

Gebelikte Alt Üriner Sistem Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi

Damla Erdem

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Şubat 2024
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Dilek Sarpkaya Güder

2. Yrd. Doç. Dr. Arzu Abiç

3. Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk

ÖZ

Bu araştırma, gebelikte alt üriner sistemleri semptomları ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapıldı. Çalışma evrenini Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerin tamamı, örneklemini ise yüz yüze görüşülen 370 gebe oluşturdu. Gebelerle haftanın 3 günü 08:00-12:00 saatleri arasında kadın doğum polikliniğinde görüşme gerçekleştirilip her gebeye 15 dakika ayrılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSS), Richard's Campbell Uyku Ölçeği ve UDİ-6 (Urinary Distress Inventory) ölçeği kullanıldı.

Katılımcıların çoğunluğunu 29 yaş ve altı (%55), üniversite mezunu (%42), normal kiloda (%49) ve gebeliğinin ikinci trimesterinde (%40) olduğu belirlendi. Çalışmada gebelerin %54,9'nun alt üriner sistem semptomları ifade ettiği ayrıca %56,8'sinin orta uyku kalitesine sahip olduğu bulundu. Yapılan karşılaştırmalarda 30 yaş üstü olmak, düşük ekonomik düzey, fazla kilo, fazla sayıda gebelik ve çocuk sahibi olmak, iki veya üçüncü trimesterde bulunmak, kötü obstetrik öykü, kabızlık gibi bazı değişkenlerin alt üriner sistem semptomlarını olumsuz etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Buna karşılık 29 yaş ve daha genç olmak, gelir getirici işte çalışmak, düzenli egzersiz yapmak uyku kalitesini pozitif yönde etkilemekteydi ($p<0,05$). Çalışmada kullanılan BKAÜSS ve UDİ-6 ölçek genel puanları arasında anlamlı yüksek düzeyde pozitif yönlü ($r=,894 - p<,000$) buna karşılık BKAÜSSİ ile RCUÖ genel puanları arasında anlamlı orta düzeyde ve negatif ($r=-,559-p<,000$) ve RCUÖ ile UDİ-6 ölçeği arasında anlamlı orta düzeyde ve negatif doğrusal bir ilişki ($r=-,570-p<,000$) bulunmaktaydı.

Çalışma sonucunda gebelerde alt üriner sistem semptomlarının uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği ayrıca alt üriner sistem semptomlarını ve uyku kalitesini etkileyen çok sayıda faktör olduğu belirlendi. Bu sonuca göre antenatal bakım hizmetleri kapsamında gebelerin alt üriner sistem semptomlarının ve uyku kalitesinin rutin olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: alt üriner sistem semptomları, gebelik, uyku kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

This research was conducted in a descriptive, cross-sectional and correlation-seeking manner to determine the effects of lower urinary tract symptoms and sleep quality during pregnancy. The targeted community of the study was all pregnant women who applied to Dr. Burhan Nalbantoğlu State Hospital Gynecology and Gynecology clinic of Nicosia. The sampling was consisted of 370 pregnant women with face to face interviews. Pregnant women were interviewed at the obstetrics and gynecology clinic three days a week between 08:00 and 12:00, and 15 minutes were allocated to each pregnant woman. Personal Information Form, Bristol Female Lower Urinary System Symptoms Index , Richard's Campbell Sleep Scale and UDI-6 (Urinary Distress Inventory) scale were used to collect research data. It was determined that the majority of the participants were 29 years of age or younger (55%), university graduates (42%), of normal weight (49%), and in the second trimester of pregnancy (40%). In the study, it was found that 54.9% of pregnant women expressed lower urinary tract symptoms and 56.8% had moderate sleep quality. In the comparisons made, it was determined that some variables such as being over 30 years old, low economic level, overweight, having many pregnancies and children, being in the second or third trimester, poor obstetric history, and constipation negatively affected lower urinary tract symptoms ($p < 0.05$). . On the other hand, being 29 years of age or younger, working in an income-generating job, and exercising regularly had a positive impact on sleep quality ($p < 0.05$).

There is a significant high level of positive direction between the general scores of CAUTI and UDI-6 scale used in the study ($r = 0.894 - p < 0.000$), whereas there is a significant moderate level and negative direction between the general scores of CAUTI

and RCUS ($r=-.559-p<.000$) and there was a significant, moderate and negative linear relationship ($r=-.570-p<.000$) between RCUÖ and UDI-6 scale.

As a result of the study, it was determined that lower urinary tract symptoms in pregnant women negatively affected sleep quality and that there were many factors affecting lower urinary tract symptoms and sleep quality. According to this result, it is recommended to routinely evaluate the lower urinary tract symptoms and sleep quality of pregnant women within the scope of antenatal care services.

Keywords: lower urinary tract symptoms, pregnancy, sleep quality, nursing

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince, değerli bilgi ve deneyimleriyle beni aydınlatan, yol gösteren, destekleyen ve tezimin her aşamasında değerli zamanını bana ayıran, her zaman bir hocadan daha fazlası olan danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Rojgin MAMUK'a saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince, bana yol gösteren ve desteklerini her zaman hissettiğim Hemşirelik Bölümü hocalarına saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırmaya izin veren Doğu Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü'ne ve araştırma verilerimin toplanmasında destek olan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı sayın Dr. Etem GÖRÇİN'e ve bütün gebelere teşekkürlerimi sunarım.

Beni yetiştiren, her daim yanımda olup onların varlıklarıyla güç bulduğum sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren yaşama sebeplerim annem ve babama, benim her anıma şahit olan ve bu süreçte desteklerini hep hissettiğim dostlarıma, yüksek lisans arkadaşlarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	3
1.2 Araştırma Soruları.....	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Üriner İnkontinans	4
2.2 Üriner İnkontinans Prevelansı.....	4
2.3 Üriner İnkontinans Tipleri.....	5
2.3.1 Stres Tipi Üriner İnkontinans.....	5
2.3.2 Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans.....	5
2.3.3 Karışık Tip Üriner İnkontinans	6
2.3.4 Taşma Tip Üriner İnkontinans	6
2.3.5 Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans	6
2.3.6 Sürekli Tip Üriner İnkontinans	7
2.4 Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri	7
2.4.1 Cinsiyet	7
2.4.2 Yaş	8
2.4.3 Obezite	8

2.4.4 Obstetrik Öykü.....	8
2.5 Gebelikte Üriner İnkontinans.....	9
2.6 Gebelikte Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	9
2.7 Uyku Nedir.....	10
2.8 Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	10
2.9 Uykunun Evreleri	10
2.9.1 Yavaş Dalga Uykusu-NREM.....	10
2.9.2 Hızlı Evre Uykusu-REM.....	11
2.10 Uyku Kalitesi Nedir?.....	11
2.11 Uyku Kalitesinin Etkileyen Faktörler	11
2.12 Gebeliğin Uyku Kalitesine Etkisi.....	12
2.13 Gebelikte Uyku ve Üriner İnkontinanda Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	12
3 GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1 Araştırmanın Tipi	15
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	15
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	16
3.5 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	16
3.6 Veri Toplama Araçları	16
3.6.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-1).....	16
3.6.2 Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) Ölçeği (EK-2)	17
3.6.3 Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) (EK-3).....	17
3.6.4 UDİ-6 Urinary Distress Inventory (EK 4)	17

3.7 Verilerin Toplanması Süreci	18
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.11 Araştırma Akış Takvimi.....	20
4 BULGULAR	21
5 TARTIŞMA	39
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1 Sonuçlar	53
6.2 Çalışma Önerileri	56
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	75
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	76
Ek 2: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) Ölçeği	77
Ek 3: Richard's Campbell Uyku Ölçeği (Rcuö)	81
Ek 4: UDİ-6 Urinary Distress Inventory	82
Ek 5: Ölçek İzinleri	83
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	86
Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni	89
Ek 8: Kurum İzni.....	90

KISALTMALAR

AÜSS	Alt Üriner Sistem Semptomu
BKAÜSS	Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ICS	International Continence Society
NREM	Hızlı Olmayan Göz Hareketleri
RCUÖ	Richard's Campbell Uyku Ölçeği
REM	Hızlı Göz Hareketleri
UDİ-6	Urinary Distress Inventory
Üİ	Üriner İnkontinans
NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği.
SIU	Stres Üriner İnkontinans

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Gebelere Ait Tanıtıcı Özellikleri.....	21
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gebelere Ait Obstetrik Özellikler	22
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Gebelere Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Dağılımı... 23	
Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimsel İstatistik Sonuçları.....	24
Tablo 5. Tanıtıcı Özelliklerin BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarıyla Karşılaştırılması	26
Tablo 6. Obstetrik Özellikler İle BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması....	28
Tablo 7. Sağlıklı Yaşam Davranışları İle BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarına Karşılaştırılması	29
Tablo 8. Tanıtıcı Özellikler İle UDI-6 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 9. Obstetrik Özellikler İle UDI-6 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 10. Sağlıklı Yaşam Davranışları İle UDI-6 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 11. Tanıtıcı Özellikler İle RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 12. Obstetrik Özellikler RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 13. Sağlıklı Yaşam Davranışları İle RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 14. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Korelasyon Sonuçları*	38
Tablo 15. Bristol (BKAÜSSİ) Ölçeği Toplam Puanlarının Yordanmasına İlişkin Standart Regresyon Analizine Ait Sonuçlar (n:299).....	38

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Akış Takvimi	20
---------------------------------------	----

Bölüm 1

GİRİŞ

Üriner İnkontinansı (Uİ), Uluslararası Kontinans Topluluğu (UKT) tarafından fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan, objektif nedenlerden köken alan istemsiz idrar kaçırma şeklinde tanımlanmıştır (1). UKT'e göre inkontinans incelenirken tipi, düzeyi, toplumsal etkisi, günlük hijyene ve hayat kalitesine olan etkisi vb. etkilerin de tanımlanması gerekmektedir (2). Uİ erkeklere kıyasla kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınlarda daha fazla görülmesinin sebepleri arasında; hamilelik, çocuk doğurma gibi faktörlerin yanında rektosel, menapoz uterus prolapsusu, sistosel, histerektomi gibi operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonları, obezite ve genetik faktörler de yer almaktadır (3). Üriner inkontinansın kaynaklı en sık görülen cilt sorunlarından biri dermatittir. Üriner inkontinans ilişkili dermatit cilt ve giysiler arasında sürtünmenin fazla olduğu özellikle; perine bölgesi ile rektal ve gluteal bölgelerde görülmektedir(116). Bugün için tanımlanmış altı tip Uİ vardır. Bunlar; sıkışma, stres, taşma tipi, karışık tip, fonksiyonel ve sürekli inkontinanstır (4).

Yapılan çalışmalarda dünya genelinde Üİ prevalansının %21.5, Türkiye'de ise %21.3 ile 44.8 aralığında değiştiği görülmektedir (5,35,37,116). Sıklığına rağmen Üİ tedavisi için hastaneye başvuru oranları oldukça düşüktür. Tıbbi yardıma başvurmama sebepleri arasında; kadının çekinmesi, doğum bitişi yada yaşlanma ile birlikte gelen normal bir durum olarak düşünülmesi veya görülen belirtilerin önemsenmemesi yer almaktadır (6).

Gebelikte meydana gelen hormonal ve mekanik değişimlerden kaynaklı Üİ, hamilelik döneminde risk rastlanan bir sorun haline gelmektedir. Mekanik nedenlerin başında mesane pozisyonunun yer değiştirilmesi ve mesane volümünün ortalama 450–650 ml. artması gelmektedir (6). Meydana gelen volüm artışı ise ilk trimesterde glomerular filtrasyon hızı ve renal kan akım hızındaki artış ile açıklanmaktadır (7). Gebeliğin birinci trimesterinde başlayarak özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde daha net hissedilen idrar yapma sıklığında artış ve ani idrar yapma hissi uterusun büyüyerek mesaneye basınç yapması nedeniyle görülmektedir (7). Genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde Üİ en belirgin düzeye erişmektedir. Ayrıca pelvise yerleşen fetal baş mesaneye doğru baskı oluşmaktadır. Bu baskı ise doğum sonu dönemde pelvik taban kas gücünde azalmaya ve dolayısıyla stres üriner inkontinansa (SÜİ) zemin hazırlamaktadır. Yapılan araştırmada bu durumu kanıtlar nitelikte mesane kontrolü olan hamilelerde pelvik taban kaslarının kalınlığının ve gücünün, inkontinansı olan hamilelere kıyasla daha güçlü olduğunu saptamıştır (4,117). Gebelerde istemsiz idrar kaçırma, kaygı, depresyon, utanç duyma, özgüvende düşüş, cinsel yaşantıda negatif etkilenme, içe kapanma ve dolayısıyla yaşam kalitesinde olumsuz etkilenme ortaya çıkmaktadır (7,8,118).

Uyku, günlük yaşamın önemli bir aktivitesi olup bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Ayrıca uyku fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (9). Hamilelik uyku kalitesini etkileyen bir süreçtir. Büyüyen fetüsün diyaframa yapmış olduğu baskı sonucu abdominal rahatsızlıkların gelişmesi, noktüri, bel ağrısı, kramplar, nefes almada zorlanma vb. bu olumsuz değişimin nedenleri arasında yer almaktadır (10). Yapılan literatür taramasında gebelerde Üİ ve Uyku kalitesini ayrı ayrı inceleyen çalışmaların bulunduğu (6, 119,120) ancak Üİ'nin uyku kalitesine etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı bildirilmiştir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde kadınların %97'sinde uyku bozukluğu rapor edilmiştir(108). Hemşireler, NANDA'nın hemşirelik tanıları ve sınıflandırmasından yararlanarak, hemşirelerin tüm gebelere prekonsepsiyonel dönemden itibaren risk faktörlerini önlemeye yönelik eğitim vermeleri, pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlamaları, Üİ problemi olan gebelerin tıbbi destek almaları gerekiyorsa bu konuda onları cesaretlendirmeli ve danışmanlık hizmeti vermeleri gerekmektedir (29,80,120,121).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; gebelerde alt üriner sistem semptomları ve uyku kalitesine etkisini incelemeyi amaçlamıştır.

1.2 Araştırma Soruları

1. Gebelerde alt üriner sistem semptomlarının görülme durumu nasıldır?
2. Gebelerde alt üriner sistem semptomlarının gelişimini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Gebelerde uyku kalitesi nasıldır?
4. Gebelerde uyku kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Gebelerde alt üriner sistem semptomları ile uyku kalitesi arasında ilişki var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Üriner İnkontinans

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS)'nin tanımına göre üriner inkontians (Üİ); istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak adlandırılır. Üİ tipleri ise stres tip, sıkışma tip, karışık tip, taşma tip, fonksiyonel ve sürekli inkontinans olarak adlandırılır. En yaygın görülen tip ise stres üriner inkontinanstır (SUI) (6). Üİ neden olan faktörler arasında yaşlanma, kadınlarda üretra boyunun kısılığı, menopoz gibi östrojen azalmasına eneden olan durumlar, genetik farklılıklar, vajinal doğum, obstetrik yaralanmalar, sigara/alkol tüketimi, diüretik ilaçların kullanımı, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, aşırı kilo, kronik konstipasyon, kafein tüketimi, jinekolojik operasyon, diabet, nörolojik ve kronik öksürük gibi sistemik hastalıkları gösterilmektedir (6,11). Üİ, yaşamı tehdit edici olmasa da, devamlı ıslaklık, kötü koku ve neme bağlı oluşan ciltte tahrişler bu hastaların hayat kalitesini hem fiziksel hem de psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların çoğunluğu bu durumu vajinal doğum sonrasında ya da ileri yaşlarda görülebilen kadın hastalığı olarak kabul etmekte ve herhangi bir tıbbi yardıma başvurmamaktadır (12,122).

2.2 Üriner İnkontinans Prevelansı

Üİ, erkeklere göre kadınlarda daha sık görülmekle birlikte ilerleyen yaşla beraber kadınlar daha da dezavantajlı hale gelmektedir. Sağlık Araştırması ve Kalite Kurulu'nun yayınlamış olduğu rapor bu durumu kanıtlar nitelikte olup genç kadınlarda %25, menopoz ve sonrasında %44-57 ve yaşlı kadınlarda %75 oranında

Üİ tespit edildiğini bildirmiştir. Genel olarak tüm kadın popülasyonu için Üİ prevalansının %25 olduğu kabul edilmektedir (13,121,122). Oldukça yaygın ve yaşam kalitesini düşüren bir sorun olmasına rağmen yapılan çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun tıbbi yardım almaksızın, koruyucu önlemlerle hayatlarına devam ettiklerini göstermektedir (14,123).

2.3 Üriner İnkontinans Tipleri

2.3.1 Stres Tipi Üriner İnkontinans

Stres inkontinans en sık görülen inkontinans tipidir. ICS (International Continence Society), stres inkontinansını, fiziksel aktivite, karın içi basıncının arttığı durumlar ve istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlamıştır. Stres inkontinansı bazı refleksler ve aktiviteler ile de bağlantılıdır bunlar arasında; koşmak, zıplamak, öksürmek, hapşırma, sandalyeden yatağa geçmek (plejisi olan hastalarda), cinsel aktivite, aerobik vb. bulunmaktadır. Kadınların çoğu sık idrara çıkma ile bağlantılı olarak sıvı alımını azaltma eğilimi göstermektedir (15). Bu durum diğer üriner sistem sorunlarına neden olabilmektedir. Üİ cinsel yaşamı da oldukça olumsuz etkilenmektedir. Özellikle vajinal ve penil penetrasyon sırasında idrar kaçırma Stres inkontinanslı kadınlarda yaygın görülen bir belirtidir ve bunların çoğunda seksüel disfonksiyon saptanmıştır. İdrar kaçırma durumu daha çok vajinal penetrasyon ve orgazm sırasında görülmektedir (16,17).

2.3.2 Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans

Sıkışma inkontinans (UI), idrara sıkışma hissinden hemen önce veya idrara sıkışma hissiyle birlikte aniden gelen güçlü bir idrar yapma isteğini takiben istemsiz olarak idrar kaçırmayı ifade etmektedir. Mesane kontraksiyonları sonucu aniden gelen idrar yapma isteğinin ardından oluşan idrar kaçırma türü olarak da belirtilebilir. İleri yaş kadınlarda daha sık görülmektedir (18). Bu vakalarda üretra normaldir buna

karşılık detrusör kası ileri derecede aktif olup mesane kapasitesi azalmıştır. Genellikle UI'nin detrusör kaslarındaki bu inhibe edilemeyen kontraksiyonlar sonucu oluştuğu görülmektedir (19). Birden gelişen ve durdurulamayan kontraksiyonlar neticesinde mesane içi basınç üretra içi basıncı geçer. Nihayetinde vakalar idrar kaçırmaya başlarlar. Vakaların bildirdiğine göre birden gelen şiddetli idrar yapma isteğini takiben tuvalete yetişmeden idrar kaçırmaktadırlar (7).

2.3.3 Karışık Tip Üriner İnkontinans

Karışık tipte, hem stres tipi hem de UI belirtilerinin beraber görüldüğü tiptir ve yaşlılarda daha fazla görülmektedir. Bunun sebebi olarak ise stres tipi ve UI'nin birleşmesiyle meydana gelen faktörler gösterilmektedir. İnkontinans hastalarının yaklaşık %15-20'sinde ise miks tip olduğu bildirilmektedir (7).

2.3.4 Taşma Tip Üriner İnkontinans

İdrar kesesinin dolması ve gerginleşmesi sonucunda istemsiz damlama şeklinde ortaya çıkan idrar kaçırmaya olarak tanımlanmaktadır. İnkontinansın bu tipi ise, stres ve urge UI belirtilerini de içine alan yada sık aralıklarla damlama şeklinde olmak üzere farklı türlerde görülmektedir. Detrusör kasının işlevini yerine getiremediği durumlarda ve multiple skleroz, spinal sinir harabiyeti gibi nörolojik hasar sonucu da görülmektedir (20).

2.3.5 Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans

Kadınların mesanesinde veya idrar yollarında bir problem olmamasına rağmen istemsizce idrar kaçırmaya olduğu UI çeşidi olarak tanımlanmaktadır. Depresyon, demans, hareket kısıtlılığı gibi bazıları geri dönülebilen nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır (21).

2.3.6 Sürekli Tip Üriner İnkontinans

İdrara sıklıkla farkına varılmadan, devamlı olarak görülen Üİ tipidir. Çoğunlukla doğumda meydana gelen kas yaralanmaları, bazı konjenital kas yetmezliği sendromları veya kazanılmış nörojenik hastalıklar sonucu görülen mesane fonksiyon bozukluğuna eşlik etmektedir. Ayrıca sinir sistemi ile üriner sistem arasındaki nörolojik iletiye zarar veren cerrahi operasyonlar veya spinal kord yaralanmaları da overflow inkontinansı takiben sürekli inkontinansa dönüşebilmektedir (7).

2.4 Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri

İdrar kaçırmak insanlar tarafından alışılması ve ifade edilmesi güç ve bazen utanç verici olduğundan bu problemde ne kadar insanın muzdarip olduğunu belirlemek zordur (22). Üİ çoğunluğunu kadınların oluşturduğu yaklaşık 200 milyondan fazla bireyin yaşamını etkilemektedir. Bu çok yaygın sorunun risk faktörleri incelendiğinde ise cinsiyet, yaş, obezite, gebelik, doğum, histerektomi, menopoz, sosyal şartlar, çevresel şartlar ve yaşam alışkanlıkları gibi pek çok faktörün ön plana çıktığı görülmektedir (6, 23,125).

2.4.1 Cinsiyet

Kadınlarda erkeklere göre Üİ oranı çok daha yüksektir. Cinsiyete göre yapılan bir çalışmada erkeklerde Üİ prevalansı İsveç'te %39.4, ABD'de %44.9 ve İngiltere'de %50.5; kadınlarda ise İsveç'te %67.1, ABD'de %67, İngiltere'de %69 olduğu bildirilmiştir (25). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da 65 yaş üzeri bireylerde üriner inkontinans prevalansı kadınlarda %55.1 buna karşılık erkeklerde %21.5 olarak belirlenmiştir (24-26). Cinsiyetler arası bu farkın kadınların üreme yüklerinden kaynaklandığı düşüncesi neredeyse netlik kazanmıştır. Bunlara ek olarak Üİ tiplerinin prevalansı da cinsiyete göre değişmektedir. Örneğin kadınlarda taşma tip inkontinans prevalansı düşük seyrederken, karışık ve stres tip inkontinans prevalansı daha

yüksektir. Buna karşılık erkeklerde nörolojik hastalık, prostat, travma olmadığı sürece stres tip inkontinans daha az oranda görülmektedir (24, 124).

2.4.2 Yaş

İlerleyen yaşla beraber mesane kapasitesi ve fonksiyonel üretral basınç azalmakta ve buna paralel olarak işemeyi geciktirme ve tutma becerisi de olumsuz etkilenmektedir. Kadınlarda özellikle östrojenin azalması periüretral ve pelvik kasların zayıflamasına, üretral direnç azalmasına neden olmaktadır. Erkeklerde ise durum prostatın büyümesiyle ilişkili olup bu bezin büyümesiyle beraber üretral direnç artmakta, idrar akım hızı yavaşlamakta ve idrar retansiyonuna tolerans oluşmaktadır (27, 28). Ayrıca cinsiyetten bağımsız yaşla beraber insan yaşamına eklenen nörolojik hasarlar, renal sorunlar, bazı ilaçlar, azalmış mobilite, Tip 2 diabet, üriner enfeksiyonlar vb. faktörlerde Üİ'ye yatkınlık sürecini hızlandırmaktadır (27, 28).

2.4.3 Obezite

Obezite Üİ sıklığını arttıran önemli faktörlerden biridir. Örneğin Türkiye'de yapılan bir çalışmada, normal kilolu kadınlarda (BKİ 18,5 ile 25 aralığında) Üİ sıklığı %29 bulunmuşken, fazla kilolu ve obez kadınlarda (BKİ>30) %62.3 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (29). Obezitenin Üİ'ye zemin hazırlaması ise abdominal basıncı artırması ve sonucunda pelvik taban kaslarını germesi ve mesaneye baskı yapması ile açıklanmaktadır (30).

2.4.4 Obstetrik Öykü

Üİ risk faktörleri arasında pek çok obstetric özellik bulunmaktadır. Bunlar arasında gravida, parite, doğum şekli, obstetric yaralanma, doğum süresi, fetal ağırlık vb. yer almaktadır. Sayılan faktörlerden gebeliğin tek başına bile glomerul filtrasyon hızının artışına neden olarak SİÜ gelişmesine zemin hazırladığı bilinmektedir (31). Bunlara ek olarak gebelikte alınan kiloların ayrıca büyüyen ve ağırlaşan uterusun

üretra ve mesanede anatomik yer değişikliklerine neden olması ayrıca karın içi basıncı arttırarak pelvik taban kasları üzerinde stress oluşturması durumu söz konusudur (32,33).

2.5 Gebelikte Üriner İnkontinans

Gebelik süreci kadın bedeninde biyokimyasal ve fizyolojik geri dönüşümlü değişimlerin yanı sıra pelvik taban kasları gibi bazı üriner ve genital doku ve organlarda geri dönüşümlü olmayan değişimlere de neden olabilir. Gebelikte büyüyen uterusun özellikle pelvik taban üzerine yarattığı stress Üİ için önemli bir risk faktörüdür (34). Bu stresin pelvik taban kasılma gücünü önemli ölçüde düşürdüğü, ayrıca hormonların da etkisiyle bağ dokusunda gevşemelere neden olduğu ve dolayısıyla mesane ve üretra mobilitesini arttığı görülmektedir (35). Ayrıca gebeliğin ilerleyen dönemlerinde özellikle fetal başın pelvise yerleşmesiyle beraber mesane üzerinde oluşan basınç artmakta ve dolayısıyla mesane kapasitesi azalmaktadır (7). Üİ prevelansının gebelikte yaklaşık %30,6 buna karşılık post-partum dönemde gerileyerek %6,7 civarında görüldüğü bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonucuna göre ise gebelikte Üİ prevelansı %27 postpartum 12 aylık dönemde ise %19,5’tir (36).

2.6 Gebelikte Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Hamileliğin ve doğumun neden olduğu geri dönüşümlü veya geri dönüşsüz değişikliklerin birçoğu kadınların günlük yaşamını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu sürece Üİ’nin da eklenmesiyle tablo daha da kötüleşebilmektedir. Üİ’nin neden olduğu kötü koku, ıslaklık, temizlik sorunu vb. neticesinde vücudu algılama biçiminde bozulma, çekinme, kaygı, depresyon ve toplumsal izolasyona varan duygusal ve sosyal bozukluklar yaşanabilmektedirler (37).

2.7 Uyku Nedir

Biyo-psiko-sosyal ve öğrenen bir varlık olan insan için uyku; tıpkı yemek yemek su içmek gibi gerekli unsurlardan biridir (38). Beynin fonksiyonlarından biri olan uyku ayrıca dışarıdan gelen stimuluslara karşı cevabın olmadığı ya da minimal olduğu reversibl bir durum olarak tanımlanmaktadır. Uyku uzun bir süre bilinç kaybının pasif bir durumu olarak düşünülmüş, ancak 20. yüzyılın ikinci yarısında insan uykusunun birçok dış ve iç faktörler tarafından etkilenen fizyolojik bir durum olduğu açık bir şekilde görülmüştür (39).

2.8 Uykuyu Etkileyen Faktörler

Uykuyu etkileyen faktörlerin başında kişinin bulunduğu fiziksel çevre yer almaktadır. Florence Nigthingale'de özellikle sıcaklık, koku, havalandırma aydınlatma ve gürültü gibi çevresel faktörlerin insan sağlığı üzerine etkilerine odaklanmıştır. Uygun dış çevresel koşullar, kişinin kaliteli bir şekilde dinlenmesi ve uykusu için çok önemlidir (40). Bunun yanı sıra bireylerin uykusunu etkileyen faktörler arasında ağrı, kalabalık, depresyon, kaygı ve stres, gürültü, yatağın yapısı/kalitesi, yatağın hijyen durumu, ısı ve ışık gibi faktörlerin olduğu belirlenmiştir (41).

2.9 Uykunun Evreleri

Uyku temel olarak birbirini izleyen hızlı olmayan göz hareketleri (NREM) ve hızlı göz hareketleri (REM) olmak üzere iki periyodik değişim döneminden oluşmaktadır (42). Bu dönemler;

2.9.1 Yavaş Dalga Uykusu-NREM

Yavaşlayan göz hareketleri uykusu olarakta bilinen ve kendi içinde dört döneme ayrılan bir uyku durumudur. Yüzeysel uyku, birinci ve ikinci dönemi kapsarken, üçüncü ve dördüncü dönemler ise tamamiyle yavaş veya derin uyku olarak

bilinmektedir. NREM uykusunun birinci dönemi mayışıklık yada uyanık olmaktan uykuya dalmaya geçiş durumu olarak adlandırılır ve bu durum gece uykusunun %1-5'ini oluşturmaktadır (43).

2.9.2 Hızlı Evre Uykusu-REM

Aktif rüya görme ile birlikte oluşan uykuya REM uykusu veya paradoksal uyku denmektedir. Bu dönemde beyin dalgaları yoğun şekilde görülmekte olup çok daha derin bir uyku yaşanmaktadır. REM uykusuna geçiş yapıldığı dönemde solunum sayısı, kalp hızı, kan basıncının yükseldiği ve düzensizleştiği ayrıca gözlerin hızla hareket ettiği evredir. Tüm gece uykusunun %25'ini, REM evresi oluşturmaktadır (42).

2.10 Uyku Kalitesi Nedir?

Uyku, insanın yaşamını sürdürmesi için elzemdir. Normal koşullarda sağlıklı bireylerin ışığı söndürdükten sonra yaklaşık 5 ile 10 dakika içinde uykuya geçiş yapması ve yaklaşık 7 saat uyuması gerekmektedir (44). Uyku kalitesi tanımlanırken, uyku süresi, gece süresince uyanma sayısı ve uyku latensi gibi niceliksel parametreler kadar uykunun dinlendiriciliği ve derinliği gibi öznel yönleride göz önüne alınır. Uykusuzluk ve gündüz uykulu halinin yanı sıra hem öznel hem de nesnel uyku kalitesinde azalma önemli bulgular arasındadır. Uyku kalitesinin yetersizliği, uykulu halin gün içerisinde artmasına, yorgunluğun, dikkat ve algılama gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmaya vb. neden olmaktadır (45).

2.11 Uyku Kalitesinin Etkileyen Faktörler

Uykuya duyulan ihtiyaç veya nasıl uyuduğumuzu cinsiyet, yaş, fiziksel aktivite, hastalık, emosyonel durum, ilaçlar, alkol, çevre gibi birçok faktör etkilemektedir (46). Türkiyede yapılan bir çalışmada kötü uyku kalitesi oranı %50.5-%59.0 aralığında değişmektedir (47). Günümüz yaşam koşullarının da uyku kalitesini

etkilediği bilinmektedir. Örneğin iş stresi, kalabalık ortam, yoksulluk, trafik, hava kirliliği, yetersiz park, spor ve dinlenme alanları bunalrdan bazılarıdır (48). Ayrıca uyku kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki bazı çalışmalara konu olmuştur. Örneğin bir çalışmada yeterli düzeyde fiziksel aktif bireylerde uykuya dalmanın kolaylaştığı, derin uykunun sağlandığı ve uyandığında bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri bildirilmiştir (49).

2.12 Gebeliğin Uyku Kalitesine Etkisi

Gebelik boyunca meydana gelen hormonal ve fiziksel değişimler ayrıca psikosoyal durumlar uykuyu etkilemektedir (44). Ek olarak gebeliğin getirdiği doğal yakınmalar enerji kaybına, yorgunluğa ve uykusuzluğa zemin hazırlayabilmektedir (50). Bu yakınmalar arasında ilk sırada sık sık idrara çıkma, sırt-bel ağrısı, fetal hareketler, karın veya kasıklarda kramplar, huzursuz bacak sendromu, horlama, reflü vb. gelmektedir (51). Gebeliğin trimesterleri de uykuyu etkileyebilmektedir (52). Örneğin Hutchison ve ark, 2012 yılında yaptıkları çalışmaya göre; gebeliğin ilk trimesterinde gündüz uykusuna eğilim ve total uyku zamanında artış görülürken, ikinci trimesterde total uyku zamanı normalleşmektedir (53). Üçüncü trimester ise gebelikte uyku sorunlarının en yoğun olduğu dönemdir. Bu trimesterde fiziksel olarak ağrılaşma, kas iskelet sisteminde rahatsızlık, sık idrara çıkma, vb. şikayetler uyku kalitesini büyük oranda etkileyen faktörlerden bir kaçıdır. Bu nedenle son trimesterde uyku süresinde azalma, gün içi şekerleme yapma isteği ve gece sık sık uyanma sorunları oldukça yaygındır (51,52).

2.13 Gebelikte Uyku ve Üriner İnkontinansta Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Gebelik boyunca yaşanan uyku problemlerinin yönetiminde, hemşireler ve ebeler önemli görevler düsmektedir. Gebelere verilecek hemşirelik bakımında uyku

kalitesi ve etkileyen faktörlerin öncelikli olarak saptanması ve soruna yönelik eğitim verilmesi gerekmektedir. Her gebe bireysel olarak ele alınıp şikayetlerine özgu bakım planları hazırlanmalıdır (54). Genel olarak annelere verilecek tavsiyeler ve eğitimlerde şu noktalara yer verilebilir: Gündüz saatlerinde uzun süre uyumamak, yatak odasını sadece uyumak için kullanmak başka aktiviteleri bu odada yapmamak, yatak odasını düzenli havalandırmak, yatak odasını sessizliğini sağlamak, odanın yeterli ısı ve ışıktta olmasına özen göstermek, aşırı sert veya yumuşak yataklar tercih etmemek, uyumadan önce solunum ve gevşeme egzersizleri yapmak, yatmadan 3-4 saat öncesi yürüyüş veya düzenli egzersiz yapmak, yatmadan hemen önce yemek yenmemek ve kafein tüketmemek. Tüm tavsiyelere rağmen sorun çözülemiyorsa kadının durumu önemsemesi ve bir uzmana danışması sağlanmalıdır. Ayrıca uyku ilacı kullanmaması gerektiği özellikle hatırlatılmalıdır (55, 56).

Hemşirelerin sorumlulukları arasında gebelikte Üİ'nin meydana gelmesini önlemek ve Üİ'si olan kadınların bakımında aktif rol almak bulunmaktadır (57). Bu nedenle gebelerin Üİ açısından mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme aşamasında geçmiş sağlık öyküsü, mental sağlığın değerlendirilmesi, fonksiyonel ve çevresel değerlendirme, sosyal destek bakımından değerlendirme, mesane ile ilgili daha önceki kayıt formları ve fizik muayene durumu ele alınmalıdır. Bakım ve tedavi tamamiyle kişinin öyküsüne ve durumuna özgu hazırlanmalı ve kadının tedaviye ve bakıma aktif katılımı sağlanmalıdır (58). Koruyucu hizmetler içerisinde ise güvenli doğum aralığının sağlanması, aile planlaması hizmetlerine erişimin sağlanması, dengeli sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, pelvik taban egzersizlerinin öğretilmesi yer almalıdır. Ayrıca hemşirelerin araştırmacı rolü itibariyle konuya yönelik araştırmalar yapmaları ayrıca koruyucu ve tedavi edici

hizmetler ile bakım hizmetine erişemeyenlerin savunuculuğunu yapması beklenmektedir.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarıma uygundur.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2023- Ocak 2024 tarihleri arasında Kuzey Kıbrısta bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde yapılmıştır. Hastane 1978 yılında kurulmuştur. Hastanenin bir adet kadın doğum polikliniği bulunmakta olup haftaiçi günlerde bir doktor ve hemşire bu birimde görev yapmaktadır. Adanın en büyük ve donanımlı hastanesi olması itibariyle hastaneye gebe başvuru oranları oldukça yüksektir. Poliklinik sabah 09:00-13.00 arası açık olup saat 09:00da kadın doğum hemşiresi sıra numarasıyla gebelerin rutin anamnez kontrolünü alıp doktor kontrolüne kadar bekletmektedir. Doktor muayenesi ise saat 10:00 da başlanmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran gebelerin tamamı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü gebelerde üriner inkontinans prevelansını inceleyen bir çalışmanın sonuçları referans alınarak evreni bilinmeyen örneklem hesabına göre %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile 380 kişi olarak hesaplanmıştır (7). Çalışmaya 395 kişi davet edilmiş ancak 25 katılımcı formları tamamlamadan ayrıldığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece çalışma 370 kişi ile tamamlanmıştır.

Örneklem Kabul Kriterleri;

- 18 yaş ve üstü gebe olmak,
- Üİ nedeniyle tıbbi veya cerrahi tedavi öyküsü olmamak,
- Anket formlarını doldurduğu dönemde üriner sistem enfeksiyonu olmamak,
- Ruhsal bir hastalık tanısı almamış olmak,
- Gebelik öncesi tanılanmış bir uyku problemi olmamak
- Türkçe konuşup anlayabilmek
- Çalışmaya gönüllü katılmak şeklinde belirlenmiştir.

3.4 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puan ortalamalıdır.

3.5 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise katılımcıların; gebelik sayısı, doğum sayısı, beden kitle indeksi, sigara / alkol tüketimi, ekonomik durum, egzersiz yapma gibi bireysel özelliklerinden oluşmaktadır.

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu (KBF)" , "Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ)", "Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)" ve "UDİ-6 (Urinary Distress Inventory)" kullanılmıştır.

3.6.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen formda; katılımcıların yaş, cinsiyet, ekonomik düzey, beden kitle indeksi vb. sosyodemografik özelliklerini; gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli vb. obstetrik özelliklerini; ayrıca sigara, alkol vb. tüketme durumlarını sorgulayan toplamda 21 soru bulunmaktadır (4,7,8).

3.6.2 Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSI) Ölçeği (EK-2)

Bu ölçek Jackson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında alt üriner sistem semptomlarını, cinsel yaşamı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (59). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökkaya ve ark tarafından 2012 yapılmıştır (60). Ölçekten en az sıfır en fazla 71 puan alınabilmekte olup; yüksek puan semptomların daha şiddetli olduğunu, cinsel yaşamın ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Ölçek beş alt boyut Depolama (1-4. sorular), idrar yapma (5-7. sorular), inkontinans (8-12. sorular), cinsel yaşam (13-14. sorular) ve yaşam kalitesi (15-19. sorular) ve toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin 4, 13, 14, 17 ve 19. soruları 0-3 puan arası, diğerleri 0-4 puan arası likert tiptedir. Türkçe versiyonunun ölçek toplam Cronbach Alpha değeri 0.66 olarak bildirilmiştir (37). Bu çalışma ise ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3 Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) (EK-3)

Ölçek genel olarak gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeği Türkçe'ye Özlü ve Özer 2015 kazandırmıştır (61). Toplamda altı maddeden oluşan ölçekten "0-25" arası puan almak çok kötü uykuyu, "76-100" arası puan almak çok iyi uykuyu temsil etmektedir. Ayrıca ölçekten alınan puan arttıkça bireyin uyku kalitesinin de arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının cronbach alpha değeri 0,91 olarak bildirilmiştir (61). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0,96 hesaplanmıştır.

3.6.4 UDİ-6 Urinary Distress Inventory (EK 4)

Ölçek üriner semptomlar ile ilişkili rahatsızlığın bulunması ve derecesini değerlendirmek amacıyla Shumaker ve ark, tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir

(62). Ölçeğin ilk formu 19 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra 1995 yılında Uebersax ve ark formu 6 soruya kadar indirmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini ise Çam ve ark 2007 yılında yapmıştır(64). UDI-6, kabaca 3 etki alanına ayrılabilir; sırasıyla, bir ve ikinci öğeler sıklık, sıkışma inkontinansı, üç ve dördüncü öğeler stres semptomları, beş ve altıncı öğeler obstrüktif semptomlardır. Rahatsızlığın derecesi 0 = yok, 1 = hafif, 2 = orta ve 3 = ciddi şeklinde likert tipi ölçekte işaretlenmektedir. Ölçekten en fazla 18, en az 0 puan alınmaktadır. Hesaplama, ölçek en yüksek toplam puanına göre alınan puanın yüzdelik dilimdeki oranı şeklinde yapılmaktadır (Ölçekten bir yaşlı 6 puan almışsa, $6 \times 100 / 18 = 33.3$). Elde edilen puan UDI-6 puanını ifade etmektedir. Ölçekten ne kadar yüksek puan alınır ise inkontinans semptomlarının o derecede kötüleştiği anlaşılır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için bildirilen Cronbach Alfa değeri 0.74'tür (64). Bu çalışmada ise Cronbach Alfa değeri 0,83 olarak hesaplanmıştır.

3.7 Verilerin Toplanması Süreci

Çalışmada etik kurul izni ve kurum iznini takiben veri toplamaya geçilmiştir. Anketler kadınların kendi öz bildirimlerine dayalı olarak poliklinik katında bulunan boş bir odada yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Muayenesi tamamlanan ve hastaneyi terk etmeye hazırlanan gebelere çalışmanın amacı anlatılarak çalışmaya davet edilmiştir. Ardından katılım göstermek isteyen gebelere "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" aracılığı ile onam vermeleri ve takiben anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Gebelerle görüşmeler haftanın üç günü sabah 08:00 ile 12:00 saatleri arasında doktor muayenesinden çıkanlarla gerçekleştirilmiş olup yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma veri tabanı Statistical Packet for Social Sciences for Windows 20.0 (SPSS 20.0) programından çözümlenmiştir. Tanımlayıcı analizlerde yüzdeler, sayı, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Verilerinin dağılım özelliği ise One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi ile sınımlanmış olup ölçek puanlarının çoğunluğunun normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle veriler parametrik olmayan teknikler ile analiz edilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında “Mann Whitney U Testi”, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis H Testi” kullanılmıştır. İkten fazla grupların karşılaştırılmasında istatistiksel fark bulunması durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğu “Mann Whitney U Testi” ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişki ise Spearman Rho Korelasyon Tekniği ile sınımlanmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

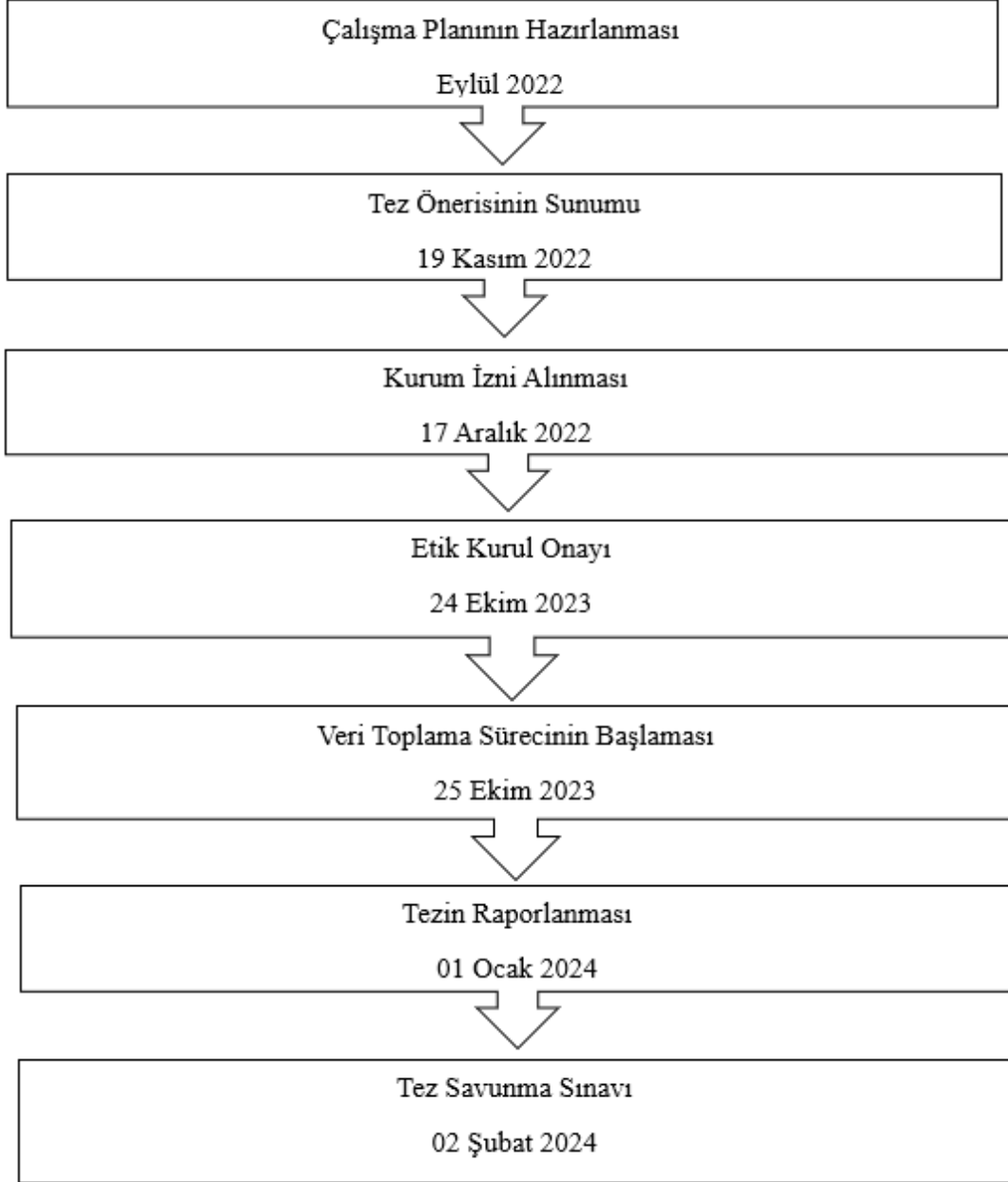
Bu araştırmanın sonuçları sadece gebelerin sözlü ifadesine ve anket sonuçlarına dayanmaktadır. Çalışmada fiziksel muayene ve gözlem kullanılmamış olması bir sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın planı öncelikle Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Lisansüstü Eğitim Komitesi'ne sunulmuş onam alındıktan sonra Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi yönetimine çalışma protokolü hakkında bilgi verilmiş ve çalışmanın kurumlarında yapılabileceğine dair onay (66/21- 17/12/2022) alınmıştır. Kurum iznini takiben Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik onay (ETK00-2023-0203 / 24.10.2023) alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelerden ise Helsinki Bildirgesine göre düzenlenmiş "Bilgilendirilmiş

Gönüllü Olur Formu" ile çalışmaya katılım izinleri alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izni ise yazarlarından e-posta yolu ile alınmıştır.

3.11 Araştırma Akış Takvimi



Şekil 1. Araştırma Akış Takvimi

Bölüm 4

BULGULAR

Bu araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında %55,1'inin 18-29 yaş grubunda, %42,7'si üniversite ve üstü mezunu olduğu, %53,8'inin çalışmadığı, %54,9'unun gelirinin giderine denk olduğu ve %49,5'inin BKİ'sinin normal olduğu belirlendi (Tablo 1) .

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Gebelere Ait Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
18-29 Yaş Arası	204	55,1
30 Yaş ve Üzeri	166	44,9
Yaş Ortalaması: 29,47±7,15– Min. 18,00–Max. 48,00		
Eğitim Durum		
Okur -Yazar	13	3,5
İlköğretim	41	11,1
Ortaöğretim	55	14,9
Lise	103	27,8
Üniversite ve Üstü	158	42,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	171	46,2
Çalışmıyor	199	53,8
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	81	21,9
Gelir Gidere Denk	203	54,9
Gelir Giderden Fazla	86	23,2
BKİ Durumu		
Zayıf	92	24,9
Normal	183	49,5
Fazla Kilolu	69	18,6
Obez	26	7,0

*BKİ: Beden Kitle İndeksi

Katılımcı gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verildiği gibidir. Katılımcıların %44,3’ünün üç veya üstü sayıda gebelik yaşadığı, %34,3’ünün nulipar olduğu, %72,4’ünün düşük ve %68,9’unun kürtaj deneyiminin olmadığı, %40,3’ünün gebeliğin ikinci trimesterinde olduğu, mevcut gebelik hafta ortalamalarının $18,93 \pm 8,29$ olduğu, %32,7’sinin var olan doğumlarını vajinal yoldan gerçekleştirdikleri ve %88,5’nin önceki doğumunda herhangi bir komplikasyon yaşamadığı belirlendi.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gebelere Ait Obstetrik Özellikler

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
Birinci Gebelik	121	32,7
İkinci Gebelik	85	23,0
Üç veya Üzeri Gebelik	164	44,3
Gebe Olma Ortalaması: $2,61 \pm 1,61$ – Min. 1,00 – Max. 9,00		
Doğum Sayısı		
Doğum Yok	127	34,3
Bir Doğum	119	32,2
İki Doğum	69	18,6
Üç Doğum ve Üzeri	55	14,9
Doğum Sayısı Ortalaması: $1,19 \pm 1,18$ – Min. 0,00 – Max. 6,00		
Çocuk Sayısı Durumu		
Çocuk Yok	127	34,3
Bir Çocuk	122	33,0
İki Çocuk	66	17,8
Üç ve Üzeri Çocuk	55	14,9
Çocuk Sayısı Ortalaması: $1,19 \pm 1,19$ – Min. 0,00 – Max. 6,00		
Düşük Deneyimi		
Evet	102	27,6
Hayır	268	72,4
Kürtaj Deneyimi		
Evet	115	31,1
Hayır	255	68,9
Gebeliğin Trimesteri		
Birinci Trimester (İlk 13 Hafta)	133	35,9
İkinci Trimester (14-27 Hafta Arası)	149	40,3
Üçüncü Trimester (28-40 Hafta Arası)	88	23,8
Gebelik Hafta Ortalaması: $18,93 \pm 8,29$ – Min. 5,00 – Max. 40,00		
Önceki Doğum Şekli		
Vajinal	121	32,7
Sezaryen	62	16,7
İlk Vajinal sonraki doğum Sezaryen	60	16,2
Önceki Doğumda Komplikasyon Durumu		
Evet	28	11,5
Hayır	215	88,5

Gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarına dair özellikleri Tablo 3’de verildiği gibidir. Katılımcıların %72,4’ünün sigara ve %74,9’unun alkol kullanmadığı, %84,1’inin kafein tükettiği, %86,8’inin düzenli egzersiz yapmadığı, %59,7’sinin kabızlık sorununun olmadığı belirlendi.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Gebelere Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	102	27,6
Hayır	268	72,4
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	93	25,1
Hayır	277	74,9
Kafein Tüketme Durumu		
Evet	311	84,1
Hayır	59	15,9
Düzenli Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu		
Evet	49	13,2
Hayır	321	86,8
Kabızlık Sorunu Yaşayıp Yaşamama Durumu		
Evet	149	40,3
Hayır	221	59,7

Çalışmada gebelerin Üİ semptomları Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) ve UDI-6 Üriner Distres Ölçeği kullanılarak; uyku kaliteleri ise Richard Campbell Uyku Ölçeği aracılığıyla değerlendirildi. Ölçeklere ait betimsel istatistiksel sonuçlar ve buna dayalı olarak yapılan uyku kalitesi ve Üİ sınıflandırmaları Tablo 4’de verildiği gibidir. BKAÜSSİ’de 8,10,11,12 ve 14’ncü sorularına evet cevabını vermeyen gebelerde herhangi bir idrar kaçırma problemi olmadığı kabul edilerek Üİ yok diye sınıflandırıldı. Buna göre gebelerin %54,9’nda üriner inkontinans olduğu ve %56,8’inin uyku kalitesinin 26-75 arası: orta kalite uyku durumunda olduğu belirlendi.

Tablo 4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Betimsel İstatistik Sonuçları

Ölçekler	Ölçütler						Min. Puan	Max. Puan
	Ort	Med.	SS	Skewness	Kurtosis			
Bristol (BKAÜSSİ) Ölçeği	37,13	33,00	14,09	0,77	-0,47	19,00	71,00	
Uyku Ölçeği (RCUÖ)	59,24	63,50	22,61	-0,31	-0,90	0,00	100,0	
UDI Ölçeği	29,25	22,22	23,31	0,80	-0,16	0,00	100,00	
*Üriner İnkontinans Sınıflandırılması								
							n	
Stres Üriner								
Var							183	49,5
Yok							187	50,5
Urge Üriner								
Var							179	48,4
Yok							191	51,6
Mikst Üriner								
Var							109	29,5
Yok							261	70,5
Diğer Üriner								
Var							32	8,7
Yok							338	91,3
Üriner İnkontinans								
Var							203	54,9
Yok							167	45,1
**Uyku Kalitesi Durumu								
0-25 Arası: Kötü Uyku Durumu							31	8,4
26-75 Arası: Orta Uyku Durumu							224	60,5
76-100 Arası: Çok İyi Uyku Durumu							115	31,1

Ort: Aritmetik Ortalama – SS: Standart Sapma – Med: Medyan (Ortanca), BKAÜSSİ: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi, RCUÖ: Richard Campbell Uyku Ölçeği, UDI: Urinary Distress Inventory . * Richard's Campbell Uyku Ölçeği puanlarına göre sınıflandırıldı, ** Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi'ne göre sınıflandırıldı.

Tablo 5'de görüldüğü gibi gebelerin tanıtıcı özellikleri ile Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) genel puanları karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin ölçek genel puanlarının yaş grupları arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. 30 yaş ve üzeri gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanları 18-29 yaş arası yaş grubunda olanlara göre daha yüksektir ($p < 0.05$).

Gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının ekonomik durum grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan ileri analizlerde farklılık; gelirini giderinden az algılayan gebeler ile gelirini giderine denk algılayanlar arasındadır (U:6556,5 – p: .008- .05). Geliri giderinden az olan gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanları, geliri giderine denk olanlara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Benzer şekilde BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebelerin BKİ gruplarının sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan analizlerin sonucunda farklılık; BKİ zayıf grubunda olan gebeler ile BKİ fazla kilolu olan gruptaki gebeler arasında (U:2101,5 – p: .000- .05) ve BKİ zayıf grubunda olan gebeler ile BKİ obez olan gruptaki gebeler arasındadır (U:2101,5 – p: .000- .05). Bu sonuca göre BKİ zayıf grubunda olan gebelerin puanları diğer gruplardaki gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$). Yaş ve eğitim grupları ile ölçek puanları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 5. Tanıtıcı Özelliklerin BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarıyla Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Yaş*			
18-29 Yaş Arası	204	134,18	U:6463,0
30 Yaş Ve Üzeri	166	248,57	p:.,000 / p<.05
Çalışma durumu*			
Çalışıyor	171	195,89	U:15237,0
Çalışmıyor	199	176,57	p:.,083 / p>.05
Eğitim**			
a Okur-yazar	13	190,35	X ² :2,34
b İlköğretim	41	189,98	Sd:4
c Ortaöğretim	55	179,15	p: ,673
d Lise	103	174,17	p>.05
e Üniversite ve Üstü	158	193,54	
Ekonomik Durum**			
a Gelir Giderden Az	81	208,64	X ² :8,80
b Gelir Gidere Denk	203	170,88	Sd:2
c Gelir Giderden Fazla	86	198,22	p: ,012
Fark Sonuçları: a>b			
BKİ Durumu**			
a Zayıf	92	153,90	X ² :16,02
b Normal	183	185,31	Sd:3
c Fazla Kilolu	69	217,06	p: ,001
d Obez	26	214,90	p<.05
Fark Sonuçları: a<c-a<Dd			
*Mann Whitney U Testi **Kruskal Wallis H Testi			

Tablo 6’da katılımcıların obstetrik özellikleri ile BKAÜSSİ ölçeği genel puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi katılımcıların BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebelik sayıları arasındaki fark anlamlıdır. İleri analizler sonucunda birinci gebeliği olan gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanları, daha çok sayıda gebeliği olanlara göre daha düşüktür (p<0.05). Ayrıca BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebelerin doğum sayısına göre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Doğum yapmayan veya daha az sayıda doğum yapan gruptaki gebelerin ölçek puanları daha çok sayıda doğum yapanlardan düşüktür (p<0.05). Benzer şekilde gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebelerin çocuk sayısı gruplarının sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan analizlerin sonucunda çocuğu olmayan veya az sayıda çocuğu olanların daha çok

sayıda çocuğu olanlara kıyasla ölçek puan ortalamaları daha düşüktür ($p<0.05$). Çalışmada BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebeliğin trimester gruplarının sıra ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerin sonucunda farklılık; birinci trimester olan gebeler ile ikinci trimester olan gebeler arasındadır ($U:8026,5 - p: .006- .05$). Bu sonuca göre birinci trimesterde olan gebelerin ölçek genel puanları, ikinci trimester gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$).

Tablo 6 'da BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının düşük ve kürtaj deneyimleyip deneyimlememe durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuca göre düşük ve kürtaj deneyimleyen gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanları deneyimlemeyen katılımcılara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 6'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının gebelerin önceki doğum şekli ve doğumda komplikasyon durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p<0.05$).

Tablo 6. Obstetrik Özellikler İle BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Gebe Olma Sayısı Durumu*			X ² :115,87
a Birinci Gebelik	121	114,02	Sd:2
b İkinci Gebelik	85	164,18	P: ,000
c Üç veya Üzeri Gebelik	164	249,29	p<.05
Fark Sonuçları: a<b – a<c – b<c			
Doğum Sayısı*			X ² :115,24
a Doğum Yok	127	118,60	Sd:3
b Bir Doğum	119	180,88	P: ,000
c İki Doğum	69	234,93	p<.05
d Üç Doğum ve Üzeri	55	287,95	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – a<d – b<c – b<d – c<Dd			
Çocuk Sayısı *			X ² :116,7
a Çocuk Yok	127	118,60	Sd:3
b Bir Çocuk	122	180,27	P: ,000
c İki Çocuk	66	238,52	p<.05
d Üç ve Üzeri Çocuk	55	287,95	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – a<d – b<c – b<d – c<Dd			
Gebeliğin Trimesteri Durumu*			X ² :9,34
a Birinci Trimester (İlk 13 Hafta)	133	162,83	Sd:2
b İkinci Trimester (14-27 Hafta Arası)	149	197,97	p: ,009
c Üçüncü Trimester (28-40 Hafta Arası)	88	198,66	p<.05
Fark Sonuçları:a<b			
Kürtaj**			U:7874,0
Evet	115	236,27	p:,000
Hayır	255	162,60	p<.05
Düşük**			U:8823,5
Evet	102	242,30	p:,000
Hayır	268	163,88	p<.05
Önceki Doğum Şekli*			X ² :106,83
a Vajinal	121	205,53	Sd:3
b Sezaryen	62	190,38	p: ,631
c Hem Vajinal Hem Sezaryen	60	284,83	p>.05
Önceki Doğumda Komplikasyon Durumu**			U:15237,0
Evet	28	269,43	p:,083 / p>.05
Hayır	213	248,43	

*Kruskal Wallis H Testi **Mann Witney U tes

Tablo 7 'de katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile BKAÜSSİ ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre gebelerin BKAÜSSİ ölçeği genel puanlarının sigara kullanma ve alkol tüketme durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuca göre sigara ve alkol kullanan gebelerin ölçek genel puanları sigara ve alkol kullanmayan gebelere göre daha yüksektir (p<0.05). Benzer şekilde düzenli egzersiz yapmayan gebelerin ölçek genel puanları düzenli egzersiz yapan

gebelere ayrıca kabızlık sorunu yaşayan gebelerin kabızlık sorunu yaşamayanlara göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 7. Sağlıklı Yaşam Davranışları İle BKAÜSSİ Ölçeği Puanlarına Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz
Sigara Kullanma Durumu				U:11207,5
Evet	102	209,62	21381,50	p:,.007
Hayır	268	176,32	47253,50	p<.05
Alkol Kullanma Durumu				U:11033,0
Evet	93	205,37	19099,00	p:,.038
Hayır	277	178,83	49536,00	p<.05
Kafein Tüketme Durumu				U:7868,5
Evet	311	189,70	58996,50	p:,.083
Hayır	59	163,36	9638,50	p>.05
Düzenli Egzersiz Yapıp Yapmama Durumu				U:5982,5
Evet	49	146,48	7177,50	p:,.006
Hayır	321	191,46	61457,50	p<.05
Kabızlık Sorunu Yaşayıp Yaşamama Durumu				U:10261,0
Evet	149	227,13	33843,00	p:,.000
Hayır	221	157,43	34792,00	p<.05

**Mann Witney U test

Tablo 8’de çalışmaya katılan gebelerin UDI-6 Üriner Distres Ölçeği genel puanlarının tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması verilmiştir. Görüldüğü gibi gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının yaş gruplarına göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 30 yaş ve üzeri gebelerin ölçek genel puanları 18-29 yaş arası gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Ayrıca gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının ekonomik duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri analizlerde geliri giderinden az olan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, geliri giderine denk olan gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde gebelerin ölçek puanlarının gebelerin BKİ grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri analizde BKİ zayıf grubunda olan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, BKİ fazla kilolu olan ve BKİ obez olan gruplardaki gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$).

Tablo 8. Tanıtıcı Özellikler İle UDI-6 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Yaş Grupları*			U:7599,0
18-29 Yaş Arası	204	139,75	P:;000
30 Yaş Ve Üzeri	166	241,72	p<.05
Çalışma Durumu*			U:16760,0
Çalışıyor	171	186,99	P:;803
Çalışmıyor	199	184,22	p>.05
Eğitim Durumu**			
a Okur -Yazar	13	224,12	X ² :3,28
b İlköğretim	41	199,79	Sd:4
c Ortaokul	55	184,95	p: ,511
d Lise	103	175,97	p>.05
e Üniversite Ve Üstü	158	185,02	
Fark Sonuçları: ---			
Ekonomik Durum**			X ² :12,54
a Gelir Giderden Az	81	220,22	Sd:2
b Gelir Gidere Denk	203	170,79	p: ,002
c Gelir Giderden Fazla	86	187,52	p<.05
Fark Sonuçları: a>b			
BKİ Durumu**			X ² :14,35
a Zayıf	92	160,59	Sd:3
b Normal	183	181,34	p: ,002
c Fazla Kilolu	69	213,72	p<.05
d Obez	26	228,08	
Fark Sonuçları: a<c-a<Dd			

*Mann Whitney U Testi

**Kruskal Wallis H Testi

Tablo 9 'da çalışmaya katılan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının obstetrik özellikler ile karşılaştırılması verilmiştir. Görüldüğü gibi katılımcıların ölçek genel puanları ile gebelik sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan ileri analizlerin sonucuna göre birinci gebeliği olan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, ikinci ve üç veya üzeri sayıda gebeliği olan gebelere göre daha düşüktür (p<0.05). Yine ikinci gebeliği olan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, üç veya üzeri sayıda gebeliği olan gebelere göre daha düşüktür (p<0.05). Benzer şekilde katılımcıların ölçek genel puanlarının doğum sayısına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri analizde doğum yapmayan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel

puanları, bir, iki ve üç ve üzeri doğum yapan gruptaki gebelere göre; bir doğum yapan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, iki ve üç ve üzeri doğum yapan gruptaki gebelere göre; ve iki doğum yapan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, üç ve üzeri doğum yapan gruptaki gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmada gebelik ve doğum sayısı karşılaştırmalarına paralel olarak gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları gebelerin çocuk sayısına göre fark göstermiştir. Yapılan ileri analizlerin sonucunda çocuğu olmayan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, bir, iki ve üç ve üzeri çocuğu olan gruptaki gebelere; bir çocuğu olan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, iki ve üç ve üzeri çocuğu olan gruptaki gebelere; ve iki çocuğu olan gruptaki gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları, üç ve üzeri çocuğu olan gruptaki gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$).

Çalışmada katılımcıların UDI-6 ölçeği genel puanlarının gebeliğin trimesterine göre fark anlamlı gösterdiği bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerin sonucunda birinci trimesterde olan gebelerin ölçek genel puanları, ikinci trimester ve üçüncü trimester gruptaki gebelere göre daha düşüktür ($p<0.05$). Ayrıca gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının düşük ve kürtaj deneyimleme durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Düşük ve kürtaj yapan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları düşük ve kürtaj yapmayan gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Buna karşılık katılımcıların UDI-6 ölçeği genel puanları önceki doğum şekline ve önceki doğumda komplikasyon yaşama durumuna göre fark göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 9. Obstetrik Özellikler İle UDI-6 Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Gebe Olma Sayısı Durumu*			X ² :121,15
a Birinci Gebelik	121	111,70	Sd:2
b İkinci Gebelik	85	166,31	p: ,000
c Üç Veya Üzeri Gebelik	164	249,90	p<.05
Fark Sonuçları: a<b – a<c – b<c			
Doğum Sayısı*			X ² :128,9
a Doğum Yok	127	114,37	Sd:3
b Bir Doğum	119	183,93	p: ,000
c İki Doğum	69	230,90	p<.05
d Üç Doğum Ve Üzeri	55	296,18	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – a<d – b<c – b<d – c<Dd			
Çocuk Sayısı *			X ² :129,56
a Çocuk Yok	127	114,37	Sd:3
b Bir Çocuk	122	183,95	P: ,000
c İki Çocuk	66	233,00	p<.05
d Üç Ve Üzeri Çocuk	55	296,18	
Fark Sonuçları: a<b – a<c – a<d – b<c – b<d – c<Dd			
Gebeliğin Trimesteri Durumu*			X ² :11,19
a Birinci Trimester (İlk 13 Hafta)	133	160,84	Sd:2
b İkinci Trimester (14-27 Hafta Arası)	149	198,40	P: ,004
c Üçüncü Trimester (28-40 Hafta Arası)	88	200,93	p<.05
Fark Sonuçları: a<b- a<c			
Önceki Doğum Şekli*			X ² :113,08
a Vajinal	121	213,14	P: ,685
b Sezaryen	62	189,29	p>.05
c Hem Vajinal Hem Sezaryen	60	249,81	
Önceki Doğumda Komplikasyon Durumu**			U:11729,0
Evet	28	254,84	p:,256
Hayır	213	246,87	p>.05
Kürtaj Durumu**			U:10249,0
Evet	115	223,88	P:,000
Hayır	255	168,19	p<.05
Düşük Durumu**			U:9197,5
Evet	102	229,33	P:,000
Hayır	268	168,82	p<.05

*Kruskal Wallis H Testi

**Mann Whitney U Testi

Araştırmaya katılan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının sağlıklı yaşam davranışları ile karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Analizlerde gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanlarının düzenli egzersiz yapıp yapmama durumuna göre anlamlı fark göstermiştir. Düzenli egzersiz yapmayan gebelerin UDI-6 ölçeği genel puanları düzenli egzersiz yapan gebelere göre daha yüksektir (p<0.05). Benzer şekilde gebelerin ölçek genel puanlarının kabızlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre

anlamli fark gstermistir. Kabizlik sorunu yasayan gebelerin olcek genel puanlari kabizlik sorunu yasamayan gebelere kiyasla yuksektir ($p<0.05$).

Tablo 10. Saglikli Yasam Davranislari ile UDI-6 Olcegi Puanlarinin Karstlastirilmasi

Değişkenler	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz
Sigara Kullanma Durumu*				U:12629,0
Evet	102	195,68	19959,50	p:,256
Hayır	268	181,63	48675,50	p>.05
Alkol Kullanma Durumu*				U:11528,0
Evet	93	200,04	18604,00	p:,117
Hayır	277	180,62	50031,00	p>.05
Kafein Tüketme Durumu*				U:8256,5
Evet	311	188,45	58608,50	p:,220
Hayır	59	169,94	10026,50	p>.05
Düzenli Eksersiz Yapıp Yapmama Durumu*				U:5834,5
Evet	49	144,07	7059,50	p:,003
Hayır	321	191,82	61575,50	p<.05
Kabızlık Sorunu Yaşayıp Yaşamama Durumu*				U:9944,5
Evet	149	229,26	34159,50	p:,000
Hayır	221	156,00	34475,50	p<.05

*Mann Whitney U Testi

Araştırmaya katılan gebelerin Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) genel puanlarının tanıtıcı özellikler ile karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir. Gebelerin RCUÖ genel puanlarının yaş gruplarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. 18-29 yaş arası yaş grubunda olan gebelerin ölçek genel puanları 30 yaşında veya daha büyük olan gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde gebelerin ölçek genel puanları BKİ gruplarına göre anlamlı farklılık göstermiştir. İleri analizde sonucunda BKİ zayıf olan gebelerin ölçek puanları, BKİ normal ve BKİ obez olan gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Buna karşılık çalışma, gelir durumu ve eğitim grupları arasında istatistiksel fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 11. Tanıtıcı Özellikler İle RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	N	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Yaş Grupları*			U:11996,0
18-29 Yaş Arası	204	209,70	p:;000
30 Yaş Ve Üzeri	166	155,77	p<.05
Çalışma Durumu*			U:16559,0
Çalışıyor	171	188,16	p:;657
Çalışmıyor	199	183,21	p>.05
Eğitim **			
a Okur yazar	13	136,27	X ² :4,56
b İlkokul	41	171,12	Sd:4
c Ortaokul	55	190,07	p: ,332
d Lise	103	195,94	p>.05
e Üniversite Ve Üstü	158	184,89	
Fark Sonuçları: ---			
Gelir**			X ² :4,67
a Gelir Giderden Az	81	163,28	Sd:2
b Gelir Gidere Denk	203	189,90	p: ,096
c Gelir Giderden Fazla	86	196,05	p>.05
Fark Sonuçları: ---			
BKİ Durumu**			X ² :10,96
a Zayıf	92	214,03	Sd:3
b Normal	183	180,91	p: ,012
c Fazla Kilolu	69	173,93	p<.05
d Obez	26	147,58	
Fark Sonuçları: a>b – a>Dd			

*Mann Whitney U Testi

**Kruskal Wallis H Testi

Çalışmaya katılan gebelerin RCUÖ ölçeği genel puanlarının obstetrik özellikler ile karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Görüldüğü gibi katılımcıların ölçek genel puanlarının gebelik sayısına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri analizde üç veya üzeri sayıda gebeliği olanların ölçek genel puanları, birinci ve ikinci gebeliği olanlara göre daha düşüktür (p<0.05). Benzer şekilde katılımcıların ölçek genel puanlarının doğum sayısına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. İleri incelemede doğum yapmayan gruptaki gebelerin ölçek genel puanları, iki ve üç ve üzeri doğum yapan gruptaki gebelere; ve yine bir doğum yapan gruptaki gebelerin ölçek puanları, üç ve üzeri doğum yapan gruptaki gebelere göre daha yüksektir

($p < 0.05$). Gebelik ve doğum sayısına paralel olarak katılımcıların ölçek genel puanlarının çocuk sayısına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan ileri analizlerin sonucunda çocuğu olmayan gruptaki gebelerin ölçek genel puanları, iki ve üç ve üzeri çocuğu olan gruptaki gebelere; ve yine bu sonuca göre bir çocuğu olan gruptaki gebelerin ölçek genel puanları, üç ve üzeri çocuğu olan gruptaki gebelere göre daha yüksektir ($p < 0.05$).

Ayrıca gebelerin ölçek genel puanlarının düşük ve kürtaj yapma durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Düşük ve kürtaj yapmayan gebelerin ölçek puanları düşük ve kürtaj yapan gebelere göre daha yüksektir ($p < 0.05$).

Buna karşılık katılımcıların RCUÖ genel puanlarının önceki doğum şekli gruplarına ve gebelerin önceki doğumda komplikasyon durumuna göre fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12. Obstetrik Özellikler RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Gebe Olma Sayısı Durumu			X ² :31,42
a Birinci Gebelik	121	218,61	Sd:2
b İkinci Gebelik	85	204,85	p: ,000
c Üç Veya Üzeri Gebelik	164	151,05	p<.05
Fark Sonuçları: c<a – c<b			
Doğum Sayısı*			X ² :29,68
a Doğum Yok	127	217,36	Sd:3
b Bir Doğum	119	190,48	p: ,000
c İki Doğum	69	162,84	p<.05
d Üç Doğum Ve Üzeri	55	129,59	
Fark Sonuçları: a>c – a>d – b>Dd			
Çocuk Sayısı*			X ² :29,47
a Çocuk Yok	127	217,36	Sd:3
b Bir Çocuk	122	189,77	p: ,000
c İki Çocuk	66	162,89	p<.05
d Üç Ve Üzeri Çocuk	55	129,59	
Fark Sonuçları: a>c – a>d – b>Dd			
Gebeliğin Trimesteri Durumu*			X ² :1,48
a Birinci Trimester (İlk 13 Hafta)	133	193,69	Sd:2
b İkinci Trimester (14-27 Hafta Arası)	149	183,67	p: ,475
c Üçüncü Trimester (28-40 Hafta Arası)	88	176,22	p>.05
Önceki Doğum Şekli*			X ² :27,00
a Vajinal	121	173,56	p: ,471
b Sezaryen	62	193,30	p>.05
c Hem Vajinal Hem Sezaryen	60	170,69	
Önceki Doğumda Komplikasyon Durumu**			U:117610
Evet	28	181,16	p:,964
Hayır	215	184,62	p>.05
Düşük Yapma Durumu**			U:11031,5
Evet	102	159,65	p:,000
Hayır	268	195,34	p<.05
Kürtaj Durumu**			U:12304,5
Evet	115	165,00	p:,013
Hayır	255	194,75	p<.05

*Kruskal Wallis H Testi **Mann Whitney U Testi

Tablo 13 'de katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları ile RCUÖ puanları karşılaştırılmıştır. Gebelerin ölçek genel puanlarının kafein tüketme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Kafein tüketmeyen gebelerin ölçek puanları kafein tüketen gebelere göre daha yüksektir (p<0.05). Çalışmada ayrıca RCUÖ genel puanlarının düzenli egzersiz yapıp yapmama durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Düzenli egzersiz yapan gebelerin ölçek puanları düzenli egzersiz

yapmayan gebelere göre daha yüksektir ($p<0.05$). Benzer şekilde RCUÖ genel puanlarının kabızlık sorunu yaşıyıp yaşamama duruma göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Kabızlık sorunu yaşamayan gebelerin ölçek genel puanları kabızlık sorunu yaşayan gebelerden yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 13. Sağlıklı Yaşam Davranışları İle RCUÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	İstatistiksel Analiz
Sigara Kullanma Durumu*				U:13359
Evet	102	182,48	18612,00	p:,.994
Hayır	268	186,65	50022,00	p>.05
Alkol Kullanma Durumu*				U:12407
Evet	93	182,16	16941,00	p:,.596
Hayır	277	186,62	51694,00	p>.05
Kafein Tüketme Durumu*				U:7639,5
Evet	311	180,56	56155,50	p:,.041
Hayır	59	211,52	12479,50	p<.05
Düzenli Eksersiz Yapıp Yapmama Durumu*				U:6227,5
Evet	49	218,91	10726,50	p:,.019
Hayır	321	180,40	57908,50	p<.05
Kabızlık Sorunu Yaşıyıp Yaşamama Durumu*				U:12023,5
Evet	149	155,69	23198,50	p:,.000
Hayır	221	205,60	45436,50	p<.05

*Mann Whitney U Testi

Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 14’te incelenmiştir. Gebelerin inkontinans durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerden BKAÜSSİ toplam puanı ile UDI-6 ölçeği toplam puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=,894 - p<,000$). Ayrıca gebelerin BKAÜSSİ ölçeği toplam puanı ile RCUÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ve negatif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,559-p<,000$). Benzer şekilde araştırmaya katılan gebelerin RCUÖ ile UDI-6 ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde, negatif doğrusal ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,570-p<,000$).

Tablo 14. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Korelasyon Sonuçları*

Değişkenler	1.	2.	3.
1-Bristol (BKAÜSSİ) Ölçeği	1		
2-Uyku Ölçeği (RCUÖ)	-,559**	1	
3-UDI Ölçeği	,894**	-,570**	1

*: Spearman Rho Korelasyon Tekniği, **: .000- 1: BKAÜSSİ: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi, 2: RCUÖ: Richard Campbell Uyku Ölçeği, 3: UDI: Urinary Distress Inventory

Gebelerin bristol (BKAÜSSİ) ölçeği puanlarının uyku ölçeği (RCUÖ) puanlarını etkileme durumuna ilişkin kurulan basit doğrusal regresyon analizi Tablo 15’de verilmiştir. Analize göre bristol (BKAÜSSİ) ölçeği puanlarının uyku ölçeği (RCUÖ) puanlarını etkileme durumuna ilişkin kurulan modelin anlamlı olduğu ve öğrencilerin bristol (BKAÜSSİ) ölçeği puanlarının uyku ölçeği (RCUÖ) puanlarındaki toplam varyansın %27,7’sini açıklayabildiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin bristol (BKAÜSSİ) ölçeği puanlarının uyku ölçeği (RCUÖ) puan sonuçlarını anlamlı düzeyde ve negatif yönde etkilediği saptanmıştır ($\beta=-0,063$; $p<0,05$). Buna göre gebelerin bristol (BKAÜSSİ) ölçeği puanlarının 1 birim artması, uyku ölçeği (RCUÖ) puan ortalamasını -0,063 birim azaltmaktadır.

Tablo 15. Bristol (BKAÜSSİ) Ölçeği Toplam Puanlarının Yordanmasına İlişkin Standart Regresyon Analizine Ait Sonuçlar (n:299)

Değişkenler	Standardize Olmayan		Standardiz	t	P
	B	Std. Hata	e		
Sabit	57,671	1,778	---	32,43	,000*
Uyku Ölçeği (RCUÖ)	-,063	,006	-,528	-10,72	,000*
Karşılaştırma Sonuçları	R Değeri	: ,528			
	R² Değeri	: ,279			
	Düzeltilmiş R² Değeri	: ,277			
	F Değeri₍₁₋₂₉₇₎	: 115,04			
	p Değeri	: ,000			

Bağımlı Değişken: Bristol (BKAÜSSİ) Ölçeği - * $p<0,05$

Bölüm 5

TARTIŞMA

Doğası gereği gebelikte yaşanan pek çok fizyolojik ve psikolojik değişim kadınların uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilemektedir (65). Gebelikte görülebilecek problemlerden olan üriner inkontinans (Üİ) hayati bir sağlık sorunu olmamakla beraber yaşamı ayrıca yaşam kalitesini belli düzeyde olumsuz etkileyen bir semptomudur (6,7). Bu bağlamda literatürde gebelikte Üİ ve uyku kalitesini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (66-68). Ancak gebelikte Üİ'nin uyku ve uyku kalitesini etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmada gebelerde alt üriner sistemleri semptomlarının uyku kalitesine ilişkisi amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında çoğunluğunun otuz yaş altı genç, eğitim düzeyi yüksek, yarısından biraz fazlasının çalışan, gelirini giderine denk algılayan ve normal kilolu olduğu belirlendi (Tablo 1). Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun üçten fazla gebelik deneyimlediği buna karşılık yine çoğunluğunun doğum, düşük ve kürtaj deneyimi olmadığı belirlendi (Tablo 2). Benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun gebeliğin ikinci trimesterinde olduğu, bir önceki doğumunu vajinal yoldan gerçekleştirdiği ve önceki doğumunda herhangi bir komplikasyon yaşamadığı görüldü. Çalışmada gebelerin obstetrik öykülerinin hemen hemen her üç kadından birinin küretaj olduğu, her dört kadından birinin de düşük öyküsü olduğu dikkatı çekmektedir. Bu bulgular obstetrik öykünün çok iyi olmadığını göstermektedir. Üİ etkileyen diğer bir önemli durum ise bireyin yaşam tarzı ve sağlıklı yaşam davranışlarıdır. Bu

bağlamda katılımcıların sağlıklı yaşam davranışları değerlendirilmiş ve büyük çoğunluğunun sigara ve alkol tüketmediği buna karşılık büyük çoğunluğun kafein tükettiği görülmüştür. Düzenli egzersiz yapma sıklığının ise oldukça düşük olduğu ve buna paralel kabızlık sorununun azımsanmayacak düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1-2-3).

Çalışmada gebelerin Üİ durumu BKAÜSS ve UDİ-6 ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. BKAÜSSİ’de 8,10,11,12 ve 14’ncü sorularına evet cevabını vermeyen gebelerde herhangi bir idrar kaçırma problemi olmadığı kabul edilmektedir (69). Bu değerlendirme ölçütüne dayanarak çalışmada gebelerin yarısından fazlasında üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Ayrıca Üİ semptomlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan iki ölçek puanları arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal bir ilişkinin bulunması, ölçeklerin birbirini doğruladığını ve dolayısıyla çalışma sonuçlarının güvenilir olduğunu göstermesi açısından önemlidir (Tablo 14). Literatürde gebelikte Üİ sıklığına dair çalışma sonuçları değişkenlik göstermektedir. Örneğin Nigam ve ark. ile Oliveira ve ark yaptığı çalışmada Üİ sıklığı %71-%75 arasındadır (68,66). Türkiye’de yapılan beş ayrı çalışmada bu oran %34-%40 aralığındadır (67, 70-73). Bu çalışmada Üİ oranı Türkiye örneklerinden yüksek buna karşılık yurtdışı örneklerinden düşük bulunmuştur. Bu durumun örneklem gruplarının tanıtıcı ve obstetrik özellikleri kadar yaşadıkları ülkelerin sağlık sistemleri ve kültürleri arasındaki farktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim ülkemizde ise üriner inkontinans fazla görünüyor ve uyku kalitesini de etkilemektedir. Bu konu ile ilgili hastanede antenetal bakım kapsamında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin olmaması, gebelerin bu sorunlarını erken belirlemede kullanılan bir öykü formlarının olmaması, hemşirelerin bağımsız rolleri gibi faktörler eksik görülmektedir.

Çalışmada gebelerin Üİ durumunu etkileyen faktörlerde incelenmiştir. Literatürde yaş faktörünün gebe veya gebe olmayan bireylerde Üİ görülme olasılığını etkilediği gösterilmiştir (29, 7, 74). Örneğin Terzi ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada 18-40 yaşları arasında olan kadınlarda Üİ görülme oranı %22,3 iken, 40 yaş üstünde %70,3'e kadar yükselmiştir (29). Öztürk ve ark 2012'deki çalışmasında yaş gruplarına göre Üİ sıklığı 35-49 yaş arasındaki kadınlarda (%26,5); 50-64 yaş arasında (% 54,7); 65 yaş üstü kadınlarda ise (%67,9) olarak saptanmıştır (75). Ghafouri ve ark 2014 yılındaki çalışmalarında %20,7 oranında Üİ yaygınlığını belirlemişken(76), Kılıç'ın 2016 yılındaki çalışmasında bildirilen oran %37,2'dir(77). Bu çalışmada da hem UDİ-6 hemde BKAÜSSİ aracılığıyla yapılan değerlendirmelerde literatür ile paralel olarak 30 ve daha genç yaşta olan gebelerde Üİ olasılığının daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 5 ve 8) . Çalışma bulgularımıza ve literatür örneklerine dayanarak ileri yaştan gebelikte Üİ olasılığını etkileyen önemli bir faktör olduğu kabul edildi.

Gelir getirici bir işte çalışma ve ekonomik durumun bireylerin sağlık davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (76,77). Özellikle ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarında gelişme kaydedilmektedir (77). Buradan hareketle yapılan incelemede bu çalışmada gelir getirici bir işte çalışmanın Üİ'yi etkilemediği buna karşılık düşük ekonomik düzeyin etkilediği belirlenmiştir (Tablo 5 ve 8) . Oysa İnal 2019 ve Kulaksızoğlu 2017 çalışmasında aylık gelir durumunun alt ürener sistem semptomlarını etkilemediği belirtilmiştir (7, 74). Kulaksızoğlu (2017) bu durumu her ekonomik düzeyden gebenin devlet hastanelerinde tedaviye ücretsiz ulaşabilme şansına bağlamıştır (74).

Eğitim ulusların vaz geçilmez kalkınma ve gelişme araçlarından birisidir ve sağlığı pozitif olarak etkilemektedir (78). Bu nedenle genel kamu olarak eğitim yılı

artıkça sağlıklı yaşam davranışları ve sağlıklılık durumunda da artış göstermesi beklenmektedir. Bu nedenle çalışmada gebelerin eğitim düzeyi ile Üİ durumları karşılaştırılmış ancak arada fark bulunmamıştır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ) son yıllarda sağlığı değerlendirmede kullanılan önemli bir parameter olarak karşımıza çıkmaktadır (81). BKİ'deki artışın diabet, kardiyovasküler hastalıklar, infertilite ve bazı kanser türleri, beden imajı algısında bozulma, depresyon vb. pek çok fiziksel ve psikosoyal sağlık sorunu ile ilişkili olduğu açıktır (82). BKİ'deki artışın gebelikte Üİ ile ilişkisi ise mesane üzerinde yarattığı karın içi basınçta artış ve üretral mobiliteye etkisiyle açıklanmaktadır (36). İnal ve Taşhan'ın 2020 çalışmasında BKİ yüksekliği ve gebelikte fazla kilo alımının Üİ olasılığını artırdığı bildirilmiştir (37). Çiftçi ve Günay,2011 ile Terzi ve ark, 2013 çalışması da BKİ yüksek gebelerin Üİ olasılığının yüksek olduğuna işaret etmiştir. Bu çalışmada da düşük BKİ'ne sahip gebelerin daha yüksek BKİ'ne sahip olanlara kıyasla Üİ semptomlarını daha az deneyimledikleri bulunmuştur (Tablo 5 ve 8). Bu sonuç literatür bilgisi ile uyumaktadır.

Gebelik tüm organ ve sistemlerde belli ölçüde fizyolojik değişiklik yapmaktadır. Ancak gebelikte pelvik tabanda gelişen değişimlere ilişkin bilgiler oldukça sınırlıdır. Bu nedenle gebeliğin kendisinin mi yoksa doğum eyleminin mi pelvik taban bozukluklarına neden olduğu konusu henüz yeterince açık değildir (32). Buradan yola çıkarak çalışmada gebelerin Üİ durumları ile obstetrik özellikleri karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak daha fazla sayıda gebelik, doğum ve çocuk sahibi olanların olmayanlara, düşük kürtaj yaşayanların yaşamayanlara kıyasla Üİ semptomlarını daha çok deneyimledikleri belirlenmiştir (Tablo 6 ve 9). Sağnıç ve arkadaşlarının 2021 çalışmasında parite arttıkça perineal problem ve Üİ olasılığının arttığını bulmuştur (83). Benzer şekilde Sudi Arabistanda yapılan bir çalışmada beş ve

üzeri vajinal doğumlarda Üİ semptomlarının anlamlı düzeyde artış gösterdiği bildirilmiştir (84). Türkiye’de İnal ve Taşhan’ın 2020 yılında yaptığı çalışmada gebelik sayısı arttıkça Üİ olasılığının arttığı gösterilmiştir (37). Çiftçi ve Günay’ın 2011’de yapmış olduğu çalışmada da hiç doğum yapmamış kadınlarda Üİ prevalansı %1 olarak belirlenmiş ve ikiden fazla gebelik yaşayan kadınlarda bu oranının %56.3’e çıktığı bildirilmiştir(27). Benzer şekilde Terzi ve arkadaşlarının 2013 çalışmasında hiç doğum yapmamış gebelerde Üİ sıklığı %12.5 olarak bulunmuşken, 3 ve üzeri vajinal doğum yapanlarda %68 olarak tespit edilmiştir (29). Martin’s ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada da multigravida’lı gebelerin Üİ riskini artırdığı saptanmıştır (85). Çalışma bulgularımız literatür örnekleri ile desteklenmektedir. Literatür ve çalışma bulgularına dayanarak hem gebeliğin hemde doğumun pelvik taban üzerinde olumsuz etki yarattığını belirtmek mümkündür.

Gebelik, kadın bedeninde mekanik ve biyokimyasal pek çok geri dönüşümlü değişikliklerle karakterize bir süreçtir. İlk trimesterde değişen hormonal denge iki ve özellikle üçüncü trimesterde büyüyen uterusun üriner sistem üzerine yarattığı mekanik baskı üriner sorunlara zemin hazırlamaktadır (80). Bu çalışmada da ilk trimester gebelerde Üİ ölçek puanları iki ve üçüncü trimester göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Leroy ve ark yaptığı çalışmada da gebelik haftası arttıkça Üİ riskininde arttığı bildirilmiştir (86). Sharma ve ark yaptığı çalışmada da gebeliğin son trimesterinde Üİ’in arttığı saptanmıştır (87). Liang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilk trimesterde oldukça düşük olan Üİ oranının üçüncü trimesterde arttığı bildirilmiştir (88). Çalışma bulgularımız ve literatür örneklerine dayanarak son trimester gebelerin Üİ açısından daha riskli grubu oluşturduğu ve bu nedenle bu trimesterde gebelere yönelik değerlendirme ve bilgilendirme faaliyetlerinin yürütülmesi önerilebilir.

Pelvik taban deformiteleri açısından sadece gebelik değil doğum şeklinin de önemli bir değişken olduğu üzerinde durulmaktadır. Özellikle vajinal doğuma bağlı pelvik tabanda ve onun sinir ağında ortaya çıkan hasarların bu duruma neden olabileceği belirtilmektedir (32). Buradan yola çıkarak çalışmada doğum şeklinin Üİ semptomları üzerine etkisi de incelenmiş olup gruolar arasında fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Sağnıç ve ark. 2021 çalışmasında doğum şekillerinin pelvik taban üzerine etkisinin belirsiz olduğu sonucuna ulaşmıştır (83). İnal ve Taşhan'ın 2020 çalışmasında vajinal doğumun Üİ olasılığını artırdığı bildirilmiştir (37). Pizzoferrat ve ark 2023 yılında yaptıkları güncel bir metaanaliz çalışmasının sonucunda ise vajinal doğum yapanlarda Üİ olasılığının arttığı buna karşılık gebeliğinde Üİ olan kadınlar için sezaryen doğumun koruyuculuk olasılığının tartışmalı olduğunu belirtmiştir (89). Saadia 2015 çalışmasında ise vajinal doğum yapan kadınlarda Üİ eğiliminin daha fazla olduğu bildirilmiştir (84). Blomquist ve arkadaşlarının 2018 yılı çalışmasında da vajinal doğum yapan kadınların pelvik taban bozukluğu ve Üİ eğilimlerinin sezaryen ile doğum yapanlara kıyasla artış gösterdiği bildirilmiştir (90). Bulgularımızın bazı çalışma örnekleri ile örtüştüğü ve diğer bazı örneklerle çeliştiği görülmektedir (Tablo 6 ve 9). Literatürde konuya ilişkin net bir sonuç ifadesi bulunmamaktadır. Buda doğum şekilleri ile Üİ arasındaki ilişkiyi açıklayacak daha fazla sayıda nitelikli çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Vajinal doğumda vakum veya forseps gibi enstrümanların kullanılması veya spontan perineal hasar gelişmesinin de Üİ ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir. Örneğin Sudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada vajinal müdahaleli doğumlarda Üİ eğiliminin arttığı gösterilmiştir (84). İnal ve Taşhan'ın 2020 çalışmasında doğumda epizyotomi açılmasının ve enstrumental doğumun Üİ olasılığını artırdığı bildirilmiştir (37). Doğum sonu 10 yıl boyunca 1011 kadının incelendiği prospektif bir çalışmada

da müdahaleli doğumların hem Üİ hemde diğer pelvik taban disfonksiyonlarına zemin hazırladığı gösterilmiştir (91). Benzer şekilde Türkiye’de yapılan dört ayrı çalışmada obstetrik hasarın ve müdahaleli doğumların Üİ olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (6,4, 50, 92). Bu çalışmada ise komplikasyonlu doğum deneyimi olan gebelerin alt üriner sistem semptomlarına dair ölçek puanları olmayanlara göre fark göstermemiştir (Tablo 6 ve 9). Literatürle çelişen bu durumun gebelerin yaşadıkları travma düzeyinin belkide düşük olması veya çalışmada saptanan komplikasyonlu doğum oranlarının az olması ile açıklanabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin hastalanmasını önleyen ve hayatları boyunca sağlamlık hallerini koruyarak geliştirilmesine katkı sağlayan davranışlardır Bu davranışlar yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz yapma, zararlı maddelerden kaçınma, stersle baş etme, sivrütual ve kişilerarası ilişkilerde beceri vb. kazanmayı içermektedir (93). Tıpkı diğer sağlık problemlerinde olduğu gibi Üİ ile davranışlar ve alışkanlıklar arasında da ilişki olduğu bildirilmektedir. Örneğin İnal ve Taşhan’ın 2020 çalışmasında gebelikte sigara kullanan gebelerin kullanmayanlara, kafein içerikli gıda tüketenlerin tüketmeyenlere, kabızlık sorunu olanların olmayanlara, BKİ yüksek olanların olmayanlara göre Üİ riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (37). Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada da konstipasyonun Üİ ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (13). Kafein tüketimi tüm dünyada yaygın olmakla birlikte Üİ riskini iki kat arttırdığına dair yayınlarda bulunmaktadır (85). Buna karşılık yaygın kullanıma sahip olan sigara ile Üİ arasında ilişki bulmayan çalışmalarda göze çarpmaktadır (94). Bu çalışmada ise sigara içenlerde ve kabızlık sorunu yaşayanlarda Üİ olasılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Sıgara içmenin böbrek fonksiyonları ve kolojen üretimine olan olumsuz etkileri ayrıca kronik öksürüğe neden olarak tıpkı kronik kabızlıkta olduğu gibi karın içi basıncını arttırarak

ÜI yatkınlığını arttırdığı düşünülmüştür (95). Kafein tüketimi bu çalışmanın katılımcılarında oldukça yüksektir. Kültürel bir alışkanlık olan çay ve kahve tüketiminin tıpkı literatür örneklerinde olduğu gibi bu çalışmanın katılımcılarını da etkilediği ve ÜI olasılığını arttırdığı düşünülmüştür. Bu çalışmada BKI yüksek gebelerde ÜI olasılığının tıpkı verilen literatür örneklerinde olduğu gibi yüksek olması, obezitenyle beraber büyüyen uterusun mesane üzerine oluşturduğu baskının artmasıyla açıklamak mümkündür. Tüm bu sonuçlar gebelere sağlıklı yaşam davranışları geliştirmelerinin ÜI olasılığını azaltmada oldukça etkili olacağını göstermektedir.

Gebelik genellikle uyku sorunlarıyla karakterize bir süreçtir (96,97). Amerika Ulusal Uyku Vakfı'na göre gebelerin en az %50'sinin insomniadan etkilendiği belirtilmektedir (98). Palagini ve ark. (2014) çalışmasında Amerika Ulusal Uyku Vakfı'na ait bir diğer çalışmaya atıfta bulunularak Birleşik Devletler'de kadınların yaklaşık %79'dan fazlasının gebelik döneminde uykularının diğer zamanlara göre değiştiği vurgulanmıştır (99). Türkiye'de yapılan üç ayrı çalışmada gebelerin kötü uyku kalitesi oranı %55,9 ile %65,7 arasında değişmektedir (100, 101). Toplamda 56 çalışmanın irdelendiği sistematik bir incelemede gebelerde uyku problemi prevalansı %59,2 olarak gösterilmiştir (102). Literatür ile uyumlu olarak bu çalışmada gebelerin az bir bölümünün iyi uyku kalitesi tanımladıkları görülmüştür (Tablo 4). Tüm Kuzey Kıbrıs'ı temsil etmemekle birlikte diğer ülke örneklerine kıyasla bu çalışmada gebelikte uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık literatür ve bu çalışmanın bulgularına dayanarak gebeliğin kadınların uyku kalitesi üzerinde değişen oranlarda olumsuz etki yarattığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde gebelikte uyku kalitesi, uyku ve yaşam kalitesi, uyku ve depresyon, üriner inkontinans ve yaşam kalitesi vb. inceleyen çok sayıda çalışmanın olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın öznel tarafı ise gebelerde üriner inkontinans ve

uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Konuya ilişkin bu ilk çalışmada gebelerin üriner inkontinans durumunu belirleyen iki ölçek puanı ile uyku kalitesini inceleyen ölçek puanı arasında negatif yönlü doğrusal ve orta düzeyde ilişkiler belirlenmiştir (Tablo 14). Ayrıca regresyon analizinde Bristol ölçek puanlarındaki bir puanlık artışın uyku ölçeği puanlarında düşüşe neden olduğu bulunmuştur (Tablo 15). Her iki analiz sonucu inkontinansın uyku kalitesini orta düzeyde olumsuz etkilediğini göstermesi açısından oldukça önemlidir. Bu sonuca dayanarak gebelerde üriner inkontinansın önlenmesi veya şikayetlerin azaltılmasının uyku kalitesini geliştireceği düşünülebilir. Böylece fetal sağlık açısından büyüme ve gelişme, maternal açıdan antenatal stresin dolayısıyla genel yaşam kalitesinin geliştirilmesi olasıdır (99).

Çalışmada gebelerin uyku kalitesini etkileyen diğer değişkenlerde incelenmiştir. Literatürde uyku kalitesi ile yaşı arasındaki ilişkiye dair çelişkili örnekler bulunmaktadır. Örneğin Hedman ve ark 2002 yılında 325 gebe ile yaptıkları çalışmada uyku düzenindeki değişikliklerin annenin yaşı ile bağlantılı olduğu ve yaşı daha büyük annelerde gebeliğin özellikle son trimesterında genel olarak uyku süresinin azaldığı ve 30 yaşını aşmış gebelerde uyku süresinin yedi saatin altına düştüğü bildirilmiştir (102). Ertekin ve ark 2002 yılında yaptığı çalışmada da 27–35 yaş arasındaki gebelerin uyku kalitesinin daha genç yaş gebeler göre kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır (104). Benzer şekilde Kızılırmak ve ark 2012 çalışmasında genç yaş gebelerde insomnia oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir (105). Etyopya’da yapılan bir başka çalışmada da maternal yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (106). Buna karşılık Öztürk ve ark (2019), Çelik ve Köse (2017) ile Köybaşı ve Oskay’ın (2017) çalışmalarında gebelerin yaşının uyku kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (107,108,9). Bu çalışma Hedman ve ark 2002 ile Ertekin ve

ark 2002 çalışmalarıyla uyumlu olarak 18-29 yaş aralığındaki daha genç gebelerin uyku kalitesi 30 yaş ve üzerine kıyasla daha yüksektir (Tablo 11).

Bu çalışmada gebelerin sosyodemografik özelliklerinden bir diğeri olan gelir getirici bir işte çalışma durumunun uyku kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 11). Bu çalışmaya benzer olarak ztrk ve ark (2019), elik ve Köse (2017) ile Köybaşı ve Oskay'ın (2017) alışmalarında da gebelerin çalışma durumunun uyku kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (107,108,9).

Obezite ve uyku problemleri arasında kr bir döngü bulunmaktadır. Kaynaklara göre uyku paternlerinde meydana gelen bozulma nöro hormonal deneyeği bozarak kilo alımını arttırmakta; buna karşılık alınana fazla kilolar reflü ve huzursuz bacak sendromu gibi sorunlara veya direk uyku apnesine neden olarak uyku kalitesini düşürmektedir (102, 109). Ancak alışma sonuçları arasında çelişkilerin olduğu dikkati çekmektedir. Örneğin Köybaşı ve Oskay'ın (2017) alışmasında gebelikte alınan kilo ile uyku kalitesi arasında; elik ve Köse'nin 2017 çalışmasında da gebelikte iştah açılması ve uyku problemleri arasında bir ilişki bulmamıştır (9, 108). Benzer şekilde ztrk ve ark 2019 çalışmasında BKİ ile uku kalitesi arasında fark bildirmemiştir (109). Buna karşılık Kızılırmak ve ark (2012) alışmasında BKİ 25 ve üzerinde olanların insomnia olasılığını arttığı gösterilmiştir (105). Benzer şekilde Özhüner ve ark 2019 yılında yaptığı çalışmada gebelik ncesi BKİ'ne göre, fazla kilolu olan gebelerin daha fazla oranda kötü uyku kalitelerinin olduğu belirlenmiştir (54). Diğer iki çalışmada da BKİ yüksek gebelerde obstrüktif uyku apnesi ve horlama sorunları daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (110,111). Bu çalışmada da fazla kilolu ve obez gebelerin uyku kalitesi zayıf kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 11). Bulgularımız genel literatür bilgisi ve çalışma örnekleriyle tarafından

desteklenmektedir. Buradana yola çıkarak fazla kilo veya obezitenin gebelerde uyku kalitesini düşürdüğü söylenebilir.

Bu çalışmada gebelerin obstetrik özelliklerinin uyku kalitesini etkileyip etkilemediği de incelenmiştir. Yapılan karşılaştırmalarda gebelik, doğum ve çocuk sayısındaki artışın birbirine paralel olacak şekilde kadınların uyku kalitesinde düşmeye neden olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Benzer şekilde Ertekin ve ark 2002 yılında yaptığı çalışmada bir ve daha fazla çocuğu olan gebelerin sorumluluklarının artması nedeniyle uyku sorunlarının da arttığını bildirmiştir (104). Özhüner ve ark 2019 yılındaki çalışmasında toplam gebelik sayısı dört ve üzerinde olan, yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan, gebeliği planlı olmayan, gebelikte eşlik eden bir hastalığı olan ve gebelik öncesinde uyku problem bildirenlerin daha fazla oranda kötü uyku kalitesine sahip olduklarını saptanmıştır (54). Pınar ve ark 2014 yılındaki çalışmasında 2-3 ve 4-6 arasında gebelik geçiren kadınların birinci gebeliği olan kadınlara göre kötü uyku kalitesi sıklığı daha fazladır (50). Buna karşılık literatürde gebelik, doğum ve çocuk sayısının uyku kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (10,108). Bu çalışmanın bulgularına ve literatür bilgisine dayanarak gebelik doğum ve dolayısıyla çocuk sayısındaki artışın anneleri fiziksel olarak yorduğu kadar psikolojik ve sosyal olarakta sorumluluklarını arttırmakta ve uyku kalitelerini düşürmektedir.

Gebelik haftasının ilerlemesi ile maternal anatomide meydana gelen değişiklikler, büyüyen uterusun üriner ve intestinal organlar ve alt ekstremitte üzerine yattığı baskının artması sonucu pek çok semptom ortaya çıkmakta ve bu semptomlar kadınların uyku düzenleri de dahil olmak üzere günlük aktivitelerini etkilemektedir (112). Yapılan araştırmaların büyük bölümünde uyku problemlerinin ağırlıklı olarak ikinci ve üçüncü trimesterde görüldüğü bildirilmektedir. Örneğin Takelle ve ark. 2022 Etyopya çalışmasında üçüncü trimester gebelerin birinci trimester göre daha çok uyku

sorunu yaşadığını göstermiştir (113). Sharma ve ark 2004 yılında yaptığı çalışmada gebeliğin III. trimesterinde gebelerin % 97'sinde uyku sorunu olduğu rapor edilmiştir (87). Öztürk ve ark 2019 çalışmasında gebelik haftası arttıkça uyku sorunlarının da arttığını bildirmiştir (107). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada üçüncü trimester gebelerin uyku kalitesinin erken haftalara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (9). Benzer şekilde Mindell ve ark. 2015 çalışmasında da ikinci ve üçüncü trimester gebelerin %72 ile %84,5 arasında değişen uyku şikayetlerinin olduğunu rapor edilmiştir (97). Bu çalışmada ise literatür ile benzer şekilde trimester arttıkça uyku ölçeği puanlarının azaldığı buna karşılık gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür (Tablo 12). İstatistiksel bir anlamlılık saptanmamasına rağmen literatür örnekleri ve ileri haftalarda ölçek puanlarının düşük bulunmasına dayanarak trimesterlerin gebelerin uyku kalitesini etkilediğini söylemek mümkündür.

Gebelikte uyku problemlerinin gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diabet, uzamış doğum eylemi ve sezaryena neden olabileceği bilgisi literatürde bulunmaktadır (113,99). Önceki gebelikte deneyimlenen komplikasyonların doğum sonrası uykuyu nasıl etkilediğine dair çalışma sonuçları sınırlıdır. Örneğin Takelle ve ark. 2022 Etyopya çalışmasında düşük ve küretaj deneyimi olan kadınların mevcut gebeliklerinde uyku sorunları yaşadığını göstermiştir (113). Bu çalışmada da kürtaj ve düşük öyküsü olan gebelerin uyku kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Obstetrik öykü ile ilişkili bir diğer önemli konu önceki doğum şekli ve doğumda yaşanan travmadır. Örneğin Özhüner ve Çelik (2019) çalışmasında kötü obstetrik öykünün uyku kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir (54). Bu çalışmada ise önceki doğum şeklinin ve doğumda travma yaşamamanın mevcut gebelikte uyku kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 12). İki çalışma arasındaki farkın gebelerin yaşadığı doğum travmalarının farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Günlük yaşam aktiviteleri, davranış ve alışkanlıklar uyku düzenini etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle çalışmada hem uyku hem de inkontinansı etkileyebileceği düşünülen faktörler de incelenmiştir. Kafeinin özellikle de geç saatlerde ve tekrarlı tüketimlerde uykuya dalma süresini uzattığı, uykunun bölünmesine neden olduğu ve uyku kalitesini azalttığı bilinmektedir (115). Takelle ve ark. 2022 Etyopya çalışmasında günde iki fincandan fazla çay ve kahve tüketen gebelerin tüketmeyenlere kıyasla üç kat daha fazla uyku sorunu ifade ettiklerini rapor etmiştir (113). Köybaşı ve ark'nın çalışmasında ise gebelerin günlük kafein tüketiminin 300 mg'lık (2 bardak kahve ve ya 6 bardak çay) güvenli sınırı aşmadığı için kafein tüketicilerinde tüketmeyenlere kıyasla uyku düzeni açısından fark saptamadıklarını belirtmişlerdir (9). Bu çalışmada ise güvenli günlük sınırın üstünde kafein tüketenlerde uyku kalitesinin tüketmeyenlere kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 13). Kuzey Kıbrıs'ta kahve ve çay tüketimi sosyal yaşamın ve misafirperverliğin ayrılmaz bir parçası olduğu için tüketim oranları tüm popülasyonda oldukça yüksektir. Ancak elde edilen sonuçlar gebelerde kafein tüketiminin uyku problemlerine neden olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gebelerin antenatal eğitimler sırasında konu hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Çalışmanın diğer bir önemli bulgusu düzenli egzersiz yapmayan ve kabızlık sorunu olanlarda uyku kalitesinin daha düşük bulunmasıdır (Tablo 13). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında da yürüş alışkanlığının gebelerin uyku düzenlerini etkilediğini göstermiştir (101). Yürüyüş ve egzersizin endorfin üretimini artırarak psikolojik iyilik halini desteklemesi ayrıca yarattığı fiziksel yorgunluk nedeniyle de uyku kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir. Literatür ile uyumlu şekilde bu çalışmada da düzenli egzersiz yapan gebelerin uyku kalitesi yapmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu ve egzersizin diğer potansiyel yararları dikkate alındığında kadınlara gebeliğin seyrine göre bireyselleştirilmiş

egzersiz programları sağlanmalıdır. Gebelikte yaşanan fiziksel, hormonal değişimlerin beraberinde pek çok yakınmayı getirdiği ve bunların uyku düzenini etkilediği bilinmektedir (113,99). Ancak olası yakınmalardan olan kabızlığın uyku kalitesine etkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada ise kabızlık sorunu olan gebelerde uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur. Kabızlığın yarattığı gerginlik, hemoroid vb. ikincil sorunların uyku kalitesini olumsuz etkilediği düşünölmüştür.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu çalışma, gebelikte alt üriner sistemleri semptomları ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçları aşağıda verildiği gibidir.

- Gebelerin çoğunluğu 18-29 yaş aralığında, üniversite ve üstü eğitime sahip olup, gelir getirici bir işte çalışmamakta ve gelirini giderine denk algılamaktadır (Tablo 1).
- Obstetrik özellikler açısından çoğunluğu nulipar özelliktedir, düşük ve kürtaj deneyimi yoktur, gebeliğin ikinci trimesterinde bulunmaktadır, önceki doğumlarını vajinal yoldan gerçekleştirmiş olup herhangi bir komplikasyon yaşamamıştır (Tablo 2).
- Gebelerin çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamakta buna karşılık kafein tüketmektedir (Tablo 3).
- Gebelerin çoğunluğu düzenli egzersiz yapmamakta, kabızlık sorunu yaşamamakta ve BKİ normal sınırlarda bulunmaktadır (Tablo 3).
- Richard's Campbell Uyku Ölçeği puanlarına dayanarak gebelerin çok az bir kısmı (%8,4) kötü uyku kalitesi, çoğunluğu (%60,5) orta uyku kalitesi ve daha az bir oranı (%31,1) iyi uyku kalitesine sahiptir (Tablo 4).

- Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) ve UDİ-6 Üriner Distres Ölçeği puanlarına dayanarak gebelerin yarısından fazlası (%54,9) üriner inkontinans semptomları tanımlamaktadır (Tablo 4).
- Gebelerin inkontinans durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan BKAÜSSİ ve UDİ-6 Üriner Distres Envanteri toplam puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif doğrusal anlamlı bir ilişki vardır. Elde edilen sonuç üriner inkontinans vakalarının varlığını ve oranlarını doğrulamaktadır (Tablo 14).
- Gebelerin inkontinans durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan BKAÜSSİ ve UDİ-6 Üriner Distres Ölçeği toplam puanları ile uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan RCUÖ genel puanları arasında anlamlı, orta düzeyde ve negatif doğrusal bir ilişki vardır. Bu durum gebelikte inkontinansın uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Tablo 14).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ aracılığıyla yapılan değerlendirmelerde 30 ve daha genç yaşta olan gebelerde Üİ olasılığı anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 6 ve 9).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre düşük ekonomik düzeye sahip gebelerde Üİ olasılığı anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5 ve 8).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre BKİ fazla kilolu veya obez olanlarda Üİ olasılığı anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5 ve 8).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre fazla sayıda gebelik, doğum ve çocuk sahibi olanların Üİ olasılığı anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 6 ve 9).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre gebeliğinin birinci trimesterinde olanların Üİ olasılığı anlamlı olarak düşüktür (Tablo 6 ve 9).

- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre düşük ve kürtaj deneyimi olanların Üİ olasılığı anlamlı olarak yüksektir (Tablo 6 ve 9).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre önceki doğum şekli Üİ olasılığını etkilememektedir (Tablo 6 ve 9).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre önceki doğumunda komplikasyon yaşanması Üİ olasılığını etkilememektedir (Tablo 6 ve 9).
- UDİ-6 ve BKAÜSSİ'ye göre düzenli egzersiz yapmayan ve kabızlık sorunu olanlarda Üİ olasılığı anlamlı olarak yüksektir (Tablo 7 ve 10).
- BKAÜSSİ'ye göre sigara ve alkol tüketenlerde Üİ olasılığı anlamlı olarak yüksektir (Tablo 7).
- Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) puanlarına göre 18-29 yaş arası yaş grubunda olan gebelerin uyku kaliteleri daha yüksektir (Tablo 11).
- RCUÖ puanlarına göre çalışma durumu uyku kalitesini etkilememektedir (Tablo 11).
- RCUÖ puanlarına göre BKI fazla kilolu veya obez gebelerin uyku kalitesi daha düşüktür (Tablo 11).
- RCUÖ puanlarına göre fazla sayıda gebelik, doğum ve çocuk sahibi olanların uyku kalitesi daha düşüktür (Tablo 12).
- RCUÖ puanlarına göre doğum şekli uyku kalitesini etkilememektedir (Tablo 12).
- RCUÖ puanlarına göre düşük ve kürtaj deneyimi olanların uyku kalitesi anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 12).
- RCUÖ puanlarına göre önceki doğumda yaşanan komplikasyonlar bu gebelikte uyku kalitesini etkilememektedir (Tablo 12).

- RCUÖ puanlarına göre göre düzenli egzersiz yapanların uyku kalitesi anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 13).
- RCUÖ puanlarına göre kabızlık sorunu olanlarda uyku kalitesi anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 13).

6.2 Çalışma Önerileri

Çalışma sonuçları ışığında hemşirelere ve diğer araştırmacılara yönelik öneriler aşağıdaki gibidir.

- Antenatal bakım hizmetleri içerisinde gebelerin alt üriner sistem semptomlarının ve uyku sağlıklarının rutin olarak değerlendirilmesi,
- Değerlendirmeler sırasında saptanan riskli gruplara erken tedavi ve bakım desteğinin sağlanması,
- Tüm gebelere gebe eğitim sınıfları ve antenatal bakım hizmetleri çerçevesinde uyku ve üriner inkontinans konuları hakkında bilgilendirme yapılması,
- Konu ile ilgilenen yeni çalışmacılara ise gebelerde uyku hijyeni ve alt üriner sistem semptomlarını iyileştirmeye yönelik randomize kontrollü çalışmalar yapmalarını önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- (1) Demir, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2015). *Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları*, F.N. Hem. Dergisi, 23(1), 23-31.
- (2) Balcı, C. (2009). *Üriner İnkontinansın Tanımı ve Sınıflaması*, Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, 2(1), 13-16.
- (3) Özkan, Z. S. ve Sapmaz, E. (2015). *Reproduktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler*, Klinik Çalışma, 26(2), 101-106.
DOI: 10.5505/jkartaltr.2015.93271.
- (4) Keskin, E. (2019), *Gebelikte Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, O.Ü.
- (5) Dinç, A. ve Kızılkaya Beji, N. (2008). *Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları*, 16 (62). 143-149.
- (6) Öz, Ö. ve Altay, B. (2017). *Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ve Hemşirelik Yaklaşımı*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017, 6 (1), 34-37.
- (7) Güzel İnal, C. (2019). *Gebelikte Üriner İnkontinans Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.

- (8) Uslu Yuvacı, H. Aslan, M. M. Yerli, N. Cevrioğlu, A.S. (2019). *Nullipar Gebelerde İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi*, Journal of BSHR, 3(3), 213-218. DOI:10.34084/bshr.631162
- (9) Şahin Köybaşı, E. ve Yeşiltepe Oskay, Ü. (2017). *Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi*, Gülhane Tıp Dergisi, 59,1-5. DOI:10.5455/gulhane.222441
- (10) Taşkiran, N. (2011). *Gebelik ve uyku kalitesi*. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 8(3), 181-187. DOI ID: 10.5505/tjod.2011.14880
- (11) İlçe, A. Ayhan Ajcı, F.(2011). *Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim*, Anatol J Clin Investig,5(1),15-23.DOİ: 10.54803/sauhsd.1198339
- (12) Karaca,Ş.B ve Demir, A.N. (2019).*Üriner İnkontinansın Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Duygu Durum Üzerine Etkisi ve Hastaların Egzersiz Farkındalık Düzeyleri*, Ankara Eğt. Arş. Hast. Dergisi,52 (2),133-137
- (13) Demirci, N. Aba, Y.A. Süzer, F. Karadağ, F. Ataman, H. (2012). *18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(19), 24-36
- (14) Yücel, U. Hadımlı, A. Çakır Koçak, Y. Başgün Ekşioğlu, A. Sarı ,D. Karaca Saydam, B. (2018). *Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri*, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,5 (3), 414-423. DOI: 10.17681/hsp.385265

- (15) Kök G, Seven M, Güvenç G, Akyüz A. (2016). *Urinary Incontinence in Pregnant Women. Prevalence, Associated Factors, and Its Effects on Health-Related Quality of Life*. J Wound Ostomy Continence Nurs,43(5), 511-6. DOI: 10.1097/WON.0000000000000262.
- (16) Topuz, Ő. (2015). *riner İnkontinans ve Cinsellik*, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 60-64. DOI: 10.5505/bsbd.2015.30974
- (17) AkŐit Akıncı, N. zhan ElbaŐ, N. Akıncı, S. (2017). *Stres riner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*, Turkiye Klinikleri J Nurs Sci, 9(2),122-32.
- (18) Yıldız, Ő. Turan, Z. (2021). *riner İnkontinansı Olan Kadınlarda Hemşirelik YaklaŐımları*, SAUHSD, 4(3),155-166. DOI: 10.54803/sauhsd.1017030
- (19) Aydınoğlu, E. Bal, K. zift, B. BölükbaŐı, A. (2012). *riner inkontinans ve/veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi*, Yeni roloji Dergisi - The New Journal of Urology, 7 (1), 33-41
- (20) elik, M. (2021). *Gebelikte riner İnkontinans ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, K..
- (21) BaykuŐ, N. (2016). *18 Yaş zeri Kadınlarda riner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Ő..

- (22) Dikencik, B. K. (2002). *Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri*. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı kitabı. 29-50 İstanbul Üniv. Yayınları, 4338, 2002-20.
- (23) Uncu G, Özdil M. (2009), *Alt Üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri*. Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri; 41-7
- (24) Nitti V.W.(2001). *The Prevalence of Urinary Incontinence*, Rev Urol, 3(1), 2-6.
- (25) Coyne, K.S. Kvasz, M. Ireland, A.M. Milsom, I. Kopp, Z.S. Chapple, C.R. (2012). *Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States*. Eur Urol, 61: 88-95. DOI: 10.1016/j.eururo.2011.07.049.
- (26) Ateşkan,Ü. Mas,M.R. Doruk,H. ve ark. (2000). *Yaşlı türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin Değerlendirilmesi*, 3(2), 45.
- (27) Çiftçi, Ö., Günay, O. (2011). *Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler*. Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi, 33(4).
- (28) Bulut, H., Taşhan, S. T. (2017). *Sezaryan olan kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi*. Annals of Health Sciences Research, 6(1), 1-6

- (29) Terzi, H. Terzi, R. Kale, A. (2013). *18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler*, Ege Tıp Dergisi, 52(1), 15-19.
- (30) Tsai, Y.C. Liu, C.H. (2009). *Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life*. Int Urol Nephrol, 41(4), 795-803. DOI: 10.1007/s11255-009-9523-3.
- (31) Rogers, R.G. Leeman, L.L. (2007). *Postpartum Genitourinary Changes*. Urol Clin North Am, 34(1), 13-21. DOI: 10.1016/j.ucl.2006.10.005.
- (32) Salman, M.C, Özyüncü, Ö. Durukan, T. (2005). *Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları*. Journalagent, 2(5), 37- 42.
- (33) Herbert J. (2009). *Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles*. Nurs Times, 105(7), 38-41.
- (34) Hellil, A. Dolapçioğlu, K. Çekiç, Ç. (2011). *Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler*, Turk Urol Sem, 2: 121-3. DOI:10.5152/tus.2011.22
- (35) Ekin, M. Karayalçın, R. Özcan, U. (2005), *The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups*. Journal Of Ankara Medical School; 26: 21-5.

- (36) Süt, H.K. (2015).*Gebelik ve doğumun pelvik taban yetersizlikleri üzerine etkisi: önlenmesi ve korunmada hemşirenin rolü*. Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 4(2),292-304.
- (37) Güzel İnal, C. ve Timur Taşhan, S. (2020). *Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine Etkisi*, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2), 150-160. DOI:10.30569. adiyaman saglik.711065
- (38) Saygılı,S. Çil Akıncı, A. Arıkan, H. Dereli, E (2011). *Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk*, Electronic Journal of Vocational Colleges, 1(1), 88 – 94.
- (39) Bora, İ.H. Bican, A. (2007). *Uyku Fizyolojisi*, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 3(23),1-6.
- (40) Uğraş G.A. (2006). *Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesindeki Hastaların Uykusunu Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, İ. Ü.
- (41) Kara, M. (1996).*Hastanede yatan hastaların uyku ile ilgili sorunları ve hemşirelerin bu soruna ilişkin tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- (42) Şahin, L. Aşçıoğlu, M. (2013). *Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi*, Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 93-98.

- (43) Olivieri, C. (2016). *Boy, Am I Tired!! Sleep.... Why You Need It!* . Journal for Leadership and Instruction, 15(2), 33-36.
- (44) Çoban, A. Yanikkerem, U. E. (2010). *Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi*, Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi, 49(2), 87-94.
- (45) Asi Karakaş, S, Gönültaş, N, Okanlı, A. (2016). *Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi*, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1),17 – 26.
- (46) Çakırcalı, E. (2000). *Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar*. Güven & Nobel Tıp Kitabevleri.
- (47) Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., & İsmailoğlu, E. G. (2014). *Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(3), 193-198.
- (48) Bulut S. (2013). *Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite*. Turk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi,70(4),205-214.
- (49) Vuori I, Urponen H, Hasan J, Partinen M. (1998). *Epidemiology of exercise effects on sleep*. Acta Physiol Scand, 574,3-7.
- (50) Ertekin Pınar, Ş. Arslan Ş, Polat, K. Çiftçi, D. Cesur, B. Dağlar, G. (2014). *Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin İncelenmesi* DEUHYO ED, 7(3), 171-177.

- (51) Neau,J.P. Texier,B. Ingrand,P. (2009). *Sleep and vigilance disorders in pregnancy*. Eur Neurol, 62(1),23-9. DOI: 10.1159/000215877. Epub 2009 Apr 30.
- (52) Küçükkaya, B. Dindar, İ. Erçel, Ö. Yılmaz, E. (2018). *Gebelik Dönemlerine Göre Gebelerin Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeleri*. G.O.P. Taksim E.A.H. Özgün Araştırma / Original Investigation JAREN,4(1),28-36. DOI: 10.5222/jaren.2018.028
- (53) Hutchison, B.L. Stone,P.R. McCowan, L.M.E. (2012). *Stewart AW, Thompson JMD, Mitchell EA. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy*. BMC Pregnancy Childbirth, 10(12),12- 144. DOI: 10.1186/1471-2393-12-144.
- (54) Özhüner,Y. Çelik, N. (2019). *Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi*, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6 (1), 25-33. DOI:10.17681/hsp.434753
- (55) Taşkıran N. (2009). *Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, A.K.Ü.
- (56) Önler E. Yılmaz A. (2008).*Cerrahi Birimlerde Yatan Hastalarda Uyku Kalitesi*, ÜİFN Hemşirelik Dergisi, 16(62),114-121. ISSN 1304-4869
- (57) Demirci N, Coşar F. (2009). *Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,16(3), 35-40.
- (58) Zurakowski, T. (2006). *The genitourinary and renal systems*. Gerontological Nursing. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 518-533.

- (59) Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L., & Abrams, P. (1996). *The Bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: development and psychometric testing*. British journal of urology, 77(6), 805-812. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1464-410X.1996.00186.x>
- (60) Gokkaya, C. S., Oztekin, C. V., Doluoglu, O. G., Guzel, O., Ersahin, V., & Ozden, C. (2012). *Validation of Turkish version of bristol female lower urinary tract symptom Index*. J Clin Anal Med, 3(4), 415-8.
- (61) Özlü, Z., Özer, N., (2015). *Richard-Campbell Uyku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Türk Uyku Tıbbi Dergisi,2:29-32. DOI: 10.4274/jtsm.02.008.
- (62) Shumaker, S. A., Wyman, J. F., Uebersax, J. S., McClish, D., & Fantl, J. A. (1994). *for the Continence Program in Women (CPW) Research Group. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory*. Qual Life Res, 3(5), 291-306.
- (63) Uebersax, J. S., Wyman, J. F., Shumaker, S. A., & McClish, D. K. (1995). *Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory*. Neurourology and urodynamics, 14(2), 131-139.
- (64) Çam, Ç., Sakallı, M., Ay, P., Cam, M., Karateke, A, (2007). *Validation of the Short Forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital*

Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish Population, Neurourology and Urodynamics, 26(1), 29-13. DOI: 10.1002/nau.20292.

(65) Şahin Köybaşı, E. (2013). *Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü.

(66) Oliveira C, Selemeb M, Cansic P, Consentinoc RF, Kumakurac FY, Moreirac G, Berghmans B.(2013). *Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life*. Revista da Associação Médica Brasileira, 59(5), 460-6. DOI: 10.1016/j.ramb.2013.08.002. Epub 2013 Sep 27.

(67) Abdullah B, Ayub SH, Zahid AZ, Noorneza AR, İsa RM, Ng PY. (2016). *Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament*. Eur J Obstet Gynecol Reprod,198: 110-115. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.01.006. Epub 2016 Jan 12.

(68) Nigam A, Ahmad A, Gaur D, Elahi AA, Batra S. (2016). *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnant women during late third trimester*. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 5(7), 2187-2191. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162090>

(69) (Kaynak: EnPelvik Ağrı ve Endometriyozis derneği <https://www.paed.org.tr/file-b7c3784eb965f1c1e98cf1c193d7af>).

- (70) Kocaöz S, Talas M.S, Atabekoğlu C.S.(2010). *Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life*. J Clin Nurs,19(23-24), 3314-23. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03421.x. Epub 2010 Oct 19.
- (71) Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan V.Ş. Helvacıoğlu Ç, Bilecan M.S. (2018). *Urinary incontinence in pregnant women and its relation with quality of life*. İstanbul Med J, 19(1), 43-46. DOI:10.5152/imj.2018.45722
- (72) Dinç A. (2018). *Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors*. Lower Urinary Tract Symptoms,10(3), 303–307. DOI: 10.1111/luts.12182
- (73) Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata S, Harma M, Arıkan İ.İ.(2016). *What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy?* PeerJ, 4: 1-19. DOI: 10.7717/peerj.2283
- (74) Kulaksızoğlu, S. (2017). *15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi* Yüksek Lisans Tezi, İ.M.Ü.
- (75) Murat Öztürk, D. Yılmaz, A. Müsüroğlu, S. Sevinç, S. Akcan, B. (2019). *Son Trimesterdeki Gebelerin Uyku Kalitelerinin ve Başatme Yöntemlerinin Belirlenmesi: Gebelikte Son Trimesterde Uyku*, Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3);212-216. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.490651>

- (76) Ghafouri A, Alnaimi AR, Alhothi HM, (2014). *Urinary incontinence in Qatar: a study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life*. Arab J Urol,12(4), 269-274. DOI: 10.1016/j.aju.2014.08.002. Epub 2014 Sep 10.
- (77) Kılıç M.(2016). *Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting family health centers*. Springerplus., 5(1),13-31. DOI: 10.1186/s40064-016-2965-z
- (78) Bakır, D., Toprakçı, E., Altunay, E. (2019). *Ortaöğretimde çalışan öğretmenlerin eleştirel düşünem becerileri ile okul sağlığı Algıları arasındaki ilişki*. OPUS International Journal of Society Researches, 13(19), 223-262. <https://doi.org/10.26466/opus.569567>
- (79) Çapık, A. Ejder Apay, S. Sakar, T. (2015). *Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi*, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(3),196-200. <https://doi.org/10.17049/ahsbd.97570>
- (80) Gökalp, C. Okumuş, H. Bilgiç, D. (2020). *Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans ve yaşam kalitesi*, Cukurova Med J, 45(3),954-962. DOI: 10.17826/cumj.661260
- (81) Daşıkın, Z. (2014). *Gebelikte Kilo Alımı: Gebe Kadınlar Prenatal Bakımda Doğru Kilo Alım Önerisi Alıyor mu?*, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 25(1),32-38
- (82) Yanikkerem, E. (2017). *Obezitenin Kadın Sağlığına, Etkileri*, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1),37-43.

- (83) Sagnic, S. Cavkaytar, S. Kokanali, M.K. Doğana, M. (2021). *The impact of delivery mode and parity on development of pelvic organ prolapse and urinary incontinence* *Doğum şekli ve paritenin pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans gelişimi üzerine etkisi*, *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*;18(4);1010–1016. <https://doi.org/10.38136/jgon.934350>
- (84) Saadia, Z. (2015). *Relationship between mode of delivery and development of urinary incontinence: A possible link is demonstrated*, *Int J Health Sci(Qassim)*, 9(4), 446–452.
- (85) Martins, G. Soler, Z.A.S.G. Cordeiro, J.A. Amaro, J.L. Moore (2010). *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women*, *Int Urogynecol J*, 21(10),1271-7. DOI: 10.1007/s00192-010-1185-2
- (86) Leroy SL, Lúcio A, Lopes MH. (2016). *Risk Factors for Postpartum Urinary Incontinence*. *Rev Esc Enferm USP*, 50(2), 200-7. DOI: 10.1007/s00192-010-1185-2. Epub 2010 May 26.
- (87) Sharma J.B, Aggarwal S, Singhal S, Kumar S, Roy K.K (2009), *Prevalence of urinary incontinence and other urological problems during pregnancy: a questionnaire based study*. *Arch Gynecol Obstet*, 279(6), 845–51. DOI: 10.1007/s00404-008-0831-0. Epub 2008 Nov 19.
- (88) Liang C.C, Chang S.D, Lin S.J, Lin Y.J (2012). *Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy*. *Arch Gynecol Obstet*, 285(5), 1205–121. DOI: 10.1007/s00404-011-2124-2. Epub 2011 Nov 1.

- (89) Pizzoferrato, A.C. Briant, A.R. Grand, C.Le. Gaichies, L. Fauvet, R. Fauconnier, A. Fritel (2023). *Influence of prenatal urinary incontinence and mode of delivery in postnatal urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis*, 52(3), 102-536. DOI: 10.1016/j.jogoh.2023.102536. Epub 2023 Jan 14.
- (90) Blomquist, Joan.L. Munoz, A. Carroll, M. Hand, Victoria L,(2018). *Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth*, 320(23), 2438-2447. doi: 10.1001/jama.2018.18315.
- (91) Handa, V.L. Blomquist, J.L. Knoepp, L.R. Hoskey, K.A. McDermott, K.C. Munoz, A. (2011). *Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth*; 118(4), 777-84. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182267f2f.
- (92) Kibar Tunç, E. (2021). *Gebelik ve Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Uyku Kalitesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, S.B.Ü.
- (93) Savucu, Y. (2020). *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi, 2(1), 34-43.
- (94) Gözükar, F. Koruk, İ. Kara, B. (2015). *Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence*, Turk J Med Sci, 45(4), 931-9. DOI: 10.3906/sag-1410-31.
- (95) Amaral, M.O.P. Coutinho, E.C. Nelas, P.A.A.B. Chaves, C.M.B. Duarte, J.C. (2015). *Risk factors associated with urinary incontinence in Portugal and the*

- quality of life of affected women*, Int J Gynaecol Obstet,131(1),82-6. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.03.041. Epub 2015 May 30.
- (96) Fu, T. Wang, C. Yan, J. Zeng, O. Ma, C. (2023). *Relationship between antenatal sleep quality and depression in perinatal women: A comprehensive meta-analysis of observational studies*, Journal of Affective Disorders, 14(327), 38-45. DOI: 10.1016/j.jad.2023.01.125. Epub 2023 Feb 3.
- (97) Mindell, J. A., Cook, R. A., Nikolovski, J. (2015). “Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy”, Sleep medicine- Elsevier, 16(4), 483-488.
- (98) Pacheco, D., Callender, E., (2023), *Pregnancy and Sleep*, sleepfoundation.
- (99) Palagini, L. Gemignani, A. Banti, S. Manconi, M. Mauri, M. Riemann, D. (2014). *Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome*, Sleep Medicine, 15(8), 853-859. DOI: 10.1016/j.sleep.2014.02.013. Epub 2014 May 27.
- (100) Kibar Tunç, E. ve Güvenç, G. (2017). *Gebelik ve postpartum dönemdeki kadınlarda uyku kalitesi ve depresyonun Değerlendirilmesi*, Kocatepe Medical Journal, 18:85-88. DOI: <https://doi.org/10.51123/jgehes.2022.56>
- (101) Öztürk GZ, Toprak D, Basa E.(2012). *35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 46(4),170-176

- (102) Behboodi Moghadam, Z. Rezaei, E. Rahmani, A. (2021). *Sleep Disorders During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review* *Sleep Med Res*, 12 (2), 81-93.
DOI: <https://doi.org/10.17241/smr.2021.00983>
- (103) Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A.S., & Myllyla, V.V. (2002). *Effects of pregnancy on mothers' sleep*. *Sleep Medicine*, 3(1), 37-42.
DOI: 10.1016/s1389-9457(01)00130-7.
- (104) Ertekin Pinar, Ş. Arslan, Ş. Polat, Ş. Çiftçi, D. Cesur, B. Dağlar, G. (2002). *Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, *DEUHYO ED*, 7(3),171-177
- (105) Kızılırmak, A. Timur, S. Kartal, B. (2012). *Insomnia in Pregnancy and Factors Related to Insomni*The Scientific World Journal,2(8). DOI: 10.1100/2012/197093. Epub 2012 Apr 24.
- (106) Jemere, T., Getahun, B., Tadele, F., Kefale, B., Walle, G., (2021). *Poor sleep quality and its associated factors among pregnant women in Northern Ethiopia, 2020: a cross sectional study*. *PLoS One* 16,(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0250985. eCollection 2021.
- (107) Murat Öztürk, D. Yılmaz, A. Müsüroğlu, S. Sevinç, S. Akcan, B.(2019). *Son Trimesterdeki Gebelerin Uyku Kalitelerinin ve Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi: Gebelikte Son Trimesterde Uyku*, *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*,10 (3), 212-216. <https://doi.org/10.22312/sdusbed.490651>

- (108) Çelik F, Köse M. (2017). *Gebelikte uyku kalitesinin trimester ile ilişkisi*. Kocatepe Tıp Dergisi, (18),85-88. <https://doi.org/10.18229/kocatepetip.344658>
- (109) Göktaş, E., Çelik, F., Özer, H., Çıray Gündüzoğlu, N.(2015). *Obez Bireylerin Uyku Kalitesinin Belirlenmesi*, DEUHFE, 8(3),156-161.
- (110) Haas DM, Parker CB, Wing DA, Parry S, Grobman WA, Mercer BM, (2015). *A description of the methods of the Nulliparous Pregnancy Outcomes Study: Monitoring mothers-to-be (nuMoM2b)*. Am J Obstet Gynecol, 212(4),1-539. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.01.019. Epub 2015 Jan 31.
- (111) Pien GW, Pack AI, Jackson N, Maislin G, Macones GA, Schwab RJ. (2014). *Risk factors for sleep-disordered breathing in pregnancy*. Thorax., 69(4),371-7. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2012-202718. Epub 2013 Nov 21.
- (112) Beebe KR ve Lee KA. (2007). *Sleep Disturbance in Late Pregnancy and Early Labor*. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 23 103–108. DOI: 10.1097/01.JPN.0000270626.66369.26.
- (113) Takelle GM, Muluneh NY, Biresaw MS. (2022). *Sleep quality and associated factors among pregnant women attending antenatal care unit at Gondar, Ethiopia: a crosssectional study*. BMJ Open, 12:e056564. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056564.
- (114) Jodi A. Mindell, Rae Ann Cook, Janeta Nikolovski, (2015). *Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy*, Sleep Medicine;16(4);483-488

(115) Drake C, Roehrs T, Shambroom J, (2013). *Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed.* J Clin Sleep Med, 9:1195–200.
DOI: 10.5664/jcsm.3170

EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı aşağıda size ilişkin verilen sorulara cevap vermeniz istenmektedir. Her bir sorunun cevaplanması çalışma sonuçları açısından önemlidir. Teşekkürler

A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:.....
2. Eğitim durumunuz;
a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite ve üstü
3. Çalışma durumunuz:
a.Çalışıyor b. Çalışmıyor
4. Ekonomik durumunuz:
a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla
5. Kilonuz:.....
6. Boyunuz:.....
7. Beden Kitle indeksiniz:.....

B. Obstetrik Özellikler

1. Gebelik Sayınız:.....
2. Doğum sayınız:.....
3. Çocuk sayınız:.....
4. Düşük yaşadınız mı? a. Evet b. Hayır
5. Kürtaj yaşadınız mı? a. Evet b. Hayır
6. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....
7. Varsa önceki doğum şekliniz neydi? a. Vajinal doğum b. Sezaryendoğum
8. Varsa önceki doğumda komplikasyon/sorun yaşadınız mı? a. Evet b. Hayır

C. Kişisel Alışkanlıklar

1. Sigara kullanıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
2. Alkol kullanıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
3. Kafeinli içecekler (kola, kahve, çay) tüketiyor musunuz? a. Evet b. Hayır
4. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
5. Günlük ortalama kaç saat ayakta kalırsınız?.....
6. Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz? a. Evet b. Hayır

Ek 2: Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSI) Ölçeği

Sayın katılımcı aşağıda yer alan idrar yapma ile ilgili yaşanan sorunlara yönelik soruları geçtiğimiz ay içinde yaşadığınız sorunları düşünerek cevaplayınız. Bu sorunların sıklığını belirtirken;

Ara sıra - Geçtiğimiz ayın üçte birinden daha az kez / defa

Bazen - Geçtiğimiz ayın üçte biri ile üçte iki arasında kez / defa

Genellikle - Geçtiğimiz ayın üçte ikiden daha fazla kez / defa anlamında kullanılmaktadır.

1-) Gece ortalama kaç defa idrar yapmak için kalkıyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 veya daha fazla

2-) İdrar yapmak için tuvalete yetişmekte acele ettiğiniz oluyor mu?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

3-) Mesanenizde (idrar torbanızda) ağrı hissediyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

4-) Günde kaç kez idrar yapıyorsunuz?

- Her 4 saatte ya da daha fazla saatte bir yapıyorum
- Her 3 saatte bir yapıyorum
- Her iki saatte bir yapıyorum
- Saatte bir yapıyorum

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

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen

- Genellikle
- Her zaman

6-) İdrar yapmak için ıkınmanız gerekiyor mu?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

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

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

8-) Tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığınız oluyor mu?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

9-) Ne kadar sıklıkla idrar kaçıırıyorsunuz?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra (Haftada 1 veya daha az)
- Bazen (Haftada 2-3)
- Genellikle (Günde 1)
- Her zaman (Günde birkaç kez)

10-) Öksürürken, hapsirirken, fiziksel olarak hareketli olduğunuzda idrar kaçııyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

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

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

12-) Uykuda iken idrar kaçııyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

13-) İdrar sorunlarınız sizce cinsel hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- Hiç
- Az
- Bazen
- Biraz
- Çok

14-) Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığınız oluyor mu?

- Hiç
- Az
- Bazen
- Biraz
- Çok

15-) İdrar kaçırma nedeniyle gün içerisinde kıyafetlerinizi değiştirmeniz gerekiyor mu?

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

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

- Hiçbir zaman
- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

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

- Hiç
- Az
- Bazen
- Biraz
- Çok

18-) Yakınlarında tuvalet olmadığını bildiğiniz yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz? (Alışveriş, seyahat, tiyatro).

- Hiçbir zaman

- Ara sıra
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

19-) İdrar şikayetleriniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- Hiç
- Az
- Bazen
- Genellikle
- Her zaman

Ek 3: Richard's Campbell Uyku Ölçeği (Rcuö)

1- Dün gece uykum,

Hafifti

Derindi

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

2- Dün gece uykuya dalma,

Zar zor uykuya daldım

Neredeyse yatar yatmaz uyudum

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

3- Dün gece uyanma sıklığı,

Bütün gece döndüm durdum

Çok uyanmadım

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

4-Dün gece uyanık kalma süresi,

Ne zaman uyansam ya da uyandırılısam uyuyamadım

Hemen uyudum

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

5-Dün gece uykunun kalitesi,

Kötü bir geceydi neredeyse hiç uyuyamadım

Güzel bir geceydi hiç uyanmadım

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

6- Dün gece gürültü seviyesi,

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

Ek 4: UDİ-6 Urinary Distress Inventory

Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	HİÇ	HAFİF	ORTA	ÇOK
Sık idrara çıkma ?				
Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçıрма?				
Öksürme ve hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçıрма?				
Damla damla, az miktarda idrar kaçıрма				
İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?				
Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?				


Ek 5: Ölçek İzinleri

Sayın Hocam,

Ben, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi, Damla Erdem. Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk ile birlikte "Gebelerde Alt Üriner Sistemleri Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı tez için 2010 yılında "**Richard's Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ)**" Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik güvenilirlik çalışmasını kullanmayı planlıyoruz. Ölçeği kullanmak için izninizi, konu başlığına uygunluğu hakkında düşüncenizi ve kullanım yönergesini benimle paylaşmanızı rica ediyorum.


İlginiz için şimdiden çok teşekkür ederim .

Saygılarımla



INFORMACIÓN
DAMLA ERDEM

5 Oca



Richards Uyku ölçeğın türkçe hali.do...
DOCX - 21 KB

Merhaba Damla

Ölçek ekte yer almakta. Çalışmada kolaylıklar diliyorum.

Doç.Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ

Sayın Hocam,

Ben, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi, Damla Erdem. Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk ile birlikte "Gebelerde Alt Üriner Sistemleri Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı tez için Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini yaptığınız " **UDİ-6 Ürogenital Distress Inventory** " ölçeğini kullanmayı planlıyoruz. Ölçeği kullanmak için izninizi, konu başlığına uygunluğu hakkında düşüncenizi ve kullanım yönergesini benimle paylaşmanızı rica ediyorum.

İlginiz için şimdiden çok teşekkür ederim .

Saygılarımla

[Android için Outlook'u edinin](#)



Pınar Ay
DAMLA ERDEM

13 Oca



Sevgili Damla,
Ölçeği kullanabilirsin.
Başarılar dilerim,
P.Ay

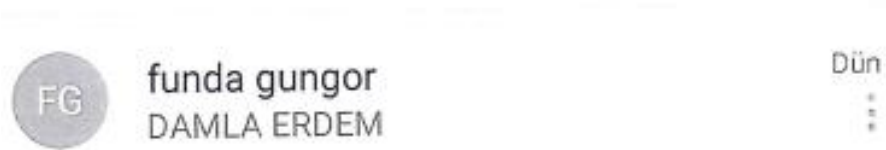
Sayın Hocam,

Ben, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi, Damla Erdem. Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk ile birlikte "Gebelerde Alt Üriner Sistemleri Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı tez için Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğini yaptığınız "**Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BKAÜSSİ) Ölçeği**" ölçeğini kullanmayı planlıyoruz. Ölçeği kullanmak için izninizi, konu başlığına uygunluğu hakkında düşüncenizi ve kullanım yönergesini benimle paylaşmanızı rica ediyorum.

İlginiz için şimdiden çok teşekkür ederim .

Saygılarımla

[Android için Outlook'u edinin](#)



Anketi kullanabilirsiniz

Saygılarımla,

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Yalın ve anlaşılır bir dil kullanılarak hazırlanmalıdır. Formda yer alan bilgiler başvuru dosyasındaki diğer belgelerdeki bilgilerle uyumlu olmalıdır.)

ARAŞTIRMANIN ADI:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu form ile “Gebelerde Alt Üriner Sistem Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Gönüllünün anlayabileceği bir dille kısaca açıklanmalıdır.

Gebelerde sık idrara çıkma, idrar kaçırma, sürekli tuvalete gitme ihtiyacı hissetmesi kaçınılmaz bir durumdur. Özellikle gebelerde sık idrara çıkma durumu uyku kalitesini etkileyebiliyor. Bu çalışmada ise gebelerde alt üriner sistem semptomları ve uyku kalitesine etkisi nelerdir bunu belirlemek amacıyla incelemektir.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmanın süresi, yapılacağı yer, araştırmanın beklenen yararı/yararları, uygulanacak tüm işlemler / girişimler ve özellikleri, yan etkileri, riskleri, verebileceği rahatsızlıklar, bu işlemler / girişimlerin ne kadar sürede tamamlanacağı, elde edilecek biyolojik materyallerin hangi amaçla kullanılacağı, saklanıp saklanmayacağı ya da başka bir araştırmada kullanılıp kullanılmayacağı, alınacak biyolojik materyallerin miktarı gönüllünün anlayabileceği bir dille açıklanmalıdır.

Bu araştırmaya, gönüllü olan gebeler katılım gösterecektir. Sizin bu araştırmada ki sorumluluğunuz anket formlarını içtenlikle doldurmanızdır. Kullanılan anket formları

uzmanlar tarafından geliştirilmiş bilimsel anketlerdir. Çalışma için ayıracağınız süre yaklaşık 10 dakika olarak öngörülmektedir. Dolduracağınız anketlerde kimliğinize dair herhangi bir bilgi istenmeyecek ve anketler isimsiz olarak toplanarak mahremiyetiniz korunacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Damla Erdem

Görevi : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon :

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Damla Erdem ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Arastirmaci

Adı soyadı, unvanı: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

Ek 7: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni



Sağlık Bilimleri Fakültesi / Faculty of Health Sciences

SAĞLIK BİLİMLERİ TEMEL ALANI ETİK ALT KURULU

Sayı: ETK00-2023-0203

24.10.2023

Konu: Etik Kurulu'na Başvurumuz Hk.

Sayın: Damla Erdem

Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk danışmanlığında yürüttüğümüz "Alt Üriner Sistemleri Semptomları ve Uyku Kalitesine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmamızla ilgili başvurumuz, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Temel Alanı Etik Alt Kurulu'nun 24.10.2023 tarih ve 2023/017 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.



Yrd. Doç. Dr. Sema Erge

DAÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sağlık Bilimleri Temel Alanı Etik Alt Kurulu Başkanı

Ek 8: Kurum İzni



K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
DR BURHAN NALBANTOĞLU
DEVLET HASTANESİ



14/02/2022

Doğu Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Damla Erdem tarafından yürütülecek “Gebelerde Alt Üriner Sistem Semptomları ve Uyku
Kalitesine Etkisi” başlıklı çalışma 17/12/22 tarihinde 66/21 proje kodu ile onaylanmıştır.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Etik Kurul Adına

Uzm. Dr. Ömer Taşargöl



Uzm. Dr. Sonuç B. Yılmaz
Psikiyatri Uzmanı

İLETİŞİM
Tel: +90 392 22 85441
Fax: + 90 392 22 31899
Email: lbndtanitim@gmail.com