T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA POSTPARTUM ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Helin KALIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Doç.Dr. Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2022

T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA POSTPARTUM ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Helin KALIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Doç.Dr. Fatma KORUK

(Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.)

ŞANLIURFA

2022

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez yazım sürecinde bilgi, birikim, tecrübelerini esirgemeden sabırla benimle paylaşan, pes etmek üzereyken "ayağa kalk, yapabilirsin" diyen sevgili ve çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Fatma KORUK'a,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek bilimin gelişmesini destekleyen saygı değer kadınlara,

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve araştırma sürecinde yardımları dokunan tüm sağlık emekçilerine,

Araştırmamın istatiksel analiz aşamasında çok değerli tecrübelerini paylaşan ve hoşgörüsüyle her daim yanımda olan sayın hocam Prof. Dr. İbrahim KORUK'a,

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca oğluma bakan ve derslere katılabilmemi sağlayan biricik annem Emine KAYA'ya, kız kardeşlerim Zeynep KAYA ve Esma KAYA'ya, manevi desteğinden ötürü sevgili babam Miktat KAYA'ya,

Tez yazım sürecimde sessiz ortam sağlayan çok değerli hocalarım Yılmaz DÜNDAR ve Özgür ÖREN'e,

Tecrübelerini paylaşmaktan bir an vazgeçmeyen ve sabırla bana yardım eden değerli arkadaşlarım Sibel KÜÇÜK ve Fatih Volkan ÖZEL'e,

Her durumda yanımda olan ve eğitim hayatımın devam etmesi için elinden gelen her şeyi yapan sevgili eşim Ferdi KALIR'a ve varlığıyla hayatıma anlam katan çok sevgili oğlum Bawer Kalır'a en içten duygularımla teşekkür ederim.

Helin KALIR
2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR…..…… i
TABLOLAR DİZİNİ..…….. iv
KISALTMALAR DİZİNİ……... vi
ÖZET…….. vii
ABSTRACT…… ix
1. GİRİŞ……. 1
2. GENEL BİLGİLER……..... 3
2.1. Kontinans Mekanizması……..……. 3
2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri…… 4
2.3. Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler…… 5
2.3.1. Obezite…….. 5
2.3.2. Yaş…… 5
2.3.3. Cinsiyet……. 5
2.3.4. Kronik Kabızlık…… 6
2.3.5. Irk……. 6
2.3.6. Sigara Kullanımı…….. 6
2.3.7. Gebelik……. 7
2.3.8. Doğum…….. 8
2.4. Postpartum Üriner İnkontinans…….. 8
2.5. Dünya'da ve Türkiye'de Postpartum Üriner İnkontinans Prevalansı…… 9
2.6. Postpartum Üriner İnkontinansın Önlenmesinde ve Tedavisinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları ……. 10
3. GEREÇ VE YÖNTEM……. 14
3.1. Araştırmanın Tipi…….. 14
3.2. Araştırmanın Yürültüldüğü Tarih……. 14
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri…… 14
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi……. 14
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri…… 15
3.6. Araştırmanın Değişkenleri……. 15
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu……. 16

3.8. Verileri Toplanması ve Araçlar……. 16
3.8.1. Ön Uygulama……. 17
3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması…… 17
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi…….. 18
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri…… 18
4. BULGULAR…….. 19
4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular…….. 19
4.2. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans İle İlişkili Faktörler……... 24
5. TARTIŞMA……... 36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER…….. 39
6.1. Sonuç……. **39**
6.2. Öneriler……. 39
7. KAYNAKLAR…….. 41
8. EKLER…….. 50
EK 1. Etik Kurul Kararı
EK 2. Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu
EK 3. Veri Toplama Formu
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
EK 5. İntihal Raporu
EK 6. Tez Çalışması Orjinallik Raporu ve Beyan Belgesi
EK 7. Tez Veri Giriş Formu
EK 8. Özgeçmiş

TABLOLAR DİZİNİ

		Sayfa No
Tablo 4.1.	Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-1…….	19
Tablo 4.1.	Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-1 (Devamı)…….	20
Tablo 4.2.	Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-2…….	20
Tablo 4.3.	Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1……..	21
Tablo 4.4.	Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2……..	22
Tablo 4.5.	Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -1……	22
Tablo 4.5.	Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -1(Devamı)……	23
Tablo 4.6.	Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -2……	23
Tablo 4.7.	Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı……..	24
Tablo 4.8.	Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı -1……	25
Tablo 4.8.	Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı -1(Devamı)……	26
Tablo 4.9.	Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı -2……	27
Tablo 4.10.	Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1…….	29
Tablo 4.10.	Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1 (Devamı)…….	30
Tablo 4.11.	Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2…….	31

Tablo 4.12. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı…… 33
Tablo 4.12. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı(Devamı)……. 34
Tablo 4.13. Postpartum Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Postpartum Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamalarının ve Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı…… 35

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ICS: International Continence Society (Uluslararası İnkontinans Derneği)

MÜİ: Miks Üriner İnkontinans

POP: Pelvik Organ Prolapsusu

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UÜİ: Urge Üriner İnkontinans

Üİ: Üriner İnkontinans

ÖZET

ŞANLIURFA'DA POSTPARTUM ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Helin KALIR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Araştırma Şanlıurfa'da postpartum üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Şanlıurfa merkez ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık hizmeti alan bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmış ve her Aile Sağlığı Merkezi bir küme birimi olarak alınmıştır. Evrendeki küme sayısı 69'dur ve iki gün boyunca Aile Sağlığı Merkezine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar küme çapını oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü hesaplamak için yapılan pilot uygulama sonucunda küme sayısı 8 olarak bulunmuş, basit rastgele yöntemle Aile Sağlığı Merkezleri seçilmiş ve toplam 300 kadın ile araştırma tamamlanmıştır. Veriler, Veri Toplama Formu aracılığıyla Ocak-Şubat 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma için Şanlıurfa İl Halk Sağlık Müdürlüğünden ve Harran Üniversitesi Etik Kurul'undan yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, tek değişkenli analizlerden Ki-kare ve Man Whithney-U testi kullanılmıştır. Araştırmada kadınların %40.3'ünde postpartum üriner inkontinans (%26.3'ünde stres tip üriner inkontinans, %24.7'sinde sıkışma tip üriner inkontinans ve %11.7'sinde mikst tip üriner inkontinans) olduğu, belirlenmiştir. Herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, sadece okur yazar olan, sosyal güvencesi olmayan, yaş ortancası 28'den büyük olan,

düşük öyküsü bulunan, son doğumu 24 saatten daha uzun süren, gebelik sayısı ve normal vajinal doğum sayısı daha fazla olan, konstipasyon ve öksürük şikayeti olan kadınlarda postpartum üriner inkontinansın daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma sonuçlarına göre, kadınlarda postpartum üriner inkontinans düzeyinin yüksek olduğu, sosyo-demografik ve obstetrik olumsuzluklar ile abdominal basıncı artıran kronik rahatsızlıkların postpartum üriner inkontinansı artırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; postpartum üriner inkontinans semptomları, alınabilecek önlemler ve tedavisine yönelik, kadınların sağlık personelleri tarafından bilgilendirilmesi, değerlendirilmesi, desteklenmesi için gerekli eğitim ve danışmanlıkların yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, üriner inkontinans, postpartum üriner inkontinans, üriner inkontinans risk faktörleri, hemşirelik

ABSTRACT

THE PREVALENCE OF POSTPARTUM URINARY INCONTINENCE IN SANLIURFA AND AFFECTING FACTORS

Helin KALIR

Department of Nursing, Master Thesis

This cross-sectional study aimed to determine the prevalence of postpartum urinary incontinence and the affecting factors in Şanlıurfa. The population of the study consisted of women who gave birth within a year and received health services from Family Health Centers in central districts of Sanlıurfa. Cluster sampling method was used for the selection of the sample and each Family Health Center was taken as a cluster unit. The number of clusters in the population was 69, and the women who applied to the Family Health Centers for two days and agreed to participate in the study constituted the cluster diameter. In the light of the piloting process to determine the sample size, the number of clusters was found to be eight. The Family Health Centers were selected by simple random method and the study was completed with 300 women. Data were collected by face-to-face interviews between January-February 2021 through the Data Collection Form. Required permission for the study was obtained from Şanlıurfa Provincial Directorate of Public Health and Harran University Ethics Committee, and informed consent was obtained from the women who agreed to participate in the study. For the analysis of the data, descriptive statistics of percentage, mean and standard deviation were used together with Chi-square as a univariate analysis and Man Whitney-U test. It was determined that 40.3% of women had postpartum urinary incontinence (26.3% stress urinary incontinence, 24.7% urge urinary incontinence and 11.7% mixed urinary incontinence). Postpartum urinary incontinence was found to be more common among women who had not completed any educational level and were only literate with no social security, a median age more than 28, a history of miscarriage, a labor and birth process that lasted for more than 24 hours, a number of pregnancies, a complain of constipation and cough, and higher normal vaginal deliveries ($p<0.05$). The results of the study indicated that the postpartum urinary

incontinence level was high in the women, and socio-demographic, obstetric problems and chronic diseases that increase abdominal pressure led to higher rates of postpartum urinary incontinence. In line with these results, it is suggested to provide necessary training and counseling by health staff to inform, evaluate and support women for postpartum urinary incontinence symptoms, possible precautions, and treatment.

Keywords: Women, urinary incontinence, postpartum urinary incontinence, urinary incontinence risk factors, nursing

1. GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) hayati bir risk oluşturmamasına rağmen kadınların sosyal hayatlarında zorluklar meydana getiren, psikolojik ve fizyolojik sorunlar ortaya çıkaran bir sağlık problemidir (1,2). Uluslararası Kontinans Derneği (International Continance Society-ICS) 2002 yılında idrar inkontinansının tanımını "miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikâyeti" olarak güncellemiştir (3).

Dünya genelinde Üİ'nin kadınlardaki görülme sıklığının %15-55 arası olduğu tahmin edilmektedir (4-6). Dört Avrupa ülkesinin Üİ prevalanslarının araştırıldığı bir çalışmaya göre; Fransa %44, İngiltere %42, Almanya %41 ve İspanya'da %23 oranında Üİ tespit edilmiştir (7). Ülkemizde ise kadınların Üİ belirtilerini normal kabul etmesi, utanma duygusuyla muayene ve tedaviye başvurmamaları, sosyoekonomik durumlarının farklılık göstermesi ve yeterli sayıda çalışmaların olmaması sebebiyle Üİ prevalansı net olarak bilinmemektedir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde Üİ prevalansının %16 ile %49 arasında değiştiği görülmektedir (8-11). Şanlıurfa'da ise ASM (Aile Sağlığı Merkezi)'de yapılan bir çalışmaya göre Üİ prevalansı %39.3 olarak tespit edilmiştir (12).

Üriner inkontinansın gelişmesine neden olabilecek risk faktörlerinden bazıları; yaş, sigara kullanımı, kronik kabızlık, beden kitle indeksine (BKİ) göre kilolu olma durumu, cinsiyet, ırk, kadınlar için pelvik organ prolapsusu (POP), doğum sayısı, epizyotomi, cerrahi pelvik taban müdahaleleri, vajinal doğum ve parite sayısı olarak belirtilmektedir (13,14).

Üriner inkontinans küresel olarak kadınlarda erkeklerden daha sık karşılaşılan ve beraberinde birçok soruna yol açabilen bir sağlık problemidir. Kadınlarda sıklıkla yaş ilerledikçe ortaya çıkan bir sağlık sorunu olmakla birlikte gebelik ve postpartum dönemlerinde de görülmektedir (15).

Gebelik ve postpartum sürecinin annede birçok fizyolojik değişikliklere yol açtığı bilinmektedir. Hormonal değişiklikler, fetüs prezantasyonu ve ağırlığı, doğum süreci gibi birçok etmen pelvik destekte değişikliklere sebep olmaktadır. Doğum eylemi ile pelvik tabanda bilinçli cerrahi kesiler veya kendiliğinden gelişen yırtıklar da Üİ'ye zemin hazırlamaktadır (15-17). Postpartum dönemdeki kadınlar arasında Üİ'nin oldukça yaygın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (18-20). Literatürde postpartum Üİ prevelansı %6.49 ile %55 arasında değişmektedir (21-26). Postpartum dönemde

meydana gelen biyo-psiko-sosyal değişimlere ek olarak Üİ görülmesi kadınların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Postpartum dönemde gelişen üriner inkontinansın fiziksel etkilerinin yanı sıra; tuvalete yetişememe, kötü kokma, bebeğine yeterli bakımı verememe korkusu kadınların yaşamını zorlaştırmaktadır. Bu sebeple postpartum dönem Üİ'nin tanısı ve tedavisi daha önemli hale gelmektedir (27-30).

Üriner inkontinans yaygın görülen bir sağlık problemi olmasının yanı sıra aynı zamanda önlenebilen, tedavisi kolay ve mümkün olan bir sağlık sorunudur. Üriner inkontinansnın önlenmesinde, belirlenmesinde ve tedavisinde hemşireler önemli rol ve sorumluluk alabilecek sağlık profesyonelleridir (12,31). Hemşireler postpartum Üİ'nin gelişmesine sebep olabilecek; sık ve çok doğum yapma, gebelik sırasında aşırı kilo alımı, konstipasyon gelişmesine sebep olacak beslenme şekli, sigara kullanımı gibi risk faktörlerine yönelik kadınları bilgilendirebilir, riskli gruptaki kadınları belirleyebilir, uygun müdahaleler planlayabilir ve gerekli durumlarda tedaviye yönlendirebilirler (32). Bu nedenle hemşirelerin Üİ'ye yönelik literatürü takip etmesi, farkındalığının olması ve araştırmalar yapması önemlidir (1,33,34).

Şanlıurfa, Türkiye genelinde toplam doğurganlık hızı ve kaba doğum hızı en yüksek olan ildir (35). Kadınların doğum sayısının fazla olması, sık aralıklarla doğum yapmaları, bu bölgede postpartum üriner inkontinans prevalansının yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan literatür taramasında bu bölgede postpartum üriner inkontinans ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalar; postpartum kadınlarda tedavisi mümkün ve yüksek ihtimalle başarılı olan Üİ prevalansının ve etkileyen faktörlerinin belirlenmesi, bu soruna ilişkin sağlık politikalarının geliştirilebilmesi açısından önemli veri kaynakları olacaktır. Bu nedenle araştırma; Şanlıurfa'da postpartum üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kontinans Mekanizması

Üriner sistem fonksiyonları ilk olarak istemsiz aktivite ile başlar (bebeklerde doğumla birlikte idrar çıkışının başlaması). İnsanların gelişim sürecine paralel olarak santral sinir sisteminin gelişmesi ve çevresel faktörlerin etkisi ile idrarı tutma ya da yapma yeteneği zamanla kazanılır. Üriner kontinans mekanizmasının sağlıklı gelişmesi ve devam etmesi için sinir sistemlerinde, mesane, sfinkterler, bağ doku ve kas doku gibi yapıların sağlıklı olması gerekmektedir. Bahsedilen yapıların herhangi birinde deformasyonun gelişmesi alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamalarında aksamalara sebep olur (36,37).

Kontinans mekanizması iki aşamadan meydana gelir; (38-41)

Depolama fazı; intraüretral basıncın idrara çıkma dışında intravezikal basınçtan yüksek olması gerekir. Mesane duvarlarının elastiki olması, dolum fazında aktifleşen inhibitör nöral mekanizması, mesanenin genişleyebilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nöral mekanizmalar arasında; mesanedeki beta reseptörlerini aktifleştiren, mesanenin gangliyon düzeyinde işlev görerek parasempatik motor etkinliğini bastıran sempatik spinal refleks vardır. Bu refleks pelvik ve pudental sinir affrentleri ile başlayabilir. Dolum fazında mesanedeki detrusor kaslarda istemsiz kasılmalar gerçekleşmez. İdrarın tutulmasında üretranın pasif özellikleri de büyük önem arz etmektedir. Üretranın yapısal olarak kollajenden zengin ve elastiki bileşenleri submukoza üstüne basınç uygulayarak sızdırma riskini ortadan kaldırmaktadır.

Boşaltım fazı; pelvik taban elektromiyografi aktivasyonu azalmakta, detrusor kasılmalarından önce üretradaki basınç düşmektedir. Miksiyon hissi intravezikalde basıncın yükselmesiyle ortaya çıkar devamında miksiyon eylemi gerçekleştirilir. Miksiyon merkezi beyin sapındadır. Koordine mesane boşaltımında beyin sapına inen ve çıkan yolların bozulmamış olması gerekir. Böylece spinal refleks bastırılır, çizgili kas sfinkteri somatik efferent aktif ise inhibe olur ardından detrusor kasdaki parasempatik aktivasyon pelvik sinir yolu ile artış gösterir. Bütün bu aktivasyonlar sonucunda koordine bir şekilde detrusor kası kasılırken çıkış direnci azalır, mesane boynu aşağı doğru hareketlenir ve idrar akımı başlar. Miksiyon bitince yahut bitirilmek

istenirse pelvik kaslar kasılır, mesane boynu simpfize yükselir ve kapanır, detrusorün gevşemesiyle eylem bitirilmiş olur.

2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Tipleri

Üriner inkontinans dünya genelinde erkeklere göre kadınlarda daha sık karşılaşılan ve beraberinde birçok soruna yol açabilen bir sağlık problemidir. Uluslararası Kontinans Derneği inkontinansı "miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti" olarak tanımlamış (3) ve 2003 yılında Üİ tiplerini dokuz başlık altında kategorize etmiştir. Bunlar; (3)

Stres Üriner İnkontinans (SÜİ); çoğunlukla zorlayıcı efor sarf edilirken yahut batın içi basıncı arttıracak eylemler esnasında (öksürük, hapşırık vb.) bilinçsiz ortaya çıkan idrar kaçırma durumudur.

Sıkışma Tipi (Urge) Üriner İnkontinans (UÜİ); Detrüsör kasının aşırı aktivitesi ile karakterizedir. Kişide aniden ve engellenemeyen biçimde ortaya çıkan miksiyon hissinin gelmesi ve idrarın kaçırıldığı durumdur.

Karışık (Miks) Tip Üriner İnkontinans (MÜİ); zorlayıcı efor sarf edilirken yahut batın içi basıncı arttıracak eylemler ile detrüsör kasın aşırı aktivasyonuna bağlı ortaya çıkan ani miksiyon hissinin kombine olarak ortaya çıkmasıyla gelişen idrar kaçırma durumudur.

Farkında Olmadan İnkontinans; sıkışıklık hissinin ve stresin var olmadığı istemsiz idrar kaçırma durumudur.

Sürekli İdrar Kaçırma; devamlı süregelen idrar kaybını nitelemek için kullanılır.

Noktüral Enürezis; uyku sırasında meydana gelen idrar kaybını tanımlamak için kullanılır.

İşeme Sonrası Damlama; miksiyon eylemi bittikten sonra bilinçsiz bir şekilde idrar kaybını tanımlar.

Dolma Taşma İnkontinansı; bir yakınmadan ziyade idrarın mesaneyi doldurmasından sonra çevresel yahut kişisel sebeplerle kaçırılmasını tanımlar.

Üretra Dışı Nedenlerle Olan İnkontinans; üretra dışındaki kanallardan (fistül, ektopik üreter) idrar atılımının ortaya çıktığı tiptir.

2.2. Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler

Üriner inkontinans gelişmesini etkileyebilen birçok faktör tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları;

2.3.1. Obezite

Obezite üriner inkontinansın çoğunlukla ana risk faktörlerinden biri olarak sayılabilir (42,43). Beden kitle indeksindeki (BKİ) artış pelvik taban kasları ve üriner sfinkterlerde basınç artışı, mesane boynu pozisyonunda değişikliklere sebep olarak Üİ'ye zemin hazırlamaktadır. Ayrıca BKİ'si yüksek olan kadınlarda Tip 1 ve Tip 2 kas lif oranlarının ve vajinal dinamik basıncının normalden daha düşük olması da Üİ'ye neden olabilmektedir (44). Obezite ile pelvik taban kas gücünün, kas sayısının azaldığını ve Üİ ile ilişkili olduğunu ortaya koyan bir çalışmada, kadınlarda SÜİ oranı %10.42 olarak bulunmuştur (44). Yine başka bir çalışmada, artmış BKİ ve bel-boy oranı Üİ ile yüksek ilişkili bulunmuştur (45).

2.3.2. Yaş

Yaşın artması ile üretral sistem dokularındaki değişiklikler; kan damarları ve kasların hacminde azalma, bağ doku hacminin artması, mesanenin mevcut rezidüel kapasitesinin altına düşmesi, idrara çıkma miktarının artması, akımın azalması gibi faktörler üretral fonksiyonların bozulmasına sebep olabilir (46). İnkontinans tiplerine göre değerlendirme yapıldığında kadınlarda yaş arttıkça UÜİ ve MÜİ, genç olanlarda ise yoğunlukla SÜİ görülmektedir (47). Stres üriner inkontinanslı kadınlarda pelvik taban parametrelerini inceleyen bir çalışmada yaş arttıkça SÜİ görülme durumunun arttığı tespit edilmiştir (44).

2.3.3. Cinsiyet

Kadınlarda gebelik sürecinde uterusun büyümesi, fetüs ağırlığı, hormonal değişiklikler müdahaleli doğum sürecinin yaşanması, menopoz dönemi değişiklikleri gibi birçok faktör pelvik taban bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu pelvik taban bozuklukları Üİ'ye yatkınlığı arttırabilir. Bu sebeple kadınlarda erkeklere oranla Üİ

daha sık görülebilmektedir (13,14). Aşık ve Demirel'in (2021) (48) çalışmasına göre üriner inkontinans görülme sıklığı kadınlarda %30.12 erkeklerde ise %9.68 olarak bulunmuştur.

2.3.4. Kronik Kabızlık

Batın içi basıncı arttıran hemen her aktivite Üİ'ye sebep olabilmektedir. Uzun süreli ve sıklıkla tekrarlayan ıkınma, intrabdominal basıncını arttırarak pelvik taban sinirlerine baskı yapmakta ve hasara neden olabilmektedir. Bunun sonuncunda da Üİ gelişmektedir (49). Literatürde, kronik kabızlığın Üİ ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (50-52). Sievert ve ark. (2012) (53) çalışmasında kabızlık Üİ için risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Benzer şekilde Landefeld ve ark. (2008) (54) çalışmasında da Üİ gelişmesine sebep olabilecek risk faktörleri arasında kabızlık gösterilmiştir.

2.3.5. Irk

Üriner inkontinans görülme sıklığının ırklara göre farklılık gösterdiği, ancak yapılan çalışmaların çoğunluğu beyaz kadınlar üzerinde olduğu için diğer ırkların insidansının net olmadığı belirtilmektedir (5,7,8,16,55,56). Aynı zamanda siyahi kadınların mesane kapasitelerinin daha fazla olmasının ve pelvik taban kaslarının beyaz kadınlara nispeten daha kalın ligamentler halinde olmasının, onları Üİ için daha az riskli yaptığı belirtilmektedir (57). Perimenopozal dönemde etnik gruplarına göre Üİ belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada; Üİ düzeyleri beyaz kadınlarda %66, Japon kadınlarda %52.9, Çinli kadınlarda %50.2, siyahi kadınlarda %49.5 ve Hispanik kadınlarda % 41.5 olarak bulunmuştur (4).

2.3.6. Sigara Kullanımı

Literatürde sigara içmenin Üİ ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (58). Sigara kullanımının mesane üzerindeki basıncı artırdığı, kollajen üretimini azalttığı ve östrojen seviyesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir (59). Batın içi basıncı arttıran aktivitelerin Üİ ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir ve kronik öksürük de

bunlardan biri olarak sayılabilir (14). Sigara, akciğerlerde irritasyon oluşturmasıyla devamlı öksürüğe sebep olabilmektedir ve bu durum da mesane üzerindeki basıncı artırarak sfinkterlerde kontrol zorluğuna sebep olabilmektedir. Ayrıca sigara kullanımı koroner kalp hastalıkları ve atreroskleroz için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Mekanizması tam bilinmemekle birlikte sigara kullanımına bağlı gelişen aterosklerozun alt üriner sistem semptomlarının gelişmesine katkısı olduğu düşünülmektedir. Ateroskleroz mesane kanlanmasında bozukluklara, aşırı aktif mesaneye ve mesane duvarında değişikliklere sebep olabilir. Bahsedilen risk faktörlerine bağlı olarak Üİ görülebilmektedir (60). Sigara içenler ve içmeyenlerden oluşan 189 kişilik bir vaka kontrol çalışmasına göre; sigara içenlerin üretral sfinkter kuvvetlerinin içmeyenlere oranla daha kuvvetli olmasına karşın sigara dumanının akciğerlerde irritasyona sebep olmasıyla daha kuvvetli öksürmeleri Üİ'ye karşı dirençli olma eğilimlerini azalmıştır. Bu sebeple SÜİ'ye daha yatkın oldukları anlaşılmıştır (61).

2.3.7. Gebelik

Gebelik, kadınlarda fizyolojik olarak birçok farklılaşmanın meydana geldiği bir süreçtir. Parite, fetüs presentasyonu, fetüs ağırlığının artmasına bağlı pelvik tabana uygulanan basıncın artması, gebeliğe bağlı kilo artışı, östrojen ve progestan salınımın artmasıyla düz kaslardaki gevşetici etkinin barsaklarda peristaltizimi yavaşlatması sebebiyle sık konstipasyon görülmesi, östrojen ve progesteron hormon artışlarına bağlı mesane, mesane boynu, üreterler ve böbreklerdeki değişimler Üİ'ye zemin hazırlamaktadır (15,62-64).

Gebelikte artan progesteron hormonunun etkisiyle başta pelvis olmak üzere vücuttaki tüm kas-iskelet sisteminde gevşeme olur. Birinci ve üçüncü trimesterlerde uterusun mesaneye baskı yapmasıyla dolum kapasitesi azalır ve sık ve ani idrar yakınması görülebilir. İkinci trimesterde ise uterusun abdomen de yukarı yönlü yükselmesi ile mesane üzerindeki baskı azalır, ani ortaya çıkan idrar yakınmaları azalır. Bununla birlikte progesteron etkisiyle düz kaslardaki gevşeme sonucu mesane kapasitesi artar, peristaltizim hareketleri azalır. Bu durum idrar stazına neden olabilir ve beraberinde üriner enfeksiyon riskini artırabilir. Östrojen salınımına bağlı mesane mukozası konjestif ve mesane duvarı hipertrofiktir ve bu durum doğum esnasında

mesaneyi travma ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız hale getirebilir. Mesanede olduğu gibi böbrek ve üreterlerde de genişleme ve peristaltizim hareketlerinde azalma görülür. Bunun yanında uterusun baskısı ile özellikle sağ üreterde idrar akışı engellenir (sol üreteri sigmoid kolon korur) üreterler ve renal pelviste dilatasyon gelişir. Bahsedilen mekanizmalar üriner sistem enfeksiyonları ve Üİ'nin gelişmesine sebep olabilir (65-67).

Obstetrik bir popülasyonda peripartum Üİ prevalansını belirlemek isteyen bir çalışmada, gebeliğinin 3. trimesterında olan kadınların %74'ünde inkontinans olduğu belirlenmiştir (16). Tayvanlı kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde gebeliğin 3.trimesterında olan kadınlarda Üİ prevalansı %51.5 olarak belirtilmektedir (64).

2.3.8. Doğum

Doğum; pelvik tabanda birçok değişikliğe sebep olan bir eylemdir. Özellikle vajinal doğum Üİ açısından risk faktörü olarak belirtilmektedir. Çünkü vajinal doğum yapan kadınlarda fetüs baş angajmanı ile mesane boynu ve üretral yapıların hareketliliğinin artması, levator ani kas zedelenmeleri, pudental sinir hasarı, perineal bölgede doğum eylemine bağlı kendiliğinden gerçekleşen yırtıklar ya da bilinçli cerrahi kesiler Üİ gelişmesine sebep olabilecek risk faktörlerindendir (16,68). Yapılan birçok çalışmada doğum şeklinin Üİ üzerine etkisi gösterilmiştir ve vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryenle doğum yapanlara göre daha fazla Üİ olduğu belirtilmiştir (17,69). Ayrıca sık ve çok doğum yapan kadınların; gebeliğe ve doğuma bağlı fizyolojik değişimleri tekrar tekrar yaşaması, pelvik taban kaslarının ve ürogenital sistemlerinin daha çok harabiyete uğramaları sebebiyle Üİ'ye yatkınlıkları daha yüksektir (70).

2.3. Postpartum Üriner İnkontinans

Postpartum dönem fetüs ve plesantanın doğumu ile başlayan ve sonrasında 6-12 haftaya kadar uzayan bir dönemdir. Postpartum dönem üç ayrı dönem olarak kategorize edilmiştir; Başlangıç dönemi; doğumun gerçekleşmesinden itibaren ilk 6-12 saati kapsar, ikinci dönem; doğum sonrası 2 haftadan 6 haftaya kadar olan süreçtir. Bu

dönem gebelikte ortaya çıkmış birçok psikolojik ve fizyolojik değişimlerin (hemodinami, üriner sistem, metabolik değişiklikler, pelvik taban değişimleri gibi) gerileme dönemidir. Üçüncü dönem ise 6 aya kadar olan süreçtir (71). Postpartum dönem annede meydana gelen fiziksel, psikolojik değişimler ve maternal ölümlerin en çok ortaya çıktığı dönem olması sebebiyle anne için çok önemlidir (72).

Üriner inkontinans ve alt üriner sistem semptomları çoğunlukla gebelikte sık görülür. Gebelik başlangıcında ve gebelik haftası ilerledikçe doğuma kadar şikayetler çoğunlukla artar. Doğum eyleminden sonra semptomların azalmasının yanı sıra bir kısım hastada postpartum kalıcı üriner inkotinans görülebilmektedir (73). Hormonal değişiklikler, fetüs prezantasyonu ve ağırlığı, doğum süreci, müdahaleli doğum, parite, sık doğum, fetüs baş çevresi, vajinal duvar yaralanmaları gibi birçok etmen pelvik destekte değişikliklere sebep olmaktadır. Doğum eylemi ile perinede meydana gelebilen 3. derece yırtıklar ve pelvik taban deformasyonları Üİ'ye zemin hazırlamaktadır (16,74). Üriner inkontinansın maternal, obstertrik ve neonatal risk faktörlerini ortaya çıkarmayı amaçlayan bir çalışmada; doğum şekli, epizyotomi, perineal yırtık, yaş, gebelik öncesi BKİ, neonatal doğum ağırlığı Üİ ile doğrudan ilişki olarak bulunmuştur (15). Volloyhaug ve ark. (2016) (75) çalışmalarında, mesane boynu ve üretral hareketliliğin postpartum 4. yıla kadar arttığını, levator ani kası hasarı olan kadınların mesane boynu iniş miktarının daha yüksek olduğunu keşfetmişleridir. Bu etkenlerin kadınlarda uzun dönemde pelvik taban disfonksiyonuna sebep olabileceği düşünülmektedir (75). İlk gebelikten 3-5 yıl sonrasına kadarki süreci kapsayan ve bu süreçte pelvik taban bozukluklarını gözlemleyen bir çalışmada, ilk doğumu takiben ortalama 43 ay sonra Üİ prevalansı %40.8 olarak bulunmuştur (63).

2.5. Dünya'da ve Türkiye'de Postpartum Üriner İnkontinans Prevalansı

Dünya genelinde Üİ prevalansının %15-55 arası olduğu tahmin edilmektedir (4,5,76,77). Çok merkezli bir çalışmada Üİ oranları; Fransa %44, İngiltere %42, Almanya %41 ve İspanya'da %23 olarak tespit edilmiştir (7). Erişkin kadınlarda Üİ prevalansını ve etkileyen faktörleri ele alan bir meta-analiz çalışmasına göre; Üİ prevalansı ABD'de %14, Avrupa birliği ülkelerinde %37, Asya'da %13, Afrika'da

%45.3, Ortadoğu ülkelerinde %52 olarak tahmin edilmektedir (56). Çin'de ise 2626 kadın ile yürütülen kesitsel bir çalışmada Üİ prevalansı %31.2 olarak bulunmuştur (55).

Postpartum Üİ prevalansı ise dünyada %15.53 ile %48 arasında değişmektedir (21,78,79). Avustralya'da 2016 yılında yapılan ileriye dönük bir kohort çalışmasında postpartum 4 yıllık dönemde kadınlarda % 29.6 oranında Üİ saptanmıştır (21). Çin'de 2014-2018 yılları arasında üniversite hastanesinde doğum yapan 9550 kadın erken postpartum dönem Üİ risk faktörleri üzerine değerlendirilmiştir. Sonuç olarak postpartum 6. haftada Üİ prevalansı %15.53 olarak tespit edilmiştir (79). İzlanda'da 2015 ve 2017 yılları arasında, postpartum 6- 10 hafta arasında olan kadınları baz alan bir çalışmada ise Üİ sıklığı %48 olarak bulunmuştur (78).

Ülkemizde kadınların Üİ belirtilerini normal kabul etmesi, tedaviye başvurmamaları, sosyoekonomik durumlarının farklılık göstermesi ve yeterli çalışmaların olmaması sebebiyle Üİ prevalansı net olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalara göre Üİ prevalansının %16 ile %49 arası olduğu tahmin edilmektedir (8,12,23,80-82). Türkiye'de postpartum Üİ prevalansı ise %13.5 ile %55 arasında değişmektedir (22,83-85). Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında postpartum dönem Üİ prevalası %13.5 olarak bulunmuştur (22). Ege ve ark. (2007) (83) 12 aylık postpartum dönemde Üİ prevalansı ve risk faktörlerini araştıran çalışmalarına göre; kadınların %19.5'i postpartum Üİ yaşamaktadır. Diyarbakır'da 2560 kadın katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise postpartum dönem Üİ prevalansı %55 olarak bulunmuştur (23).

2.6. Postpartum Üriner İnkontinansın Önlenmesinde ve Tedavisinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Üriner inkontinans fiziksel ve psikososyal etkileri ile hayatın her alanında aktif olan kadınların yaşamlarını olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur (11,86). Bu zorlu dönemin yönetilmesinde ve aşılmasında hemşirelik girişimleri büyük önem arz etmektedir. Hastaları doğru bilgilendirmek ve yönlendirmek, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırmak ancak kanıta dayalı yaklaşımlarla mümkündür (87-89). Bu sebeple sağlığı koruma ve geliştirme yükümlülüğü olan hemşireler Üİ semptomlarını geliştirebilecek kişileri korunmaya yönelik bilgilendirmeli, semptomları yaşayan hastaların sorunlarını belirlemeye yönelik yardımda bulunmalı, tedavi yöntemleri ve

süreçleri hakkında bilgilendirmeli, tedavi aşamasında primer bakım vererek aktif rol almalıdır (32). Hemşirelerin Üİ ile ilgili iki sorumluluğu vardır. Birincisi Üİ gelişmesini önlemek, ikincisi ise semptomları olan kadınların bakımında ve tedavisinde aktif rol almaktır. Üriner inkontinansın önlenmesinde üç tip korunma vardır. Bunlar (90,91);

- Primer koruma; Üİ'ye sebebiyet verecek nedenleri önlemek
- Sekonder koruma; Üİ semptomlarını başlangıç döneminde belirlemek ve neden olan faktörleri engelleyerek Üİ ilerlemesini durdurmak
- Tersiyer koruma; Üİ semptomlarının daha kötüye gitmesi, komplikasyonların gelişmesi ve Üİ'nin sebep olduğu kişisel sınırlamalardan korunmadır.

Hemşireler gebelik sürecinde kadınlara; Üİ semptomlarının farkındalığı ve yönetiminde primer, sekonder ve tersiyer korunma yöntemlerini gözeterek danışmanlık sağlamalıdır. Hemşireler gebelik ve postpartum dönemde Üİ'nin ortaya çıkabileceği durumların değerlendirmesini yapmalı ve kadınlara doğum öncesi ve sonrası dönemlerde gerekli eğitimi planlamalıdır. Postpartum üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavisine yönelik eğitim planı (1,33,34);

- Gebelik sürecinde normal sınırlar arasında kilo alımına dikkat edilmesi
- Lifli gıdalar ve günde en az 1.5 lt su tüketiminin desteklenerek konstipasyon durumunun oluşmasının engellenmesi
- Sigara kullanımının gebelik ve postpartum dönemdeki olumsuz etkilerinden bahsedilerek bırakılmasının yahut azaltılmasının desteklenmesi
- İntrabdominal basıncı arttıracak aktivitelerin (ağır kaldırmak gibi) yapılmamasının öğretilmesi
- İdrar konsantrasyonundaki değişikliklere sebebiyet vererek mesane içerisindeki detrüsör kasları irrite edecek (SÜİ'ye sebebiyet verebilir) besinlerin; kafein, alkol, domates, bal, gazlı içecekler, baharatlı ve şekerli gıdalar gibi alımının engellenmesi veya azaltılması
- Kegel egzersizleri ve pelvik taban kas eğitiminin faydasından bahsedilerek öğretilmesi, gebelik dönemi ve postpartum dönemde yapmaya teşvik edilmesi

- Doğum esnasından önce öğretilecek perine masaj hareketlerinin yapılması sağlanarak doğum perine travmalarına karşı hazırlıklı olmasını sağlamak

konularını içermelidir.

Üriner inkontinansın tedavisinde ise farklı yöntemler kullanılmaktadır. Üriner inkontinans tedavisinde tercih edilen ilk yöntem konservatif tedavi yöntemleridir. Konservatif tedavi yöntemleri non invazivdir, düşük maliyetlidir ve uygulanabilirliği yüksektir. Nitekim ABD'de yayımlanan Klinik Uygulama Rehberi'nde de en az invaziv olan ve tehlike düzeyi en düşük olan konservatif tedavilerin ilk olarak uygulanması önerilmiştir (92). Birden fazla seçeneği içeren tedavi yöntemleridir. Bunlar (93,94);

- Mesane eğitimi; tuvalate gitme düzeninin oluşturulmasını amaçlayan alışkanlık eğitimi,
- Rutin tuvalate gitme programı eğitimi,
- Mesanenin doluluk durumunun hissedilen anda mesane boşaltımının sağlandığı teşvik eğitimi,
- Diyet programlarının düzenlenmesi ve bazı gıdaların kısıtlanması,
- Kegel egzersizlerini de içeren pelvik taban kas egzersizleri,
- Biofeedback sensörleri ile kasların ayırt edilmesi ve aktifleştirilmesi temeline dayalı egzersizler,
- Elektrik elektrotlarının vajen ve rektum ortak kas tabaklarına yerleştririlerek uyarılması ve kuvvetlenmesini amaçlayan elektrik stimülasyon tedavisi,
- Obezite tedavisi; kilo kontrolünün sağlanması
- Vajinal konlar ve mesane boynu destek protezleri; vajen içersine yerleştirilerek destek sağlanması,

Ancak konservatif tedavi yöntemleri olumlu tüm özelliklerine rağmen klinik uygulamada uzun süre aldığı ve yeterli sayıda eğitimli hemşire bulunmaması sebebiyle ilk sırada tercih edilmemektedir. Bu sebeple hastalar önce farmakolojik veya cerrahi tedavi yöntemlerine yönlendirilmektedir. Cerrahi tedaviye karar verilmiş hastalarda hemşirelerin hastayı bekleyen olası sorunlar ve çözümleri ile alakalı danışmanlık verme,

ameliyat öncesi hazırlıkların yapılması, emosyonel destek verilmesi, gerekli durumlarda premadikasyon uygulanması ve post-operatif dönemde bakım verici rolleri bulunmaktadır. Farmakolojik veya konservatif tedavi olacak hastalara tedavi süreci ile ilgili ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgi verme, biofeedback ve benzeri işlem görecek hastaların hazırlanması ve mahremiyet alanlarının oluşturulması gibi bakım verici rolleri bulunmaktadır (95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yürültüldüğü Tarih

Araştırmanın verileri Ocak-Şubat 2021 tarihinde toplanmış olup, araştırma Ocak 2021 – Ocak 2022 tarihleri arasında Şanlıurfa İl Merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şanlıurfa il merkezinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri il merkezinde bulunan ASM'lerde toplanmıştır. Şanlıurfa il merkezinde 3 ilçe bulunmaktadır. Bunlar; Haliliye, Eyyübiye ve Karaköprüdür. Haliliye ilçesine bağlı 30 ASM, Eyyübiye ilçesine bağlı 26 ASM ve Karaköprü ilçesine bağlı 13 ASM olmak üzere toplam 69 ASM bulunmaktadır.

Şanlıurfa'nın nüfusu 2020 TÜİK verilerine göre 2.115.256'dır. Bu nüfusun 1.048.854'ü kadınlardan oluşmaktadır (96). Eyyübiye ilçesinde 189.508, Haliliye ilçesinde 191.893 ve Karaköprü ilçesinde 116.485 kadın bulunmaktadır (97). Yine TÜİK'in 2020 yılı doğum istatistiklerine göre; Şanlıurfa Türkiye'de toplam doğurganlık hızının (3.71) ve kaba doğum hızının (binde 28.3) en yüksek olduğu ildir (35).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa merkez ilçelerinde ASM'lerden sağlık hizmeti alan ve son bir yıl içinde doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Örneklem hesabı için küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir ASM bir küme olarak kabul edilmiştir ve toplam küme sayısı 69'dur.

Populasyonun listesini elde etmek güç olduğu için; zamanı sabit tutarak ve ay içinde başvuranlarda önemli bir değişiklik olmayacağını varsayarak örnek seçimi

ASM'ye başvuran kadınlardan yapılmış, iki gün boyunca ASM'ye başvuran kadınlar küme çapını oluşturmuştur.

Günde ASM'lere kaç kadının başvurduğu bilinmediği ve kaç kişinin postpartum üriner inkontinans şikayeti olduğu tahmin edilemediğinden, doğru hassasiyetle örnek büyüklüğü hesaplamak için merkez ilçelerden (Haliliye, Eyyübiye, Karaköprü) birer ASM olmak üzere toplam 3 ASM basit rastgele yöntemle pilot yapmak üzere seçilmiştir.

Pilot çalışma sonucunda; toplam küme sayısı 69, ortalama küme çapı 37.3, evren orantısı tahmin edicisi 0.446, pilotun varyansı 2.465, evren orantısı tahmin edicisinin varyansı 0.00056, tahmini tolerans sınırı 0.31, tahmini hata sınırı 0.03, alınarak küme sayısı 8 olarak hesaplanmıştır. İlçelerdeki ASM sayısına orantılı olarak Karaköprü ilçesinden 2, Haliliye ve Eyyübiye ilçelerinden 3'er ASM örneklem için basit rastgele yöntemle seçilmiştir.

Araştırma, Karaköprü ilçesinde 48, Haliliye ilçesinde 115 ve Eyyübiye ilçesinde 137 olmak üzere toplam 300 kadınla tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Örnekleme dahil olma krterleri;

- Son 1 yıl içinde doğum yapmış olmak,
- Son doğumundan önce üriner inkontinans şikayeti olmamak,
- İletişim sorunu olmamak (dil sorunu, konuşma, işitme vb.)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Örnekleme dışlama kriteri;

- Gebe olmak
- Herhangi bir psikolojik/ algılama sorunu olmak

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; postpartum üriner inkontinans durumudur.

Araştırmanın bağımsız değişkeni; sosyodemografik özellikler, obstetrik öykü ve üriner inkontinansa ilişkin özelliklerdir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK 1), ve uygulanabilmesi için Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 2) yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.8. Verileri Toplanması ve Araçlar

Verilerin toplanmasında, literatür (98-104) taranarak oluşturulan Veri Toplama Formu (EK 3) kullanılmıştır. Veri Toplama Formu;

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaşı, boy-kilo, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, eş eğitim durumu, evde en çok konuşulan dil, sosyal güvence varlığı) içeren 8 soru,

- Gebelik ve doğum öyküsüne ilişkin özellikleri (gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj olma durumu, normal ve sezaryen doğum sayıları,son doğumun yapıldığı yer, ilk doğum yaşı, son doğumda çoğul gebelik varlığı, son doğumun 24 saaten uzun sürme durumu, son doğumda iri bebek doğurma durumu, son doğumda makat gelişli bebek doğurma durumu, son doğumda müdahaleli doğum geçirme durumu, son doğumda epizyotomi onarımı) içeren 13 soru,

- Üriner inkontinansa ilişkin özellikleri(Konstipasyon varlığı, spinal kord yaralanması varlığı, nörolojik hastalık varlığı, pelvik cerrahi geçirme durumu, kronik rahatsızlık varlığı, sürekli kullanılan ilaç varlığı, sigara kullanımı durumu, sürekli öksürük şikayeti varlığı, son 1 yılda idrar yolu iltihabı geçirme durumu, son doğumdan sonra ayaktayken uterus sarkma hissi varlığı, son doğumdan sonra makat ağrısı yahut basur varlığı, son doğumdan sonra öksürük, hapşırık, gülme durumunda idrar kaçırma durumu, son doğumdan sonra tuvalet ihtiyacı ile tuvalete yetişme durumu, son doğumdan sonra ağır kaldırmayla birlikte idrar kaçırma durumu, cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma durumu, inkontinans sebebiyle ped/bez kullanma durumu, inkontinans sebebiyle sağlık

kuruluşuna başvurma ve tedavi alma durumu, inkontinans şikayetine yönelik kendi yaptığı uygulamalar) içeren 20 soru olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır.

3.8.1. Ön Uygulama

Veri Toplama Formunun eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenmesi ve örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla 18.01.2021 ve 27.01.2021 tarihleri arasında pilot seçilen 3 ASM'de ön uygulama yapılmıştır. Karaköprü ilçesindeki ASM'de 24, Haliliye ilçesindeki ASM'de 46 ve Eyyübiye ilçesindeki ASM'de 42 olmak üzere toplam 112 kadın ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmadığından bu gruptaki kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

3.8.2. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formu Ocak-Şubat 2021 tarihleri arasında her ASM'de 09:00-16:00 saatleri arasında iki gün olacak şekilde, kriterlere uyan ve ASM'ye başvuran tüm kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırmanın amacı ve veri toplama formunun içeriği kadınlara açıklanmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Bulunulan ASM'ye göre değişmekle birlikte günlük ortalama 19 kadın ile görüşme sağlanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 10-12 dakika sürmüştür.

Kadınlar ASM'ye daha çok bebeklerinin aşı programı için başvurduğundan görüşmeler, bekleme salonunda kadınlar aşı sırası beklerken yapılmıştır. Araştırmanın örneklem kriterlerine uyan kadınlardan; 9 kadın beklemek için vakitlerinin olmadığını söyleyerek ASM'den ayrıldığı için, 10 kadın eşinin ankete katılmasını istemediği için, 15 kadın aşı yapılan bebeğinin çok fazla ağlaması nedeniyle ASM'den ayrılmak istediği için araştırmaya dahil edilememiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences Windows 20.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; tek değişkenli analizlerden ki-kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırma kapsamında ölçüm, muayene ve tedavi yapılmamıştır, veriler sözlü beyana dayalıdır. Araştırma sonuçları yapılan yer ile sınırlıdır.

Araştırma verilerinin yapıldığı birçok ASM'nin çok kalabalık olması ve görüşmeler için araştırmacıya ayrılacak uygun fiziki ortamlarının olmaması, ayrıca kadınların genellikle bebekleri ile gelmiş olmaları ve görüşme sırasında bebeklerinin ağlamaları, görüşmeleri kesintiye uğratarak ve uzatarak veri toplama sürecini güçleştirmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Kadınları tanıtıcı bazı özelliklerinin dağılımları Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de verilmiştir. Tablo 4.1'e göre; kadınların %22.7'si herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamamış ve % 85.7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kadınların eşlerinin %50'si ilköğretimi tamamlamıştır. Evde en sık kullandıkları dil Türkçe'dir (%49.3). Kadınların %86.0'sının geliri giderinden azdır ve %34.7'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 4.1). Tablo 4.2'ye göre ise; kadınların yaş ortalaması 27.44 (±5.6) ve BKİ ortalaması 25.77(±4.03)'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.1. Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-1

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	53	17.7
Okur-yazar	15	5.0
İlköğretim	146	48.7
Ortaöğretim	51	17.0
Üniversite ve üzeri	35	11.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	43	14.3
Çalışmıyor	257	85.7
Eşinin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	19	6.3
Okur-yazar	13	4.3
İlköğretim	150	50.0
Ortaöğretim	74	24.7
Üniversite ve üzeri	44	14.7
Evde En Çok Konuşulan Dil		
Türkçe	148	49.3
Kürtçe	65	21.7
Arapça	87	29.0
Toplam	**300**	**100.0**

Tablo 4.1. Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-1 (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Algılanan Ekonomik Durum		
Geliri giderinden az	258	86.0
Geliri giderine eşit	37	12.3
Geliri giderinden fazla	5	1.7
Sosyal Güvence		
Var	196	65.3
Yok	104	34.7
Toplam	**300**	**100.0**

Tablo 4.2. Kadınları Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı-2

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama±SS	Ortanca(Min-Mak)
Yaş	27.44±5.6	27 (18-43)
BKİ(Kg/m²)	25.77±4.03	25.49(16.3-41.02)

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3 ve Tablo 4.4'de verilmiştir. Tablo 4.3'e göre; kadınların %36.0'sının düşük yapma ve %0.3'ünün küretaj olma öyküsü vardır. Kadınların %99.7'si son doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapmıştır ve son doğumda kadınların %2.3'ünün çoğul gebelik, %13.3'ünün 24 saatten uzun süren doğum eylemi, %5.7'sinde iri bebek doğurma, %1.3'ü makat gelişli bebek doğurma, % 0.7'sinin müdahaleli doğum, %42.7'sinde epizyotomi onarımı öyküsü vardır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4'e göre ise; kadınların ilk doğum yaşı ortalaması 22 (± 4.04) gebelik sayısı ortalaması 3.2 (±2.1), düşük sayısı ortalaması 1.6 (±1.1), sezaryen doğum sayısı ortalaması 2.01(±1.06), normal doğum sayısı ortalaması 2.49(±1.4)'dur (Tablo 4.4).

Tablo 4.3. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Düşük Öyküsü		
Var	108	36.0
Yok	12	64.0
Küretaj Öyküsü		
Var	1	0.3
Yok	299	99.7
Son Doğumunu Sağlık Kuruluşunda Yapma Durumu		
Evet	299	99.7
Hayır	1	0.3
Son Doğumda Çoğul Gebelik Durumu		
Var	7	2.3
Yok	293	97.7
Son Doğumu 24□Saatten Uzun Sürme Durumu		
Var	40	13.3
Yok	260	86.7
Son Doğumda İri Bebek Doğurma Durumu		
Var	17	5.7
Y k	283	94.3
Son Doğumda Makat Gelişli Bebek Doğurma Durumu		
Var	4	1.3
Yok	26	9.7
Son Doğumunda Müdahaleli Doğum Durumu		
Var	2	0.7
Yok	298	99.3
Son Doğumda Epizyotomi Onarımı Durumu		
Var	128	42.7
Yok	172	57.3
Toplam	**300**	**100.0**

Tablo 4.4. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2

Doğurganlık özellikleri	Ortalama ± SS	Ortanca(Min-Mak)
İlk doğum yaşı	22± 4.04	21(1-41)
Gebelik sayısı	3.2± 2.1	3 (1-13)
Düşük sayısı	1.6± 1.1	1 (1-7)
Sezaryen doğum sayısı	2.01± 1.06	2 (1-5)
Normal doğum sayısı	2.49± 1.4	2 (1-10)

Tablo 4.5 ve Tablo 4.6'da kadınlarda postpartum Üİ riskini arttıran bazı faktörlerin dağılımı verilmiştir. Tablo 4.5'e göre; Kadınların %31.7'sinde konstipasyon, %0.7'sinin nörolojik hastalık, %1.0'inin geçirilmiş pelvik cerrahi, %9.7'sinin kronik hastalık, %5.0'ının ilaç kullanma, %10.0'unun sigara içme, %2.3'ünün öksürük şikayeti ve % 40.7'sinin son 1 yılda geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu öyküsü vardır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6'e göre ise; kadınların günlük sigara içme miktarı 7.7 (±6.1) adettir ve sigara içme süresi ortalaması 8.2 (±5.02) yıldır. Kadınların öksürük şikayeti sürenin ortalaması 6 aydır. Kadınlar son bir yılda ortalama 1.7 (±0.9) kez idrar yolu enfeksiyonu geçirmişlerdir(Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -1

Risk Etmenleri	Sayı	%
Konstipasyon Durumu		
Var	95	31.7
Yok	205	68.3
Nörolojik Hastalık Varlığı		
Var	2	0.7
Yok	298	99.3
Geçirilmiş Pelvik Cerrahi Durumu		
Var	3	1.0
Yok	297	99.0
Toplam	**300**	**100.0**

Tablo 4.5. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -1(Devamı)

Risk Etmenleri	Sayı	%
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	29	9.7
Yok	271	90.3
İlaç Kullanım Durumu		
Evet	15	5.0
Hayır	185	95.0
Sigara İçme Durumu		
Evet	30	10.0
Hayır	270	90.0
Öksürük Şikayeti Durumu		
Var	7	2.3
Yok	293	97.7
Son 1 Yılda Geçirilmiş İdrar Yolu Enfeksiyonu Durumu		
Var	12	40.7
Yok	178	59.3
Toplam	**300**	**100.0**

Tablo 4.6. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Dağılımı -2

Risk Etmenleri	Ortalama±SS	Ortanca(Min-Mak)
Günlük sigara içme miktarı	7.7 ±6.1	6 (1-20)
Sigara içme süresi(yıl)	8.2 ±5.02	9 (1-20)
Öksürük şikayeti süresi(ay)	6 ±4.3	5 (1-12)
Son 1 yılda üriner enfeksiyon geçirme sayısı	1.7 ±0.9	1 (1-5)

Tablo 4.7'de kadınlarda postpartum Üİ durumuna ilişkin dağılım verilmiştir. Kadınların % 40.3'ünde postpartum Üİ vardır. Bu kadınların, %26.3'ünde SÜİ, %24.7'sinde sıkışma tip Üİ, ve %11.7'sinde MÜİ bulunmaktadır (Tablo 4.7).

Ayrıca kadınların %3.0'ü cinsel ilişki esnasında Üİ yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.7. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Üriner İnkontinans veTipi	**Sayı**	**%**
Üriner inkontinans yok	179	59.7
Stres tip üriner inkontinans	79	26.3
Sıkışma tip inkontinans	74	24.7
Mikst tip üriner inkontinans	35	11.7

*Üriner inkontinans tipine ilişkin sorular birden fazla yanıt verilmiştir.

4.2. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans ile İlişkili Faktörler

Kadınların bazı tanıtıcı özelliklerinin postpartum üriner inkontinans görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.8 ve Tablo 4.9'de verilmiştir. Tablo 4.8'e göre okur-yazar olan (%66.7), gelir getiren bir işte çalışmayan (%42.0), ev hanımı olan (%42.0) eşi okur- yazar olmayan (%47.4) evde en çok Arapça konuşan (%44.8), geliri giderine eşit ya da daha yüksek olan(%42.9) ve sosyal güvencesi olmayan (%51.0) kadınlarda postpartum Üİ daha fazladır.

Yapılan istatiksel değerlendirmede; postpartum Üİ ile eğitim durumu ve sosyal güvence açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, çalışma durumu, meslek, eşinin eğitim durumu, evde en çok konuşulan dil ve ekonomik durum açısından gruplar arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9'a göre ise; yaş ortancası (28(18-43)) daha yüksek ve BKİ ortancası (25.39(18.37-41.02)) daha düşük olan kadınlarda postpartum Üİ daha fazladır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; postpartum Üİ ile kadınların yaş ortancası açısından gruplar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, BKİ ortalaması açısından gruplar arasındaki fark istatiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur(Tablo 4.9).

Tablo 4.8. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
Tanıtıcı Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X²**	**P**
Eğitim Durumu					12.763	**0.012**
Okur-yazar değil	21	39.6	32	60.4		
Okur-yazar	10	66.7	5	33.3		
İlköğretim	61	41.8	85	58.2		
Ortaöğretim	23	45.1	28	54.9		
Üniversite ve üzeri	6	17.1	29	**82.9**		
Çalışma Durumu					1.666*	0.197
Çalışıyor	13	30.2	30	69.8		
Çalışmıyor	108	42.0	149	58.0		
Meslek					2.797	0.247
Memur	3	21.4	11	78.6		
Tarım İşçisi	10	34.5	19	65.5		
Ev Hanımı	108	42.0	149	58.0		
Eşinin Eğitim Durumu					3.942	0.414
Okur-yazar değil	9	47.4	10	52.6		
Okur- yazar	5	38.5	8	61.5		
İlköğretim	64	42.7	86	57.3		
Ortaöğretim	31	41.9	43	58.1		
Üniversite ve üzeri	12	27.3	32	72.7		

*Continuity Correction[b] test yapılmıştır.

Tablo 4.8. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1(Devamı)

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
Tanıtıcı Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X²**	**P**
Evde En Çok Konuşulan Dil					1.125	0.57
Türkçe	58	39.2	90	60.8		
Kürtçe	24	36.9	41	63.1		
Arapça	39	44.8	48	55.2		
Ekonomik Durum					0.036*	0.849
Gelirim Giderimden Az	103	39.9	155	60.1		
Gelirim Giderime Eşit veya Fazla	18	42.9	24	57.1		
Sosyal Güvence					6.811*	**0.009**
Var	68	34.7	128	65.3		
Yok	53	51.0	51	49.0		

*Continuity Correction[b] test yapılmıştır.

Tablo 4.9. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı -2

	Postpartum Üriner İnkontinans			
	Var	Yok		
Tanıtıcı Özellikler	**Ortanca(Min-Mak)**	**Ortanca(Min-Mak)**	**M-W U**	**P**
Yaş	28(18-43)	26(18-42)	9195.5	**0.026**
BKİ	25.39(18.37-41.02)	25.59(16.33-36.72)	10238.5	0.423

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin postpartum Üİ görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.10. ve Tablo 4.11'de verilmiştir. Tablo 4.10'a göre; düşük öyküsü olan (%53.0), kürtaj öyküsü olmayan (%40.5), son doğumunda; çoğul gebeliği olmayan (%40.6), doğumu 24 saatten uzun süren (%60), iri bebek doğuran (%58.8), makat gelişli bebek doğuran (%50.0), müdahaleli doğumu olan (%50.0) ve epizyotomi onarımı geçiren (%42.2) kadınlarda postpartum Üİ daha fazladır.

Yapılan istatiksel değerlendirmede postpartum Üİ ile düşük yapma öyküsü ve son doğumu 24 saatten uzun sürme durumu açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı ($p<0.05$) bulunurken; küretaj öyküsü, son doğumda çoğul gebelik, iri bebek doğurma, makat gelişli bebek doğurma, müdahaleli doğum ve epizyotomi onarımı durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11'e göre ise; kadınlarda gebelik sayısı ve normal doğum sayısı ortancaları aynı olmakla birlikte minimum ve maksimum değerlerinin değişiklik göstermesine bağlı olarak gruplar arasında farklılık gözlenmiştir ve bu gruplarda postpartum Üİ daha fazladır. Yapılan istatiksel değerlendirmede; postpartum Üİ ile gebelik sayısı ve normal doğum sayısı açısından gruplar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı($p<0.05$) bulunurken, ilk doğum yaşı ve sezaryen doğum sayısı açısından gruplar arasındaki fark istatiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur(Tablo 4.11.).

Tablo 4.10. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
Obstetrik Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X^2**	**P**
Düşük Öyküsü					5.357	**0.021**
Var	53	49.1	55	50.9		
Yok	68	35.4	124	64.6		
Küretaj Öyküsü						1
Var	0	0.0	1	100.0	*	
Yok	121	40.5	178	59.5		
Son doğumda Çoğul Gebelik Durumu					*	0.705
Var	2	28.6	5	71.4		
Yok	119	40.6	174	59.4		
Son doğumu 24 Saatten Uzun Sürme Durumu					6.505**	**0.011**
Var	24	60.0	16	40.0		
Yok	97	37.3	163	62.7		
Son Doğumda İri Bebek Doğurma Durumu					1.81**	0.178
Var	10	58.8	7	41.2		
Yok	111	39.2	172	60.8		

*Fisher Exact test yapılmıştır. **Continuity Correction[b] test yapılmıştır

. **Tablo 4.10.** Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-1(Devamı)

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		İstatiksel Analiz	
Obstetrik Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X^2**	**P**
Son Doğumda Makat Gelişli Bebek Doğurma Durumu					*	1
Var	2	50.0	2	50.0		
Yok	119	40.2	177	59.8		
Son Doğumda Müdahaleli Doğum Durumu					*	1
Var	1	50.0	1	50.0		
Yok	120	40.3	178	59.7		
Son Doğumda Epizyotomi Onarımı Durumu					0.199*	0.656
Var	54	42.2	74	57.8		
Yok	67	39.0	105	61.0		

*Fisher Exact test yapılmıştır

**Continuity Correction[b] test yapılmıştır.

Tablo 4.11. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı-2

	Postpartum Üriner İnkontinans			
Obstetrik Özellikler	**Var**	**Yok**		
	Ortanca(Min- Max)	**Ortanca (Min- Max)**	**M-W U**	**P**
Gebelik Sayısı	3(1-13)	3 (1-9)	8520.0	**0.001**
İlk Doğum Yaşı	21(14-36)	21(16-41)	10253.0	0.432
Normal Vajinal Doğum Sayısı	2(0-10)	2 (0-6)	9007.0	**0.011**
Sezaryen Doğum Sayısı	0 (0-4)	0 (0-5)	10515.5	0.638

Kadınlarda postpartum Üİ riskini arttıran bazı faktörlerin postpartum Üİ görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.12'de verilmiştir. Tablo 4.12'ye göre konstipasyonu olan (%50), nörolojik hastalığı olmayan (%40.6), geçirilmiş pelvik cerrahisi olan (%66.7), kronik hastalığı olan (%51.7), ilaç kullanan (%60), sigara içen (%56.7), öksürük şikayeti olan (%100) ve son bir yılda idrar yolu enfeksiyonu geçiren (%45.9) kadınlarda postpartum Üİ daha fazladır.

Yapılan istatiksel değerlendirmeye göre; postpartum Üİ ile konstipasyon ve öksürük şikâyeti açısından gruplar arasındaki ilişki anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, nörolojik hastalık varlığı, geçirilmiş pelvik cerrahi, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, sigara içme durumu ve son bir yılda idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu açısından gruplar arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.12.)

Tablo 4.12. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		**Yok**		**İstatiksel Analiz**	
Risk Etmenleri	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X^2**	**P**
Konstipasyon					8.006*	**0.005**
Var	50	52.6	45	47.4		
Yok	71	34.6	134	65.4		
Nörolojik Hastalık Varlığı					**	0.517
Var	0	0.0	2	100.0		
Yok	121	40.6	177	59.4		
Geçirilmiş Pelvik Cerrahi					****	0.567
Var	2	66.7	1	33.3		
Yok	119	40.1	178	59.9		
Kronik Hastalık Varlığı					1.247****	0.264
Var	15	51.7	14	48.3		
Yok	106	39.1	165	60.9		
İlaç Kullanımı					1.75****	0.186
Evet	9	60.0	6	40.0		
Hayır	112	39.3	173	60.7		
Sigara İçme Durumu					2.98****	0.084
Evet	17	56.7	13	43.3		
Hayır	104	38.5	166	61.5		

*Continuity Correction[b] test yapılmıştır. **Fisher Exact test yapılmıştır.

Tablo 4.12. Kadınlarda Postpartum Üriner İnkontinans Riskini Arttıran Bazı Faktörlerin Postpartum Üriner İnkontinans Görülme Durumuna Göre Dağılımı(Devamı)

	Postpartum Üriner İnkontinans					
	Var		**Yok**		**İstatiksel Analiz**	
Risk Etmenleri	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X^2**	**P**
Öksürük Şikayeti					****	**0.002**
Var	7	100.0	0	0.0		
Yok	114	38.9	179	61.1		
Son 1 Yılda Geçirilmiş İdrar Yolu Enfeksiyonu					2.274*	0.132
Var	56	45.9	66	54.1		
Yok	65	36.5	113	63.5		

*Continuity Correction[b] test yapılmıştır.

**Fisher Exact test yapılmıştır.

Postpartum Üİ'si olan kadınların, postpartum Üİ'ye yönelik yaptıkları uygulamalar ve tedavi alma durumlarının dağılımı Tablo 4.13'de verilmiştir. Tablo 4.13'e göre; postpartum Üİ'si olan kadınların sadece %3.3'ü herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Postpartum Üİ'si olup herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmayan kadınların %37.0'si sağlık kuruluşuna başvurmama nedeni olarak sıklıkla postpartum dönemde yaşadıkları Üİ'nin normal bir durum olduğunu düşünmelerini(%37) ve Üİ'nin rahatsızlık duyacakları düzeyde olmamasını (%37) bildirmiştir. Postpartum Üİ şikayetiyle sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar (%2.0) en çok kamu hastanesine başvurmuştur. Şikâyetleri nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadınların %2.0'si tedavi almıştır. . Kadınların %15.3'ü Üİ nedeniyle ped/bez kullandıklarını belirtmiştir. Bunun dışında kadınların %1.3'ü bireysel uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir. Bu uygulamalar sıklıkla egzersiz (%0.3), bitkisel tedavi (%0.3), sıcak suya oturma (%0.3) ve pamuk kullanmaktır (%0.3) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Postpartum Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Postpartum Üriner İnkontinansa Yönelik Uygulamalarının ve Tedavi Alma Durumlarının Dağılımı

Uygulamalar	**Sayı**	**%**
Sağlık Kuruluşuna Başvurma		
Evet	10	3.3
Hayır	290	96.7
Başvurulan Sağlık Kuruluşu*		
Kamu Hastanesi	6	2.0
Özel Hastane	3	1.0
Aile Sağlığı Merkezi	1	0.3
Tedavi Alma Durumu*		
Evet	6	2.0
Hayır	4	1.3
Ped/ Bez Kullanımı		
Evet	46	15.3
Hayır	254	84.7
Bireysel Uygulama Yapma		
Evet	4	1.3
Egzersiz	1	0.3
Bitkisel Tedavi	1	0.3
Sıcak Suya Oturma	1	0.3
Pamuk Kullanma	1	0.4
Hayır	296	98.7
Toplam	**300**	**100.0**

***İlgili sorulara "Evet" cevabını veren kadınlara sorulmuştur.

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans, kişinin miktarı fark etmeksizin idrarını bilinçsiz olarak kaçırma durumudur ve dünya genelinde daha sıklıkla kadınlarda görülmektedir (3-5). Kadınların gebelik ve doğum sürecine maruz kalmaları Üİ'nin postpartum dönemde sık görülmesindeki en büyük etkenlerdir (15,21,26,27,62,68).

Dünyada postpartum Üİ prevalansı %6.49 ile %48 gibi geniş bir aralıkta değişkenlik göstermektedir (18,21,24-26,51). Ülkemizde ise postpartum Üİ prevalansı %13.5 ile %55 arasında değişmektedir (80,83-85). Prevelansın bu kadar farklı olmasının nedeni, postpartum Üİ tanı kriterlerinin farklı kullanılması, araştırma popülasyonlarının farklılığı ve araştırma yöntemi gibi pek çok faktörden kaynaklanabilir (105). Bu çalışmada ise postpartum Üİ prevelansı %40.3 düzeyinde oldukça yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7). Çalışma popülasyonunda postpartum Üİ oranın bu denli yüksek olması, bu bölgedeki kadınların doğurganlık hızının yüksek olması ile ilişkili olabilir. Nitekim literatürde gebelik ve doğumun Üİ riskini artırdığı belirtilmektedir (62,74). Siahkal ve ark. (2020) (15) meta analiz çalışmasına göre; doğum şekli, epizyotomi, perineal yırtık, yaş, gebelik öncesi BKİ ve neonatal doğum ağırlığı Üİ ile doğrudan ilişkili olarak bulmuştur. Şanlıurfa, 2020 yılı doğum istatistiklerine göre Türkiye'de doğurganlık hızı (3.71) ve kaba doğum hızı (binde 28.3) en yüksek ildir (35). Bu verilere paralel olarak çalışmamızda, kadınların gebelik sayıları yüksektir ve gebelik sayısı ile postpartum Üİ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca literatürde vajinal doğumun sezaryenle doğuma göre Üİ açısından daha yüksek risk faktörü olduğu belirtilmektedir (55,106,107). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da vajinal doğum yapan kadınlarda postpartum Üİ düzeyi daha yüksektir (Tablo 4.11).

Çalışmada, kadınların yaklaşık dörtte birinin herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamadığı ve yaklaşık üçte birinin sosyal güvencesinin olmadığı; eğitim düzeyi düşük olan ve sosyal güvencesi bulunmayan kadınlarda Üİ düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi kişinin sağlık algısı durumu ve sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmesinde ve kullanmasında önemli bir faktörken, sağlık güvencesinin olması sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinde ve bu hizmetleri kullanım düzeylerini artırmada önemli bir faktördür. Çalışmamıza paralel olarak Ege (2008) (83)

ve Baykuş'un (2016) (108) birbirinden bağımsız çalışmalarında da kadınların eğitim düzeyi arttıkça postpartum dönem Üİ oranı düştüğü belirtilmektedir.

Çalışmada kadınların yaşı arttıkça postpartum Üİ düzeyinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.9). Literatürde, yaş ilerledikçe üretral sistem dokularındaki değişikliklere (kan damarları ve kasların hacminde azalma, bağ doku hacminin artması, mesanenin mevcut rezidüel kapasitesinin altına düşmesi, idrara çıkma miktarının artması, akımın azalması gibi) bağlı olarak üretral fonksiyonlarda bozulma olabileceği belirtilmektedir (46). Bu nedenle beklenen bir sonuçtur.

Gebelik ve doğum eyleminde meydana gelen komplikasyonların (abortus, uzamış eylem, müdahaleli doğum gibi) pelvik taban kasları ve ürogenital sistemin daha çok hasar almasına neden olarak Üİ'ye yatkınlığı artırdığı belirtilmektedir (70). Bu bilgiyi destekler nitelikte, çalışmada düşük öyküsü olan, kürtaj öyküsü olmayan, son doğumunda; çoğul gebeliği olmayan, doğumu 24 saatten uzun süren, iri bebek doğuran, makat gelişli bebek doğuran, müdahaleli doğumu olan ve epizyotomi onarımı geçiren kadınlarda postpartum Üİ'nin daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede sadece düşük öyküsü ve son gebeliğinde uzamış eylem öyküsü postpartum Üİ ile ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir (Tablo 4.10). Bu sonuç örnekleme giren kadın sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Karın içi basıncı artıran her aktivitenin Üİ'ye neden olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla kronik kabızlık ve öksürük Üİ açısından önemli risk faktörleri arasındadır (49-51). Solans ve ark. (2010) (109) yaptığı çalışmada kronik kabızlığı olan kadınların %26'sının postpartum dönemde Üİ'si olduğu belirtilmektedir. Kılıçlı ve Koruk'un (2018) (110) çalışmasında ise kronik öksürüğün Üİ gelişme riskini 6.7 kat arttırdığı saptanmıştır. Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kronik konstipasyonu ve öksürük şikayeti olan kadınlarda postpartum Üİ düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12).

Araştırmada, postpartum Üİ'si olan kadınlar literatürle (24,25,64,83,111) paralel olarak en sık SÜİ (%26.3) yaşadıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.7). Bu dönemlerde SÜİ'nin daha sık görülmesinin ana patolojik mekanizmalarının, doğum esnasında

gelişen mesane boynu ve üretral sfinkter deformasyonları, pelvik taban kas dokusunda gelişen zedelenmeler ve perineal yaralanmaların olduğu düşünülmektedir (17,111).

Araştırmada, postpartum Üİ'si olan kadınların %37'sinin Üİ şikayetine yönelik herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını; düzenli olarak ped/bez kullandıkları ve egzersiz, bitkisel tedavi, sıcak suya oturma ve pamuk kullanma gibi bireysel uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.13). Literatürde de benzer şekilde Üİ şikayeti olan kadınların tedaviye başvurmadığına (112-114) ve bireysel uygulamalar yaptıklarına (7,84,110) dair bir çok araştırma bulunmaktadır. Tedavi almayan kadınlar Üİ semptomlarını normal kabul ettiklerini, utanma duygusu sebebiyle muayene olmadıklarını belirtmişlerdir. Literatür incelendiğine kadınlar benzer şekilde; başkaları tarafından küçük görülme, utanma duygusu, doğumdan sonra ve yaş alma ile beraber Üİ gelişmesini normal kabul etme, sağlık kuruluşuna gitmeye vakit bulamama, önemsememe sebepleriyle tedavi almamışlardır (8,15,17,47,83,115,116).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Şanlıurfa'da postpartum Üİ prevalansını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- ✓ Kadınların yaklaşık dörtte biri herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamamıştır ve yaklaşık üçte birinin sosyal güvencesi yoktur. Gelir getiren herhangi bir işte çalışma oranları düşük ve ekonomik durumları kötüdür.
- ✓ Kadınların doğum sayısı yüksektir, üçte birinde düşük öyküsü, beşte birinde son doğumu 24 saatten uzun sürme durumu ve yarısına yakınında epizyotomi onarımı mevcuttur.
- ✓ Kadınlarda %40.3 oranında postpartum Üİ tespit edilmiştir ve en sık görülen tip SÜİ (%26.3)'dir.
- ✓ Postpartum Üİ şikayeti olan kadınların (%40.3) sadece %3.3'ü sağlık kuruluşuna başvurmuştur ve bunların %2'si tedavi almıştır.
- ✓ Herhangi bir eğitim kademesini tamamlamamış, sadece okur yazar olan, sosyal güvencesi olmayan, yaş ortancası 28'den büyük olan, düşük öyküsü bulunan, son doğumu 24 saatten daha uzun süren, gebelik sayısı ve normal vajinal doğum sayısı daha fazla olan, konstipasyon ve öksürük şikayeti olan kadınlarda postpartum üriner inkontinans düzeyi daha fazladır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Şanlıurfa'da postpartum Üİ prevalansı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre şu öneriler oluşturulmuştur;

- ✓ Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar Üİ semptomlarını geliştirmesi açısından verilecek tüm eğitimlerde riskli grup olarak kabul edilmelidir.
- ✓ Bölgede sık ve fazla doğum yapan kadınlar ve eşleri aile planlaması konusunda bilinçlendirilmeli, sağlık personeli tarafından, doğum eylemine bağlı pelvik tabanda gelişebilecek hasarlara karşı doğum öncesi perineal masaj ve kegel egzersizleri hakkında bilgi verilmeli, kadınlar uygulama yapma konusunda desteklenmelidir.

- ✓ Kadınlar postpartum dönemde sağlık kuruluşlarında değerlendirilirken üriner inkontinans semptomlarının varlığı sorgulanmalıdır. Semptom varlığında kadınlara postpartum Üİ hakkında bilgi verilmeli, normal kabul etme ve utanma duyguları dışlanarak gerekli tedaviye erişmeleri sağlanmalıdır
- ✓ Postpartum üriner inkontinansı erken dönemde tespit etmek ve tedaviye yönlendirmek için, sağlık personelleri mevcut 15-49 yaş takiplerine ek olarak postpartum üriner inkontinansa yönelik sorular eklemeli, ihtiyaç duyan kadınlar ile doğum sonrası 1 yıla kadar telefon aracılığıyla iletişim halinde olmalıdır. Gerekli durumlarda ev ziyaretleri yapılarak ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık verilmelidir.

8. KAYNAKLAR

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

2. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinansta Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5 (13): 1-13.

3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003 Jan;61(1):37-49.

4. Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. Obstet Gynecol. 2002 Dec;100(6):1230-8.

5. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007 Apr;21(2):321-9.

6. Bakre S, Holt SK, Oerline M, Braffett BH, Pop-Busui R, Wessells H, Sarma AV; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Longitudinal patterns of urinary incontinence and associated predictors in women with type 1 diabetes. Neurourol Urodyn. 2022 Jan;41(1):323-331.

7. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int. 2004 Feb;93(3):324-30.

8. Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. Int Nurs Rev. 2013 Dec;60(4):448-60.

9. Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. Saudi Med J. 2006 Nov;27(11):1688-92

10. Güneş, A., Güneş, G., & Pehlivan, E., Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2000; 7(1): 54-57

11. Kulaksızoğlu, S. 15-49 yaş kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.

12. Gözükara F, Koruk I, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. Turk J Med Sci. 2015;45(4):931-9.

13. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int. 2002 Jan;89(1):61-6.

14. Fine PM, Antonini TG, Appell RA. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. Clin Obstet Gynecol. 2004 Mar;47(1):44-52.

15. Siahkal SF, Iravani M, Mohaghegh Z, Sharifipour F, Zahedian M. Maternal, obstetrical and neonatal risk factors' impact on female urinary incontinence: a systematic review. Int Urogynecol J. 2020 Nov;31(11):2205-2224.

16. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Sep;17(5):525-30.

17. Kokabi R, Yazdanpanah D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. J Chin Med Assoc. 2017 Aug;80(8):498-502.

18. Rajavuori A, Repo JP, Häkkinen A, Palonen P, Multanen J, Aukee P. Maternal risk factors of urinary incontinence during pregnancy and postpartum: A prospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2021 Nov 8;13:100138.

19. Wuytack F, Moran P, Daly D, Begley C. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. Neurourol Urodyn. 2022 Jan;41(1):54-90.

20. Arrue Gabilondo M, Ginto L, Zubikarai M, Galán C, Saro J, Diez-Itza I. Risk factors associated with stress urinary incontinence 12 years after first delivery. Int Urogynecol J. 2021 Nov;32(11):3061-3067.

21. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. BJOG. 2016 Jun;123(7):1203-11. Epub 2015 Jul 14.

22. Bayrak N.H.Eroğlu, Kadın doğum polikliniklerine başvuran gebelerin 3. trimester ve postpartum dönemde üriner inkontinans durumlarının değerlendirilmesi , Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık tezi, 2018.

23. İnal C. G., Taşhan S.T., Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2020; 6(2): s.150-160.

24. Jurášková M, Piler P, Kukla L, Švancara J, Daňsová P, Hruban L, Kandrnal V, Pikhart H. Association between Stress Urinary Incontinence and Depressive Symptoms after Birth: the Czech ELSPAC Study. Sci Rep. 2020 Apr 10;10(1):6233.

25. Diez-Itza I, Zubikarai M, Galan C, Ginto L, Saro J, Arrue M. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from postpartum to 12 years after first delivery. Neurourol Urodyn. 2020 Aug;39(6):1849-1855.

26. Nam JY, Park EC, Cho E. Does Urinary Incontinence and Mode of Delivery Affect Postpartum Depression? A Nationwide Population-Based Cohort Study in Korea. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jan 8;18(2):437.

27. Ege, E., Akin, B., Koçoğlu, D., Ariöz, A. Postpartum Bir Yıllık Dönemde Üriner İnkontinans Sorunu Yaşayan Kadınlarda Yaşam Kalitesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2007;9(2), 46-56.

28. Dolan LM, Walsh D, Hamilton S, Marshall K, Thompson K, Ashe RG. A study of quality of life in primigravidae with urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004 May-Jun;15(3):160-4.

29. Hatem M, Fraser W, Lepire E. Postpartum urinary and anal incontinence: a population-based study of quality of life of primiparous women in Quebec. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Jul;27(7):682-8.

30. Balkaya, N. A., Postpartum dönemde annelerin bakim gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2002; 6(2), 42-9.

31. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006; 4: 132-136.

32. Gülnar E. İnkontinans Yönetiminde Hemşirelik Bakımı In. Çalışkan N. Gülnar E. (Editör) Üriner ve Fekal İnkontinansta Hemşirelik Yönetimi El kitabı 1. Baskı Ankara: Vize Yayıncılık; 2021: 269-274.

33. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM; Leicestershire MRC Incontinence Study Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. BJU Int. 2003 Jul;92(1):69-77.

34. Kadıoğlu M., Beji, N. K. , Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016:3(3), 201-207.

35. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri 2020, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229 15.10.2021 .

36. ÖZTAÇ, Y ., Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H.,Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.

37. Öztaç Y. , Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat seçimi. Ed: Güner H., Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000: s. 62-76.

38. Taşdemir C. İşeme Nörofizyolojisi. Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. TÜD/TÜRK Üroloji Akademisi Yayını No:2 İstanbul , 2015: s.33-39 .

39. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007 Apr;1101:266-96

40. Editors: Stephen Jeffery Peter de Jong , Textbook of Urogynaecology, Developed by the Department of Obstetrics and Gynaecology University of Cape Town Edited by Stephen Jeffery and Peter de Jong, 2010.

41. Güner H. Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. Ürojinekoloji Atlas Kitabevi. 2000:s.1-226.

42. Sheridan W, Da Silva AS, Leca BM, Ostarijas E, Patel AG, Aylwin SJ, Vincent RP, Panagiotopoulos S, El-Hasani S, le Roux CW, Miras AD, Cardozo L, Dimitriadis GK. Weight loss with bariatric surgery or behaviour modification and the impact on female obesity-related urine incontinence: A comprehensive systematic review and meta-analysis. Clin Obes. 2021 Aug;11(4):e12450.

43. Doumouchtsis SK, Loganathan J, Pergialiotis V. The role of obesity on urinary incontinence and anal incontinence in women: a review. BJOG. 2022 Jan;129(1):162-170.

44. Chang X, Ge H, Ye G, Quan X, Shen W, Zhang C, Huan M, Wu J. Analysis of pelvic floor electrical physiological parameters in nulliparous women with stress urinary incontinence. Transl Androl Urol. 2021 Apr;10(4):1620-1626.

45. Li Y, Zhang Z. Association between waist-to-height ratio and postpartum urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2017 Jun;28(6):835-843.

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

47. Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. Rev Urol. 2004;6 Suppl 3(Suppl 3):3-9.

48. Aşık Z., Demirel E. S. Erişkinlerde Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri: Tabakalı Örneklemli Saha Çalışması (Urinary Incontinence in Adults and Its Effects on Quality of Life: A Stratified Field Study). STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,2020: 29(6), 422-30

49. Deindl FM, Vodusek DB, Hesse U, Schüssler B. Pelvic floor activity patterns: comparison of nulliparous continent and parous urinary stress incontinent women. A kinesiological EMG study. Br J Urol. 1994 Apr;73(4):413-7.

50. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, Pool-Goudzwaard AL. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Mar;100(3):373-382.

51. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004 Oct;83(10):928-36.

52. Zhu L, Li L, Lang JH, Xu T. Prevalence and risk factors for peri- and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. Int Urogynecol J. 2012 May;23(5):563-72.

53. Sievert KD, Amend B, Toomey PA, Robinson D, Milsom I, Koelbl H, Abrams P, Cardozo L, Wein A, Smith AL, Newman DK. Can we prevent incontinence? ICI-RS 2011. Neurourol Urodyn. 2012 Mar;31(3):390-9.

54. Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, Hartmann KE, Hoffman E, Ingber MJ, King JT Jr, McDougal WS, Nelson H, Orav EJ, Pignone M, Richardson LH, Rohrbaugh RM, Siebens HC, Trock BJ. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. Ann Intern Med. 2008 Mar 18;148(6):449-58.

55. Xie X, Chen Y, Khan A, Long T, Li S, Xie M. Risk Factors for Urinary Incontinence in Chinese Women: A Cross-sectional Survey. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2021 Jun 1;27(6):377-381.

56. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaee S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. BMC Geriatr. 2021 Mar 29;21(1):212.

57. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. Am J Obstet Gynecol. 2003 Aug;189(2):428-34.

58. Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. Am J Obstet Gynecol. 2006 Feb;194(2):339-45.

59. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol. 1992 Nov;167(5):1213-8.

60. Kawahara T, Ito H, Yao M, Uemura H. Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. Int J Urol. 2020 Dec;27(12):1078-1086.

61.Bump RC, McClish DM. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. Am J Obstet Gynecol. 1994 Feb;170(2):579-82.

62. Van Brummen HJ, Bruinse HW, van der Bom JG, Heintz AP, van der Vaart CH. How do the prevalences of urogenital symptoms change during pregnancy? Neurourol Urodyn. 2006;25(2):135-9.

63. Ng K, Cheung RYK, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. An observational follow-up study on pelvic floor disorders to 3-5 years after delivery. Int Urogynecol J. 2017 Sep;28(9):1393-1399.

64. Lin YH, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, Liang CC. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Jun;57(3):340-345.

65. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 16. Baskı,Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2020. s.87-107.

66. Beji N Kızılkaya (editör) Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları 3. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2020. s.150-95 .

67. Bobak I N, Jensen M D, Zalar M K, Maternty and Gynecologic Care:the nurse and yhe family (4th.ed.), StLousis: Mosby Company California, 1989;198-217.

68. Dietz HP, Eldridge A, Grace M, Clarke B. Does pregnancy affect pelvic organ mobility? Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2004 Dec;44(6):517-20.

69. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Asúnsolo Á, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, Buján J, Ortega MA, De León-Luis JA. Pelvic Floor Morbidity Following Vaginal Delivery versus Cesarean Delivery: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2021 Apr 13;10(8):1652.

70. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med. 2003 Mar 6;348(10):900-7.

71. Çiçek N., Mungan MT., Özden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji; 2007. s 185- 196.

72. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn URL https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603 erişim: 02.01.2022 .

73. Dinç A., Beji N. K., Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008: 16(62),143-149.

74. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Am J Obstet Gynecol. 2003 Nov;189(5):1268-74.

75. Volløyhaug I, van Gruting I, van Delft K, Sultan AH, Thakar R. Is bladder neck and urethral mobility associated with urinary incontinence and mode of delivery 4 years after childbirth? Neurourol Urodyn. 2017 Jun;36(5):1403-1410.

76. O'Halloran T, Bell RJ, Robinson PJ, Davis SR. Urinary incontinence in young nulligravid women: a cross-sectional analysis. Ann Intern Med. 2012 Jul 17;157(2):87-93.

77. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Lancet. 2006 Jan 7;367(9504):57-67.

78. Sigurdardottir T, Bø K, Steingrimsdottir T, Halldorsson TI, Aspelund T, Geirsson RT. Cross-sectional study of early postpartum pelvic floor dysfunction and related bother in primiparous women 6-10 weeks postpartum. Int Urogynecol J. 2021 Jul;32(7):1847-1855.

79. Shi W, Niu XY, Chen YY, Wei DM, Yu XJ, Chen J, Zhang ZH, Hu Y, Yang J. [A Study on the Risk Factors for Early Postpartum Urinary Incontinence in Chengdu]. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2019 Jul;50(4):598-603.

80. Özkan, S. A., Bilgiç, D., Beji N. K., Türkiye'de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019;(2), 201-210. .

81. Özkan Z. S., Sapmaz E., Reprodüktif çağdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. J Kartal Tr,2015; 26(2), 101-106.

82. Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. J Clin Nurs. 2010 Dec;19(23-24):3314-23.

83. Ege E, Akin B, Altuntuğ K, Benli S, Arioz A. Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. Urol Int. 2008;80(4):355-61.

84. Pirinççi S., Aydın merkezde prepartum gebelerde üriner inkontinans sıklığı, postpartum değişimi ve postpartum üriner inkontinansta pelvik taban kas eğitiminin etkinliği. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016.

85. Kocaöz S, Eroğlu K, Sivaslıoğlu AA. Role of pelvic floor muscle exercises in the prevention of stress urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. Gynecol Obstet Invest. 2013;75(1):34-40.

86. Reis AM, Brito LGO, Lunardi ALB, Pinto E Silva MP, Juliato CRT. Depression, anxiety, and stress in women with urinary incontinence with or without myofascial dysfunction in the pelvic floor muscles: A cross-sectional study. Neurourol Urodyn. 2021 Jan;40(1):334-339.

87. Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinans Tipleri ve Hasta Değerlendirmesi İçinde Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 5. Yayın, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002.

88. Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı (SUİ) Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, 2007.

89. Girgeç S, Atan ÜŞ, Kavlak O. Cerrahi Olmayan Üriner İnkontinansın Yönetiminde Kanıt Temelli Hemşirelik Yaklaşımı. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir,2015; s.10.

90. Sucuoğlu ŞA. Genç Kızlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

91. Karaöz B. Pelvik Organ Prolapsusu ve Üriner İnkontinansta Hemşirelik Yaklaşımı. 5th Ege Urogynecology Workshop Poster Bildiri Özetleri. Ege University School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, İzmir, Turkey, 2015; 5.

92. Özcan M. Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

93. Demirci N., Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2009; 16(3), 35-40.

94. Yıldız N., Sarsan A., Ardıç F. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları, FTR Bil Der J PMR Sci 2009;12:42-50

95. Yuvanç E. Üriner İnkontinansta Tedavi Yöntemleri. In: Çalışkan N, Gülnar E, Editör. Üriner ve Fekal İnkontinansta Hemşirelik Yönetimi El Kitabı 1. Baskı Ankara: Vize Yayıncılık;2021 s.101-26.

96. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020 URL: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210 15.10.2021.

97. Şanlıurfa İlçeleri Nüfüsu URL https://www.nufusu.com/ilceleri/sanliurfa-ilceleri-nufusu 15.10.2021.

98. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003 Jan;61(1):37-49.

99. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167-78.

100. Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri. Türk Üroloji Dergisi, 2005; 2(31): 246-252.

101. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol. 2006 Dec;50(6):1306-14; discussion 1314-5.

102. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002;4(1):29-39.

103. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. Arch Intern Med. 2005 Mar 14;165(5):537-42.

104. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiyurt N. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi. Turkish Journal of Geriatrics ,Geriatri 3, 2000; 3:102-106.

105. Zengin N. Kadınlarda İdrar Kaçırma Prevalansı ve Risk Faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010; 5(3): 45-60.

106. Kizilkaya Beji N, Celebi EZ, Avci N. Delivery and pelvic floor dysfunction. J Ist Faculty Med 2021;84(2):269-74

107. Handa, V., Brubaker, L., Eckler, K. E., Effect of pregnancy and childbirth on urinary incontinence and pelvic organ prolapse, UpToDate. Whaltam, MA: UpToDate. Jan 2022.

108. Baykuş N., 18 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve etkileyen faktörler ,Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

109. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. Obstet Gynecol. 2010 Mar;115(3):618-628.

110. Kılıçlı, A & Koruk, F., Unforseen Health Problem in Female Seasonal Agricultural Workers: Urinary Incontinence. LIFE: International Journal of Health and Life Sciences, 2018; 4(1),37-53.

111. Zhong R, Zeng L, Wang X, Wang Y. A retrospective study of risk factors for stress urinary incontinence 1 year after delivery in multiparous women. Int Urogynecol J. 2021 May 4,1-7.

112. Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. Quality of Life and Health Seeking Behaviors of Women with Urinary Incontinence. F.N. Hem. Derg, 2015; 23(1): 23-31.

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

114. Moossdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Urinary incontinence 6 weeks to 1 year post-partum: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. Int Urogynecol J. 2021 Jul;32(7):1817-1824.

115. Akkuş Y. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner inkontinans Sıklığı, Tipi, Şiddeti, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014.

116. Beji NK, Ozbas A, Aslan E, Bilgic D, Erkan HA. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. Urol Nurs. 2010 Nov-Dec;30(6):327-34; quiz 335.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket No: **Tarih:**

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Şanlıurfa'da Postpartum Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler" dir**.** Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kendinizi tanıtıcı bilgi sorularının yer aldığı bu ankette vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok kıymetlidir. Lütfen soruların tamamını yanıtlayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELİKLER

1. Kaç yaşındasınız? ……
2. Boyunuz……. Kilonuz…… BKİ……. (araştırmacı tarafından doldurulacaktır)
3. Eğitim durumunuz nedir?
   1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Ortaoöğretim 5.Üniversite ve üzeri
4. Evinizde en çok konuşulan dil hangisidir?
   1.Türkçe 2.Kürtçe 3.Arapça 4.Diğer …..
5. Ailenizin gelir gider durumunu düşündüğünüzde ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
   1. Gelirim giderimden az 2.Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla
6. Çalışıyor musunuz?
   1. Evet (mesleğiniz……...) 2. Hayır
7. Eşinizin eğitim durumu nedir?
   1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Ortaöğretim 5.Üniversite ve üzeri
8. Sosyal güvenceniz var mı?
   1.Evet 2.Hayır

B. GEBELİK VE DOĞUM ÖYKÜSÜNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

9. Gebelik sayınız nedir?.....

10. Daha önce hiç düşük yaptınız mı?

1.Evet (kaç kez……..) 2.Hayır

11. Daha önce hiç kürtaj oldunuz mu?

1.Evet (kaç kez…….) 2. Hayır

12. Kaç kez normal doğum yaptınız?…….

13. Kaç kez sezaryenle doğum yaptınız?……

14. Son doğumunuzu nerede yaptınız?

1.Evde 2.Sağlık kuruluşunda (……) 3.Diğer……..

15. İlk doğumunuzu kaç yaşınızda yaptınız?.....

16. Son doğumunuzda çoğul gebelik var mıydı?

1.Evet 2.Hayır

17. Son doğumunuz başladıktan sonra bir günden/24 saatten uzun sürdü mü?

1.Evet 2.Hayır

18. Son doğumunuzda iri bebek (4 kg üzerinde) doğurduğunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

19.Son doğumunuzda makat(ters) gelişli doğum yaptınız mı?

1.Evet 2.Hayır

20.Son doğumunuzda müdahaleli doğum (vakum, forseps vb.) geçirdiniz mi?

1.Evet (açıklayınız……..) 2. Hayır

21. Son doğumunuzdan sonra dikiş (epizyotomi onarımı) atıldı mı?

1.Evet 2.Hayır

C. ÜRİNER İNKONTİNANSLA İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER

22.Sık sık kabız olur musunuz?

1.Evet 2.Hayır

23.Daha önce omurilik (spinal kord) yaralanması geçirdiniz mi?

1.Evet (ne zaman……) 2.Hayır

24.Sinir yıkımına (dejenerasyonuna) neden olan herhangi bir nörolojik hastalığınız (Alzheimer, Parkinson, ALS vb.) var mı?

1.Evet (açıklayınız……) 2.Hayır

25. Pelvik cerrahi (çeşitli idrar yolu, kadın doğum ameliyatları veya makat bölgesinden hemoroid fistül, yırtık gibi ameliyatlar) geçirdiniz mi?

1.Evet (açıklayınız…….) 2.Hayır

26. Bildiğiniz kronik bir hastalığınız var mı?

1.Evet (açıklayınız……) 2.Hayır

27. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

1.Evet (açıklayınız……) 2.Hayır

28. Sigara içme alışkanlığınız var mı?

1.Evet(ne kadar zamandır…….) (günlük miktarı……..) 2.Hayır

29. Sürekli öksürük şikayetiniz var mı?

1.Evet(ne kadar zamandır…….) 2.Hayır

30.Son bir yıl içinde idrar yolu iltihabı geçirdiniz mi?

1.Evet (kaç kez.....) 2.Hayır

31.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, büyük abdestinizi yaparken elinize çıkıntı gelmesi gibi rahim sarkması şikayetiniz oldu mu?

1.Evet (Hangileri, açıklayınız……..) 2. Hayır

32.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar idrar yaparken zorlanma, sık sık idrara çıkma ve idrar torbası sarkması şikayetiniz oldu mu?

1. Evet (Hangileri, açıklayınız……..) 2. Hayır

33.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar büyük tuvaletinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi, kan gelmesi ya da makat bölgenizde ağrının olması gibi basur şikayetiniz var mı?

1. Evet (Hangileri, açıklayınız……..) 2.Hayır

34.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar öksürürken, hapşırırken, gülerken idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1. Evet (ne kadar zamandır……) 2. Hayır

35.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar, tuvalet ihtiyacı hissettikten sonra tuvalete gidene kadar idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1.Evet (ne kadar zamandır……) 2.Hayır

36.Son doğumunuzdan sonra şu ana kadar ağır kaldırdığınızda idrar kaçırma sorununuz olur mu?

1.Evet (ne kadar zamandır……) 2. Hayır

37.Cinsel ilişki esnasında idrar kaçırır mısınız?

1.Evet 2. Hayır

38.İdrar kaçırma sorununuzdan dolayı ped/bez vb kullanır mısınız?

1.Evet(Günde kaç adet……..) 2. Hayır

39.İdrar kaçırma sorunundan dolayı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?

1.Evet (nereye……) 2. Hayır (41. soruya geçiniz)

40. İdrar kaçırma sorunundan dolayı herhangi bir tedavi aldınız mı?

1.Evet (açıklayınız…….….)

2.Hayır (neden açıklayınız…….…..)

41. İdrar kaçırma sorununuza yönelik sizin yaptığınız bir uygulama var mı?

1. Evet (açıklayınız…….….) 2) Hayır

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

(Hasta ve Kontrol grubu gönüllüler için ayrı hazırlanmalıdır)

(Onam Formunda çalışmaya ait bilgiler dışında gereksiz bilgilerin yer almaması ve şablon olarak yazılan gereksiz yazıların çıkarılması gerekmektedir**)**

ÇALIŞMANIN ADI:

"Şanlıurfa'da Postpartum Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler"

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu' nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Şanlıurfa'da Doğum Sonrası İdrar Kaçırma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler'in incelenmesi amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları hastanın anlayacağı dilden açıklanmalıdır.)

Çalışma için herhangi bir kan ya da vücut sıvısı örneği alınmayacaktır. Bu çalışma için size sosyo-demografik(yaş, boy, kilo, meslek vb.), gebelik ve doğum öykünüz ve idrar kaçırma durumunuza ilişkin bazı sorular sorulacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile Şanlıurfa'da Doğum Sonrası Donemde İdrar Kaçırma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler incelenerek, buna yönelik doğum sonrası dönemde idrar kaçırma sıklığı ve sebeplerinin belirlenmesi, bunlara yönelik yapılabilecek eğitim ve bilimsel çalışma faaliyetlerine katkıda bulunulacaktır. Bu çalışmaya katılmanız size herhangi bir zarar vermeyecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanılacak olmakla birlikte, isim, telefon, adres gibi hiçbir kişisel bilginiz paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Helin Tez

ORİJİNALLİK RAPORU

%16	%15	%3	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.harran.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%4
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	9lib.net İnternet Kaynağı	%1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzanlamıştır.