inkontinans görülme durumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Analitik tipte yapılan çalışma Kasım 2017- Ocak 2018 tarihleri arasında Ordu ilindeki bir hastanenin gebe polikliniğine başvuran 300 gebeye uygulandı. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ), İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, standart sapma, aritmetik ortalama, alt ve üst değerleri içeren tanımlayıcı istatistiksel teknikler kullanıldı. Bağımsız gruplarda farklılıklar, Bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi (oneway) ile değerlendirildi. Çalışmaya katılan gebelerden bilgilendirilmiş yazılı onamları, ölçek kullanımını için ölçek kullanım izni ve etik kurul izni alınmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan gebelerin %40'nın daha önce canlı doğum yapmadığı, %56.2'sinin vajinal doğum yaptığı, %50'sinin 29-40 haftalık olduğu saptanmıştır. Gebelerin %91.7'sinin gebelikten önce idrar kaçırma şikayetine olmadığı, %49.3'ünün gebelik boyunca idrar kaçırma şikayeti olduğu belirlenmiştir. İdrar kaçırma şikayeti olan gebelerin %55.4'ünün ayda birkaç kez idrar kaçırdığı belirlenmiştir. %82.4'ünün öksürme sırasında, %75'inin ise hapsirme sırasında idrar kaçırdığı saptanmıştır. Üriner inkontinanslı gebelerin %35.7'si miks tipi Üİ, %31.6'sı Stres Üİ, %4.1'i ise urge Üİ olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki Üriner inkontinanslı gebelerin İŞİ skorlamasına bakıldığında %54,7'si hafif, %43,2'si orta ve %2'sinin ise şiddetli grupta olduğu belirlenmiştir. Üİ ile eğitim, yaş, sigara kullanımı, kabızlık yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ( $p>0.05$ ), gebelik sayısı, gebelik haftası, BKİ ve doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Üriner inkontinanslı gebelerin gebelik haftaları arasında İYKÖ ve davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelerin gebelik sayılarına göre İŞİ puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan gebelerin yaklaşık yarısının (%49.3) üriner inkontinanslı olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinanslı olma ile İYKÖ arasında önemli ilişki olduğu ve gebelikte Üİ arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.

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

## ABSTRACT

### URINARY INCONTINENCE IN PREGNANCY AND ITS EFFECT ON QUALITY OF LIFE

**Aim:** The aim of this study was to determine the incidence of urinary incontinence during pregnancy and its effects on quality of life.

**Material and Method:** The analytical study was conducted on 300 pregnant women who applied to the pregnant outpatient clinic of a hospital in Ordu between November 2017 and January 2018. Data were collected using Personal Information Form, Incontinence Quality of Life Scale (ASQI), Incontinence Severity Index (ISI). Descriptive statistical techniques including number, percentage, standard deviation, arithmetic mean, lower and upper values were used in the evaluation of the data. Differences in independent groups were evaluated by independent sample t-test and one-way analysis of variance (oneway). Informed written informed consent was obtained from the pregnant women who participated in the study, the scale usage permission and ethics committee permission were obtained for the use of the scale.

**Results:** It was found that 40% of the pregnant women who participated in the study had not given live birth before, 56.2% had vaginal birth and 50% had 29-40 weeks of gestation. It was determined that 91.7% of the pregnant women did not have urinary incontinence before pregnancy and 49.3% of them had urinary incontinence during pregnancy. It was determined that 55.4% of the pregnant women who complained of urinary incontinence experienced incontinence several times a month. It was found that 82.4% experienced incontinence during coughing and 75% during sneezing. It was determined that 35.7% of the pregnant women with urinary incontinence had mixed type UI, 31.6% had stress UI and 4.1% had urge UI. When the Incontinence Severity Index score of the pregnant women with urinary incontinence was evaluated, it was found that 54.7% were mild, 43.2% were moderate and 2% were in severe group. Here was no significant relationship between UI and education, age, smoking, constipation status ( $p > 0.05$ ), but the number of years, week, BMI and type of delivery ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant difference between the gestational weeks of the patients with urinary incontinence in terms of quality of life and limitation of behavior subscale scores ( $p < 0.05$ ). A statistically significant difference was found between the gestational weeks of the women with urinary incontinence according to the mean scores of subscale and limitation of behaviors subscale ( $p < 0.05$ ). It was determined that there was a statistically significant difference according to the average score of ISI according to the number of pregnancies.

**Conclusions:** It was determined that approximately half (49.3%) of the pregnant women who participated in the study had urinary incontinence. It was determined that there was a significant relationship between UTI and urinary incontinence and quality of life decreased as UI increased during pregnancy.

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

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üriner İnkontinans .....	4
2.1.1. Tanımı ve Prevelansı .....	4
2.1.2. Üriner İnkontinans Tipleri.....	6
2.1.3. Üriner İnkontinansın Nedenleri.....	9
2.1.3.1. Anatomik Nedenler.....	9
2.1.3.2. Fonksiyonel Nedenler.....	10
2.1.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	10
2.1.5. Üriner İnkontinans Tanı Yöntemleri .....	13
2.1.6. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri.....	14
2.1.6.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri.....	14
2.1.6.2. Farmakolojik Tedavi.....	18
2.1.6.3. Cerrahi Tedavi.....	18
2.1.7. Gebelikte Üriner İnkontinans.....	19
2.1.7.1. Gebelik - Doğumla İlgili Nedenler ve Risk Faktörleri...	20

2.1.8. Gebelikte Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	21
2.1.9. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü.....	23
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	25
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	25
3.3.2. Araştırmanın Örnekleme Seçimi.....	25
3.4. Veri Toplama Araçları.....	26
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.4.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	27
3.4.3. İnkontinans Şiddet İndeksi.....	28
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	28
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması.....	29
3.7. Değişkenler.....	29
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	29
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler...	30
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>49</b>
5.1. Sosyodemografik, Obstetrik ve İdrar Kaçırma Özelliklere İlişkin Sonuçların Tartışılması.....	49
5.2. Gebelerde Üriner İnkontinans Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Alışkanlıkları ile İlişkinine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	50
5.3. İYKÖ ve İŞİ'ye İlişkin Sonuçların Tartışılması.....	55



	Sayfa No
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	58
6.1. Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler.....	61
<b>KAYNAKLAR</b> .....	62
<b>EKLER</b> .....	75
EK-1 Kişisel Bilgi Formu.....	75
EK-2 İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	78
EK-3 İnkontinans Şiddet İndeksi.....	79
EK-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	80
EK-5 İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı.....	82
EK-6 İnkontinans Şiddet İndeksi İzin Yazısı.....	83
EK-7 Kurum İzin Yazısı.....	84
EK-8 Etik Kurul Onayı.....	86
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	87

## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1</b> Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4.2</b> Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.3</b> Gebelerin Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.4</b> Gebelerin İdrar Kaçırma İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılımı	35
<b>Tablo 4.5</b> Üriner İnkontinans Bulguları Saptanan Gebelerin Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.6</b> Gebelikte Üriner İnkontinans Olan ve Olmayan Kadınlarda İYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.7</b> Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Bulgusu Görülme Durumu .....	38
<b>Tablo 4.8</b> Üriner İnkontinanslı Gebelerin Bazı Özelliklerinin İYKÖ ile Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 4.9</b> Üriner İnkontinanslı Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
<b>Tablo 4.10</b> Üriner İnkontinanslı Gebelerin Alışkanlıklarına Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.11</b> Gebelerin İdrar Kaçırma Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.12</b> Üriner İnkontinanslı Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DS	: Davranışların Sınırlandırılması
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Fark	: Tukey Testi
I-QOL	: Incontinence Quality of Life Scale
İŞİ	: İnkontinans Şiddet İndeksi
n	: Örneklem Sayısı
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık Düzeyi
PE	: Psikososyal Etkilenme
PTE	: Pelvik Taban Egzersizi
Sİ	: Sosyal İzolasyon
SS	: Standart Sapma
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
Üİ	: Üriner İnkontinans
İYKÖ	: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner inkontinans (Üİ); Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır (Abrams ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü dünyada 200 milyondan fazla kişide mesane kontrol sorunu olduğu ve bunun büyük bir halk sağlığı problemi olduğunu bildirmektedir (Viktrup, 2002). Üriner inkontinans erkeklere kıyasla kadınlarda 2–5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Brown ve ark., 2010). Yapılan farklı çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı 25–64 yaş grubu kadınlarda ABD’de %20, Japonya’da %30, Çin’de %19 olarak bildirilmiştir (Tanaka ve Fukui, 2000; Song ve ark., 2005). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise; Biri ve ark. (2006) 15 yaş üzeri kadınlarda % 16.1, Koçak ve ark. (2005) 18 yaş ve üstü kadınlarda %23.9, yapılan bir başka çalışmada kadınlarda Üİ görülme sıklığının %16.4-49.7 aralığında olduğu ifade edilmektedir (Başak ve ark., 2013).

Yaş, parite, sigara içme durumu, akciğer hastalıkları, obezite, konstipasyon, ilaç kullanımı, doğumda yaşanan travmalar, tuvalet alışkanlıkları, prolapsus, menopoza gibi pek çok risk faktörü üriner inkontinans gelişiminde etkilidir (Beji, 2002). Üriner inkontinansın gelişmesinde rol oynayan gebelik ve doğumsal risk faktörleri; term gebelik sayısı, parite, doğum şekli, doğumda görülen komplikasyonlar, epizyotomi uygulanma durumu, yenidoğanın doğum kilosu, doğum sonrası idrar yapma ile ilgili sorunlar rol oynamaktadır (Persson ve ark.,2000; Wesnes ve ark., 2007).

Gebelik ve postpartum dönemde Üİ, pelvik kas gücünün %22–35 oranında zayıflamasıyla birlikte olduğu bildirilmektedir (Lange ve ark., 2000). Gebelikte büyüyen uterusun mesaneye basısına bağlı olarak mesane kapasitesinde azalma ile birlikte idrar sıklığında artma görülmektedir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde ise fetal bası ile idrar sıklığı daha da artar. İdrar sıklığının artmasında mekanik faktörlerin yanında hormonal değişiklikler, plazma hacmindeki artış, renal kan akımında ve glomerüler filtrasyon hızındaki artışlar da etkili olabilmektedir (Bayramova, 2008). Gebelikle birlikte uterus hacmi arttıkça mesane üzerindeki bası artmakta buna paralel olarak stres üriner inkontinans sıklığı gebelik öncesi döneme göre artmaktadır. Gebelik sonrası dönemde pelvik taban kaslarında zayıflama söz konusu olduğundan stres üriner inkontinans gebelik öncesi döneme göre daha sık görülebilmektedir

(Bayramova, 2008). Doğum anında ise özellikle litotomi pozisyonunda oluşan nöromüsküler gerilme üriner inkontinans oranını yükseltebilmektedir (Johnson, 2011).

Üriner inkontinans görülme durumu yapılan bir çalışmada gebelikten önce %4, gebelikte %32, postpartum dönemde %7 olarak belirtilmiştir (Parazzini ve ark., 2000). Dünyada üriner inkontinans görülme sıklığı gebelik sürecinde %30.6, doğum sonu dönemdeki kadınlarda ise %6.78 olarak saptanmıştır (Valeton ve Amaral, 2011).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda Üİ görülme sıklığına ilişkin çeşitli oranlar ifade edilmektedir. Kocaöz ve ark. (2010), gebelerde üriner inkontinans prevalansını %27 olarak belirlemişlerdir. Erbil ve ark. (2011)'nin 502 gebede yaptığı bir çalışmada Üİ görülme sıklığı %40.4 olarak bulunmuştur.

Üriner inkontinans ve beraberinde işeme sıklığı, sıkışma, noktüri, dizüri, subrapubik rahatsızlık gibi semptomlar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Dikencik, 2002). Üriner inkontinans semptomlarının çeşitliliği ve şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin gebelikte olumsuz etkisinin artması kaçınılmaz olmaktadır (Monz ve ark., 2005).

Günümüzde idrar kaçırma şikayeti ile doktora başvuran gebelere sıklıkla konservatif tedavi yöntemlerinden pelvik taban kas güçlendirme egzersizleri önerilmektedir. Gebeliğin ilk trimesterinden itibaren pelvik taban kas egzersizlerine başlanmalı ve doğumdan sonra kadın kendini iyi hissettiği zaman egzersizlere devam edilmelidir. Belli bir kas tonusuna ulaşıncaya yaşam boyu devam edilmesi gerekmektedir. Pelvik taban kas egzersizlerinin üriner inkontinansın tedavi edilmesinin yanında diğer faydaları da bulunmaktadır. Bunlar gebelik sürecinde ve doğumdan sonra pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlamak, pelvik organ prolapsusu ihtimalini azaltmak, bağırsak kontrolünü sağlamak, vajinal doğumlarda yırtık olasılığını azaltmak gibi faydaları sayılabilir (Persson ve ark., 2000; Woldringh ve ark., 2007).

Hemşireler, gebelik boyunca ve doğum sonu dönemdeki kadınlara, risk faktörleri göz önüne alındığında pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve sağlıklı yaşam şekli kazanmaları konusunda önemli rollere sahiptir. Hemşireler mesleki rollerini kullanarak üriner inkontinans açısından risk altında olan kadınların bakım hizmetlerinin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi süreçlerinde rol oynamaktadırlar. Bu araştırma sonuçlarının gebelikte üriner inkontinans yaşayan

kadınlara yönelik farkındalık ve/veya iyileştirme çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir (bakım hizmetlerini belirleme, planlama, uygulama vb.).

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; gebelikte üriner inkontinans görülme durumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

### **1.3. Araştırma Soruları**

- 1.Gebelikte üriner inkontinans görülme durumu nedir?
- 2.Gebelikte üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi nedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üriner İnkontinans

#### 2.1.1. Tanımı ve Prevelansı

Uluslararası Kontinans Derneği Üİ'ı gösterilebilen, sosyal ve hijyenik açıdan sorun olan istemsiz idrar kaçırma şeklinde açıklamaktadır (Günalp ve ark., 2008). Uluslararası Kontinans Derneği 2002 yılında ise Üİ, herhangi bir sebeple idrarını tutamama olarak tanımlanır (Abrams ve ark., 2002).

Belirli zamanda, belli bir popülasyonda inkontinans olma ihtimali üriner inkontinans görülme sıklığı olarak tanımlanır. Popülasyondaki durumun dağılımının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önem arz etmektedir (Dikencik, 2002; Özerdoğan ve Beji, 2003). Üriner inkontinans tüm insanları, hayatın tamamını etkileyen istemsiz idrar kaçırma sorunudur (Beji, 2002). Dünya nüfusunun % 20'sini oluşturduğu düşünülen yaşlı nüfusta sık görülen Üİ halkın büyük bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Şenturan, 2010).

Dünyada yaklaşık 250 milyon yetişkin üriner inkontinanstan etkilenmekte (Beji ve ark., 2010), 20-39 yaş aralığındaki kadınların %7-37'si bu problem ile karşılaşmaktadır (Buckley ve Lapitan, 2010). Brezilya'da yapılan bir çalışmada, inkontinans problemi yaşayan postpartum dönemdeki kadınların, inkontinansı olmayan postpartum dönemdeki kadınlara göre inkontinans etkisi, duygu durum ve yaşam kalitelerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Leroy ve Lopes, 2012).

Ülkemizde ise kadınlarda Üİ görülme sıklığının %16.4-49.7 aralığında olduğu ifade edilmektedir (Başak ve ark., 2013). Ankara'da yapılan bir çalışmada, %31.9'unun Üİ'lı olduğu, çalışmaya katılan kadınların %87'sinin lohusalıkta Üİ olduğu, %66.3'ünde Üİ'nin yaşam kalitesini biraz etkilediği, %26.1'inde orta derecede etkilediği ifade edilmektedir. Yaşam kalitesinin kötü olması ile Üİ prevelansı, tipi, idrar kaçırma miktarı ve medikal tedavi için hastaneye başvurma arasında anlamlı bir ilişkili saptanmıştır (Kocaöz ve ark., 2012). İlerleyen yaşla birlikte Üİ sıklığının arttığı gösterilmiştir. Genç kadınlarda %25, orta yaş ve postmenopozal dönemlerde %44-57, ilerleyen yaşlarda ise %75 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir (Carls, 2007; Kinchen ve ark., 2007). Ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki görülme sıklığı çalışmalarına göre, 15-86 yaş arası kadınlarda sıklığı yaklaşık %50.7 olup, ileri yaş ile beraber artış

göstermektedir (Güneş ve ark., 2000). Türkiye’de 1250 Üİ’lı kadınlarda yapılan bir araştırmada, %24.5’inin istemsiz idrar kaçırdığını, çalışmaya katılan kadınların %50’sinden çoğunun haftada bir ya da daha fazla idrar kaçırdığını, %27’sinin günde bir kez, %21’inin ise kıyafetini değiştirmek zorunda olacak şekilde idrar kaçırdıklarını ve Üİ görölme sıklığının en düşük görölme aralığı %12 ile 18-29 yaşlar arası, üriner inkontinans sıklığı en fazla ise %29 ile 40-44 yaşları arası olduğu belirtilmiştir (Beji, 2002).

Türkiye’de 7807 kadının dahil edildiği bir araştırmada Üİ oranı %28.3 olarak bildirilmiştir (Dursun, 2009). 6473 kadınla yapılan bir araştırmada Üİ sıklığını %20.9 olarak belirlenmiştir (Dursun ve ark., 2014). Yağmur ve Ulukoca (2010)’nın yaptığı çalışmada Üİ prevelansı %21.5 olarak belirtilmiştir. Başka bir araştırmada Üİ prevelansı %38.7 olarak saptamışlardır (Gözükara ve ark., 2015). Genel olarak literatürde, idrar inkontinansı prevelansının %14-49 arasında olduğu belirtilmekte ancak kesin bir değer verilmemektedir. Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalardaki metodolojik sorunlar ve sınırlamalar nedeniyle bu geniş dağılım ortaya çıkmaktadır (Ergen ve ark., 2000). Erkeklere oranla kadınlarda iki ile beş kat daha fazla üriner inkontinansı görüldüğu belirtilmektedir (Brown ve ark., 2010).

Özerdoğan ve Beji’nin (2003), 20 yaş ve üstü kadınlarla yaptığı bir çalışmada, idrar inkontinansın yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir. 20-29 yaş grubundaki kadınlarda %9.6 iken, 70 yaş ve üzerindeki kadınlarda idrar inkontinansı prevelansının %40’lara yükseldiği bildirilmiştir (Dursun, 2009; Altıntaş ve ark., 2013). Erbil ve ark. (2011)’nin 502 gebede yaptığı bir çalışmada Üİ görölme sıklığı %40.4 olarak bulunmuştur.

Üriner inkontinans ile ilgili çalışmalarda elde edilen prevelans sonuçları çalışmaya dahil edilen bireylerin eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu ve çalışmanın yöntemi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle prevelanslar arası farklılık görülmektedir (İnci ve Ergen, 2010; şentürk ve Kara, 2010).



## 2.1.2 Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinans stres Üİ, urge Üİ, miks tip Üİ, overflow (taşma tipi) Üİ, fonksiyonel Üİ ve sürekli Üİ olmak üzere altı tipten oluşmaktadır.

### a) Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinans (SÜİ), mesane boynunun istemli kasılması olmadan öksürme , hapşırma, gülme gibi karın içi basıncın arttığı, aktivite sırasında mesane içi basıncın en yüksek üretral basınca çıkması sonucu oluşan istem dışı idrar kaçırma durumudur (Ergen ve ark., 2000; Yalçın, 2000). SUI'de mesane hacmi normal olmakla birlikte sık ve çoğunlukla az miktarda idrar kaçırma görülmektedir (Güner, 2008). Östrojen eksikliği, doğum travmaları, histerektomi ameliyatı ve yaşlanma ile birlikte stres üriner inkontinans gelişebilmektedir (İnci ve Ergen, 2010).

Stres üriner inkontinans kadınlarda en çok görülen inkontinansdır (Özdemir ve ark., 2011). Yaş artıkça görülme sıklığında da artış göstermektedir. Stres Üİ 25-49 yaşları arasında en yüksek seviyeye ulaşmakta ve daha sonra yaşla birlikte azalmaya başlamaktadır. Stres Üİ en çok 30-50 yaş aralığında görülür (Özerdoğan ve ark., 2004). Yapılan bir çalışmada kadınların %57'sinde SÜİ görüldüğü belirtilmiştir (Özkan ve Sapmaz, 2013). Gebelik öncesi dönemle gebelik süreci karşılaştırıldığında gebelikte mesane üzerindeki artmış bası, SUI görülme olasılığını artırır. Gebelik haftasının ilerlemesiyle inkontinans epizodlarının sıklığı giderek artar ve son dönemlerde en yüksek seviyeye gelir. Pelvik taban kas gücünün gebelik sırasında ve doğum sonu dönemde düşük olması SUI'nın daha sık görülmesinin nedenleri arasındadır (Bayramova, 2008).

Stres üriner inkontinans nedenleri (Anafarta ve ark., 1998);

**1.İntrabdominal basınç artışı:** Kabızlık, ağır yük kaldırma, pelvik kitle, aşırı kilo, kronik akciğer hastalıkları.

**2.Üretral yetersizlik:** Üretral hipermobilete, intrinsik sfinkter yaralanması, periüretral fibrosis, travma.

**3.Konjenital nedenler:** Epispodias, kısa üretra.

## **b) Urge Üriner İnkontinans**

Uluslararası Kontinans Derneğine göre urge Üİ, ani zorlayıcı işeme ihtiyacından hemen önce veya ani zorlayıcı işeme ihtiyacıyla birlikte oluşan idrar kaçırma olarak ifade edilmiştir (Abrams ve ark., 2002; Coşkun, 2002). Uluslararası Kontinans Derneği herhangi bir nörolojik bozukluğa bağlı olmadan gelişen urge inkontinans için “idiyopatik detrusör aktivitesi”, nörolojik bozukluklar sonucu gelişen mesane kontraksiyonlarının varlığında ise “nörojenik detrusör aktivitesi” terimlerinin kullanılmasını uygun görmektedir (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002).

Mesane kasının spontan kasılmaları ile oluşmakta, az miktarda idrar kaçırılabilceği gibi tüm mesanedeki idrarda boşalabilmektedir (Çetinel, 2005; İnci ve Ergen 2010). Urge Üİ detrusör kasının aşırı aktivitesine bağlı gelişmekte birlikte bir çok nedenden de kaynaklanabilmektedir. Bunlar taş, enfeksiyon, diüretik kullanımı, geçirilmiş operasyon, nörolojik nedenler (Beji, 2002) ve kafein-alkol tüketimi olabilmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı, 2010). Kaçırılan idrar miktarı stres inkontinans tipine göre daha fazla yaşanmaktadır (Beji, 2002; Aşkar, 2007). Stres Üİ’den sonra en çok urge Üİ görülmektedir (Beji, 2002; Smith ve ark., 2006). Günay ve ark. (2002) urge inkontinansın görülme oranını % 16, Granese ve Adile (2006) % 32.8 oranında, Özkan ve Sapmaz (2013), kadınların %34’ünde urge Üİ görüldüğünü belirtmişlerdir. Pek çok kadın urge inkontinansından çok urgency (ani idrar yapma hissi) ve frequencyden (sık idrara çıkma) yakınmaktadırlar. Belirtilen yakınmaların 2/3’si kuru kalabilmekte iken 1/3’i urge Üİ’ye neden olmaktadır (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002).

## **c) Miks Tip Üriner İnkontinans**

Miks tip Üİ, SUİ ve urge inkontinans yakınmasının beraberinde oluşan Üİ tipidir (İnci ve Ergen, 2010). Miks tip üriner inkontinans yaşlılar daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Güler ve Yağcı, 2006). Üriner inkontinanslı hastaların %15-20’sinde miks tip Üİ olduğu ifade edilmektedir (Culligan ve Heit, 2000; Yıldız ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada miks tipi Üİ görülme oranı çalışmaya katılan kadınların %9’unda olduğu ifade edilmektedir (Özkan ve Sapmaz, 2013).

#### **d) Overflow (Taşma Tipi) Üriner İnkontinans**

Mesanenin maksimum kapasiteye ulaşmış gerilmesiyle, istemsiz olarak meydana gelen damlama şeklinde görülen Üİ tipidir (Beji, 2002; İnci ve Ergen, 2010). Kronik idrar retansiyonunda görülebilmektedir. Mesane içi basıncın üretranın basıncını geçtiği noktada Üİ başlamaktadır (İnci ve Ergen, 2010). Daha çok mesanenin gevşemesini engelleyen (radyoterapi gibi) durumlarda veya sistosel gibi boşaltımı sınırlayan durumlarda, Diabetes Mellitus, Multiple Skleroz gibi nörolojik bozukluk yapan hastalıklarda görülmektedir. Kişide sıkışma hissi olmadan sürekli damlama şeklinde idrar kaçırma görülebilmektedir (Beji, 2002).

#### **e) Fonksiyonel İnkontinans**

Kendi kontrolü dışında bireylerin zamanında lavaboya ulaşamamasından dolayı oluşan Üİ tipidir (İnci ve Ergen, 2010). Alt üriner sistemi dışındaki nedenlere bağlı olarak genellikle fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlardaki bozukluklarda oluşmaktadır. Bağımlılık yapan psikolojik problemler nedeniyle de yaşanabilmektedir (Beji, 2002; Güler ve Yağcı, 2006). Delirium gibi akut konfüzyonlar, enfeksiyon, atrofik, üretrit ve vajinit, farmakolojik ajanlar, diyabet, hiperkalsemi veya fazla sıvı alımına bağlı aşırı idrar yapma, kişide hareket sınırlılığı olması ve konstipasyon varlığı fonksiyonel inkontinansa yol açmaktadır (Beji, 2002). Tedavi ile birlikte fonksiyonel inkontinans oranında azalma görülmekle birlikte, hastanede yatan yaşlılarda ortalama %50 oranında görülmektedir (Dowling-Castronovo, 2001).

#### **f) Sürekli (Devamlı) İnkontinans**

İdrarın geldiğinin farkına varmadan, devamlı olarak görülen Üİ tipidir (Çetinel, 2005). Detrüör kasılması ve/veya üretral relaksasyona bağlı istemsiz idrar kaçırma olarak ta açıklanabilir. Doğumla oluşabilen kas yaralanmalarında ve bazı konjenital, kazanılmış nörojenik hastalıklarda görülen mesanenin fonksiyon bozukluğunda devamlı inkontinans görülebilmektedir (İnci ve Ergen, 2010). Beyin tümörü, spinal kord yaralanmaları gibi sinir sistemi ile üriner sistem arasındaki nörolojik iletiyi bozan cerrahi operasyonlar ve overflow inkontinans sonucu sürekli inkontinans oluşabilir (Beji, 2002).

### **2.1.3. Üriner İnkontinansın Nedenleri**

Üriner inkontinans nedenleri anatomik ve fonksiyonel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

#### **2.1.3.1. Anatomik Nedenler**

##### **Detrüsor Hiperaktivitesi**

İdiyopatik nedenlerden dolayı detrüsor hiperaktivitesi meydana gelmektedir. Üriner sistemde gelişen birçok neden stres reseptörlerini etkilemektedir. İnfeksiyon, vajinal mukozanın enflamasyonu, fekal tıkaç, böbrek taşları mesanedeki stres reseptörlerinin hassaslaşmasına neden olabilmektedir. Detrüsor hiperaktivitesinde, mesane yeteri kadar doluluğa ulaşmadan parasempatik sinirler uyarılır ve Üİ meydana gelir (Öztürk ve Karan, 2007).

##### **Detrüsor Gevşekliği:**

Detrüsor gevşekliğini atonik ve büyük mesane oluşturmakta, işemenin başlaması için yeterli intraveziküler basınç artışı oluşmadığından mesane aşırı şişkin duruma gelmekte ve bu da taşma tipi Üİ gelişmesine neden olmaktadır. Pelvik maligniteler, sakral omurilik zedelenmesi, Diabetes Mellitus, cerrahi işlem gibi durumlarda detrüsor gevşekliği görülmekte ve üriner inkontinansa neden olmaktadır (Öztürk ve Karan, 2007).

##### **Çıkış Yolu Obstrüksiyonu**

Çıkış yolundaki tıkanıklık intraveziküler basınçta artışa neden olur ve aşırı şişkin bir mesane oluşur. Mesane prolapsusu, üretral striktür ve prostat hipertrofisi obstrüksiyona neden olabilmekte ve Üİ için risk oluşturmaktadır (Öztürk ve Karan, 2007).

##### **Üretrovezikal Açı**

Fekal tıkaç, mesane prolapsusu gibi durumlarda fizyolojik üretrovezikal açı bozulabilmekte ve üriner inkontinansa yol açabilmektedir (Öztürk ve Karan, 2007).

## **Pelvik Kas Gevşekliği**

Geçirilmiş bölgesel cerrahi girişimlerine, abdominal basınçlara ve doğum travmalarına bağlı pelvik kas gevşekliği oluşmaktadır. Bununla birlikte üriner inkontinans görülmektedir (Öztürk ve Karan, 2007).

### **2.1.3.2.Fonksiyonel Nedenler**

Yaşlı bireylerde işemeyi bir takım psikolojik, fiziksel ve çevresel etkenler engel olabilir. Deliryum, demans ve psikoz gibi psikolojik bozukluklarda kişi mesane fonksiyonlarını kontrol edemeyip inkontinans yaşanabilmektedir. Yaşlılığa bağlı travmalar, hastalık, geçirilmiş operasyon ya da tuvaletin uzak olması gibi durumlarda, gebelikte ve doğumla birlikte yaşanan travmalar Üİ gelişimini etkilemektedir. Diabetes Mellitus, konjestif kalp yetmezliği, hiperkalsemi gibi ve bazı ilaçlara bağlı (antikolinergik, antidepresan, opioid, diüretik) idrar miktarında artışla birlikte inkontinans görülebilmektedir (Öztürk ve Karan, 2007).

### **2.1.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri**

Üriner inkontinansın oluşumunda bir çok risk faktörü önemi rol oynamaktadır (Yalçın, 2000).

#### **Cinsiyet**

Üriner İnkontinans kadınlarda (kadın % 59.8, erkek % 39.2) erkeklere oranla daha sık görülür (Aggozzotti ve ark., 2000). Doğum ve menopozun etkisiyle pelvik tabanın ve sfinkterlerin zayıflaması sonucu kadınlar inkontinansa daha yatkındır (Semeltzer ve Bare, 2000; Shah ve Leach, 2001).

#### **Yaş**

Yaşa bağlı olarak mesane yapısının zayıflaması sonucu mesane boynu yerleşimindeki değişiklikler nedeniyle üriner inkontinans oluşmaktadır (Ateşkan, 2004; Potter ve Perry, 2001; Shah ve Leach, 2001).

Yaşın ilerlemesiyle mesaneyi yerinde tutan pelvis kemiği içindeki pelvik taban kasları güçsüzleşir, üretra aşağıya iner ve bu nedenle karın içi basıncı mesaneyi daha fazla basınç uygulamakta ve Üİ görülebilmektedir (Parazzini, 2000; Yıldız, 2009). İdrar inkontinansı tipi-yaş ilgisi arasında bir araştırma yapılmış, miks tipi idrar

inkontinansının 54 yaşından sonra artış gösterdiği, SÜİ'nin 35 yaş grubundan itibaren ve 55 yaşından sonra sıklığının azaldığı belirtilmektedir (Yalçın, 2000). 20 yaş grubuna göre, 30'lu yaş grubundaki kadınlarda stres üriner inkontinans riski 1,60 kat, 40'lı yaş grubundaki kadınlarda 2,27 kat arttığı bildirilmektedir (Antonakos ve ark., 2003). 35 yaş üzeri olan kadınların 35 yaş ve altında olanlara göre doğum sonrası 3. ayda üriner inkontinans risklerinin 1,6 kat, fekal inkontinans risklerinin ise 1,29 kat fazla olduğu bildirilmektedir (Torrise ve ark., 2012).

### **Irk**

Irk faktörü, idrar inkontinans gelişiminde rolü azdır. Görülme durumu beyaz kadınlarda, Eskimo, siyah ve doğulu kadınlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Eskiyurt ve Karan, 2000; Dikencik, 2002). Amerika'da yapılan araştırmada beyaz ırklı kadınların siyah ırklı kadınlardan 2.5 kat daha sık Üİ problemi ile karşılaştığı belirtilmiştir (Dooley ve ark., 2008).

### **Sigara-Obezite-Konstipasyon**

Sigara içenlerde östrojen ve kollajen sentezinin azaldığı mesane basıncının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca amfizem ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum yolu hastalıklarında öksürükle meydana gelen üriner inkontinans 2-3 kat artmaktadır (Siddighi ve Hardesty, 2007).

Obezite incelendiğinde idrar inkontinansı önemli düzeyde etkilediği görülmektedir (Hunnskaar ve ark., 2004). Kadınlarda obezite kaynaklı intraabdominal basınç artışı kontinans mekanizmasını değiştirmektedir. Yapılan bir çalışmada BKİ 18.5-25.0 aralığındaki BKİ'ne sahip kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %29, BKİ 30'un üzerinde olan kadınlarda %62.3 olduğu belirlenmiştir (Terzi ve ark., 2013).

Konstipasyon sonucu pelvik sinirler gerilir ve buna bağlı sinirlerde hasar meydana gelir. Bu durumun pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabileceği düşünülmektedir (Dikencik, 2002).

### **Beslenme**

Kafeinli içecekler, alkol, demli çay ve baharatlı yiyecekler mesaneyi uyarmakla birlikte istemsiz detrusor kasılmasına neden olarak üriner inkontinans görülebilmektedir (Ateşkan, 2004).

## **İlaçlar**

Üretra duvarındaki düz kaslar belli bir tonusa sahiptir. Üretra içindeki basınçtan da bu kaslar asıl olarak sorumludur. Alfa adrenerjik stimülanlar bu kasların tonusunu arttırırken, beta adrenerjik stimülanlar azaltır. Diüretikler, antikolinerjikler, antidepresan, antihistaminikler, narkotik analjezik ilaçlar kontinansı etkileyerek Üİ'a yol açabilmektedir (Özerdoğan ve ark., 2004).

## **Spinal Kord Yaralanmaları**

Multiple skleroz, spinal kord yaralanması ve diabetes mellitus gibi rahatsızlıklar nöropatiye neden olduğu için pelvik fizyolojiyi bozmakta ve miksiyonu etkileyerek Üİ'a yol açabilmektedir ( Çoban ve Şirin, 2003).

## **Radyoterapi**

Radyoterapi sonucu, fibrotik mesane hasarı veya mesanenin aşırı duyarlı hale dönüşmesiyle sıkışma-işeme sıklığı semptomları gelişir ve radyoterapi Üİ için bir risk faktörü haline gelir (Eskiyurt ve Karan, 2000; Dikencik, 2002).

## **Abdominal Tümörler**

Abdominal tümör varlığında intravesikal basıncı hızla artar ve sfinkter kontrolü zorlaşır bu nedenle üriner inkontinans görülebilir (Beji, 2002).

## **Histerektomi-Prolapsus**

Histerektomi vakalarında fasya ve kas hasarları, pelvik sinir zedelenmeleri oluşabilmekte ve operasyonun yan etkisi olarak üriner inkontinans ile karşılaşabilmektedir. Bununla birlikte östrojen hormonunun eksikliği de nedenler arasındadır (Beji, 2002; Lesniczak ve ark., 2007). Brown ve ark. (2000), yaptığı bir çalışmada histerektomi geçiren kadınlarda inkontinans prevalansını %40 olarak ifade etmektedirler.

Rektosel, sistosel ve genital prolapsusu olan bireylerde öksürme, hapşırma ve gülme gibi intraabdominal basıncı arttığında mesane üretraya göre daha fazla basınca maruz kalmakta ve idrar kaçırmalarına sebep olabilmektedir (Mihmanlı ve Yüksel, 2013).

## **Üriner Sistem Enfeksiyonu**

Kadınlar da mesane enfeksiyonları sık görülmekle birlikte bunun nedenleri idrar katater kullanımına bağlı hasarlar, yetersiz sıvı alımı, menopoz (flora değişikliği-vajinal pH'ın artması), diyabetle birlikte sistitin tekrarı olarak açıklanabilir. Görülen üriner sistem enfeksiyon nedenlerine bağlı Üİ gelişebilmektedir (Ateşkan ve ark., 2000; Newman, 2003; Can ve ark., 2010).

## **Hareket Kısıtlılığı**

Yaşlılarda nörolojik ve romatizmal problemlerden dolayı hareket kısıtlılığı nedeniyle tuvalete yetişememeye bağlı üriner inkontinans yaşanmaktadır (Ateşkan, 2004).

## **Menopoz**

Kadınlarda östrojenler üretral mukozanın çoğalması ve olgunlaşması ile ilişkilidir. Menopoz sonrası östrojen seviyelerinin azalmasına bağlı olarak mesaneye ait kaslarda ve bağ yapılarında atrofi meydana gelir, pelvik kasların sağladığı destek azalır ve Üİ görülebilmektedir ( Parazzini ve ark., 2003; Akgün ve ark., 2010).

### **2.1.5. Üriner İnkontinans Tanı Yöntemleri**

Üriner inkontinansın değerlendirilmesi; detaylı bir sağlık öyküsü, fizik muayene ve test yöntemleri sistematik bir şekilde yapılmaktadır (Pabuçcu, 2000).

#### **2.1.5.1. Anamnez**

Tanımlama işleminde ilk olarak üriner inkontinanslı hastaların şikayetleri ile ilgili ayrıntılı anamnez alınır. Hastanın cerrahi anamnezi, geçirilmiş hastalıkları, kullandığı ilaçlar, üriner inkontinansa neden olan obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü, ailede Üİ varlığı, üriner inkontinansın sıklığı, şiddeti, tipi , 24 saatlik sıvı alımı çıkardığı sıvı miktarı kayıt altına alınmalıdır (Pabuçcu, 2000).



### **2.1.5.2.Fizik Muayene**

Üriner inkontinans sebebinin ortaya konabilmesi için iyi bir fizik muayene ve nörolojik muayene şarttır. Nörolojik muayenede alt ekstremitte kas gücü ve derin tendon refleksi kontrol edilir. Benzer şekilde jinekolojik sebepler açısından ise jinekolojik ve ürolojik muayene şarttır (Karaçam, 2003).

### **2.1.5.3. Ürodinamik Testler**

Üriner inkontinansın belirlenebilmesi için yapılan bazı ürodinamik testler vardır. Bunlar Dolum Sistometrisi, Üroflowmetri Üretral Basınç Profili ve Elektromyografi'dir (Güner, 2008).

### **2.1.5.4. Ürojinekolojik Testler**

Üriner inkontinansı belirlemede İdrar kültürü ve postvoid rezidüel, Q tip testi, Stres testi ve Ped testi gibi ürojinekolojik testler kullanılmaktadır (Güner, 2000).

## **2.1.6. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri**

İdrar inkontinansı hastaların tedavisinde temel amaç, kişilerde tekrar kontinansın sağlanabilir hale gelmesidir (Yalçın, 2000).

### **2.1.6.1.Konservatif Tedavi Yöntemleri**

Geçmişte Üİ tedavisinde ilk olarak cerrahi yöntem tercih edilmekteyken ameliyatların maliyetlerinin artması, iyileşmelerin uzun sürmesi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme risklerinin varlığı konservatif tedavi yöntemlerine talebi arttırmış ve önem kazandırmıştır (Güner, 2008).

Üriner inkontinans problemi yaşayan her bireye konservatif tedavi yöntemi uygulanmayabilir. Kesin cerrahi endikasyonu olan hastalarda konservatif tedavi uygun bir tedavi yöntemi olmayabilir. Cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulmayan, cerrahi tedaviyi istemeyen, gebelik ve postpartum dönemde görülen üriner inkontinans durumlarında konservatif tedavi uygulanmaktadır (Demirci ve Beji, 2002).

### **Pelvik Taban Kas Egzersizleri**

Pelvik Taban Kas Egzersiz (PTE) inde amaç pelvik taban kaslarının güçlendirmek ve üretral sfinkter kontrolünü sağlamaktır (Güner, 2008). Egzersiz

pelvik kasların tonus ve gücünü arttırarak inkontinansı önleyebilir. Öncelikle üretral basıncın arttırılması gerekmektedir. Bunun için üretral çizgili kas tonusu onarılır ve tıkayıcı gücü sağlanmış olur. Daha sonra levator ani kası güçlendirilerek mesane ve üretra boynu desteklenir ve stres esnasında basınç iletimi güçlendirilmiş olur. Üretrovezikal açının onarımı mesane boynu desteği ile sağlanır ve üst üretranın hunileşmesi azalır (Bayramova, 2008).

Literatürlerde stres ve karışık tip idrar inkontinansı olan bireylerde ilk tedavi seçeneği olarak PTE'lerinin denenmesi gerektiği belirtilmektedir. Karışık tip Üİ olan bireylerde öncelikle baskın olan semptom tedavi edilmesi gerekmektedir (Menefee ve Wall, 2004; Konstantinos ve ark., 2006). Son yıllarda yapılan araştırmalarda üriner inkontinansa PTE'nin kullanımını %50-%80 oranında iyileşme sağladığı görülmektedir. Egzersizin fizyolojik etkileri ancak 2. haftanın ortasında fark edilmeye başlanır. Hastanın şikayetlerinde 6.-8. haftalarda azalma ve 6. ayda tamamen iyileşme görülür. Tamamen iyileşmenin olması için egzersizlerin doğru ve düzenli yapılması gerekir (Güler, 2006). Uygun hasta seçimi egzersiz programının başarılı olabilmesi için dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Başarı şansını arttıran diğer etkenler ise hastanın genç ve premenapozal dönemde olması, semptomların şiddetinin az ve kısa süreli olması, mevcut kilonun az olması, hasta ile iyi bir kooperasyonun sağlanmasıdır. Psikolojik bozukluk, geçirilmiş operasyon tedavide başarı şansını azaltabilmektedir (Güler, 2006).

Öncelikle pelvik taban kas egzersizinde hastanın mesanesi boşaltılması sağlanır ve rahat hareketini sağlayabileceği kıyafet giyilmesi istenir. Hastaya sırtüstü pozisyonunda baş hafif kalkık ve dizler hafif fleksiyonda pelvik kaslarını kasma ve gevşeme yöntemi öğretilir (Yalçın, 2000).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri yapılırken valsalva manevrası yapılmamalı, karın, kalça ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Pelvik taban egzersizlerine önce üç tekrarlar başlanmalıdır ve daha sonra bireyin günlük aktiviteleri ile egzersizi yapması gerekir. Hedef 10 defa yapılan 10 yavaş kasılma ve bununla beraber yapılan 10 hızlı kasılmadır. 24 saatte altı ya da sekiz egzersiz uygun görülmekte ve her egzersizin 20-30 dakika olması gerekmektedir (Güler, 2006).

## **Biofeedback**

Biofeedback bir ekran ve ses sistemi ile fizyolojik olayların görsel ve işitsel sinyaller şeklinde hastaya yansıtılmasıdır. Hasta elektriksel stimülasyon yöntemine göre daha bağımsızdır. Biofeedback hareketli bir çalışma olmasından dolayı kaslar daha fazla çalışır. Egzersiz ve elektriksel stimülasyonda görsel bir feedback olmadığından farklı kaslar da kasılmaktadır (Karan, 2009). Biofeedback yöntemi haftada 3 kez 25-35 dakika uygulanmakta ve 10-20 seans bittiğinde iyileşme görülebilmektedir. Program pelvik taban kas egzersiziyle devam etmelidir (Karan ve ark., 2000; Karan ve Eskiuyurt, 2002). Stres, urge ve miks tipi Üİ' da kullanılan bir yöntemdir. Biofeedback yönteminde başarılı olabilmek için hastanın bağımsız olması, bilişsel özelliklerinin normal olması ve motivasyonunun tam olması gerekmektedir.

## **Vaginal Kon**

Pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve PTE öğrenilmesini kolaylaştırmak amacıyla vaginal kon kullanılır. Vajinaya 20-90 gr konlar yerleştirilir ve hastada biofeedback duyusu oluşturulur. Günde iki kez, başlangıçta 10 dakika, daha sonra 20 dakika olacak şekilde konlar tutulur. Kas gücü arttıkça ağırlık artırılır. Pelvik taban kaslarına güçlü izometrik kontraksiyonlara sebep olurlar. Gözetim gerektirmez. Aşırı pelvik organ prolapsusu varlığında, obezite varlığında ve fazla doğum yapan kadınlarda kullanılmaları zor olmakla birlikte önerilmemektedir. Postpartum dönemde gevşeyen pelvik taban kas esnekliğinin yeniden oluşmasında yüksek oranda faydalı olan bir yöntem olduğu belirtilmekte ve önerilmektedir (Moore, 2000; Karan, 2009).

## **Mesane Eğitimi**

Korteks tarafından istemli şekilde kontrol edilen, istemsiz kasılmaları azaltmayı hedefleyen tedavi yöntemidir. Bu eğitim programında düzenli aralıklarda idrar yapma öğretilir (Demirci ve Beji, 2002). Eğitimde amaç idrar yapmayı öteleyerek ya da sınırlama getirerek, hastayı belirli aralıklarda idrar yapmaya alıştırmak, idrar kaçırmasını azaltmak ve engellemektir (Erkan ve Beji, 2002; Şenturan, 2010).

Eğitimde öncelikle hastanın miksiyon hissi olmasa bile 1,5-2 saatte bir, daha sonra 2-3 ve 4-6 saatte bir olacak şekilde idrar yapması gerektiği söylenir. Hasta gün içinde aldığı sıvı miktarını, tuvalete gidişlerini ve idrar kaçırılmalarını mesane günlüğüne not almalıdır. Eğitim programına uyum ve çabalarına göre işeme sıklığı her hafta 15-30 dk. arasında artırılır. Bu şekilde idrar yapmayı erteleyerek mesane kapasitesi artırılır, idrar yapma sıklığını 3-4 saate çıkarılmaya çalışılır (Newman, 2003). Bu eğitiminin içinde sıvı alımının da düzenlenmesi gerekir. Akşam yemeğinden sonra sıvı alımının azaltılması, gündüz saatlerinde sıvı alımının planlanması, idrar çıkışını arttırıcı ilaç ve içeceklerin günün erken saatlerinde tercih edilmesi, kafeinli ve alkollü içeceklerin azaltılması gerekmektedir (Erkan ve Beji, 2002; Şenturan, 2010). Mesane eğitimi yan etkisiz, ucuz ve kolay bir eğitimidir. Urge Üİ, urgency, frequency ve nokturinun tedavisinde özellikle tercih edilmektedir.

### **Tuvalet programı oluşturma**

Hastanın belirli bir programda düzenli aralıkta (2-4 saat) tuvalete çıkması istenir. Bireyin tuvalet programı oluşturarak düzenli bir miksiyon sağlama, idrar kaçırmanın önlenmesi ve iç çamaşırın ıslanmamasını sağlamak temel amaçtır. Özellikle 70 yaş üstü, yatağa bağımlı bireyler ile Alzheimer'lı hastalarda tuvalet programı oluşturma yöntemi tercih edilmektedir (Demirci ve Beji, 2002).

### **Diyet ile ilgili değişiklikler**

Üriner İnkontinans tedavisinde az sıvı alımı ile birlikte yoğun idrar mesaneyi daha çok uyaracağı için işeme gerçekleşir bu nedenle sıvı alımı kısıtlanmamalıdır. Ayrıca konstipasyon görülme durumu da artırmaktadır. Konstipasyonda karın içi basıncın artması stres inkontinansa oluşmasında önemli role sahiptir. Yüksek lifli besinler ve yeterli sıvı alımı inkontinans önlemede etkilidir (Güner, 2008). Asitli, kafeinli ve baharatlı yiyecek ve içecekler mesane irritasyonunu arttırdığı için kısıtlamaya gidilmektedir (Ergen ve ark., 2000; Demirci ve Beji, 2002).

### **Elektriksel Stimülasyon**

Bu yöntemde vaginal yada rektal kanala bir elektrot yerleştirilir. Tekrarlayan elektrik akımı uyarıları pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlar (Beji ve Çayır,

1998). Stres üriner inkontinans, urge inkontinans, miks inkontinans ve aktif mesane de elektriksel stimülasyon yöntemi uygulanmaktadır (Siddighi ve Hardesty, 2007).

Problar yardımıyla elektrik akımı verilerek pasif kegel egzersizleri yaptırılır. Enfeksiyon riskine karşı her hastada farklı prob tercih edilir (Erkan ve Beji, 2002; Karan ve Eskiuyurt, 2002). Haftada 3 kez 20-30 dk 'lık seanslar şeklinde, 6-8 hafta boyunca elektriksel stimülasyon yöntemi uygulanır. Elektriksel stimülasyonda başarı sağlanması için üriner sistemin anatomisinin korunmuş olması gerekmektedir. Ürodinamik ve nörofizyolojik olarak elektrostimülasyona yanıt alınması ve işeme refleksinin sağlam olması gerekir. Eskimiş vakalar, enfeksiyon varlığı, kardiyak pacemakerlı olma, kardiyak problemlili hasta, üriner retansiyon, ciddi vaginal prolapsusu olan, menstrual dönemde kullanımı sakıncalıdır (Potter ve Perry, 2001).

#### **2.1.6.2.Farmakolojik Tedavi**

İstemsiz gelişen detrüsor kontraksiyonları önlemek ve Üretral direnci artırmak amacıyla Detrüsor kontraktilesini azaltarak uygulanır (Karadakovan ve Kaymakçı, 2010). Davranışsal tedavi ile beraber kullanılmaktadır (Karan ve Eskiuyurt, 2002). Farmakolojik tedavide alfa-adrenerjik agonistleri, antikolinergikler, depresyon ilaçları trisiklik, östrojen ve oxybutynin gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Karadakovan ve Kaymakçı, 2010). İlaçlar hastalarda bazı yan etkilere yol açmaktadır. Bunlar konstipasyon, ağız kuruluğu, görmede bulanıklık, bulantı, taşikardi, bradikardi, baş ağrıları, ajitellik, düzensiz uyku, tromboflebit ve postural hipotansiyon gibi sorunlardır (Erkan ve Beji, 2002).

#### **2.1.6.3.Cerrahi Tedavi**

Üriner inkontinans ameliyatlarında genel amaç idrar kaçırma durumunu azaltmak, tamamen inkontinans oluşumunu engellemektir. Mesanenin hacmi küçüldüğünde ve böbreklerin fonksiyonlarında bozulma olduğunda cerrahi tedaviye başvurmak gerekir.

Cerrahi tedavi olarak retropubik askı, pubovajinal askı, transvajinal askı ameliyatları, üretra çevresi enjeksiyonu ve artifisyel sfinkter gibi ameliyatlar tercih edilir. Hemşirelerin, hasta ve yakınına ameliyata ilişkin yapılacak işlem ve postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin ve nelerden kaçınması gerektiği konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı,

2010). Üİ tedavisinde uygulanan cerrahi girişimler sonucunda hastada bazı komplikasyon gelişebilir. Bunlar retropubik hematoma, kanama, idrar retansiyonu, enfeksiyon, mesane veya üreter travmaları, postoperatif işeme disfonksiyonu, pelvik organ prolapsı, simfiz pubisteki inflamatuvar lezyon gibi komplikasyonlardır (Graham, 2006). Postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar yönünden hastalar sıkı takip edilmelidir. Hemşire, hasta ve ailesi ile iletişim halinde, problem çözücü olmalı ve sorunları belirleyerek uygun hemşirelik bakımı vermelidir (Semeltzer ve Bare, 2000; Çoban ve Şirin, 2003).

### **2.1.7. Gebelikte Üriner İnkontinans**

Gebelikte büyüyen uterusun mesaneye basısı ile beraber mesane kapasitesini azaltması ile idrar sıklığında artış görülmektedir. Üçüncü trimesterin sonlarında ise mesane kapasitesindeki azalmayla birlikte fetal bası eşlik etmektedir. İdrar sıklığının artması belirtilen faktörlerin yanında hormonlardaki değişiklikler, renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızında artış idrar sıklığının artmasında önemli etkiye sahiptir (Bayramova, 2008). Gebelikte hormonların artış göstermesi sonucunda mesane ve üretral mukoza daha hiperemik olmaktadır, östrojen artışı detrusör kasında hipertrofi oluştururken, progesteron artışı hipotonik mesaneye neden olmaktadır (Chaliha ve Stanton, 2002).

Gebelikte döneminde mesaneye baskı nedeniyle üriner inkontinans gebelik öncesi dönemden daha fazla görülmektedir. Üriner inkontinans gebeliğin 3. trimesterinde en üst seviyeye ulaşmaktadır. Angaje olan fetal başın mesaneye basısı söz konusudur. Üriner inkontinansın sağlanmasında pelvik taban kasları önemli etkenlere sahiptir. Pelvik taban kas gücünün azalması ile gebelik ve doğum sonu dönemde SÜİ daha sık görülür (Bayramova, 2008). Mesane kontrolü olan gebelerde bu kasların kalınlığının ve gücünün inkontinanslı olan gebelerle karşılaştırıldığında daha güçlü olduğu belirlenmiştir (Morkved ve ark., 2004).

Gebelik boyunca ve doğumda yaşanan anatomik ve fizyolojik olaylar pelvik yapının bozulmasına etken olmakta ve bu dönemlerde üriner inkontinans prevalansının arttığı yapılan çalışmalarda ifade edilmektedir (Antonakos ve ark., 2003; Wesnes ve ark., 2007). Üriner inkontinans görülme sıklığı gebelik sürecinde %30.6, doğum sonu

dönemdeki kadınlarda ise %6.78 olarak yapılan bir çalışmada saptanmıştır (Valeton ve Amaral, 2011).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Kocaöz ve ark., 2010) doğum sonu bir yıllık dönemde Üİ görülme sıklığı %19.5'dir. Üriner inkontinans görülme durumu yapılan bir çalışmada gebelikten önce %4 iken, gebelikte %32, postpartum dönemde ise % 7 olarak belirlenmiştir (Parazzini ve ark., 2000). İnkontinans tiplerine göre değerlendirildiğinde araştırmalarda kadınların ilk gebeliği ile beraber yaklaşık %5 oranında SÜİ gelişme riskinin olduğu belirtilmiştir (Kocaöz, 2001; Kök, 2005). Yapılan bir çalışmada gebelerin Üİ görülme sıklığı % 40.4 olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinanslı gebelerin % 78.8'i stres Üİ, % 14.8'i karışık tip Üİ ve % 6.4'sı ise urge Üİ'ye sahiptir ve gebelerin %5'i kegel egzersizi yapmaktadır (Erbil ve ark., 2011). Bir başka çalışma ise üriner inkontinans görülme sıklığını gebelik sürecinde %42, postpartum dönem 8. haftada %38 oranında geliştiği bildirilmektedir. Hiç doğum yapmamış kadınlarda yapılan araştırmada gebeliğin 12. haftasında urge Üİ %6.4 ve SÜİ %18.6 oranında gelişirken, term de urge Üİ prevelansı %19.2'ye ve SÜİ prevelansı ise %42.1'e çıkmaktadır (Brummen ve ark., 2006). Gebelik öncesi %26 olan Üİ prevelansının gebeliğin 30. haftasında %58'e yükseldiği bildirilmektedir (Wesnes ve ark., 2007). Kadınların %12.3'ü PTE uygulamaktadır. Sadece %15.2'si Üİ için sağlık kuruluşuna gitmektedir (Ege ve ark., 2008).

#### **2.1.7.1. Gebelik - Doğumla İlgili Nedenler ve Risk Faktörler**

Uterusun sağa dönük bir pozisyonda olmasından dolayı ureterlerde, sağ tarafa göre sol tarafta daha göze çarpan bir genişleme görülür (Chaliha ve Stanton, 2002). Gebeliğin üçüncü trimesterında mesane ve uretra hareketliliği artmakta, uterus ağırlaşmakta, mesaneye yapılan basınç artmakta ve mesanenin hacmi azalmaktadır (Salman ve ark., 2005; Van Brummen ve ark., 2006). Gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterında idrar yapma sıklığında artma ve ani idrar yapma hissi yaşama görülmektedir. Mesanedeki basıncın çok olmadığı dönemde idrar yapma sıklığının arttığı söylenmektedir. Bunun nedeninin hormonal etkilerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Salman ve ark., 2005).

Vajinal doğum pelvik tabanda bulunan sinir, kas, fasya ve ligament yapıların önemli derecede gerilmelerine yol açmaktadır. Gerilen bu yapılar pelvik organlarda

prolapsus ve SÜİ'ye neden olmaktadır (Beji, 2002). Vajinal doğum pelvik taban fonksiyonlarını bozmakta ve sazeryene göre kas gücünü daha fazla azaltmaktadır (Sigurdardottir ve ark., 2011). Vajinal doğum sezaryene göre pelvik taban kaslarını bozma riskini 1.85 kat kadar arttırabilmektedir (Lukacz ve ark., 2006). SÜİ riski hiç doğum yapmamış kadınlara göre ilk kez vajinal doğum yapanlarda 3.85, birden fazla doğum yapanlarda 4.37, sezaryen doğumda ise 1.78 kat artmaktadır (Oliveira ve ark., 2010). Postpartum dönem 3. ayda vajinal doğum sezaryene göre üriner inkontinans riskini 3.28 kat arttırmaktadır (Torrise ve ark., 2012). Yüksek doğum kilosunun da Üİ insidansını arttırdığı belirtilmektedir.

Kelleher (2001)'in yaptığı bir araştırmada parite ile Üİ prevalansı arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada vaginal yolla doğum yapanların Üİ görülme oranı %29, sezaryen ile doğum yapanlarda Üİ görülme oranı %14.5 olarak belirlenmiştir (Kelleher, 2001).

### **2.1.8. Gebelikte Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

Yaşam kalitesi, değerler, amaçlar, yaş ve yaşamdan beklentilerin bileşimi olan, kişiden kişiye değişen, hayat koşullarından memnun olma durumu olarak ifade edilmektedir (Özdemir ve ark., 2011). Yaş ile birlikte sorunlar ortaya çıkmakta ve bu durum psikososyal sağlığı daha çok etkilemekte ve yaşam kalitesinde olumsuz etkiler bırakmaktadır (Sarı ve Khorsid, 2009).

İdrar inkontinans tüm yaşlardaki kadınların %15 ile %30'unun sosyal hayatını, iş ortamını, ruhsal durumunu ve sorumluluklarını yerine getirmede önemli etkiler bırakan fiziksel ve seksüel yaşamını etkileyen yetersizlik durumlarına sebep olan kompleks yapıda önemli bir sorundur (Karan ve ark., 2000; Kelleher, 2001). İdrar inkontinansı ve beraberinde işeme sıklığı, sıkışma, noktüri, dizüri, vücut imajında bozulma, depresyon, anksiyete, suçluluk gibi bir çok sorun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kelleher, 2001; Özerdoğan ve Beji, 2003; Özdemir ve ark., 2006). Kadınların bir çoğu üriner inkontinansı daha çok sosyal bir sorun olarak görmekte ve Üİ hakkında konuşmaktan çekinerek genellikle sorun başladıktan en az bir yıl sonra hekime başvurmaktadır (Biri ve ark., 2006).

Üriner inkontinans, ciltte döküntüler, dermatit, çeşitli mantar enfeksiyonları ve irritasyon nedenli bası yaralarının oluşumuna kadar çeşitli sorunlara yol açmaktadır.



Bunların yanında uyku düzenindeki bozukluklar bireylerin yaşam kalitesini yüksek oranda etkilemektedir (Ateşkan ve ark., 2000). Üriner inkontinans, bireylerde seksüel yaşamlarını ve günlük aktivitelerini etkilediği için bireyler fiziksel ve sosyal aktivitelerini kısıtlamakta, mesleki çalışmalarında ve benlik saygılarında azalma olduğu ifade edilmektedir (Özerdoğan ve Beji, 2003; Özdemir ve ark., 2006).

Yapılan bir araştırmada psikolojik olarak en fazla etkilenildiği inkontinans, miks tipi Üİ olduğu belirtilmekte ve süresi arttıkça kadınların sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Güler, 2006). Yapılan başka bir çalışmada cinsel disfonksiyon görülme oranı Üİ'lı kadınlarda % 61.6 olup Üİ' si olmayan kadınlarda % 28.4 olarak belirtilmiştir (Özdemir ve ark., 2011). Bir başka çalışmada Üİ'da yaşam kalitesini hafiften şiddetliye kadar değişen oranda %87.2 olarak bildirilmiş ve cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Koçak ve ark.,2005).

Gebeliğin verdiği zorluklar ile birlikte üriner inkontinans görülme durumu yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemektedir ve sosyal yaşantıları kısıtlamaktadır. Üriner inkontinans sorunu ile karşı karşıya kalan gebeler, mesane fonksiyonlarını kontrol edemediklerinden idrar kaçırmalarını dış çevreden fark edileceğini düşünerek kendilerini kusurlu hissetmekte, çekiciliklerinin azaldığını düşünmekte ve cinsel güçlerinin azaldığını hissetmektedirler. Bu gebelerde seksüel disfonksiyon görülebilir (Kök ve ark., 2006; Kütmeç, 2009). Üriner inkontinanslı gebeler yaşadıkları problemlerden dolayı sıvı kısıtlaması, ped kullanma, tuvaletsiz ortamlardan kaçınma gibi yöntemlere başvurarak sosyal yaşantılarını değiştirmekte ve arkadaş çevresiyle ilişkilerine kısıtlama getirmektedirler. İnkontinans problemi yaşayan bu gebelerin günlük aktivitelerinde de değişiklik olmaktadır (Kök ve ark., 2006; Akgün ve ark., 2010).

Genel olarak bakıldığında Üİ durumu gebeliği doğrudan etkileyen bir problem olmamasına karşın yaşamını etkileyen, aile içi ve sosyal yaşantısını ciddi oranda değiştiren bir sorun haline gelmektedir. Bu nedenle dikkatli takip edilmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Özerdoğan ve ark., 2004). Yaşamın her döneminde idrar kaçırmaya önemli bir sorun olarak değerlendirilmeli ve en etkili tedavi yöntemleri kullanılmalıdır (Özcan ve Beji, 2014).

### 2.1.9. Gebelikte Üriner İnkontinans ve Hemşirenin Rolü

Son yıllarda inkontinans tedavisinde hemşireler hastaların tanı ve tedavisinde önemli bir rollere sahiptir. Hasta ile geçirebilecekleri yeterli zamana sahip oldukları için iyi bir iletişim kurarak tedaviyi olumlu etkilerler.

Tedavi edilebilen bir sağlık sorunu olan Üİ, toplumda her yönden etkileri olan, sağlık kurumuna başvurmakta ikinci plana atılan bir sağlık sorunu olduğundan hemşireler tarafından titizlikle yaklaşılması gerekir (Kök, 2005). Hemşireler, Üİ ile ilgili iyi bir bilgiye sahip olmalı, araştırma yapmalı ve hastalara uygulayabilme, aktarabilme yeteneğine sahip olmalıdırlar (Oskay, 2002). Üİ tedavisinde multidisipliner ekibin önemli bir parçası olan hemşireler bu alanda eğitimci, danışman, araştırmacı rolleriyle bir çok görevi üstlenmektedirler (Dinç ve Beji, 2008). Hemşireler, hastalara bütüncül bir yaklaşımla gebe sağlığının korunmasında, yaşlılıkta, erken tanıda, inkontinans tanısına sahip hastaların tedavi aşamasında rehabilite edici, eğitici hemşirelik yaklaşımında bulunarak sonraki yaşamlarında daha mutlu olabileceklerini hissettirecek önemli bir role sahiptir (Çoban ve Şirin, 2003). Yurt dışında da kontinans konusunda danışmanlık yapanların çoğunluğunu hemşireler oluşturmaktadır (Bilgili ve ark., 2008).

Gebelik sürecinde ve doğum sonu dönemde Üİ görülme sıklığı yüksek olmasına ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesine karşın kadınlar profesyonel yardım almak için sağlık kuruluşuna başvurmakta gecikmektedirler. Ülkemizde de pelvik taban yetersizlikleri, özellikle de Üİ problemi son yıllarda artmakta ve hemşirelerin Üİ konusunda sorumlulukları her geçen gün daha çok önem kazanmaktadır (Beji ve ark. 2010). Son yıllarda hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen gebelik ve postpartum dönemdeki hastaları belirlemede, kontinansın devamlılığında ve en iyi inkontinans bakımı uygulamada ekip üyeleri ile birlikte çalışarak çok önemli bir rol üstlenmişlerdir (Süt, 2015).

Hemşireler, gebelik sürecinde ve postpartum dönemde, pelvik taban kas gücü egzersizlerinin düzenliliğini sağlama, ağır bir şey kaldırmama, zorlayıcı hareketler ve tempolu egzersizlerden uzak durma, kilo almama, sigara kullanmama, konstipasyonu önlemek amacıyla diyete lifli gıdaları ekleme, rutin defakasyon programı oluşturma, sıvı alımının yeterliliği, kafeinli içeceklerden uzak durma, mesane iritanlarının az miktarda tüketilme konularında gebelere bilgi vermelidir (Süt, 2015). Hemşireler,

gebelik sırasında hormonal değişiklikler nedeniyle oluşan sarkmalar ve organların yer değiştirmesinde dolayı meydana gelen değişimler konusunda gebeleri bilgilendirmelidirler (Berzuk, 2007).

Hemşireler, gebe kadınlara Üİ, pelvik organ prolapsusu üzerine pelvik taban kaslarının etkisinin önemini anlatarak, gebelik sürecinde ve postpartum dönemde pelvik taban kaslarını güçlendirmek için Kegel egzersizini öğretmeli ve pelvik taban yetersizliklerinden korunmak için belirli aralıklarda egzersiz yapmaları gerektiği konusunda destek olmalıdırlar. Egzersizlerin inkontinans şikayetlerini azaltacağını ve yaşam kalitesini artıracağı konusunda gebe kadınlara ve postpartum dönemdeki kadınlara bilgilerini aktarmalıdırlar (Berzuk, 2007).

Bu çalışmadan elde ettiğimiz bulgular, inkontinanslı gebeler üzerinde farkındalığın oluşması ve yaşam kalitesine etkisini belirleme konusunda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutulması düşünölmektedir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma analitik tipte bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Ordu İli Sağlık Bakanlığı - Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası Gebe Polikliniği'nde yapılmıştır. Hastanede yedi adet gebe polikliniği hizmet vermektedir. Her bir poliklinikte bir günde ortalama 50-60 kişinin muayenesi gerçekleştirilmektedir. Polikliniklerde bir hekim ve bir sekreter bulunmaktadır. Araştırmanın verileri Kasım 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden gebelerin katılımı ile toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı hastanedeki gebe polikliniğine 1 Ocak 2016- 31 Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya alınma kriterleri sağlayan gebeleri oluşturmaktadır. Bu polikliniklerde 2016 yılı Ocak- Aralık ayı muayene olan gebe sayısı 4163'dür.

##### 3.3.2. Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapıldığı hastaneye 1 Ocak-31 Aralık 2016 tarihleri arasında 4163 gebe başvurmuştur. Kocaöz ve ark. (2010)'ın yaptıkları çalışmada gebelerde üriner inkontinans prevalansı %27 olarak belirtilmektedir. Bu prevalansa göre örnekleme alınacak kişi hesapladığında 300 gebe kadının çalışmaya alınması gerektiği bulunmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki bilinen evrenden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009).

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

**N:**Evrendeki birey sayısı (4163)

**n:** Örnekleme alınacak birey sayısı

**p:**İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.3)

**q:**İncelenen olayın görülmeme sıklığı (1-p = 0.7)

**d:**Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

**t:** Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

$$n = \frac{4163 \times (1,96)^2 \times (0,3) \times (0,7)}{(0,05)^2 \times (4162) + (1,96)^2 \times (0,3) \times (0,7)} = 299,54 = 300$$

Bilinen evrenden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılarak 300 kişinin örnekleme dâhil edilmesi planlanmıştır.

#### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Gebelerin;

- En az ilkokul mezunu olma,
- Araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- Sözel iletişim kurabilmesidir.

#### **Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Daha önce psikiyatrik tanı almış gebeler,
- Öncesinde inkontinansa yönelik cerrahi girişim uygulanan gebeler,
- Pelvik prolapsus öyküsü olan gebeler dışlama kriterleri arasındadır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK 1), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 2), İnkontinans Şiddet İndeksi (EK 3) kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu gebenin tanıtıcı özelliklerini (yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, eşinin ve kendisinin eğitim durumu, eşinin ve kendisinin çalışma durumu, aile tipi, aylık gelir durumu, sosyal güvencesi ve yaşadığı yer, kronik hastalık durumu), obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum sayısı, doğum şekli, iri bebek doğumu durumu, epizyotomi-forseps uygulanma durumu), gebenin alışkanlıklarına göre (sigara kullanımı, beslenme şekli, kabızlık

sorunu yaşama) ve idrar kaçırma ile ilişkili özellikleri (gebelikten önce ve gebelik boyunca idrar kaçırma durumu, idrar kaçırma zamanı, sıklığı ve miktarı) ile ilgili 26 soru bulunmaktadır.

### **3.4.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)**

Üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir. Patrick ve ark. (1999), incelemede bulunmuş, psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılmış ve Patrick ve arkadaşları tarafından 22 soruya indirilmiştir. Türkiye'de, İYKÖ' nin güvenilirlik ve geçerliliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır (Özerdoğan, 2003).

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) üç alt boyut ölçeğinden oluşur. Bunlar; 1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20. maddelerden oluşan "davranışların sınırlandırılması", 5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22. maddelerden oluşan "psikososyal etkilenme" ve 8.,12.,14.,18.,19. maddelerinden oluşan "sosyal izolasyondur". İYKÖ' de, bütün maddeler likert tipli beş kategorilik ölçekle değerlendirilmektedir (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç). Toplam puanın daha iyi anlaşılması için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine çevrilmektedir. İYKÖ alt boyut ölçekleri de aynı şekilde puanlaması yapılır. Puanın yüksek olması yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğunu gösterir. Patrick ve ark.'nın yaptığı çalışmada (1999), Cronbach Alfa katsayıları, İYKÖ'ne ait Cronbach Alfa katsayısı, davranışların sınırlandırılması alt boyutu, psikososyal etkilenme alt boyutu ve sosyal izolasyon alt boyutu Cronbach Alfa katsayıları sırayla 0.95, 0.87, 0.93, 0.91 olarak bulunmuştur. Özerdoğan' ın çalışmasında (2003), İYKÖ' nin geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu, psikososyal etkilenme alt boyutu ve sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayıları sırayla 0.88, 0.92, 0.88 olarak bulunmuştur. Cronbach Alpha katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. İYKÖ'nin ikinci uygulama güvenilirlik analizleri sonuçları incelendiğinde, Cronbach Alpha katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada bulunan İYKÖ Cronbach Alpha değeri 0.802 olarak bulunmuştur. İYKÖ alt boyutları olan 'davranışların sınırlandırılması' alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.596, 'psikososyal etkilenme' alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.726, 'sosyal

izolasyon' alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0.820 olarak yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

### **3.4.3. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)**

Sandvik ve ark.'ları (2000), idrar kaçırma şikayeti olan kadınlara uygulanarak geliştirdikleri İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), herkes tarafından kabul görmüş, uygulaması kolay, kısa bir indekstir. Ülkemizde İŞİ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Uyar Hazar ve Şirin (2008) tarafından yapılmıştır. Araştırmalarda kullanılmak üzere idrar kaçırma şikayeti olan kadınları tespit etmek amacı ile geliştirilmiştir. İŞİ'nin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla Cronbach alfa güvenilirlik analizi yapılmıştır. İŞİ'nin güvenilirliğine, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analiziyle bakılmıştır. İŞİ'nin iç tutarlılığını ölçen Cronbach alfa güvenilirlik analizine göre güvenilirlik katsayısı = 0.67 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısına göre İŞİ' nin güvenilirliğinin geçerli olduğu belirlenmiştir. İŞİ' nin güvenilirlik analizi istatistiksel olarak yüksek derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (Hazar Uyar ve Şirin, 2008). Aynı ölçme aracı farklı zamanlarda kişilere uygulanmış, kişilerin ölçme aracı maddelerine verdiği cevapların benzer ve tutarlı olması, Türkçe' ye uyarlanan indeksin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Ercan ve ark., 2004). İŞİ iki alt maddeden oluşmaktadır. Bunlar 'Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?', 'Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?' şeklinde belirlenmiştir. İŞİ skoru her iki maddede bulunan soruların numaralarının birbiri ile çarpılması sonucu elde edilmektedir. 1-2 hafif, 3-6 orta şiddetli, 8-9 şiddetli, 12 çok şiddetli olarak gruplandırılıp skor belirlenmektedir (Sandvik ve ark., 2000). Bu çalışmanın İŞİ Cronbach Alfa değeri 0.404'tür. Bu çalışmadaki Üİ'lı gebelerin İŞİ skorlamasına bakıldığında %54.7'si hafif grubunda, %43.2'sinin orta ve %2'sinin ise şiddetli grubundadır. Çalışmaya katılan gebelerin hiç biri çok şiddetli grubunda bulunmamaktadır.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, ön uygulaması 01 Kasım 2017 ve 01 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Ön uygulamada, kişisel bilgi formu ve ölçekler araştırmanın yapıldığı hastanedeki gebe polikliniğinde gebelerin % 10'unu temsil edecek şekilde

30 gebeye uygulanmıştır. Ön uygulamada doldurulan veri toplama formu ve ölçekler araştırmaya alınmamıştır.

### **3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması**

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hizmet Binası gebe polikliniği'ne başvuran gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş gönüllü ilkesine uygun olarak çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere konu hakkında gerekli bilgi verilmiştir. Gönüllü gebelere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Kişisel Veri Toplama Formu (EK 1), İYKÖ (EK 2) ve İŞİ (EK 3) gebeler tarafından doldurulmuş ve yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Araştırmanın verileri 04.12.2017-17.05.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.7. Değişkenler**

#### **3.7.1. Bağımlı Değişkenler**

- İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı
- İnkontinans Şiddet İndeksi Puanı

#### **3.7.2. Bağımsız Değişkenler**

- Tanıtıcı Özellikler
- Obstetrik Özellikler
- Alışkanlıklara Ait Özellikler
- İdrar Kaçırmaya İlişkin Özellikler

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-4). Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, istediği zaman araştırmadan ayrılabilceği herhangi bir zorunluluk olmadığı, verilen cevapların gizli tutulacağı ve bilgilerin ne için kullanılacağına dair açıklamalar yer almaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeğin ve indeksin yazarlarından yazılı olarak kullanım izni alınmıştır (EK-5-6). Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumdan (25.08.2017 Sayı:43087058-772.02) yazılı izin alınmıştır (EK-7). Araştırma uygulanması için Ordu Üniversitesi



Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26.10.2017 Sayı: 2017/125) etik kurul onayı alınmıştır (EK-8).

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanıtıcı istatistik değerleri hesaplanmıştır. Araştırmada ölçme aracı olarak İYKÖ'nün güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Tüm puanlara Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmış, bunun sonucunda parametrik testlerden olan Bağımsız Örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (oneway), Tukey Testi kullanılmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma; 2017 yılında Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası Gebe polikliniğine başvuran gebelere yapıldığı için çalışma sonucu tüm kadınlara genellenemez.

### **3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler**

Araştırmanın gebe polikliniklerinde yürütülmesi sebebi ile gebelerin zamanının sınırlı oluşu ve mevcut durumundan rahatsızlıklarından dolayı veri toplama formuna zaman ayırmakta isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması sırasında karşılaşılan güçlüklerdir.

#### 4. BULGULAR

Gebelikte Üİ prevelansı ve yaşam kalitesine üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.89±5.82 olarak saptanmıştır. Gebelerin %30’unun 21-25 yaş aralığında, %35.3’ünün ortaokul mezunu, eşlerinin %42.7’sinin lise mezunu olduğu, %79’unun çalışmadığı, %93.3’ünün eşinin çalıştığı, %78’i çekirdek aileye sahip, %93.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %57.7’sinin aylık gelirinin “yeterli” olduğu, %61’inin ilde yaşadığı, %91.3’ünün kronik hastalığı bulunmadığı ve ortalama BKİ 27.90±4.66 olmakla birlikte %41.3’ünün "fazla kilolu" olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)**

Sosyo-Demografik özellikler	n	%
<b>Yaş Grubu</b> (ortalama 27.89±5.82)		
20 yaş ve altı	30	10.0
21-25 yaş	90	30.0
26-30 yaş	78	26.0
31-35 yaş	68	22.7
36 yaş ve üzeri	34	11.3
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	45	15.0
Ortaokul	106	35.3
Lise	88	29.3
Lisans	56	18.7
Lisansüstü	5	1.7
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	41	13.7
Ortaokul	70	23.3
Lise	128	42.7
Lisans	54	18.0
Lisansüstü	7	2.3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	63	21.0
Hayır	237	79.0
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Evet	280	93.3
Hayır	20	6.7

**Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)**  
**(Devamı)**

<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	234	78.0
Geniş	66	22.0
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	281	93.7
Yok	19	6.3
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Yeterli	173	57.7
Kısmen Yeterli	124	41.3
Yetersiz	3	1.0
<b>Yaşadığı Yer</b>		
İl	183	61.0
İlçe	89	29.7
Köy	28	9.3
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Evet	26	8.7
Hayır	274	91.3
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
18,5 kg/m <sup>2</sup> (zayıf)	7	2.3
18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> (normal kilolu)	86	28.7
25-29,9 kg/m <sup>2</sup> (fazla kilolu)	124	41.3
30-34,9 kg/m <sup>2</sup> (1.derece obez)	58	19.3
35-39,9 kg/m <sup>2</sup> (2.derece obez)	20	6.7
40 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri (3.derece morbid obez)	5	1.7

\*Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları gösterilmiştir. Gebelerin gebelik sayısı ortalamasının 2.36±1.32 olduğu, %31.8’inin ikinci gebeliği olduğu, %69.1’inin bir düşüğü olduğu, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının ise 1.56±0.73 olduğu ve %54.4’ünün yaşayan çocuk sayısının 1 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %40’ının canlı doğumunun olmadığı, %56.5’inin vajinal doğum yaptığı, %53.3’üne epizyotomi uygulandığı, %97.8’ine vakum-forseps kullanılmadığı, %14.1’inin iri bebek doğurduğu, %50’sinin 29-40 haftalık olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.2 Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik Sayısı (n=300)(ortalama 2.36±1.32)</b>		
1	90	30.1
2	95	31.8
3	67	22.1
4	27	9.0
5 ve üzeri	21	7.0
<b>Düşük Sayısı (n=97)</b>		
1	67	69.1
2	18	18.6
3	10	10.3
4	2	2.0
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı (n=182)</b>		
1	99	54.4
2	68	37.4
3	11	6.0
4 ve üzeri	4	2.2
<b>Canlı Doğum Sayısı (n=300)</b>		
Hiç	120	40.0
1	98	32.8
2	67	22.4
3 ve daha fazla	15	5.0
<b>Doğum Şekli (n=184)</b>		
Vajinal	104	56.5
Sezaryen	80	43.5
<b>Epizyotomi Uygulama (n=184)</b>		
Evet	98	53.3
Hayır	86	46.7
<b>Vakum-Forseps Kullanımı (n=184)</b>		
Evet	4	2.2
Hayır	180	97.8
<b>İri Bebek Doğumu Yaşama (n=184)</b>		
Evet	26	14.1
Hayır	158	85.9
<b>Gebelik Haftası (n=300)</b>		
1-12 hafta	51	17
13-28 hafta	99	33
29-40 hafta	150	50

\*Yüzdeler belirtilen "n" sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3’de gebelerin alışkanlıklarına göre dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %88.7’sinin sigara kullanmadığı, %89’unun sebze-meyve ile beslendiği, %29.7’sinin ise kabızlık sorunu olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3. Gebelerin Alışkanlıklarına Göre Dağılımı (n=300)**

	n	%
<b>Sigara Kullanımı*</b>		
Evet	34	11.3
Hayır	266	88.7
<b>Beslenme Şekli*</b>		
Sebze-meyve	267	89.0
Yağlı	10	3.3
Hamur işi	23	7.7
<b>Kabızlık Sorunu Yaşama*</b>		
Evet	89	29.7
Hayır	211	70.3

\*Yüzdeler belirtilen “n” sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4’de gebelerin idrar kaçırma ile ilişkili özelliklerine göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %91.7’sinin gebelikten önce idrar kaçırma şikayetinin olmadığı, %49.3’ünün gebelik boyunca idrar kaçırma şikayeti olduğu belirtilmiştir. Gebelerin %57.4’ünün koruyucu metaryal kullanmadığı saptanmıştır. İdrar kaçırma şikayeti olan gebelerin %55.4’ü ayda birkaç kez idrar kaçırdığı ve %90.5’inin idrar kaçırma miktarı “birkaç damla” şeklinde olduğu belirtilmiştir. %82.4’ü öksürme sırasında, %75’inin ise hapsirme sırasında idrar kaçırdığı, idrar kaçıran gebelerin %90.5’inde ise idrar kokma korkusu olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinanslı gebelerin İŞİ skorlamasına bakıldığında %54,7’si hafif grubunda, %43,2’sinin orta ve %2’sinin ise şiddetli grubundadır. Çalışmaya katılan gebelerin hiç biri çok şiddetli grubunda bulunmamaktadır.

**Tablo 4.4 Gebelerin İdrar Kaçırma İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılımı**

<b>İdrar kaçırma ile ilişkili özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelikten önce idrar kaçırma durumu (n=300)</b>		
Evet	25	8.3
Hayır	275	91.7
<b>Gebelik boyunca idrar kaçırma durumu (n=300)</b>		
Evet	148	49.3
Hayır	152	50.7
<b>İdrar kaçırma süresi (n=148)</b>		
1 yıl ve altı	131	88.5
2-4 yıl	17	11.5
<b>Koruyucu materyal kullanma durumu(n=148)</b>		
Evet	63	42.6
Hayır	85	57.4
<b>İdrar kaçırma sıklığı (n=148)</b>		
Ayda birkaç kez den az	2	1.4
Ayda birkaç kez	82	55.4
Haftada birkaç kez	60	40.5
Her gün veya her gece	4	2.7
<b>İdrar kaçırma miktarı (n=148)</b>		
Birkaç damla	134	90.5
Küçük lekeler	14	9.5
<b>İŞİ Skoru (n=148)</b>		
Hafif	81	54.7
Orta	64	43.2
Şiddetli	3	2.0
Toplam	148	100.0
<b>Aktivite sırasında idrar kaçırma durumu</b>		
Öksürme	122	82.4
Hapşırma	111	75.0
Gülme	28	18.9
Yataktan kalkma	5	3.4
Merdiven çıkma	9	6.1
Bir şeyler kaldırma	24	16.2
Fiziksel aktivite	20	13.5
Acele bir iş yapma	36	24.3
Cinsel İlişki	2	1.4
<b>İdrar kaçırma ile yaşanan durumlar</b>		
İdrar kokma korkusu	134	90.5
Pet/bezden idrar sızacağı korkusu	37	25.0
Çok gülmekten kaçınma	31	20.9
Bir şeyler kaldırmaktan kaçınma	27	18.2
Fiziksel aktiviteden kaçınma	24	16.2
Günlük aktivitelerden kaçınma (ev işi, alışveriş)	40	27.0
Sıvı alımını kısıtlama	16	10.8
Cinsel ilişkiden kaçınma	2	1.4

Tablo 4.5’de Üİ bulguları saptanan gebelerin Üİ tiplerine göre dağılımı gösterilmiştir. Üriner inkontinanslı gebelerin %35,7’si Miks tipi Üİ, %31.6’sı SÜİ, %4.1’i ise Urge Üİ olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.5. Üriner İnkontinans Bulguları Saptanan Gebelerin Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı**

Üİ Tipleri	n	%
SÜİ	281	31.6
URGE Üİ	36	4.1
Miks Tipi Üİ	317	35.7

Tablo 4.6’da gebelikte Üİ olan ve olmayan kadınlarda İYKÖ puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Araştırmada Üİ’ı olan gebeler ile olmayan gebeler arasında yaşam kalitesi ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt boyutlarının puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Üİ’ı olan gebelerin yaşam kalitesi ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt boyut puan ortalamalarının, Üİ’ı olmayan gebelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.6. Gebelikte Üriner İnkontinans Olan ve Olmayan Kadınlarda İYKÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	n	DS Ort±SS	PE Ort±SS	Sİ Ort±SS	Toplam İYKÖ Ort±SS
<b>Üriner İnkontinans</b>					
Var	148	27.53±4.500	41.40±3.670	21.39±2.412	90.06±9.358
Yok	152	33.44±4.107	43.63±1.227	24.93±0.529	101.69±5.108
t; p		-11.880; <b>0.000*</b>	-7.030; <b>0.000*</b>	-17.430; <b>0.000*</b>	-13.311; <b>0.000*</b>

DS: Davranışların Sınırlandırılması, PE: Psikososyal Etkilenme, Sİ: Sosyal İzolasyon  
t=Bağımsız Örneklem T Testi \* $p<0.05$

Tablo 4.7’de gebelerin bazı özelliklerine göre Üİ bulgusu prevalansının dağılımı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde Üİ olma durumu ile eğitim, yaş, sigara kullanımı, kabızlık sorunu olma durumu arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Üİ olma durumu ile BKİ, gebelik sayısı ve doğum şekli arasında ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre BKİ grubu zayıf/normal olan kişilerde üriner inkontinans olma oranı BKİ grubu 2./3.derece obez olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Gebelik sayısı bir olan gebe kadınlarda üriner inkontinans olma oranı gebelik sayısı dört, beş ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Vajinal doğum yapanlarda Üİ olma oranı sezaryen doğum yapanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Üİ durumu ile gebelik haftası arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre gebelik haftası 29-40 hafta olanlarda Üİ olanların oranı gebelik haftası 1-12 ve 13-28 hafta olanlardan, gebelik haftası 13-28 hafta olanlarda Üİ olanların oranı gebelik haftası 1-12 olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 4.7. Gebelerin Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Bulgusu Görülme Durumu**

	Ü. İnkontinans Var		Ü. İnkontinans Yok		Ki Kare	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Eğitim</b>						
İlkokul	26	57.8	19	42.2	1.922	0.589
Ortaokul	52	49.1	54	50.9		
Lise	43	48.9	45	51.1		
Lisans/Lisansüstü	27	44.3	34	55.7		
<b>Yaş</b>						
20 yaş ve altı	12	40.0	18	60.0	7.911	0.095
21-25 yaş	43	47.8	47	52.2		
26-30 yaş	35	44.9	43	55.1		
31-35 yaş	34	50.0	34	50.0		
36 yaş ve üzeri	24	70.6	10	29.4		
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Evet	19	55.9	15	44.1	0658	0.417
Hayır	129	48.5	137	51.5		
<b>Kabızlık Sorunu</b>						
Evet	48	53.9	41	46.1	1.071	0.301
Hayır	100	47.4	111	52.6		
<b>BKİ</b>						
Zayıf/normal <sup>a</sup>	<b>37</b>	<b>39.8</b>	<b>56</b>	<b>60.2</b>	8.923	<b>0.030*</b> <b>Fark;</b> <b>a-c, a-d</b>
25-29,9 kg/m <sup>2</sup> (fazla kilolu) <sup>b</sup>	60	48.4	64	51.6		
30-34,9 kg/m <sup>2</sup> (1.derece obez) <sup>c</sup>	34	58.6	24	41.4		
2./3.derece obez <sup>d</sup>	<b>17</b>	<b>68.0</b>	<b>8</b>	<b>32.0</b>		
<b>Gebelik Sayısı</b>						
1 <sup>a</sup>	<b>32</b>	<b>35.6</b>	<b>58</b>	<b>64.4</b>	13.198	<b>0.010**</b> <b>Fark;</b> <b>a-d, a-c</b>
2 <sup>b</sup>	47	49.5	48	50.5		
3 <sup>c</sup>	38	57.6	28	42.4		
4 <sup>d</sup>	<b>18</b>	<b>66.7</b>	<b>9</b>	<b>33.3</b>		
5 ve üzeri <sup>e</sup>	<b>13</b>	<b>61.9</b>	<b>8</b>	<b>38.1</b>		
<b>Doğum Şekli</b>						
Vajinal	72	69.2	32	30.8	15.059	<b>0.000***</b>
Sezaryen	33	40.7	48	59.3		
<b>Gebelik haftası</b>						
1-12 hafta <sup>a</sup>	10	19,6	41	80,4	31,169	<b>0,000*</b> <b>Fark;</b> <b>c-a, c-b,</b> <b>b-c</b>
13-28 hafta <sup>b</sup>	43	43,4	56	56,6		
29-40 hafta <sup>c</sup>	96	63,3	55	36,7		

Tablo 4.8’de Üİ’lı gebelerin İYKÖ ölçütlerinin gebelerin yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası, BKİ, doğum şekli, eğitim düzeyi, sigara ve kabızlık durumu ile üriner inkontinans yaşama süresi arasındaki ilişkisinin dağılımları belirtilmiştir. Tablo incelendiğinde gebelik haftası 1-12 hafta olan Üİ’lı gebelerin davranışlarının sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması gebelik haftası 13-28 ve 29-40 hafta olan Üİ’lı gebelerin davranışlarının sınırlandırılması alt boyutu puan ortalamasından yüksek olduğu, gebelik haftası 13-28 hafta olan Üİ’lı gebelerin davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması gebelik haftası 29-40 hafta olan Üİ’lı gebelerin davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalamasından yüksek olduğu, gebelik haftası 1-12 hafta olan Üİ’lı gebelerin yaşam kalitesi puan ortalaması gebelik haftası 29-40 hafta olan Üİ’lı gebelerin yaşam kalitesi puan ortalamasından yüksek olduğu ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Üriner inkontinans süresi 1 yıl ve altında olan Üİ’lı gebelerin psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalamalarının, üriner inkontinans süresi 2-4 yıl aralığında olan üriner inkontinanslı gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu, gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Üİ’lı gebelerin yaş grubu, gebelik sayısı, BKİ, doğum şekli, eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve kabızlık durumu ile İYKÖ alt boyutları ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Bazı Özelliklerinin İYKÖ ile Karşılaştırılması**

	n	DS Ort±SS	PE Ort±SS	Sİ Ort±SS	Toplam Ort±SS
<b>Yaş Grubu</b>					
20 yaş ve altı	12	27.5±2.195	42.25±1.485	22.17±0.718	91.92±2.712
21-25 yaş	43	27.12±4.210	41.33±3.597	21.44±1.881	89.47±8.336
26-30 yaş	35	27.91±5.495	41.89±2.795	21.4±2.851	91.11±10.286
31-35 yaş	34	28±3.908	41.47±3.250	21.44±2.063	90.68±7.934
36 yaş ve üzeri	24	27.08±5.208	40.29±5.714	20.83±3.422	87.79±13.131
F; p		0.310; 0.877	0.866; 0.486	0.633; 0.640	0.656; 0.624
<b>Gebelik Sayısı</b>					
1	32	27.34±4.857	41±3.902	21.53±2.918	89.5±10.659
2	47	28.09±4.925	41.6±4.623	21.53±2.804	91.06±10.979
3	38	28±3.564	42.32±2.042	21.61±1.603	91.68±5.905
4	18	26.83±3.947	40.83±3.053	21.11±2.083	89±7.340
5 ve üzeri	13	25.62±5.091	39.77±3.320	20.31±1.843	84.54±9.243
F; p		0.992; 0.414	1.489; 0.209	0.855; 0.493	1.669; 0.160

**Tablo 4.8. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Bazı Özelliklerinin İYKÖ ile Karşılaştırılması (Devamı)**

	n	DS	PE	Sİ	Toplam
<b>Gebelik Haftası</b>					
1-12 hafta <sup>a</sup>	10	32.8±3.048	43.3±1.889	22.5±2.224	98.3±5.559
13-28 hafta <sup>b</sup>	43	28.86±3.950	41.14±4.804	21.37±2.803	91,26±10.238
29-40 hafta <sup>c</sup>	95	26.38±4.325	41.32±3.160	21.28±2.230	88.65±8.790
F; p		13.928; <b>0.000*</b> <b>Fark; a-b, a-c, b-c</b>	1.483; 0.230	1.154; 0.318	5.637; <b>0.004</b> <b>Fark; a-c</b>
<b>BKİ</b>					
Zayıf/Normal	37	28.41±4.919	41,78±2.869	22.03±2.128	92.03±8.821
Fazla Kilolu	60	27.68±4.523	41.05±4.571	21.22±2.650	89.78±10.188
I. Derece Obez	34	26.74±3.278	41.68±2.738	21.41±1.438	89.18±7.184
II./III. Derece Obez	17	26.71±5.486	41.24±3.419	20.59±3.374	88.53±11.265
F; p		1.34; 0.379	0.388; 0.762	1.610; 0.190	0.812; 0.489
<b>Üİ Süresi</b>					
1 yıl ve altı	131	27.6±4.547	41.64±3.595	21.56±2.380	90.56±9.380
2-4 yıl	17	27.06±4,220	39.53±3.810	20.06±2.304	86.18±8.458
t; p		0.461; 0.645	2.263; <b>0.025*</b>	2.463; <b>0.015*</b>	1.834; 0.069
<b>Doğum şekli</b>					
Vajinal	72	27.4±4,39	41.49±2,87	21.24±1,92	90.06±7.73
Sezaryen	33	27.48±4,8	41.18±5,24	21.52±3,1	89.67±12.25
t;p		-0.086; 0.931	0.384; 0.702	-0.564; 0.574	0.197; 0.844
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
İlkokul	26	27.73±5.19	41.42±3	21.69±1.83	90.15±9.17
Ortaokul	52	26.9±4.19	41.37±2.86	21.17±2.56	89.23±8.53
Lise	43	27.51±3.89	40.79±4.7	21.16±2.79	89.35±10.02
Lisans/Lisansüstü	27	28.59±5.26	42.41±3.74	21.89±1.95	92.7±10
F; p		0.852; 0.468	1.077; 0.504	0.785; 0.504	0.937; 0.425
<b>Sigara Kullanımı</b>					
Evet	19	26.63±3.88	40.95±3.24	20.74±2.08	87.47±8.81
Hayır	129	27.67±4.58	41.47±3.74	21.49±2.45	90.44±9.41
t; p		-0.936;0.351	-0.573;0.568	-1.271;0.206	-1.294;0.198
<b>Kabızlık Yaşama</b>					
Evet	48	28±3,98	41.21±2.67	21.46±1.82	90.44±6.94
Hayır	100	27.31±4.73	41.49±4.07	21.36±2.66	89.88±10.35
t; p		0.873; 0.394	-0.436;0.664	0.231; 0.817	0.338; 0.736

DS: Davranışların Sınırlandırılması, PE: Psikososyal Etkilenme, Sİ: Sosyal İzolasyon  
t=Bağımsız Örneklem T Testi , F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) , \*:p<0,05

Tablo 4.9’da Üİ’lı gebelerin obstetrik özelliklerine göre İYKÖ ve İŞİ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde üriner inkontinanslı gebelerin gebelik sayısı 5 ve üzerinde olanların İŞİ puan ortalamasının ( $\bar{x}$ =3.69), gebelik sayısı 2 ( $\bar{x}$ =2.40) ve 3 ( $\bar{x}$ =2.50) olan gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğunu saptanmış olup gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.01$ ). Yaşayan çocuk sayısı 1 olan gebelerin İŞİ puan ortalamasının ( $\bar{x}$  =2.46), yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzeri olan gebelerin puan ortalamasından ( $\bar{x}$  =3.02) düşük olduğu belirlenmiş olup gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Canlı doğum sayısı 1 olan gebelerin İŞİ puan ortalamasının ( $\bar{x}$  =2.40), canlı doğum sayısı 3 ve daha fazla olan gebelerin puan ortalamasından ( $\bar{x}$  =3.60) düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arası fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, canlı doğum sayıları ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Üİ’lı gebelerin doğum şekli, epizyotomi uygulama ve iri bebek doğumu yaşama durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Obstetrik Özellikleri göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	n	Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ort±SS	İnkontinans Şiddet İndeks Puanı Ort±SS
<b>Gebelik Sayısı</b>			
1 <sup>a</sup>	32	89.5±10.659	2.88±1.561
2 <sup>b</sup>	47	91.06±10.979	2.4±0.614
3 <sup>c</sup>	38	91.68±5.905	2.5±1.084
4 <sup>d</sup>	18	89±7.34	3.06±1.349
5 ve üzeri <sup>e</sup>	13	84.54±9.243	3.69±1.653
F; p		1.669; 0.160	3.862; <b>0.005**</b> <b>Fark; e-b, c</b>
<b>Düşük Sayısı</b>			
1	42	89.36±9.502	2.86±1.407
2 ve üzeri	16	86.44±9.626	3.06±1.526
t; p		1.042; 0.302	-0.486; 0.629
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>			
1	54	89.8±11.172	2.46±0.77
2 ve üzeri	50	90.24±6.956	3.02±1.436
t; p		-0.245; 0.807	-2.438; <b>0.017*</b>
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>			
Hiç <sup>a</sup>	46	89.83±9.441	2.78±1.428
1 <sup>b</sup>	53	89.92±11.208	2.4±0.566
2 <sup>c</sup>	39	91.08±6.209	2.87±1.38
3 ve daha fazla <sup>d</sup>	10	87.9±9.279	3.6±1.713
F; p		0.340; 0.797	<b>0.021*Fark; b-d</b>
<b>Doğum Şekli</b>			
Vajinal	72	90.06±7.733	2.75±1.286
Sezaryen	33	89.67±12.254	2.67±0.854
t; p		0.197; 0.844	0.339; 0.735
<b>Epizyotomi Uygulama</b>			
Evet	68	90.21±7.591	2.68±1.19
Hayır	37	89.43±11.994	2.81±1.126
t; p		0.404; 0.687	-0.563; 0.575
<b>İri Bebek Doğumu Yaşama</b>			
Evet	19	87.74±9.568	3.37±1.606
Hayır	86	90.42±9.264	2.58±1
t; p		-1.135; 0.259	2.050; 0.053

t=Bağımsız Örneklem T Testi p=Anlamlılık Düzeyi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

\*:p<0,05

Tablo 4.10’da Üİ’lı gebelerin alışkanlıklarına göre İYKÖ ve İŞİ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmada Üİ’lı gebelerin sigara kullanımı, beslenme şekli ve kabızlık sorunu yaşama durumu ile İYKÖ puan ortalaması ve İŞİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Alışkanlıklarına Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	n	İYKÖ Toplam Puan Ort±SS	İŞİ Puanı Ort±SS
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Evet	19	87.47±8.809	2.47±0.612
Hayır	129	90.44±9.408	2.76±1.292
t; p		-1.294; 0.198	-0.948; 0.345
<b>Beslenme Şekli</b>			
Sebze-meyve	130	89.93±9,59	2.67±1.137
Yağlı/Hamur İşi	18	91±7.631	3.11±1.745
t; p		-0.453; 0.651	1.436; 0.153
<b>Kabızlık Sorunu Yaşama</b>			
Evet	48	90.44±6.940	2.6±0.984
Hayır	100	89.88±10.347	2.78±1.330
t; p		-0.330; 0.736	-0.815; 0.417

t=Bağımsız Örneklem T Testi \*: $p<0,05$

Tablo 4.11’de gebelerin idrar kaçırma özelliklerine göre İYKÖ ve İŞİ puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Gebelikten önce idrar kaçıranların İYKÖ puan ortalamasının ( $\bar{x}=87.84$ ), gebelikten önce idrar kaçırmayanların İYKÖ puan ortalamasından ( $\bar{x}=96.69$ ) yüksek; gebelikten önce idrar kaçıranların İŞİ puan ortalamasının ( $\bar{x}=3.57$ ) ise gebelikten önce idrar kaçırmayanların puan ortalamasından ( $\bar{x}=2.57$ ) yüksek olduğunu ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelik boyunca idrar kaçıranların İYKÖ puan ortalamasının ( $\bar{x}=90.06$ ), gebelik boyunca idrar kaçırmayanların İYKÖ puan ortalamasından ( $\bar{x}=101.69$ ) düşük olduğu, gruplar arası farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). İdrar kaçırma şikayeti 1 yıl ve altında olanlar ve 2-4 yıl aralığında olanlar ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiş ( $p>0.05$ ) olup, İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Koruyucu materyal kullananlar ve kullanmayanlar ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Üİ’lı gebelerin öksürme, hapsirme, bir şeyler

kaldırma ve fiziksel aktivite yapma durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiş ( $p>0.05$ ) olup, gülme durumu ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, acele bir iş yapma durumu ile İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Gebelerin idrar kaçırma korkusu, pet/bezden idrar sızacağı korkusu ve sıvı alımını kısıtlama durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmış ( $p>0.05$ ), çok gülmekten, fiziksel aktiviteden ve günlük aktiviteden kaçınan gebelerin İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, bir şeyler kaldırmaktan kaçınan gebelerin İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.11. Gebelerin İdrar Kaçırma Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	n	İYKÖ Puanı Ort±SS	n	İŞİ Puanı Ort±SS
<b>Gebelikten önce idrar kaçırma durumu</b>				
Evet	25	87.84±8.014	23	3.57±1.701
Hayır	275	96.69±9.284	125	2.57±1.058
t; p		-4.611; <b>0.000***</b>		2.717; <b>0.012*</b>
<b>Gebelik boyunca idrar kaçırma durumu</b>				
Evet	148	90.06±9.358	-	-
Hayır	152	101.69±5.108	-	-
t; p		-13.408; <b>0.000***</b>		
<b>İdrar kaçırma şikâyeti zamanı (n= 148)</b>				
1 yıl ve altı	131	90.56±9.380	131	2.56±1.038
2-4 yıl	17	86.18±8.458	17	3.94±1.819
t; p		1.834; 0.069		-3.056; <b>0.007**</b>
<b>Koruyucu materyal kullanma durumu</b>				
Evet	63	88.54±10.472	63	2.78±1.325
Hayır	85	91.19±8.323	85	2.68±1.157
t; p		-1.714; 0.089		0.466; 0.642
<b>Aktivite sırasında idrar kaçırma durumu (n=148)</b>				
<b>Öksürme</b>				
Evet	122	89.78±9.715	122	2.79±1.281
Hayır	26	91.38±7.478	26	2.42±0.902
t; p		-0.793; 0.429		1.376; 0.171
<b>Hapşırma</b>				
Evet	111	89.52±8.215	111	2.74±1.256
Hayır	37	91.68±12.157	37	2.68±1.156
t; p		-1.214; 0.227		0.270; 0.788
<b>Gülme</b>				
Evet	28	86.36±9,036	28	2.96±1.201
Hayır	120	90.93±9.256	120	2.67±1.232
t; p		-2.362; <b>0.020*</b>		1.156; 0.249
<b>Bir şeyler kaldırma</b>				
Evet	24	87.25±8.258	24	3.29±1.732
Hayır	124	90.60±9.490	124	2.61±1.080
t; p		-1.616; 0.108		1.852; 0.075
<b>Fiziksel aktivite</b>				
Evet	20	85.70±13.099	20	3.25±1.860
Hayır	128	90.74±8.498	128	2.64±1.085
t; p		-2.272; 0.025		1.428; 0.168



**Tablo 4.11. Gebelerin İdrar Kaçırma Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)**

	İYKÖ Puanı		İŞİ Puanı	
	n	Ort±SS	n	Ort±SS
<b>Acele bir iş yapma</b>				
Evet	36	87.81±9.668	36	3.22±1.775
Hayır	112	90.79±9.182	112	2.56±0.947
t; p		-1.672; 0.097		2.135; <b>0.039*</b>
<b>İdrar kaçırma ile yaşanan durumlar</b>				
<b>İdrar kokma korkusu</b>				
Evet	134	90.36±8.902	134	2.65±1.112
Hayır	14	87.21±13.034	14	3.43±1.950
t; p		1.198; 0.233		-1.471; 0.164
<b>Pet/bezden idrar sızacağı korkusu</b>				
Evet	37	88.03±8.098	37	2.70±0.845
Hayır	111	90.74±9.680	111	2.73±1.334
t; p		-1.534; 0.127		-0.102; 0.908
<b>Çok gülmekten kaçınma</b>				
Evet	31	85.68±12.319	31	3.23±1.647
Hayır	117	91.22±8.076	117	2.59±1.060
t; p		-3.013; <b>0.003**</b>		2.615; <b>0.010*</b>
<b>Bir şeyler kaldırmaktan kaçınma</b>				
Evet	27	86.81±11.039	27	2.89±1.476
Hayır	121	90.79±8.830	121	2.69±1.169
t; p		-2.014; <b>0.046*</b>		0.775; 0.439
<b>Fiziksel aktiviteden kaçınma</b>				
Evet	24	85.38±11.348	24	3.58±1.932
Hayır	124	90.97±8.687	124	2.56±0.965
t; p		-2.739; <b>0.007**</b>		2.543; <b>0.017*</b>
<b>Günlük aktivitelerden kaçınma (ev işi, alışveriş)</b>				
Evet	40	86.80±9.622	40	3.13±1.539
Hayır	108	91.27±9.006	108	2.57±1.061
t; p		-2.631; <b>0.009**</b>		2.466; <b>0.015*</b>
<b>Sıvı alımını kısıtlama</b>				
Evet	16	86.31±10.124	16	3.13±1.500
Hayır	132	90.52±9.198	132	2.67±1.188
t; p		-1.708; 0.090		1.391; 0.166

t=Bağımsız Örneklem t , \*:p<0,05

Tablo 4.12’de Üİ’lı gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre İYKÖ ve İŞİ puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur. Tablo incelendiğinde BKİ II./III. Derece Obez olan Üİ’lı gebelerin İŞİ puan ortalaması, zayıf/normal olan ve fazla kilolu olan gebelerin İŞİ puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Eşin eğitim durumu ilkokul olan Üİ’lı gebelerin İŞİ puan ortalaması, eşin eğitim durumu lise olan ve lisans/lisansüstü olan Üİ’lı gebelerin İŞİ puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Üİ’lı gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvencesi, aylık gelir durumu, yaşadığı yer ile İYKÖ puan ortalaması ve İŞİ puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Yaşam Kalitesi Toplam	İnkontinans Şiddet
		Puan Ort±SS	İndeks Puanı Ort±SS
<b>Yaş Grubu</b>			
20 yaş ve altı	12	91.92±2.712	2.33±0.492
21-25 yaş	43	89.47±8.336	2.53±0.935
26-30 yaş	35	91.11±10.286	2.80±1.346
31-35 yaş	34	90.68±7.934	2.88±1.365
36 yaş ve üzeri	24	87.79±13.131	2.92±1.530
F; p		0.656; 0.624	0.878; 0.479
<b>BKİ</b>			
Zayıf/Normal <sup>a</sup>	37	92.03±8.821	2.46±0.767
Fazla Kilolu <sup>b</sup>	60	89.78±10.188	2.55±0.946
I. Derece Obez <sup>c</sup>	34	89.18±7.184	2.88±1.365
II./III. Derece Obez <sup>d</sup>	17	88.53±11.265	3.59±2,063
F; p		0.812; 0.489	4.231; <b>0.007**</b> <b>Fark; d-a,b</b>
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	26	90.15±9.168	3.15±1.567
Ortaokul	52	89.23±8.528	2.87±1.387
Lise	43	89.35±10.019	2.44±0.548
Lisans/ Lisansüstü	27	92.7±9.999	2.48±1.221
F; p		0.937; 0.425	2.472; 0.064
<b>Çalışma Durumu</b>			
Evet	29	87.86±13.051	2.52±0.871
Hayır	119	90.6±8.197	2.77±1.298
t; p		-1.078; 0.289	-1.006; 0.316

**Tablo 4.12. Üriner İnkontinanslı Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İYKÖ ve İŞİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)**

	İYKÖ Puanı		İŞİ Puanı
	n	Ort±SS	Ort±SS
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>			
Evet	135	90.34±9.592	2.72±1.262
Hayır	13	87.15±5.942	2.77±0.832
t; p		1.174; 0.242	-0.142; 0.887
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>			
İlkokul <sup>a</sup>	25	88.96±8.853	3.36±1.630
Ortaokul <sup>b</sup>	36	90.36±7.772	2.86±1.437
Lise <sup>c</sup>	61	89.48±10.11	2.61±1.021
Lisans/ Lisansüstü <sup>d</sup>	26	92.08±10.166	2.19±0.402
F; p		0.605; 0.613	4.495; <b>0.005**</b>
<b>Fark; a-c,d</b>			
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	110	90.03±9.705	2.69±1.187
Geniş	38	90.16±8.391	2.82±1.353
t; p		-0.074; 0.941	-0.539; 0.591
<b>Sosyal Güvence</b>			
Var	137	90.21±10.249	2.74±1.262
Yok	11	89.9±8.323	2.55±0.688
t; p		0.624; 0.534	0.497; 0.620
<b>Aylık Gelir Durumu</b>			
Yeterli	78	96.45±9.529	2.82±1.297
Kısmen Yeterli/Yetersiz	70	95.28±9.445	2.61±1.146
t; p		0.783; 0.844	1.020; 0.309
<b>Yaşadığı Yer</b>			
1) İl	79	91.1±10.801	2.63±1.189
2) İlçe	47	88.7±6.59	2.68±1.253
3) Köy	22	89.23±8.696	3.14±1.283
F; p		1.072; 0.345	1.497; 0.227

t=Bağımsız Örneklem t Testi , \*:p<0,05 , F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

## 5. TARTIŞMA

Yapılan çalışmada gebelerin sosyodemografik özelliklere ilişkin özellikleri, bağımsız değişkenlerin öncelikle yaşam kalitesi etkisi tartışılmıştır. Araştırmanın bulguları amaçlara yönelik üç aşamada tartışılarak değerlendirilmiştir. Bunlar, sosyodemografik, obstetrik ve idrar kaçırma özelliklere ilişkin sonuçların tartışılması, gebelerde üriner inkontinans durumunun sosyo-demografik, doğurganlık ve alışkanlıkları ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması, İYKÖ ve İŞİ'ye ilişkin sonuçlara ait bulguların tartışılmasıdır.

### 5.1. Sosyodemografik, Obstetrik ve İdrar Kaçırma Özelliklere İlişkin Sonuçların Tartışılması

Bu çalışmada gebelerin gebelik sayısı ortalaması 2.36 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Efe (2006)'nin çalışmasında gebelik sayısı ortalama 2.3, Kılıçarslan (2008)'nin çalışmasında gebelik sayısı ortalamasının 1.78, Altınparmak (2006)'ın yaptığı çalışmada ise gebelik sayısı 2.4 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında gebelik sayısı ortalaması yapılan bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada gebelerin %56.2'si önceki gebelikte vajinal yol ile doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Kılıçarslan (2008) yapmış olduğu çalışmada gebelerin önceki gebeliklerinde vajinal yolla doğum oranını %68, yapılan başka bir çalışmada %64 olarak bulunmuştur (Altınay ve ark., 2002). İnal'ın (2019) yaptığı bir çalışmada gebelerin %61.2'sinin vajinal yol ile doğum yaptığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi çalışmamızdaki vajinal doğum oranı diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte ve doğumların yarısından fazlasının vajinal yol ile yapıldığı görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki gebelerin %53.3'üne epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yapılan bir çalışmada kadınların % 43.3'üne epizyotomi uygulandığı tespit edilmiştir (Özerdoğan ve ark., 2004). Özerdoğan ve Beji (2003)'nin 20 yaş üstü kadınlarda yaptığı bir çalışmada epizyotomi kullanma oranı %43.3 olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve ark. (2014)'nin 200 kadına yaptığı bir çalışmada %58.7'sine epizyotomi uygulandığı tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %59.3'üne epizyotomi uygulandığını saptanmıştır (İnal, 2019). Epizyotomi yapılması

açısından diğer araştırma sonuçları ile yapılan bu araştırma sonuçları arasındaki farkın doğum sayısına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Gebelerin %29.7'sinin kabızlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yapılan bir araştırmada %18.4'ünün kabızlık sorunu olduğu tespit edilmiştir (Durmaz, 2011). Başka bir araştırmada kadınların %21.6'sında kabızlık sorununun yaşandığı belirtilmiştir (Demirci ve ark., 2012). Yapılan araştırma sonuçları ile bu araştırma bulgusu değerlendirildiğinde gebelerin beslenme alışkanlıkları nedeniyle kabızlık yaşamaları açısından benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin %88.7'sinin sigara içmediği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Yapılan bir araştırmada gebelerin %83'ünün sigara içmediği tespit edilmiştir (Kılıçarslan, 2008). Yalçın (2001)'nin yaptığı bir araştırmada gebelerin %71.8'inin hiç sigara içmediği belirtilmiştir. Kılıçarslan ve Yalçın'ın yaptıkları çalışmalara bakıldığında çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte gebelikte sigara içme oranı %10-30 arası değişmektedir. Sigaraya yönlendiren faktörler sosyokültürel ve bölgesel farklılıklara göre değişebileceği gibi, genel olarak gebelerin çoğunluğunun sigaranın zararları nedeniyle gebelik boyunca sigara içmedikleri görülmektedir (Yalçın, 2001; Kılıçarslan, 2008).

## **5.2. Gebelerde Üriner İnkontinans Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Alışkanlıkları ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Üriner inkontinans her yaşta kadında görülebilen, yaygın, yaşamı olumsuz yönde etkileyen önemli bir problemdir. Çalışmamıza katılan gebelerde Üİ prevalansı %49.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yapılan bir çalışmada gebelerde Üİ prevalansı %52.6 olarak bulunmuştur (İnal, 2019). Terzi ve ark. (2013)'nin yaptığı araştırmada kadınlar da Üİ prevalansı %44.8 olarak bulunmuştur. Lefkoşada yaşayan kadınlarda Üİ görülme sıklığı incelenmiş ve oran %42.6 olarak belirlenmiştir (Durmaz, 2011). Başka bir çalışmada gebelerde Üİ %40.4 olarak bulunmuştur (Erbil ve ark., 2011). 306 gebede yapılan bir araştırmada Üİ prevalansı ise %34.3 bulunmuştur (Abdullah ve ark., 2016). Başka bir çalışmada gebelik öncesi %26 olan üriner inkontinans prevalansının gebeliğin 30. haftasında %58'e yükseldiği bildirilmektedir (Wesnes ve ark., 2007) Yapılan araştırma bulgularına bakıldığında gebelik dönemine göre farklılık

göstermekle birlikte gebelerin yarıya yakınında üriner inkontinans olduğunu söyleyebiliriz.

Üriner inkontinanslı kadınların idrar kaçırma sıklığı incelendiğinde 200 kadında yapılan bir çalışmada ayda birkaç kez %27.5, haftada birkaç kez %35, günde birkaç kez %16.5 olarak tespit edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2014). Yapılan başka bir çalışmada kadınlarda idrar sıklığı incelendiğinde %24.4'ü haftada bir veya daha az, %28.4'ü haftada 2-3 kez, %31.3'ü günde bir kez, %16.3'ü ise günde birkaç kez olarak belirtilmiştir. Üriner inkontinans bulgusu saptanan başka bir çalışmada kadınlarda idrar kaçırma sıklığı %16.2'si her gün, %26.9'u haftada birkaç gün, %31.2'si ayda bir kez, %11.9'u ayda 2 ve daha fazla, %13.8'i yılda 2-3 kez olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan Üİ gebelerde idrar kaçırma sıklığı ayda birkaç kez den az %1.4, ayda birkaç kez %55.4, haftada birkaç kez %40.5, her gün veya her gece %2.7 olarak belirlenmiş olup diğer çalışmalar ile değişkenlik göstermesi, gebelik durumları ve bunun gibi bir çok faktör sebep olabilir (Tablo 4.4).

İlerleyen yaşla birlikte mesaneyi ve üretrayı stabilize eden pelvik taban kasları zayıflar buna bağlı olarak üretra yer değiştirir (Parazzini ve ark., 2000). Güneş ve ark. (2000) 20 yaş üstü 459 hasta ile Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir şehirde yaptıkları çalışmalarında; inkontinansla yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. 393 gebe üzerinde yapılan bir araştırmada da yaş ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Kocaöz ve ark., 2010). Başka bir araştırmada kadınların yaş gruplarına göre Üİ dağılımı incelendiğinde 20-30 yaş grubunda %17.5, 31-40 yaş grubunda %26.9, 41-50 yaş grubunda %21.9, 51-60 yaş grubunda %19.4, 61 yaş ve üzeri yaş grubu kadınların ise %14.4 oranında olduğu belirlenmiş olup Üİ ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Durmaz, 2011). Yağcı ve ark. (2003), 15-24 yaş arası kadınlarda %44.2, 25-34 yaş arası %33.5, 35-44 yaş arası %17.7 ve 45 yaş ve üzeri grupta %4.5 oranında üriner inkontinansın görüldüğünü tespit etmiştir. Bizim araştırmamızda ise yaş ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7), gebelerin 20 yaş altı grupta %40, 21-25 yaş grubunda %47.8, 26-30 yaş grubunda %44.9, 31-35 yaş grubunda %50, 36 yaş ve üzeri grupta %70.6 oranında Üİ görüldüğü belirtilmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni çalışmamızdaki

gebelerde yaş arttıkça inkontinans görülme durumu artmakta, bunun da yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelerin eğitim durumuna göre Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında üriner inkontinanslı gebelerin ilköğretim mezunu olanlarda %57.8, ortaokul mezunu olanlarda %49.1, lise mezunu olanlarda %48.9, lisans/lisansüstü mezunu olanlarda ise %44.3 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Yapılan başka bir çalışma da okur yazar değil - okur yazar olan kadınlarda %70.6, ilköğretim mezunu olanlarda %48.1, lise mezunu olanlarda %42.6 ve yüksek okul mezunu olanlarda %31.5 oranına da Üİ olduğu belirlenmiştir (Durmaz, 2011). Terzi ve ark. (2013)'nin yaptığı bir araştırmada eğitim düzeyi lise ve lisans olanlarda Üİ prevalansının önemli derecede azaldığı saptanmıştır (İlköğretim %57.3, Lise/lisans %23.7). Demircan ve ark. (2016) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça Üİ azaldığı belirtilmiştir. Artan eğitim seviyesi nedeniyle kadınların üriner inkontinansı önleme açısından daha bilgili oldukları düşünülmekte, literatür ile araştırma bulgularımız paralellik göstermektedir.

Beden kitle indeksindeki artış sonucunda, mesane üzerindeki artan intraabdominal basınca ve aşırı üretral hareketliliğe bağlı olarak üriner inkontinans görülmektedir (Süt, 2015). Çalışmamıza katılan üriner inkontinanslı gebeler BKİ açısından incelendiğinde %39.8 zayıf/normal, %48.4 fazla kilolu, %58.6 1.derece obez ve %68'i 2./3. derece obez olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7). BKİ grubu zayıf/normal olan kişilerde üriner inkontinans olma oranı BKİ grubu 2./3.derece obez olan kişilerden anlamlı derecede daha düşüktür. Terzi ve ark. (2013) çalışmasında BKİ 18.5-25.0 aralığında normal kilolu kadınlarda Üİ prevalansı %29, 30'un üzerinde olanlarda ise %62.3 olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada zayıf olan kadınların %36.7'sinde, normal kiloda olan kadınların %36.6'sında, hafif şişman olan kadınların %43.8'inde, orta derecede şişman olan kadınların %63.3'ünde ve obez olan kadınların ise %49.3'ünde üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir (Durmaz, 2011). Koçak ve ark. (2005)'nin 18-92 yaş arası 1012 kadında yapmış oldukları çalışmada idrar kaçırmaları olan kadınların % 31.3'ünün BKİ'si 25'in üzerinde ve %14.5'inin BKİ'nin 25'in altında olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermekte ve BKİ arttıkça üriner inkontinans durumunun arttığını söylenebilir.

Çalışmamıza katılan gebelerde sigara alışkanlıkları ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7). Özdemir ve ark.

(2011)'nin araştırmasında sigara içenler ile içmeyenler arasında Üİ açısından anlamlı bir farklılık görölmemiştir. Araştırma sonucumuz Özdemir ve ark. (2011)'nin çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Kocaöz ve ark. (2010), Yalçın ve ark. (2011) yaptıkları araştırmalarda gebelikte kabızlık yaşanması Üİ riskini artırdığını belirtmişlerdir. İnal (2019), gebelerde yaptığı bir çalışma da kabızlık şikayetinin gebelikte üriner inkontinansla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Durmaz (2011)'in Lefkoşa'da yaptığı bir çalışmada üriner inkontinans görölme sıklığı açısından kabızlığı olan ve olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada idrar kaçıran kadınlarda kabızlık şikayetinde bir artış olmadığını görölmüştür (Korur, 2008). Çalışmamızda gebelerin üriner inkontinans durumu ile kabızlık sorunu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7). Çalışma bulgularımız Korur (2008)'un yaptığı çalışma ile benzerlik göstermekte, diğer çalışmalar ile farklılık göstermektedir. Bu durum kültürel olarak beslenme alışkanlıklarından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Öksürme gibi intraabdominal basıncın arttığı durumlarda mesane üretraya göre daha fazla basınca maruz kalmakta ve idrar kaçırmalarına sebep olabilmektedir (Mihmanlı ve Yüksel, 2013). Çalışmamıza katılan üriner inkontinanslı gebelerin %82.4'ü öksürürken idrar kaçırdıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4). Korur (2008)'un üriner inkontinanslı 318 kadında yaptığı bir çalışmada öksürük şikayeti ile idrar kaçırma arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Öksürük şikayetinin varlığı Üİ sıklığının etkilemesi sebebi ile araştırma bulgusu literatür ile paralellik göstermektedir.

Durmaz (2011)'in yaptığı çalışmada üriner inkontinans, kadınların geçirmiş olduğu gebelik sayısına göre bakıldığında hiç gebe olmayanlarda %28.3, bir kez gebeliği olanlarda %37.5, iki kez gebeliği olanlarda %27.5 ve üç ve üzeri gebeliği olanlarda %63.1 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada gebelik sayısı ile üriner inkontinans görölme sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (iftçi, 2009). Terzi ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik sayısının artmasıyla Üİ görölme sıklığının arttığı saptanmıştır (Terzi ve ark. 2013). Çalışmamıza katılan gebelerde üriner inkontinans görölme durumu bir kez gebeliği olanlarda %35.6, iki kez gebeliği olanlarda %49.5, üç kez gebeliği olanlarda %57.6, dört kez gebeliği



olanlarda %66.7, beş ve üzeri gebeliği olanlarda %61.9 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7) ve gebelik sayısı ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebelik sayısı arttıkça Üİ sıklığının artması açısından araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermekle birlikte gebelik sayılarının artması Üİ'si olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini değiştireceği düşünülmektedir.

Vajinal doğum sayısı arttıkça pelvik tabanda kas, sinir ve ligamentlerinin yapısında değişim (gerilme) meydana gelmektedir. Bu değişim sonucunda pelvik tabanda geri dönüşümü olmayan bir takım fonksiyonel ve anatomik değişiklikler olabilmektedir. Üretra ve mesaneyi destekleyen yapıların fonksiyonlarındaki bozulma sonucunda, üriner inkontinans gelişebilmektedir (Kocaöz ve Eroğul, 2009). Durmaz (2011)'in araştırmasında normal doğum yapan kadınların %55.2'sinde, sezaryen doğum yapanların %28.6'sında ve hem normal hem de sezaryen doğum yapanların %50'sinde Üİ olduğu tespit edilmiş ve Üİ prevelansı açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kök (2005)'ün yaptığı araştırmada sezaryen doğum yapan kadınların %14.1'inde, normal doğum yapanların ise %85.9'unda Üİ belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda üriner inkontinanslı gebelerin %69.2'si vajinal doğum, %40.7'si sezaryen ile doğum yapmıştır (Tablo 4.7). Çalışma sonuçlarının Üİ olma durumu ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki olması açısından araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftası 29-40 hafta olanlarda Üİ olanların oranı %63.3 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7). Üİ durumu ile gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. İnal (2019)'ın yaptığı bir çalışmada gebelerin %73.4'ünün 36. hafta ve üzerinde gebe olduğu ve Üİ ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucumuz İnal'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Gebelik haftası ilerledikçe Üİ görülme oranı artmaktadır. Bu durum fetal başın angaje olması esnasında mesaneye olan basısı ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda Üİ bulgusu belirlenen gebelerin, Üİ tiplerine göre dağılımı incelendiğinde miks tipi Üİ %35.7, SÜİ %31.6, urge Üİ ise %4.1 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Durmaz (2019)'ın yaptığı bir araştırmada kadınların %51.9'unda miks tipi Üİ, %29.4'ünde SÜİ, %18.8'inde urge Üİ olduğu, Çiftci (2009)'nin araştırmasında kadınların %26.8'inde SÜİ, %8.4'ünde urge Üİ ve %64.8'inde miks tip Üİ olduğu, Zhu ve ark. (2009) yaptığı çalışmada %61'inde SÜİ,

%8''inde urge Üİ ve %31''inde miks tip Üİ olduğunu, Kök ve ark. (2006)'nın yaptığı bir çalışmada %40 SÜİ, %36.4 miks tip Üİ, %15.2 urge Üİ, Özkan ve Sapmaz (2015)'in yaptığı çalışmada ise en fazla urge Üİ görülmüştür. Çalışma sonuçlarımız Durmaz ve Çiftçi'nin çalışma bulguları ile benzerlik göstermekte olup diğer çalışmalar ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni çalışmaların farklı bölge ve gruplarla yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3. İYKÖ ve İŞİ'ye İlişkin Sonuçların Tartışılması**

Üriner inkontinans yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi ve sosyal bir sorundur. Araştırmamıza katılan üriner inkontinanslı gebelerin İYKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde sırasıyla davranışların sınırlandırılması; 27.53±4.500, psikososyal etkilenme; 41.40±3.670, sosyal izolasyon; 21.39±2.412 ve İYKÖ toplam puan 90.06±9.358'dir (Tablo 4.6). Ölçekten alınan düşük puan daha kötü yaşam kalitesini gösterirken, yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Özerdoğan ve Beji, 2003). Göral (2014)'ın yaptığı bir çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların İYKÖ alt boyut puan ortalamaları sırayla davranışların sınırlandırılması alt boyutu ortalama 60.00±21.84, psikososyal etkilenme alt boyutu ortalama 59.92±22.71, sosyal izolasyon alt boyutu ortalama 53.72±22.06 ve İYKÖ toplam puan ortalaması ise 61.00±22.06 olduğu belirtilmektedir. Bir başka çalışmada Üİ'li kadınlarda İYKÖ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla davranışları sınırlama; 47.48±26.94, psikososyal etkilenme; 66.75±27.84, sosyal izolasyon; 58.20±29.26 ve İYKÖ toplam puan ortalaması 57.80±25.97 olarak saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2014). İnal (2019)'ın üriner inkontinanslı gebelerde yaptığı bir çalışmada İYKÖ 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. Araştırmamız Göral'ın yaptığı çalışma ile benzerlik göstermekle birlikte Yılmaz ve İnal'ın yaptığı çalışma ile benzerlik göstermemektedir. Bu farkın çalışmanın yapıldığı bölge ve gebelerin davranışsal değişikliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan Üİ'li gebelerin öksürme, hapsirme ve birşeyler kaldırma ile İYKÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.11). Yapılan başka

bir çalışmada SÜİ'ı oluşturan öksürme, hapşırma gibi karın içi basıncın arttığı durumlar ile yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemediği belirtilmiştir (Van der Vaart ve ark., 2002). Bu çalışma sonuçları Van der Vaart'ın çalışma bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte üriner inkontinanslı gebelerin öksürme, hapşırma, birşeyler kaldırma ile günlük yaşamlarının çok fazla etkilenmediği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan üriner inkontinanslı gebelerin yaş grubu ve eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.12). Yapılan başka bir çalışmada kadınların yaşları ve eğitim durumları ile yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Özerdoğan ve Beji, 2003). Yapılan çalışma sonucu bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermekle birlikte yaş ve eğitim düzeyinin üriner inkontinanslı bireylerin yaşam kalitesini üzerine çok fazla etki etmediği düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada üriner inkontinanslı gebelerin gebelik sayıları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmayıp yaşamını etkilemediği belirtilmiştir (Abdullah ve ark., 2016). Çalışmamızda üriner inkontinanslı gebelerin gebelik sayıları ile yaşam kalitesi alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8). Çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi üriner inkontinanslı gebelerin gebelik sayılarının sosyal, kültürel ve psikolojik yaşamlarını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda üriner inkontinanslı gebelerin üriner inkontinans süreleri ile yaşam kalitesi arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.8). Gebelerde Üİ süresi 1 yıl ve altında olan gebelerin psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalamalarının, üriner inkontinans süresi 2-4 yıl aralığında olan gebelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada bir yıldan az süredir üriner inkontinans yaşayanların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu görülmesine rağmen, üriner inkontinanslı yaşama süresinin uzaması bu durumun kadınların yaşam kalitesi üzerinde daha fazla etki etmediği belirlenmiştir (Akgün, 2009). Başka bir çalışmada inkontinans yaşama süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtilmiştir (Özerdoğan ve Beji, 2003). Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermemekle birlikte çalışmaya katılan gebelerin üriner inkontinans yaşama süreleri arttıkça yaşam kalitelerinde aynı

oranda azaldığı söylenebilir. Bunun nedeni olarak gebeliğin getirdiği farklı fizyolojik, psikolojik, hormonal etkenlerinin varlığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki Üİ'lı gebelerin acele bir iş yapma durumu ile İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, öksürme, hapsirme, bir şeyler kaldırma ve fiziksel aktivite yapma durumları ile şiddet indeks puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11). Kaya ve ark.'nın (2015), Üİ'lı kadınlarda yaptığı çalışmada İŞİ değerlendirildiğinde, urge Üİ ve miks Üİ olgularında, SÜİ olgularına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda Üİ gruplandırması yapılmamış olup bulgularımız Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte SÜİ ile inkontinans şiddet indeksi arasında farkın anlamlı olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin doğum sayıları ve BKİ ile İŞİ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.9), (Tablo 4.12). Kaya ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada SÜİ ve miks üriner inkontinanslı kadınların doğum sayıları ve BKİ ile üriner inkontinans şiddet indeksi arasında farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. Üriner inkontinanslı kadınların doğum sayıları ve BKİ arttıkça üriner inkontinans şiddetinde artış görülmesi açısından araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermekte olup Üİ'lı gebelerin doğum sayılarının artması ve ilerleyen kilo artışı ile inkontinansın şiddeti ve miktarında artış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin yarısına yakınınının (%49.3) Üİ'lı olduğu, Üİ sıklığı ve şiddetine bağlı olarak yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği saptamıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Gebelikte üriner inkontinansın görülme durumu ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması  $27.89 \pm 5.82$  olarak saptanmıştır. Gebelerin %30'unun 21-25 yaş aralığında, %35.3'ünün ortaokul mezunu, eşlerinin %42.7'sinin lise mezunu olduğu, %79,0'ının çalışmadığı, %93,3'ünün eşinin çalıştığı, %78'inin çekirdek aileye sahip, %93.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %57.7'sinin aylık gelirinin “yeterli” olduğu, %61'inin ilde yaşadığı, %91.3'ünün kronik hastalığı bulunmadığı ve ortalama BKİ  $27.90 \pm 4,66$  olmakla birlikte %41.3'ünün "fazla kilolu" (BKİ 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
- Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı ortalamasının  $2.36 \pm 1.32$  olduğu, %31.8'inin ikinci gebeliği olduğu, %69.1'inin bir düşüğü olduğu, yaşayan çocuk sayısı ortalamasının ise  $1,56 \pm 0.73$  olduğu ve %54.4'ünün yaşayan çocuk sayısının 1 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Gebelerin %40'ının canlı doğumunun olmadığı, %56.2'sinin vajinal doğum yaptığı, %53.3'üne epizyotomi uygulandığı, %97.8'ine vakum-forseps kullanılmadığı, %14.1'inin iri bebek doğurduğu, %50'sinin 29-40 haftalık gebe olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).
- Çalışmaya katılan gebelerin %88.7'sinin sigara kullanmadığı, %89'unun sebze-meyve tükettiği, %29.7'sinin ise kabızlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Gebelerin %91.7'sinin gebelikten önce idrar kaçırma şikayetinin olmadığı, %49.3'ünün gebelik boyunca idrar kaçırma şikayeti olduğu belirtilmiştir. Gebelerin %57.4'ünün koruyucu metal kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4).
- İdrar kaçırma şikayeti olan gebelerin %55.4'ü ayda birkaç kez idrar kaçırdığı ve %90.5'inin idrar kaçırma miktarı “birkaç damla” şeklinde olduğu belirtilmiştir. %82.4'ü öksürme sırasında, %75'i ise hapsirme sırasında idrar kaçırdığı, idrar

kaçıran gebelerin %90.5'inde ise idrarın kokması korkusu yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 4.4).

- Üriner inkontinanslı gebelerin %35.7'si miks tipi Üİ, %31.6'sı SÜİ, %4.1'i ise Urge Üİ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).
- Üriner inkontinansı olan gebelerin İYKÖ ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt boyut puan ortalamalarının, üriner inkontinansı olmayan gebelerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.6).
- Çalışmaya katılan gebelerin Üİ olma durumu ile eğitim, yaş, sigara kullanımı, kabızlık sorunu olma durumu arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.7).
- Çalışmaya katılan gebelerin Üİ olma durumu ile BKİ, gebelik sayısı ve doğum şekli arasında ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.7).
- Üİ'li gebelerin gebelik haftası ile İYKÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.8).
- Üriner inkontinans süresi 1 yıl ve altında olan Üİ'li gebelerin psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalamalarının, üriner inkontinans süresi 2-4 yıl aralığında olan üriner inkontinanslı gebelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu, gruplar arası farkın anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.8).
- Üİ'li gebelerin yaş grubu, gebelik sayısı, BKİ, doğum şekli, eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve kabızlık durumu ile İYKÖ alt boyutları ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.8).
- Üİ'li gebelerin gebelik sayısı ve canlı doğum sayıları ile İŞİ puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.9).
- Gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, canlı doğum sayıları ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.9).

- Üİ'lı gebelerin doğum şekli, epizyotomi uygulama ve iri bebek doğumu yaşama durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.9).
- Çalışmamızda Üİ'lı gebelerin sigara kullanımı, beslenme şekli ve kabızlık yaşama durumu ile İYKÖ puan ortalaması ve İŞİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.10).
- Gebelikten önce Üİ'lı gebeler ile Üİ'sı olmayan gebelerin İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.11).
- İdrar kaçırma şikayeti 1 yıl ve altında olanlar ve 2-4 yıl aralığında olanlar ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiş ( $p>0.05$ ) olup, İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.01$ ), (Tablo 4.11).
- Üİ'lı gebelerin öksürme, hapşırma, bir şeyler kaldırma ve fiziksel aktivite yapma durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiş ( $p>0.05$ ) olup, gülme durumu ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, acele bir iş yapma durumu ile İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.11).
- Gebelerin idrar kaçırma korkusu, pet/bezden idrar sızacağı korkusu ve sıvı alımını kısıtlama durumları ile İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmış ( $p>0.05$ ), çok gülmekten, fiziksel aktiviteden ve günlük aktiviteden kaçınan gebelerin İYKÖ ve İŞİ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, bir şeyler kaldırmaktan kaçınan gebelerin İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.11).
- Çalışmaya katılan Üİ'lı gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyal güvencesi, aylık gelir durumu, yaşadığı yer ile İYKÖ puan ortalaması ve İŞİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.12).
- BKİ ve eşin eğitim durumu ile İŞİ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), (Tablo 4.12).

## 6.2. Öneriler

Yapılan çalışma sonrasında aşağıda belirtilen konularda öneriler sunulmuştur:

- Üriner inkontinansı önlenme, erken tanı ve tedavinin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşlarında ekip ile birlikte hemşirelerin üriner inkontinans ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, etkin rol almaları, farkındalığın oluşturulması ve duyarlılığın artırılması,
- Hemşireler mesleki rollerini kullanarak üriner inkontinans açısından risk altında olan gebelerin bakım hizmetlerinin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi süreçlerinde aktif rol oynamalı,
- Üriner inkontinanslı gebelere risk faktörlerini önlemeye yönelik ve üriner inkontinansla ilgili herhangi bir sorunla karşılaştıklarında sağlık kuruluşlarına başvurmaları konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Gebeler tarafından genellikle dile getirilmeyen, önemsenmeyen ve gizlenen üriner inkontinansın rahat bir şekilde ifade edilebilmesi, saklanmaması için gerekli önemin gösterilerek uygun ortamın hazırlanması,
- Üriner inkontinansın gelişmemesi için 1. basamak sağlık kuruluşlarında eğitim programları düzenlenerek kadınların özellikle gebelerin bilinçlendirilmesi, Kegel egzersizlerinin öğretilerek yaşam tarzı haline getirilmesi,
- Gebelik sayısı üriner inkontinansa neden olan önemli bir faktör olarak düşünülmektedir. Bu nedenle planlı olmayan doğumların engellenmesi için aile planlaması konusunda ilgili kurumlarca danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Gebelik sürecinde üriner inkontinans süresinin uzaması yaşam kalitesini ciddi oranda düşüreceğinden en kısa sürede tedavi yöntemlerine başvurulmalı,
- Beden kitle indeksinin 30 ve üzeri olması üriner inkontinansa yatkınlığı arttıracığından gebelerin normal sınırlarda kilo alımının desteklenmesi önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- Abdullah B, Ayub SH, Zahid AZ, Noorneza AR, İsa RM, Ng PY. (2016). Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Pages*, 198, 110-115.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International continence society. *Neurourol Urolyn*, 21(2),167-78.
- Aggozzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, Vita D, ve ark. (2000). Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city innorthern. Italy. *Urology*, 56, 245-249.
- Akgün G, Süt N, Kaplan PB. (2010). 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecol Obstet*, 20, 378-86.
- Akgün G. (2009). 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Altınay SA, Aydemir Ç, Gökal E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1), 11-8.
- Altınparmak S. (2006). Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 5(6), 416-23.
- Altıntaş R, Beytur A, Oguz F, Tasdemir C, Kati B, Cimen S. (2013). Assessment of urinary incontinence in the women in eastern Turkey. *International Urogynecol Journal* , 24(11), 1977-82.
- Anafarta K, Göğüş O, Bedük Y, Arıkan N. (1998). Temel Üroloji. Ankara: Güneş Kitapevi. 11-20, 411-42.
- Antonakos CL, Miller JM, Sampsel CM. (2003). Indices for studying urinary incontinence and levator ani function in primiparous women. *Journal Clinical Nursing*, 12(4), 554-61.

- Aşkar N. (2007). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunda epidemiyoloji. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 3(48), 1-4.
- Ateşkan U, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. (2000). Yaşlı Türk populasyonunda üriner inkontinans görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatry*, 3, 45-50.
- Ateşkan Ü. (2004). Geriatrik üriner inkontinans. *Aktüel Tıp Dergisi Geriatri Özel Sayısı*, 2(3), 20-5.
- Başak T, Kök G, Güvenc G. (2013). Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International Nursing Review*, 60, 448-60.
- Bayramova S. (2008). Gebelikte Önerilen Kegel Egzersizlerinin Pelvik Taban Kaslarına, Alt Üriner Sistem Sistem Semptomlarına ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Beji NK, Çayır G. (1998). Üriner inkontinans ve pelvik relaksasyon problemleri nedeniyle ameliyat olan hastalara yönelik el kitapçığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Beji NK, Özbas A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan HA. (2010). Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing Journal*, 30,327-34.
- Beji NK. (Ed.) (2002). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık.
- Berzuk K. (2007). A strong pelvic floor: how nurses can spread the word. *Nursing Womens Health*, 11(1),54-61.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. (2008). Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 28, 487-93.
- Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tıraş B, ve ark. (2006). Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *International Urogynecology Journal And Pelvic Floor Dysfunction*, 17, 604-10.

- Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. (2010). Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International Urogynecol Journal*, 21(2), 193-202.
- Brown SJ, Sawaya G, Thom HD, Grady D. (2000). Hysterectomy and urinary incontinence. A Systematic Review. *Lancet*, 356 (9229), 535-539.
- Buckley BS, Lapitan MC. (2010). Epidemiology committee of the fourth international consultation on incontinence. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children-current evidence: findings of the fourth international consultation on incontinence. *Urology*, 76, 265-70.
- Can E, Bülbül A, Uslu S, Güran Ö, Nuhoğlu A. (2010). Neonatal yoksunluk sendromu. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. *Neonatoloji Kliniği, Tıp Bülteni*. 44, 124-127.
- Carls C. (2007). The prevalence of stress urinary incontinence in high school and collegeage female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urologic Nursing*, 27(1), 21-4.
- Chaliha C, Stanton SL. (2002). Urological problems in pregnancy. *BJU International*, 89, 469-76.
- Coşkun A. (2002). Alt üriner sistem anatomi ve fizyolojisi kontinans mekanizması, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. Beji NK.(Ed.). İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5.İstanbul. Emek Matbaacılık, 1-29.
- Culligan P, Heit M. (2000). Urinary inkontinence in women: evalution and management. *American Fawisemily Physician* , 62, 2433-2452.
- Çetinel B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanılama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 31, 246-52.
- Çiftçi Ö. (2009). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Çoban A, Şirin A. (2003). Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Geriatri*, 6(2), 80-3.

- Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata S, Harma M, ve ark. (2016). What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? *PeerJ Journals*, 4, 1-19.
- Demirci H, Beji NK. (2002). Üriner inkontinans tedavisinde uygulanan konservatif tedavi yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul. 1. Baskı, Emek Matbaacılık. S: 102-108.
- Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:7, Sayı:19.
- Dikencik BK. (2002). Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. Beji NK. (Ed.). İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, 29-49.
- Dinç A, Beji NK. (2008). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *G.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 16 (62), 143-149.
- Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo-Arvizu R, Kramer H, ve ark. (2008). Urinary incontinence prevalence: Results from the national health and nutrition examination survey. *Journal of Urology*, 179, 656-61.
- Dowling-Castronovo A. (2001). Urinary incontinence assessment. *Practices in Nursing Care to Older Adults*. 11, 1-2.
- Durmaz Ö. (2011). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Merkezde Yaşayan 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Dursun P, Doğan NU, Kolusari A, Doğan S, Uğur MG, Kömürcü O, ve ark. (2014). Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: Analysis of 6.473 women. *Urologia Internationalis*, 92, 209-14.
- Dursun P. (2009). Türkiye’de üriner inkontinansın prevalansı: Çok merkezli çalışma. Ulusal Urojinekoloji Kongresi. P, 53.
- Efe H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Kliniği, İstanbul.

- Ege E, Akin B, Altuntuğ K, Benli S, Arioğ A. (2008). Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. *Urologia Internationalis Journal*, 80(4), 355-61.
- Erbil N, Taş N, Uysal M, Kesgin A, Kiliçarslan N, Gökaya Ü. (2011). Urinary incontinence among pregnant Turkish women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27(3), 586-590.
- Ergen A, Arıkan N, Arslan M. (2000). Jinekolojik Üroloji. Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N.(Ed.). Temel Üroloji. Ankara. Güneş Kitabevi. S:409-446.
- Erkan HA, Beji NK. (2002). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. Beji NK.(Ed.). Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul. Emek Matbaacılık. S:123-127.
- Eskiyurt N, Karan A. (2000). Üriner inkontinansda fizik tedavi ve rehabilitasyon, ürojinekoloji. Güner H.(Ed.). Ankara. Atlas Kitapçılık. S:135-155.
- Göral S. (2014). Akdeniz Bölgesi Huzurevlerinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Gözükara F, Koruk İ, Kara B. (2015). Urinary incontinence among women registered with a family health center in the southeastern anatolia region and the factors affecting its prevalence. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 45, 931-9.
- Graham DS. (2006). Glenn Ürolojik Cerrahi. (Arıkan N. Çev.). İstanbul.6. Baskı. Güneş Kitabevi. S:293.
- Granese R, Adile B. (2006). Urinary incontinence in pregnancy and in puerperium: 3 months follow-up after delivery. *Obstetrics and Gynecology Journal*, 863-872.
- Güler CT, Yağcı N. (2006). Kadın üriner inkontinansı ve fizyoterapi yaklaşımları. *Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11,1302-3055
- Güler CT. (2006). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Güenalp S, Özyüncü Ö, Salman C. (2008). Ürojinekoloji. Ayhan A, Durukan T, Güenalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H ve ark. (Ed.). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:907-26.

- Günay S, Yazıcı G, Yalçın Ö. (2002). Üriner inkontinansı olan gebelerde ürodinamik değerlendirme sonuçlarımız. 2 Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, 12-17 Nisan, İstanbul.
- Güner H. (2008). Ürojinekoloji ve pelvik rekonstrüktif cerrahi. Ankara. 2. Baskı. Güneş Tıp Kitapevleri.
- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. (2000). Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(1), 54-7.
- Hazar H, Şirin A. (2008). İnkontinans şiddet indeksinin geçerlik ve güvenilirliği çalışması. Klinik Araştırma. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3), 5-8.
- Hunskar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U, ve ark. (2004). Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse, incontinence. Abrams P, Cardozo L, Wein A. and et all. (Ed.). International Consultation on Incontinence, June, 26-29, Monte Carlo, Monaco, 272-280.
- İnal CG. (2019). Gebelikte Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- İnci K, Ergen A. (2010). Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(1), 59-66.
- Johnson CE. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267- 1284.
- Karaçam Z. (2003). Kadınlarda üriner inkontinans: Üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemsirenin rolü. *Sendrom*, 15,112-7.
- Karadakovan A, Kaymakçı G. (2010). Üriner sistem hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE. (Ed.). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana. Nobel Kitabevi. S: 919-921.
- Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın Ö, Eskiuyurt N. (2000). Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3(3), 102-106.
- Karan A, Eskiuyurt N. (2002). Üriner inkontinansda fizik tedavi ve rehabilitasyon, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. Beji NK. (Ed.). İstanbul.

- İstanbul Üniversitesi Yayın No:4339, Florence Nightingale. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık. S: 129-146.
- Karan A. (2009). Üriner inkontinansda konservatif tedavi rehabilitasyon programları. Yalçın Ö. (Ed.). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S: 305-15.
- Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksaç S. (2015). Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 2(3),93-101.
- Kelleher C. (2001). Quality of life and urinary incontinence. Cardozo LD, Staskin D. (Ed.). Textbook of Female Urology and Urogynecology, Isis Medical Ltd, London. S: 47-58.
- Kılıçarslan S. (2008). Edirne Şehir Merkezinde Ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Kinchen KS, Lee J, Fireman B, Hunkeler E, Nehemiah JL, Curtice TG. (2007). The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. *Journal Womens Health (Larchmt)*, 16(3), 415-22.
- Kocaöz S, Eroğlu K. (2009). Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Sciences*, 1, 94-102.
- Kocaöz S, Talas MS, Atabekoglu CS. (2010). Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal Clinical Nursing*, 19(23-24), 3314-23.
- Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. (2012). Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 39, 431-9.
- Kocaöz S. (2001). Etimesgut II Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Koçak M, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beşer E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology*, 48, 634-41.

- Konstantinos H, Eleni K, Dimitrios H. (2006). Dilemmas in The Management of Female Stress Incontinence: The Role of Pelvic Floor Muscle Training. *International Urology and Nephrology Journal*, 38, 513-525.
- Korur A. (2008). Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları. Uzmanlık tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- Kök G, Şenel N, Akyüz A. (2006). GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 132-136.
- Kök G. (2005). Gata Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Kütmeç C. (2009). Sexual disfunction in women and nursing care. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4, 111-36.
- Lange R, Walther D, Casper F, Krakeshaus DRK. (2000). Changes of the pelvic floor during pregnancy-A longitudinal study of 38 pregnant women. *Neurourology and Urodynamics*, 19, 4.
- Leroy Lda S, Lopes MH. (2012). Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 346-53.
- Lesniczak B, Krasomski G, Stelmach W, Kowalska A. (2007). Urinary Incontinence in Women as A Health and Social Problem. *Advances in Medical Sciences*, 52, (1), 93-96.
- Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Lubner KM. (2006). Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*, 107(6), 1253-60.
- Menefee SA, Wall LL. (2004). İnkontinans, prolapsus ve pelvik taban hastalıkları. Güner H, Bingöl B. (Ed.) Novak Jinekoloji. S:645-685.
- Mihmanlı V, Yüksel İT. (2013). Geriatrik hastalarda jinekolojik sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29, 127-31.
- Monz B, Pons ME, Hampel C, Hunskar S, Quail D, Samsioe G, ve ark. (2005). Patient-reported impact of urinary incontinence - Results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas Journal*, 52, 24-34.



- Moore KH. (2000). Conservative management for urinary incontinence. *Baillieres Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(2), 251-89.
- Morkved S, Salvesen KA, Bo K, Eik-Nes S. (2004). Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women. *International Urogynecol Journal Pelvic Floor Dysfunct*, 15, 384-390.
- Newman D. (2003). Medical advancement in the treatment of incontinence, combined sections meeting, Tapma.
- Oliveira E, Zuliani LM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SS, Souza AM, ve ark. (2010). Evaluation of factors related to the occurrence of female urinary incontinence. *Revista da Associação Medica Brasileira*, 56(6), 688-90.
- Oskay ÜY. (2002). Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi, Beji NK. (Ek.). Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul: Emek matbaacılık. S,6172.
- Özcan H, Beji NK. (2014). Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 29, 236-8.
- Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. (2011). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı bölgesi'nde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecol Obstet*, 21(4), 266-7.
- Özdemir S, Çelebi İ, Nurulloğlu N, Ark CH. (2006). Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı. *Genel Tıp Dergisi*, 16(2), 49-52.
- Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın Ö. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 58, 145-50.
- Özerdoğan N, Beji NK. (2003). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 13,51, 37-50.
- Özerdoğan N. (2003). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi, *Hemşirelik Dergisi*, 13, 51, 87-92.

- Özkan ZS, Sapmaz E. (2013). Reprodüktif çağdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. *The Journal Of Kartal Training and Research Hospital*. 26(2), 101-10.
- Öztürk GB, Karan A. (2007). Üriner inkontinans patogenezi. Işık AT, Doruk H, Bozoğlu E, Ouslander JG. (Ed.). Geriatrik olgularda üriner inkontinans. Ankara. SFN televizyon tanıtım tasarım yayıncılık, 44-48.
- Pabuçcu R. (2000). Pelvik Relaksasyon ve Urojinekoloji, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı, GATA basımevi. S: 549-55.
- Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V. (2003). Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110, 927-33.
- Parazzini F, Colli E, Origgi G, Surace M, Bianchi M, Benzi G, ve ark. (2000). Risk factors for urinary incontinence in women. *European Urology*, 37, 637-43.
- Patrick D.L., Martin M.L., Bushnell M., et.al. (1999). Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: Further Development of the Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL). *Urology*, 53,71-76.
- Persson J, Hansen PW, Rydhstroem H. (2000). Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: A populationbased study. *Obstet Gynecol*, 96(3), 440-445.
- Potter AP, Perry GA. (2001). Fundamentals of Nursing. Fifth Ed. Philadelphia USA: Mosby, 1384-98.
- Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. (2005). Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2, 37-42.
- Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. (2000). Aseverity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn*, 19, 137-45.
- Sarı D, Khorsid L. (2009). The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 36 (4), 429-435.
- Semeltzer CS, Bare GB. (2000). Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott. S:1083- 1100.
- Shah J, Leach G. (2001). Üriner Kontinans (Dursun NA, Çev.). İstanbul; Şan Ofset. S:7-58.

- Siddighi S, Hardesty SJ. (2007). Ürojinekoloji ve pelvik rekonstrüktif cerrahi, temel bilgiler. (Yalçın Ö, Çev.). 1. Baskı. Ankara; Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık.
- Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bo K. (2011). Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *International Urogynecology Journal*, 22 (12), 1497-503.
- Smith PP, McCrery RJ, Appell RA. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (10),1233-1240.
- Song YF, Zhong WJ, Song JXu B. (2005). Prevalanc and risk factors of urinary incontinence in Fushou Chinese women. *Chinese Medicine Journal*, 118 (11), 887-92.
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2009). Biyoistatistik. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi. S:245-266.
- Süt HK. (2015). Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4: 292-30.
- Şenturan L. (2010). İnkontinas ve inkontinansı olan hasta bakımı. Sabuncu N, Ay FA. (Ed.). Klinik beceriler, sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi. İstanbul: Nobel Matbaacılık. S:612-622.
- Şentürk Ş, Kara M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17, 7-11.
- Tanaka J, Fukui J. (2000). An approach to prevention of urinaryincontinence- Effectiveness of guidance on training of pelvic floor for pregnant women. ICS 2000 International Continence Society Annual Meeting, Tampere. Finland.
- Terzi H, Terzi R, Kale A. (2013). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 52(1), 15-19.
- Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V. (2012). A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *European Journal Obstet Gynecol Reprod Biol*, 160 (1), 110-5.

- Valeton CT, do Amaral VF. (2011). Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *International Urogynecology Journal*, 22 (7), 813-8.
- Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van Der Bom JG, Heintz AP, Van Der Vaart CH. (2006). How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? *Neuourology and Urodynamics*, 25, 135–9.
- Van der Vaart CH, Leeuw JR, Roovers JP. (2002). The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU International*, 90, pp. 544-549.
- Viktrup L. (2002). The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neuourology and Urodynamics*. 21, 2-29.
- Wesnes SL, Rortveit G, Bo K, Hunskaar S. (2007). Urinary incontinence during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 109 (4), 922-8.
- Woldringh C, Wijngaart van den, M, Heitner PA, Nijehold A, Janssen TL. (2007). Pelvic floor muscle training is not effective in women with UI in pregnancy: A randomisedcontrolled trial. *The International Urogynecology Journal*, 18(4). 383-390.
- Yağcı N, Can T, Özkan S. (2003). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner Sistem Problemlerinin İncelenmesi: Ön Rapor, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Poster, İstanbul.
- Yağmur Y, Ulukoca N. (2010). Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey. *International Journal Gynaecol Obstet*, 108, 224-7.
- Yalaz M, Cetin H, Akisu M, Aydemir S, Tunger A, Kültürsay N. (2006). Neonatal nosocomial sepsis in a levelIII NICU: evaluation of the causative agents and antimicrobial susceptibilities. *Turk Journal Pediatr*, 48, 13-18.
- Yalçın Ö, Timur S, Özbas A, Özerdoğan N, Aslan E, Beji NK. (2011). Urinary incontinence prevalence and risk factors in women aged 20 and over in Malatya. *International Journal of Urological Nursing*, 5, 65–72.
- Yalçın Ö. (2000). Pelvik taban bozukluklarının fizyopatolojisi. Güner H.(Ed.). Ürojinekoloji. Ankara. Atlas Kitapçılık. S,11-18.

- Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F. (2009). Kadınlarda stres üriner inkontinans ve konservatif tedavi yaklaşımları. *The Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 12, 42-50.
- Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. (2014). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2, 1-14.
- Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause Journal*, 16(4), 831-6.

## EKLER

### EK-1 Kişisel Bilgi Formu

#### Sosyo-Demografik Özellikler:

1-Yaş: ..... Boy: ..... Kilo: .....

2.Aile Tipi

(..) Çekirdek aile (..) Geniş aile

3. Eğitim durumunuz nedir?

(..)İlkokul (..) Ortaokul (..) Lise (..) Üniversite (..) Lisansüstü

4.Çalışıyor musunuz?

(..) Evet (..) Hayır

5.Eşinizin Eğitim Durumu

(..) İlkokul (..) Ortaokul (..) Lise (..) Üniversite (..) Lisansüstü

6.Eşiniz çalışıyor mu?

(..) Evet (..) Hayır

7.Sosyal güvenceniz var mı?

(..)Var (..) Yok

8.Yaşadığınız yer ?

(..) İl (..) İlçe (..) Köy

9- Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

(..) Yeterli (..) Kısmen yeterli (..) Yetersiz

10-Kronik bir hastalığınız var mı?

(..) Evet .... (..) Hayır

11-Geçirilmiş bir ameliyat var mı?

(..) Evet (..) Hayır

#### Gebelik Ve Doğum Öyküsüne İlişkin Sorular:

12- Kaçınıc Gebelik haftasındasınız? .....

## EK-1 Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

1-12 hafta       13-28 hafta       29-40 hafta

Gebelik sayısı:

Düşük sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

Son doğum şekli:

13- Kaç kez canlı doğum yaptınız?

Hiç     Bir     İki     Üç ve daha fazla

Cevabınız 'Hiç' ise 18. Soruya geçebilirsiniz.

14- Doğum şekliniz nasıldı?

Vajinal     Sezaryen     Vakum/ Forseps (müdahaleli)

15- Doğumlarınızda epizyotomi uygulandı mı?

Evet       Hayır

16- Doğumlarınızda vakum, forseps kullanıldı mı?

Evet       Hayır

17- İri bebek (4000 gr üzerinde) doğumu oldu mu?

Evet       Hayır

### **Alışkanlıklarınız:**

18- Sigara kullanıyor musunuz?

Evet       Hayır

19- Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

Evet       Hayır

20- Daha çok hangi tip besinleri tüketirsiniz?

Sebze- meyve     Yağlı     Hamur işi     Lifli besinler

### **İdrar Kaçırmaya Yönelik Sorular:**

21- Gebelikten önce idrar kaçırma sorunuz var mıydı?

Evet       Hayır

## EK-1 Kişisel Bilgi Formu (Devamı)

22- Gebelik boyunca hiç idrar kaçırma şikayeti yaşadınız mı ?

(..) Evet (..)Hayır

**Evet ise 23. (bir sonraki soru) soru ile cevabınız hayır ise 27. Soru(son soru-ölçek) ile devam ediniz.**

23- İdrar Kaçırma Şikâyetiniz ne zamandır var?

( ) 1 yıl ve altı ( ) 2-4 yıl ( ) 5-7 yıl ( ) 7 yıl ve üzeri

24- İdrar kaçırdığınız için ped, bez ya da koruyucu materyal kullanıyor musunuz?

(..) Evet Ne tür: ..... (..) Hayır

25-Aşağıdaki hangi aktiviteler sırasında altınızı ıslattınız veya idrar kaçırdığınız oluyor?

(..) Öksürme ( ) Bir şeyler kaldırma

(..) Hapşırma ( ) Fiziksel aktivite  
(Egzersiz)

(..) Gülme ( ) Acele bir iş yapma

(..) Yataktan kalkma ( ) Cinsel ilişki

(..) Merdiven çıkma

26-İdrar kaçırma nedeniyle aşağıdaki hangi durumları yaşıyorsunuz?

(..) İdrar Kokma Korkusu

(..) Pet/bezden idrar sızacağı korkusu

(..) Çok gülmekten kaçınma

(..) Bir şeyler kaldırmaktan kaçınma

(..) Fiziksel aktiviteden kaçınma

(..) Günlük aktivitelerden kaçınma(ev işi, alışveriş.. )

(..) Sıvı alımını kısıtlama

(..) Cinsel ilişkiden kaçınma



## EK-2 İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

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

### **EK-3 İnkontinans Şiddet İndeksi**

#### **Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?**

1. Ayda bir kez den az
2. Ayda birkaç kez
3. Haftada birkaç kez
4. Her gün veya her gece

#### **Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?**

1. Birkaç damla
2. Küçük lekeler
3. Daha fazla

#### **Şiddet indeks skoru:**

1-2 puan: Hafif      3-6 puan: Orta      8-9 puan: Şiddetli      12 puan: Çok şiddetli

**( Skor, birinci sorudaki puan ile ikinci sorudaki puanın çarpılması ile elde edilir.)**

## **EK-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Ben Esra KESKİN, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN danışmanlığında “Gebelikte Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkisi” isimli çalışmayı yürütmekteyim. Bu araştırma amaç, gebelikte üriner inkontinans görülme durumu ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Bu çalışmada size **veri toplama formu (anket)** yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre **20 dk** olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı **300** 'dür.

Araştırma için Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'den gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada sizin için hiç bir risk bulunmamaktadır. Çalışmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Soru formlarına isim yazmanız gerekmekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **Esra KESKİN'e** başvurabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla...

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin çalışmada kullanılması konusunda

#### **EK-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu (Devamı)**

araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı: Esra KESKİN

İş Adresi: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

Telefonu:

E-Posta: esrakzlyrt@hotmail.com

Tarih ve İmzası:

## EK-5 İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı

### Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK

ESRA KIZILYURT

19.07.2017 Çar 23:49

nozerdogan@ogu.edu.tr ✓

↶ ↷ →

Sayın Hocam, ben Esra KIZILYURT.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tezimd Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği' ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeği kullanmama dair izin verdiğiniz belgelenen bir yazı gönderirseniz çok memnun olurum.

İlginize teşekkür ederim hocam.

İyi çalışmalar.

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

NÖ

nebahat özerdoğan <nozerdogan@ogu.edu.tr>

20.07.2017 Per 10:42

Siz ✓

↶ ↷ →

Sayın Esra KIZILYURT,

Yüksek Lisans tez çalışmanızda İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği' ni kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda kolaylık ve başarılar diliyorum.

Kolay gelsin.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

## EK-6 İnkontinans Şiddet İndeksi İzin Yazısı

### İnkontinans Şiddet İndeksi

EK

ESRA KIZILYURT

18.07.2017 Sal 18:36

hazarhale@gmail.com

↩ ↪ → ...

Sayın Hocam, ben Esra KIZILYURT.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans

öğrencisiyim. Tezimde 'İnkontinans Şiddet İndeksi' ni izniniz olursa kullanmak istiyorum. Kullanabileceğime dair izin verdiğiniz belgelenen bir yazı gönderirseniz çok memnun olurum.

İlginize teşekkür ederim hocam.

İyi çalışmalar.

HH

Hale Uyar Hazar <hazarhale@gmail.com>

19.07.2017 Çar 18:00

Siz

↩ ↪ → ...

Sevgili Esra 'İnkontinans Şiddet İndeksi' ni tezinde kullanmanın hiçbir sakıncası yoktur, kullanabilirsiniz. Şimdikten elinize sağlık.

--

Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR

Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi


Ebelik Bölümü

AYDIN

TEL: 0 256 213 88 66-125

FAX: 0 256 212 42 19

## EK-7 Kurum İzin Yazısı

  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ordu İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ORDU İL KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ  
BİLGİ YERİ  
KURUM BİLGİSİ  
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
KURUM BİLGİSİ  
KURUM BİLGİSİ

Sayı : 43087058-772.02  
Konu : Araştırma İzni Hk./Esra KIZILYURT

**DAĞITIM YERLERİNE**

İlgi: 04/08/2017 tarihli ve 43087058-18100 sayılı yazı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 15540200011 nolu Yüksek Lisans öğrencisi Esra KIZILYURT'un "Gebelerde Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmasının sağlık tesislerimizde hizmeti aksatmayacak şekilde çalışmanın yürütülmesi, ankete katılacakların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla uygun görülmüştür. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.  
Op.Dr.Mithat KIVRAK  
Genel Sekreter

**EKLER:**  
ARAŞTIRMA İZNI

Dağıtım:  
Gereği:  
S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

Bilgi:  
Ordu Üniversitesi Rektörlüğü(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Güvenli Elektronik İmza  
Aşık ile Aynıdır.  
06.09.2017  
Mithat KIVRAK  
Tebekayen

Genel Sekreter Mithat KIVRAK  
Bilgi için: Sofiyem H HAN  
Ünvan:HEMŞİRE  
Telefon No: 04520606010

© 2017 Tüm hakları saklıdır. http://e-nedice.saglik.gov.tr adresinden 756 7069 8321-3714-39a5-428d68ca2133 kodu ile onaylanmıştır.

## EK-7 Kurum İzin Yazısı (Devam)

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği		ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI	
ÇALIŞTIRILAN ADI/ŞİŞE ADI	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAKI TARİH
Esra KIZILYURT	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Ulubey Devlet Hastanesi)	S.B.Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi EK Hizmet Binası	1 Ağustos 2017-1 Ağustos 2018
ÜRSER ÜRSER ÖZGÜRBAN			"Gebelerde Doğum Mikrobiyolojisi Kalite Güvencesi"

Kurumta, malolan adı geçen çalışmaları, anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılımı, kişisel verilere özen gösterilmesi, yapılacak çalışma Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında iflan edilmemesi kaydıyla 25.08.2017 tarih ve 43087058 - E.2439 sayılı yazı ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Kurumunda bulunan ilgililere ve diğer evraklara istinaden uygun görülmüştür. 25.08.2017

*Ömer*  
Ömer ÇAKIR  
Üzman  
Uygundur/Uygundur Geçilmiştir.

*Arman*  
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreteri  
İdari Hizmetler Başkanı  
Uygundur/Uygundur Geçilmiştir.

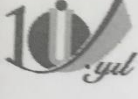
*Mehmet Sadık SEÇER*  
Mehmet Sadık SEÇER  
Uygundur/Uygundur Geçilmiştir.

*Op. Dr. Mithat KIVRAK*  
Op. Dr. Mithat KIVRAK  
Genel Sekreter  
Uygundur/Uygundur Geçilmiştir.



## EK-8 Etik Kurul Onayı

Ordu Üniversitesi - Ordu Üniversitesi  
Rektörlüğü - Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Mühürhanlığı  
03.11.2017 13:42  
Sıra: 91130266-300-E-00000153086  
0000153086

 **ORDU  
ÜNİVERSİTESİ**

T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
26/10/2017	21	15.30	125

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**KARAR NO: 2017/ 125**

Sorumlu yürütücü Yrd.Doç.Dr. Ebru ŞAHİN'in KAEK 119 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Gebelikte Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-izmalıdır

Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Esra KESKİN  
**Doğum Yeri** : SAMSUN  
**Doğum Tarihi** : 13/08/1991  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**E-posta** : esrakzlyrt@hotmail.com  
**İletişim Bilgileri** :

### Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Giresun Üniversitesi	2009- 2013
Y. Lisans	Hemşirelik Anabilim Dalı/ Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2016- 2019

### İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ordu Ulubey İlçe Devlet Hastanesi	2013
Hemşire	Samsun Gazi Devlet Hastanesi	2017
Hemşire	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi	2018- Halen

### Yayımlar

1.