

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE TRİMESTERLERE GÖRE
ÜRİNER İNKONTİNANS, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

CEMRE GÖKALP

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970047

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE TRİMESTERLERE GÖRE
ÜRİNER İNKONTİNANS, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNİN
İNCELENMESİ**

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CEMRE GÖKALP

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üye. Dilek BİLGİÇ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970047

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Cemre
GÖKALP ‘**Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinans, Etkileyen Faktörler ve
Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**’ konulu Yüksek Lisans tezini 27.05.2019 tarihinde başarılı
olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

BAŞKAN
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)



Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT
ÜYE
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)



Dr. Öğr. Üye. Nuray EGELİOĞLU
ÜYE
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi SBF
Hemşirelik Bölümü)

Dr. Öğr. Üye. Hande DAĞ
YEDEK ÜYE
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Gül ERTEM
YEDEK ÜYE
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kontinans Mekanizması.....	6
2.1.1. Depolama Fazı	7
2.1.2.İşeme Fazı.....	8
2.2. Üriner İnkontinans.....	8
2.2.1. Üriner İnkontinans Tanım ve Sınıflandırması.....	8
2.2.2. Üriner İnkontinans Prevalansı.....	9
2.2.3. Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri.....	10
2.2.4. Üriner İnkontinans Tanısı.....	15
2.2.4.1. Anamnez.....	15
2.2.4.2. Mesane Günlüğü	15
2.2.4.3. Fizik muayene	16
2.2.4.4. Ürojinekolojik testler	16
2.2.4.5. Ürodinamik laboratuvar testleri.....	16
2.2.5. Üriner İnkontinans Tedavisi.....	17
2.2.5.1. Konservatif Yöntemler.....	17
2.2.5.2 Medikal Tedavi	19
2.2.5.3. Cerrahi Tedavi	19

2.3. Gebelikte Üriner İnkontinans.....	20
2.3.1. Gebelikte Pelvik Taban ve Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler	20
2.3.2. Gebelikte Üriner İnkontinans Prevalansı ve Yaşam Kalitesi.....	21
2.3.3. Ürojinekoloji Alanında Hemşirelik	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	25
3.4. Çalışma Materyali.....	26
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1. Genel Anket Formu (Ek 1)	27
3.6.2. İdrar Kaçırma Sorgulama Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form- ICIQ-SF) (Ek 2)	27
3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (Incontinence Quality of Life- I-QOL) (Ek 3).....	28
3.7. Araştırma Planı.....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.10. Etik Kurul Onayı.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Gebelerde Trimesterlere Göre Üİ (Sıklık ve Miktar) ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	39
4.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	42

5. TARTIŞMA.....	49
5.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
5.2. Gebelerde Trimesterlere Göre Üİ (Sıklık Ve Miktar) ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57
6.2.1. Uygulamaya yönelik öneriler.....	57
6.2.3. Araştırmacılara yönelik öneriler.....	57
7. KAYNAKLAR.....	58
8. EKLER.....	66
EK-1: Genel Anket Formu.....	66
EK-2: ICIQ-SF Türkçe Versiyonu	68
EK-3: İnkontinans Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (I- QOL).....	69
EK-4: Ölçek Kullanım İzinleri.....	71
EK-5: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	73
EK-6: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Uygulama İzni.....	74
EK-7: Birinci Etik Kurul Onay Yazısı	75
EK-8: Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzni.....	78
EK-9: İkinci Etik Kurul Onay Yazısı.....	79
EK-10: Özgeçmiş.....	82

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Gebelerde trimesterlere göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı.....	32
Tablo 2. Gebelerde trimesterlere göre paritenin dağılımı.....	33
Tablo 3. Multipar gebelerde trimesterlere göre son doğum şekillerinin dağılımı.....	33
Tablo 4. Gebelerde trimesterlere göre Üİ'ye hazırlayıcı faktörlerin dağılımı.....	35
Tablo 5. Gebelerde trimesterlere göre Üİ (sıklık, miktar ve durum) özelliklerin dağılımı.....	37
Tablo 6. Gebelerde trimesterlere göre gestasyonel kilo alımı ve paritenin Üİ sıklığıyla karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. Multiparların trimesterlere göre doğum şeklinin Üİ sıklığıyla karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Gebelerde trimesterlere göre gestasyonel kilo alımı ve paritenin Üİ miktarı ile karşılaştırılması.....	41
Tablo 9. Multiparların trimesterlere göre doğum şeklinin Üİ miktarı ile karşılaştırılması.....	42
Tablo 10. Gebelerin inkontinans yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının trimesterlere göre karşılaştırılması.....	42
Tablo 11. Gebelerde trimesterlere göre Üİ sıklığı ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 12. Gebelerde trimesterlere göre Üİ miktarı ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	45
Tablo 13. İkinci trimesterdeki gebelerde Üİ durumları ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 14. Üçüncü trimesterdeki gebelerde Üİ durumları ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	48

KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DS	: Davranışların Sınırlandırılması
ICIQ-SF	: International Concultation on Incontinence Questionnaire Short Form
ICS	: International Continence Society
I-QOL	: Incontinence Quality of Life
MÜİ	: Miks Üriner İnkontinans
Ort	: Ortalama
p	: İstatistiksel Anlamlılık Değeri
PE	: Psikososyal Etkilenme
PTK	: Pelvik Taban Kasları
Sİ	: Sosyal İzolasyon
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
t	: Student t testi
TP	: Toplam Puan
UÜİ	: Urge Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans
χ^2	: Ki-kare Testi
z	: Mann Whitney U Testi
δ	: Fisher's Exact Test

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım çok değerli danışmanlarım Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ ve Dr. Öğr. Üye. Dilek BİLGİÇ'e,

Başta Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı olmak üzere yüksek lisans eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan tüm anne adaylarına,

Bu süreçte daima yanımda olan, moral ve motivasyon kaynaklarım canım arkadaşlarıma,

Demirci Devlet Hastanesi'nde görevli mesai arkadaşlarıma ve sorumlu hemşireme,

Hayatımın her anında beni sonsuz destekleyen ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan sevgili anneme ve babama,

Saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

Cemre GÖKALP

ÖZET

GEBELİKTE TRİMESTERLERE GÖRE ÜRİNER İNKONTİNANS, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Cemre GÖKALP

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği

cemre.gkalp@gmail.com

Amaç: Bu çalışma gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans (Üİ), etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Polikliniklerine rutin gebelik takibi için başvuran ikinci trimesterden 75, üçüncü trimesterden 120 olmak üzere toplam 195 üriner inkontinanslı gebe dâhil edilmiştir. Gebelerin trimesterlerine göre sosyodemografik, obstetrik özellikler ve Üİ'ye hazırlayıcı faktörler incelenmiş, idrar kaçırma sıklığı, miktarı ve durumlarını incelemek için İdrar Kaçırma Sorgulama Formu (ICIQ-SF), yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için ise İnkontinans Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu (I-QOL) kullanılmıştır. Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 22.0 programına girilmiş, verilerin istatistiksel karşılaştırması için Student t, Ki-kare, Fisher exact test, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: İkinci ve üçüncü trimesterde sırasıyla en sık öksürürken/hapşırırken (%80- 69,2), daha sonra tuvalete yetişmeden (%24- 34,2) idrar kaçırma durumları yaşanmıştır. Yaşam kalitesi toplam puanları ikinci trimesterde $79,45 \pm 15,80$, üçüncü trimesterde $79,81 \pm 16,92$ puandır. İkinci trimesterde multiparların primiparlara göre idrar kaçırma sıklığındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$; $p<0,05$). Gebelerin normal ya da müdahaleli doğum geçirmiş olmaları ve gestasyonel kilo alımı Üİ sıklığını ve miktarını etkilememektedir ($p>0,05$).

Sonuç: Gebelikte trimesterlere göre Üİ'nin yaşam kalitesine etkisi benzerdir. Parite, ikinci trimesterde Üİ sıklığını arttıran bir faktördür. Sık ve çok miktarda idrar kaçırma gebelerin yaşam kalitesini bozar. Hemşireler gebeliğin Üİ oluşumu açısından riskli bir dönem olduğunun farkında olmalı ve gebeleri bu konuda bilinçlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, gebelik, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

FACTORS OF URINARY INCONTINENCE ON PREGNANCY & QUALITY OF LIFE OF PREGNANT WOMEN

Cemre GÖKALP

Objective: The aim of this study was investigate urinary incontinence (UI), affecting factors and quality of life (QOL) compared to trimesters during pregnancy.

Methods: A total of 195 pregnant women with UI, 75 from second trimester and 120 from third trimester who applied to obstetrics clinics of two hospitals for routine pregnancy follow-up were included in the study. Sociodemographic, obstetric characteristics and the factors that prepare for UI were examined according to trimesters of pregnant women. ICIQ-SF and I-QOL forms were used to evaluate UI and QOL. Data were entered into SPSS 22.0 program, Student's t, Chi-square, Fisher exact test, Mann Whitney U test were used.

Results: In second and third trimesters, most common situation was UI while coughing / sneezing (80-69.2%), and then not being able to reach the toilet (24-34.2%). Total QOL scores were 79.45 ± 15.80 in the second trimester and 79.81 ± 16.92 in third trimester. The increase incidence of UI in second trimester compared to primipara was statistically significant ($p=0.01$; $p<0.05$). Type of birth and gestational weight gain didn't affect frequency and amount of UI ($p> 0.05$).

Conclusion: The effect of UI on the QOL was similar in pregnancy compared to trimesters. Parity is a factor that increases the frequency of UI in the second trimester. Frequent and large amounts of UI impair the QOL of pregnant women. Nurses should be aware that pregnancy is a risky period for UI and should raise awareness of pregnant women.

Keywords: Urinary Incontinence, pregnancy, quality of life, nursing

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner inkontinans (Üİ) kadınları fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak etkileyen, yaşam kalitelerini bozan yaygın bir halk sağlığı sorunudur ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir (Hunskar ve ark., 2004; Komeilifar ve ark., 2017; Liu ve ark., 2014). Alt üriner sistem semptomlarının çoğu kalıcı olmamasına rağmen Üİ ilerleyici ve kalıcı olabilmektedir (Balık ve ark., 2016).

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS) tarafından her türlü idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2002; Haylen ve ark., 2009). Üriner inkontinans olguları nedenlerine ve oluş mekanizmasına göre çeşitli biçimlerde sınıflandırılır. Stres üriner inkontinans (SÜİ) sfinkter disfonksiyonu nedeniyle gülme, hapsırma, öksürme gibi karın içi basıncı artıran aktiviteler esnasında istemsiz idrar kaçırma durumudur. Mesane kaslarının aşırı aktivitesi nedeniyle oluşan urge inkontinans (Uİ) ise sıkışma hissi olduğu halde tualete yetişmeden idrar kaçırma söz konusudur. Stres ve urge inkontinansın birlikte bulunduğu tip ise miks üriner inkontinans (MÜİ) olarak adlandırılır (Haylen ve ark., 2009; Terzi ve ark., 2014).

Üriner inkontinans yaygın bir toplum sağlığı sorunu olup dünya çapında kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekle birlikte her 10 kadından birinde mevcuttur (Milsom ve Gyhagen, 2018). Dünyada Üİ prevalansının ülkeden ülkeye değişmekle birlikte %25–45 aralığında olduğu ifade edilmektedir (Milsom ve Gyhagen, 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kadınlarda Üİ görülme sıklığının %21,3-44,8 aralığında değiştiği görülmektedir (Demirci ve ark., 2012; Koçak ve ark., 2005; Kök ve ark., 2006; Özkan, Sapmaz, 2014; Terzi ve ark., 2013).

Üriner inkontinans ile ilgili olarak yaş, obezite, gebelik ve doğum şekli kabul edilen başlıca risk faktörleridir (Uncu ve Özdi, 2009). Özellikle üreme çağında Üİ gelişiminde büyük bir rol oynayan gebelik; anatomik, fizyolojik ve hormonal değişiklikler nedeniyle alt üriner sistemi ve pelvik tabanı etkileyebilmektedir (Wijma ve ark., 2001). Literatürde kadınların ilk Üİ deneyimini gebelikte ya da postpartum dönemde yaşadıkları belirtilmektedir

(Wesnes ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte Üİ görülme sıklığı %21,7 ile %42,4 arasında saptanmıştır (Balık ve ark., 2016; Dağdeviren ve ark., 2018; Demircan ve ark., 2016; Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Kocaöz ve ark., 2010; Kök ve ark., 2016). Beden ağırlığının ve abdominal basıncın artmasıyla gebelik ilerledikçe, birinci trimesterden üçüncü trimestere doğru Üİ şiddeti artma eğilimindedir. Gebelikte hormon üretiminin artması pelvik taban kaslarının ve bağ dokunun relaksasyonuna neden olarak mevcut Üİ şiddetini arttırabilmektedir (Wesnes ve ark., 2010). Rogers ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gebelerde Üİ görülme sıklığının birinci trimesterde %33, ikinci trimesterde %44, üçüncü trimesterde %69 oranında olduğu, sonuç olarak da birinci trimesterden üçüncü trimestere Üİ prevalansının arttığı görülmüştür (Rogers ve ark., 2017). Başka bir çalışmada ise Üİ başlangıcının ikinci trimesterde daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Kissler ve ark., 2016). Gebelikte Üİ oluşmasının yaşamın ilerleyen döneminde sorunun tekrarlama olasılığını arttıracığı da düşünülmektedir (Hvidman ve ark., 2002).

Üriner inkontinanslı kadınlar bu durumu tıbbi bir hastalıktan ziyade gebelik ve doğumun normal bir parçası olarak gördüklerinden genellikle sağlık çalışanlarıyla paylaşmazlar (Başak ve ark., 2013; Beji ve ark., 2010; Wesnes ve ark., 2010). Yaşamı tehdit etmemesine rağmen Üİ, gebe kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Balık ve ark., 2016; Dağdeviren ve ark., 2018; Erbil ve ark., 2011; Kocaöz ve ark., 2010; Rogers ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2014). Erbil ve arkadaşlarının çalışmasında Üİ'li gebelerin %75,3'ünün günlük rutinlerinin etkilendiği, %73,5'inin rahatsızlık hissettiği, %69,3'ünün bir sağlık kurumundan yardım almayı düşündüğü, %52,6'sının yeterli sıvı almayı engellediği, %47'sinin cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilediği, %35,8'inin çevrelerinden kendilerini izole ettiği görülmüştür (Erbil ve ark., 2011). Ayrıca yapılan çalışmalarda gebelikte sık ve çok miktarda idrar kaçırmının yaşam kalitesini azalttığı görülmüştür (Demircan ve ark., 2016; Kök ve ark., 2016; Özengin ve ark., 2017). Demircan ve arkadaşların yaptığı çalışmada Üİ'li gebelerin %58,9'u Üİ'nin yaşam kalitelerini az etkilediğini belirtmektedir. Çalışmada yaşam kalitesinin etkilenme durumlarına bakıldığında; gebelerin %25'inin ped veya koruyucu kullandığı, ev dışı aktivitelere katılımın %23,2, genel sağlık durumunun %12,5, cinsel ilişkinin %12,5, iş performansının ve arkadaşlıkların %8,9 oranında etkilendiği görülmüştür (Demircan ve ark., 2016). Sonuç olarak Üİ sorunu yaşayan gebelerin günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları, sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir.

Dünya çapında kadınlarda Üİ popöler bir konu olmasına rağmen gebelerde trimesterlere göre Üİ ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır ve ülkemizde de durum benzerdir (Demircan ve ark., 2016; Kocaöz ve ark., 2010; Kok ve ark., 2016). Hemşireler danışman, eğitimci ve bakım verici rolleriyle gebelik döneminde kadınlara yardım edebilecek multidisipliner ekibin önemli bir üyesidir. Bu açıdan gebelerde üriner inkontinansı etkileyen faktörleri ve Üİ'nin gebenin yaşamına etkilerini bilmek önemlidir. Bu sayede trimesterler arası çıkabilecek olası farklılıkların bilinmesi uygun koruyucu hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacaktır. Bu yüzden toplumda, Üİ tanınması, değerlendirilmesi, izlemi ile Üİ'tan korunmada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Kök, Şenel ve Akyüz, 2006). Hemşirelerin Üİ konusunda farkındalığının artması ve gebeleri uygun eğitimlerle bilgilendirmesi yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyebilecektir. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalara ek olarak literatüre, sağlık politikalarının ve eğitimlerin düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; gebelerde trimesterlere göre üriner inkontinansı, etkileyen faktörleri ve üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans (sıklık, miktar ve durum) nasıldır?
- Gestasyonel kilo alımı, parite ve son doğum şekli gebelikte görülen üriner inkontinansı etkiler mi?
- Gebelikte görülen üriner inkontinansın (sıklık, miktar ve durum) yaşam kalitesine etkisi nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KONTİNANS MEKANİZMASI

Üriner kontinans, idrarı mesanede tutabilme yeteneğidir (Walters, 1989). Kontinansın sağlanması için miksiyon haricinde üretral basıncın mesane içi basınçtan fazla olması gerekirken, perine tabanı desteği, mesane ile üretral kavşaktaki açının varlığı ve üretra çevresindeki kaslar primer önem taşır (Taşkın, 2016). Kontinans mekanizmasının anlaşılabilmesi için alt üriner sistem anatomi ve fizyolojisinin iyi bilinmesi gerekir. Alt üriner sistem; üreterler, mesane, üretra ve pelvik taban kaslarından meydana gelmektedir (Beji, 2002).

Mesane; boşken yassı, distansiyon halinde küre biçiminde, aktif kontraktıl, içi boş müsküler, hareketsiz bir organdır. Mesane duvarı ise detrusör adında düz kas demetlerinden oluşur. Mesane boynu dışında detrusör tabakası katmanlaşma göstermez ve kontrakte olarak mesane lümeninin tüm boyutlarıyla küçülmesini sağlar (Beji, 2002).

Trigon; mesane tabanında üzeri düz kasla kaplı iki üreteral orifis ve internal üretral orifis arasında bulunan üçgenimsi yapıdır. İdrar depolanmasında idrar çıkışını önlemek, işeme esnasında huni şeklini alarak etkin boşaltımı sağlamak ve vesikoüretral reflüye engel olmak gibi görevleri vardır (Beji, 2002).

Üretra, kadınlarda 3-4 cm uzunluğunda, 6 mm çapında, üçte birlik distal kısmı östrojen etkisinde yassı epitel ile örtülü, içte oblik ve longitudinal düz kaslar dışta ise çizgili iskelet kaslarıyla kaplı bir yapıdır. Üretranın dış çizgili kasları ayrıca üretra ve mesane boynunu destekler ve kadın genital organ statüğünü korur. Karın içi basıncının arttığı durumlarda refleks yolla kasılarak aralıkların kapanmasını ve pelvis taban doku direncinin artmasını sağlarlar (Beji, 2002).

Pelvik taban; pasif ve aktif destek sağlayan yapılar olarak incelenebilir. Pasif desteği kemik pelvis ve bağ dokusu, aktif desteği levator ani kası ve sinirleri oluşturur. Levator Ani kas grubu pelvik tabanda majör öneme sahiptir ve iki tip kas lifinden oluşur. Yavaş kasılan tip 1 lifler; pelvik tabanın istirahat kas tonüsünü sağlayarak pelvik organlara destek olurlarken hızlı kasılan tip 2 lifler; ani basınç artışı durumlarında (öksürme, hapşırma vb.) hızlıca kasılır, basıncı eşit şekilde dağıtarak idrar kaçağını önlerler (Aydur ve Şimşir, 2011). Levator kasları aynı zamanda Kegel egzersizleri sırasında istemli olarak kasılabilirler. Doğum sırasında ve

boşaltım (miksiyon ve defakasyon) esnasında levator kaslarının gevşemesi kısa ve aralıklı olarak gerçekleşir (Rogers, 2016).

Kontinansın sağlanmasında mesane ile üretral kavşaktaki açının da önemlidir. Sağlıklı bireyde üretra ile mesane duvarı arasındaki açının dikliği, miksiyon anında bu açının düzleşmesi. Böylece iç üretra sfinkteri mesaneden gelen idrara direnç gösterir. Üretra çevresindeki kaslar ise istemli kas tonusunu sağlarlar (Taşkın, 2016). Alt üriner sistemin, idrar depolama ve doğru zamanda idrarı boşaltma gibi iki temel işlevi vardır. Her iki durum için de otonom ve somatik sinir sistemlerini içeren kompleks bir nörofizyolojik mekanizma gereklidir (Coşkun, 2002).

Sempatik sinir sistemi: Aktive olduğu zaman noradrenalin salgılanır, alfa adrenarjik reseptörler sayesinde üretra ve mesane tabanı düz kaslarında kontraksiyon oluşur, mesane idrarla dolar. Beta adrenarjik reseptörler ise aynı anda detrusör kasını gevşetir (Beji, 2002).

Parasempatik Sinir Sistemi: Mesanenin motor kontrolünden sorumludur. Parasempatik sinirler uyarıldığında sırasıyla asetil kolin salgılanır, mesanedeki kolinerjik reseptörler uyarılır, detrusör kas kasılır, internal sfinkter gevşer ve mesanenin boşaltım fonksiyonu gerçekleşir (Coşkun, 2002).

Somatik Sinir Sistemi: Üretra çevresindeki çizgili kasların ve pelvik taban kaslarının tonusu korumaya çalışır (Coşkun, 2002). Kontinans mekanizması depolama ve işeme fazı olarak iki aşamada gerçekleşir.

2.1.1. Depolama Fazı

Mesane idrarın toplanması, tutulması, uygun zamanda ve yerde dışarı atılması mesane ve üretra fonksiyonları ile yürütülür. Üreterlerde idrar peristaltik hareketlerle 3 cm/sn hızla mesaneye gelir. Mesane içi basınç normalde 0-6 cmH₂O olup, 15 cmH₂O'yu aşmaz. Mesane duvarının kompliyansı 10 cmH₂O'ya dek yeterli olur (Walters, 1993). Normal mesane kapasitesi 400-750 ml arasında değişkenlik gösterebilir. Mesanede idrar dolarken mesane gerginliği artar ve mekanoreseptörler aktive olur. Detrusör ve trigon kası gerilir, pelvik tabandan gelen uyarılar sakral işeme merkezine ulaşır. İdrar miktarı 200 ml olduğunda idrar yapma hissi ortaya çıkar (Coşkun, 2002). Üretra içi basınç mesane içi basınçtan fazladır. İdrar miktarı 350-500 ml'de mesane maksimum doluluğa ulaşmıştır. Ancak mesane içi basınç üretra içi basınçtan düşük olduğundan uygun zaman ve yer bulana kadar idrar tutulmaya çalışılır (Beji, 2002).

2.1.2.İşeme Fazı

Mesane içinde 300-400 ml idrar biriktiğinde intravezikal basınç artar, idrar yapma hissi uyarılarak işeme başlatılır. Önce pelvik taban ve üretra çizgili kaslarının relaksasyonu ile üretral basınç azaltılır. Sonra detrusör kas kontraktilesiyle mesane içi basınç artar. Detrusör ile beraber üretral düz kaslar da kasılır ve üretranın dilatasyonu sağlanır. Üretravezikal açılış düzleşir ve idrar akışı başlar. İşeme fazı bittiğinde pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kontrakte olur. Mesane boynu simfisiz pubise doğru yükselir. Üretral basınç artar. Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrusör kasını gevşetir. Böylece döngü tekrarlanır. Spinal işeme merkezinin istemsiz inhibisyonu ile depolama fazı yeniden başlar (Beji, 2002; Coşkun, 2002; Walters, 1993).

2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS

2.2.1. Tanım ve Sınıflama

Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society, ICS) tarafından Üİ her türlü idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2002; Haylen ve ark., 2009). Son ICS raporunda Üİ'nin neden, tip, sıklık ve şiddet, hijyenik ve sosyal boyut, yaşam kalitesine etkileri ve bireyin tıbbi yardım isteyip istememe durumuna göre daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Khandelwal, 2013). Üriner inkontinans sadece semptom olmayıp bireyin tüm sosyal hayatını değiştirebilecek bir durumdur. Bu nedenle değerlendirme yapılırken hastanın semptomlarının hayat kalitesini etkileyip etkilemediğine önem verilmelidir (Abrams ve ark., 2002). Üriner inkontinans ICS raporunda aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır.

Stres üriner inkontinans: Öksürme, hapşırma, gülme veya egzersiz gibi intraabdominal basıncı yükselten aktiviteler sırasında idrar kaçırma durumuna stres üriner inkontinans (SÜİ) denir. Muayene esnasında ya da dolum sistometrisiyle detrusör kasılması olmaksızın istemsiz kaçış gözlemlenmesiyle tanı konulabilir. En sık görülen inkontinans tipidir (Abrams ve diğerleri, 2002; Beji, 2002; Koçak, 2015).

Urge üriner inkontinans: Aniden ortaya çıkan ve engellenemeyen işeme hissi ile birlikte istemsiz idrar kaybına urge üriner inkontinans (UÜİ) denir. En sık nedeni detrusör instabilitesidir (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002).

Miks üriner inkontinans: İkiden fazla tip Üİ'nin aynı anda görülmesine miks üriner inkontinans (MÜİ) denir. Çoğunlukla SÜİ ve UÜİ bir arada görülür (Abrams, 2002).

Overflow üriner inkontinans: Mesanenin aşırı dolması ve gerilmesiyle birlikte, istemsiz idrar kaybı overflow üriner inkontinans olarak isimlendirilir. Bu tip inkontinans, sık sık ya da devamlı damla damla akma ya da SÜİ ve UÜİ semptomlarını kapsayan çeşitli şekillerde görülebilir. Bazı ilaçlar, spinal/periferik sinir hasarı, yaşlanmaya bağlı detrusör kasının yetersiz olduğu durumlarda mesane tam boşalamaz ve bu tip Üİ görülebilir (Abrams ve ark., 2002).

Refleks üriner inkontinans: Duyusal faktör ya da herhangi bir uyarı olmaksızın sürekli idrar kaçırmaya denir. İşeme sonrası ya da sürekli damla damla idrar kaçırmaya söz konusudur (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002).

Fonksiyonel tip üriner inkontinans: Fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi üreterden kaynaklanmayan, fistül gibi sebeplerle üretra dışındaki kanallardan idrar akışının olduğu inkontinans tipidir (Abrams,2002; Beji, 2002).

Nokturnal enürezis: Uyku esnasında meydana gelen Üİ tipidir (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002).

2.2.2. Üriner İnkontinans Prevalansı

Üriner inkontinans yaygın bir toplum sağlığı sorunu olup dünya çapında kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekle birlikte her 10 kadından birinde mevcuttur (Milsom ve Gyhagen, 2018). Avrupa'da yapılan Üİ prevalans çalışmalarının değerlendirildiği güncel bir derlemede, yaşlılarda daha sık olmakla beraber, kadınlarda %16,1 ile %68,8 arasında Üİ görüldüğü ifade edilmektedir (Cerruto ve ark., 2012).

Ülkemizde ise kadınlarda Üİ sıklığının %21,3-44,8 aralığında değiştiği görülmektedir (Demirci ve ark., 2012; Koçak ve ark., 2005; Kök ve ark., 2006; Özkan ve Sapmaz, 2014; Terzi ve ark., 2013; Yücel ve ark., 2018). Ülkemizde 16 çalışmanın dahil edildiği derlemede, literatüre paralel olarak Türkiye'deki kadınlarda Üİ oranlarının %16,4 ile %50,3 arasında

değişkenlik gösterdiği vurgulanmaktadır (Başak ve ark., 2016; İrer ve diğerleri., 2018; Yücel ve ark., 2018). Üriner inkontinanslı kadınlar sık tuvalete gidip mesane boşaltarak, sosyal etkileşimleri sınırlayarak ve hijyen önlemlerini kullanarak günlük yaşamlarında Üİ'yi gizleme eğilimindedir (İrer ve ark., 2018). Prevalans çalışmalarındaki farklı değerler, dâhil edilen popülasyonun özelliği, incelenen dönem ve Üİ'nin farklı şekillerde tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmalarda en sık olarak SÜİ, daha sonra MÜİ ve daha az oranda UÜİ bildirilmiştir (Başak ve ark., 2016; İrer ve ark., 2018; Yücel ve ark., 2018).

2.2.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS) tarafından saptanan ve çeşitli çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlara göre Üİ'nin birçok risk faktörü vardır. Yaş, cinsiyet, ırk, obstetrik öykü, beden kitle indeksi (BKİ), menopoza, konstipasyon, üriner sistem enfeksiyonu, geçirilmiş pelvik cerrahi, sigara, ilaçlar, ailede Üİ öyküsü, eğitim durumu bunlardan bazılarıdır (Moore ve ark., 2013).

a. Yaş ve Cinsiyet

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık görülmektedir. (Wu ve ark., 2014). Yaşın arttıkça Üİ riskinin de arttığını gösteren pek çok çalışma vardır (Balık ve ark., 2016; Demircan ve ark., 2016; Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Kocaöz ve ark., 2010; Rogers ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2018; Wesnes ve ark., 2007). Durukan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaş ilerledikçe Üİ sıklığının da giderek arttığını, 55 yaş ve üzerindeki grupta en fazla (%35,5) görüldüğünü belirtmişlerdir (Durukan ve ark., 2015). Terzi ve arkadaşları çalışmasında, kadınlarda 18-40 yaş aralığında Üİ görülme oranı %22,3 iken, 40 yaş üstünde %70,3 olduğu tespit edilmiştir (Terzi ve ark., 2013). Ancak 25 yaş altındaki genç yetişkinler ve adölesanlarla yapılan bir çalışmada Üİ prevalansı %52 gösterilmiştir (Jean ve ark., 2018).

b. Irk

Leroy ve arkadaşları yaptıkları literatür incelemesi sonucunda, SÜİ'nin beyaz ırka göre siyah ırkta daha düşük, UÜİ'nin ise siyah ırkta daha yüksek oranda saptandığı sonucuna varılmıştır (Leroy ve ark., 2012).

c. Obstetrik Öykü

Üriner inkontinans gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, vakum-forseps uygulamaları, epizyotomi, ilk gebelik yaşı, iri bebek doğumu gibi pek çok obstetrik risk

faktörü vardır. Bu faktörlerin Üİ'yi artırdığına dair araştırma sonuçları net değildir. Gebeliğin bizzat kendisinin mi yoksa doğumun mu gelişen Üİ'nin sebebi olduğu hala açıklığa kavuşmamıştır.

Gebelik

Gebelikte Üİ prevalansı gebelik öncesiyle karşılaştırıldığında önemli ölçüde artmaktadır (Bayrak, 2018). Dinç, 2013 doktora tez çalışmasında gebelik öncesi idrar kaçırma oranı %10,1, gebeliğin 1. trimesterında %36,1 gebeliğin 3. trimesterında %46,9, postpartum 4. ayda ise %11,5 oranında olduğunu göstermiştir (Dinç, 2013). Gebelikte Üİ'nin ardındaki sebepler belirsiz ve çok değişkenlidir. Doğumun, pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik taban organlarının yapı ve pozisyonunun bozulduğu, pelvik sinirlerin hasar gördüğü ve eksternal sfinktere zarar vererek idrar kaçırmaya yol açtığı düşünülmektedir (Gebelikte Üİ bölümünde ayrıntılı olarak ele alınmıştır).

Parite

Doğum sayısı arttıkça Üİ riskinin arttığını gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır (Balık ve ark., 2016; Demircan ve ark., 2016; Kocaöz ve ark., 2010; Lin ve ark., 2014). Yücel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda doğum sayısı arttıkça Üİ görülme sıklığı artmaktadır. Doğumu üçün altında olanlarda Üİ görülme sıklığı %25,6 iken, üç ve üzeri doğumlarda %47,9 olduğu görülmüştür (Yücel ve ark., 2018).

Norveç'te yapılan 43.279 kadının katılımıyla gerçekleşen geniş çaplı bir kohort çalışmasında Üİ prevalansı gebelik öncesi %26'dan, 30. gebelik haftasında %58'e, nulliparlarda %15 'ten %48'e, doğum yapmış kadınlarda ise bu oran %35 ten %67'e çıkmıştır. Nulliparların %31'inde ve doğum yapmış kadınların %42'sinde SÜİ saptanmıştır (Wesnes ve ark., 2007). Parite, gebelik öncesiyle kıyaslandığında Üİ için güçlü ve anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Wesnes ve ark., 2007).

Nullipar ve multipar kadınlarda gebelik sırasında Üİ semptomları ve pelvik taban yapısındaki değişikliklerin karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmaya 342 gebe katılmış, görüşme ve pelvik taban transperineal ultrason değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışma sonucunda prevalans, frekans, kaçırılan idrar miktarı ve günlük yaşam ile etkileşim puanı multiparlarda nulliparlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışma Üİ' nin multiparlarda daha zayıf pelvik taban desteği ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Luo ve ark., 2017).

Doğum şekli

Bazı çalışmalar vajinal doğumun sezaryen doğuma göre Üİ açısından daha fazla risk taşıdığını göstermektedir (Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Öztürk ve ark., 2012; Yücel ve ark., 2018). Vakum ve vajinal doğum ile Üİ görülme sıklığı daha fazla iken sezaryen doğumlarda bu oran %19 dur. (Dinç, 2017). Ozdurak ve arkadaşları bir çalışmada planlı sezaryen doğumun SÜİ gelişimini önleyebileceğini göstermektedir (Ozdurak ve ark., 2018). Vajinal doğum yapmış olmanın sezaryene kıyasla pelvik taban bozukluk riskini daha fazla artırdığı, bununla birlikte sezaryenin pelvik taban bozuklukları açısından koruyucu amaçla tercih edilmemesi gerektiği belirtilmektedir. Uzamış ıkınma fazı, kristeller manevrası, forseps ve vakum kullanılan müdahaleli doğumlar ve epizyotomi uygulamaları Üİ riskini arttırmaktadır (Erbil ve ark., 2011; Ozdurak ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2018)

Fetüs ağırlığı

Makrozomik bebek pelvik tabanın gerilmesine, perinede yırtılmalara ve pudental hasara neden olarak Üİ' ye yol açabilir. Özellikle 4000 gr ve üzeri bebeklerin vajinal doğumu sonrası Üİ riski göz önünde bulundurulmalıdır (Ozdurak ve ark., 2018).

Gebelik haftası

Beden ağırlığının ve abdominal basıncın artmasıyla gebelik ilerledikçe, birinci trimesterden üçüncü trimestere Üİ şiddeti artma eğilimindedir. Gebelikte hormon üretiminin artması pelvik taban kasları ve bağ dokunun relaksasyonuna neden olarak mevcut Üİ şiddetini de arttırabilmektedir (Wesnes ve ark., 2010).

Rogers ve arkadaşlarının pelvik taban fonksiyonlarını tanımlamak amacıyla 627 nullipar gebeye yaptığı çalışmada trimesterlere göre Üİ prevalansının arttığını saptamıştır. Gebelerde Üİ görülme sıklığının birinci trimesterde %33, ikinci trimesterde %44, üçüncü trimesterde %69 oranında olduğu tespit edilmiştir (Rogers ve ark., 2017). Benzer şekilde Dinç'in 750 gebeye yaptığı çalışmada ise Üİ görülme sıklığı birinci trimesterde %29,7, ikinci trimesterde %32,2, üçüncü trimesterde %52,1 bulunmuştur (Dinç, 2017). Başka bir çalışmada ise Üİ başlangıcının ikinci trimesterde daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Kissler ve ark., 2016).

d. Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksinde artma Üİ gelişmesinde etkili bağımsız bir faktördür (Bekele ve ark., 2016; Wesnes ve ark., 2007). Kilo artışının gebelikte olduğu gibi pelvik taban kaslarına zarar vermesi, abdominal basıncı arttırması ve mesaneye baskı yapmasından dolayı obez olmayan kadınlara kıyasla obez kişilerde Üİ üç kat daha fazla bildirilmiştir (Uncu ve Özdil, 2009). Terzi ve arkadaşları çalışmasında, BKİ; 18,5-25,0 kg/m² aralığında olan normal kilolu kadınlarda Üİ sıklığı %29 iken, 30 kg/m²'nin üzerinde olanlarda ise %62,3 olduğu belirtilmiştir (Terzi ve ark., 2013). Çok yönlü prospektif bir kohort çalışmasında ise BKİ 30kg/m²'nin üzerinde olan kadınlar, gebelik öncesi BKİ'si 25-29,9 kg/m² olanlar, gebelikte yeni başlangıçlı Üİ bildirme olasılığı açısından belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (Daly ve ark., 2018).

e. Menapoz

Menapoza girmeyeyle birlikte Üİ görülme oranında artma olması, menopozdan sonra östrojen salgısının azalması ile ilişkilendirilmektedir. Bu durum uterus, vajina ve üretrada epitelyal atrofi, kollajen kaybı ve devaskularizasyon gibi değişikliklere yol açabilmekte, kişide acil idrara çıkma ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarına sebep olabilmektedir (Huskaar ve ark., 2002). Menapoz sonrası östrojen eksikliğinin Üİ gelişimine etkisi tartışmalı olsa da literatürde menapoza giren kadınlarda girmeyenlere göre Üİ görülme sıklığının arttığı görülmüştür (Yılmaz ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2018). Bir çalışmada menopoza girmemiş kadınlarda Üİ sıklığı %38,2 iken, menopoza girmiş kadınlarda bu oran %78,9 bulunmuştur (Terzi ve ark., 2013).

f. Konstipasyon

Konstipasyon da Üİ için risk faktörüdür (Demirci ve ark., 2012; Dinç, 2017; Kocaöz ve ark., 2010). Gaita rektumda fiziksel olarak çıkış obstrüksiyonuna yol açabilir. Bu obstrüksiyon pelvik duvarı gererek ve pelvik duvarın kasılmasını engelleyerek Üİ gelişimine neden olabilir. Konstipasyonun abdominal basınca yol açarak pelvik taban kaslarını güçsüzleştirilmesiyle Üİ' ye yol açtığı, pelvik taban kasına zarar veren majör etkenlerden biri olduğu ifade edilmektedir (Amselem ve ark., 2010). Sık konstipasyon yaşama gebelerde Üİ oluşma olasılığını 12 kat arttırmaktadır (Bekele ve ark., 2016).

g. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner inkontinans üriner sistem enfeksiyonu olan kadınlarda yaygın olarak görülmektedir. Özellikle, akut enfeksiyonu takiben ilk birkaç gün içinde ortaya çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınlarda Üİ sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ünsal ve ark., 2013; Kocaöz ve ark., 2010; Yücel ve ark., 2018). Ayrıca gebelik öncesi idrar yolu geçirime öyküsü olan kadınlarda gebelikte Üİ görülme riski de artmaktadır (Dinç, 2017).

h. Geçirilmiş Pelvik Cerrahi

Üriner inkontinans histerektominin bir sonucu olabilir. Histerektomi değişik yöntemler ile (abdominal, vajinal, laparoskopik) yapılmakta ve işlem sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vajinanın kısaltılması, trigonal yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu Üİ gelişebilmektedir. Hock ve arkadaşları çalışmasında vajinal yoldan yapılan histerektomiden sonra Üİ'nin yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir (Hock ve ark., 2015). Jinekolojik operasyon öyküsünün Üİ yi etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. (Yücel ve ark., 2018).

i. Ailede Üriner İnkontinans Öyküsü

Üriner inkontinansın gelişmesinde genetik faktörlerin de rolü olabilir. Ailedeki kadınlarda Üİ varlığının kadınlarda Üİ gelişme riskini arttırdığı ve daha şiddetli semptomlara neden olduğu belirtilmektedir (Kök ve ark., 2016; Kocaöz ve diğerleri 2010).

j. Sigara

Sigara içmenin Üİ için bir risk faktörü olması tartışmalıdır. Sigara gebelikte Üİ ile ilişkili bulunmuştur (Balık ve ark., 2016). Kesin mekanizması bilinmemekle beraber sigara kullanımına bağlı olarak gelişen kronik öksürüğün intraabdominal basıncı artırarak pelvik tabanın zayıflamasına, karın içi basıncında artmaya yol açması ve sigarada bulunan zararlı maddelerin (nikotin) mesanede iritan etki göstermesi sonucu detrusörü stimüle ederek idrar kaçırmanın meydana gelebileceği düşünülmektedir ancak yapılan çalışmalarda Üİ ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bekele ve ark., 2016; Dinç, 2017; Kök ve ark., 2016).

k. İlaçlar

Çeşitli ilaçlar idrar oluşumunu hızlandırabilirken, sempatik ve parasempatik sinir sistemi üzerinde oluşturdıkları etkiler nedeniyle Üİ'ye neden olabilmektedir. Bunlar arasında diüretikler, narkotik analjezikler, alfa agonistler, antikolinerjikler, alkol, antiparkinson ilaçlar, anksiyolitik/ benzodiazepinler ve antipsikotikler sayılabilir.

m. Eğitim Durumu

Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesinin düşmesinin Üİ riskini artırdığı ifade edilmektedir (Demircan ve ark., 2016; Yücel ve ark., 2018). Terzi'nin çalışmasında eğitim durumu ilköğretim olan kadınlarda Üİ görülme yüzdesi %57,3 iken, lise ve yüksekokul mezunun olanlarda %23,7 bulunmuştur (Terzi ve Terzi, 2013). Bunun nedeninin eğitim seviyesi arttıkça doğum sayısının daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

2.2.4. Üriner İnkontinans Tanısı

2.2.4.1. Anamnez

Ayrıntılı alınan bir anamnez ile Üİ tanısı, tipi, risk faktörleri ve ek patolojilerin olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olunabilir. Üİ sorununun başlama yaşı, sıklığı, süresi, kaçırılan idrar miktarı, ped kullanma gereksinimi gibi bulgular kaydedilmelidir. Gebelik ve doğum sayısı, doğum şekli, iri bebek varlığı, genital yol enfeksiyonları, menopoz yaşı, östrojen replasman tedavisi, pelvik relaksasyon durumu, geçirilmiş üriner, genital, pelvik ya da spinal cerrahi girişimler, kullanılan ilaçlar, nörolojik ve endokrin hastalıkların varlığı, mental bozukluklar ve konstipasyon durumu, sürekli öksürme, astım, obezite gibi Üİ ile ilişkili risk faktörleri araştırılmalıdır (Beji, 2002).

2.2.4.2. Mesane Günlüğü

Üriner inkontinans sorununun objektif değerlendirilebilmesi için istenmesi gereken bir formdur. Hastalar formlara bir günde aldıkları sıvı miktarını, miksiyon, idrar kaçırma, zorunluluk hissetme olaylarını ve o sırada ne yaptığını ayrıntılı olarak yazar. Bu forma göre miksiyon sıklığı, günlük alınan sıvı miktarı ve türü (kafein vs), kaçırma ve zorunluluk sıklığı, bu sırada yapılan işler, noktüri ve gece kaçırma durumu değerlendirilir. The National Institutes of Health en azından Üİ durumlarını, miksiyon sıklığını ve ped kullanımını kaydeden üç günlük üriner günlük önermektedir (Rogers, 2016). Üriner günlükler bunları tamamlayan

kadınların sıvı alımı ve miksiyon şablonunu tanımlaması, aşırı sıvı alımının önlenmesi ve planlı miksiyon gibi basit müdahalelere imkân vermesi açısından hem tanısal hem de tedavi edici rolde, ucuz ve güvenilir araçlardır (Beji, 2002).

2.2.4.3. Fizik muayene

Üriner inkontinanslı kadının abdominal, vajinal, pelvik, rektal ve nörolojik değerlendirmesinin yapılması gerekir. Mesanede glob, vajinal prolapsus, Üİ'ye neden olabilecek eksternal meatus darlığı, vajen ve üretrada atrofik değişiklikler incelenmelidir. Ayrıca Üİ durumunun fizik muayenede direkt gözlenmesi tanıyı doğrular (Rogers, 2016).

2.2.4.4. Ürojinekolojik testler

İdrar kültürü: Üriner enfeksiyonları ve hematüri varlığını değerlendiren standart bir testtir.

Q tip test (cotton-swab test): Üretral mobilitenin değerlendirilmesi amacıyla pamuk uçlu bir çubuk üretraya yerleştirilir ve üetrovezikal bileşkede olana kadar geri çekilir. Hastadan öksürmesi veya valsalva yapması istenir. Çubuğun üretral hattın 30° üzerinde hareket etmesi hiper mobil üretrayı göstermektedir (Rogers, 2016).

Pelvik kas gücü değerlendirme: Brink skalası kullanılarak değerlendirilebilir. Vajinaya kayganlaştırılmış iki parmak yerleştirilir ve hastadan ıkınmalarını ve pelvik kaslarını tutmaları söylenir. Vajinal basınç, parmakların yer değiştirmesi ve kontraksiyon süresine bakılarak pelvik kaslarının gücü değerlendirilir (Rogers, 2016).

Stres test (marshall-machetti veya boney testi): Dolu mesaneli hastadan öksürmesi/ ıkınması istenerek üretradan idrar kaçıışı olup olmadığına bakılır.

Ped testi: Ucuz, basit, objektif ve kısa sürede sonuçlanan bir yöntemdir. Bir saat içinde kaçırılan idrar miktarını ölçmek için kullanılır (Beji, 2002).

2.2.4.5. Ürodinamik laboratuvar testleri

Ürodinami idrar depolama ve boşaltımı sırasında alt üriner sistem semptomlarının fonksiyonunu değerlendiren bir grup çalışmadır. Üriner inkontinans tanılanmasında birçok yöntem kullanılır (Rogers, 2016). Üroflowmetri (idrar akım hızı) hastada idrar boşaltma sorununun varlığı konusunda bilgi verir. Sistometri ise mesanenin basınç ve volüm ilişkisinin

ölçümüdür. Dolum ve boşaltım sistometrisi olarak iki çeşittir. Dolum sistometrisinde mesaneye sıvı infüzyonu yapılır, foley katatere bağlı tomye şırıngası simfizis pubis seviyesine getirilerek mesane basıncı ölçülür. Sıvı seviyesindeki değişiklikler mesane iç basıncındaki değişiklikleri ve kontraksiyonları yansıtmaktadır. İki kanalla yapılan boşaltım sistometrisinde ise mesane kataterinden hem sıvı verilir hem de vezikal basınç ölçülürken, ikinci katater vajina apeksine yerleştirilip abdominal basınç ölçülür. Vezikal basınçtan abdominal basınç çıkarıldığında detrusör basıncı elde edilir. Bu da boşaltım sistometrisidir (Rogers, 2016).

Ayrıca Üİ tanılmasında elektromiyografi, üretral basınç profili ölçümü, videoürodinami, ultrasonografi manyetik rezonans görüntüleme, radyolojik tetkikler, bilgisayarlı tomografi ürografi, sistoskopi gibi yöntemlerden de faydalanılmaktadır (Rogers,2016).

2.2.5. Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç kişilerin tekrar kontinansını sağlamaktır. Konservatif yöntemler, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi seçenekleri arasındadır. Hastayla birlikte tüm tedavi seçenekleri, riskleri ve muhtemel sonuçları detaylı bir şekilde tartışılmalı ve buna göre seçim yapılması sağlanmalıdır (Beji, 2002).

2.2.5.1. Konservatif Yöntemler

Üriner inkontinans tedavisinde konservatif yaklaşımlar ucuz olmaları ve yan etkilerinin az olması sebebiyle tercih edilmekte, iyileşmede etkili olabilmektedir. (Bektaş ve Alparslan, 2007). Yaşam stilini değiştirmeye yönelik uygulamalardır. Hasta eğitimleri; üriner günlük tutma, sıvı yönetimi, kafein ve diğer mesane iritanlarının azaltılması, bağırsak yönetimi, kilo kontrolü gibi konuları içermektedir (Rogers, 2016). Üriner şikayetleri olan pek çok kadın bu durum üzerinde kontrolleri olmadığına inanır. Davranışsal tedavinin bileşenlerini uyguladıkça semptomlar üzerinde kontrollerinin daha fazla olduğunu ve yaşam kalitelerinde gelişmeler olduğunu fark eder.

a. Biofeedback: Hastalara kendi pelvik taban kas aktivitelerinin anlık geribildirimini sağlayarak hastaların öğrenmesine yardımcı olan bir öğretim tekniğidir. Pelvik taban kas aktiviteleri vajinal yüzey elektrotları ya da probalar kullanılarak elektromyografi ile ölçülerek monitöre yansıtılır. Hastalar mesane basıncını kontrol etme çabalarının ve pelvik kas

aktivitelerini gözlemlediklerinde deneme yanılma yoluyla öğrenme gerçekleşir. Biofeedback destekli davranışsal eğitimde Üİ' de %60- 85 arasında değişen azalma bildiren çalışmalar mevcuttur (Rogers, 2016).

b. Pelvik taban kas eğitimi: İlk olarak SÜİ' nin pelvik taban kaslarının fonksiyon ve koordinasyonun farkındalığındaki eksiklikten kaynaklandığını öne süren Arnold Kegel tarafından tanımlandığından Kegel egzersizleri olarak da bilinir. Eğitimin amacı kadına pelvik taban kaslarını tanımasında ve bu kasları mesane ve pelvik tabanda basıncı arttırmadan kasılıp gevşemesine yardım etmektir. Hastaların doğru kasları kullandığını teyit etmek tedavinin başarısı açısından önemlidir. Literatürde, pelvik taban egzersizlerini denetim altında ve düzenli olarak yapan SÜİ'li kadınların %60-80 oranında klinik iyileşme gösterdiği belirtilmektedir (Bektaş ve Alparslan, 2007). Sistemik derlemeler ve ICS pelvik taban kas eğitimi için A düzeyinde kanıt olduğu ve SÜİ, MÜİ ve UÜİ'li kadınlarda ilk basamak tedavi olarak önerilmesi gerektiği sonucuna varmıştır (Rogers, 2016).

c. Mesane eğitimi: İstemli kortikal kontrol ile istemsiz mesane kasılmalarının önlenileceği düşüncesiyle bu yöntem geliştirilmiştir. Tüm davranışsal yöntemlerde olduğu gibi burada amaç mesane kontrolünü sağlamaktır. Özellikle UÜİ'li kadınlar sık idrar yapmaya eğilimlidir. Ani sıkışma hissinin hemen giderilmesini sağlayan sık idrara çıkma zamanla alışkanlık haline gelebilir. Bu da fonksiyonel mesane kapasitesinde azalmaya, detrusör hiperaktivitesine ve şiddetli UÜİ'ye neden olabilir. Oluşan sık idrara gitme döngüsü mesane eğitimi kullanılarak ve miksiyon planı oluşturularak kırılabilir. Bu yöntemle hastanın düzenli aralıklarla tualete gitmesi sağlanır. Hasta ile birlikte üriner günlük gözden geçirilir ve durumuna uygun miksiyon planı oluşturulur. Başlangıçta sık olan miksiyon aralıkları zamanla üç-dört saat olacak şekilde düzenlenir. (Rogers, 2016).

d. Fonksiyonel elektrik stimülasyonu (FES): Vajinaya bir prob yerleştirilerek pelvik taban kaslarının elektriksel uyarımı sağlanmaktadır. Bu elektriksel uyarım pelvik taban kaslarının kasılmasını ve detrusör refleksinin inhibisyonuna neden olmaktadır.

e. Vajinal konlar: Vajinaya 20-100g arasında değişen konlar yerleştirilerek pelvik taban kasları güçlendirilmeye çalışılmaktadır. Vajinaya yerleştirilen konların dışarı çıkacağı duygusu biofeedback mekanizmasını uyararak pelvik taban kaslarının kasılmasını sağlamaktadır (Bektaş ve Alparslan, 2007). Konlar kas gücü değerlendirmesi için altında olanlarda ve perineal duyarlılık olmadığına kullanılmamalıdır (Beji, 2002).

f. Mekanik araçlar: Mesane boynunun ve proksimal üretranın alttan desteklenmesi ve yükseltilmesi amacıyla pesser kullanılmaktadır.

g. Manyetik alan tedavisi: Pasif bir tedavi yöntemidir. Hastalar giyinik halde iken, oturma bölgesinde manyetik alan içeren bir sandalyeye oturtulur. Pelvik kasların güçlenmesi sağlanır. Hijyenik açıdan sorun teşkil etmediği için, hastalar tarafından kolay tolere edilebilen bir yöntemdir.

h. Sakral Nöromodülasyon: S-3 sinir köklerinin uyarılması yoluyla UÜİ tedavisinde kullanılabilir. Etki mekanizmasının nöral afferentler üzerinden etki gösterdiği, C liflerinin - aktivitesini değiştirerek spinal korda duyuşal girdiyi düzenlediği şeklindedir. Farmakoterapi ve davranış tedavilerinin başarısız olduğı hasta grubunda sakruma geçici bir iğne yerleştirelerek uygulanır. Elektriksel stimulan verildiğinde Üİ semptomları %50 oranında azalmışsa cevap olumlu kabul edilir ve kalıcı iğne implantasyonu yapılır (Rogers, 2016).

i. Posterior Tibial Sinir Stimülasyonu: Etki mekanizması sakral nöromodülasyona benzer olup tibial sinir aracılığıyla muhtemelen S2- S4 afferentlerini etkilemektedir. Küçük bir iğne elektrodu medial malleolün üzerine yerleştirilir ve stimulan verilir. Seanslar 30 dakika sürmekte ve 12 hafta boyunca her hafta uygulanmalıdır (Rogers, 2016).

2.2.5.2 Medikal Tedavi

Medikal tedavinin amacı alfa adrenerjik uyarıların artmasını sağlamaktır. Sıklıkla UÜİ için tercih edilmektedir. Alfa adrenerjik blokaj yapan (hipertansif) ilaçlar hastanın üretral tonusunun azalmasına ve Üİ gelişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle alfa adrenerjik blokaj yapan ilaçların verilmemesi ya da antagonist ilaçların verilmesi SÜİ tedavisinde yararlı olabilmektedir. Östrojenik etkinin yokluğunda üriner sistemde gelişen atrofinin lokal östrojen tedavisiyle geriye dönebileceği ve üretral sfinkter yetersizliğinin düzelebileceği düşünülmektedir. Serotonin ve norepinefrin gerialınım inhibitörleri SÜİ tedavisi açısından incelenen ajanlardır.

2.2.5.3. Cerrahi Tedavi

Üriner inkontinans tedavisinde diğeri bir yöntem cerrahi tedavidir. Detaylı öykü, fiziksel muayene, ürodinamik ve ürojinekolojik değeriendirmeler yapıp sonuçlarına göre karar verilmektedir. Üriner inkontinansın tipinin belirlenmesi, başarı ve komplikasyonların

azaltılması için şarttır. Cerrahi tekniğin seçimi Üİ tipine göre yapılır. Hastada mesane boynu hipermobilitesi varsa iğne teknikleri ya da retropubik askı operasyonları uygulanırken, sfinkter hasarı varsa Sling operasyonları tercih edilmelidir. Üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde kullanılan operasyon tipleri;

- Vajinal operasyonlar (KA-Kelly-Kennedy plikasyonu),
- Retropubik operasyonlar (Marshal Marchetti Krantz, Burch, Paravajinal tamir),
- Kombine yaklaşımlar (İğne teknikleri, Sling, Subüretral sling, Vajinal duvar sling, Transvaginal tape),
- Periüretral enjeksiyonlar (intra / paraüretral),
- Laparoskopik yaklaşımlar olabilmektedir (Beji, 2002).

2.3. GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS

Gebelik döneminde hem annenin hem de fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik ve fizyolojik uyumu sağlamak amacıyla birçok değişiklik meydana gelir.

2.3.1. Gebelikte Pelvik Taban ve Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler

İdrar miktarında artış: Erken gebelik döneminde renal kan akımı, glomerüler filtrasyon hızı ve bununla beraber idrar miktarı artmaktadır (Helli ve ark., 2011).

Mesane kapasitesinde azalma: Uterusun büyüyerek ağırlaşması ve gebeliğin son döneminde fetus başının angajmanı ile mesane üzerine oluşturduğu baskı, mesane kapasitesinin azalmasına yol açmaktadır. Gebelerde ilk trimesterde ortalama 410 ml olan mesane kapasitesinin, üçüncü trimesterde 272 ml'ye düşer. Tüm bu faktörler, hastaların gebeliklerinin en az bir döneminde işeme sıklığının artmasına yol açmaktadır (Helli ve ark., 2011).

Pelvik taban kaslarında zayıflama: Gebelik süresince büyüyen uterus ve maternat-fetal ağırlık artışına bağlı olarak artan karın içi basıncın etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmektedir. Bu nedenle pelvik taban kasları sürekli stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır (Helli ve ark., 2011).

Mesane boynu pozisyonunda değişim: Uterusun genişlemesi ve üçüncü trimester sonunda fetus başının angajmanı, direk baskı ile mesane boynu pozisyonunu değiştirmekte ve

mesane kapasitesini azaltmaktadır. Bu durum intravezikal basıncın artmasına ve üretral basıncı aşarak Üİ oluşmasına yol açmaktadır (Helli ve ark., 2011).

Üretradaki değişimler: Maternal aşırı kilo artışının intraabdominal basıncı arttırarak, pelvik tabanın esnemesine ve gevşemesine böylece üretra mobilitesinin artışına ve aynı zamanda mesane ve üretradaki innervasyon ve kan akımını etkileyerek Üİ'ye neden olduğu düşünülmektedir (Helli ve ark., 2011).

Pelvik kollajen ve düz kas yapısındaki değişimler: Konnektif dokunun esnekliği artar ve üreterin tonusu ve peristaltik aktivitesi azalır. Pelvik kollajen yapılanmasında rol oynayan relaksin hormonu seviyesinin ikinci ve üçüncü trimesterdeki düşüşü ile gebelikteki progesteron hormonu artışının düz kasları gevşeterek Üİ'ye katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Genellikle gebeliğin 6-10. haftalarında artan progesteron nedeniyle hidronefroz başlar ve üçüncü trimesterde gebelerin %90'ında görülür (Helli ve ark., 2011).

2.3.2. Gebelikte Üriner İnkontinans Prevalansı ve Yaşam Kalitesi

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde üriner inkontinans görülme sıklığı %21,3-42,4 arasında değişmektedir (Balık ve ark., 2016; Dağdeviren ve ark., 2018; Demircan ve ark., 2016; Erbil ve ark., 2011; Kocaöz ve ark., 2010; Kök ve ark., 2016). Gebelikte Üİ alt tipleri incelendiğinde en sık SÜİ, ikinci en sık MÜİ, üçüncü sırada ise UÜİ olduğu görülmektedir (Balık ve ark., 2016; Beksac ve ark., 2017; Dağdeviren ve ark., 2018; Erbil ve ark., 2011). Trimesterlere göre Üİ sıklığını inceleyen diğer çalışmalarda ise; gebeliklerinden önce herhangi bir Üİ sorunu geçirmemiş 61 nullipar gebede trimesterlere göre Üİ prevalansı %4,9, %9,8 ve %26,2 olarak artmaktadır (Beksac ve ark., 2017). Başka bir çalışmada gebelikte Üİ insidansı birinci trimesterde %18,96 iken, üçüncü trimesterde %39,76 çıkmıştır. İlk trimesterde ve üçüncü trimesterde Üİ olan kadınların sırasıyla %100 ve %84,12'si az miktarda Üİ yaşamaktadır (Franco ve ark., 2014).

Gebelikte birçok kadın Üİ problemi yaşamasına rağmen gebelik öncesi Üİ ile ilişkisi hala açıklanamamıştır. Nullipar 860 gebenin dahil olduğu kohort çalışmasında gebelikten önce Üİ prevalansı %34,8 iken gebelikte Üİ prevalansı %38,7 bulunmuş. Miks üriner inkontinans, gebelikten önce %59,7, gebelik sırasında %58,8, SÜİ gebelikten önce %22,6 ve gebelikte %37,2, UÜİ gebelikten önce %17,7 ve gebelikte %4,0 oranında bildirilmiştir. Gebelikte oluşan toplam Üİ'nin, SÜİ yarısından (%50), MÜİ %44,2'sinden, UÜİ %5,8'inden sorumlu olduğu tespit edilmiştir (Daly ve ark., 2018).

Gebelikte Üİ yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Balık ve ark., 2016; Dağdeviren ve ark., 2018; Kocaöz ve ark., 2010; Rogers ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2014). Sık ve çok miktarda idrar kaçırma Üİ'li kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkiler. (Kök ve ark., 2016). Tüm gebelerde günlük yaşamlarını ciddi biçimde engellemese de yaşam kalitelerini fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak etkileyen hafif-orta derecede Üİ yaşamışlardır (Franco ve ark., 2014).

Gebelikte yaşanan Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini inceleyen başka bir çalışmada kadınların %73,5'inde rahatsızlık hissettiği, %75,3'ünün günlük rutinlerinin etkilendiği, %69,3'ünün bir sağlık kurumundan yardım almayı düşündüğü, %52,6'sının Üİ endişesi ile yeterli sıvı almayı engellediği, %47 cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilediği, %35,8 Üİ sorunları nedeniyle çevrelerinden kendileri izole ettiği bulunmuştur (Erbil ve ark., 2011).

Demircan ve arkadaşların yaptığı benzer bir çalışmada ise Üİ'li gebelerin %58,9'unun yaşam kalitelerinin az etkilendiği, kaçırılan idrar miktarı ve sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Günlük aktivitelerden etkilenme durumlarına bakıldığında; ev dışı aktivitelere katılım %23,2, iş performansının ve arkadaşlıkların etkilenmesi %8,9, genel sağlık durumunun etkilenmesi %12,5, cinsel ilişkinin etkilenmesi %12,5, daha stresli ve gergin olma %10,7, ped veya koruyucu kullanma %25. (Demircan ve ark., 2016). Sonuç olarak Üİ sorunu yaşayan gebelerin günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları, sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilenmektedir (Abrams ve ark., 2002; Haylen ve ark., 2009).

2.3.3. Ürojinekoloji Alanında Hemşirelik

Kontinans hemşireliği; genel kontinans, ürojinekoloji, üroloji, kolorektal, stoma, pediatrik, geriatric, nörolojik uzman hemşireliği olmak üzere farklı bölümlerden oluşmaktadır. Ürojinekolojik hemşirelik kontinans hemşireliğinin uzmanlık alanlarından sadece biridir. Kontinans hemşireleri multidisipliner ekip içerisinde öncü olarak koordinasyonu ve iletişimi sağlar, bireyleri yönlendirir ve onlara rehberlik eder. Bu alanda çalışan hemşireler ürodinamik çalışmaları, mesane eğitimleri, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback gibi tanı ve tedavi işlemlerini gerçekleştirir, danışmanlık yapar (Başgöl ve Beji, 2015).

Kontinans hemşireliği 1980 yılından itibaren Birleşik Krallıklarda hızla gelişerek, pek çok ülkenin sağlık sistemi tarafından oldukça desteklenmiştir. Amerika'da 2010 yılında,

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Yara, Ostomi ve Kontinans hemşireliğini bir hemşirelik uzmanlığı olarak tanımıştır. Ülkemizde ise henüz ürojinekoloji hemşireliği sertifika ve uzmanlık programları bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılındaki hemşirelik yönetmeliğinde çalışılan alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Cerrahi Hemşireliği alanı içerisinde 'Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği'; "Stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir." olarak tanımlanmaktadır. Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra; inkontinanslı bireyi, fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirme, kayıt etme, hemşirelik tanıları belirleme, hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlama, yürütme, değerlendirme, hasta vizitleri yaparak hastaların durumunu izleme, ilgili ekiple bilgi alışverişinde bulunma, inkontinans tipini belirlemeye yönelik tanı işlemlerine katılma gibi sorumlulukları tanımlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, Erişim: 25.04.2019).

Hemşirelerin, inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri açısından toplumdaki tüm gebeleri değerlendirmesi, inkontinans risk faktörlerini, bulgularını ve inkontinanstan korunmada gebelere gerekli eğitimleri vermesi ve kadınları bilinçlendirmesi gerekmektedir (Ertem, 2009; Kök, Şenel ve Akyüz, 2006; Şen, 2011). Hemşireler, gebelik sürecinde kadınlara pelvik taban yetersizliklerinin önlenmesi ve korunma için eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında bilgi vermelidirler. Bu yaşam biçimi davranışları aşağıdaki konuları içermektedir (Kocaöz ve Eroğlu 2009; Süt, 2015).

- Pelvik taban kaslarını güçlendirerek Üİ'yi önlemek ve tedavi etmek için prekonsepsiyonel dönemden başlanarak Kegel egzersizleri öğretilmeli, gebelikte ve doğum sonrası düzenli yapmaları sağlanmalıdır.
- Beden kitle indeksindeki artış, mesane üzerindeki artan karın içi basınç ve aşırı üretral mobilitateye bağlı olarak Üİ'ye neden olabileceğinden dolayı kadınlara gebelikleri boyunca aşırı kilo almamaları gerektiği vurgulanmalı, gebeler gerekirse diyetisyene yönlendirilmelidir.
- Gebelik sürecinde ağır kaldırma ve yoğun fiziksel aktivite gerektiren hareketlerden kaçınmaları gerektiği ifade edilmelidir.
- Konstipasyonun gebelikte üriner inkontinans için potansiyel risk faktörü olduğunu ve konstipasyonu önlemek amacıyla diyetle yeterince lifli gıdaların

eklenmesi, sıvı alımı artırılması, düzenli egzersiz programları ve rutin bir defekasyon programı oluşturulmasının önemi anlatılmalıdır.

- Kadınlara, sigara kullananlarda Üİ riskinin arttığı bundan dolayı gebelik planlanıyorsa gebelikten önce ve gebelik boyunca sigara kullanmamaları, kullanıyorlarsa bırakmaları sağlanmalıdır.
- Gebelere yetersiz sıvı alımının, idrar konsantrasyonunu arttırması sonucu mesane mukozasının iritasyonuna, sık tuvalete çıkma ve sıkışma hissine, üriner yol enfeksiyonlarına neden olarak mesane kapasitesini azaltabildiği ve bu nedenlerden dolayı gebelik sürecinde yeterli sıvı alınmasına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.
- Gebelere kafein alımının detrüsör kasını etkilemesi sonucu diüretik etki gösterdiği bu nedenle gebelik sürecinde çay, kahve ve kola gibi kafein içeren mesane iritanlarının az miktarda tüketilmesi önerilmelidir.
- Kadınlara, idrarları geldiği zaman idrarını tutmamaları ve idrar yapma ihtiyacını zamanında karşılamaları önerilmelidir.
- İdrar kaçırma nedeniyle oluşan ıslaklık için perine hijyeni ve perine bakımının önemi vurgulanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; “Gebelerde trimesterlere göre üriner inkontinansı, etkileyen faktörleri ve üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini incelemek” amacıyla tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Doğum ve Kadın Hastalıkları polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma literatür tarama ile Mayıs 2017’de başlamış, Mayıs 2019’da tez savunmasıyla sonlanmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Doğum ve Kadın Hastalıkları polikliniklerine rutin muayeneye gelen ve örnekleme alınma kriterlerine sahip gebeler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Örnekleme alınma kriterleri:

- 18 yaşından büyük gebeler
- 14. hafta ve üzeri ikinci ve üçüncü trimester gebeler
- İdrar kaçıran gebeler

Dışlama kriterleri:

- Yüksek riskli gebeler
- Gebelik öncesi Üİ öyküsü olan gebeler
- Pelvik cerrahi operasyon öyküsü olan gebeler

Örneklem sayısı G-power 3.0 programında Tip I hata (anlamlılık düzeyi) 0,05, Tip II hata 0,20 (%80 güç) baz alınarak hesaplanmıştır.

1. Çalışmalarda gebelerdeki Üİ görülme oranları arasındaki farka göre (en düşük %21, en yüksek %42,4) hesaplanan örneklem büyüklüğü her trimesterden 31 gebedir (Balık ve ark., 2016; Demircan ve ark., 2016; Dinç, 2017; Kocaöz ve ark., 2010; Kök ve ark., 2016).

2. Kök ve arkadaşlarının çalışmasında (Kök ve ark., 2016) Üİ düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları baz alındığında yapılan Kruskal Wallis analizine göre gerekli örneklem büyüklüğü her trimester için 36 gebedir.

3. Kocaöz ve arkadaşlarının inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) ile yaptıkları çalışmada (Kocaöz ve ark., 2010) yaşam kalitesi puanları kullanılarak hesaplanan gerekli örneklem büyüklüğü her trimester için 69 gebedir.

Böylece alınması gereken örneklem sayısı 31 ile 69 üriner inkontinanslı gebe arası değişeceğinden, örneklem sayısı en büyük olan seçilmiştir. İkinci ve üçüncü trimesterden 69 üriner inkontinanslı gebe örnekleme alınacak olup %10 kayıp payı da eklendiğinde (14 gebe) toplam 152 üriner inkontinanslı gebeye ulaşılması hedeflenmiş; üçüncü trimesterden 120, ikinci trimesterden 75 gebeye ulaşılmıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışmanın materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışma iki aşamada ele alınmıştır.

İlk aşamada;

Bağımlı değişken: Üİ sıklığı ve Üİ miktarı

Bağımsız değişken: Gestasyonel kilo alımı, parite ve doğum şekli

İkinci aşamada;

Bağımlı değişken: Yaşam kalitesi puanları

Bağımsız değişken: Üİ sıklığı, miktarı ve durumlarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Genel Anket Formu (Ek 1), ICIQ-SF ölçeği (Ek 2) ve I-QOL ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplanmıştır. Veriler gebe polikliniği odalarında doğrudan yüz yüze toplanmıştır. Görüşme sırasında sorular okunup, gebe kadının cevabına göre uygun seçenekler işaretlenmiştir. Veri toplama süreci her gebe için ortalama 15 dakika sürmüş olup, veriler haftada 2 gün, saat 09:00-17:00 arasında toplanmıştır.

3.6.1 Genel Anket Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form üç bölüme ayrılmış olup toplamda 19 sorudur. Sosyodemografik özellikler, gebelik ve obstetrik öykü ve kişisel alışkanlıklar bölümlerinden oluşan formda cevaplar açık ve kapalı uçlu olarak hazırlanmıştır. Sosyodemografik özellikler bölümünde yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, beden kitle indeksini öğrenmeye yönelik sorular varken, gebelik ve obstetrik öykü bölümünde gebelik haftası, gebelik sayısı, abortus ve küretaj geçirme durumu, vajinal/sezaryen ya da müdahaleli (epizyotomi, vakum, forsepsli) doğum geçirme durumu sorgulanmıştır. Kişisel alışkanlıklar bölümü sigara, kafein tüketimi (kola, kahve, çay), konstipasyon varlığı, egzersiz yapma durumunu öğrenmeye yönelik sorular içermektedir.

3.6.2 İdrar Kaçırma Sorgulama Formu (International Concultation on Incontinence Questionnaire Short Form- ICIQ-SF) (EK 2)

Klinik çalışmalarda kullanılmak üzere ICS tarafından oluşturulan idrar kaçırma ile ilgili standart bir sorgulama formudur (Avery ve ark., 2004). Bu form idrar kaçırmanın şiddetini, sıklığını ve idrar kaçırma durumlarını, kişinin yaşam kalitesini ne derece etkilediğini gösterebilen, kısa, anlaşılır ve amaca uygun bir ölçek olduğundan bu çalışmada kullanılmıştır. Formun orijinalinde yapı geçerliliği iyi, çoğu madde diğer anketlerle karşılaştırıldığında tutarlı ve geçerli bulunmuştur. Test-tekrar test analizinde 'orta' ile 'çok iyi' arasında stabilite ve 0,95 Cronbach alfa değeri ile iyi güvenilirlik sağlamaktadır (Avery ve ark., 2004). Formun Türkçe versiyonu 2004 yılında Çetinel ve arkadaşları tarafından geçerlilik kazanmıştır. Bu çalışma ile ülkemizde standart, uluslararası yayınlarda kullanılabilir, geçerliliği ve stabilitesi

gösterilmiş bir formdur. Testin güvenirliliği ölçüldüğünde test ve tekrar test analizlerindeki korelasyonları çok güçlü olarak bulunmuştur (Çetinel ve ark., 2004).

ICIQ-SF toplam altı sorudan meydana gelmektedir ICIQ-SF toplam puanı, üçüncü, dördüncü ve beşinci soruların puanlarının toplamıdır ve 0-21 arasında değişir. İlk iki soruda doğum tarihi ve cinsiyet sorgulanmıştır. Üçüncü soruda, idrar kaçırmamanın sıklığı, dördüncü soruda idrar kaçırmamanın miktarı, beşinci soruda, idrar kaçırmamanın günlük yaşamı ne kadar etkilediği, altıncı soruda, hangi durumlarda idrar kaçırdığı sorgulanmıştır (Çetinel ve ark., 2004).

Bu çalışmada tüm gebeler üriner inkontinanslı olduğundan ve genel anket formunda sorulmuş olduğundan birinci soru (yaş), ikinci soru (cinsiyet), üçüncü sorunun (Ne sıklıkta idrar kaçıırıyorsunuz?) “Hiç” cevabı, dördüncü sorunun (Genelde ne kadar idrar kaçıırıyorsunuz?) “Hiç” cevabı, altıncı sorunun (Hangi durumlarda idrar kaçıırıyorsunuz?) sorusunun “Hiçbir durumda” cevabı ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca I-QOL yaşam kalitesi ölçeği kullanıldığı için formun 5. sorusu olan; “Tümüyle bakıldığında idrar kaçıırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?” sorusu formdan çıkarılmıştır. Formun kullanımı için Çetinel’den izin alınmıştır.

3.6.3 İnkontinans Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (Incontinence Quality of Life- I-QOL) (EK 3)

Üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir. Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen ilk versiyonundan sonra 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar şekillendirilerek soru sayısı 22’ye düşürülmüştür. Çok merkezli, çift kör, plasebo kontrollü, randomize yapılan çalışmada faktör analizi toplam puan ve üç alt ölçek puanıyla doğrulanmıştır (Davranışların sınırlandırılması, psiko-sosyal etkilenme, sosyal izolasyon). Bütün puanlar iç tutarlı (alfa = 0,87-0,93) ve tekrarlanabilir (ICC = 0,87-0,91) bulunmuştur (Patrick ve ark., 1999). Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenirliği Özerdoğan ve Kızılkaya tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,96 olup, istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir, dolayısı ile uygulanabilir bulunmuştur (Özerdoğan ve Kızılkaya, 2003). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır.

Formdaki bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Wagner ve ark., 1996; Özerdoğan, Kızılkaya 2003). Davranışların sınırlandırılması boyutu toplam sekiz madde içerirken (1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 ve 20. sorular), psikososyal etkilenme boyutu toplam dokuz madde). (5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 ve 22. sorular) içerir. Sosyal izolasyon alt boyutu ise 8, 12, 14, 18 ve 19. Soruları içermekte olup toplam beş maddedir. I-QOL ölçeğinin kullanımı için Özerdoğan ve Kızılkaya'dan izin alınmıştır

I-QOL toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100'lük skalaya uyarlanmıştır.

$$\text{I-QOL Toplam Skor} = X_i / 110 * 100$$

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

• **Davranışların sınırlandırılması alt skala skoru (n=8 soru):** Bu boyutta yer alan sekiz maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı. **Skor** = $X_i / 40 * 100$.

• **Psikososyal etkilenme alt skala skoru (n=9 madde):** Bu boyutta yer alan dokuz maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı. **Skor** = $X_i / 45 * 100$.

• **Sosyal izolasyon alt skala skoru (n= 5 madde):** Bu boyutta yer alan beş maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı. **Skor** = $X_i / 25 * 100$.

3.7.Araştırma Planı

Araştırmanın hazırlık aşamasından tamamlanana değin yapılanlar, tarihleri ile birlikte aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Yıl	2017				2018	2019
Ay	05-07	08-09	09-10	09-12	01-12	01-05
Literatür tarama ve tez önerisi hazırlama	X	X	X	X	X	X
DEÜ Başhekimlik izni		16/08/17				
Tez öneri			12/09/17			
Etik kurul izni			28/09/17			
Verilerin toplanması			X	X	X	
Tepecik EAH izni				21/11/17		
İkinci Etik kurulu izni				28/12/17		
Verilerin analizi ve rapor yazımı					X	X
Tez bitirme sınavı						27/05/19

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programından yararlanılarak, tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma gösterimi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun olup bağımsız grup farklılıkları, student t testi ve Mann-Whitney U testi ile kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise ki kare ve fisher exact testi analizi ile yapılmıştır. İstatiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada Üİ tanılanmasında ICS tanımı kullanılmış ve anketlerde gebelerin verdiği cevaplar temel alınmış olup ürokinamik testler yapılmamıştır. Yalnızca İzmir'deki iki hastaneden veri toplanmış, çalışmaya sınırlı sayıda gebe katılmıştır. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Gebelikte Üİ nedeniyle gebeler doktora gitmemektedirler. Bu nedenle bu çalışmada Üİ tipinin bir parametre olarak alınmaması da sınırlılıktır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan ilki 28.09.2017 tarih ve 3584-GOA protokol numaralı 2017/23-18 karar numarası ile ikincisi 21.12.2017 tarih 3584-GOA protokol numaralı 2017/29-28 karar numarası ile olmak üzere iki aşamada izin alınmıştır (EK 7 ve 9). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni alınmıştır (EK 6). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alınmıştır (EK 8). Çalışmaya katılmak isteyen katılımcılardan aydınlatılmış onam formu (EK 4) kullanılarak kendi rızaları ile yazılı izinleri alınarak çalışmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmaya ikinci trimesterden 75, üçüncü trimesterden 120 gebe katılmış olup çalışmanın bulguları üç bölümde incelenmiştir.

4.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerde Trimesterlere Göre Üİ (Sıklık ve Miktar) ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

4.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulgular

Tablo 1. Gebelerde trimesterlere göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Özellikler	İKİNCİ TRİMESTER		ÜÇÜNCÜ TRİMESTER		t	p
	(N=75)		(N=120)			
Yaş Ort ± SS (Min-Maks) (yıl)	29.00 ± 6.03 (18-39)		28.61 ± 5.91 (18-44)		0.446	0.65
	n	%	n	%	x ²	p
Eğitim Durumu						
İlkokul	25	33.3	27	22.5	3.849	0.27
Ortaokul	20	26.7	45	37.5		
Lise	19	25.3	28	23.3		
Üniversite	11	14.7	20	16.7		
Çalışma Durumu						
Memur	5	6.7	9	7.5	0.699	0.70
İşçi	10	13.3	21	17.5		
Ev Hanımı	60	80.0	90	75.0		

t: Student t testi χ^2 : Ki kare testi Ort: Ortalama SS: Standart Sapma Min: Minimum Maks: Maksimum

Gebelerde trimesterlere göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiş olup çalışmaya katılan ikinci trimesterdeki gebelerin yaş ortalaması $29,00 \pm 6,03$ yıldır ve yaşları 18 ile 39 yıl arasında değişmektedir. Üçüncü trimesterdeki yaş ortalaması ise $28,61 \pm 5,91$ yıl olup 18 ile 44 yıl arasında değişmektedir. Eğitim durumlarına bakıldığında ikinci trimesterdeki gebelerin %33,3’ünün ilkokul, %26,7 ’sinin ortaokul, %25,3’ünün lise mezunu olduğu, üniversite mezun oranının ise sadece %14,7 olduğu görülmektedir. Üçüncü trimesterdeki gebelerin %22,5’ inin ilkokul, %37,5 ’inin ortaokul, %23,3 ’ünün lise, %16,7 ’sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma durumlarına bakıldığında ikinci trimesterdeki gebelerin %80 ’inin ise ev hanımı, %13,3 ’ünün işçi, %6,7’sinin memur olduğu, üçüncü trimesterdeki gebelerin %75 ’inin ev hanımı, %17,5’inin işçi, %7,5 ’inin memur olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü trimesterde yaş, eğitim durumu ve çalışma durumu açısından aralarında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Gebelerde trimesterlere göre parite durumunun dağılımı

	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)		ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Primipar	28	37.3	38	31.7	1.003	0.31
Multipar	47	62.7	82	68.3		

χ^2 : Ki kare testi

Tablo 3. Multipar gebelerde trimesterlere göre son doğum şekillerinin dağılımı

Son Doğum Şekli	İKİNCİ TRİMESTER (N=47)		ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=82)		χ^2	p
	n	%	n	%		
NSVD	6	12.8	47	57.3	25.833	0.000**
Müdahaleli doğum	18	38.2	11	13.4		
Sezaryen doğum	23	49.0	24	29.3		

χ^2 : Ki kare testi ** $p<0,001$ NVSD: Normal spontan vajinal doğum Müdahaleli doğum: Epizyotomi, vakum ve forseps uygulamalarını içerir.

Gebelerde trimesterlere göre obstetrik özelliklerin dağılımı Tablo 2 ve 3'te gösterilmiştir. İkinci trimesterde primipar gebelerin oranı %37,3, multipar oranı %62,7'dir. Multipar gebeler içinde doğum şekilleri incelendiğinde ikinci trimesterde normal doğumun %12,8, müdahaleli doğumun %38,2, sezaryen doğumun ise %49 oranında olduğu görülmüştür. Üçüncü trimesterde ise primiparların oranı %31,7, multiparların oranı %68,3'tür. Üçüncü trimesterdeki multipar gebeler içinde normal doğumun %57,3, müdahaleli doğumun %13,4, sezaryen doğumun %29,3 oranında olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü trimesterde doğum şekilleri açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

İkinci trimester grubunda, multipar katılımcıların %19,6'sının ($n=9$) son gebeliğinin üzerinden iki yıldan az, %80,4'ünün ($n=37$) son gebeliğinin üzerinden iki yıldan fazla geçmiştir. Üçüncü trimester grubunda, multipar katılımcıların %24,4'ünün ($n=20$) son gebeliğinin üzerinden iki yıldan az, %75,6'sının ($n=62$) son gebeliğinin üzerinden iki yıldan fazla zaman geçmiştir.

Gebelerin düşük, küretaj ve gebelikte sorun yaşama durumları incelendiğinde ikinci trimester grubundaki gebelerin %14,7'si ($n=11$) daha önce küretaj olduğunu belirtirken, üçüncü trimester grubundaki gebelerin ise %25,8'i ($n=31$) daha önce küretaj olduğunu belirtmiştir. İkinci trimester grubundaki gebelerin %18,7'si ($n=14$) daha önce düşük yaptığını, üçüncü trimester grubundaki katılımcıların ise %31,7'si ($n=38$) daha önce düşük yaptığını ifade etmiştir. İkinci trimesterdeki gebelerin %21,3'ü ($n=16$) ve üçüncü trimesterdeki gebelerde %26,7'si ($n=32$) gebeliğinde sorun yaşamıştır.

Tablo 4. Gebelerde trimesterlere göre Üİ'ye hazırlayıcı faktörlerin dağılımı

Özellikler	İKİNCİ		ÜÇÜNCÜ		χ^2	p
	TRİMESTER (N=75)		TRİMESTER (N=120)			
	n	%	n	%		
Gebelik Öncesi BKİ¹						
Normal	54	72	64	53.4	7.922	0.019*
Fazla Kilolu	12	16	40	33.3		
Obez	9	12	16	13.3		
Gestasyonel Kilo Alımı²						
Düşük	46	61.3	49	40.8	10.150	0.006*
Normal	24	32.0	47	39.2		
Yüksek	5	6.7	24	20.0		
Sigara Kullanımı						
Kullanıyor	16	21.3	19	15.8	0.948	0.33
Kullanmıyor	59	78.7	101	84.2		
Kafein Kullanımı						
Kullanıyor	59	78.7	90	75.0	0.344	0.55
Kullanmıyor	16	21.3	30	25.0		
Konstipasyon						
Var	27	36.0	32	26.7	1.905	0.16
Yok	48	64.0	88	73.3		
Düzenli Egzersiz Yapma						
Yapıyor	27	36.0	55	45.8	1.831	0.17
Yapmıyor	48	64.0	65	54.2		

χ^2 : Ki kare testi *: $p < 0,05$ ¹: Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisiyle 3 grupta incelenmiştir: normal (25 kg/m²'nin altı), fazla kilolu (25-29 kg/m²) ve obez (30 kg/m²'nin üzeri)²: IOM rehberine göre hesaplanmıştır (Institute of Medicine, 2009).

Tablo 4'te ikinci ve üçüncü trimesterde gebelerin gebelik öncesi BKİ'leri, gestasyonel kilo alımları, sigara kullanımı, kafein tüketimi, konstipasyon durumları ve düzenli egzersiz yapma durumları gösterilmiştir. İkinci trimesterde gebelerin %72'si, üçüncü trimesterde gebelerin %53,4'ü gebelik öncesinde normal BKİ'ye sahipken, ikinci trimesterde %12, üçüncü trimesterde %13,3 oranında gebelik öncesi obez kadın vardı. Trimesterlere göre gebelik öncesi BKİ karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Trimesterlere göre gestasyonel kilo alımları incelendiğinde ikinci trimester gebelerin %61,3'ü, üçüncü trimester gebelerin %43,8'i düşük oranda, ikinci trimester gebelerin %6,7'si, üçüncü trimester gebelerin %20'si yüksek oranda kilo almıştır. Trimesterlere göre gestasyonel kilo alımları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İkinci trimesterdeki gebelerin %21,3'ünün sigara kullandığı, %78,7'sinin günlük olarak kafeinli içecekler tükettiği, %36'sının konstipasyonunun olduğu, %36'sının düzenli olarak egzersiz yaptığı saptanmıştır. Üçüncü trimesterde ise gebelerin %15,8'inin sigara kullandığı, %75'inin günlük olarak kafeinli içecek tükettiği, %26,7'sinin konstipasyonunun olduğu, %45,8'inin düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. İkinci ve üçüncü trimesterde sigara kullanımı, kafein kullanımı, konstipasyon durumu ve düzenli egzersiz yapma durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerde trimesterlere göre Üİ (sıklık, miktar ve durum) özelliklerin dağılımı

	İnkontinans Değerlendirme (ICIQ-SF)	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)		ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)		χ^2	p
		n	%	n	%		
İdrar Kaçırma Durumları	İdrar Kaçırma Sıklığı						
	Haftada Bir veya Daha Fazla	54	72.0	74	61.7	2.185	0.13
	Günde Bir veya daha fazla	21	28.0	46	38.3		
	İdrar Kaçırma Miktarı						
	Az Miktarda	59	78.7	99	82.5	0.041	0.50
	Orta derecede/ Çok miktarda	16	21.3	21	17.5		
	Tuvalete Yetişmeden						
	Evet	18	24.0	41	34.2	2.261	0.13
	Hayır	57	76.0	79	65.8		
	Öksürürken/ Hapşırırken						
	Evet	60	80.0	83	69.2	2.770	0.09
	Hayır	15	20.0	37	30.8		
	Hareket Halinde/Spor Yaparken						
	Evet	12	16.0	19	15.8	0.001	0.97
	Hayır	63	84.0	101	84.2		
	İşemeyi Bitirip Giyinirken						
	Evet	14	18.7	9	7.5	5.532	0.019*
	Hayır	61	81.3	111	92.5		

 χ^2 : Ki kare testi *: $p < 0,05$

Gebelerde trimesterlere göre Üİ değerlendirildiğinde Tablo 5'te ikinci trimesterdeki gebelerin %72'sinin haftada bir veya daha fazla, %28'inin ise günde bir veya daha fazla idrar kaçırdığı saptanmıştır. Üçüncü trimesterde ise gebelerin %61,7'sinin haftada bir veya daha fazla, %38,3'ünün ise günde bir veya daha fazla idrar kaçırdığı belirlenmiştir. İdrar kaçırma miktarları incelendiğinde ikinci trimesterde az miktarda idrar kaçıranların oranının %78,7, orta derecede / çok miktarda idrar kaçıranların oranının %21,3 olduğu, üçüncü trimesterdeki gebelerde ise %82,5'inin az miktarda, %17,5'inin orta derecede /çok miktarda idrar kaçırdığı saptanmıştır (Tablo 5). İkinci ve üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığı ve miktarı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İkinci trimesterde gebelerin %80'i öksürürken/hapşırırken, %24'ü tuvalete yetişmeden, %18,7'si işemeyi bitirip giyinirken, %16'sı hareket halinde/ spor yaparken idrar kaçırmaktadır. Üçüncü trimesterde ise gebelerin 69,2'si öksürürken/hapşırırken, %34,2'si tuvalete yetişmeden, %15,8'i hareket halinde/ spor yaparken, %7,5'i işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmaktadır (Tablo 5). Tuvalete yetişmeden, öksürürken/hapşırırken, hareket halinde'spor yaparken idrar kaçırma durumları ile trimesterler arasında farklılık bulunmamış olup sadece işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıran ikinci ve üçüncü trimester gebeleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). İkinci trimester gebeleri üçüncü trimesterdekilerden daha fazla işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmışlardır.

4.2. Gebelerde trimesterlere göre Üİ (sıklık ve miktar) ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

Tablo 6. Gebelerde trimesterlere göre gestasyonel kilo alımı ve paritenin Üİ sıklığıyla karşılaştırılması

Özellikler	İdrar Kaçırma Sıklığı											
	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)						ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)					
	Haftada Bir veya Daha Fazla		Günde Bir veya Daha Fazla		χ^2	p	Haftada Bir veya Daha Az		Günde Bir veya Daha Fazla		χ^2	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Gestasyonel Kilo Alımı ¹												
Düşük	37	80.4	9	19.6	5.56	0.06	34	69.4	15	30.6	2.70	0.25
Normal	13	54.2	11	45.8			28	59.6	19	40.4		
Yüksek	4	80.0	1	20.0			12	50.0	12	50.0		
Parite												
Primipar	25	89.3	3	10.7	6.62	0.01*	23	60.5	15	39.5	0.03	0.86
Multipar	29	61.7	18	38.3			51	62.2	31	37.8		

χ^2 : Ki kare testi *p<0.05 ¹: IOM rehberine göre hesaplanmıştır (Institute of Medicine, 2009).

Gebelerde trimesterlere göre gestasyonel kilo alımı ve paritenin Üİ sıklığıyla karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. İkinci trimesterde gestasyonel kilo alımı ve idrar kaçırma sıklığı karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır (p>0,05). İkinci trimesterde multiparların primiparlara göre idrar kaçırma sıklığındaki artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,01; p<0,05). İkinci trimesterde parite arttıkça idrar kaçırma sıklığı da artmaktadır. Üçüncü trimesterde ise gestasyonel kilo alımı ve parite ile idrar kaçırma sıklığı arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). Gestasyonel kilo alımı ve parite üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığını etkilememektedir.

Tablo 7. Multiparların trimesterlere göre doğum şeklinin Üİ sıklığıyla karşılaştırılması

Son Doğum Şekli	İdrar Kaçırma Sıklığı											
	İKİNCİ TRİMESTER (N=24) ^a				ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=58) ^a							
	Haftada Bir veya Daha Fazla		Günde Bir veya Daha Fazla		χ^2	p	Haftada Bir veya Daha Fazla		Günde Bir veya Daha Fazla		χ^2	p
	n	%	n	%			n	%	n	%		
NVSD ^b	6	100	0	0			31	66	16	34		
					δ	0.052					δ	0.506
Müdahaleli doğum ^c	9	50.0	9	50.0			6	54.5	5	45.5		
χ^2 : Ki kare testi δ : Fisher's Exact test a: Sezaryen doğumlar dahil edilmemiştir. b: Normal vajinal spontan doğum c: Epizyotomi, vakum ve forseps uygulamalarını içermektedir.												

Tablo 8. Gebelerde trimesterlere göre gestasyonel kilo alımı ve paritenin Üİ miktarı ile karşılaştırılması

İdrar Kaçırma Miktarı												
Özellikler	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)						ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)					
	Az		Orta		χ^2	p	Az		Orta		χ^2	p
	Miktarda		derecede/ çok				Miktarda		derecede / çok			
			miktarda						miktarda			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
Gestasyonel												
Kilo Alımı												
Düşük	39	84.8	7	15.2	3.09	0.21	41	83.7	8	16.3	0.92	0.62
Normal	16	66.7	8	33.3			37	78.7	10	21.3		
Yüksek	4	80.0	1	20.0			21	87.5	3	17.5		
Parite												
Primipar	23	82.1	5	17.9	0.32	0.57	32	84.2	6	15.8	0.11	0.73
Multipar	36	76.6	11	23.4			67	81.7	15	18.3		

χ^2 : Ki kare testi ¹: IOM rehberine göre hesaplanmıştır (Institute of Medicine, 2009).

İkinci ve üçüncü trimesterde gestasyonel kilo alımı ve parite ile idrar kaçırma miktarı Tablo 8’de karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Gestasyonel kilo alımı ve parite Üİ miktarını etkilememektedir.

Tablo 9. Multiparların trimesterlere göre doğum şeklinin Üİ miktarı ile karşılaştırılması

İdrar Kaçırma Miktarı												
Son Doğum Şekli	İKİNCİ TRİMESTER (N=24) ^a					ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=58) ^a						
	Az		Orta/ çok		χ^2	p	Az		Orta/ çok		χ^2	p
	Miktarda		miktarda				Miktarda		miktarda			
	n	%	n	%			n	%	n	%		
NVSD ^b	6	100	0	0			38	80.9	9	19.1		
					δ	0.28					δ	0.66
Müdahaleli doğum ^c	13	72.2	5	27.8			10	90.9	1	9.1		

 χ^2 : Ki kare testi δ :Fisher'sExact test^a: Sezaryen doğumlar dahil edilmemiştir. ^b: Normal vajinal spontan doğum ^c: Epizyotomi, vakum ve forseps uygulamalarını içermektedir.

Multiparlar arasında son doğum şekli ile Üİ miktarı Tablo 9'da karşılaştırılmış, her iki trimesterde de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Multipar gebelerin son doğum şekillerinin NVSD ya da müdahaleli doğum olması Üİ miktarını etkilememektedir.

4.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 10. Gebelerin İnkontinans Yaşam Kalitesi Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Trimesterlere Göre Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesi	İKİNCİ TRİMESTER	ÜÇÜNCÜ TRİMESTER	t	p
	Ort ± SS (Min-Maks)	Ort ± SS (Min-Maks)		
Davranışların Sınırlandırılması	72.73 ± 18.11 (37.5-100)	72.34 ± 18.26 (27.50-100)	0.149	0.88
Psiko-Sosyal Etkilenme	84.41 ± 16.13 (40-100)	85.99 ± 17.11 (28-100)	0.643	0.52
Sosyal İzolasyon	80.85 ± 19.03 (24-100)	80.88 ± 21.85 (20-100)	0.009	0.99
I-QOL Toplam	79.45 ± 15.80 (36.36-100)	79.81 ± 16.92 (28.18-100)	0.148	0.88

t: Student t testi Ort: Ortalama SS: Standart sapma I-QOL:İnkontinans Yaşam Kalitesi

Gebelerin inkontinans yaşam kalitesi puan ortalamalarının trimesterlere göre karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir. İkinci trimesterde davranışların sınırlandırılması (DS) alt ölçek puanının 72.73 ± 18.11 , üçüncü trimesterde 72.34 ± 18.26 ; psiko-sosyal etkilenme (PE) alt ölçek puanının ikinci trimesterde 84.41 ± 16.13 , üçüncü trimesterde 85.99 ± 17.11 ; sosyal izolasyon (Sİ) alt ölçek puanının ikinci trimesterde 80.85 ± 19.03 , üçüncü trimesterde 80.88 ± 21.85 ; toplam puanın (TP) ise ikinci trimesterde 79.45 ± 15.80 , üçüncü trimesterde 79.81 ± 16.92 olduğu görülmektedir. İkinci ve üçüncü trimester arasında inkontinans yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

İkinci trimesterde idrar kaçırma sıklığına göre yaşam kalitesi alt ölçek ve toplam puan ortalamaları Tablo 11'de karşılaştırılmıştır. İkinci trimesterde günde bir veya daha fazla idrar kaçıran gebeler DS, Sİ ve toplam puanlarından anlamlı düşük puanlar almışlardır ($p<0,05$). İkinci trimesterde idrar kaçırma sıklığı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır. Üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığı ile yaşam kalitesi tüm alt ölçek ve toplam puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$). Günde bir veya daha fazla idrar kaçıran gebeler DS, PE, Sİ ve toplam puanlarından daha düşük puanlar almışlardır. Üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.

Gebelerde trimesterlere göre Üİ miktarı ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 12'de karşılaştırılmıştır. İkinci trimesterde, orta/ çok miktarda idrar kaçıran gebelerin ile az miktarda idrar kaçıranlara göre DS, PE, Sİ ve TP ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (tüm puan ortalamaları için $p<0,01$). Üçüncü trimesterdeki gebelerde, ikinci trimesterdeki gebeler ile benzer şekilde, orta/ çok miktarda idrar kaçıranlara göre az miktarda idrar kaçıranların DS, PE, Sİ ve TP puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (DS için $p<0,05$, diğer puan ortalamaları için $p<0,01$). Buna göre, az miktarda idrar kaçıranların DS, PE, Sİ ve TP puan ortalamaları, orta/ çok miktarda idrar kaçıranlardan daha yüksektir. Her iki trimesterde de orta/ çok miktarda idrar kaçıran gebelerin yaşam kalitesi az miktarda idrar kaçıran gebelere göre olumsuz etkilenmiştir.

Tablo 11. Gebelerde trimesterlere göre Üİ sıklığı ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

İdrar Kaçırma Sıklığı	Yaşam Kalitesi															
	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)								ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)							
	DS		PE		Sİ		TP		DS		PE		Sİ		TP	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Haftada Bir veya Daha Fazla	76.16	17.83	85.84	15.39	83.93	16.84	82.00	15.03	75.30	16.06	90.51	12.62	85.73	17.42	83.67	13.47
Günde Bir veya daha fazla	63.93	16.06	80.74	17.77	72.95	22.30	72.90	16.19	67.57	20.63	78.74	20.69	73.08	25.87	73.60	19.96
	t=2.74		t=1.24		t=2.31		t=2.31		t=2.30		t=3.87		t=3.20		t=3.30	
	p=.008**		p=.221		p=.024*		p=.024*		p=.023*		p=.000**		p=.002**		p=.001**	
t: Student's t testi *: p<0.05 **: p<0.01 Ort: Ortalama SS: Standart Sapma DS: Davranışların Sınırlandırılması PE:Psikososyal Etkilenme Sİ: Sosyal İzolasyon TP: Toplam Puan																

Tablo 12. Gebelerde trimesterlere göre Üİ miktarı ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ																
İdrar Kaçırma Miktarı	İKİNCİ TRİMESTER (N=75)								ÜÇÜNCÜ TRİMESTER (N=120)							
	DS		PE		Sİ		TP		DS		PE		Sİ		TP	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Az Miktarda	76.61	16.74	88.09	13.33	85.63	15.01	83.47	13.19	74.19	17.28	88.28	15.18	83.96	20.14	82.18	15.31
Orta / çok miktarda	58.44	16.04	70.83	18.62	63.25	22.26	64.66	16.20	63.57	20.53	75.23	21.57	66.37	24.16	68.65	19.91
	U=209.5		U=204.0		U=183.5		U=158.5		U=718.5		U=624.0		U=527.0		U=607.0	
	p=.001**		p=.000**		p=.000**		p=.000**		p=.026*		p=.004*		p=.000**		p=.003**	
U: Mann-Whitney U testi *: p<0.05 **: p<0.01 Ort: Ortalama SS: Standart Sapma DS: Davranışların Sınırlandırılması PE: Psikososyal Etkilenme Sİ: Sosyal İzolasyon TP: Toplam Puan																

Tablo 13. İkinci trimesterdeki gebelerde Üİ durumları ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

İKİNCİ TRİMESTER YAŞAM KALİTESİ (N=75)																
İdrar Kaçırma Durumu	Davranışların Sınırlandırılması				Psiko-Sosyal Etkilenme				Sosyal İzolasyon				Toplam Puan			
	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	p
Tuvalete Yetişmeden																
Evet	71.53	17.58	479.0	0.67	85.55	12.44	501.5	0.88	82.44	14.59	499.0	0.86	79.71	13.21	482.0	0.70
Hayır	73.11	18.41			84.05	17.21			80.35	20.32			79.37	16.64		
Öksürürken/ Hapşırırken																
Evet	72.75	19.25	427.5	0.76	84.63	16.65	400.5	0.50	80.80	19.23	442.5	0.92	79.56	16.53	421.0	0.70
Hayır	72.67	13.07			83.55	14.37			81.07	18.85			79.02	12.97		
Hareket Halinde/Spor Yaparken																
Evet	63.54	12.08	234.0	.037*	75.37	20.11	253.5	0.06	71.00	23.21	253.5	0.07	70.07	16.17	221.5	.024*
Hayır	74.48	18.60			86.13	14.83			82.73	17.73			81.24	15.21		
İşemeyi Bitirip Giyinirken																
Evet	66.25	12.10	301.0	0.08	74.60	13.41	203.0	.002**	70.57	13.37	196.5	.002**	70.71	11.47	221.5	.005**
Hayır	74.22	18.86			86.66	15.95			83.21	19.43			81.46	16.05		

U: Mann-Whitney U testi *: p<0.05 **: p<0.01 Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

İkinci trimesterdeki gebelerde Üİ durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 13'te karşılaştırılmıştır. İkinci trimester gebelerde, çeşitli durumlarda idrar kaçıran ve kaçırmayanlar arasında DS, PE, Sİ ve toplam puan ortalamaları açısından bir farklılık olup olmadığı incelendiğinde; hareket halinde/spor yaparken kaçıranların, kaçırmayanlara göre DS ve toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. İşemeyi bitirip giyinirken kaçıranların, kaçırmayanlara göre PE, Sİ ve toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (tüm ortalamalar için $p<0,05$).

Üçüncü trimesterdeki gebelerde Üİ durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 14'te karşılaştırılmıştır. Üçüncü trimester gebelerde çeşitli durumlarda idrar kaçıran ve kaçırmayanlar arasında DS, PE, Sİ ve TP puan ortalamaları açısından bir farklılık olup olmadığı incelendiğinde; hareket halinde spor yaparken idrar kaçıranların, DS, PE, Sİ ve TP ortalamalarının hepsinin, kaçırmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (tüm ortalamalar için $p<0,01$). İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıranların, kaçırmayanlara göre PE puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.023$, $p<0,05$).

Tablo 14. Üçüncü trimesterdeki gebelerde Üİ durumları ve yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

ÜÇÜNCÜ TRİMESTER YAŞAM KALİTESİ (N=120)																
İdrar Kaçırma Durumu	Davranışların Sınırlandırılması				Psiko-Sosyal Etkilenme				Sosyal İzolasyon				Toplam Puan			
	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	p	Ort	SS	U	P
Tuvalete Yetişemedi																
Evet	74.02	18.84	1476.0	0.42	86.34	16.32	1564.0	0.75	82.05	21.95	1536.5	0.64	80.66	17.23	1520.5	0.58
Hayır	71.46	18.01			85.82	17.60			80.28	21.91			79.38	16.85		
Öksürürken/ Hapşırıırken																
Evet	79.56	16.53	1398.5	0.43	86.31	16.07	1528.5	0.96	80.00	21.04	1336.5	0.25	79.60	16.09	1412.0	0.48
Hayır	79.02	12.97			85.28	19.46			82.86	23.75			80.29	18.88		
Hareket Halinde/Spor Yaparken																
Evet	57.00	15.48	434.0	0.000**	73.91	20.49	498.0	0.001**	65.89	25.06	509.0	0.001**	66.56	16.87	420.0	0.000**
Hayır	75.22	17.33			88.27	15.48			83.70	20.10			82.31	15.80		
İşemeyi Bitirip Giyinirken																
Evet	61.39	21.65	330.5	0.09	70.37	23.47	274.0	0.023*	61.78	31.25	310.0	0.056	65.15	23.85	304.5	0.052
Hayır	73.22	17.77			87.26	15.97			82.43	20.32			81.00	15.79		

U: Mann-Whitney U testi *: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Gebelerde Trimesterlere Göre Üİ (Sıklık ve Miktar) ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Gebelerde Trimesterlere Göre Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler, Üİ'ye Hazırlayıcı Faktörler ve Üİ'ye (Sıklık, Miktar ve Durum) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada ikinci trimesterdeki gebelerin %72'sinin haftada bir veya daha fazla, %28'inin ise günde bir veya daha fazla idrar kaçırdığı saptanmıştır. Üçüncü trimesterde ise gebelerin %61,7'sinin haftada bir veya daha fazla, %38,3'ünün ise günde bir veya daha fazla idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Literatürde ICIQ-SF ölçeği ile idrar kaçırma sıklığını inceleyen çalışmalar incelendiğinde; gebelerin %57,1- 68,8'inin haftada bir veya daha fazla sıklıkta, %31,2- 42,9'unun günde bir veya daha fazla sıklıkta olmak üzere idrar kaçırdıkları belirtilmektedir (Dinç, 2017; Franco ve ark., 2014; Kocaöz ve ark., 2010; Kök ve ark., 2016; Piriñçi, 2016). Üçüncü trimester gebelerinin idrar kaçırma sıklığı literatürle uyumlu olsa da ikinci trimesterde belirtilen oranların dışında bir oran bulunmuştur. Bunun sebebinin yapılan çalışmalarda Üİ sıklığının trimesterlere göre incelenmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İdrar kaçırma miktarı Üİ şiddetini etkileyebilen bir durumdur. Bu çalışmada gebelerin trimesterlere göre idrar kaçırma miktarları incelenmiş, ikinci trimesterdeki gebelerin %78,7'sinin az miktarda, %21,3'ünün orta/ çok miktarda, üçüncü trimesterdeki gebelerin ise %82,5'inin az miktarda, %17,5'inin orta/ çok miktarda idrar kaçırdığı saptanmıştır.

Gebelerde Üİ miktarını inceleyen çalışmalar incelendiğinde ise gebelerin %55,7- 90,5'inin az miktarda, %9,5- 44,3'nin ise orta/ çok miktarda olmak üzere değişen oranlarda

idrar kaçırdıkları görülmektedir (Bayrak, 2018; Franco ve ark., 2014; Kocaöz ve ark., 2010; Kök ve ark., 2016; Pirinççi, 2016). Bulgular literatürle paraleldir.

Bu çalışmada gebelerin trimesterlere göre idrar kaçırmaları incelendiğinde; ikinci trimesterde gebelerin %80'i öksürürken/hapşırırken, %24'ü tuvalete yetişmeden, %18,7'si işemeyi bitirip giyinirken, %16'sı hareket halinde/ spor yaparken idrar kaçırmaktadır. Üçüncü trimesterde ise gebelerin 69,2'si öksürürken/hapşırırken, %34,2'si tuvalete yetişmeden, %15,8'i hareket halinde/ spor yaparken, %7,5'i işemeyi bitirip giyinirken, idrar kaçırmaktadır.

Literatürde gebelerde idrar kaçırmaları inceleyen çalışmalara bakıldığında; Dağdeviren ve arkadaşlarının çalışmalarındaki gebelerin %45,4'ü idrar kaçırmazken, %38,5'inin öksürürken ve hapşırırken, %13,3 tuvalete yetişmeden, %1,4 her zaman, %0,9 işemeyi bitirip giyinirken, %0,9 belirgin bir neden olmadan idrar kaçırdığını, Kök ve arkadaşları gebelerin %72,1'inin öksürüp hapşırırken, %26,2'sinin tuvalete yetişmeden, %1,6'sının her zaman idrar kaçırdığını ifade etmişlerdir (Dağdeviren ve ark., 2018; Kök ve ark., 2016). Yapılan çalışmalara dahil olan gebeler trimesterlerine göre ayrılmadığından oranlar farklılık gösterse de gebelerin en sık öksürürken/hapşırırken, daha az oranda ise tuvalete yetişmeden idrar kaçırdıkları görülmektedir. Bulgular literatürle bu açıdan benzerlik göstermektedir.

Literatürde gebelikte Üİ inceleyen diğer araştırmalara bakıldığında idrar kaçırmaları durumlarını SÜİ, UÜİ ve MÜİ olarak tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelerde SÜİ oranının %54,7- 78,8, UÜİ oranının %6,4- 27, MÜİ oranının %14,8-16 oranında olduğu saptanmıştır (Bayrak, 2018; Erbil ve ark., 2011; Franco ve ark., 2014; Kocaöz ve ark., 2010). Bu çalışmada kullanılan ICIQ-SF hangi durumlarda idrar kaçırdığını tanımlayan bir ölçektir. Bu çalışmanın amacı, Üİ ve yaşam kalitesini incelemektir. Bu nedenle Üİ tipi değişken olarak incelenmemiştir. Ayrıca gebelikte beklenen bir durum olarak görülmesi nedeni ile de üroloji ya da üro-jinekolojik bir inceleme için sevk yapılmamakta, tıbbi tanı olmamaktadır.

5.2. Gebelerde Trimesterlere Göre Üİ (Sıklık ve Miktar) ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik kadın vücudunda fizyolojik, anatomik, hormonal ve psikolojik değişikliklere neden olan kompleks bir dönemdir. Relaksin ve progesteron hormonunun etkileri, büyüyen uterus, maternal kilo, pelvik bağ dokusu ve kollajen yapıdaki değişiklikler pelvik tabanın fonksiyonlarını yerine getirememesine neden olmaktadır. Levator kas ve ligamentlerde artan baskı sonucu üreterolojik açılar değişebilmekte, pelvik taban kaslarını ve mesane boynunu kontrol eden sinirler zarar görebilmekte ve Üİ oluşabilmektedir. Literatürde de gebeliğin Üİ oluşumu açısından majör risk faktörlerinden biri olduğu ifade edilmektedir (Bayrak, 2018; Dinç, 2013; Kök ve ark., 2016; Wesnes ve ark., 2007). Gebelerde Üİ oluşumunu tetikleyen birçok faktör var olup bu çalışmada sadece gestasyonel kilo alımı, parite ve doğum şekli faktörleri ve Üİ sıklığı ve miktarına etkisi ele alınmıştır.

Bu çalışmada ikinci trimesterde multiparların primiparlara göre idrar kaçırma **sıklığındaki** artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$; $p<0,05$) (Tablo 7). İkinci trimesterde parite arttıkça idrar kaçırma sıklığı da artmaktadır fakat üçüncü trimesterde parite ile idrar kaçırma sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7). Parite üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığını etkilememektedir. İkinci ve üçüncü trimesterde parite ile idrar kaçırma **miktarı** karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Parite Üİ miktarını etkilememektedir.

Parite ile Üİ ilişkini araştıran pek çok araştırma paritenin Üİ için başlıca risk faktörlerinden biri olduğunu ifade etmişlerdir (Balık ve ark., 2016; Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Kocaöz ve ark., 2010; Luo ve ark., 2010; Wesnes ve ark., 2007). Wesnes ve arkadaşları tarafından 43279 gebe ile üçüncü trimesterde yapılan bir kohort çalışmasında ise nulliparlarda %48, multiparlarda yapılan %67 oranında Üİ saptanmıştır (Wesnes ve ark., 2007). Kök ve arkadaşları üriner inkontinansı olan ve olmayan gebeler arasında yaptıkları araştırmada multiparların nulliparlardan daha fazla Üİ sorunu yaşadıklarını ifade etmektedir. (Kök ve ark., 2016). Lin ve arkadaşları primipar ve multipar 270 gebede alt üriner sistem semptomları prevalansındaki değişikliklerin karşılaştırılması amacıyla yürüttükleri çalışmada, multiparitenin gebelikte SÜİ için belirleyici bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (Lin ve ark., 2014). Luo ve arkadaşları ise nullipar ve multiparları gebelikteki Üİ prevalansı ve pelvik değişiklikler açısından incelemiş; multiparlarda Üİ'nin görülme sıklığını ve şiddetini

nulliparlara oranla daha yüksek bulmuşlardır. Pelvik taban transperineal ultrason değerlendirmesiyle multipar kadınların gebelikte nullipar kadınlara göre daha belirgin Üİ semptomları ve pelvik taban yapısı değişiklikleri yaşadıklarını ifade etmektedirler (Luo ve ark., 2017). Daha önce paritenin gebelerde Üİ sıklığı ve miktarına etkisi ile ilgili bir çalışma yapılmamıştır. O açıdan bu çalışma literatüre katkı sağlanmaktadır.

Gebelikte Üİ oluşumu açısından bir diğer risk faktörü ise beden kitle indeksi (BKİ-kg/m²)'dir (Bekele ve ark., 2016; Daly ve ark., 2018; Dinç, 2017; Wesnes ve ark., 2007). Bu çalışmada ikinci ve üçüncü trimesterde gestasyonel kilo alımı ile idrar kaçırma sıklığı ve miktarı arasında fark olup olmadığına bakılmış ve anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (p>0,05) Gestasyonel kilo alımı gebelerde Üİ sıklık ve miktarını etkilememektedir.

Gebelikte fetüs, plasenta gibi yapılarla birlikte artan vücut ağırlığı, karın duvarı ağırlığının artmasına, intraabdominal basıncın ve intraveziküler basıncın yükselmesine, pelvik taban kaslarının gerilip zayıflamasına neden olmakta, üretral mobilitayı arttırarak Üİ'ye uygun bir zemin oluşturabilmektedir. Buna rağmen gestasyonel kilo alımı ile gebelikteki Üİ ilişkisini açıkça gösteren çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Gestasyonel kilo alımının Üİ'ye etkisinin incelendiği geniş çaplı bir kohort çalışmasında gebeliğin başlangıcından 15. haftaya kadar olan sürede vücut ağırlığındaki artış 4 kg'dan fazla ise, gebeliğin 30. haftasında Üİ riskinin arttığını; 30.haftalardaki yüksek kilo artışının ise Üİ gelişimine etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (Wesnes ve ark., 2010). Gestasyonel kilo alımının Üİ sıklığına ve miktarına etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Normal spontan vajinal doğum Üİ için bir risk faktörüdür (Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Ozdurak ve ark., 2018). Aynı zamanda müdahaleli doğum da Üİ için bir diğer risk faktörüdür (Bekele, 2016; Erbil ve ark., 2011; Ozdurak ve ark., 2018). Bu çalışmada literatüre dayanarak doğum şeklinin Üİ için bir risk faktörü olduğu kabul edilmiştir. Multiparlar arasında son doğum şekli ile Üİ sıklığı ve miktarı karşılaştırıldığında her iki trimesterde de anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Multipar gebelerin son doğum şekillerinin NVSD ya da müdahaleli doğum olması Üİ sıklığını ve miktarını etkilememektedir.

Literatürde vajinal doğumun pelvik tabanda hasara neden olan en önemli faktör olduğu ve özellikle doğumun ikinci fazının uzun sürmesinin bu duruma yol açtığı görüşü kabul görmektedir. Bazı çalışmalar vajinal doğumun sezaryen doğuma göre Üİ açısından daha fazla risk taşıdığını göstermektedir (Dinç, 2017; Erbil ve ark., 2011; Öztürk ve ark., 2012; Yücel ve

ark., 2018). Doğum eyleminde fetus başının üretraya ve pelvik tabana yaptığı basınç pelvik taban kasları ve pudendal sinirlerde aşırı gerilme, bası ve travmaya neden olabilmektedir. Ozdurak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada planlı sezaryen doğumun SÜİ gelişimini önleyebileceğini, vajinal doğum yapmış olmanın sezaryene kıyasla pelvik taban bozukluk riskini daha fazla artırdığını, bununla birlikte sezaryenin pelvik taban bozuklukları açısından koruyucu amaçla tercih edilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir (Ozdurak ve ark., 2018). Uzamış ıkınma fazı, kristeller manevrası, forseps ve vakum kullanılan müdahaleli doğumlar ve epizyotomi uygulamaları Üİ riskini arttırmaktadır (Erbil ve ark., 2011; Ozdurak ve ark., 2018; Yılmaz ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2018). Bayrak'ın çalışmasında gebelerin %52,5'i normal doğum yaparken, %47,5'i sezaryenle doğum yapmıştır ve normal doğum yapan olgularda postpartum inkontinans görülme oranı (%19), sezaryen doğum yapanlardan (%7,4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Doğum şekillerinin Üİ sıklığına ve miktarına etkisini incelemeye yönelik herhangi bir araştırmaya ulaşamadığından bu çalışmayla karşılaştırma yapılamamıştır.

5.3. Gebelerde Trimesterlere Göre Yaşam Kalitesi ve Üİ (Sıklık, Miktar ve Durum)'nin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada ikinci ve üçüncü trimesterde yaşam kalitesi 79,45- 79,81 puan olarak saptanmıştır. İki trimesterde de yaşam kalitesi puanları birbirine benzerdir ($p>0,05$). Her iki trimesterde de en düşük puan DS puanı olduğundan Üİ gebelerin yaşam kalitelerini en çok davranışların sınırlandırılması alanında etkilemiştir. Her iki trimesterde de PE puanı diğer puanlarla karşılaştırıldığında en yüksek puandır. Bu yüzden Üİ gebelerin yaşam kalitelerini psiko-sosyal olarak daha az etkilemiştir denilebilir.

Gebelikte Üİ yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Balık ve ark., 2016; Dağdeviren ve ark., 2018; Kocaöz ve ark., 2010; Rogers ve ark., 2017; Yılmaz ve ark., 2014). Literatürde üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin bireyler arası farklılığa bağlı olduğu, üriner inkontinansa toleransın oldukça kişisel olduğu ve kadının sosyal ve fiziksel aktiviteleri ile mental durumunun Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini belirlemede önemli bir rol oynayabileceği ifade edilmektedir (Wagner ve ark., 1996). Kadınların Üİ'nin getirdiği sıkıntıları algılayışı ve bakış açıları değişiklik göstermektedir. Bazı kadınlar için hafif bir idrar kaçırma bile çok büyük bir sorun olarak algılanırken bazı kadınlar büyük miktarlarda idrar kaçırmayı bile önemsemeyebilmektedir (Özengin ve ark., 2017). Dağdeviren ve arkadaşları 219 gebeyi

içeren çalışmalarında Üİ'yi; yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelikte de kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden iyiliğini ve yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olarak belirtmiştir. (Dağdeviren ve ark., 2014). Franco ve arkadaşları çalışmalarında gebelikte Üİ yaşamının günlük hayatı engellemese de yaşam kalitelerini fiziksel, mental ve sosyal açıdan etkilediğini ifade etmişlerdir (Franco ve ark., 2014).

Gebelikte Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda Balık ve arkadaşları gebelerde alt üriner sistem semptomlarını, Üİ prevalansını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Üİ'li gebelerin Üİ'li olmayan gebelerle karşılaştırıldığında yaşam kalitelerinin anlamlı oranda düştüğü görülmüştür (Balık ve ark., 2016). Erbil ve arkadaşları çalışmasında gebelerin %73,5'inin rahatsızlık hissettiğini, %75,3'ünün günlük rutinlerinin etkilendiğini, %69,3'ünün bir sağlık kurumundan yardım almayı düşündüğünü, %52,6'sının Üİ endişesi ile yeterli sıvı almayı engellediğini, %47'sinin cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilendiğini, %35,8'inin Üİ sorunları nedeniyle çevrelerinden kendileri izole ettiğini saptamıştır (Erbil ve ark., 2011). Kocaöz ve arkadaşlarının 2010 yılında üriner inkontinans ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla 208 gebe üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada aslında yüksek görülme yüzdesine karşın, inkontinansın, gebelerin yaşam kalitesini etkilemediği veya hafif düzeyde etkilediği belirtilmiştir (Kocaöz ve ark., 2010). Kök ve arkadaşlarının çalışmasında Üİ'li gebelerin I-QOL ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi puan ortalaması 82,42 puandır (Kök ve ark., 2016).

Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir. Gebelerin yaşam kaliteleri her iki trimesterde de az oranda etkilenmiştir. Bunun sebebinin gebelikte Üİ'nin geçici bir problem olduğunu düşünmeleri olabilir. Her iki trimesterde de yaşam kalitesinin en çok davranışların sınırlandırılması alanında etkilendiği görülmektedir fakat diğer çalışmalarda gebelerde I-QOL ölçeği ile yaşam kalitesinin alt boyutları karşılaştırılmadığından herhangi bir yorum getirilememektedir.

Bu çalışmada ikinci ve üçüncü trimesterde idrar kaçırma sıklığı arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır. İkinci ve üçüncü trimesterde idrar kaçırma miktarları ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında ise az miktarda idrar kaçıran gebelerin yaşam kalitesi puanları sırasıyla 83,47 ve 82,18, orta/ çok miktarda idrar kaçıran ikinci ve üçüncü trimester gebelerinin toplam puanları sırasıyla 64,66 ve 68,65'tir. Her iki trimesterde de orta/ çok

miktarda idrar kaçıranların yaşam kalitesi az miktarda idrar kaçıranlara göre olumsuz etkilenmiştir ($p<0,05$).

Kök ve arkadaşlarının çalışmasında az miktarda idrar kaçıran gebelerin yaşam kalitesi puan ortalaması 85,38 orta/çok miktarda idrar kaçıranların puanı ise 64,42'dir ve veriler benzerdir. Aynı şekilde gebelerin Üİ sıklığı ile yaşam kaliteleri karşılaştırılmış iki çalışmada da Üİ sıklığı gruplarının yaşam kalitesi puanları benzer bulunmuştur. Sonuçta bu çalışmayla uyumlu olarak gebelerde idrar kaçırmaya sıklığı ve miktarı arttıkça yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Kök ve ark., 2016). Aynı şekilde Kocaöz ve arkadaşlarının gebelikte Üİ prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini araştırma amacıyla 393 gebeyle yaptıkları çalışmada Üİ sıklığının yaşam kalitesini negatif etkilese de Üİ miktarının etkilemediğini ifade etmişlerdir (Kocaöz ve ark., 2010). İdrar kaçırmaya miktarı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin çalışmamızdan farklı olmasının nedeninin yaşam kalitesinin farklı bir ölçekle değerlendirilmesi olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinansı, etkileyen faktörlerin ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmaya 75 ikinci trimester, 120 üçüncü trimesterden olmak üzere toplam 195 üriner inkontinanslı gebe dahil edilmiştir. İkinci ve üçüncü trimester olmak üzere iki grubun karşılaştırıldığı çalışmada;

Üriner İnkontinans Özelliklerine İlişkin;

- Her iki trimesterde de en sık öksürürken/hapşırırken, daha sonra tuvalete yetişmeden idrar kaçırma durumlarının yaşandığı,

Etkileyen Faktörlere İlişkin;

- Gestasyonel kilo alımının her iki trimesterde de Üİ sıklığını ve miktarını etkilemediği,
- Gebelerin son doğum şekillerinin her iki trimesterde de Üİ sıklığını ve miktarını etkilemediği,
- Paritenin sadece ikinci trimesterde Üİ sıklığını arttırdığı, ikinci ve üçüncü trimesterde Üİ miktarını etkilemediği,

Yaşam Kalitesine ilişkin;

- İdrar kaçırma sıklığı ve miktarı arttıkça gebelerin yaşam kalitelerinin bozulduğu,
- Her iki trimesterde de Üİ'nin yaşam kalitesine etkisinin benzer olduğu,
- Üİ'nin gebeleri en çok davranışların sınırlandırılması alanında etkilediği,
- İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıran ikinci trimester gebeleri ile hareket halinde/spor yaparken idrar kaçıran üçüncü trimester gebelerinin yaşam kalitelerinin tüm boyutlarıyla etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiyede gebelikte Üİ nin önlenmesi ve erken tanı konulması oldukça sınırlıdır. Ancak dünyada kontinansın sağlanması konusu giderek daha önemli bir konu haline gelmiştir. Son yıllarda bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Hemşireler gebelerde üriner inkontinansın önlenmesinde ve tedavisinde, geçerli araştırmalar yapılmasında büyük rol oynar.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

6.2.1. Uygulamaya yönelik öneriler

- Ülkemizde ürojinekoloji alanında çalışan hemşire sayısı çok azdır. Bu alanda daha fazla sayıda eğitilmiş hemşirelerin çalışmasına ihtiyaç vardır.
- Hemşirelerin tüm gebelere prekonsepsiyonel dönemden itibaren risk faktörlerini önlemeye yönelik eğitim vermelidir (sigaradan, kafein içeren içeceklerden uzak durmaları, fazla kilo almaktan kaçınmaları vb.)
- Hemşireler Üİ problemi olan gebelerin tıbbi destek almaları gerekiyorsa bu konuda onları cesaretlendirmeli ve danışmanlık hizmeti vermelidir.
- Hemşireler gebelik döneminde Üİ görülmesini önlemek amacıyla gebelik öncesi dönemden itibaren pelvik taban kaslarının güçlenmesi için kegel egzersizlerini öğretmeli ve alışkanlık haline getirilmesini sağlamalıdır.
- Gebelik dönemine uygun hazırlanan eğitim kitapçıkları ve görsel materyaller kadın-doğum poliklinikleri bekleme odaları, NST odası, doktor muayene odaları gibi bölümlerde hazır bulundurulmalıdır.
- Ulusal çapta inkontinans örgütleri kurularak eğitim programları yürütülerek başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarında gebelikte Üİ ile ilgili farkındalık oluşturulmalıdır.
- Ülkemizde sağlık hizmeti kuruluşları, eğitim veren kuruluşlar, sosyal medya, sivil topluluklar ve kamu spotu aracılığıyla toplumda Üİ'ye ilişkin farkındalık artırılmalıdır.

6.2.3. Araştırmacılara yönelik öneriler

- Gebelikte Üİ ile ilgili daha büyük örneklemli ve çok merkezli araştırmalar yapılmalıdır.
- Gebelik öncesinde uygulanan Üİ'den koruyucu girişimlerin (kegel egzersizleri) gebelikteki Üİ'ye etkileri incelenebilir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından gebeler için hazırlanan eğitim kitapçıklarında Üİ'ye yönelik koruyucu girişimler bölümü eklenebilir.
- Gebelerin kullanımına uygun kanıta dayalı kılavuzlar oluşturulabilir.

7. KAYNAKLAR

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 2002; 21:167-178.

Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F. et al. Constipation: A Potential Cause of Pelvic Floor Damage. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22: 150-48.

Avery K. Donovan J. Peters TJ. Shaw C. Goyoh M. Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neuroul Urodynam*. 2004; 23 (4): 322-30.

Aydur E, Şimşir A. Pelvik organ prolapsusunun anatomisi, patofizyolojisi. *The Journal of Female Functional Urology* 2011; 1: 5-8

Balik G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağıtçı M, Üstüner I, Ural MU, Şahin FK. Lower urinary tract symptoms and urinary incontinence during pregnancy. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 2016; 8(2): 120-124.

Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *International Nursing Review*, 2013; 60(4), 448-460.

Başgöl Ş, Beji N. Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 2015; 23(3): 224-230. ISSN 2147-4923

Bayrak NHE. Kadın doğum polikliniklerine başvuran gebelerin 3. Trimester ve postpartum dönemde üriner inkontinans durumlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi)*, İstanbul; 2018.

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

Beji NK. Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Beji NK. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 2002; 75-84 S,

Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. BMC pregnancy and childbirth, 2016; 16(1): 333.

Beksac AT, Aydin E, Orhan C, Karaagaoglu E, Akbayrak T. Gestational urinary incontinence in nulliparous pregnancy-a pilot study. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, 2017; 11(8), QC01.

Bektaş H, Alparslan O. The factors related to prevalence of urinary stress incontinence in women inhabiting in primer health center turkey. Health Med, 2013; 7: 182-189.

Cerruto M, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. Urologia Internationalis, 2012; 3: 1-9

Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. Türk Üroloji Dergisi, 2004; 30 (3): 332-338.

Çevik SA, Güngörmüş Z. Frequency of urinary incontinence among Turkish women, effective factors and its effect on quality of life. International Journal of Urological Nursing, 2017; 11(3): 159-172.

Çoşkun A. Alt üriner sistem anatomi ve fizyolojisi kontinans mekanizması. Ed: Kızılkaya BN, Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 1-17

Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan VŞ, Helvacıoğlu Ç, Bilecan MS. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with quality of life. İstanbul Med J 2018; 19: 43-6,

Daly D, Clarke M, Begley C. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, type, and risk factors. International urogynecology journal, 2018; 29(3): 353-362.

DeLancey JO. Functional anatomy of female pelvis. In: Kursh ED, Mcguire E, eds. Female Urology. First ed. Philadelphia: Lippincott Company. 1994:3- 16.

Demir S, Beji NK. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015; 23(1): 23-31.

Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M, Arıkan II. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy? Peer J, 2016; 4: e2283.

Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 Yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 7:23-37

Dinç A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 2017.

Dinç H. Gebeliğin cinsel fonksiyon, beden imajı ve pelvik taban fonksiyonları üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul; 2013.

Durukan H, Tok E, Tok D, Aytan H. Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın görülme sıklığı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2015; 46: 1-5.

Erbil N, Taş N, Uysal M, Kesgin A, Kılıçarslan N, Gökkaya Ü. Urinary incontinence among pregnant Turkish women. Pak J Med Sci 2011 Vol. 27 No. 3

Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6: 176-87.

Franco EM, Parés D, Colomé NL, Paredes JRM, Tardiu LA. Urinary incontinence during pregnancy: Is there a difference between first and third trimester? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2014; 182: 86-90.

Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecology (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report ON The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction, Australia, 2009, p:10-12. (file:///C:/Users/kku/Downloads/IUGAICS_Joint_Report_On_The_Terminology_For_Female_Pelvic_Floor_Dysfunction_Journal_and_Website_Publication__Version_17%20(3).pdf) Erişim Tarihi:04.07.2017

Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. Turk Urol Sem 2011; 2: 121-3.

Hock M, Tóth S, Hartmann G. et al. Quality of life, sexual functions and urinary incontinence after hysterectomy in hungarian women. Am J Health Res 2015; 3: 393

Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. BJU International, 2004; 93:324–330

Huskaar S, Burgio K, Herzog AR, Halmas K, Lapitan MC. “Epidemiology and natural history of urinary incontinence”. In: Incontinence. Eds: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Health Publication Ltd, 2nd ed, 2002; p.165-201.

Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Nielsen JB. Correlates of urinary incontinence in pregnancy. International Urogynecology Journal, 2002; 13(5): 278-283.

Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines, 2009. URL:<http://iom.edu/Reports/2009/Weight-Gain-During-PregnancyReexamining-the-Guidelines.aspx>

İrer B, Şen V, Demir Ö, Bozkurt O, Esen A. Üriner inkontinans alt tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri: doktora başvurmada üriner inkontinans alt tipinin önemi var mı? Ortadoğu Tıp Dergisi, 2018; 10(1): 8-12.

Jean-Michel M, Kroes J, Marroquin GA, Chau EMS et al. Urinary incontinence in pregnant young women and adolescents: an unrecognized at-risk group. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, 2017.

Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. Am Fam Physician, 2013; 87(8): 543-50.

Kızılkaya NB. Üriner günlük ve mesane eğitimi. In: Yalçın Ö. Editör. Temel Ürojinekoloji.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2009 ;283-291.

Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary prevention of urinary incontinence: A case study of prenatal and intrapartum interventions. Journal of Midwifery & Women’s Health, 2016; 61(4): 507-511.

Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. European urology, 2005; 48(4): 634-641.

Kocaöz S, Eroglu K. Kadınlarda stress üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Hemsirelik Arastırma Dergisi, 2002; 4:29-39.

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

Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of clinical nursing*, 2010; 19(23- 24): 3314-3323.

Kok G, Seven M, Guvenc G, Akyuz A. Urinary incontinence in pregnant women: prevalence, associated factors, and its effects on health-related quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2016; 43(5): 511-516.

Komeilifar R, Javadifar N, Afshari P, Haghighizade MH et al. The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to community health care centers of Dezful, Iran-2015. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2017; 5(3): 275-283.

Kök G, Şenel N, Akyüz A. “GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006; 48: 132-136.

Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-6.

Leroy LS, Lopes MHB, Shimo AKK. Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. *Text Context Nursing Florianópolis* 2012; 21: 692-701.

Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *Biomed Research International* 2014.

Liu B, Wang L, Huang SS, et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med*. 2014; 7:686-96.

Luo D, Chen L, Yu X, Ma L, Chen W, Zhou N, Cai W. Differences in urinary incontinence symptoms and pelvic floor structure changes during pregnancy between nulliparous and multiparous women. *PeerJ*, 2017; 5: e3615.

Milsom, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence, Climacteric, 2018. DOI: 10.1080/13697137.2018.1543263

Moore K, Dumoulin C, Bradley C, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury AE, Wein A, editors. International consultation on urinary incontinence. 5th edition. Plymbridge, UK: Health Publications Ltd.; 2013; 1101-95.

Ozdurak I, Goymen A, Sımsek Y, Ozakın E, Akpak YK, Sarı O. Impacts of childbirth on the subsequent risk of stress urinary incontinence. Konuralp Tıp Dergisi, 2018; 10(2): 149-152.

Özengin N, İnal B., Çankaya H, Bakar Y. Stres üriner inkontinanslı kadınlarda kaçırılan idrar miktarı yaşam kalitesini etkiler mi? Retrospektif bir çalışma. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 2017; 22(2): 107-113.

Özerdoğan NÖ, Beji NK. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya ıllerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. İÜ FNHYO Hemşirelik Dergisi, 2003; 8(51): 37-50.

Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif çağdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2014; 25(2).

Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2012; 46: 170-6.

Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). Urology, 1999. 53(1), 71-76.

Pirinççi S. Aydın merkezde prepartum gebelerde üriner inkontinans sıklığı, postpartum değişimi ve postpartum üriner inkontinanstaki pelvik taban kas eğitiminin etkinliği. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi); 2016.

Rogers RG (Ed), Kadın Pelvik Sağlığı ve Rekonstrüktif Cerrahisi Klinik Pratik Ve Cerrahi Atlası, Çev. Uğurlucan FG, Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2016.

Rogers RG, Ninivaggio C, Gallagher K, Borders AN et al. Pelvic floor symptoms and quality of life changes during first pregnancy: a prospective cohort study. International Urogynecology Journal, 2017; 1-7.

Süt HK. Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü. Gümüşhane University Journal of Health Sciences 2015; 4: 292-304.

Şen E. Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2011; 20: 7-13.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, 2011. URL: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html> Erişim Tarihi: 25.04.2019

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.

Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi 2013; 52(1): 15-19.

Uncu G, Özdil M. Alt Üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri. Editör; Yalçın Ö. Temel Ürojinekoloji, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2009; 41-7.

Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. TAF Prevent Med Bull 2013; 12; 231-42.

Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, et al. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. Urology 1996; 47: 67-71.

Walters MD. Mechanism of continence and voiding, with International Continence Society classification of dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1989; 16:773-785

Walters, Mark D, Karram Mickey M. Neurophysiology of the lower urinary tract Clinical Urogynecol 1993;2:22-23

Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Am J Epidemiol.* 2010; 172 (9): 1034-1044 .

Wesnes SL, Hunskaar S, Rortveit G. Epidemiology of urinary incontinence in pregnancy and postpartum. Ed.: Alhasso A. In: *Urinary incontinence.* InTech; 2012; p.21-40

Wijma J, Potters AEW, Wolf BT, Tinga DJ, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001; 108(7): 726-732.

Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, Markland AD. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol.* 2014; Jan;123(1):141-8.

Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014; 2(2): 1-14.

Yücel U, Hadımlı A, Koçak YÇ, Ekşioğlu AB, Sarı D, Saydam BK. Bornova’da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018; 5(3): 414-423.

8. EKLER

EK-1: Genel Anket Formu

Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız? (...)
2. Eğitim Durumunuz:
Okur yazar değil (...) İlkokul (...) Ortaokul (...) Lise (...) Üniversite (...)
3. Çalışma Durumunuz:
Memur (...) İşçi (...) Ev Hanımı (...) Emekli (...) İşsiz (...)
4. Boyunuz? (...)
5. Kilonuz? (...)

Gebelik ve Obstetrik Öykü

6. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız? (...)
7. Bu kaçınıcı gebeliğiniz? (...)
8. Son gebeliğinizin üzerinden kaç yıl geçti? (...)
9. Daha önce düşük yaptınız mı? Evet (...) Hayır (...)
10. Daha önce küretaj oldunuz mu? Evet (...) Hayır (...)
11. Varsa önceki doğum şekliniz neydi?
Normal (...)
Sezaryen (...)
Müdahaleli doğum (Epizyotomi, vakum, forseps) (...)
12. Gebeliğinizde sorun yaşıyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)

Kişisel Alışkanlıklar

13. Sigara kullanıyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)
14. Alkol kullanıyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)
15. Kafeinli içecekler (kola, kahve, çay) tüketiyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)
16. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)
17. Günlük ortalama kaç saat ayakta kalırsınız? (...)
18. Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz? Evet (...) Hayır (...)



EK-2: ICIQ-SF Türkçe Versiyonu

1) Ne sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

- 1. Haftada bir veya daha seyrek gibi
- 2. Haftada iki veya üç kez
- 3. Günde bir kez gibi
- 4. Günde birkaç kez
- 5. Her zaman

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

- 2. Az miktarda
- 4. Orta derecede
- 6. Çok miktarda

3) Hangi durumlarda idrar kaçıırıyorsunuz? (lütfeñ size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- a) tuvalete yetişemededen idrar kaçıırıyorum....
- b) öksürürken veya hapsırırken kaçıırıyorum....
- c) uyurken kaçıırıyorum....
- d) hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıırıyorum.....
- e) işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıırıyorum....
- f) belirgin bir neden olmadan kaçıırıyorum....
- g) her zaman kaçıırıyorum.....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

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

Aşağıdaki durumlar başınıza geliyorsa; yaşam kalitenizi ne kadar etkiliyor?

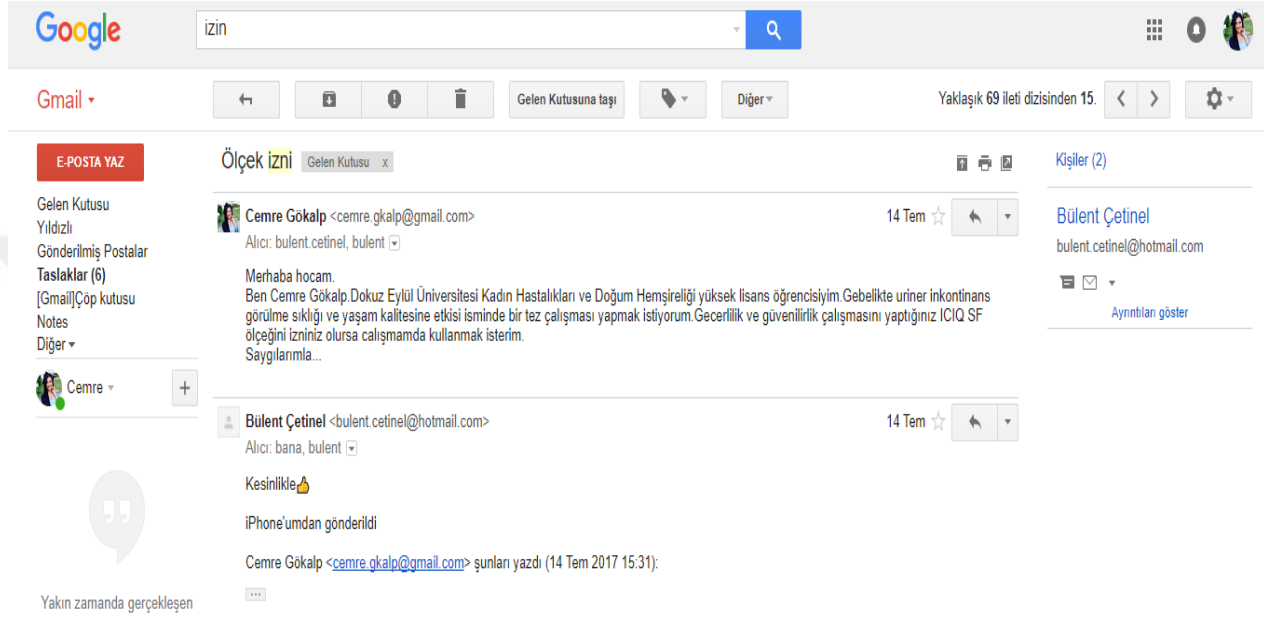
	Çok Fazla	Oldukça	Orta Düzeyde	Biraz	Hiç
1. Tuvalet zamanında yetişememe kaygısı duyuyorum					
2. Öksürürken ve hapsirirken idrar kaçırdım diye kaygılanıyorum.					
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu					
4. Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum					
5. Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum					
6. Evimden uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum					
7. İdrar kaçıрма sorunun yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum					
8. Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum					
9. İdrar kaçıрма sorunun sürekli kafamı meşgul ediyor					
10- Tuvalet sık sık gitmek zorunluluğu hissediyorum.					
11- İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamak benim için çok					

12- İdrar kaçırma sorununun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.					
13- Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.					
14- İdrar kaçırmamdan dolayı utanç duymak yada küçük düşmekten korkuyorum					
15- İdrar kaçırma sorunu bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.					
16- İdrar kaçırma sorunu bana çaresizlik hissi veriyor.					
17- İdrar kaçırma sorunundan dolayı, hayattan zevk alamıyorum					
18- İdrar kaçırıp, altımı ıslatmaktan dolayı kaygı duyuyorum					
19- İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.					
20- Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım					
21- İdrar kaçırma sorunu giysi seçimimi sınırlıyor.					
22- Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum.					

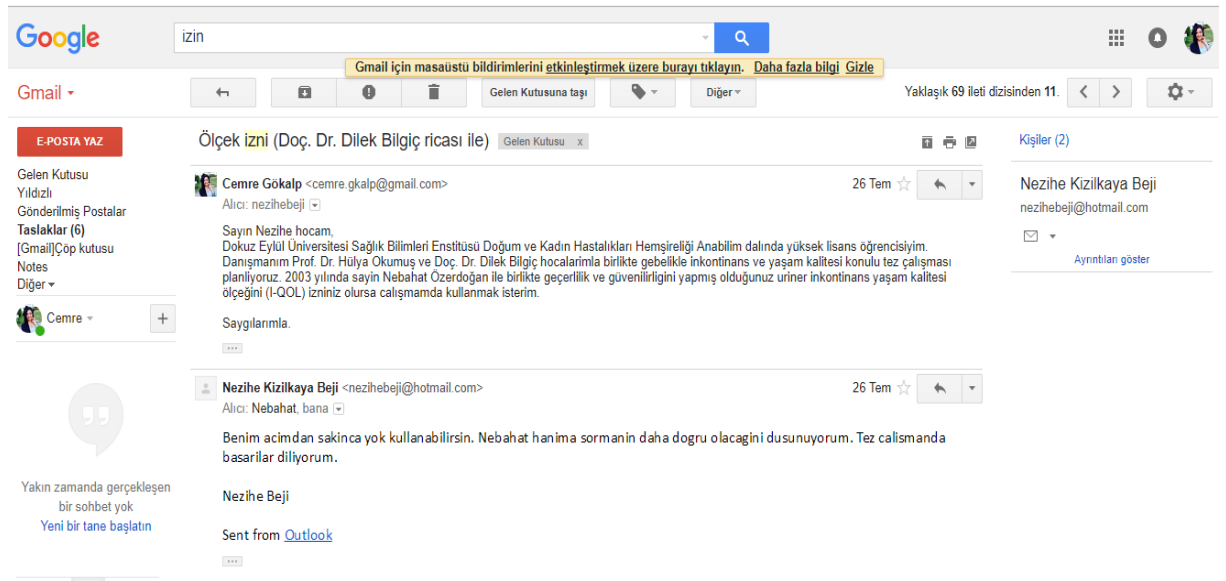
EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

Sorumlu olduğumuz araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. ICIQ-SF Türkçe versiyonu için Bülent Çetinel'den, I-QOL Türkçe versiyonu için ise Nebahat Özerdoğan ve Nezihe Beji'den mail yoluyla izin alınmıştır.

Görsel 1: ICIQ-SF izni



Görsel 2 ve 3: I-QOL Ölçek izni



Google

izin

Gmail

Gelen Kutusuna taşı

Diğer

Yaklaşık 69 ileti dışından 6.

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar (6)

[Gmail]Çöp kutusu

Notes

Diğer

Cemre

Yakın zamanda gerçekleşen bir sohbet yok

Yeni bir tane başlatın

Ölçek izni

Gelen Kutusu

Cemre Gökalp

<cemre.gkalp@gmail.com>

26 Tem

Alıcı: nozerdogan

Sayın Nebahat hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim.

Danışmanım Prof. Dr. Hülya Okumuş ve Doç. Dr. Dilek Bilgiç hocalarımla birlikte gebelikte inkontinans ve yaşam kalitesi konulu tez çalışması planlıyoruz. 2003 yılında sayın Nezihe Kızılkaya Beji ile birlikte geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz uriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeğini (I-QOL) izniniz olursa çalışmamda kullanmak isterim.

Saygılarımla.

nebahat özerdoğan

<nozerdogan@ogu.edu.tr>

2 Ağu

Alıcı: bana

Sayın Cemre Gökalp,

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-5: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenci Cemre GÖKALP. Danışman hocalarım Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ ve Yrd. Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ ile birlikte tez çalışması yürütmekteyiz. **“Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin incelenmesi”** isimli yüksek lisans tez çalışmamızın amacı gebelerde üriner inkontinansı etkileyen faktörleri ve gebenin yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine gelen ve araştırmaya katılmak isteyen siz gönüllüler tarafından yürütülmektedir. Sizlerden sosyodemografik özelliklerinizi, idrar kaçırma durumunuzu ve yaşam kalitenizi değerlendiren sorular içeren formları cevaplandırmanız istenmektedir. Formları cevaplamanız yaklaşık olarak 10 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme gibi bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup bağlı bulunduğuz sosyal güvenlik kuruluşuna da ücret ödettirilmeyecektir. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğundadır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

AD SOYAD:

İMZA:

Onamı alan kişinin;

ADI SOYADI:

İMZASI:

EK-6: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Uygulama İzni

Araştırmanın yürütüleceği Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 14585038-000
Konu : Tez Çalışması Hk.

-11667

16 Ağustos 2017/.../2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 07.08.2017 tarih ve 86700236/753048907-2252 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Cenre GÖKALP'in "Gebelikte Görülen Üriner İnkontinans ve Gebelerin Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" isimli tez çalışması için Eylül 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında Gebe ve Jinekoloji Polikliniğinde çalışma yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Öğrenci İst.
16.08/2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Karar Tarih: 16/08/2017
Karar No: 4002

Mithatpaşa Cad. No:1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR
Telefon: 0 (232) 412 23 03 Faks: 0 (232) 4129797
E-Posta: galy.orcun@deu.edu.tr Elektronik An: www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Gülay ÖRCÜN
Sözleşmeli Memur

EK-7: Birinci Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı :4836-15/2

29.09.2017

Sayın Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ,

Kurulumuz tarafından 28.09.2017 tarih ve 3584-GOA protokol numaralı 2017/23-18 karar numarası ile görüşülen **"Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçeriltili 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3584-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/23-18	Tarih:28.09.2017
	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un sorumlusu olduğu "Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinans Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesinden izin alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
	-Kurum izinleri alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-8: Ege Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Araştırma İzin Belgesi

İZMİR EGE DOĞUM EVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Cemre GÖKALP

Cep Tel: 0 506 431 69 50

Tarih: 30.10.2017

İmza:

Araştırmamın;

Adı/ Konusu:	Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
Amacı:	Bu çalışmanın amacı; gebelerde üriner inkontinansı etkileyen faktörleri belirlemek ve trimesterlere göre üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini incelemektir.
Yöntemi:	Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmanın verileri Genel Anket Formu, ICQ-SF ölçeği ve I-QOL ölçeği kullanılarak anket yöntemiyle toplanacaktır. 18-45 yaş aralığında olan üriner inkontinanslı 228 gebe (kadın) örneklemini oluşturacaktır.
Uygulanacağı Birimler:	- Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gebe Polikliniği - İzmir Tepecik EAH Ege Doğum Evi Ek Binası Gebe Polikliniği
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	Araştırmacının kendisi tarafından karşılanacaktır.
Başlama Tarihi ve Süresi:	Ekim 2017- Haziran 2018 tarihleri arasında 9 ay sürmesi planlanmaktadır.
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ

Eğitim / Ar-Ge Birim Sorumlusu

İmza

.... / ... / 2017

Bakım Hizmetleri Müdürü

İmza

..... / ... / 2017

Not: Eğitim Araştırma Hastaneleri onayı için;

- 1-Ar-Ge Birim Sorumlusu
- 2-Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 3- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 4- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

Klinik / Birim Sorumlusu

İmza

.... / ... / 2017

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza

Dr. Melahat KARAKUŞ
Başhekim Yardımcısı
T.C. Sağlık Bakanlığı
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Kurumu
Ege Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ege Doğum Evi Ek Binası
Tarih: 30.10.2017
İzmir, Tels. No: 46868

Devlet Hastaneleri ve ADASM onayı için;

- 1- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 2- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 3- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

EK-9: İkinci Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 3684

22.12.2017

Sayın Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ,

Kurulumuz tarafından 21.12.2017 tarih ve 3584-GOA protokol numaralı 2017/29-28 karar numarası ile görüşülen “Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinans Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3584-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı dilekçesi	14.12.2017		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/29-28	Tarih:21.12.2017
	Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ'un sorumlusu olduğu "Gebelikte Trimesterlere Göre Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait 14.12.2017 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>N.Ş.</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Müge</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Sülen</i>
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	<i>Bilge</i>
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>S.K.</i>
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	<i>A.A.</i>
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	<i>M.A.</i>
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	<i>M.B.</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	<i>Katılmadı</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	<i>M.E.</i>

EK-10: Özgeçmiş



CEMRE GÖKALP

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	37682065096
Doğum Tarihi	12/07/1994
İletişim Adresi	Demirci Devlet Hastanesi
Telefon	
E-posta	cemre.gkalp@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2012 - 01 Haziran 2016 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

01 Eylül 2008 - 01 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR İZMİR
İLİNDEKİ OKULLAR BALÇOVA İLÇESİNDEKİ OKULLAR BALÇOVA ANADOLU LİSESİ,
TÜRKİYE

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ekim 2017 - Şu Anda (1 yıl 7 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI MANİSA İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ MANİSA
DEMİRCİ DEVLET HASTANESİ