

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

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA  
ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Tezi Hazırlayan  
Özlem ÇİFTÇİ**

**Tezi Yöneten  
Prof. Dr. Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**KAYSERİ-2009**

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

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARDA  
ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Tezi Hazırlayan  
Özlem ÇİFTÇİ**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr. Osman GÜNAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**KAYSERİ-2009**

Prof.Dr.Osman GÜNAY Danışmanlığında Özlem ÇİFTÇİ tarafından hazırlanan “Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği’ne Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

26.10.2009

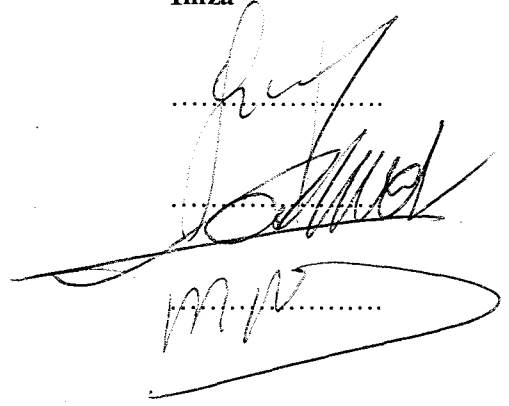
**JÜRİ :**

Başkan : Prof. Dr. Osman GÜNAY

Üye : Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye : Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER

**İmza**



**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Enstitü Müdürü**  
**Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU**

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasına katkısı olan ve desteğini esirgemeyen Tez Danışmanım Prof. Dr. Osman Günay'a, anket uygulanmasına izin veren Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne, araştırmanın tüm aşamalarında bana destek olan aileme ve eşime teşekkür ederim.

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ JİNEKOLOJİ  
POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**ÖZET**

Bu çalışma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve çeşitli sosyodemografik ve tıbbi faktörlerin üriner inkontinans sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniği'ne başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırma verileri 15 Ekim 2007- 31 Ocak 2008 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlara yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırma süresince 775 kadın hastayla görüşülmüştür.

Araştırmada veriler; kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik bilgileri ve üriner inkontinansla ilişkili 45 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 13.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiki analizi için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre; araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı %36.6 bulunmuştur (n= 775). Kadınların %33.5'inde stres inkontinans, %26.8'inde urge (acil) inkontinans görülmektedir. İlerlemiş yaş, gebelik sayısı, kürtaj sayısı, doğum sayısı, doğumun güç olması, sık idrar yolu iltihabı, rahim sarkması, ürogenital ameliyat geçirme, şeker hastalığı (diyabet), sigara içme ve kabızlık gibi faktörlerin üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığı; kendiliğinden düşük yapma, iri bebek doğurma ve idrar sondası uygulanmasının üriner inkontinans görülme sıklığının artması üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca; üriner inkontinansı olan kadınlarda günlük idrar sayısında artma, gece idrara kalkma, idrar yanması ve idrar yapma güçlüğü sıklığında artma saptanmıştır. Kadınlarda üriner inkontinans sık görülen bir şikayet olmakla birlikte hastaların %48.5'i tedavi için doktora başvurmuştur.

Sonuç olarak, araştırma grubunun yaklaşık üçte birinde üriner inkontinans olup çeşitli sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik faktörler inkontinans görülme sıklığını etkilemektedir. Üriner inkontinansı olan kadınların tedavi hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Üriner inkontinans, prevalans, jinekoloji

**PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AMONG THE WOMEN ATTENDING  
GYNAECOLOGY CLINICS OF KAYSERİ TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL**

**ABSTRACT**

This study was carried out in order to determine the prevalence of urinary incontinence among the women attending to outpatient clinics of gynecology of Kayseri Training and Research Hospital and to investigate the impacts of a number of sociodemographic and medical factors on the prevalence of urinary incontinence.

This investigation was designed as a descriptive study. The women outpatients in the department of gynaecology in Kayseri Research and Education Hospital comprised the study population. Data were collected to apply a questionnaire among 15 October 2007- 31 January 2008. A total of 775 women were included in the study.

The questionnaire has included of 45 questions related to the socio demographic characteristics, obstetric and gynecologic information and type of urinary incontinence. Data were analysed using the SPSS (version 13.0) computer program. Chi square test was performed for statistical analyses.

The prevalence of urinary incontinence was found as 36.6%, 33.5 percent had stress incontinence, 26.8 percent had urge incontinence. It was detected the prevalence rate of urinary incontinence increased with age, pregnancy, curettage, birthrate, exposed to frequent urinary infection, pelvic organ prolapse, pelvic and vaginal surgery, diabetes, smoking and constipation. No significant effects of spontaneous abortion, high birth weight and urinary catheter were found on the prevalence rate of urinary incontinence. It was observed that the women who had urinary incontinence had pollacuria, nocturia, difficulty micturition and dysuria. Although urinary incontinence is a common complaint in women's life, our results show that only 48.5% asked for medical help.

It was concluded that, 1/3 of the study group has urinary incontinence, various sociodemographic, obstetric and gynecologic factors affect the prevalence rate of urinary incontinence. The precautions should be taken in order to have better management services in urinary incontinence suffering women.

**Key Words:** Urinary incontinence, prevalence, gynecology

**İÇİNDEKİLER**

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO LİSTESİ .....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TANIMI .....	3
2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ .....	3
2.2.1. Stres İnkontinans.....	3
2.2.2. Urge İnkontinans (Acil İdrar Kaçırma) .....	4
2.2.3. Mikst Tip İnkontinans (Karma İdrar Kaçırma).....	5
2.2.4. Overflow (Taşma Tipi) İnkontinans .....	5
2.2.5. Fonksiyonel ve Bilişsel İnkontinans .....	5
2.2.6. Ekstraüretal İnkontinans.....	6
2.3. ÜRİNER İNKONTİNANSIN EPİDEMİYOLOJİSİ .....	6
2.3.1. Herhangi Bir İnkontinans Türünün Prevalansı .....	6
2.3.2. Üriner İnkontinans Vakalarının İnkontinans Türlerine Göre Dağılımı .....	6
2.3.3. Üriner İnkontinansın İnsidansı.....	6
2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS NEDENLERİ .....	7
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TANISI.....	9
2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSTAN KORUNMA.....	11
2.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ .....	11
2.7.1. Üriner İnkontinansın Cerrahi Olmayan Tedavisi.....	12
2.7.2. Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisi .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
4. BULGULAR .....	25
5. TARTIŞMA .....	58

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR .....	67
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma Grubundaki Kadınların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri .....	25
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	26
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı .....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı .....	27
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	27
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	28
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	28
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	29
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı .....	30
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	30
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	31
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	31
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı .....	32
<b>Tablo 4.14.</b> Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	32
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	33
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	33
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	34
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	34
<b>Tablo 4.19.</b> Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	35

<b>Tablo 4.20.</b> Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	35
<b>Tablo 4.21.</b> Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	36
<b>Tablo 4.22.</b> Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı ..	37
<b>Tablo 4.23.</b> Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	38
<b>Tablo 4.24.</b> Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	38
<b>Tablo 4.25.</b> Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	39
<b>Tablo 4.26.</b> Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	39
<b>Tablo 4.27.</b> Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	40
<b>Tablo 4.28.</b> Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	40
<b>Tablo 4.29.</b> Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	41
<b>Tablo 4.30.</b> Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı .....	41
<b>Tablo 4.31.</b> Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı .....	42
<b>Tablo 4.32.</b> Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	42
<b>Tablo 4.33.</b> Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	43
<b>Tablo 4.34.</b> Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	43
<b>Tablo 4.35.</b> Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	44
<b>Tablo 4.36.</b> Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	44
<b>Tablo 4.37.</b> Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	45
<b>Tablo 4.38.</b> Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	45
<b>Tablo 4.39.</b> Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı .....	46
<b>Tablo 4.40.</b> Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı .....	46

<b>Tablo 4.41.</b>	Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	47
<b>Tablo 4.42.</b>	Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	47
<b>Tablo 4.43.</b>	Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	48
<b>Tablo 4.44.</b>	Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı.....	48
<b>Tablo 4.45.</b>	Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı.....	49
<b>Tablo 4.46.</b>	Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı.....	49
<b>Tablo 4.47.</b>	Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı .....	50
<b>Tablo 4.48.</b>	Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı .....	50
<b>Tablo 4.49.</b>	Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı .....	51
<b>Tablo 4.50.</b>	Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı .....	51
<b>Tablo 4.51.</b>	Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı .....	52
<b>Tablo 4.52.</b>	Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı .....	52
<b>Tablo 4.53.</b>	Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu.....	53
<b>Tablo 4.54.</b>	Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu.....	53
<b>Tablo 4.55.</b>	Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu.....	54
<b>Tablo 4.56.</b>	Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu .....	54
<b>Tablo 4.57.</b>	Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu .....	55
<b>Tablo 4.58.</b>	Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu .....	55
<b>Tablo 4.59.</b>	Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü .....	56
<b>Tablo 4.60.</b>	Araştırma Grubunda Stres İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü .....	56
<b>Tablo 4.61.</b>	Araştırma Grubunda Acil İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü .....	57

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans (Üİ); kişide sosyal ve hijyenik problemlere sebep olan, objektif olarak gösterilebilen, istemsiz idrar kaçırmadır. Alt üriner sistem disfonksiyonunun önemli bir semptomudur.

Üriner inkontinansı olan kadınların toplumdaki gerçek oranını hesaplamak çok güçtür. Çünkü birçok kadın bu problemi doğumun ya da ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görüp tedavi için doktora başvurmamaktadır veya söylemeye utanmaktadır. Kadınların doktora başvurana kadar ortalama 9 yıl geçirdikleri tespit edilmiştir.

Tüm kadınların yaklaşık % 20'sinde görülen üriner inkontinans şikayetleri premenopozal çağda % 20–25 ve menopoz çağındaki kadınlarda ise % 40-60'lara kadar çıkmaktadır. Üriner inkontinans tek bir hastalık değildir. Daha çok altta yatan bir hastalığın belirtisidir. Önemli bir klinik sorun, önemli bir bağımlılık ve düşkünlük nedenidir.

Yaşam kalitesini bozarak hastayı kısıtlayan ve psikolojik sorunlara neden olan üriner inkontinans her yaştaki kadınları etkileyebilmektedir. ABD'de yıllık tedavi maliyetinin, hemşirelik bakımı ile birlikte yaklaşık olarak 16.4 milyar dolar dolayında olduğu tahmin edilmektedir. Bu da inkontinans sorununun, birey ve ülke ekonomisine oldukça fazla bir yük getirdiğini göstermektedir.

Kırsal kesimde bu sorunun kadınlar tarafından yaşlanmaya bağlı doğal bir durum gibi görülmesi hekime başvurmayı engellemekte, buna karşılık kentlerde ve özellikle çalışan

kadınlarda idrar kaçırma derin depresyon, yalnızlık duygusu ve sosyal ilişkilerde bozulmaya (idrar kokusu, ıslaklık hissi nedeniyle) yol açmaktadır. İdrar kaçırma kadın tarafından saklanan, öz saygıyı düşüren, genellikle utanılacak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadınların ömürlerinin uzaması ile sorun daha da büyümektedir. Bu nedenle üriner inkontinans sağlık çalışanlarının özel olarak üzerinde durması gereken bir sağlık sorunudur. Kadın sağlığını geliştirmek için kadınlarda üriner inkontinans gelişimini önlemek ve tedavisinde aktif rol almak sağlık personelinin önemli sorumluluklarındandır. Özellikle son yıllarda üriner inkontinans tedavisinde yan etkisinin bulunmaması, invaziv olmaması ve maliyetinin düşük olması gibi nedenlerden dolayı davranışsal tedavi yöntemleri daha fazla ilgi görmektedir. Sağlık personelinin, kadınların sağlıklı yaşam sürmelerini sağlamada davranışsal tedavi yöntemlerini bilmeleri; üriner inkontinans sorunlarını tanımlayarak tedavisine yardımcı olmaları ve kadınlara da bu yöntemleri öğretmeleri önemlidir.

Üriner inkontinans bulgularını belirlemeye yönelik çalışmaların daha da artırılması ve sağlık profesyonelleri tarafından toplumun üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumlarını arttırmak için özellikle en riskli grup olan kadınlara yönelik hizmetlere önem verilmesi gerekmektedir.

Bu araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını saptamak ve çeşitli sosyo-demografik ve tıbbi faktörlerin üriner inkontinans sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TANIMI**

Kontinans, kişinin istediği zaman ve yerde kontrollü idrar yapmasıdır. İntrauretral basıncın, mesane basıncından daha yüksek olması ile sağlanır. İntrauretral basıncı, mesane boynu, üretranın iç ve dış sfinkterleri ve pelvik taban kaslarının istirahat tonusu ve gücü sağlar.

Üriner inkontinans, idrarın kontrolsüz olarak kaçırılması olup, kadınlarda belirgin sosyal ve hijyenik problemlere yol açmaktadır. İnkontinans, utanç ve kendine güvensizlik hissi ortaya çıkarmaktadır (1,2). İnkontinans, duygusal ve psikolojik iyilik halini azaltmakta (3), cinsel hayatı zayıflatmakta(4,5) ve sosyal etkinlikleri ve ilişkileri etkilemektedir (6,7).

### **2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ**

Üriner inkontinans; inkontinansın tedavisi, patofizyolojisi ve etiyolojisi açısından birçok tiplere ayrılabilir.

#### **2.2.1. Stres İnkontinans**

Stres inkontinans, karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (gülerken, hapşırırken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken) istemsiz idrar kaybıdır (8). İdrar kaçırmanın en sık görülen nedenidir ve idrar kaçırmanın % 50-70'inde görülmektedir. Stres üriner inkontinansın en önemli nedeni pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Güçlü

bir pelvik taban üretrayı idrar yapma zamanı gelinceye kadar kapalı tutar. Pelvik taban kasları zayıf olduğunda, karın içi basıncını arttıracak durumlar (hapşırma gibi) üretranın açılmasına ve idrar kaçırmasına neden olur. Çok sayıda doğum, iri bebek doğurma, vakum ile doğurma, ailesel yatkınlık ve menopoz risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Stres üriner inkontinansın bir diğer nedeni de mesane boşalmasını sağlayan kasların yetersizliğidir. Bu kaslar mesane dolarken üretrayı tutar, idrar zamanı gelince gevşeyerek idrar yapmaya yardımcı olur. Sfinkter denen bu kasların yetmezliğinde kaslar işlevlerini yerine getiremediği için çeşitli hareketler sırasında (öksürme, hapşırma gibi) idrar kaçırılır.

### **2.2.2. Urge İnkontinans (Acil İdrar Kaçırma)**

Bu idrar kaçırma tipi genellikle mesane dolumu ya da diğer uyarılmalarla kendiliğinden mesane kasılmalarına bağlı olup, üriner inkontinansı olan hastaların % 20-30'unda görülmektedir. Tuvalet gitme ihtiyacı hissedildiği anda tuvalet yetişmeden idrar kaçırma olayına bu tipte sık rastlanmaktadır.

Stres inkontinansın farkı; idrar kaçırmanın pelvik tabandaki zayıflıktan değil, mesane kaslarının aşırı duyarlı olmasından kaynaklanıyor olmasıdır. Hastaların büyük çoğunluğunda neden bilinmemektedir. Bir kısmında da geçirilmiş sık mesane enfeksiyonları, omurga travması, bel fıtığı, diyabet, parkinson, demans ve kas hastalıkları gibi kronik hastalıklar görülmektedir (9).

Acil inkontinans, aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden istem dışı idrar kaçırmadır. Bazı insanlarda özellikle yaşlı insanlarda bu durum herhangi bir heyecan durumunda, idrar yapma hissi uyandırmadan, altında yatan bir mekanizmaya bağlı olarak (detrusor kasların aşırı çalışması gibi) ortaya çıkabilmektedir.

Acil inkontinans, mesanenin spontan kontraksiyonları veya mesanenin dolu olduğu durumda hastanın idrara çıkmamasına bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Bu durum mesanenin aşırı aktivitesi olarak bilinmektedir. Mesanenin aşırı aktivitesi, günlük aktivitelerin azalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (9). Bu durumda kişi idrarı geldiğinde tuvalet yetiştiirmeden kaçırma problemi ile karşı karşıyadır. Klasik bulguları; idrar yapma (miksiyon) sıklığında artma (frequency), ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi (urgency) ve bu hissini bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır.

### **2.2.3. Mikst Tip İnkontinans (Karma İdrar Kaçırma)**

Mikst tip inkontinans, stres inkontinans ve acil inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü idrar kaçırma tipi olup, inkontinanslı hastaların % 15-20'sinde görülmektedir (10).

Bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; üriner inkontinansın % 48.5'ini Stres Üriner İnkontinans (SÜİ), % 17.5'ini Urge İnkontinans (Uİ), % 34.0'ını Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ) oluşturmaktadır (10).

### **2.2.4. Overflow (Taşma Tipi) İnkontinans (10)**

Overflow inkontinans, pelvik organ prolapsusu ve/veya omurilik zedelenmesi gibi sinirsel durumlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. İdrar kaçıran kadınların % 5-10'unda görülmekte olup en az yaygınlıkta görülen inkontinans tipidir.

Mesanede kapasitenin üzerinde idrar biriktiğinde, idrar yapma zorunluluğu hissetmeden küçük miktarlarda idrar kaçırlır. Kadın hiçbir zaman idrar torbasını tamamen boşaltamaz.

Overflow inkontinans; diyabet, geniş pelvik ameliyatlar, omurilik yaralanmaları ve multiple skleroz gibi bazı kas hastalıkları sonucu görülmektedir.

Özellikle şeker hastalığına (diyabet) bağlı sinir harabiyeti sonucunda (diyabetik nöropati) ortaya çıkmaktadır ve bu durum 'nörojenik mesane' olarak da isimlendirilir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmaz. İdrar hissi olduğu anda ise kişi idrarını tutamayarak kaçırma problemi ile karşı karşıya kalır.

Mesane çıkımındaki bazı darlıklar sonucunda da taşma inkontinansı görülebilir.

### **2.2.5. Fonksiyonel ve Bilişsel İnkontinans (10)**

Fonksiyonel inkontinans, romatizmal birtakım hastalıklar gibi 'hastanın hareket kısıtlılıklarına neden olan durumlar' sonucunda görülen idrar kaçırma problemidir.

Bilişsel inkontinans ise, demanslı (bunaması olan) hastalarda sıktır ki bunlar ya tuvalete gitmeyi unuturlar ya da mesanelerinin dolduğunu fark edemezler.



### 2.2.6. Ekstraüretal İnkontinans

Üretral çıkış dışındaki yerlerden idrar kaçağı olarak tanımlanır. Vezikovajinal, üretrovajinal fistüller ve ektopik ureter gibi durumlarda görülür (10).

## 2.3. ÜRİNER İNKONTİNANSIN EPİDEMİYOLOJİSİ

### 2.3.1. Herhangi Bir İnkontinans Türünün Prevalansı:

- MESA (Medical Epidemiyologic and Social Aspects of Aging- 1983) çalışmasında, 60 yaşın üzerinde üriner inkontinans prevalansı %38 bulunmuştur (11).
- 18 yaşın üzerinde, son 30 günde istemsiz idrar kaybı prevalansı; İspanya'da %15, Fransa'da %32, İngiltere'de %32, Almanya'da %34, ABD'de %37 bulunmuştur (12).
- Zencilerde üriner inkontinans daha az görülmektedir. Zencilerde üretral basınç daha yüksektir, mesane hacmi daha büyüktür (12).

### 2.3.2. Üriner İnkontinans Vakalarının İnkontinans Türlerine Göre Dağılımı (13):

- Avrupa'da Stres üriner inkontinans, Mikst (karma) tip inkontinans ve Urge (acil) inkontinansdan daha sık görülmektedir.
- Amerika'da üriner inkontinansı olanların %41.5'inde Stres üriner inkontinans, %45.0'ında Mikst (karma) tip inkontinans, %13.5'inde ise Urge (acil) inkontinans görülmektedir.
- Asya 'da üriner inkontinansı olanların %13.0'ında Stres üriner inkontinans, %64.0'ında Mikst (karma) tip inkontinans, %23.0'ında ise Urge (acil) inkontinans görülmektedir.
- Türkiye'de üriner inkontinans görülme sıklığı %23.9 olup, üriner inkontinansı olanların %33.1'inde stres üriner inkontinans. %25.6'sında Urge (acil) inkontinans, %41.3'ünde ise Mixt (karma) tip inkontinans görülmektedir (14).

### 2.3.3. Üriner İnkontinansın İnsidansı:

Üriner inkontinans insidansı ile ilgili en kapsamlı kaynaklardan biri MESA araştırmasıdır. Bu çalışmada yaşam boyu insidans %22.4 olarak bulunmuştur (15). Başka bir çalışmada bir yıllık insidans genç hastalarda %3, yaşlı hastalarda %6 olarak tespit edilmiştir. Yaş ile insidans artmaktadır (16).

## 2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS NEDENLERİ

Üriner inkontinansa yol açan faktörler arasında; yapısal ve dokuya ait bozukluklar, doğumlara ilişkin travmalar, yaşlanma ve östrojen eksikliği sonucu ortaya çıkan pelvis tabanındaki dejenerasyon, karın içi basıncını arttıran kronik akciğer hastalıkları, sigara, kronik kabızlık ve obezite yer almaktadır (17).

### Üriner İnkontinans Nedenleri ve Risk Faktörleri

- İlerleyen yaş
- Menopoz
- Doğum sayısı
- Fazla kilolu olmak, obezite
- Kalıtsal sebepler
- Kabızlık
- Kronik akciğer hastalıkları
- Geçirilmiş rahim ameliyatları
- Sigara
- Tekrarlayan mesane(idrar torbası) enfeksiyonları, kronik sistit
- Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, kimyasallar
- Fistüller
- Gebelikte idrar kaçırma öyküsü

**İlerleyen Yaş :** Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflar, üretra aşağıya doğru yer değiştirir, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve inkontinans görülme olasılığı artmaktadır.

Özellikle yaşlılarda, üriner sistemin dışında kalan bazı faktörler nedeniyle inkontinans ortaya çıkabilir. Üriner sisteme direkt müdahale edilmese bile, bu faktörlerin düzeltilmesi ile idrar kaçırma düzelir. İnkontinansın bu fonksiyonel nedenleri Resnick tarafından DIAPPERS şeklinde özetlenmiştir (17):

**D**= Delirium (Deliryum)

**I** = Infection (Enfeksiyon)

**A** = Atrophy (Atrofi)

**P** = Pharmacologic agents (Farmakolojik Ajanlar)

**P** = Psychiatric disorders (Psikiyatrik Düzensizlikler)

**E** = Excess urine output (Aşırı idrar çıkarma)

**R** = Restricted mobility (Hareket kısıtlılığı)

**S** = Stoll impaction (Dışkılama bozukluğu)

**Menopoz** : Üretra ve vajina ortak embriyolojik kökene sahip olduklarından; menopoz ile ürogenital atrofi gelişir, gelişen atrofi ürogenital destek dokusunda zayıflamaya ve inkontinansa neden olur (17).

**Gebelik** : Gebelikte idrar kaçırmanın en önemli nedeni; gebelik ile birlikte artan karın içi basıncının mesaneyi etkilemesi ve inkontinansa yol açmasıdır. Üriner inkontinans görülme oranı gebelikten önce %4 iken, gebelik esnasında %32, gebelik sonrasında ise % 7'dir (18).

**Doğum** : Doğum ile inkontinans arasında ilişki vardır. İdrar tutmaya yarayan tüm faktörler vajinal doğumda yaralanabilirler ve yaşlanma ile daha kötü hale gelebilirler. Multiparlarda (fazla doğum yapmışlarda) olasılık daha fazladır. Parite ve inkontinans arasındaki ilişkide yaşın da önemi vardır. Yaş ilerledikçe paritenin etkisi azalmaktadır.

Sezaryen operasyonunun, doğum sonrası stres inkontinans oluşumundan koruduğunu bildirenler varsa da (18), sezaryen ile doğum yapanlarda stres inkontinansı gelişme riskinin yüksek olduğunu öne süren çalışmalar da vardır (19).

Bazı çalışmalarda inkontinans ile operatif vajinal doğumlar (forceps, vakum), epizyotomi, perineal yırtıklar, doğumun ikinci evresinin süresi, bebeğin baş çevresi ve doğum ağırlığı arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (19,20).

Epidemiyolojik bazı kayıtlar vajinal doğumun prolapsus ve inkontinans için etiyolojik bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır (21).

**Histerektomi** : İnkontinans ile histerektomi arasındaki ilişki çelişkilidir. Kontrollü prospektif çalışmalar nadirdir ve sonuçlar karışıktır.

**Fazla Kilolu Olmak, Obezite** : Obezite inkontinansa yol açabilir veya var olan inkontinansı daha da kötüleştirebilir. Obezite ile birlikte pelvik yapılarda;

- Kronik gerilme,
- Esneme,
- Kas zayıflaması,
- Sinir zayıflaması meydana gelebilir.

Ayrıca aşırı kilolu olanlarda karın içi basıncı artmakta ve idrar kaçırma daha sık olmaktadır (21).

**Kalıtımsal Sebepler** : Bazı kadınların destek dokuları doğumlarından itibaren zayıftır ve idrar kaçırmaya yatkındır (21).

**Kabızlık** : İkinma destek dokuların zayıflamasına neden olarak inkontinansa yol açmaktadır (21).

**Kronik Hastalıklar** : Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşiale, bronşit), diyabet, kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu travması ve bazı sinir sistemi hastalıkları inkontinansa neden olabilmektedir (21).

**Sigara** : Sigara içenlerde idrar kaçırma daha sık görülmektedir. Sigara, alkol, kafein gibi alışkanlıkların inkontinansın tüm tiplerinin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu, riski 2-3 kat arttırdığı bildirilmektedir (22).

## 2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TANISI (23)

Üriner inkontinansın tanısı; anamnez, muayene, 24 saatlik idrar günlüğü, idrar kültürü ve postvoid rezidü (idrar yapımı sonrası kalan miktar), ürodinamik tetkikler ve transvajinal ultrasonografi ile konulabilmektedir.

**Anamnez** : İdrar kaçırmının hangi tipte olduğunun anlaşılabilmesi ve etkin tedavinin uygulanabilmesi için iyi bir anamnez almak çok önemlidir. Çünkü her tipin tedavisi farklıdır. Yanlış bir tanı ile gereksiz bir tedavi uygulanabilmektedir. Tanıya yardımcı olan en önemli unsur, iyi bir sorgulama ve anamnezdır. Sorgulamalarda hastanın kendi

kendine doldurduğu ve üriner-fekal inkontinans, aşırı aktif mesane ve pelvik organ prolapsusu ile ilgili yazılı anketler vardır. Bu sorgulamaların çoğu uzundur ve pelvik taban hastalıklarının bir yönüyle ilgilidir. Genellikle araştırmalarda kullanılmakla birlikte ilk basamak hasta muayenesinde de kullanılabilirler. İdrar kaçırmanın nasıl olduğu (gündüz idrara çıkma, gece idrara çıkma, idrara yetişememe, öksürürken ve/veya hapsirirken idrar kaçırma olup olmadığı) öğrenilip not edilmelidir. Diğer öğrenilmesi gerekenler; idrar kaçırmanın kronik olup olmadığı, kullanılan ilaçlar ve var olan sistemik hastalıklardır.

**Muayene :** Jinekolog tarafından detaylı bir pelvik muayene yapılmalı ve idrar kaçırma gözlenmelidir. Pelvik muayenede ayrıca rahim sarkması (desensus), idrar torbası sarkması (sistosel), bağırsakların sarkması (rektosel) olup olmadığı gözlenmeli ve ne derecede oldukları hakkında fikir edinilmelidir.

Hasta sırt üstü pozisyonda iken idrar kaçırma gözlenmeli, ayakta durma pozisyonunda iken de muayene edilmelidir. Hasta sırt üstü pozisyonda iken öksürmesi ya da ıknması söylenerek idrar kaçırma görülmeye çalışılmalıdır. Altta yatan nörolojik bir problemden şüphe edildiğinde nöroloji doktoru tarafından hasta mutlaka muayene edilmelidir.

**24 Saatlik İdrar Günlüğü/Mesane Günlüğü :** Maliyeti yüksek olmayan mesane günlüğü, fonksiyonel kapasite de dahil olmak üzere, hastanın mesanesinin günlük işleyişi hakkında veriler elde edilmesini sağlar. Mesanenin günlük aktivitesi hakkında üç kayıt sistemi vardır:

- Miksiyon (işeme) zamanı tablosu: En az 24 saat süreyle işeme zamanlarını kaydeder.
- Sıklık hacim tablosu: En az 24 saat boyunca gece ve gündüz hem miksiyon (işeme) sıklığını hem de idrar miktarını kaydeder.
- Mesane günlüğü: Miksiyon (işeme) sıklığını, miktarını, idrar kaçırma miktarını, sıvı alımı, urgency sıklığı, idrar kaçırma derecesi gibi diğer verileri de kaydeder.

İdrar kaçırmanın miktarının, şeklinin ve hangi tipte olduğunun öğrenilebilmesi için hastaya yaptığı idrar miktarını kolaylıkla ölçebileceği ve tuvalete koyabileceği özel bir ölçüm kabı sağlanmalıdır. 24 saatlik idrarın takibi doktora tanı ve tedavi için çok yardımcı olmaktadır.

**İdrar Kültürü ve Postvoid Rezidü (idrar yapımı sonrası kalan miktar) Ölçümü:** Herhangi bir test uygulanmadan önce iki ayrı kaba steril bir şekilde hastanın idrarın

alınması ve idrar yaptıktan sonra da mesanede (idrar torbasında) kalan idrarın sonda kullanılarak veya ultrasonografi ile ölçülmesi gerekmektedir.

**Ürodinamik Tetkikler ve İncelemeler :** Sistometri ve üretral basınç profili olarak isimlendirilen yöntemlerle idrar torbası ve idrar yolundaki uyarılmaya bağlı olarak değişen idrarın miktarı ve özellikleri kaydedilerek idrar kaçırmanın hangi tipte olduğu anlaşılmaktadır.

Videoürodinami ile de sistometrogram ve basınç akım çalışmaları esnasında eş zamanlı olarak, mesane ve üretranın floroskopik radyo kontrast görüntülenmesi ile depolama ve işleme işlemlerinin üretra ile mesanenin anatomik ilişkisi hakkında daha fazla bilgi edinilir. Anatomik verilerle fonksiyonel verilerin entegre edilerek birlikte değerlendirilmesini sağlar. Alt üriner sistemin değerlendirilmesinde en kesin tanısal inceleme olarak kabul edilir. Mesane dolun ve boşaltım evrelerinin en kapsamlı incelemesidir.

**Transvajinal Ultrasonografi :** Ultrasonografi ile ve mesane boynu mobilitesi olarak isimlendirilen bir yöntemle idrar torbası ve idrar yolu arasındaki değişiklikler ölçülebilmektedir.

## **2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSTAN KORUNMA**

İnkontinansın korunmayı amaçlayan az sayıdaki çalışmalardan biri dışında hepsi gebelik ve postpartum döneme odaklanmışlardır. Davranış değişikliği inkontinans gelişmesini engelleyebilir. İnkontinansın önlenilebilir bir durum olduğunun kabul edilmesiyle beraber ‘Uluslararası 1. İnkontinansın Korunma Kongresi’ (First International Congress For The Prevention of Incontinence), konsensüs olarak rehabilitasyonunun yetersizlik-engellilik-sakatlık modelini kabul etmiştir (24). Bu nedenle primer korunma, altta yatan yetersizliği (mesane veya üretral sfinkter disfonksiyonu) hedef almalı; sekonder korunma, altta yatan bir neden olsa da kişiyi klinik olarak inkontinans hale gelmemesini hedeflemeli; tersiyer koruma ise inkontinansın derinleşmesini veya neden olduğu komplikasyonları (örneğin, cilt hasarı) engellemelidir.

## **2.7. ÜRİNER İNKONTİNANSIN TEDAVİSİ**

Üriner inkontinansın tedavisi, inkontinansın nedenine ve türüne göre yapılır. İnkontinansın bir hastanın tedavisi amacıyla davranış, ilaç ve cerrahi temelli olmak üzere

çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Bu seçenekler, taşıdıkları risklere ve hastanın şikayetlerini düzeltme potansiyeline göre tercih edilirler. ‘Agency for Health Care Policy and Research’s Clinical Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults’ ; hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olmasını önermektedir (25).

### 2.7.1. Üriner İnkontinansın Cerrahi Olmayan Tedavisi (26)

Davranış tedavileri, düşük risk taşıdıkları ve hem stres inkontinans hem de urge inkontinans semptomlarının düzeltilmesini hedefledikleri için umut verici olarak gözükmektedirler.

Stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kasları biofeedback egzersizlerinin Arnold Kegel tarafından 1951’de öne sürülmesiyle ön plana çıkan alt üriner sistem disfonksiyonu davranış tedavileri iki majör kategoriye ayrılırlar:

#### 1) Mesaneyi hedefleyenler

- Mesane eğitimi
- Davranış modifikasyonu

#### 2) Mesane çıkışını hedefleyenler

- Pelvik taban kasları egzersizleri
- Biofeedback ile pelvik taban kas egzersizleri
- Vajinal ağırlıklar
- Elektriksel stimülasyon
- Ekstrakorporal Manyetik İnnervasyon Tedavisi (ExMI)
- Sakral sinir nöromodülasyonu
- Östojen hormonu uygulaması
- Ağızdan ilaç tedavileri

**Mesane Eğitimi** : Tedavide ilk basamak mesane eğitimidir. Bu özellikle urge inkontinansda önemlidir. Urgensiye geciktirmek için tuvalete koşulmamalıdır. Ayakta durmalı ya da oturmalıdır. Perineye basınç uygulanır, abdominal (karın) kasları relakse etmek için solunum egzersizi ve pelvik taban egzersizi yapılır. Eğer engel olunamıyorsa kaçırmayı önlemek için idrar yapılabilir.

Üriner inkontinanslı bir kişi günde en az 4 lt sıvı almalıdır. Bu konstipasyonu önler. Lifli besinler alınmalıdır. Günlük idrar miktarı 1200-1600 mlt olmalıdır. Kontinant bir kişi 4-6 kez gündüz ve bir iki kez de gece miksiyon yapar. Mesaneyi boşaltmak için her miksiyonda 300 mlt kadar idrar yapmak gereklidir. Hasta daha sık ve daha az miktarda tuvalete çıkarsa boşalma olmayabilir. Kola, kahve, çay ve alkol idrar yapma ihtiyacını arttırabilir, urgensiye sebep olabilir, diyetten çıkarılmalıdır.

Üriner inkontinansa fizik tedavi ve rehabilitasyon açısından ana basamaklar; egzersiz, elektrik stimülasyonu (ES) ve biofeedback'dir.

**Davranış Modifikasyonu:** Davranış modifikasyonu, pelvik taban kası rehabilitasyonunu içerir. Mesane ve pelvik taban kaslarının fizyolojik cevaplarını değiştirmeye odaklanırken, miksiyon (işeme) alışkanlıkları daha az ön plandadır.

- Önce hasta biofeedback veya diğer metotlarla pelvik taban kaslarını tanır.
- Pelvik taban kaslarını selektif olarak, intraabdominal basıncı arttırmadan kasıp gevşetmeyi öğrenir.
- Mesane tabanı kasılması esnasında üretrayı kapatacak kasılmaları uygulamayı öğrenir.

En önemli konu; pelvik taban kontraksiyonlarının suprese edilerek urge inkontinansın engellenmesidir. Bu yaklaşımda, hastalar urge duygusuna daha farklı bir cevap vermek için eğitilirler.

- Tuvalete acilen koşmak yerine; intraabdominal basıncı arttırır, inkontinansı tetikleyecek duyuşal uyarılar yaratır.
- Hastalar farklı tepkiye yönlendirilir (faaliyete ara vermek, oturmak, tüm vücudu gevşetmek, pelvik taban kaslarını urge duygusu geçene kadar tekrar kasmak, kaçağın önlenmesi, urgenin kaybolması, tuvalete normal bir ritimde gidilmesi).

**Egzersiz :** Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizlerini ilk kez 1951 yılında Kegel tarif ettiğinden dolayı Kegel egzersizleri denir. Mundy PFM (Pelvic floor muscle-pelvik taban kası)'yi üçüncü bir sfinkter olarak kabul etmektedir. Bu nedenle egzersiz ayrı bir önem kazanmaktadır. Egzersiz, özellikle stres inkontinansa PFM'yi güçlendirmek için verilir. Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonusa ulaşıncaya kadar ömür boyu devam edilmelidir. İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkileri ortaya çıkmaya başlar, 6-8 haftada şikayet azalır, 6 ayda da düzelme olur. Yaşlı



hastalarda egzersize yanıt alınması için daha uzun bir süre geçebilir. Yapılan çalışmalarda egzersiz süreleri 6 hafta ile 4 ay arasında değişmektedir. Eğer istenilen yanıt alınmazsa altta yatan başka bir neden araştırılmalıdır. Bu tip hastalarda kollajen yapının defektif olabileceği bildirilmiştir.

Pelvik taban kasları rehabilitasyonu; egzersizin üretral kapanmayı ve pelvik organ desteğini arttırdığı teorisine dayanır. Uygun zamanda kuvvetli bir pelvik taban kası kasılması, idrar kaçacağını şu yollarla engeller :

- Üretrayı pubise doğru sıkıştırarak
- Karın içi basınçlarının ani artışında üretranın aşağıya yer değişimini azaltarak
- Egzersize bağlı kas hipertrofisinin üretral basıncı ve pelvik organların yapısal desteğini artırarak (27).

Çeşitli randomize çalışmalar ve sistematik derlemeler pelvik taban kası egzersizlerinin hem stres hem de mikst (karışık) inkontinans tedavilerinde tek başına etkili olduğunu gösteren kuvvetli kanıtlar ortaya çıkarmıştır (28,29).

Egzersizlerin etkisi; kas gücü artışı yanında, uterusun sarkma ihtimalini azaltması ve barsak kontrolünü artırmasıdır. Perinenin tonus ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalmaktadır. Egzersiz, mesane boynu ve üretranın hiperbilitesini önler. 8 haftada öncelikle motor ünit aktivasyonu olmakta, daha sonra kas hipertrofisi gelişmektedir. Bu nedenle egzersize uzun süre devam edilmelidir. Aynı zamanda kadınlar bilinçlendiği için, ağır bir aktiviteden önce PFM'yi ( pelvik taban kasını) doğru bir şekilde kasarak idrar kaçırmayı önlemektedirler (30).

Egzersizın kontrendikasyonu yoktur. En önemli endikasyonları prepartum ve postpartum dönemlerdir.

Başarılı bir egzersiz programı için, öncelikle uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç veya premenopozal dönemde olması, semptomların kısa süreli olması ve stres inkontinansa başarı artar. Kasılma olmaksızın obezitenin kendisi intraabdominal (karıniçi) basıncı artırır ve idrar kaçırmaya sebep olur. Bu nedenle obez hastalarda başarı daha kısıtlıdır. Cerrahi girişim geçirme; etkinliği azaltır, çünkü oluşan skar dokusu kasların kasılma yeteneğini azaltır. Depresyon ve yorgunluk tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir (31).

Egzersizın avantajı; riski ve maliyeti olmaması, hastane dışı ortamlarda da

uygulanabilmesidir.

**Biofeedback** : Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Üriner inkontinansta ilk kez 1951 yılında Arnold Kegel kullanmıştır.

İki çeşit biofeedback vardır: Termal biofeedback ve EMG (elektromiyografik) biofeedback. Elektrik stimülasyonuna göre kişi daha bağımsızdır. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Egzersiz ve elektrik stimülasyonunda görsel bir feedback olmadığından istenmeyen kaslar da kasılabilir. Biofeedbackte bu olasılık daha azdır. Pelvik taban kasının selektif kontrolünü sağlar. Haftada 3 kez 25-35 dk uygulanır, 10-20 seans sonunda istenen cevap elde edilir, program egzersiz ile devam etmelidir. Kegel 455 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada, % 90'ın üzerinde iyileşme saptamıştır (32).

Üriner inkontinansta tedaviyi değerlendirme ve takip kriterlerinin en önemlileri şunlardır:

- 1- İdrar kaçırma sayısının azalması veya tamamen ortadan kalkması: Bazı yazarlara göre hastanın bu yöndeki ifadesi en önemli ölçüt olarak kabul edilmektedir.
- 2- Perineometre ile kas ölçümü: Perineometre, pelvik taban kas gücünü objektif olarak değerlendiren bir dinamometredir.
- 3- Stop testi: Sadece stres üriner inkontinansta kullanılır. Hastadan günün ikinci miksiyonunun ortasında pelvik taban kaslarını kasarak istemli olarak idrar akışını durdurması istenir. Tamamen durdurma veya yavaşlatma uygun kasların kullanıldığını ve kas gücünün iyi olduğunu gösterir. İdrarını ne kadar çabuk durduruyorsa kas gücü o kadar iyidir. Bir egzersiz olarak kullanılamaz, infeksiyon riski vardır, mesanenin boşalmasını güçleştirebilir.
- 4- Ped testi: Ped testinde amaç; belli bir zaman diliminde kaybedilen idrar miktarını objektif olarak göstermektir. Sadece stres üriner inkontinansta kullanılır. Hasta mesanesini boşaltır, 1 lt meyve suyu ya da su içer. Test hasta su içmeye başladıktan 1 saat sonra başlar. 60 dk boyunca 10 dk'da bir bir ped yerleştirilir. 30 dk hasta istirahat eder veya oturur. 15 dk yürür, merdiven çıkar. 45 dk sonra 10 kez oturur, kalkar, 10 kez öksürür, 1 dk koşar, yerden cisim alır. Pedler tartılır, son ağırlıktan ilk ağırlık çıkarılır.

2 gramın altında ise kuru,  
2-10 gram hafif veya orta derece,  
10-50 gram ağır kayıp,  
50 gramdan fazla ise çok fazla kayıp söz konusudur.

Üriner inkontinansta, ileri derecede anatomik bozukluk ile birlikte olan ve kesin cerrahi endikasyon konan vakalar dışında, fizik tedavi ve egzersizin yer aldığı konservatif tedavi mutlaka denenmelidir.

Stres inkontinanslı hastaların hepsine nonoperatif tedavi tavsiye edilmelidir, bunların % 50-70'i düzelmiştir. Duruma göre tedavi seçenekleri arasında kombinasyon yapılabilir ve bu bir ekip çalışması şeklinde yürütülmelidir. Her zaman kür elde etmek mümkün değildir, ancak hastanın yaşam kalitesini arttırmak mümkündür.

**Vajinal Ağırıklar :** Vajinal ağırıklar ile pelvik taban kası egzersizlerinin doğru bir şekilde yapılması amaçlanır. Ağırığın kayarak dışarı çıkmasını önlemenin, kadına kaslarını doğru bir şekilde kasmaını öğrettiği düşünülmektedir. Ağırık, kası kuvvetlendirmek için yapılan egzersize direnç eklemektedir. Stres inkontinans tedavisinde faydalı olduğu gösterilmişse de bu çalışmaların bir kısmında yüksek oranda tedaviyi bırakma oranları ve yan etkiler bildirilmiştir (33,34).

Tedaviyi bırakma nedenleri:

- Hoş olmayan duygu
- Zaman harcayıcı
- Kas yorgunluğu
- Ağırık konilerini kullanmada güçlük

Yan etkiler:

- Abdominal ağrı
- Vajinit
- Kanama
- Motivasyon problemleri

Vajinal ağırık egzersizlerinin sadece pelvik kas egzersizlerine göre daha üstün olduğunu gösteren kanıt sayısı azdır. Radyografik olarak bazı kadınlarda vajinal koninin yatay olarak durduğu gösterilmiş ve koninin yerinde durma sebebinin bazı kadınlarda pelvik kas kontraksiyonunun yanı sıra vajinal açığa da bağlı olabileceği öne

sürülmüştür.

**Elektriksel Stimulasyon :** Elektriksel stimülasyon (ES) da alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılır. Orta frekanslı akımların yayılımı daha düzenlidir ve daha derine nüfuz eder. Ancak iki farklı doğrultudan gelen interferensiyel akım kesişince bir 'Beat frekans' oluşur ve o noktada alçak frekanslı akım etkisi gösterir, yani kas ve sinir uyarılarak bir kasılma elde edilir. Bu akımlarla elektrodlar çıplak olarak deriye uygulansa bile kimyasal yanık veya sıcak yanığı tehlikesi yoktur. İnterferensiyel akım uygulaması elektrod ya da vajinal prob ile yapılabilir. Vajinal prob daha çok tercih edilmektedir. Vajinal probun iyice yerleştirilmesi tedavi etkinliği açısından önemlidir (35).

Elektriksel stimülasyonun yapılmadığı durumlar şunlardır:

1. Obezite vakalarında
2. Çok gecikmiş vakalarda
3. İleri derecede prolapsus varlığında
4. Mestruasyon süresince
5. Hamilelikte ve hamilelik şüphesinde
6. Malignite varlığında
7. Enfeksiyon varlığında
8. Pace maker varlığında

Elektriksel stimülasyonun avantajları şunlardır:

- Urge inkontinans vakalarında da başarılıdır (36).
- Akım yayıldığı için daha çok motor ünit katılımı ile daha güçlü bir kasılma elde edilir.
- Elektriksel stimülasyon (ES) başarılı bir cerrahi girişim geçirme olasılığını azaltmaz ve operasyon riskini arttırmaz.

**Ekstrakorporal Manyetik İnnervasyon (ExMI):** Manyetik teknoloji pelvik taban kaslarının stimülasyonu için geliştirilmiştir. Bu teknolojinin pazara satışı 'Food and Drug Administration (FDA)' tarafından Ocak 1998'de onaylanmıştır.

Fiziğin klasik yasasına göre; değişen manyetik alan, bu alan içinde bir elektrik akımına

neden olur. Faraday'ın manyetik indüksiyon yasası, değişen manyetik alana cevap olarak iletken ortamda bir akım oluşacağını öngörür. Bu temel prensibe göre değişen manyetik alana yakın canlı dokularda, bir dinamomun bakır telinde indüklenen akıma benzer bir elektriksel akım oluşturulacaktır. Canlı dokuların elektriksel özellikleri birbirinden farklıdır ve bazı maddeler daha iyi iletkenlerdir. Değişen manyetik alanla oluşan depolarizasyona en duyarlı doku sinir dokusudur.

Geçmiş yıllarda manyetik stimülasyon, nörodiagnostik uygulamalarda elektriksel stimülasyonun yerine alternatif olarak araştırılmıştır. Beyin motor korteksi veya spinal sinirler gibi kemik dokuyla çevrilmiş sinir dokularının stimülasyonunda manyetik stimülasyonun önemli avantajları tespit edilmiştir (37,38).

Manyetik alan hava, cilt, yağ ve hatta kemikten ciddi bir zayıflamaya uğramadan geçer. Hastanın giysilerini çıkarmasının klinik etkinin artırılmasına katkısı yoktur. Üriner inkontinansın cerrahi olmayan tedavi modalitelerine son yıllarda eklenen ekstrakorporal manyetik innervasyon (ExMI) yöntemi, üriner inkontinans tedavisi amacıyla pelvik taban kaslarının stimülasyonu için geliştirilmiş ve çeşitli klinik çalışmalarda kullanılmıştır (39-41).

ExMI, elektriksel stimülasyona benzer bir etki mekanizmasına sahiptir ama non-invaziv ve ağrısız bir yöntemdir. Yapılan klinik çalışmalarda kür oranı % 34-40 ve iyileşme oranı % 40-70 olarak belirtilmektedir (40,41).

Hiçbir çalışmada yan etki bildirilmemiştir. Ayrıca tedavi esnasında hastanın giysilerini çıkarması gerekmemektedir. Bu özellikler de tedaviyi elektriksel stimülasyondan daha cazip kılmaktadır.

Ekstrakorporal manyetik innervasyon (ExMI) tedavisi haftada 2 seans olarak ve her seans 20 dk olacak şekilde uygulanır. Tedavi için hastalar giysilerini çıkarmadan, içinde manyetik alan jeneratörü bulunan ve external bir güç ünitesine bağlı özel bir sandalyeye oturtulurlar. Pelvik taban kaslarının ve sfinkterlerin yayılan manyetik alanın primer aksının tam üzerine gelebilmesi için hastaların perinesinin sandalyenin ortasındaki tablaya denk gelecek şekilde oturtulmalarına dikkat edilir. Böylece perine dokularının yayılan manyetik alan dokularınca penetrasyonu sağlanmış olur.

**Sakral Sinir Nöromodülasyonu :** Bir tür elektriksel stimülasyondur ve urge inkontinans tedavisinde % 40-56 kür oranları ve % 20-80 iyileşme oranları

bildirilmiştir. Her ne kadar sakral nöromodülasyon etkin bir tedavi modalitesi olarak tanımlanmışsa da bu teknik pahalı ve invazivdir. Ayrıca infeksiyon, sinir köklerinin hasarlanması ve fibrozis gibi bazı operasyon ve anestezi komplikasyonları tanımlanmıştır.

**Östrojen Hormonu Uygulaması :** Mesane mukozası ve mukoza altı dokusunun uyarılarak dolaşımın artırılması ve bu şekilde düz kas yanıtının artırılması ve üretra çıkışında düzemenin sağlanması amacıyla hastalara lokal östrojen uygulaması verilebilir. Özellikle menopoz dönemindeki hastalara fitil, krem veya jel şeklindeki lokal östrojen uygulamaları fayda sağlamaktadır.

**Ağızdan İlaç Tedavileri :** Mesane boynu ve üretrada yoğun bir şekilde ‘adrenerjik reseptörler (alıcı hücreler)’ bulunmaktadır. Bu reseptörlerin uyarılması ile mesane çıkış direnci arttırılmaktadır. Yine antikolinergik, trisiklik antidepresan ve prostoglandin sentez inhibitörü ilaçların stres inkontinansa bağlı şikayetlerde azalma sağladığı izlenmiştir.

#### **Davranış Girişimlerinin Avantajları ve Sınırlılıkları :**

##### Avantajları :

- Güvenlidirler
- Genelde yan etkileri yoktur (elektriksel stimülasyon, vajinal ağırlık hariç)
- Hastaya rahatsızlık hissi azdır
- Tüm inkontinans tiplerinde etkilidirler
- Hasta memnuniyeti yüksek oranlardadır
- Doktor olmayan sağlık personeli tarafından da hastane dışında uygulanabilirler.

##### Sınırlılıkları :

- Yöntemin başarısı, hastanın öğrenme yeteneği ve motivasyonuna bağlıdır (ExMI hariç).
- Gelişme yavaş olduğu için, gerekli olan günlük eforu sarf etmek istemeyen hastanın ilgisi kaybolabilir (ExMI hariç).
- Hastanın tedaviye bağlı kalma oranını arttırmak için çalışmalara gereksinim vardır.

#### **2.7.2. Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisi (42)**

Son yüzyılda üriner inkontinansın cerrahi tedavisi için 100'den fazla değişik teknik öne sürülmüştür. Bu ameliyatların kısa dönem başarı oranları uygulanan tekniğe göre % 73-96 arasında değişmektedir. Genellikle ilk cerrahi girişimin başarı şansı en yüksektir.

Üriner inkontinansa cerrahi tedavinin seçimi;

- İnkontinansın tipine,
- Eşlik eden sarkma (pelvik prolapsus) durumuna ve derecesine,
- Üretral nedbe (skar) varlığına,
- Hastanın yaş, kilo ve menopozal durumuna
- Cerrahın kişisel seçimine bağlıdır.

Mesane sarkması(sistosel), barsak sarkması(rektosel, enterosel) gibi eşlik eden patolojiler varsa, cerrahi girişim ona göre karar verilerek vajinal yaklaşımla sarkmalar düzeltilmekte ve inkontinans giderilmektedir.

Ameliyat tipinin seçiminde; hastanın genel durumu, üretranın testlerde hareketlilik durumu, ameliyat öncesi ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve uygulanacak tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır.

### **Üriner İnkontinansa Uygulanan Ameliyatlar (43)**

**Kolpori Anterior (CA) ve Kelly Plikasyonu** : İdrar kesesinin sarkması ve idrar kaçırma şikayetlerinde yapılan en eski ameliyatlardan birisidir. İlk olarak 1911'de Howard Kelly' nin geliştirdiği colporaphy anterior ve üretranın plikasyonu ameliyatıdır. Başarı oranı % 30-70 arasında değişmektedir.

**Karından Yapılan Kesi İle Mesane Boynunun Asılması** : Genç, şişman olmayan ve üretrası mobil (hareketli ) olan kişilerde tercih edilen karından yapılan kesi ile uygulanan cerrahi ameliyatlar bulunmaktadır. Bunlar:

- **Marshall- Marchetti- Krantz (MMK) Operasyonu** : Mesane boynu ve üretra boynundan geçen dikişler pubis kemiğine bağlanır. Böylece mesane boynu ve üretra yüksek pozisyona alınmış olur.
- **Burch Operasyonu** : Mesane boynu ve üretra boynundan geçen dikişler bağlanarak yapılır.
- **Laparoskopik Kolposüspansiyon** : Marshall-Marchetti-Krantz operasyonu ve Burch operasyonunun laparoskopi eşliğinde (kapalı olarak) yapılmasıdır.

**İğne Operasyonları :** Bu operasyonlar daha çok prolapsusu (sarkması) bulunan, yaşlı, operasyon süresi kısa sürmesi gereken, üretrası da aşırı hareketli (hipermobil) olan vakalarda tercih edilir. Bunlardan en sık uygulananları:

- **Pereyra Operasyonu :** Bu operasyon ilk kez 1959'da Armand Pereyra tarafından tarif edilmiştir Hem karından hem de vajinal yaklaşım ile mesane ön kısmına uzun bir iğne kullanarak dikiş konulması ile üretral süspansiyon yapılmaktadır. Bu şekilde mesane boynuna konulan iki dikiş ile sabitlenerek mesane boynu 'salıncak' şeklinde asılmaktadır. Nadiren yapılan ameliyatlardandır.
- **Stamey Operasyonu**
- **Raz Operasyonu**
- **Gittes Operasyonu**

**Sling Prosedürleri :** Askı ameliyatlarının ortak noktası, üretra ya da mesane boynunun tamamen altından geçip karın duvarına asılan şerit şeklinde bir materyal kullanılmasıdır. Hem mesaneyi yükseltmeleri hem de daha güçlü bir destek sağlamaları nedeniyle çok sık kullanılmaktadır. Bu amaçla vajina ön duvarı, kas veya kas kılıfı, sentetik bazı maddeler (Teflon, Gore-Tex, Mersilene ve Marlex) kullanılmaktadır.

Sling prosedürleri en sık olarak stres üriner inkontinans (iç büzücü kas yetmezliği ve/veya üretral mobiliteye bağlı) ve mikst üriner inkontinans durumlarında uygulanmaktadır. Bunlardan en sık uygulananları:

- **TVT Operasyonu :** 1995'ten bu yana uygulanan bu ameliyatlarda 'tension-free vaginal tape' (TVT) olarak adlandırılmıştır. TVT operasyonları lokal, bölgesel veya genel anestezi eşliğinde uygulanabilir. Operasyondaki amaç; üretra çevresine yerleştirilen 'polipropilen bant'tan oluşan askı materyali ile üretranın yükseltilmesidir. Zaman içinde bu bant doku reaksiyonu ile nedbeleşerek üretraya destek sağlamaktadır. Diğer ameliyatlara göre daha az travmatik bir operasyondur.
- **TOT Operasyonu :** Nispeten yeni bir ameliyat yöntemidir. İlk kez 2001 yılında tarif edilmiştir. Bu ameliyatta vajinal yolla yapılan ince bir kesi ile 'polipropilen mesh' adı verilen bir bant, özel bir iğne yardımı ile yerleştirilerek, üretral kanaldan mesane içine yerleştirilen bir sonda ile mesanenin drene olması sağlanır.

**Periüretral Enjeksiyon :** Bu metod daha çok genel anestezi riskini alamayacak olan



hastalarda, lokal anestezi altında sistoskopi adı verilen bir cihaz kontrolünde, mesane boynu ve üretra çevresine bir takım maddelerin enjeksiyonunu içerir. Amaç, bu şekilde üretra kaçışını engellemektir.

**Artifisiyel (Yapay) Üriner Sfinkter :** Defalarca üriner inkontinans operasyonları geçirip (Sling ve Periüretral enjeksiyon dahil), başarısız sonuç alınan veya komple sfinkter (mesane boynu büzücü kas) yetmezlikli hastalarda uygulanır.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma amacına göre tanımlayıcı, kapsadığı zamana göre kesitsel bir çalışmadır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ**

Araştırma Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniği'nde yapılmıştır. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 1035 yatak kapasitesine sahip üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanedir.

### **3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evrenini Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır. 15 Ekim 2007- 31 Ocak 2008 tarihleri arasında, günün polikliniğe gidildi. Bu günlerde polikliniğe başvuran 1017 hastadan, çalışmaya katılmayı kabul eden 775 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

### **3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu, araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Anket formunda, hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, öğrenim durumu,

mesleği, yaşadığı yer), dođurđanlık özelliklerini (toplam gebelik sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, kürtaj sayısı, canlı ve ölü doğum sayısı, çoğul gebelik), jinekolojik yakınmalarını ve genel tıbbi yakınmalarını saptamaya yönelik 45 soru bulunmaktadır (EK-1).

### **3.5. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI**

Anket formu uygulanmadan önce, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü’nden ve Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği’nden gerekli izin alınmış olup, hastalardan sözlü onam alınmıştır. Jinekoloji polikliniğine başvuran hastalarla ilgili bilgileri toplamak için hazırlanan anket formu ile ilgili 01- 15 Ekim 2007 tarihleri arasında 50 hasta üzerinde bir n uygulama yapılmış, anketin işlerliği değerlendirilmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır. n uygulamaya alınan hastalar asıl çalışmaya dahil edilmemiştir. Anket, hastaların muayene sıralarını beklemeleri esnasında, bekleme salonunda ve muayeneden önce uygulanmıştır.

### **3.6. DEğerLENDİRME**

Araştırmada, kadınların son bir ayda; gülme, öksürme, ağır yük kaldırma sırasında idrar kaçırmış olması “stres üriner inkontinans” olarak, tuvalete yetişemeyip idrarını kaçırması “acil (urđe) inkontinans” olarak, stres inkontinansla acil inkontinansın birlikte bulunması “mixt tip üriner inkontinans” olarak kabul edilmiştir. Diğer inkontinans tiplerinin ayırımı yapılmamıştır. Doğum ağırlığı 4000 gram ve üzerinde olan bebekler “iri bebek” olarak kabul edilmiş olup, “rahim sarkması” ve “doğumun güclüğü” ile ilgili bilgiler hastaların kendi ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programında değerlendirilmış, istatistiksel analizlerde Ki- Kare testi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubundaki Kadınların Çeşitli Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Gruplar	Sayı	%
Yaş	18-29	105	13.5
	30-39	292	37.7
	40-49	306	39.5
	50+	72	9.3
Öğrenim Durumu	İlkokulu Bitirmemiş	68	8.8
	İlkokul Mezunu	342	44.2
	Ortaokul Mezunu	74	9.5
	Lise Mezunu	136	17.5
	Üniversite Mezunu	155	20.0
Mesleği	Ev Hanımı	472	61.0
	Evde Para Getiren İş	19	2.4
	Ev Dışında Çalışıyor	284	36.6
Yerleşim Yeri	Kentsel	585	75.5
	Kırsal	190	24.5
<b>Toplam</b>		<b>775</b>	<b>100.0</b>

Araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı %36.6, stres inkontinans görülme sıklığı %33.5, acil inkontinans görülme sıklığı %26.8 bulunmuştur. Buna göre

üriner inkontinansı olan kadınların %26.8'inde sadece stres inkontinans, %8.4'ünde sadece acil inkontinans, %64.8'inde ise mikst tip inkontinans vardır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş grupları ve üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.2'de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Yaş Grupları	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 – 29	8	7.6	97	92.4	105	100.0
30 – 39	33	11.3	259	88.7	292	100.0
40 – 49	201	65.7	105	34.3	306	100.0
50 +	42	58.3	30	41.7	72	100.0
<b>Toplam</b>	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 244.637, P < 0.001$$

18–29 yaş grubunun % 7.6'sında, 30–39 yaş grubunun % 11.3'ünde, 40–49 yaş grubunun % 65.7'sinde, 50 ve üzeri yaş grubunun % 58.3'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.3.** Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Yaş Grupları	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 – 29	8	7.6	97	92.4	105	100.0
30 – 39	31	10.6	261	89.4	292	100.0
40 – 49	180	58.8	126	41.2	306	100.0
50 +	41	56.9	31	43.1	72	100.0
<b>Toplam</b>	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 205.910, P < 0.001$$

Araştırma grubunda yaş gruplarına göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; 18–29 yaş grubunun %7.6’sında, 30–39 yaş grubunun %10.6’sında, 40–49 yaş grubunun %58.8’inde, 50 ve üzeri yaş grubunun %56.9’unda stres inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.4.** Araştırma Grubunda Yaş Gruplarına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Yaş Grupları	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 – 29	8	7.6	97	92.4	105	100.0
30 – 39	31	10.6	261	89.4	292	100.0
40 – 49	130	42.5	176	57.5	306	100.0
50 +	39	54.2	33	45.8	72	100.0
<b>Toplam</b>	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 124.417, P < 0.001$$

Araştırma grubunda yaş gruplarına göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; 18–29 yaş grubunun %7.6’sında, 30–39 yaş grubunun %10.6’sında, 40–49 yaş grubunun %42.5’inde, 50 ve üzeri yaş grubunun %54.2’sinde acil inkontinans görülmektedir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.5.** Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Yerleşim Yeri	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	231	39.5	354	60.5	585	100.0
Kırsal	53	27.9	137	72.1	190	100.0
<b>Toplam</b>	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 14.655, P < 0.001$$

Araştırma grubunda yerleşim yeri özelliğine göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; kentsel yerlerde yaşayanların %39.5’inde üriner inkontinans görülmekte iken, kırsal yerlerde yaşayanların %27.9’unda üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından yerleşim yerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.6.** Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Yerleşim Yeri	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	208	35.6	377	64.4	585	100.0
Kırsal	52	27.4	138	72.6	190	100.0
<b>Toplam</b>	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 11.363, P < 0.05$$

Araştırma grubunda yerleşim yeri özelliğine göre stres inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından kentsel yerlerde yaşayanlar ile kırsal yerlerde yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Araştırma Grubunda Yerleşim Yeri Özelliğine Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Yerleşim Yeri	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	168	28.7	417	71.3	585	100.0
Kırsal	40	22.0	150	78.0	190	100.0
<b>Toplam</b>	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 4.429, P < 0.05$$

Araştırma grubunda yerleşim yeri özelliğine göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından kentsel yerlerde

yaşayanlar ile kırsal yerlerde yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Toplam Gebelik Sayısı	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	2	25.0	6	75.0	8	100.0
1	5	5.6	85	94.4	90	100.0
2	28	11.6	213	88.4	241	100.0
3	66	37.1	112	62.9	178	100.0
4	55	57.3	41	42.7	96	100.0
5 +	128	79.0	34	21.0	162	100.0
<b>Toplam</b>	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2=245.846, P < 0.001$$

Araştırma grubunda toplam gebelik sayısına göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.8); hiç gebeliği olmayanlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %25.0 iken, 1 gebeliği olanlarda %5.6, 2 gebeliği olanlarda %11.6, 3 gebeliği olanlarda %37.1, 4 gebeliği olanlarda %57.3, 5 ve daha fazla gebeliği olanlarda ise %79.0 olarak bulunmuştur. Gebelik sayısının üriner inkontinans sıklığına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).



**Tablo 4.9.** Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Toplam Gebelik Sayısı	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	1	12.5	7	87.5	8	100.0
1	3	3.3	87	96.7	90	100.0
2	27	11.2	214	88.8	241	100.0
3	66	37.1	112	62.9	178	100.0
4	55	57.3	41	42.7	96	100.0
5 +	108	66.7	54	33.3	162	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 197.396, P< 0.001$$

Araştırma grubunda toplam gebelik sayısına göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.9); hiç gebeliği olmayanlarda stres inkontinans görülme sıklığı % 12.5 iken, 1 gebeliği olanlarda % 3.3, 2 gebeliği olanlarda %11.2, 3 gebeliği olanlarda % 37.1, 4 gebeliği olanlarda % 57.3, 5 ve daha fazla gebeliği olanlarda ise % 66.7 olarak bulunmuştur. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından toplam gebelik sayısının stres üriner inkontinans sıklığına etkisi önemli bulunmuştur ( p< 0.001).

**Tablo 4.10.** Araştırma Grubunda Toplam Gebelik Sayısına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Toplam Gebelik Sayısı	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	2	25.0	6	75.0	8	100.0
1	5	5.6	85	94.4	90	100.0
2	24	10.0	217	90.0	241	100.0
3	13	7.3	165	92.7	178	100.0
4	36	37.5	60	62.5	96	100.0
5 +	128	79.0	34	21.0	162	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 320.483, P< 0.001$$

Araştırma grubunda toplam gebelik sayısına göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.10); hiç gebeliği olmayanlarda acil inkontinans görülme sıklığı %25.0 iken, 1 gebeliği olanlarda %5.6, 2 gebeliği olanlarda %10.0, 3 gebeliği olanlarda %7.3, 4 gebeliği olanlarda %37.5, 5 ve daha fazla gebeliği olanlarda ise %79 olarak bulunmuştur. Toplam gebelik sayısının acil üriner inkontinans sıklığına etkisi önemli bulunmuştur (  $p < 0.001$  ).

**Tablo 4.11.** Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	58	33.0	118	67.0	176	100.0
Yapmamış	226	37.7	373	62.3	599	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2=1.336, P> 0.05$$

Araştırma grubunda kendiliğinden düşük yapma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından kendiliğinden düşük yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (  $p > 0.05$  ).

**Tablo 4.12.** Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	38	21.6	138	78.4	176	100.0
Yapmamış	222	37.1	377	62.9	599	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 14.605, P<0.001$$

Araştırma grubunda kendiliğinden düşük yapma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.12); kendiliğinden düşük yapmış olanların % 21.6'sında stres inkontinans görülmekte iken, kendiliğinden düşük yapmamış olanların %37.1'inde stres inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından kendiliğinden düşük yapmış olanlar ile kendiliğinden düşük yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.13.** Araştırma Grubunda Kendiliğinden Düşük Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Kendiliğinden Düşük Yapma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	55	31.3	121	68.8	176	100.0
Yapmamış	153	25.5	446	74.5	599	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 2.257, P > 0.05$$

Araştırma grubunda kendiliğinden düşük yapma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.13'te gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından kendiliğinden düşük yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Kürtaj Olma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	29	88.4	17	11.6	146	100.0
Olmamış	155	24.6	474	75.4	629	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 207.192, P < 0.001$$

Araştırma grubunda kürtaj olma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.14); kürtaj olmuş kadınların %88.4'ünde üriner inkontinans görülmekte iken, kürtaj olmamış kadınların %24.6'sında üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından kürtaj olmuş kadınlar ile kürtaj olmamış kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.15.** Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Kürtaj Olma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	110	75.3	36	24.7	146	100.0
Olmamış	150	23.8	479	76.2	629	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 140.947, P < 0.001$$

Araştırma grubunda kürtaj olma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.15); kürtaj olmuş kadınların %75.3'ünde stres inkontinans görülmekte iken, kürtaj olmamış kadınların %23.8'inde stres inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısında kürtaj olmuş kadınlar ile kürtaj olmamış kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.16.** Araştırma Grubunda Kürtaj Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Kürtaj Olma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	116	79.5	30	20.5	146	100.0
Olmamış	92	14.6	537	85.4	629	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 253.602, P < 0.001$$

Araştırma grubunda kürtaj olma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.16); kürtaj olmuş kadınların %79.5'inde acil inkontinans görülmekte iken, kürtaj olmamış kadınların %14.6'sında acil inkontinans görülmektedir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından kürtaj olmuş kadınlar ile kürtaj olmamış kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.17.** Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Ölü Doğum Yapma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	50	92.6	4	7.4	54	100.0
Yapmamış	234	32.5	487	67.5	721	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 78.257, P < 0.001$$

Araştırma grubunda ölü doğum yapma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; ölü doğum yapmış olanların %92.6'sında üriner inkontinans görülmekte iken, ölü doğum yapmamış olanların %32.5'inde üriner inkontinans görülmektedir (Tablo 4.17). Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından ölü doğum yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.18.** Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Ölü Doğum Yapma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	50	92.6	4	7.4	54	100.0
Yapmamış	210	29.1	511	70.9	721	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 90.769, P < 0.001$$

Araştırma grubunda ölü doğum yapma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; ölü doğum yapmış olanların %92.6'sında stres inkontinans görülmekte iken, ölü doğum yapmamış olanların %29.1'inde stres inkontinans görülmektedir (Tablo 4.18). Stres inkontinans görülme sıklığı açısından ölü doğum yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.19.** Araştırma Grubunda Ölü Doğum Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Ölü Doğum Yapma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	47	87.0	7	13.0	54	100.0
Yapmamış	161	22.3	560	77.7	721	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 107.124, P < 0.001$$

Araştırma grubunda ölü doğum yapma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde; ölü doğum yapmış olanların %87.0'ında acil inkontinans görülmekte iken, ölü doğum yapmamış olanların %22.3'ünde acil inkontinans görülmektedir (Tablo 4.19). Acil inkontinans görülme sıklığı açısından ölü doğum yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.20.** Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Canlı Doğum Sayısı	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	2	25.0	6	75.0	8	100.0
1	7	5.4	123	94.6	130	100.0
2	62	22.7	211	77.3	273	100.0
3	146	56.2	114	43.8	260	100.0
4	15	30.0	35	70.0	50	100.0
5 +	52	96.3	2	3.7	54	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 204.355, P < 0.001$$

Araştırma grubunda canlı doğum sayısına göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.20); hiç canlı doğum yapmamış kadınların %25'inde üriner inkontinans görülmekte iken, 1 kez canlı doğum yapmış olan kadınların %5.4'ünde, 5 ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınların %96.3'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Canlı doğum sayısının üriner inkontinans sıklığına etkisi istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.21.** Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Canlı Doğum Yapma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	1	12.5	7	87.5	8	100.0
1	7	5.4	123	94.6	130	100.0
2	61	22.3	212	77.7	273	100.0
3	124	47.7	136	52.3	260	100.0
4	15	30.0	35	70.0	50	100.0
5 +	52	96.3	2	3.7	54	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 182.200, P < 0.001$$

Araştırma grubunda canlı doğum sayısına göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.21); hiç canlı doğum yapmamış kadınların %12.5'inde stres inkontinans görülmekte iken, 1 kez canlı doğum yapmış olan kadınların %5.4'ünde, 5 ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınların %96.3'ünde stres inkontinans görülmektedir. Araştırma grubunda canlı doğum yapmış olan tüm kadınların %33.5'inde stres inkontinans görülmektedir. Canlı doğum sayısının stres inkontinans sıklığına etkisi istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.22.** Araştırma Grubunda Canlı Doğum Sayısına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Canlı Doğum Yapma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	2	25.0	6	75.0	8	100.0
1	7	5.4	123	94.6	130	100.0
2	42	15.4	231	84.6	273	100.0
3	93	35.8	167	64.2	260	100.0
4	12	24.0	38	76.0	50	100.0
5 +	52	96.3	2	3.7	54	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 192.169, P< 0.001$$

Araştırma grubunda canlı doğum sayısına göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.22); hiç canlı doğum yapmamış kadınların %25.0'ında acil inkontinans görülmekte iken, 1 kez canlı doğum yapmış olan kadınların %5.4'ünde, 2 canlı doğum yapmış olan kadınların %15.4'ünde, 3 canlı doğum yapmış kadınların %35.8'inde, 4 canlı doğum yapmış kadınların %24.0'ında, 5 ve daha fazla canlı doğum yapmış kadınların %96.3'ünde acil inkontinans görülmektedir. Canlı doğum sayısının acil inkontinans sıklığına etkisi istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

Araştırma grubundaki kadınlardan halen gebe olan 24 kadının %8.3'ünde üriner inkontinans olup, bu oran gebe olmayan kadınlardaki inkontinans oranından düşüktür ( $P < 0.05$ ).



**Tablo 4.23.** Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Güç Doğum Yapma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	92	33.5	183	66.5	275	100.0
Yapmamış	192	38.4	308	61.6	500	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 1.869, P> 0.05$$

Araştırma grubunda güç doğum yapma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.23'te gösterilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından güç doğum yapanlar ile yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p> 0.05$ ).

**Tablo 4.24.** Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Güç Doğum Yapma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	69	25.8	198	74.2	267	100.0
Yapmamış	191	37.6	317	62.4	508	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 10.849, P< 0.001$$

Araştırma grubunda güç doğum yapma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.24); güç doğum yapmış olanların %25.8'inde stres inkontinans görülmekte iken, bu oran doğumu güç olmayan kadınlardaki stres inkontinans oranından daha düşüktür ( $p< 0.001$ ).

**Tablo 4.25.** Araştırma Grubunda Güç Doğum Yapma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Güç Doğum Yapma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yapmış	74	27.7	193	72.3	267	100.0
Yapmamış	134	26.4	374	73.6	508	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 0.167, P > 0.05$$

Araştırma grubunda güç doğum yapma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.25'te gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından güç doğum yapmış olanlar ile yapmamış olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.26.** Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

İri Bebek Doğurma Öyküsü	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	35	30.4	80	69.6	115	100.0
Yok	249	37.7	411	62.3	660	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 2.243, P > 0.05$$

Araştırma grubunda iri bebek doğurma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.26'da gösterilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından iri bebek doğurma öyküsü olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.27.** Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

İri Bebek Doğurma Öyküsü	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	35	30.4	80	69.6	115	100.0
Yok	225	34.1	435	65.9	660	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 2.243, P > 0.05$$

Araştırma grubunda iri bebek doğurma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.27’de gösterilmiştir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından iri bebek doğurma öyküsü olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.28.** Araştırma Grubunda İri Bebek Doğurma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

İri Bebek Doğurma Öyküsü	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	31	27.0	84	73.0	115	100.0
Yok	177	26.8	483	73.2	660	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2 = 0.001, P > 0.05$$

Araştırma grubunda iri bebek doğurma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.28’de gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından iri bebek doğurma öyküsü olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.29.** Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	128	54.7	106	45.3	234	100.0
Hayır	156	28.8	385	71.2	541	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 47.071, P<0.001$$

Araştırma grubunda sık idrar yolu iltihabı geçirme durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.29); sık idrar yolu iltihabı geçirenlerin % 54.7'sinde üriner inkontinans görülmekte iken, sık idrar yolu iltihabı geçirmeyenlerin % 28.8'inde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından sık idrar yolu iltihabı geçirenler ile geçirmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.30.** Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	125	53.4	109	46.6	234	100.0
Hayır	135	25.0	406	75.0	541	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 59.369, P<0.001$$

Araştırma grubunda sık idrar yolu iltihabı geçirme durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.30); sık idrar yolu iltihabı geçirenlerin %53.4'ünde stres inkontinans görülmekte iken, sık idrar yolu iltihabı geçirmeyenlerin %25.0'ında stres inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından sık idrar yolu iltihabı geçirenler ile geçirmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.31.** Araştırma Grubunda Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Sık İdrar Yolu İltihabı Geçirme	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	95	40.6	139	59.4	234	100.0
Hayır	113	20.9	428	79.1	541	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 32.321, P<0.001$$

Araştırma grubunda sık idrar yolu iltihabı geçirme durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.31); sık idrar yolu iltihabı geçirenlerin %40.6'sında acil inkontinans görülmekte iken, sık idrar yolu iltihabı geçirmeyenlerin %20.9'unda acil inkontinans görülmektedir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından sık idrar yolu iltihabı geçirenler ile geçirmeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.32.** Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

İdrar Sondası Uygulanma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uygulanmış	70	36.8	120	63.2	190	100.0
Uygulanmamış	214	36.6	371	63.4	585	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 0.004, P> 0.05$$

Araştırma grubunda idrar sondası uygulanma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.32'de gösterilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından daha önce idrar sondası uygulanan kadınlar ile idrar sondası uygulanmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p> 0.05$ ).

**Tablo 4.33.** Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

İdrar Sondası Uygulanma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uygulanmış	67	35.3	123	64.7	190	100.0
Uygulanmamış	193	33.0	392	67.0	585	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 0.332, P> 0.05$$

Araştırma grubunda idrar sondası uygulanma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.33'te gösterilmiştir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından daha önce idrar sondası uygulanan kadınlar ile idrar sondası uygulanmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.34.** Araştırma Grubunda İdrar Sondası Uygulanma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

İdrar Sondası Uygulanma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uygulanmış	29	15.3	161	84.7	190	100.0
Uygulanmamış	179	30.6	406	69.4	585	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 17.177, P< 0.001$$

Araştırma grubunda idrar sondası uygulanma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.34); daha önce idrar sondası uygulanan kadınların % 15.3'ünde acil inkontinans görülmekte iken, bu oran daha önce idrar sondası uygulanmamış kadınlarda %30.6'dır ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.35.** Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Rahim Sarkması	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	62	98.4	1	1.6	63	100.0
Yok	222	31.2	490	68.8	712	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 112.690, P< 0.001$$

Araştırma grubunda rahim sarkması durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.35); rahim sarkması olan kadınların %98.4'ünde üriner inkontinans görülmekte iken, rahim sarkması olmayan kadınların %31.2'sinde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından rahim sarkması olan kadınlar ile rahim sarkması olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.36.** Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Rahim Sarkması	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	61	96.8	2	3.2	63	100.0
Yok	199	27.9	513	72.1	712	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 123.162, P< 0.001$$

Araştırma grubunda rahim sarkması durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.36); rahim sarkması olan kadınların %96.8'inde stres inkontinans görülmekte iken, rahim sarkması olmayan kadınların %27.9'unda stres inkontinans görülmemektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından rahim sarkması olan kadınlar ile rahim sarkması olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.37.** Araştırma Grubunda Rahim Sarkması Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Rahim Sarkması	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	31	49.2	32	50.8	63	100.0
Yok	177	24.9	535	75.1	712	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 17.473, P< 0.001$$

Araştırma grubunda rahim sarkması durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.37’de gösterilmiştir. Rahim sarkması olan hastalarda acil inkontinans görülme sıklığı rahim sarkması olmayan hastalarda acil inkontinans görülme sıklığından daha yüksektir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından rahim sarkması olan kadınlar ile rahim sarkması olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.38.** Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Ürogenital Ameliyat	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	72	97.3	2	2.7	74	100.0
Olmamış	212	30.2	489	69.8	701	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 129.632, P< 0.001$$

Araştırma grubunda ürogenital ameliyat olma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.38); ürogenital ameliyat olmuş kadınların %97.3’ünde üriner inkontinans görülmekte iken, ürogenital ameliyat olmamış kadınlarda bu oran %30.2’dir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından ürogenital ameliyat olmuş kadınlar ile olmamış kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).



**Tablo 4.39.** Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Ürogenital Ameliyat	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	69	93.2	5	6.8	74	100.0
Olmamış	191	27.2	510	72.8	701	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 130.771, P<0.001$$

Araştırma grubunda ürogenital ameliyat olma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.39); ürogenital ameliyat olmuş kadınların %93.2'sinde stres inkontinans görülmekte iken, ürogenital ameliyat olmamış kadınlarda bu oran %27.2'dir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından ürogenital ameliyat olmuş kadınlar ile olmamış kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.40.** Araştırma Grubunda Ürogenital Ameliyat Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Ürogenital Ameliyat	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olmuş	39	52.7	35	47.3	74	100.0
Olmamış	169	24.1	532	75.9	701	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 27.872, P<0.001$$

Araştırma grubunda ürogenital ameliyat olma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.40'ta gösterilmiştir. Ürogenital ameliyat olmuş kadınların %52.7'sinde acil inkontinans görülmekte iken, bu oran ürogenital ameliyat olmamış kadınlardaki acil inkontinans görülme sıklığından daha yüksektir ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.41.** Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Şeker Hastalığı	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	37	48.7	39	51.3	76	100.0
Yok	247	35.3	452	64.7	699	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2 = 5.260, P < 0.05$$

Araştırma grubunda şeker hastalığı varlığına göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.41’de gösterilmiştir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından şeker hastalığı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.42.** Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Şeker Hastalığı	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	37	48.7	39	51.3	76	100.0
Yok	223	31.9	476	68.1	699	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2 = 8.659, P < 0.05$$

Araştırma grubunda şeker hastalığı varlığına göre stres inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.42’de gösterilmiştir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından şeker hastalığı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.43.** Araştırma Grubunda Şeker Hastalığı Varlığına Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Şeker Hastalığı	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	37	48.7	39	51.3	76	100.0
Yok	171	24.5	528	75.5	699	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 20.479, P< 0.001$$

Araştırma grubunda şeker hastalığı varlığına göre acil inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.43); şeker hastalığı olan kadınların %48.7'sinde üriner inkontinans görülmekte iken, şeker hastalığı olmayanlarda bu oran %24.5'tir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından şeker hastalığı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.44.** Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Sigara İçme Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçiyor	49	23.2	162	76.8	211	100.0
İçmiyor	235	41.7	329	58.3	564	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2= 22.499, P< 0.001$$

Araştırma grubunda sigara içme durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.44'te gösterilmiştir. Sigara içen kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı % 23.2 iken, bu oran sigara içmeyen kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığından daha düşüktür ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.45.** Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Sigara İçme Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçiyor	46	21.8	165	78.2	211	100.0
İçmiyor	214	37.9	350	62.1	564	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2= 17.948, P< 0.001$$

Araştırma grubunda sigara içme durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.45); sigara içen kadınlarda stres inkontinans görülme sıklığı % 21.8 iken, bu oran sigara içmeyen kadınlarda stres inkontinans görülme sıklığından daha yüksektir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından sigara içen ve içmeyen kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.46.** Araştırma Grubunda Sigara İçme Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Sigara İçme Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçiyor	41	19.4	170	80.6	211	100.0
İçmiyor	167	29.6	397	70.4	564	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 8.102, P< 0.05$$

Araştırma grubunda sigara içme durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.46'da gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından sigara içen kadınlar ile sigara içmeyen kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Araştırma grubundaki üriner inkontinansı olan kadınların %1.4'ünde anal inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinansı olmayanlarda anal inkontinans da yoktur.

**Tablo 4.47.** Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Kabızlık Yakınması	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	109	49.5	110	50.5	219	100.0
Yok	175	31.5	381	68.5	556	100.0
Toplam	284	36.6	491	63.4	775	100.0

$$X^2=22.037, P<0.001$$

Araştırma grubunda sık kabızlık yakınması olma durumuna göre üriner inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.47); kabızlık yakınması olan kadınların % 49.5'inde üriner inkontinans görülmekte iken, kabızlık yakınması olmayan kadınların %31.5'inde üriner inkontinans görülmektedir. Üriner inkontinans görülme sıklığı açısından kabızlık yakınması olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.48.** Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Stres İnkontinans Görülme Sıklığı

Kabızlık Yakınması	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	108	49.5	110	50.5	218	100.0
Yok	151	27.2	405	72.8	556	100.0
Toplam	260	33.5	515	66.5	775	100.0

$$X^2=35.237, P<0.001$$

Araştırma grubunda sık kabızlık yakınması olma durumuna göre stres inkontinans görülme sıklığı incelendiğinde (Tablo 4.48); kabızlık yakınması olan kadınların % 49.5'inde stres inkontinans görülmekte iken, kabızlık yakınması olmayan kadınların %27.2'sinde stres inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans görülme sıklığı açısından kabızlık yakınması olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.49.** Araştırma Grubunda Sık Kabızlık Yakınması Olma Durumuna Göre Acil İnkontinans Görülme Sıklığı

Kabızlık Yakınması	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	75	34.4	143	65.6	218	100.0
Yok	133	23.7	424	76.3	557	100.0
Toplam	208	26.8	567	73.2	775	100.0

$$X^2= 9.088, P< 0.05$$

Araştırma grubunda sık kabızlık yakınması olma durumuna göre acil inkontinans görülme sıklığı Tablo 4.49'da gösterilmiştir. Acil inkontinans görülme sıklığı açısından sık kabızlık yakınması olan kadınlar ile sık kabızlık yakınması olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.50.** Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı

Günlük İdrara Gitme Sayısı	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-5	135	47.5	360	73.3	495	63.9
6-10	127	44.7	129	26.3	256	33.0
11 +	22	7.8	2	0.4	24	3.1
Toplam	284	100.0	491	100.0	775	100.0

$$X^2= 71.285, P< 0.001$$

Araştırma grubunda üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda günlük idrara çıkma sayısı incelendiğinde (Tablo 4.50); üriner inkontinansı olanların %47.5'i günlük 0-5 kez, %44.7'si günlük 6-10 kez, %7.8'i ise günlük 11 ve daha fazla kez idrara gitmektedir. Günlük idrara gitme sayısı açısından üriner inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.51.** Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı

Günlük İdrara Gitme Sayısı	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-5	114	43.8	381	74.0	495	63.9
6-10	124	47.7	132	25.6	256	33.0
11 +	22	8.5	2	0.4	24	3.1
Toplam	260	100.0	515	100.0	775	100.0

$$X^2=89.225, P<0.001$$

Araştırma grubunda stres inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda günlük idrara çıkma sayısı incelendiğinde (Tablo 4.51); stres inkontinansı olanların %43.8'i günlük 0-5 kez, %47.7'si günlük 6-10 kez, %8.5'i ise günlük 11 ve daha fazla kez idrara gitmektedir. Günlük idrara gitme sayısı açısından stres inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.52.** Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Günlük İdrara Gitme Sayısı

Günlük İdrara Gitme Sayısı	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-5	88	42.3	407	71.8	495	63.9
6-10	98	47.1	158	27.9	256	33.0
11 +	22	10.6	2	0.3	24	3.1
Toplam	208	100.0	567	100.0	775	100.0

$$X^2= 276.759, P<0.001$$

Araştırma grubunda acil inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda günlük idrara çıkma sayısı incelendiğinde (Tablo 4.52); acil inkontinansı olanların %42.3'ü günlük 0-5 kez, %47.1'i günlük 6-10 kez, %10.6'sı ise günlük 11 ve daha fazla kez idrara gitmektedir. Günlük idrara gitme sayısı açısından acil inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.53.** Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu

Gece İdrara Kalkma Durumu	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kalkıyor	182	64.1	222	45.2	404	52.1
Kalkmıyor	102	35.9	269	54.8	371	47.9
Toplam	284	100.0	491	100.0	775	100.0

$$X^2= 25.676, P<0.001$$

Araştırma grubunda üriner inkontinansı olan ve olmayanlarda gece idrara kalkma durumu incelendiğinde (Tablo 4.53); üriner inkontinansı olan kadınların %64.1'i gece idrara kalkarken, üriner inkontinansı olmayan kadınların %45.2'si gece idrara kalkmaktadır. Gece idrara kalkma durumu açısından üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 4.54.** Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu

Gece İdrara Kalkma Durumu	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kalkıyor	180	69.2	224	43.5	404	52.1
Kalkmıyor	80	30.8	291	56.5	371	47.9
Toplam	260	100.0	515	100.0	775	100.0

$$X^2= 45.856, P<0.001$$

Araştırma grubunda stres inkontinansı olan ve olmayanlarda gece idrara kalkma durumu incelendiğinde (Tablo 4.54); stres inkontinansı olan kadınların %69.2'si gece idrara kalkarken, stres inkontinansı olmayan kadınların %43.5'i gece idrara kalkmaktadır. Gece idrara kalkma durumu açısından stres inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 4.55.** Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda Gece İdrara Kalkma Durumu

Gece İdrara Kalkma Durumu	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kalkıyor	157	75.5	247	43.6	404	52.1
Kalkmıyor	51	24.5	320	56.4	371	47.9
Toplam	208	100.0	567	100.0	775	100.0

$$X^2= 62.125, P< 0.001$$

Araştırma grubunda acil inkontinansı olan ve olmayanlarda gece idrara kalkma durumu incelendiğinde (Tablo 4.55); acil inkontinansı olan kadınların %75.5'i gece idrara kalkarken, acil inkontinansı olmayan kadınların %43.6'sı gece idrara kalkmaktadır. Gece idrara kalkma durumu açısından acil inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.56.** Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu

İdrar Yaparken Ağrı	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	110	38.7	34	6.9	144	18.6
Yok	174	61.3	457	93.1	631	81.4
Toplam	284	100.0	491	100.0	775	100.0

$$X^2= 120.330, P< 0.001$$

Araştırma grubunda üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda idrar yaparken ağrı durumu incelendiğinde (Tablo 4.56); üriner inkontinansı olanların %38.7'sinde idrar yaparken ağrısı var iken, üriner inkontinansı olmayanların %6.9'unda idrar yaparken ağrısı vardır. İdrar yaparken ağrı durumuna göre üriner inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.57.** Araştırma Grubunda Stres İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu

İdrar Yaparken Ağrı	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	110	42.3	34	6.6	144	18.6
Yok	150	57.7	481	93.4	631	81.4
Toplam	260	100.0	515	100.0	775	100.0

$$X^2= 145.602, P< 0.001$$

Araştırma grubunda stres inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda idrar yaparken ağrı durumu incelendiğinde (Tablo 4.57); stres inkontinansı olanların %42.3'ünde idrar yaparken ağrısı var iken, stres inkontinansı olmayanların %6.6'sında idrar yaparken ağrısı vardır. İdrar yaparken ağrı durumuna göre stres inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.58.** Araştırma Grubunda Acil İnkontinansı Olan ve Olmayanlarda İdrar Yaparken Ağrı Durumu

İdrar Yaparken Ağrı	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	105	50.5	39	6.9	144	18.6
Yok	103	49.5	528	93.1	631	81.4
Toplam	208	100.0	567	100.0	775	100.0

$$X^2= 191.240, P< 0.001$$

Araştırma grubunda acil inkontinansı olan ve olmayan kadınlarda idrar yaparken ağrı durumu incelendiğinde (Tablo 4.58); acil inkontinansı olanların %50.5'inde idrar yaparken ağrısı var iken, acil inkontinansı olmayanların %6.9'unda idrar yaparken ağrısı vardır. İdrar yaparken ağrı durumuna göre acil inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.59.** Araştırma Grubunda Üriner İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü

İdrar Yapma Güçlüğü	Üriner İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	24	8.5	62	12.6	86	11.1
Yok	260	91.5	429	87.4	689	88.9
Toplam	284	100.0	491	100.0	775	100.0

$$X^2= 3.181, P> 0.05$$

Araştırma grubunda üriner inkontinansı olan ve olmayanlarda idrar yapma güçlüğü incelendiğinde (Tablo 4.59); üriner inkontinansı olanların %8.5'inde idrar yapma güçlüğü var iken, bu oran üriner inkontinansı olmayan kadınlarda %12.6'dır. İdrar yapma güçlüğü açısından, üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

**Tablo 4.60.** Araştırma Grubunda Stres İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü

İdrar Yapma Güçlüğü	Stres İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	24	9.2	62	12.0	86	11.1
Yok	236	90.8	453	88.0	689	88.9
Toplam	260	100.0	515	100.0	775	100.0

$$X^2=1.381, P> 0.05$$

Araştırma grubunda stres inkontinansı olan ve olmayanlarda idrar yapma güçlüğü incelendiğinde (Tablo 4.60); stres inkontinansı olanların %9.2'sinde idrar yapma güçlüğü varken; bu oran stres inkontinansı olmayan kadınlarda %12.0 olup, stres inkontinansı olan ve olmayan kadınlar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.

**Tablo 4.61.** Araştırma Grubunda Acil İnkontinans Olan ve Olmayanlarda İdrar Yapma Güçlüğü

İdrar Yapma Güçlüğü	Acil İnkontinans					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	22	10.6	64	11.3	86	11.1
Yok	186	89.4	503	88.7	689	88.9
Toplam	208	100.0	567	100.0	775	100.0

$$X^2= 0.078, P> 0.05$$

Araştırma grubunda acil inkontinansı olan ve olmayanlarda idrar yapma güçlüğü incelendiğinde (Tablo 4.61); acil inkontinansı olanların %10.6'sında idrar yapma güçlüğü varken, bu oran acil inkontinansı olmayanlarda %11.3 bulunmuştur. İdrar yapma güçlüğü açısından gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır.

Üriner inkontinansı olan kadınların %48.5'i inkontinans nedeniyle daha önce hekime başvurduğunu belirtmiştir. Hekime başvuranların %78.0'ı kadın hastalıkları ve doğum uzmanına, %18.8'i üroloji uzmanına, %3.2'si ise pratisyen hekime gittiğini ifade etmiştir.

“Gittiğiniz doktor size ne önerdi” sorusuna kadınların %64.3'ü ilaç, %15.8'i ameliyat, %19.9'u egzersiz önerdiğini belirtmiştir.

Doktora gitmeyenlerin %31.5'i utanma duygusu, %54.5'i idrar kaçırmayı bir sağlık sorunu olarak görmeme, %6.0'ı muayene olmak için vakit bulamama, %8.0'ı sosyal izolasyon korkusu nedeniyle doktora başvurmamışlardır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler araştırılmıştır. Araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı %36.6, stres inkontinans görülme sıklığı %33.5, urge (acil) inkontinans görülme sıklığı %26.8 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinansı olanların %26.8'inde sadece stres inkontinans, %8.4'ünde sadece acil inkontinans, %64.8'inde ise mikst tip inkontinans vardır. Çalışmamızda en sık görülen inkontinans mikst tip inkontinanstır. Başka çalışmalarda stres inkontinans sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hannestad ve arkadaşlarının (44) 20 yaş üstü 6625 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada, üriner inkontinansı olanların %50.0'ında stres inkontinans, %11.5'inde urge (acil) inkontinans, %38.5'inde ise mikst inkontinans olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, 60 yaş üzerinde stres inkontinans görülme sıklığı azalırken urge ve mikst inkontinans görülme sıklığı artmaktadır. Kök ve arkadaşlarının (45) jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü 229 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığı %37.1 olup; üriner inkontinansı olan kadınların %40.0'ında stres inkontinans, %15.3'ünde urge (acil) inkontinans, %36.5'inde mikst tip inkontinans, %8.2'sinde ise diğer (taşma tipi, fonksiyonel tip gibi.) inkontinans tipleri bulunmaktadır. Özerdoğan ve arkadaşlarının (46) 20 yaş üstü 625 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığı %25.8 olarak bulunmuştur. Üretra ve mesaneyi ilgilendiren sorunların neden olduğu inkontinans tipleri birbirlerinden ayırt edilebilir. Daha çok

semptomatik tanımlama kullanılır. Kadınların obstetrik şikayetleri ve idrara çıkma alışkanlıkları göz önüne alınarak, tanı konulan inkontinans türlerinin acil ve stres inkontinans olması nedeniyle çalışmamızda bu iki tür inkontinansa yer verilmiştir.

Araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı 40–49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha fazladır (%65.7). Benzer şekilde; stres inkontinans görülme sıklığı 40–49 yaş grubunda daha yüksek iken, acil inkontinans görülme sıklığı 50 ve üzeri yaş grubunda daha yüksektir. Turan ve arkadaşlarının (47) menopoz çağındaki kadınlar hariç yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans görülme sıklığı %6.6 olarak bulunmuştur. Ekin ve arkadaşlarının (48) 1400 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, üriner inkontinans görülme sıklığı %33.7 iken, 40 yaş ve üzerindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının (%58.0) diğer yaş gruplarındaki üriner inkontinans görülme sıklığından daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir. Alparslan ve arkadaşlarının (49) 40 yaş üstü kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise, üriner inkontinans görülme sıklığı %49.0 olarak bulunmuştur. Fantl ve arkadaşlarının (24) 65 yaş üstü kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada üriner inkontinans görülme sıklığı %30.0 olarak bulunmuştur. Samuelsson ve arkadaşlarının (50) 60 yaş üzeri 537 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınların %40.0'ında üriner inkontinans olduğu belirtilmiştir.

Genel olarak, üriner inkontinans görülme sıklığının yaş ile birlikte artış gösterdiği belirlenmiştir. Yaşlanan hastalarda inkontinans ile birlikte idrar yapma sayısında artma, gece idrara çıkma (noktüri) ve sık idrara çıkma görülebilir; bunlar da yaşlanmaya bağlı santral sinir sisteminin alt üriner sistem üzerindeki kontrol mekanizmalardaki zayıflamalar sonucunda olmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle pelvis kemiği içindeki mesaneyi yerinde tutan pelvik taban kasları zayıflayarak üretra aşağıya doğru yer değiştirmekte, böylece artan karın içi basıncı mesaneyi daha fazla etkilemekte ve inkontinans görülme olasılığı artmaktadır (17). Çalışmamızda 40 yaş üzerinde üriner inkontinans görülme sıklığı artmaktadır. Benzer şekilde; stres ve acil inkontinans görülme sıklığı da 40 yaş ve üzerinde daha fazladır.

Araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı, kentsel yerlerde yaşayanlarda kırsal yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Kentsel yerlerde yaşayanlarda stres inkontinans ve acil inkontinans görülme sıklığı da daha yüksektir. İnkontinans görülme sıklığı açısından kentsel yerlerde yaşayanlar ile kırsal yerlerde

yaşayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Kentsel yerlerde yaşayanlarda gebelik ve doğum sayısının az olması, kendiliğinden düşük yapma ve güç doğum yapma gibi durumların daha az olmasına rağmen üriner inkontinans görülme sıklığı daha fazladır. Bununla birlikte; araştırmamız sadece jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapıldığı için kentsel yerlerde yaşayanların hastaneye başvurma imkanı daha fazladır.

Araştırma grubunda hiç doğum yapmamış kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %25.0 iken, 5 ve daha fazla doğum yapmış olanlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %79.0'dır. 5'ten daha az doğum yapanlarda ise üriner inkontinans görülme sıklığı daha azdır. Ekin ve arkadaşları'nın (48) yapmış oldukları çalışmada multiparların %66.5'inde üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı ile inkontinans arasında da ilişki vardır. Multiparlarda üriner inkontinans görülme sıklığı daha fazladır. Parite ve inkontinans arasındaki ilişkide yaşın da önemi vardır. Yaş ilerledikçe paritenin etkisi azalmaktadır (17).

Araştırmamızda gebe kadınların %8.3'ünde üriner inkontinans görülmekte iken, gebe olmayan kadınların %37.5'inde üriner inkontinans görülmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Josif (51)'in gebe kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, üriner inkontinans görülme sıklığı %23.0 olarak bulunmuştur. Gebelikte idrar kaçırmanın en önemli nedeni; gebelikle birlikte artan karın içi basıncının mesaneyi etkilemesi ve inkontinansa yol açmasıdır. Fakat çalışmamızda gebe olmayan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, halen gebe olan kadınların genel olarak daha genç olmalarına bağlı olabilir. Aynı yaş grubundaki gebe kadınlarda üriner inkontinans sıklığının gebe olmayanlardan daha fazla olması beklenir.

Kendiliğinden düşük yapan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı kendiliğinden düşük yapmayanlara göre daha düşük olmasına rağmen iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.11). Kendiliğinden düşük yapanlarda stres inkontinans görülme sıklığının daha düşük, acil inkontinans görülme sıklığının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Stres inkontinansın en önemli nedeni, pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Acil inkontinans ise mesanenin aşırı duyarlı olmasından kaynaklanır. Kendiliğinden düşük

yapma durumunda mesane de etkilendiği için bu gruptaki kadınlarda acil inkontinans daha fazla görülüyor olabilir.

Kürtaj olan kadınların %88.4'ünde üriner inkontinans görülmekte olup, stres inkontinans ve acil inkontinans görülme sıklığı da bu grupta daha yüksektir. Bazı çalışmalarda üriner inkontinans ile operatif vajinal doğumlar, epizyotomi, perineal yırtıklar arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur (19,20).

Ölü doğum yapan kadınların %92.6'sında üriner inkontinans görülmektedir. Bu gruptaki kadınlarda hem stres inkontinans hem de acil inkontinans görülme sıklığı da ölü doğum yapmayan kadınlara göre daha yüksektir. Ölü doğum yapan kadınlar genellikle birden fazla kez gebe kalmakta ve iki gebelik arasındaki süre kısa olmaktadır. Gebelik ile artan karın içi basıncı mesaneyi etkileyerek inkontinansa yol açmaktadır.

Canlı doğum sayısı 5 ve daha fazla olan kadınlarda üriner inkontinansın daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Benzer şekilde, bu gruptaki kadınlarda stres inkontinans ve acil inkontinans da daha yüksek oranda görülmektedir. Multiparlarda üriner inkontinans görülme sıklığı daha fazladır (17).

Çalışmamızda güç doğum yaptığını ifade eden kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı %33.5 olarak bulunmuşken, güç doğum yapmayanlarda üriner inkontinans görülme sıklığının %38.4 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.23). Fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Güç doğum yapan kadınlarda stres inkontinans görülme sıklığı güç doğum yapmayan kadınlara göre daha düşük iken, acil inkontinans görülme sıklığı açısından güç doğum yapanlar ile yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Güç doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans sıklığının artması beklenir. Araştırmamızda bu beklentinin tersine bir durumun görülmesi, güç doğumun kadınların sübjektif algılamasına göre değerlendirilmiş olmasına ya da genç yaştaki kadınların doğum güçlüklerini daha iyi hatırlamalarına bağlı olabilir.

İnkontinans ile operatif vajinal doğumlar (vakum, forseps), epizyotomi, perineal yırtıklar, doğumun ikinci evresinin süresi, bebeğin baş çevresi ve doğum ağırlığı arasında kuvvetli ilişki bulunmaktadır (19, 20).

Sık idrar yolu iltihabı geçirdiğini ifade eden kadınların %54.7'sinde üriner inkontinans görülmekte iken, bu oran sık idrar yolu iltihabı geçirmeyenlerde %28.8 bulunmuştur.



Sık idrar yolu iltihabı geçirenlerde stres ve acil inkontinans görülme sıklığı da daha yüksektir. Samuelsson ve arkadaşlarının (50) 60 yaş üzeri 537 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada idrar yolu iltihabı geçiren kadınların %22.4'ünde inkontinans olduğu belirtilmiştir. Tekrarlayan mesane enfeksiyonlarının üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığı bilinmektedir (17).

Daha önce idrar sondası uygulanan kadınların %36.8'inde üriner inkontinans görülmekte iken, idrar sondası uygulanmayan kadınların %36.6'sında üriner inkontinans görülmektedir. Daha önce idrar sondası uygulanan kadınlarda stres inkontinans idrar sondası uygulanmayan kadınlara göre daha yüksek oranda görülürken, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte; daha önce idrar sondası uygulanan kadınlarda acil inkontinans görülme sıklığı idrar sondası uygulanmayan kadınlara göre daha düşüktür. Çalışmamızda idrar sondası uygulanmasının inkontinans sıklığının artması üzerinde etkisi gösterilememiştir.

Çalışmamızda iri bebek doğurmayan kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı iri bebek doğuran kadınlardan daha yüksek oranda bulunmasına rağmen bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildir. Bazı çalışmalarda iri bebek doğurma ile üriner inkontinans görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (52, 53).

Rahim sarkması olan kadınların %98.4'ünde üriner inkontinans görülmekte iken, stres inkontinans ve acil inkontinans için de durum benzer düzeydedir. Bai ve arkadaşlarının (54) yapmış oldukları bir çalışmada rahim sarkması olan kadınların %62.0'ında üriner inkontinans bulunduğu belirtilmiştir. İnkontinansın en önemli nedenlerinden biri pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Pelvik taban kasları zayıf olduğunda, karın içi basıncını arttıracak durumlar (hapşırma gibi) üretranın açılmasına ve kişinin idrar kaçırmasına neden olur. Çok sayıda doğum, iri bebek doğurma, vakum ile doğurma ve menopoz gibi risk faktörleri rahim sarkmasına dolayısıyla da inkontinansa neden olabilmektedir.

Daha önce ürogenital organ ameliyatı geçiren kadınların %97.3'ünde üriner inkontinans görülmekte iken, bu gruptaki kadınlarda stres inkontinans ve acil inkontinans görülme sıklığı da ürogenital organ ameliyatı geçirmeyenlere göre daha yüksektir. Galloway ve arkadaşlarının (39) yapmış oldukları bir çalışmada ürogenital organ ameliyatı geçiren kadınların %90.0'ında üriner inkontinans görüldüğü bildirilmiştir. Ürogenital ameliyat geçirme üriner inkontinans görülme sıklığını arttıran faktörler arasında bulunmaktadır.

İnkontinans, pelvik organ prolapsusu ve ameliyatlarına bağılı olarak da ortaya çıkabilmektedir.

Şeker (Diyabetes mellitus) hastalığı olan kadınların %48.7'sinde üriner inkontinans görülmekte iken, şeker hastalığı olmayanların %35.3'ünde üriner inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans ve acil inkontinans görülme sıklığı da şeker hastalığı olanlarda şeker hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir. Ersan'ın (55) yaptığı bir çalışmada, şeker hastalığı olan kadınların %23.3'ünde inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir. Şeker hastalığının en önemli belirtileri sık idrara çıkma, idrar miktarında artmadır. Şeker hastalığı olanlar sık idrara çıktıklarından bazen tuvalete yetişemeyip idrarlarını kaçırabilmektedir. Özellikle şeker hastalığına bağılı sinir harabiyeti sonucunda (diyabetik nöropati) ortaya çıkmaktadır ve bu durum "nörojenik mesane" olarak da isimlendirilir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmaz. İdrar hissi oluştuğu anda ise kişi idrarını tutamayarak kaçırma problemi ile karşı karşıya kalır.

Sık kabızlık yakınması olanların %49.5'inde üriner inkontinans görülmekte iken, sık kabızlık yakınması olmayanların %31.5'inde üriner inkontinans görülmektedir. Stres inkontinans ve acil inkontinans görülme sıklığı da sık kabızlık yakınması olanlarda daha fazladır. İkinma, mesaneyi yerinde tutan destek dokuların zayıflamasına neden olarak inkontinansa yol açmaktadır (21).

Üriner inkontinansı olan kadınların %52.5'i, üriner inkontinansı olmayanların %26.7'si günde altı veya daha fazla sayıda idrara çıkmaktadır. İdrara çıkma sayısı açısından, üriner inkontinansı olanlar ve olmayanlar arasındaki fark önemlidir. Ersan (51)'in bir çalışmasında kontinan kadınların %5.5'i günlük olarak 1–3 kez idrara çıkarken, %34.8'i 4–5 kez, %47.3'ü 6–8 kez, %12.3'ü ise 9 ve daha fazla kez idrara çıkmaktadır. İnkontinan kadınların ise %30.3'ü günlük olarak 9 ve daha fazla kez idrara çıkmaktadır. İnkontinan kadınlar, kontinan kadınlara oranla daha fazla kez idrara çıkmaktadır (12).

Üriner inkontinansı olan kadınların %64.1'i gece idrara kalkarken, %35.9'u gece idrara kalkmamaktadır. Stres inkontinansı ve acil inkontinansı olanların da büyük bir kısmı gece idrara kalkmaktadır. Üriner inkontinansı olmayan kadınların %45.2'si gece idrara kalkarken, %54.8'i gece idrara kalkmamaktadır. Alparslan ve arkadaşları (49)'nın yapmış olduğu çalışmada; üriner inkontinanslı kadınların %74.8'inin gece idrara kalktıklarını ifade etmişlerdir. Ersan (55)'in çalışmasında kontinan kadınların %37.2'si

gece idrara kalkarken, inkontinan kadınların %41.0'ı gece idrara kalkmaktadır. İnkontinans durumu gece idrara çıkma sayısını arttırmaktadır.

Üriner inkontinansı olan kadınların %38.7'sinde idrar yaparken ağrı varken, üriner inkontinansı olmayan kadınların %6.9'unda idrar yaparken ağrı vardır. İdrar yaparken ağrı durumuna göre üriner inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Stres inkontinansı olan kadınların %42.3'ünde, acil inkontinansı olan kadınların ise %50.5'inde idrar yaparken ağrı olduğu belirlenmiştir. İdrar yaparken ağrı durumuna göre stres inkontinansı olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İstemsiz ve kontrolsüz idrar yapımı esnasında büyük oranda yanmanın olmadığı tespit edilmiştir.

Üriner inkontinansı olan kadınların %8.5'inde idrar yapma güçlüğü bulunmakta iken, üriner inkontinansı olmayanlarda bu oran %12.6'dır. İnkontinansı olan kadınlarda istemsiz ve kontrolsüz idrar kaçırmaya bulunmaktadır. Bu nedenle büyük bir kısmında idrar yapma güçlüğü bulunmamaktadır. Stres inkontinansı olanlarda ve acil inkontinansı olanların da büyük bir kısmında idrar yapma güçlüğü bulunmamaktadır.

Araştırma grubundaki üriner inkontinansı olan kadınların %1.4'ünde anal inkontinans olduğu belirlenmiştir. Üriner inkontinansı olmayanlarda anal inkontinansı olan yoktur. Ersan'ın (55) yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olanların %20.0'ında anal inkontinans olduğu belirtilmektedir. Üriner inkontinans pelvik taban kaslarının ve sfinkterlerin zayıflığı sonucunda ortaya çıktığı için, üriner inkontinansı olanlarda anal inkontinans da görülebilmektedir.

Üriner inkontinansı olan kadınların %48.5'inin inkontinans nedeniyle daha önce doktora gittikleri belirlenmiş olup, Alparlan ve arkadaşları (49)'nın yapmış olduğu çalışmada 20 yaş üstü kadınların %92.4'ünün idrar kaçırmaya sorunları olduğunda doktora gittikleri belirtilmektedir.

Doktora gitmeyenlerin %31.5'i utanma duygusu, %54.5'i idrar kaçırmayı bir sağlık sorunu olarak görmeme, %6.0'ı muayene olmak için vakit bulamama, %8.0'ı sosyal izolasyon korkusu nedeniyle doktora başvurmamışlardır. Üriner inkontinans sık görülmesine, geçmiş yıllarda hekim ve hasta tarafından fazla önemsenmemesine karşın, günümüzde bu sorun yüzünden hijyenik ve psikososyal travmaya uğrayan kadınların çoğu artık kadın sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına başvurmaktadır (51).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma grubunda üriner inkontinans görülme sıklığı %36.6 bulunmuştur. Kadınların %33.5'inde stres inkontinans, %26.8'inde urge (acil) inkontinans görülmektedir. İlerlemiş yaş, gebelik sayısı, kürtaj sayısı, doğum sayısı, doğumun güç olması, sık idrar yolu iltihabı, rahim sarkması, ürogenital ameliyat geçirme, şeker hastalığı (diyabet), sigara içme ve kabızlık gibi faktörlerin üriner inkontinans görülme sıklığını arttırdığı; kendiliğinden düşük yapma, iri bebek doğurma ve idrar sondası uygulanmasının üriner inkontinans görülme sıklığının artması üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca; üriner inkontinansı olan kadınlarda günlük idrar sayısında artma, gece idrara kalkma, idrar yanması ve idrar yapma güçlüğü sıklığında artma saptanmıştır. Kadınlarda üriner inkontinans sık görülen bir şikayet olmakla birlikte hastaların %48.5'i tedavi için doktora başvurmuştur.

Çeşitli sosyodemografik, obstetrik, jinekolojik ve genel tıbbi faktörler inkontinans görülme sıklığını etkilemektedir. Üriner inkontinansı olan kadınların tedavi hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Üriner inkontinansa yönelik elde ettiğimiz bulgular ışığı altında öneriler şu şekilde sıralanabilir:

1. Üriner inkontinans sağlık çalışanlarının özel olarak üzerinde durması gereken bir sağlık sorunudur. Kadın sağlığını geliştirmek için kadınlarda üriner inkontinans gelişimini önlemek ve aktif rol almak sağlık personelinin önemli sorumluluklarındandır.
2. Özellikle üriner inkontinansa neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması veya erken tanınması ile inkontinans oluşumu önlenebilir veya sıklığı azaltılabilir. Bu amaçla; öncelikle 40 yaş üzeri kadınların daha sonra da tüm kadınların rutin jinekolojik kontrollerinin sağlanması gerekmektedir.
3. Fazla sayıda doğumların önlenmesi için aile planlaması hizmetlerine ağırlık verilmelidir.
4. Yaşam kalitesini bozarak sosyal yaşamı kısıtlayan ve geç tanılandığında ülke ekonomisine büyük yük getiren bu sorunun çözümlenmesine katkı sağlaması açısından kadınların daha iyi bilgilendirilmesinin gerekliliği açıktır.
5. Üriner inkontinans bulgularını belirlemeye yönelik çalışmaların daha da artırılması ve sağlık profesyonelleri tarafından toplumun üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumlarını arttırmak için özellikle toplumda erkeklere göre daha riskli grup olan kadınlara yönelik hizmetlere önem verilmesi gerekmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Lagro - Janssen AL, Debruyne FM, Var Weel C. Psychological aspects of female urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1992; 70: 499–502
2. Ouslander JG, Hepps K, Raz S, Su HL. Genitourinar dysfunction in a geriatric outpatient population. *Am Geriatr Soc* 1986; 34: 507–514
3. Herzog AR, Diokno AC, Fultz NH. Urinary incontinence medical and psychosocial aspects. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1989; 9: 74–119
4. Sutherst JR. Sexual dysfunctional and urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86: 387–388
5. Hilton P. Urinary incontinence during sexual intercourse a common, but rarely volunteered symptom. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 377–381
6. Losif S, Henriksson L, Ulmsten U. The frequency of disorders of the lower urinary tract, urinary incontinence in particular as evaluated by a questionnaire survey in gynecological health control population *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 71–76
7. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, Baker DI. Older adults' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling and urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 757–762

8. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002; 60: 7–12
9. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327–336
10. Sandvik H, Hunskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 339–343
11. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol* 1986; 136: 1022–1025
12. Sampsel CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 1230–1238
13. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997; 32: 3–12
14. Koçak İ, Okyay P, Erol H, Beşer E. Female urinary incontinence in the west of Turkey prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005; 48: 634–641
15. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in woman 40–60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298–305
16. Samuelsson EC, Victor FT, Svardsudd KF. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 568–574
17. Parazzini F, Colli E, Origgi G, et al. Risk factors for urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2000; 37: 637–643
18. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945–949
19. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–907

20. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *Am J Public Health* 1999; 89: 209–212
21. Fine PM, Antonini TG, Appell R. Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47: 44–52
22. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1213-1218
23. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish d, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res* 1994; 3: 291–306
24. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama* 1991; 265: 609-613
25. Adams C, Frahm J. *Genitourinary System*. WB Saunders Company, Philadelphia, 1995; 1: 459–504
26. Delancey JO. Structural aspects of urethrovesical function in the female. *Eur Urol Urodyn* 1988; 7: 509–519
27. Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence an exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J* 1995; 6: 282–291
28. Burns PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Hadley EC, Levy KJ, Ory MG. A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence in older community-dwelling women. *J Gerontol* 1993; 48: 67–74
29. Hay-Smith EJ, Bo K, Berghmans LC, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18: CD1001407
30. Rush CB, Entman SS. Pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Med Clin North Am* 1995; 79: 1473–1479
31. Resnick NM. An 89-year-old woman with urinary incontinence. *JAMA* 1996; 276: 1832–1840



- 32.Şahin Y, Hepgüler S, Kirazlı Y, Akşit R, Semerci B, Cüreklibatır İ. Stres inkontinans tedavisinde biofeedback. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2000; 1: 66–69
- 33.Peattie AB, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 95: 1049–1053
- 34.Cammu H, Van Nysten M. Pelvic floor exercises versus vaginal weight cones in genuine stress incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77: 89–93
- 35.Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996; 47: 67–72
- 36.Eriksen BC, Eik-Nes SH. Long-term electrostimulation of the pelvic floor primary therapy in female stress incontinence. *Urol Int* 1989; 44: 90–95
- 37.Barker AT, Freeston IL, Jalinous R. Non-invasive magnetic stimulation of human motor cortex. *Lancet* 1985; 1: 1106–1107
- 38.Barker AT, Freeston IL, Jalinous R, Jarratt JA. Magnetic stimulation of the human brain and peripheral nervous system: an introduction and the results of an initial clinical evaluation. *Neurosurgery* 1987; 20: 100–109
- 39.Galloway NT, El-Galley RE, Sand PK, Appell RA, Russell HW, Carlan SJ. Extracorporeal magnetic innervation (ExMI) therapy for stress urinary incontinence. *Urology* 1999; 53: 1108–1111
- 40.Yamanishi T, Yasuda K, Suda S, Ishikawa N, Sakakibara R, Hattori T. Effect of functional continuous magnetic stimulation for urinary incontinence. *J Urol* 2000; 163: 456–459
- 41.Galloway NT, El-Galley RE, Sand PK, Appell RA, Russell HW, Carlan SJ. Update on extracorporeal magnetic innervation (ExMI) therapy for stress urinary incontinence. *Urology* 2000; 56: 82–86
- 42.Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. *Qual Life Res* 1994; 3: 291–306

43. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990; 153: 7-31
44. Hannestad YS, Rortveit G, Hunskaar S. Help-seeking and associated factors in female urinary incontinence. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 102-107
45. K k G, Őenel N, Aky z A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş  st  kad nların  riner inkontinans aÇısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *G lhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 132-136
46.  zerdoğan N, Beji NK, YalŐın O. EskiŐehir, Bilecik, Afyon ve K tahya illerinde 20 yaş ve  st  kad nlarda inkontinansın prevalansı, risk fakt rleri, yaşam kalitesine etkisi. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-150
47. Turan C, Zorlu CG, HaŐerliođulları N, SaraŐođlu F. Urinary incontinence in women of reproductive age. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 41: 132-134
48. Ekin M, KarayalŐın R,  zcan U, Erdemlioğlu E. 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* 2004; 1: 21-25
49. Alparslan  , Doğaner G,  iftci M. Kad nların  riner İnkontinans ve Kegel Egzersizleri Hakkında Bilgi D zeyleri. *Sted Dergisi* 2007; 16: 129-134
50. Samuelsson E, Rodhe N, Englund L, M lsted S. Bacteriuria is associated with urge urinary incontinence in older women. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26: 35-39
51. Losif S. Stress incontinence during pregnancy and in puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 1981; 19: 13-20
52. Dimpfl T, Hesse U, Sch ssler B. Incidence and cause of postpartum urinary incontinence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 43: 29-33
53. Skoner MM, Thompson WD, Caron VA. Factors associated with risk of stress urinary incontinence in women. *Nurs Res* 1994; 43: 301-306
54. Bai SW, Jeon MJ, Kim JY, Chung KA, Kim SK, Park KH. Relationship between urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 256-260

55.Ersan F. Üriner İnkontinans Hastalarında Ekstrakorporal Manyetik İnnervasyon Tedavisinin Hayat Kalitesi ve Ürodinamik Parametreler Üzerindeki Etkileri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2006

# **EKLER**

## EK-1

### ÜRİNER İNKONTİNANS ANKET FORMU

Anket No:.....

1. Adı soyadı:.....

2. Adresi:.....

3. Yaşı: .....

4. Öğrenim durumu: 1. Okur Yazar Değil 2. Diplomasız okur yazar 3. İlkokul  
4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

5. Mesleği: 1. Ev hanımı 2. Evde para getiren iş 3. Ev dışında çalışıyor

6. İlk evlenme yaşı: .....

7. Doğurganlık özellikleri

a) Toplam gebelik sayısı: .....

b) Kendiliğinden düşük sayısı: .....

c) Kürtaj sayısı: .....

d) Ölü doğum sayısı: ..... (Spontan : ....., Müdahaleli vaginal....., Sezaryen.....)

e) Canlı doğum sayısı: .....(Spontan : ....., Müdahaleli vaginal ....., Sezaryen.....)

8. Çoğul gebeliğiniz oldu mu? 1. Evet (.....) 2. Hayır

9. Şu anda gebe misiniz? 1. Evet 2. Hayır

10. EVET ise kaç haftalık: .....

11. Son doğum tarihi: .....

12. Daha önceki doğumlarınız güç oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

13. EVET ise nedeni : .....

14. Son doğumunuzda, bebeğin doğum ağırlığı ne kadardı? .....

15. Doğum ağırlığı en fazla olan bebeğinizin doğum ağırlığı ne kadardı? .....

16. Günde kaç kez idrara çıkarsınız? .....

17. Geceleri idrara kalkar mısınız? 1. Evet (..... kez/gece) 2. Hayır

18. İdrar yaparken ağrı, sızlama olur mu? 1. Evet 2. Hayır

19. İdrar yapmakta güçlük çektiğiniz olur mu? 1. Evet 2. Hayır

20. Sık sık idrar yolu iltihabı olur mu? 1. Evet 2. Hayır

21. Hiç idrar sondası uygulandı mı? 1. Evet 2. Hayır

22. Rahim sarkması var mı? 1. Evet 2. Hayır

23. İdrar kesesinden veya kadınlık organlarından ameliyat oldunuz mu? 1. Evet 2. Hayır
24. Şeker hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
25. Başka önemli bir hastalık/ameliyat/kaza var mı? 1. Evet(.....) 2. Hayır
26. Sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
27. Son 30 gün içinde; gülme, öksürme, ağır yük kaldırma gibi durumlarda idrar kaçırdığınız oldu mu? 1. Evet 2. Hayır
28. İdrara sıkıştığınız zaman tuvalete yetişemeyip idrar kaçırdığınız olur mu? 1. Evet 2. Hayır

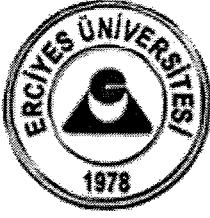
**27. VE 28. SORULARA HAYIR CEVABI VERENLER İÇİN 44. SORUYA GEÇİNİZ**

29. Bu şikayetleriniz kaç yıldan beri var?.....
30. İdrar kaçıрма şikayetiniz ne zaman başladı?  
1. Gebelik sırasında 2. Doğum sonrasında 3. Diğer(.....)
31. Bu şikayetiniz ne sıklıkta oluyor?  
1. Hergün bir kereden daha fazla 2. Günde bir kez  
3. Haftada bir kez 4. Haftada birden daha seyrek
32. İdrar kaçıрма miktarı ne kadar oluyor?  
1. Damla damla 2. Az miktarda 3. İdrarın tamamı
33. İdrar kaçıрма şikayetiniz sizi genel olarak ne kadar rahatsız ediyor  
1. Hiç 2. Hafif 3. Orta 4. Oldukça fazla
34. Bu şikayetleriniz cinsel yaşamınızı ne ölçüde etkiliyor?  
1. Hiç 2. Hafif 3. Orta 4. Oldukça fazla
35. Bu şikayetleriniz nedeniyle hiç doktora gittiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
36. EVET ise hangi doktora gittiniz?  
1. Pratisyen Hekim  
2. Kadın Doğum uzmanı  
3. Üroloji uzmanı  
4. Diğer (.....)
37. Doktor ne önerdi?  
1. İlaç  
2. Ameliyat  
3. Egzersiz  
4. Fizik tedavi  
5. Diğer (.....)
38. 35. soruya cevabınız HAYIR ise neden gitmediniz?  
1. Utanma duygusu  
2. İdrar kaçırmayı bir sağlık sorunu olarak görmeme  
3. Muayene olmak için vakit bulamama  
4. Sosyal izolasyon korkusu  
5. Diğer(.....)
39. Bu şikayetiniz için şimdiye kadar herhangi bir şey yaptınız mı? 1. Evet 2. Hayır

40. EVET ise ne yaptınız?.....
41. Şu anda herhangi bir Şey yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
42. EVET ise ne yapıyorsunuz? .....
43. Sizce idrar kaçırmamızın nedeni nedir? .....
44. Büyük abdestinizi kaçırdığınız oluyor mu? 1. Evet 2. Hayır
45. Sık sık kabızlık Şikayetiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır

**Tarih: ...../...../200...**

***TEŞEKKÜR EDERİZ***



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

04/10/2007

Sayı :B.30.2.ERC.0.70.72.00/500-1642-0598  
Konu: Anket Uygulaması

VALİLİK MAKAMINA

KAYSERİ

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Özlem ÇİFTÇİ**'nin "Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışması ile ilgili olarak Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket uygulaması yapmasına izin verilmesi hususunda gereğini müsaadelerinize arz ederim.

Prof. Dr. Şenol KARTAL  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

**EKLER:**

1- Anket örneği (3 sayfa)

T.C. KAYSERİ İLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BÜROSU	
10.10.07* 33847	
Evl:	
Sube:	İmza:

KAYSERİ VALİLİĞİ EVRAK BÜROSU	
SAYISI	19698
TARİHİ	09-10-2007
GİDECEĞİ YER	
VALİ	

KAYSERİ İLİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BÜROSU	
Tarih:	11.10-07
Evl:	822
-3-	





T.C.  
KAYSERİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Şube : Eğitim  
Sayı : B104ISM4380009-773-03. 381  
Konu : Özlem ÇİFTÇİ" nin Anket Uygulaması

16.10.2007\*019468

EĞİTİM VE ARARŞTIRMA HASTENESİ BAŞTABİBLİĞNE  
KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Özlem ÇİFTÇİ "nın Hastanenizde anket uygulaması yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Hayrettin DÜŞÜKTAŞ  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKLER

1- Okul Yazısı (4 adet)

KAYSERİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ		
KAYIT	TARİH	16.10.07
	SAYI	11380
HAVALE	GEREĞİ	Yon. İşlen
	BİLGİ	KIEM Jureta
DOSYA NO		
EKLER		

EvP 700

Hastana  
Jureta  
Bellek  
Jureta

dk

## ÖZGEÇMİŞ

Özlem Çiftci 1982 yılında Nevşehir ilinin Gülşehir ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini burada tamamladıktan sonra 2000 yılında Nevşehir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi Anadolu Hemşirelik Bölümü'nü birincilik derecesi ile bitirdi. Aynı yıl Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü'ne başladı. 2004 yılında bu bölümden bölüm birincisi olarak mezun oldu. Şubat 2003- Kasım 2004 yılları arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı. Halen Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisidir.