

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİMDALI**

**EMEK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE YAŞAYAN KADINLARDA
STRES ÜRİNER İNKONTİNANS YAYGINLIĞI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
HATİCE ACAR BEKTAŞ**

SİVAS, 2007

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİMDALI**

**EMEK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDE YAŞAYAN KADINLARDA
STRES ÜRİNER İNKONTİNANS YAYGINLIĞI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
HATİCE ACAR BEKTAŞ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. ÖZGÜR ALPARSLAN**

SİVAS, 2007

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen sevgili aileme, maddi ve manevi desteğe ihtiyacım olduğunda hep yanımda olan sevgili eşim Feyruz BEKTAŞ'a, stresli gŸnlerimde benim yanımda olan sevgili arkadaşlarım Arő. Gör. Emel ELEM, Ebe Nafiye ÇELEBİ, Ebe Demet YÜCER, Ebe Hatice AYDEMİR, Arő. Gör. Sultan GERÇEK, Arő Gör. Özlem DURAN, Arő. Gör. Gülbahtiyar DOĞANER'e, tezin istatistik kısmındaki yardımlarından dolayı sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Ziyet ınar'a, yüksek lisans eğitimim sırasında tecrŸbelerinden faydalanma fırsatı bulduğum Cumhuriyet Ÿniversitesi Sağlık YŸksekokulu'nda gŸrev yapan hocalarıma, mesleki konulardaki bilgi birikimini ve tecrŸbelerini bŸyŸk sabır ve Ÿzveriyle aktaran, uygulama ve teorik bilgilerimin gelişmesinde bŸyŸk katkıları olan, yüksek lisans eğitimim sŸresince bana gŸsterdięi yakın ilgi ve yardımlarından dolayı değerli hocam Yrd. Doç.Dr. Handan GŸLER'e ve yine yüksek lisans eğitimim sŸresince bilgi ve tecrŸbelerinden faydalandığım, derin hořgŸrŸ anlayıőı ve deneyimi ile yüksek lisans eğitimimi yŸnlendiren danıőmanım ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. ŸzgŸr ALPARSLAN'a teőekkŸr ederim.

Hatice ACAR BEKTAŞ

**Bu tez, Cumhuriyet Ÿniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Komisyon Baőkanlıęı tarafından SYO-004 numara ile YŸksek Lisans Tez
projesi olarak desteklenmiőtir.**

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|----|
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ..... | 1 |
| 1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI..... | 4 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 5 |
| 2.1. KONTİNANS MEKANİZMASI..... | 5 |
| 2.1.1. ANATOMİK VE FONKSİYONEL ÜRETRAL UZUNLUK :..... | 5 |
| 2.1.2. ÜRETRAL KAPANMA BASINCI :..... | 5 |
| 2.1.3. MESANE ÇIKIŞININ ANATOMİK DESTEĞİ..... | 6 |
| 2.1.4. STRES SIRASINDAKİ PELVİK TABAN KAS AKTİVİTESİ : | 6 |
| 2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS PATOFİZYOLOJİSİ..... | 6 |
| 2.2.1. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ | 7 |
| 2.3. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | 8 |
| 2.4. STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN FİZYOPATOLOJİSİ..... | 9 |
| 2.5. STRES ÜRİNER İNKONTİNANSLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ | 10 |
| 2.5.1. YAŞ VE CİNSİYET | 10 |
| 2.5.2. HORMONLAR..... | 10 |
| 2.5.3. GEBELİK, DOĞUM, VE PELVİK RELAKSASYON..... | 11 |
| 2.5.4. ABDOMİNAL VE PELVİK CERRAHİ GEÇİRİLMESİ..... | 12 |
| 2.5.5. ÜRETRAL SFİNKTER KASLARIN, MESANE SİNİRLERİNİN HASARI..... | 12 |
| 2.5.6. ESTROJEN EKSİKLİĞİ | 12 |
| 2.5.7. ÜRİNER ENFEKSİYONLAR | 13 |
| 2.5.8. SİGARA, KAFEİN VE ALKOL | 13 |
| 2.5.9. OBESİTE VE KRONİK KONSTİPASYON | 13 |
| 2.5.10. KRONİK ÖKSÜRÜK, MENTAL BOZUKLUK..... | 14 |
| 2.5.11. HİSTEREKTOMİ | 14 |
| 2.5.12. İRK | 14 |
| 2.5.13. ALFA ADRENERJİK BLOKÖRLER, BETA ADRENERJİ STİMULATÖR ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR..... | 14 |
| 2.6. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | 14 |
| 2.6.1. ÖYKÜ ALMA..... | 15 |
| 2.6.2. FİZİK MUAYENE..... | 15 |
| 2.6.3. ÖZEL ÜROJİNEKOLOJİK TESTLER..... | 16 |
| 2.6.4. ÜRODİNAMİK LABORATUAR İNCELEMELERİ..... | 16 |
| 2.7. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE KONSERVATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ | 16 |

| | | |
|----------|--|----|
| 2.7.1. | BİOFEEDBACK | 16 |
| 2.7.2. | PELVİK TABAN EGZERSİZLERİ..... | 17 |
| 2.7.2.1. | KEGEL EGZERSİZİ UYGULAMA DİREKTİFLERİ..... | 17 |
| 2.7.3. | MESANE EĞİTİMİ..... | 18 |
| 2.7.4. | TUVALETE GİTME PROGRAMI OLUŞTURMA..... | 18 |
| 2.7.5. | FONKSİYONEL ELEKTRİKSEL STİMULASYON (FES). | 19 |
| 2.7.6. | VAGİNAL KONLAR | 19 |
| 2.7.7. | MEKANİK ARAÇLAR..... | 19 |
| 2.7.8. | İLAÇ TEDAVİSİ..... | 19 |
| 2.8. | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ | 20 |
| 2.9. | EBE VE HEMŞİRENİN ÜRİNER İNKONTİNANS İLE İLGİLİ SORUMLULUKLARI | 21 |
| 3. | ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ..... | 23 |
| 3.1. | ARAŞTIRMANIN TİPİ | 23 |
| 3.2. | ARAŞTIRMANIN YERİ | 23 |
| 3.3. | ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ..... | 23 |
| 3.3.1. | ARAŞTIRMANIN EVRENİ | 23 |
| 3.3.2. | ÖRNEKLEM SEÇİMİ | 24 |
| 3.4. | ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI | 25 |
| 3.5. | VERİLERİN TOPLANMASI | 25 |
| 3.5.1. | VERİ TOPLAMA FORMUNUN HAZIRLANMASI..... | 25 |
| 3.5.2. | ÖN UYGULAMA | 26 |
| 3.5.3. | VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI | 26 |
| 3.5.4. | VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 26 |
| 4. | BULGULAR..... | 28 |
| 5. | TARTIŞMA | 52 |
| 6. | SONUÇLAR..... | 66 |
| 7. | ÖNERİLER..... | 68 |
| 8. | ÖZET..... | 70 |
| 9. | ABSTRACT/SUMMARY..... | 71 |
| | KAYNAKLAR..... | 72 |
| | EKLER (EK 1 - EK 2- EK 3- EK 4)..... | 85 |

TABLolar LİSTESİ

| | |
|--|-----------|
| TABLO 1: KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ..... | 28 |
| TABLO 2: KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ..... | 29 |
| TABLO 3: EVDE DOĞUM YAPTIĞINI İFADE EDEN KADINLARIN DOĞUM YAPARKEN YARDIM ALDIKLARI KİŞİLER | 30 |
| TABLO 4: KADINLARIN DOĞUM EYLEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ | 31 |
| TABLO 5: KADINLARIN STRES ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAMA DURUMLARINA İLİŞKİN VERİLERİ | 32 |
| TABLO 6: KADINLARIN KEGEL EGZERSİZİ İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU..... | 33 |
| TABLO 7: KADINLARIN GEÇMİŞTEKİ STRES ÜRİNER İNKONTİNANS ÖYKÜLERİ İLE İLİŞKİLİ VERİLERİ..... | 33 |
| TABLO 8: KADINLARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANS GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER..... | 34 |
| TABLO 9: KADINLARIN GENİTO-ÜRİNER SİSTEMDE YAŞADIKLARI SORUNLARLA İLGİLİ VERİLER | 36 |
| TABLO 10: KADINLARIN YAŞ VE EĞİTİM DURUMLARINA GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI | 38 |
| TABLO 11: KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI | 39 |
| TABLO 11 (DEVAM): KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI | 40 |
| TABLO 12: KADINLARIN DOĞUM EYLEMİNE YÖNELİK VERİLERİNE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI..... | 43 |
| TABLO 13: RİSK FAKTÖRLERİNE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI..... | 45 |
| TABLO 13 (DEVAM): RİSK FAKTÖRLERİNE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI | 46 |
| TABLO 14: GENİTO-ÜRİNER YOLLA İLİŞKİLİ VERİLERE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI..... | 48 |
| TABLO 14 (DEVAM): GENİTO-ÜRİNER YOLLA İLİŞKİLİ VERİLERE GÖRE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS DAĞILIMI..... | 49 |
| TABLO 15: LOGİSTİK REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARINA GÖRE RİSK FAKTÖRLERİ..... | 51 |

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

İnsanlığın başlangıcından beri her toplumun ana unsuru kadındır ve kadın sağlığı doğrudan kendisi için olduğu kadar çocuk ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir (Taşkın 2003). Yine kadın, yaşamı boyunca sadece “kadın” olma özelliğinden dolayı; menarş, gebelik, anne olma gibi birçok deneyim yaşamaktadır ve bu deneyimler kadının gelişimini tümüyle etkilemektedir (Dinç ve ark 1999). Bu bağlamda kadınların sağlık durumlarını en çok etkileyen faktörler; kültürel normlar, evliliğe ilişkin tutumlar, evlenme yaşı, doğum öncesi-doğum ve doğum sonrası dönemlerde yeterli bakım alma ya da alamama, doğurganlık oranı, aile yapısı, beslenme, eğitim, üretim biçimidir (İnanç 1991; Taşkın 2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre ülkemizde, annelerin yaklaşık beşte biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır. Kadının potansiyel ve aktif sağlık sorunlarının yanında, üreme döneminin de ele alınması gereken farklı yönleri vardır (Akyüz ve ark 2003). Doğurganlık, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her gebelik, sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır (Taşkın 2003). Erken yaşta, sık aralıklı, çok sayıda gebelik ve elverişsiz koşullarda gerçekleştirilen doğum, yetersiz sunulan doğum öncesi ve doğum sonrası bakım nedeniyle kadınların genital organlarına ilişkin sayısız şikayet ve hastalıklar ortaya çıkmaktadır (İnanç 1991; Taşkın 2003; Akyüz ve ark 2003). Kadınların sağlık durumunu bozan ve yaşam kalitesini etkileyen jinekolojik rahatsızlıklardan birisi de üriner inkontinanstır.

Üriner inkontinans gelişiminde;

- Doğum travması
- Yaşlanma
- Cinsiyet
- Menopoz
- Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin yüksek olması
- İlk doğum yaşı
- Sigara kullanımı
- Genetik faktörler
- Irk
- Üriner enfeksiyon
- Perineal travma
- Doğum şekli

gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Yalçın (b) ve ark 1997; Thom (b) et al 1997; Thom (a) et al 1998; Brown et al 1999; Farrell et al 2001; Kocaöz 2001; Peyrat et al 2002; Parazzini et al 2003; Espino et al 2003; Dietz et al 2005; Rortveit et al 2006).

Toplumda yaygın olarak görülen üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmaktadır. En sık görülen tipi ise stres üriner inkontinanstır. Stres üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından; “detrusor kasında kasılma olmaksızın, intravesikal basıncın artması ve maksimal üretral basınçla birlikte istemsiz idrar kaçırmak” olarak tanımlanmıştır (Mason (a) et al 1999). Diğer kaynaklarda ki başka bir tanımı da; mesane kasında kasılma olmaksızın, stres anında (gülme, hapşırma, öksürme ağır kaldırma.....gibi) mesane basıncının üretra içindeki basıncı aşmasıyla oluşan istemsiz idrar kaçırmadır (Pernol 1994; Zuspan/Quilligan 1995; Atasü ve ark 1996; Berek 1998; Burroughs et al 2001).

Belirtilen risk faktörlerinin yanında kadın hayatının normal fizyolojik bir süreci olarak kabul edilen doğum ve doğum eyleminde yaşanan olaylar, jinekolojik operasyonlar, menopoz sonrası hormon yetersizliğine bağlı gelişen atrofi ve sarkmalar, kronik öksürük ve şişmanlık durumları, karın içi basıncı artıran abdominal tümörler, dış sfinkteri zorlayan aşırı egzersiz yapımı da stres üriner inkontinansın gelişimine katkıda bulunan risk faktörleri arasında yer almaktadır (Arısan 1991; Pernol 1994; Gomel et al 1995).

Üriner inkontinans, hayatı tehlikeye sokan bir problem olmamasına rağmen, sürekli yaşanan ıslaklık ve irritasyona bağlı olarak oluşan rahatsızlık, kadında depresyona kadar varabilen ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Yaşanan bu sorunlardan dolayı üriner inkontinanslı kişiler fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta ve toplum içerisindeki diğer insanlarla bir araya gelmekten kaçınılmaktadırlar. Bununla birlikte inkontinanslı kişilerin günlük iş ve ev içi faaliyetleri, cinsel yaşamları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Hatta üriner inkontinanslı kişiler sıvı alımlarını kısıtlayarak, inkontinans sayılarını azaltmaya çalışmaktadırlar (Resnick 1995; Yalçın (b) ve ark 1997). Buna rağmen kadınların çok azının inkontinans nedeni ile kendiliğinden hekime başvurdukları

(Yalçın (b) ve ark 1997; Brown et al 1999), kendi sağlıklarıyla ilgili konularda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bilinmektedir (Çelik...; Mete 1998). Utanma, çekinme, önemsememe, anormal bulguları normal bir olay olarak görme... gibi nedenlerle hastaneye başvurmayan kadınlar, hastalığın bulguları belirginleştikten, enfeksiyon, akıntı vb sağlık sorunları oluşuktan sonra ancak sağlık kuruluşuna başvurmaktadırlar. Bu nedenlere bağlı olarak zamanında tıbbi tedaviye başvurmayan kadınların hastalığı ilerlemekte, erken tedavi şansı azalmakta ve daha kompleks işlemlerin yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Çelik...; Ertekin 1988; Coşkun 1992; Mete 1998)

Bu da kişilerin tedaviye ödeyecekleri para miktarının artmasına neden olmaktadır. Yani üriner inkontinans tedavisi ülke ekonomisine de büyük yük getirmektedir. Bu yük Amerika'da sağlık harcamalarının yaklaşık olarak % 2' sini oluşturmaktadır. Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre 65 yaş ve üstündeki bir kişinin inkontinans tedavisi için 3.565\$ ödediği belirtilmektedir (Wagner et al 1998).

Yurt dışında ve uluslar arası boyutlarda hizmet veren, inkontinanslı kişilerin başvurabilecekleri; kişilere eğitim ve danışmanlık yapma, tıbbi bakım, alternatif koruyucu ürünlerle ilgili destek ve ekonomik olanaklar sağlama gibi hizmetleri yürüten, toplum yararına çalışmalarda bulunan çeşitli bağımsız kuruluşlar bulunmaktadır (Help for Incontinent People (HIP)-U.S.A.; The Canadian Continence Foundation-Kanada; Incon-Tract-London; Gesellschaft für Inkontinenz Hilfe (GIF)-Almanya;...gibi) (Willis 1997). Fakat ülkemizde inkontinanslı kadınlara yönelik çalışan kuruluşlar henüz mevcut değildir. Son yıllarda gündeme gelen bu inkontinans hizmetlerinde multi disiplinler ekip çalışmasında rol alan ebe ve hemşirelerin stres üriner inkontinans konusunda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları, bu konuda araştırma yapmaları beklenmektedir. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi; risk altında yer alan grubun tanılanıp tedavi edilmesinde, stres üriner inkontinans oluşumunun önlenmesinde, stres üriner inkontinans tedavi maliyetinin azaltılmasında, ebe ve hemşirelerin bu konuda

yapacakları sağlık eğitimin yararlı olacağı dűşünülmektedir (Mason (b) et al 2001).

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Stres őriner İnkontinans, őriner inkontinans tipleri iğerisinde en yaygın olarak gőrülen, her yaŐtaki kadında fiziksel, sosyal ve psikolojik problemlere neden olan, yaŐam kalitelerini olumsuz yőnde etkileyen őrnemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, araŐtırma Sivas il belediye sınırları iğerisinde yer alan Emek Sağlık Ocağı Bølgesi'nde yaŐayan 15 yaŐ őrstű, evli ve doğum yapmıŐ kadınlarda

- Stres őriner inkontinans yaygınlığı ve
- Stres őriner inkontinansı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KONTİNANS MEKANİZMASI

Üriner kontinans; mesane ve üretral fonksiyona bağlıdır. Kadın ve erkek sfinkter mekanizmaları genel olarak birbirine benzese de, inkontinans oluşumu ve patofizyolojisi ile bazı anatomik yapılar yönünden farklılıklar vardır. (Harrison et al 1994) Kadındaki üriner kontinans mekanizması dört faktöre bağlıdır;

- 1- Anatomik ve fonksiyonel üretral uzunluk
- 2- Üretral kapanma basıncı
- 3- Mesane çıkışının anatomik desteği
- 4- Stres sırasındaki pelvik taban kas aktivitesi

2.1.1. Anatomik ve fonksiyonel üretral uzunluk :

Anatomik üretral uzunluk; internal ve eksternal meatus arası olup, 3-4 cm uzunluğundadır. Fonksiyonel üretral uzunluk ise; üretral basıncın mesane basıncını aştığı bölümdür ve ortalama 2.8 cm'dir (Siegel et al 1998). Anatomik ve fonksiyonel üretral uzunluğun yeterli olması kontinans mekanizmasında önemli olsa da katkısı beklenenden daha azdır. Şöyle ki; bazı kişiler, üretraları kısa olmasına rağmen kontinandırlar (Kjohlhede et al 1994).

2.1.2. Üretral kapanma basıncı :

Üretral basınç intravezikal basınçtan yüksek olmalı ki, idrarın üretraya kaçışı engellenebilsin. Bu basınç ise; iyi bir üretral koaptasyon (Üretra lümeninin depolama fazında su geçirmez şekilde oblitere olması(tıkanması)) ile üretropelvik ligamentin gerilme kuvvetine bağlıdır (Penson et al 1996). Üretral koaptasyon; östrojen etkisinde olan üretral mukoza ile submukozal vasküler pleksus sayesinde oluşur. Östrojen eksikliğinde, mukozada atrofi ve submukozada fibrozis gelişerek, üretral koaptasyon mekanizması bozulur. Ayrıca; travma, radyasyon, multipl cerrahi girişimler ile nörojen hastalıklar da bu mekanizmayı bozar (Raz (b) et al 1992; Haab et al 1996). Üretropelvik ligament ise; levator ani veya obturator kasının istemli veya refleks kontraksiyonlarıyla gerilerek, mid ve proksimal

üretroya kompresyon yaparak üretral kapanma basıncını arttırır (Wahle et al 1996).

2.1.3. Mesane çıkışının anatomik desteği :

Gerçek valvüler etki mesane boynuyla ilişkili mesane tabanının ve üretroyanın yüksek retropubik fiksasyonuyla sağlanır. Stres sırasında iyi destekli üretroya karşı mesane tabanının sınırlı posterior rotasyonu mesane boyununun valvüler etkisini arttırır. Menapozal hormonal değişiklikler, nöromusküler fonksiyon bozukluğu, cerrahi hasar, travma ve radyasyon tedavisine sekonder üretral fonksiyon bozulabilir. Zayıflamış levator kası stres sırasında yeterli midüretral basıncı sağlayamaz. İntrensek üretral direncin kaybı veya pelvik taban kas aktivitesinde kayıp, kontinansı olumsuz etkilese de kadınlarda çıkış direncini bozan en sık neden mesane boynu ve üretroyanın anatomik desteğinin kaybıdır. Pelvik tabanın zayıflaması, üretropelvik ligamentlerin ve mid üretral kompleksin zayıflaması üretra ve mesane boyununun posterioinferiora doğru önemli rotasyonuna yol açar. İntraabdominal basınçtaki ani yükselme zayıf destekli mesane çıkışının açılmasını ve kaçacağı kolaylaştırır (Wahle et al 1996).

2.1.4. Stres sırasındaki pelvik taban kas aktivitesi :

Abdominal basınçtaki ani yükselme nörolojik açıdan sağlam kadınlarda hem levator grubu hemde ürogenital diafram kasları refleks kaslar oluşturarak midüretral basıncı yükseltirler. Levator ve obturator kaslarınınAistemliAveya refleks kasılması da üretropelvik ligamentler üzerindeki gerilmeyi arttırır, bu durum hızla proksimal üretroyayı yukarı kaldırır ve komprese eder (Raz (b) et al 1992).

2.2.ÜRİNER İNKONTİNANS PATOFİZYOLOJİSİ

Alt üriner sistemin iki fonksiyonu vardır; Depolama ve idrarı boşaltma. Mesane böbrekten gelen idrarla dolar ve işeme hissi oluşur sosyal durum göz önüne alınarak miksiyon geciktirilebilir. Miksiyon başlatılacaksa sfinkter gevşer mesane kontraksiyonunu takiben miksiyon başlatılır. Ponsta yerleşmiş olan

miksiyon merkezi tarafından kontrol edilen miksiyon, istemli kontrol altındadır. Sakral parasempatik ve somatik sinirlerin, torakolomber yerleşimli sempatik sinirlerin modülasyonu ve integrasyonu miksiyon refleksi için gereklidir. Üriner inkontinans kadınlarda yaygın olup nadiren ciddi medikal durumlar sonucunda ortaya çıkarken aksine erkeklerde de görülen bu durumda sıklıkla altta yatan daha önce geçirilmiş cerrahi ve ya da yaralanma öyküsü vardır. Klinik yönden bakıldığında inkontinans **semptom, bulgu ve durum** olarak ele alınır. **Semptom** idrarın istemsiz kaçırılması, **bulgu** objektif olarak idrar kaçırmanın gözlenmesi, **durum** altta yatan patofizyolojinin klinik ve veya ürodinamik açıdan saptanması olarak. Buna göre yedi tip inkontinans tarif edilmiştir.

2.2.1. Üriner İnkontinans Tipleri

1. **Urge inkontinans:** Ani işeme isteğiyle istemsiz olarak idrar kaçırma
2. **Stres üriner inkontinans:** Fiziksel aktiviteyle idrar kaçırma
3. **Bilinçsiz idrar kaçırma (refleks inkontinans):** Hasta idrar kaçırdığının farkına varmaz
4. **Sürekli idrar kaçırma (total inkontinans):** Hasta gün içerisinde sürekli ıslak kalmaktadır
5. **Enüresis Nokturna:** Uyku esnasında idrar kaçırma
6. **Post void damlama:** İşeme sonrası damla damla idrar gelmesi
7. **Taşma inkontinans (overflow inkontinans):** üriner retansiyonla beraber hastanın idrar kaçırması.

Kadında üriner inkontinansın fonksiyonel nedenleri*

| Malfonksiyon | Altta yatan durumları | İnkontinans çeşidi | Hastanın deneyimlediği belirtiler |
|-----------------------------------|---|---|---|
| <u>Depolamada bozukluk</u> | | | |
| -Mesane ile ilgili | -Overaktif veya unstabil mesane kası | -Urge inkontinans | -Geldiğini hisseder ama durduramaz |
| -Üretra ile ilgili | -Yer değiştirmiş üretra | -Stres üriner inkontinans -Refleks inkontinans -Total inkontinans | -Ani hareketten sonra sızar -Geldiğini hissetmez -Her zaman sızar |
| <u>Boşalma bozukluğu</u> | | | |
| -Mesane ile ilgili | -Aktivitesi azalmış mesane kası | -Overflow inkontinans | -Beklenmedik anda sızar |
| -Üretra ile ilgili | -Mesane ve sfinkter arasında koordinasyon eksikliği | -Mesane sfinkter dissinerjisi | -Urgency, sıklık, küçük miktarda idrar akışı |

*Chalker R, Whitmore KE; Overcoming Bladder Disorders, Harper Collins Publishers, New York, 1991)

2.3.STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

Stres üriner inkontinans (SUI); intraabdominal basınç artışına bağlı olarak, detrusör kontraksiyonu olmaksızın, üretradan istemsiz idrar kaçırma şeklinde. SUI'in; anatomik, radyolojik ve ürodinamik bulgularına göre literatürde çeşitli sınıflandırmaları yayınlanmıştır. Fakat basit olarak, Raz'in tariflediği; sfinkterik ünitenin intakt olup, anatomik malpozisyona bağlı oluşan "Anatomik inkontinans" ve sfinkterik ünitenin intakt olmadığı "İntrinsik sfinkter disfonksiyonu (ISD)" şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

Raz'in sınıflandırması:

1. **Anatomik Tip:** İntakt sfinkterik ünitenin malpozisyonuna bağlı
2. **İntrinsik Sfinkter disfonksiyonu:** Sfinkter malfonksiyonuna bağlı. Hiper-mobilite (+) veya (-).

Amerika'da Green adlı bir araştırmacı stres üriner inkontinansı iki tipe ayırmıştır.

1. **Tip 1:** posterior üretrovezikal açının tamamı ya da tamamına yakın bir kısmı kaybolmuştur. Üretra ise vücut eksenine vertikal pozisyonunun devam ettirmektedir. Yani üretral eğim açısı normaldir.

2. **Tip 2:** Burada ise posterior üretrovezikal açının kaybına ek olarak, üretranını normal açı ve pozisyonu da kaybolmuştur. Üretra aşağıya ve arkaya doğru yer değiştirmiştir, vücudun vertikal eksenine olan açısı da 90°'yi aşmıştır. McGuire ve Blavis'in gerçek stres üriner inkontinans için yaptıkları sınıflandırma aşağıdadır.

1. **Tip 0:** Kişirelde stres üriner inkontinans yakınması vardır. Fakat klinik ve ürodinamik çalışmalar sonucunda idrar kaçırma olduğu saptanamaz
2. **Tip 1:** Mesne boynu, istirahat halinde kapalıdır ve simfisiz pubisin alt kenarında veya üzerindedir. Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha az aşağıya doğru sarkar. Sistosel yoktur ya da çok azdır.
3. **Tip 2A:** Mesane boynu dinlenme esnasında kapalıdır ve simfisiz pubisin alt kenarı hizasındadır. Stres esnasında mesane boynu ve üretra açıktır. İntraabdominal basınç arttığı zaman idrar kaçırma gözlenmektedir. Belirgin bir şekilde sisto-üretrosel bulunmaktadır.
4. **Tip 2B:** Dinlenme esnasında mesane boynu kapalıdır ve simfisiz pubisin alt kenarında aşağıda olsun veya olmasın mesane boyun ve proksimal üretra açıktır ve idrara kaçırma meydana gelmektedir.
5. **Tip 3:** Dinlenme sırasında, mesane kasında kasılma olmaksızın mesane boynu ve proksimal üretra açıktır. Proksimal üretra, sfinkter fonksiyonunu yerine getirememektedir. Genellikle idrar kaçırma durumu yer çekimiyle ilgilidir. Çok küçük miktarda karın içi basınç artışı sonrası idrar kaçırmanın olduğu gözlenmektedir.

2.4.STRES ÜRİNER İNKONTİNANSIN FİZYOPATOLOJİSİ

Stres üriner inkontinans gelişimine neden olan anatomik ve fizyolojik ilişkilerin belirlenmesi tedaviye yaklaşım açısından önem kazanmaktadır. Stres üriner inkontinans gelişim mekanizması geçmişte tek bir faktörle açıklanmaya çalışılmış ve çalışmalar mesane boynu ve üretra üzerinde odaklanmıştır. Günümüzde ise kadınlarda inkontinans gelişimine neden olabilecek pek çok faktörün olduğuna inanılmaktadır. Bu faktörlerden herhangi birisinde problem oluştuğunda stres üriner inkontinans meydana gelmektedir.

Stres üriner inkontinans, artan intraabdominal basınç esnasında üretral kapanma basıncının yetersiz kalması sonucu gelişmektedir. Stres üriner inkontinansın fizyopatolojisinde 2 önemli faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Bunlardan ilki, internal sfinkter yapının yetersizliği olduğu kabul edilmektedir. Geçirilmiş operasyon, radyoterapi, travma ve atrofi sonucunda oluşan skar, fibrozis, vaskülaritenin azalması ve elastikiyetin kaybı gibi nedenlerle internal sfinkter yetersizliği gelişebilmektedir. Stres üriner inkontinanslı hastaların % 95'inde bulunan ikinci neden ise; anatomik desteğin azalması sonucunda mobilitesi artan mesane boynu ve proksimal üretraya yetersiz basıncın uygulanmasına bağlı olarak gelişen dış sfinkter yetersizliğidir. Doğuma bağlı travma başta olmak üzere pelvik relaksasyona neden olan her türlü etken bu durumun gelişmesinde rol oynayabilmektedir.

2.5.STRES ÜRİNER İNKONTİNANSLA İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

2.5.1. Yaş ve Cinsiyet: İnkontinans, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık görülmektedir (Karatay 1991; Burgio (b) et al 1991; Davilla 1994; Mallelett et al 1994; Ateşalp 1995; Locher et al 1996; Topalismailoğlu 1996; Yalçın 1996; Cardoza 1997; Thom (a) et al 1998). Yaşlandıkça üriner inkontinans insidansı artmaktadır; ancak inkontinans genç kadınlarda da görülmektedir (Burgio (b) et al 1991; Thom (a) et al 1998). Yaşlılarda sık görülebilen demans, üriner enfeksiyon, ilaçlar (diüretik vb) kalp yetersizliği, estrogen yetersizliği, diyabet gibi bazı durumlar inkontinansa zemin hazırlar (Burgio (b) et al 1991; Karatay 1991; Wolters 1993; Ateşalp 1995; Topalismailoğlu 1996; Yalçın 1996; Cardoza 1997; Dover 1998)

2.5.2. Hormonlar: Postmenapozal kadınlarda premenopozal döneme göre üriner inkontinans sıklığı daha fazla olmaktadır (Burgio (b) et al 1991). Estrojen eksikliği inkontinans prevalansını artırmaktadır (Bump et al 1992; Griebing et al 1997; Thom (a) et al 1998). Üriner sistem, genitla organlar gibi estrojene duyarlıdır. Menapozda estrojenin yokluğu, üretranın damarlanması ve kalınlığının

azalmasına yol açabilmektedir (Gomel et al 1995; Schaffer et al 1996). Üretra epiteli inceldiğinde ve süngerimsi değişkenliğini kaybettiğinde, karın içi basınç arttığı zaman idrar kaçabilmektedir (Gomel et al 1995). Gebelikte progesteronun etkisiyle mesane kapasitesi ve damarlanması artmakta, üretranını ve mesanenin kas tonüsü azalmaktadır. İlerleyen gebelik haftalarında uterusun mesaneye baskı yapması sonucunda sık sık idrara çıkma ve hatta stres üriner inkontinans görülmektedir (Scott et al 1992; Pernol 1994). Literatürde, gebelik esnasında üriner inkontinans prevalansının %30-59 arasında olduğu bildirilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan inkontinans genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır (Metanyi 1992)

2.5.3. Gebelik, doğum, ve pelvik relaksasyon: Pelvik anatomik yapının veya sinirlerin konjenital bozukluğu, iri bebek, sık-çok sayıda ve zor doğumlar, levator hiatusun genişlemesi ve atrofik değişimlere yol açarak mesane tabanı ve üretranın bir nevi fitik gibi kaymasına ve üriner inkontinans sorununa yol açar. İnkontinans prevalansı nulliparlarda düşük bulunmuştur (Arısan 1991; Burgio (b) et al 1991; Ateşalp 1995; Topalısmaıloğlu 1996; Yalçın (a) ve ark 1997; Amuzu 1998; Döver 1998; Taşkın 2003). Vaginal doğum üretral tonusun yitirilmesine yol açabilecek şekilde denervasyon, fibrozis, uzun ve kısa dönemli yumuşak doku ve sinir hasarı oluşturabilmektedir (Gomel et al 1995). Sinir hasarı, doğum esnasında pelvik kasların aşırı gerilmesi ve transfers felvik yan duvardaki sinirlere fetal başın direkt bası yapması sonucunda gelişebilmektedir (Snooks (b) et al 1985; Smith et al 1989; Snooks (a) et al 1990; Arısan 1991; Foldspang et al 1992; Tetzsehner et al 1997). Yapılan çalışmalarda doğumu takiben pelvik taban kaslarında zedelenme, güçsüzlük geliştiği gösterilmiştir (Sampselle 1990; Allen et al 1990; Foldspang et al 1992). Postpartum dönemde kas fibrillerinde de değişiklik olduğu saptanmıştır (Foldspang et al 1992). Yapılan çalışmalarda sezaryenle doğum yapan kadınların pudental sinirinde hasara rastlanmaması ve vaginal doğum yapanlara göre daha güçlü pelvik kaslara sahip oldukları belirlenmiştir (Allen et al 1990; Thom (a) et al 1998).

Postpartum dönemde vaginal doğumun üriner inkontinans riskini artırdığı bilinmesine rağmen, doğum esnasında spesifik olayların etkisi hakkında daha az şey bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda forseps kullanımı, vakumla çekme, doğum ağırlığı ve doğumun ikinci evresinin süresi doğum sonrası dönemdeki pudental sinir hasarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Allen et al 1990; Thom (a) et al 1998; Tetzchner, Sorensen, Lose, 1998). Viktrup (a) ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada da doğum esnasında açılan epizyotomi ile erken dönemde gelişen stres üriner inkontinans arasındaki ilişkinin önemli olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda epidural anestezinin postpartum dönemdeki stres üriner inkontinans riskini artırdığı belirtilirken (Sommer et al 1990; Dimpfl et al 1992), diğer yandan Viktrup (b) ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında bunun tam tersi sonuç elde edilmiştir.

Benzer şekilde pelvik destek sisteminin gevşemesi ve pelvik relaksasyon nedeniyle de mesane tabanı ve üretra normal anatomik lojundan aşağı kayarak ekstrapelvik bir lokalizasyona geçmektedir. Stres durumunda, artan karın için basıncın ekstrapelvik lokalizasyondaki mesane tabanı ve proksimal üretraya iletilmemesi sonucu üriner inkontinans oluşur (Atasü ve ark 1996; Yalçın ve ark 1997; Taşkın 2003).

2.5.4. Abdominal ve pelvik cerrahi geçirilmesi : Önceden yapılan inkontinans ameliyatı, histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir zedelenmeleri, estrogen eksikliği, kolon, servikal veya over kanseri için yapılan geniş pelvik ameliyatlarda üriner inkontinans sorununa neden olabilir (Arısan 1991; Chalker et al 1991; Ateşalp 1995; Atasü ve ark 1996; Döver 1998; Taşkın 2003).

2.5.5. Üretral Sfinkter kasların, mesane sinirlerinin hasarı: Bazı ilaçlar pelvik relaksasyon, estrogen yetersizliği, mesane taşı, sistosel nedeniyle olabilir (Burgio (a) et al 1989; Chalker et al 1991; Atasü ve ark 1996; Döver 1998)

2.5.6. Estrojen Eksikliği : Menopozdaki kadınlarda estrogen yetersizliği sonucu bu dokular, frajil ve hassas olurlar veya enfeksiyona yatkınlık gösterir. Alt üriner

sistemin özellikle mukozasında olmak üzere submukozal bağ dokuları, kas dokuları ve vasküler yapılarında estrogen reseptörleri olduğu bilinir. Estrogen yetersizliği ile inkontinans arasında direkt ilişki tam olarak belirlenememiştir. Bu dönemde ovarian yetmezlik, psikosomatik değişiklikler, yaşa bağlı sistem yetmezliklerinden hangisinin etkisi sonucu geliştiği belli değildir (Chalker et al 1991; Arısan 1991; Atasü ve ark 1996; Topalısmaioğlu 1996; Yalçın 1996; Cardoza 1997; Döver 1998).

2.5.7. Üriner Enfeksiyonlar: Mesane infeksiyonları kadınlarda genellikle sık görülür. Geçici veya uzun süreli kullanılan idrar kateterleri nedeniyle hasar olması, radyasyon tedavisi, kemoterapi, uterus kanseri, mesane taşı, menopoz, diabetle tekrarlayan sistit gözlenebilir ve bu nedenlere bağlı inkontinans gelişebilir (Chalker et al 1991; Döver 1998).

2.5.8. Sigara, kafein ve Alkol: Yapılan çalışmalarda, sigara içenlerde inkontinans riski 2-3 kat yüksek bulunmuştur. Kronik öksürük ve kollojen sentezi ile kan damarları ve estrogen seviyesini etkileyerek inkontinans nedeni olabilir. Alkol ve kafeinli içecekler merkezi sinir sistemini (MSS) deprese eder, idrar depolama ve salınması ile ilgili sinirleri harap edebilir. Mesane sinirlerine hasar verebilir ve idrara yapma hissinin kaybolmasına neden olabilir (Chalker et al 1991; Ateşalp 1995; Döver 1998).

2.5.9. Obesite ve Kronik Konstipasyon: Fazla yağ dokusu, mesane üstünde fazla basınç yapabilir. Obesite, stres inkontinansın cerrahi tedavisinde teknik güçlüklerle ve komplikasyonlara neden olabilir. kilo vermekle inkontinans azalabilmektedir. Kronik konstipasyon, pelvis sinirlerinde gerilmeye bağlı hasar nedeniyle pelvis kaslarında fonksiyon bozukluğu yapabilir. Defesasyon esnasında zorlanma ve barsak hareketlerinde artış inkontinansa neden olabilir (Burgio (a) et al 1989; Burgio (b) et al 1991; Karatay 1991; Chalker et al 1991; Ateşalp 1995; Cardoza 1997; Yalçın (a) ve ark 1997; Döver 1998; Taşkın 2003).

2.5.10. Kronik Öksürük, Mental Bozukluk: Tekrarlayan kuvvetli öksürük atakları, sfinkter mekanizmasında yetersizlik olasılığını arttırabilir. Mental yetersizlik, depresyon, oryantasyon bozukluğu gibi durumlarda idrar yapma hissi fark edilmeyebilir. Kullanılan antidepresan ilaçlar mesaneyi gevşetir ve uygun bir şekilde kasılmasını engeller (Burgio (a) et al 1989; Burgio (b) et al 1991; Chalker et al 1991; Karatay 1991; Ateşalp 1995).

2.5.11. Histerektomi: Pelvik sinirlerde ve pelvik destek yapılarında histerektominin hasara neden olarak üriner inkontinans gelişime etki edebileceğine dair düşünceler bulunmaktadır (Thom (a) et al 1998; Parys et al 1990). Ayrıca yapılan histerektomi nedeniyle trigonal yerleşimli mesane desteklerinin çıkartılması, vaginanın kısaltılması ve cerrahi menopoz sonucunda üriner inkontinansın gelişebileceği ileri sürülmektedir (Parys et al 1990).

2.5.12. Irk: inkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir. Çinliler, eskimolar ve zencilerde inkontinans prevelansı daha düşüktür (Burgio (b) et al 1991; Döver 1998)

2.5.13. Alfa Adrenerjik Blokörler, Beta Adrenerji Stimulatör Antihipertansif İlaçlar: Üriner inkontinans gelişimine neden olabilirler (Karatay 1991).

2.6.STRES ÜRİNER İNKONTİNANS ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Stres üriner inkontinans her yaştaki kadını etkileyen ve onların yaşam kalitesini bozan bir rahatsızlıktır. Bu nedenle hastaları tedaviye başlamadan önce iyi bir değerlendirme yapılmalı ve kesin tanı konulmalıdır. Aşağıda stres üriner inkontinanslı kadınları tanımlamakta kullanılan yöntemler açıklanmıştır.

2.6.1. Öykü Alma

Öyküde her kadının üriner inkontinans şikayetinin başlangıcı, şiddeti ve sosyal yaşama olan etkisinin neler olduğu araştırılır. Üriner inkontinans yakınmasına neden olan genito-üriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla, ayrıntılı olarak obstetrik, jinekolojik ve ürolojik öykü alınır. Ayrıca genito-üriner istem dışı etkenlere neden olabilecek genel sağlık durumu, geçirdiği operasyonlar ve kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinilir (Kışnişçi ve ark.1996; Yalçın (a) ve ark 1997). Öykü alınırken kadınlardan 24 saatlik bir idrar günlüğü tutması istenir. İdrar günlüğünde, idrar volümü, işeme sıklığı, ne sıklıkla inkontinansının olduğu, ne kadar idrar kaçırdığı ve üriner inkontinans durumunu artıran ve azaltan durumların neler olduğuna yönelik bilgiler kaydedilmelidir (Scott et al 1992; Kışnişçi ve ark 1996; Yalçın(a) ve ark 1997; Berek 1998). Karın içi basıncı artıran aktiviteler esnasında (stres anında) idrar kaçırma olayı olarak tanımlanan stres üriner inkontinans, sadece üretral sfinkter yetmezliği olanlarda değil fistül, istemsiz detrüör kontraksiyonları ve üriner divertikülü olan kişilerde de görülebilmektedir. Bu nedenle sadece alınan öyküye yönelik stres üriner inkontinans tanısı konulmamalıdır (Kışnişçi ve ark.1996; Yalçın (a) ve ark 1997).

2.6.2. Fizik Muayene

Kadınların genel sağlık durumunun belirlenmesi ve inkontinansa neden olan sistemik faktörlerin saptanabilmesi için fizik muayene yanında nörolojik muayene de yapılır. Nörolojik muayenede alt ekstremitelerde refleksler, duyu ve kasların motor gücü araştırılır (Scott et al 1992; Pernol 1994; Kışnişçi ve ark 1996). Ayrıca üriner inkontinans gelişiminde katkıları bulunması yanında, tedavi yönteminin seçimini de etkileyebilecek pelvik relaksasyonlar ve eşlik eden diğer jinekolojik problemlerin belirlenmesi için jinekolojik ve ürolojik muayene yapılması gerekmektedir (Kışnişçi ve ark.1996; Yalçın(a) ve ark 1997).Bazı durumlarda sistemik muayene ile üriner inkontinansın altta yatan patolojik nedeni bulunamaz. Bu durumda kesin tanıya ulaşmak için klinik ve laboratuvar testlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

2.6.3. Özel Ürojinekolojik Testler

- Laboratuvar Testleri:
- Q Tip Test:
- Stres Test
- Bonney-Marchall Testi
- Ped Testi

(Arısan 1991; Scott et al 1992; Pernol 1994; Kişnişçi ve ark 1996; Yalçın (a) ve ark 1997; Berek 1998)

2.6.4. Ürokinamik Laboratuvar İncelemeleri

- Sistometri
- Üroflowmetri
- Üretral Basınç Profili (UPP)
- Elektromyografi (EMG)
- Üretro-Sistoskopi

(Yaman ve ark 1990; Scott et al 1992; Wolters 1993; Gomel et al 1995; Atasü ve ark 1996; Kişnişçi ve ark 1996; Yalçın(a) et al 1997; Berek 1998)

2.7. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE KONSERVATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Stres üriner inkontinans tedavisinde pek çok küçük öneri veya konservatif tedavi yöntemleri iyileşmede etkili olabilmektedir. Ucuz ve yan etkisi düşük olması nedeniyle bu yöntemler özellikle hafif stres üriner inkontinanslı hastalara mutlaka denenmelidir (Kişnişçi ve ark 1996). Fakat konservatif tedavi her hasta için uygun değildir. Cerrahi tedaviyi istemeyen, cerrahi tedavinin yapılamadığı ya da sorunun gebelik, postpartum dönemde ortaya çıktığı hastalara konservatif tedavi yöntemleri önerilmektedir (Davilla 1994; Demirci ve ark 1999). Bu yöntemler:

2.7.1. Biofeedback: Hastanın "gizli" fizyolojik süreci anlamasına yardımcı olan ve olayları hastanın kendisinin düzenlemesine izin veren bir yöntemdir. İnkontinans sorunu olan hasta, biofeedback aracının yardımıyla pelvik taban

kaslarını belirleyebilmeyi ve seçici olarak kullanabilmeyi öğrenebilmektedir (Davilla 1994; Döver 1998; Demirci ve ark 1999).

2.7.2. Pelvik Taban Egzersizleri: İlk kez 1948'de Arnold Kegell tarafından pelvik taban egzersizleri (Kegel) tanımlanmıştır. Kegel egzersizinin amacı; pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunun iyileşmesini sağlamaktadır (Davilla 1994; Kışnişçi ve ark.1996; Döver 1998; Demirci ve ark 1999). Pelvik taban egzersizleri stres üriner inkontinansı azaltabilmekte, hatta hafif vakaları önleyebilmektedir (Pernol 1994; Berek 1998). Literatürde, pelvik taban egzersizlerini denetim altında ve düzenli olarak yapan gerçek stres üriner inkontinanslı kadınların %60-80 oranında klinik iyileşme gösterdiği belirtilmektedir (Kışnişçi ve ark 1996; Berek 1998; Demirci ve ark 1999). Pelvik taban egzersizleri hastalara pelvik incelemeler sırasında öğretilmelidir, çünkü birçok hasta yanlış kaslarını çalıştırmaktadır. Bu nedenle egzersizlerin birbir olarak öğretilmesi gerekmektedir (Berek 1998; Demirci ve ark 1999). Kegel egzersizlerinin yan etkisinin olmaması, hastanın kendi kendisini tedavi etmesi ve düzenli yapılırsa ileride pelvik organ prolapsuslarının gelişmesini önlemesi nedeniyle, sağlık bakım uygulamalarında rutin olarak yapılması teşvik edilmelidir (Berek 1998).

2.7.2.1.Kegel Egzersizi Uygulama Direktifleri (Demirci ve ark 1999):

*Egzersize başlamadan önce mesanenizi boşaltın. Rahat hareket edebileceğiniz giysiler giyin. Egzersizi yatarak yapacaksınız başınızı hafifçe yükseltecek şekilde yastıkla destekleyin ve dizlerinizi bükerek uzanın. Ayakta ve oturarak da bu egzersizi yapabilirsiniz.

*Yumruğunuzu sıkın, 5'e kadar sayın ve tamamen gevşetin. Sıkma ve gevşetme arasındaki farklılığı hissedebilirsiniz. Bu hareket pelvik taban kaslarınızı nasıl sıkıp gevşeteceğinizi anlamaya yardımcı olabilecektir.

*Egzersize başlamadan önce derin bir nefes alın, vücudunuzu gevşetin ve pelvik taban kaslarınıza konsantre olun. Vajinanın etrafındaki bölgeyi düşünmeye

başlayın. Sanki bağırsak hareketlerinizi veya idrarınızı durdurmaya çalışıyormuşsunuz gibi kaslarınızı çabucak kasın. Bu kasmayı 10 sn sürdürün, sonra gevşetin. Yeniden kaslarınızı kasmadan önce 25 sn bekleyin.

*Bu kas egzersizlerine başladığınızda, kasların kolay yorulduğunu ve 10 sn kadar kasmayı sürdüremediğinizi göreceksiniz. Egzersizi tekrarladıkça bunu öğreneceksiniz. Ayrıca bu noktada 30 sn'lik bir ara yararlı olabilir.

*Herhangi bir kas grubunu ve nasıl kullandığınızı bir kez öğrendikten sonra, gün boyunca herhangi bir pozisyonda ve herhangi bir zamanda bu hareketleri uygulayabilirsiniz. Örneğin herhangi bir yerde sıra beklerken, yemek pişirirken, TV seyrederken yapabilirsiniz. Her pozisyonda bu hareketleri 5 kez yapın ve günde 3 defa tekrarlayın.

2.7.3. Mesane Eğitimi: İstemli kortikal kontrol ile istemsiz mesane kasılmalarının önlenilebileceği düşüncesiyle bu yöntem geliştirilmiştir. Tüm davranışsal yöntemlerde olduğu gibi burada amaç mesane kontrolünü sağlamaktır (Kışnişçi & ark 1996; Demirci ve ark 1999). Mesane eğitimi, önceden belirlenmiş program doğrultusunda ilk haftada hastalardan uyanık olduğu süre içerisinde 1 saate bir tuvalete gitmesi istenmektedir. Hastalardan saat aralarında idrar yapma isteği olsa bile tuvalete gitmemeleri, zamanı geldiğinde ise idrar yapma hissi olmasa dahi idrar yapmaya çalışmaları önerilmektedir (Davilla 1994; Kışnişçi ve ark 1996). Mesane eğitiminde, işeme aralıkları her hafta 15 dakika artırılarak devam edilmektedir. Böylece hastanın mesane kapasitesi ve kompliansı artırılarak, ideal olarak işeme aralığı 3-4 saate çıkarılmaya çalışılmaktadır (Davilla 1994; Kışnişçi & ark.1996; Demirci ve ark 1999) .

2.7.4. Tuvalete Gitme Programı Oluşturma: Bu yöntemle hastanın düzenli aralıklarla gitmesi sağlanır. Bunun için hastaya 2-4 saat aralıklarla tuvalete gitmesi ya da sürgü verilmesi önerilmektedir. Tuvalete gitme programı oluşturmada amaç, hastanın idrar kaçırma olayından önce idrar yapması

sağlanarak kuru kalmasına çalışmaktır. Bu program özellikle yaşlı, yatalak ve Alzheimer'li hastalara tavsiye edilmektedir (Demirci ve ark 1999).

2.7.5. Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon (FES): Vagina ya da rektuma bir probe yerleştirilerek pelvik taban kaslarının elektriksel uyarımı sağlanmaktadır. Bu elektriksel uyarım pelvik taban kaslarının kasılmasını ve detrüör refleksinin inhibisyonuna neden olmaktadır (Davilla 1994; Berek 1998; Glavind et al 1999).

2.7.6. Vaginal Konlar: Vaginaya 20- 100g arasında değişen konlar yerleştirilerek pelvik taban kasları güçlendirilmeye çalışılmaktadır. Vaginaya yerleştirilen konların dışarı çıkacağı duygusu biofeedback mekanizmasını uyarak pelvik taban kaslarının kasılmasını sağlamaktadır. Uygulamaya vaginada taşınabilen en hafif konla başlanır. Konların vaginada durabilmesi, ancak pelvik taban kaslarının kasılması sayesinde olabilmektedir. İşlem sırasında bir kon vaginada başarı ile tutulabilirse, konun ağırlığı giderek artırılmaya devam edilmektedir (Berek 1998; Glavind et al 1999).

2.7.7. Mekanik Araçlar: Mesane boynunun ve proksimal üretranın alttan desteklenmesi ve yükseltilmesi amacıyla pesser kullanılmaktadır (Kışnişçi & ark 1996; Demirci ve ark 1999). Uzun süreli kullanımlarda enfeksiyon, baskı nekrozu, üretral obstrüksiyon ... gibi yan etkileri olması açısından dikkatli kullanılması gerekmektedir (Davilla 1994; Kışnişçi ve ark.1996).

2.7.8. İlaç Tedavisi: Üretranın ve mesane boynunun tonüsü büyük oranda adrenerjik sinir sistemi tarafından sürdürülmektedir (Pernol 1994; Berek 1998). Alfa adrenerjik blokaj yapan (hipertansif) ilaçlar hastanın üretral tonüsünün gevşemesine ve inkontinans gelişmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle alfa adrenerjik blokaj yapan ilaçların verilmemesi ya da antagonist ilaçların verilmesi stres üriner inkontinans tedavisinde yararlı olabilmektedir (Davilla 1994; Pernol, 1994; Berek 1998; Demirci ve ark 1999; Glavind et al 1999). Sık kullanılan bir alfa antagonist olan fenilpropanolarrun gibi ilaçlar üretral tonüsün artırılmasında

etkili olurken, diğ er yandan bulantı, ağız kuruluğu, uykusuzluk ve hipertansiyon gibi yan etkileri de stres üriner inkontinans tedavisindeki yararlılığını sınırlamaktadır (Davilla 1994; Demirci ve ark 1999; Glavind et al 1999). Estrojenik etkinin yokluğunda üriner sistemde geliş en atrofinin estrojen tedavisiyle geriye dönebileceği ve üretral sfikter yetersizliğinin düzelebileceği düşünölmektedir (Gomel et al 1995; Kışnişçi ve ark 1996; Griebing et al 1997; Berek 1998;). Tedavide bir sakınca yoksa bütün postmenopoz dönemdeki stres üriner inkontinanslı kadınlara estrojen tedavisinin uygulanması önerilmektedir (Kışnişçi ve ark 1996; Berek 1998).

2.8.STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Stres üriner inkontinansı olan hastaların genel sağlık durumları ve eşlik eden diğ er pelvik sorunları bireysel olarak değerlendirildikten sonra, stres üriner inkontinansa neden olan patofizyolojinin düzeltilmesine bağlı olarak cerrahi yöntem seçilmesi önerilmektedir (Kışnişçi ve ark.1996). İnkontinans tedavisinde cerrahi işlemler vaginal veya abdominal olarak uygulanmaktadır. Stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinin amacı ise üretro-ve sikal bileş için desteklenmesi ve yükseltilmesiyle üretraya olan basıncın güçlenmesini sağlamaktır (Pernol 1994; Atasü ve ark 1996). Stres üriner inkontinans cerrahi operasyonlarının dört geniş kategoride sınıflaması ise aşığıda yer almaktadır. Bunlar (Locher et al 1996):

1. Geleneksel anterior vaginal kolpografi,
2. Anatomik aşın hareketliliğe bağlı olarak geliş en stres üriner inkontinansı düzeltecek operasyonlar (Retropubik mesane süspansiyon operasyonları ve iğne süspansiyon girişimleri),
3. İntrensek sfinkter mekanizmasının yetersizliği sonucunda geliş en stres üriner inkontinansı düzeltecek operasyonlar (Sling operasyonlar ve

Periüretal enjeksiyonlar),

4. Kurtarma operasyonları (Üriner diversiyon, kasıtlı obstrüktif sling operasyonları, artifisyel üriner sfinkter implantasyonu).

2.9.EBE VE HEMŞİRENİN ÜRİNER İNKONTİNANS İLE İLGİLİ SORUMLULUKLARI

Ebe ve hemşirelerin üriner inkontinans ile ilgili sorumlulukları; üriner inkontinans oluşmasını önleme ve üriner inkontinans yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol alma olmak üzere iki grupta ele alınabilir.

1. Ebe ve hemşireler, kadınlarda üriner inkontinans gelişmesine katkıda bulunan faktörleri belirleyerek, bireylerin bu faktörlere maruz kalmalarını önleyerek ve pelvik taban kas gücünü artıran egzersizleri öğretmek üriner inkontinans oluşmasını önleyebilir ve böylece kadın sağlığını geliştirebilirler (Spellacy 2001). Ebe ve hemşirelerin yapabileceği uygulamalar şöyle sıralanabilir:

- Kadınlara ağır cisimleri kaldırmamalarının ya da çekerek taşımalarının öğretilmesi (Lancaster 1992; Spellacy 2001),
- Kadınların normal kiloda olmalarına yardımcı olma (Ignatavicius et al 1999; Spellacy 2001),
- Kadınların sık konstipasyon yaşamalarının önlenmesi (Willis 1998; Spellacy 2001),
- Kadınların sigara kullanımının azaltılması (Spellacy 2001). Sigara kullanımı erken menopoza neden olabilir, periferik arterlerde tıkalı olaylar neden olarak perine dokularını yeterince kanlanamamasına ve zayıflamasına neden olabilir (Aşut 1993),
- Kadınların alkol ve kafeinli içecekler gibi diüretik etkili ya da mesaneyi uyarıcı maddeleri kullanmalarının azaltılması (Ignatavicius et al 1999; Ateşkan 2001)
- Gebelikten önce, gebelik süresince ve doğumdan sonra pelvik taban kas egzersizlerini öğretmek ve düzenli yapılmasını

sağlayarak uzun vadede üriner inkontinans gelişiminin önlenmesi (Sampselle et al 1998; Spellacy 2001),

- Bebeğin doğumu esnasında perinede olabilecek travmaları önlemek için gebeliğin son aylarında perineye masaj uygulanması (Eason et al 2000),
- Perine tabanının travmatize olmasını önlemek için doğum eyleminin ikinci evresinin iyi yönetilmesi (Sampselle 1999; Spellacy 2001),

2. Ebe ve hemşireler üriner inkontinans yaşayan kadınların problemlerini tanımlarına yardım ederek, onları tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirerek ve tercih edilen tedavinin uygulanmasında aktif rol alarak , onların yaşam kalitelerini geliştirebilirler (Loughrey 1999; Spellacy 2001). Üriner inkontinansın tedavisinde cerrahi, farmakolojik ve davranışsal tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Üriner inkontinansın tedavisinde kullanılan davranışsal tedaviler invaziv değildir ve yan etkileri yoktur. Bu nedenle, üriner inkontinans yaşayan çok sayıda kadına uygun bir yöntem olarak önerilmektedir. Davranışsal tedaviye başlamadan önce, aşağıda söz edilen geçici üriner inkontinansa neden olabilecek durumların değerlendirilmesi ve tedavisinin sağlanması önemlidir. Bunlar, delirium, üriner sistem enfeksiyonları, atrofik vaginit yada üretrit, farmakolojik ajanlar (antikolinergikler, alkol, analjezikler, sedatifler, diüretikler, kas gevşeticiler, alfa adrenerejik bloker ajanlar), psikolojik faktörler (depresyon, regresyon), idrar üretiminin fazla olması (aşırı sıvı alımı, diürezize neden olan endokrin bozukluklar), hematüri, aktivite kısıtlaması, kabızlık ve nörolojik bozukluklardır (felç, multiple skleroz, spinal kort yaralanmaları gibi) (Smeltzer et al 1996; Willis 1998; Ignatavicius et al 1999; Sampselle 2000; Ateşkan 2001).

3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ ve YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel olarak hazırlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Sivas Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapılmıştır. Emek Sağlık Ocağı; 24 saat hizmet veren bir sağlık ocağı olması, sağlık kayıt sistemlerinin düzenli tutulması, farklı sosyo-kültürel ve ekonomik yapıya sahip olan geniş bir popülasyona hizmet veriyor olması nedeni ile seçilmiştir. Araştırma kapsamına Sivas Emek Sağlık Ocağı bölgesinde oturan 15 yaş üstü, evli ve en az birkez doğum yapmış kadınlar alınmıştır.

Sivas Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 4 mahalle yer almaktadır. Bunlar;

- Emek Mahallesi
- Kümbet Mahallesi
- Selçuklu Mahallesi
- Tuzlugöl Mahallesi

Emek sağlık ocağı bölgesinin toplam nüfusu 28004 kişi (2006 Haziran), toplam kadın nüfusu 13918, 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış kadınların sayısı 7496'dır. 2005 yılında Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 415 canlı doğum meydana gelmiştir.

Emek sağlık ocağında 14 ebe, 2'si dış doktoru olmak üzere 10 doktor, 9 hemşire, 4 sağlık memuru, 1 laborant, 3 röntgen teknisyeni, 2 memur, 2 güvenlikçi ve 5 hizmetli görev yapmaktadır. Sağlık ocağında 1 aile planlaması odası, 3 doktor odası, 1 laboratuvar, 3 muayene odası (Poliklinik), 1 dış polikliniği, 1 ebe odası, 1 hemşire odası, 1 gebe ve bebek takip odası, 2 memur odası, 1 tane de toplantı salonu bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 15 yaş ve üzeri doğum yapmış kadınlar oluşturmaktadır. 2005 yıl ortası nüfusuna göre

Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde kayıtlı 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış kadınların sayısı 7496'dır.

3.3.2. Örneklem Seçimi

Araştırmada örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır ve örnekleme alınacak kişi sayısı 800 olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$
$$n = \frac{7496(1.96)^2 (0.30 \times 0.70)}{(0.03)^2 (7496 - 1) + (1.96)^2 (0.30 \times 0.70)} = 800$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

Örneklem seçimi; her mahallenin bir tabaka olarak ele alınmış ve Tabakalı Örneklem Yöntemine göre örneklem seçilmiştir (Sümbüloğlu&Sümbüloğlu 2000; Aksakoğlu 2006).

Her mahalledeki 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış kadın sayısı, her bir mahallenin tabaka ağırlığı ve her bir tabakaya alınacak kişi sayısı belirlenmiştir. $N_i/N = a_i$ formülüne göre tabaka ağırlığı hesaplanmıştır. Formülde

I = Tabaka Numarası

N_i = i nolu tabakadaki birey sayısı

N = Evrendeki birey sayısı

a_i = i nolu tabakanın ağırlığı

Tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak kadın sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç kadın alınacağı hesaplanmıştır. $a_i/n = n_i$

| Tabaka No (i) | Mahalle | Kadın sayısı | Tabaka Ağırlığı | Örnekleme Girecek Kadın Sayısı |
|------------------|----------|-----------------|--------------------|--------------------------------------|
| 1 | Emek | 2750 | 0,28153 | 226 |
| 2 | Kümbet | 2661 | 0,2724 | 218 |
| 3 | Selçuklu | 2779 | 0,2845 | 228 |
| 4 | Tuzlugöl | 1558 | 0,1595 | 128 |
| Toplam | | 9768 | 1.00 | 800 |

Bu sayılar belirlendikten sonra, Ev Halkı Tespit Fişi'nden (ETF) her mahalledeki kadın sayısı listellenmiştir. Daha sonra ETF' lere göre belirlenen 15 yaş üstü, evli, doğum yapmış olan kadınlar içerisinde Basit Rasgele Örnekleme Yöntemine göre 800 kadın örnekleme alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya, 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış olan kadınlardan, çalışmaya katılmayı kabul edenler alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Soru kağıdı bu konu ile ilgili olarak yapılan araştırma ve yayınların incelenmesi ve uzman görüşlerine dayanarak hazırlanmıştır (Arısan 1991; Bump et al 1992; Pernol 1994; Gomel et al 1995; Yalçın ve ark 1997; Thom (b) et al 1997; Thom (a) et al 1998; Brown et al 1999; Farrell et al 2001; Kocaöz 2001; Peyrat et al 2002; Parazzini et al 2003; Espino et al 2003; Dietz et al 2005; Rortveit et al 2006).

Hazırlanan soru kağıdı, alanında uzman 3 kişinin görüşü alınarak son şekline getirilmiştir. Soru kağıdı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru, ikinci bölümde ise

stres üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörlerini belirlemeye yönelik 41 soru yer almaktadır.

3.5.2. Ön Uygulama

Soru kağıdının uygulanmasından önce soruların anlaşılabilirliğini kontrol etmek amacıyla 23.07.2006 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde hasta ve refakatçi olarak yatan 20 kadına (15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış) araştırmacı tarafından anket uygulanmış ve gerekli değişiklikler yapılarak son hali oluşturulmuştur.

3.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru kağıdının uygulanması ve araştırma için gerekli bilgilerin elde edilmesi konusunda Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-3), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden (Ek-4) izin alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması için beş anketör kullanılmıştır. Kullanılan anketörler, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu üçüncü sınıf öğrencileridir ve anketlerin uygulanması aşamasına gelmeden anketörlere eğitim verilmiştir. Araştırma verileri, ev ziyaretleri ile 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış kadınlarla yüz yüze görüşülerek, sosyo demografik özellikleri ve stres üriner inkontinans oluşmasında risk yaratabilecek durumları sorgulayan soru kağıdı (Ek-2) ile elde edilmiştir. Soru kağıdı araştırmacı ve anketörler tarafından doldurulmuştur. Ev ziyaretlerinde, kadınlara Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1) okutulup, onam alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ya da evde olmayan kadınların yerine, basit rasgele sayılar tablosundan yedekler seçilerek, 800 sayısına ulaşılan kadar araştırmaya devam edilmiştir.

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Hazırlanan soru kağıdı ile elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS yazılım programında değerlendirilmiştir.

Soru kağıdında yer alan beden kitle indeksine göre vücut ağırlığının hesaplanmasında, baskül ve mezur kullanılmıştır.

Tablo 2 ve Tablo 11’de “doğumların yapıldığı yer” kısımlarında yer alan “Hem evde hem hastanede” ifadesi, örneğin birinci doğumunu hastanede yapmış ikinci doğumunu evde yapmış (yada tam tersi) kadınları tanımlamak için kullanılmıştır. Yine Tablo 2 ve Tablo 11’ de “doğum şekli” kısımlarında yer alan “hem sezaryen hem vaginal doğum” ifadesi, örneğin birinci doğumunu vaginal yolla yapmış ikinci doğumunu sezaryenle yapmış kadınları tanımlamak için kullanılmıştır. Sezaryen sonrası vaginal doğum yapan kadın bulunmamaktadır.

Stres üriner inkontinans **bağımlı değişken**, demografik özellikleri ve doğurganlık öyküleri, kişisel ve ailevi öyküleri ve genito-üriner yola ilişkin özellikler **bağımsız değişken** olarak alınmıştır. Yaygınlık ölçümü yüzde olarak bakılmıştır. Veriler yüzdeler, aritmetik ortalama, Khi-kare veya Fisher Kesin Ki-kare testi ile tablollaştırılmış, daha sonra risk faktörlerinin birlikte etkilerini değerlendirmek amacıyla Logistic Regresyon analizi uygulanmıştır. Yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

| DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | n | % |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| Yaş Grupları (Yıl) | | |
| 17–27 yaş | 132 | 16.50 |
| 28–38 yaş | 292 | 36.50 |
| 39–49 yaş | 200 | 25.00 |
| 50–60 yaş | 114 | 14.20 |
| ≥ 61 yaş | 62 | 7.80 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 119 | 14.90 |
| İlköğretim mezunu | 536 | 67.00 |
| Ortaöğretim mezunu | 107 | 13.30 |
| Yükseköğretim mezunu | 38 | 4.80 |
| Kadınların Sosyal Güvencesi* | | |
| Var | 730 | 91.30 |
| Yok | 70 | 8.70 |
| Ekonomik Durum* | | |
| İyi | 219 | 27.40 |
| Orta | 538 | 67.30 |
| Kötü | 43 | 5.30 |
| GENEL TOPLAM | 800 | 100.00 |

\bar{X} yaş \pm SD= 39.83 \pm 12.99 *Kadınların kendi ifadeleri esas alınmıştır.

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Kadınların % 36.5’inin 28–38 yaş grubunda, % 67’sinin ortaöğretim mezunu, % 91.3’ünün sosyal güvencesinin olduğu ve % 67.3’ünün ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2: Kadınların Doğurganlık Özellikleri

| KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ | n | % |
|---|------------|---------------|
| Gebelik Sayısı* | | |
| 1 | 96 | 12.00 |
| 2 | 167 | 20.90 |
| 3 | 139 | 17.30 |
| ≥4 | 398 | 49.80 |
| Düşük (Abortus) | | |
| Yapan | 228 | 28.50 |
| Yapmayan | 572 | 71.50 |
| Küretaj | | |
| Var | 240 | 30.00 |
| Yok | 560 | 70.00 |
| Doğum Sayısı** | | |
| 1 | 125 | 15.60 |
| 2 | 201 | 25.10 |
| 3 | 179 | 22.40 |
| ≥4 | 295 | 36.90 |
| İlk Doğum Yaşı | | |
| 14–20 yaş | 488 | 61.00 |
| 21- 27 yaş | 280 | 35.00 |
| ≥ 28 yaş | 32 | 4.00 |
| Son Doğum Yaşı | | |
| 14–21 yaş | 86 | 10.80 |
| 22–29 yaş | 382 | 47.70 |
| 30–37 yaş | 276 | 34.50 |
| 38–46 yaş | 56 | 7.00 |
| Doğumların Yapıldığı Yer | | |
| Sadece Hastanede | 519 | 64.90 |
| Sadece Evde | 94 | 11.80 |
| Hem evde hem hastanede doğum yapan | 187 | 23.30 |
| Doğum Şekli | | |
| Sadece Sezeryan | 57 | 7.10 |
| Sadece Vajinal Doğum | 696 | 87.00 |
| Hem sezaryen hem vajinal doğum | 47 | 5.90 |
| Gebelikte İdrar Kaçırma Şikayeti | | |
| Var | 157 | 19.60 |
| Yok | 643 | 80.40 |
| GENEL TOPLAM | 800 | 100.00 |

* \bar{x} gebelik sayısı \pm SD= 4.25 \pm 2.92

** \bar{x} doğum sayısı \pm SD= 2.80 \pm 1.09

Tablo 2’de kadınların doğurganlık özellikleri yer almaktadır.

Kadınların % 49.8’i dört ve daha fazla sayıda gebe kaldığını, % 28.5’i en az bir kez düşük yaptığını, % 30’u ise en az bir kez küretaj olduğunu ve % 36.9’u dört ve daha fazla sayıda doğum yaptığını ifade etmiştir. Kadınların ilk ve son doğum yaşları incelendiğinde; % 61’inin ilk doğumlarını 14–20 yaş grubunda, % 47.7’sinin son doğumlarını 22–29 yaş grubunda yaptıkları görülmektedir. Kadınların % 11.8’inin sadece evde doğum yaptığı, % 87’sinin vajinal yolla doğum yaptığı ve % 19.6’sının ise gebeliklerinde idrar kaçırma şikayetleri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Evde Doğum Yaptığını İfade Eden Kadınların Doğum Yaparken Yardım Aldıkları Kişiler

| EVDE DOĞUMA YARDIM EDEN KİŞİLER | n | % |
|--|------------|---------------|
| Evde Doğumda Sağlık Personeli Yardımı | | |
| Var | 30 | 10.70 |
| Yok | 251 | 89.30 |
| Evde Doğumda Ara Ebesi Yardımı | | |
| Var | 230 | 81.90 |
| Yok | 51 | 18,10 |
| Evde Kendi Kendine Doğum | | |
| Var | 28 | 10.00 |
| Yok | 253 | 90.00 |
| GENEL TOPLAM | 281 | 100.00 |

Tablo 3’de evde doğum yaptığını ifade eden kadınların doğum yaparken yardım aldıkları kişiler yer almaktadır.

Evde doğum yapan kadınların % 10.7’si sağlık personelinden, % 81.9’u ara ebesinden yardım alırken; % 10’u evde kendi kendine doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Kadınların Doğum Eylemlerinin Özellikleri

| DOĞUM EYLEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ | n | % |
|---|------------|---------------|
| Doğum Eyleminin Süresi* | | |
| ≥ 24 saat | 198 | 24.80 |
| <24 saat | 602 | 75.20 |
| Epizyotomi | | |
| Var | 311 | 39.00 |
| Yok | 489 | 61.00 |
| Forseps ya da Vakum Kullanılması | | |
| Var | 20 | 2.50 |
| Yok | 780 | 97.50 |
| İkiz Bebek Doğurma Öyküsü | | |
| Var | 20 | 2.50 |
| Yok | 780 | 97.50 |
| Makat Doğum Öyküsü | | |
| Var | 12 | 1.50 |
| Yok | 788 | 98.50 |
| ≥ 4 kg Bebek** Doğurma Öyküsü* | | |
| Var | 135 | 16.90 |
| Yok | 665 | 83.10 |
| GENEL TOPLAM | 800 | 100.00 |

*Doğum eyleminin süresi ve 4 kg ve üzerinde bebek doğurma durumları, kadınların sözel ifadelerine göre belirlenmiştir.

** ≥ 4 kg Bebek = iri bebek

Kadınların doğum eylemlerinin özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Kadınların % 24.8'inin doğum eylemlerinin 24 saatten uzun sürdüğü, % 39'una en az bir kez epizyotomi yapıldığı ve % 2.5'inin doğumunda en az bir kez forseps ya da vakum kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan kadınların % 2.5'inin ikiz bebek doğurma ve % 16.9'unun iri bebek doğurma, % 1.5'inin makat doğum öyküsü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5: Kadınların Stres Üriner İnkontinans Yaşama Durumlarına İlişkin Verileri

| KADINLARIN SÜİ* YAŞAMA DURUMLARINA İLİŞKİN VERİLERİ | n | % |
|--|------------|--------------|
| Şuandaki Stres Üriner İnkontinans Öyküsü** | | |
| Var | 201 | 25.10 |
| Yok | 599 | 74.90 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Stres Üriner İnkontinans Sıklığı** | | |
| Ayda birkaç kez | 53 | 26.40 |
| Haftada birkaç kez | 41 | 20.40 |
| Günde birkaç kez | 72 | 35.80 |
| Diğer*** | 35 | 17.40 |
| <i>Toplam</i> | 201 | 100.00 |
| Ped / Bez Kullanma Durumu** | | |
| Var | 95 | 47.30 |
| Yok | 106 | 52.70 |
| <i>Toplam</i> | 201 | 100.00 |

*SÜİ: Stres Üriner İnkontinans.

**Kadınların sözel ifadeleri esas alınmıştır.

***Yukarıdaki sınıflandırmaya dahil edilemeyen ifadeler

Tablo 5’de kadınların stres üriner inkontinans yaşama durumlarına ilişkin verileri yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 25.1’i kendilerinde şu anda stres üriner inkontinans olduğunu belirtirken; stres üriner inkontinanslı kadınların % 35.8’i (72/201) ise günde birkaç kez idrar kaçırdıklarını ifade etmişlerdir. Yine stres üriner inkontinanslı kadınların % 47.3’ü (95/201) idrar kaçırmaları nedeniyle yaşanan ıslaklıktan dolayı ped ya da bez kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6: Kadınların Kegel Egzersizi İle İlgili Bilgi Durumu

| KADINLARIN KEGEL EGZERSİZİ İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMU | n | % |
|---|----------|-------------|
| Kegel Egzersizi İle İlgili Bilgi | | |
| Var | 8 | 1.00 |
| Yok | 792 | 99.00 |
| Toplam | 800 | 100.00 |

Tablo 6’da kadınların kegel egzersizleri ile ilgili bilgi durumları yer almaktadır. Tabloya göre, araştırmaya katılan kadınların % 1’i kegel egzersizi ile ilgili bilgi sahibidir.

Tablo 7: Kadınların Geçmişteki Stres Üriner İnkontinans Öyküleri İle İlişkili Verileri

| KADINLARIN GEÇMİŞTEKİ SÜİ* ÖYKÜSÜ İLE İLİŞKİLİ VERİLERİ | n | % |
|--|------------|--------------|
| Daha Önceden SÜİ* Öyküsü | | |
| Var | 111 | 13.90 |
| Yok | 689 | 86.10 |
| Toplam | 800 | 100.00 |
| Daha Önceden Olan SÜİ İçin Doktora Gitme Durumu | | |
| Var | 42 | 37.80 |
| Yok | 69 | 62.20 |
| Toplam | 111 | 100.00 |
| Daha Önceden SÜİ Tedavisi Alma Durumu | | |
| Var | 31 | 27.90 |
| Yok | 80 | 72.10 |
| Toplam | 111 | 100.00 |

Tablo 7’de, kadınların geçmişteki stres üriner inkontinans öyküleri ile ilişkili verileri yer almaktadır.

Tablo 7 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan kadınların % 13.9’unda (111/800) daha önceden stres üriner inkontinans öyküsünün olduğu ve bu kadınların % 37’sinin (42/111) stres üriner inkontinans şikayeti nedeniyle doktora gittiği tespit edilmiştir. Geçmişte stres üriner inkontinans şikayeti olan kadınların % 72.1’nin (80/111) hiçbir tedavi almadığı saptanmış (Tablo 7).

Tablo 8: Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Gelişmesini Etkileyen Faktörler

| KADINLARDA SÜİ GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER | n | % |
|---|------------|--------------|
| Sigara İçme Durumu | | |
| İçen | 160 | 20.00 |
| İçmeyen | 640 | 80.00 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Sık Sık Kabız Olma Durumu | | |
| Var | 223 | 27.90 |
| Yok | 577 | 72.10 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Menopoza Girme Durumu | | |
| Menopoza giren | 198 | 24.70 |
| Menopoza girmeyen | 602 | 75.30 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Hormon Replasman Tedavisi | | |
| Alan | 61 | 30.80 |
| Almayan | 137 | 69.20 |
| <i>Toplam</i> | 198 | 100.00 |
| Birinci Derece Akrabalarda SÜİ | | |
| Var | 244 | 30.50 |
| Yok | 419 | 52.40 |
| Bilmiyor | 137 | 17.10 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| İkinci Derece Akrabalarda SÜİ | | |
| Var | 73 | 9.10 |
| Yok | 327 | 40.90 |
| Bilmiyor | 400 | 50.00 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Beden Kitle İndeksi (BKİ)* | | |
| 18.50–24.99 kg/m ² | 261 | 32.60 |
| 25.00–29.99 kg/m ² | 265 | 33.10 |
| ≥ 30.00 kg/m ² | 274 | 34.30 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Sürekli Öksürük Öyküsü | | |
| Var | 90 | 11.30 |
| Yok | 710 | 88.70 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |

*BKİ: 18.5 – 24.99 kg/m²= Normal kilolu, 25.0 – 29.99 kg/m²= Fazla kilolu, ≥30.0 kg/m²= Obez (WHO)

Tablo 8’de, kadınlarda stres üriner inkontinans gelişmesini etkileyen faktörler bulunmaktadır.

Kadınların % 80’inin hiç sigara içmediği, % 27.9’unun sık sık kabızlık problemi yaşadığı, % 24.7’sinin menopoza girdiği, menopoza giren kadınların ise % 30.80’nin (61/198) hormon replasman tedavisi aldığı saptanmıştır. Kadınların % 30.5’i birinci derece akrabalarında, % 9.1’i ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 34.3’ünün beden kitle indeksinin $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obez) olduğu ve % 11.3’ünde sürekli öksürük şikayeti olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9: Kadınların Genito-Üriner Sistemde Yaşadıkları Sorunlarla İlgili Veriler

| Kadınların Genito-Üriner Sistemde Yaşadıkları Sorunlarla İlgili Veriler | n | % |
|--|------------|--------------|
| İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme | | |
| Var | 424 | 53.00 |
| Yok | 376 | 47.00 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Uterus Prolapsusu Öyküsü | | |
| Var | 89 | 11.10 |
| Yok | 711 | 88.90 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Şuanda Uterus Prolapsusu Şikayetinin Devam Etme Durumu | | |
| Var | 57 | 64.00 |
| Yok | 32 | 36.00 |
| <i>Toplam</i> | 89 | 100.00 |
| Sistosel Öyküsü | | |
| Var | 83 | 10.40 |
| Yok | 717 | 89.60 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Şuanda Sistosel Şikayetinin Devam Etme Durumu | | |
| Eden | 60 | 71.40 |
| Etmeyen | 23 | 28.60 |
| <i>Toplam</i> | 83 | 100.00 |
| Hemoroit | | |
| Olan | 204 | 25.50 |
| Olmayan | 596 | 74.50 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Ön-Arka Onarımı Öyküsü | | |
| Olan | 36 | 4.50 |
| Olmayan | 764 | 95.50 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |
| Histerektomi Öyküsü | | |
| Olan | 59 | 7.40 |
| Olmayan | 741 | 92.60 |
| <i>Toplam</i> | 800 | 100.00 |

Tablo 9’da kadınların genito-üriner sistemde yaşadıkları sorunlarla ilgili veriler yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların % 53’ünün en az bir kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, % 11.1’inin uterus prolapsusu öyküsü olduğu ve % 64’ünün (57/89) uterus prolapsusu şikayetinin devam ettiği belirlenmiştir. Yine kadınların, % 10.4’ünde sistosel öyküsünün olduğu ve bu kadınların % 71.4’ünün (60/83) sistosel şikayetinin devam ettiği; ayrıca % 25.5’inin hemoroit şikayetinin olduğu belirlenirken, % 4.5’inin ön- arka onarım için operasyon geçirdiği ve % 7.4’ünün histerektomi olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 10: Kadınların Yaş ve Eğitim Durumlarına Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | İstatistiksel Sonuç | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|------|---------|------------------------|----------|
| | Var | | Yok | | | Toplam |
| Yaş (Yıl) | Sayı | (%) | Sayı | (%) | Sayı | (%) |
| 17–27 yaş | 13 | (9.80) | 119 | (90.20) | 132 | (100.00) |
| 28–38 yaş | 46 | (15.80) | 246 | (84.20) | 292 | (100.00) |
| 39–49 yaş | 78 | (39.00) | 122 | (61.00) | 200 | (100.00) |
| 50–60 yaş | 43 | (37.70) | 71 | (62.30) | 114 | (100.00) |
| ≥61 yaş | 21 | (33.90) | 41 | (66.10) | 62 | (100.00) |
| Eğitim Durumları | | | | | | |
| Okuryazar değil | 44 | (37.00) | 75 | (63.00) | 119 | (100.00) |
| İlköğretim | 136 | (25.40) | 400 | (74.60) | 536 | (100.00) |
| Ortaöğretim | 18 | (16.80) | 89 | (83.20) | 107 | (100.00) |
| Yükseköğretim | 3 | (7.90) | 35 | (92.10) | 38 | (100.00) |
| GENEL TOPLAM | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |

Tablo 10’da, kadınların yaş ve eğitim durumlarına göre stres üriner inkontinans dağılımı görülmektedir.

Yapılan değerlendirmeye göre, yaş grupları arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). 17-27 yaş grubunun % 9.8’inde stres üriner inkontinans olduğu görülmüştür. Stres üriner inkontinans görülme oranı en yüksek olan yaş grubu 39-49 (% 39) yaş grubudur (Tablo 10).

Kadınların eğitim durumlarına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres üriner inkontinans oranı en yüksek olan grup okur yazar olmayan (% 37) grup iken stres üriner inkontinansın en az görüldüğü grup ise % 7.9 ile yükseköğretim grubudur (Tablo 10).

Tablo 11: Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | İstatistiksel Sonuç | |
|---------------------------|--------------------------|---------|------|---------|---------------------|----------|
| | Var | | Yok | | | Toplam |
| Gebelik sayısı* | Sayı | (%) | Sayı | (%) | Sayı | (%) |
| 1 | 7 | (7.30) | 89 | (92.70) | 96 | (100.00) |
| 2 | 24 | (14.40) | 143 | (85.60) | 167 | (100.00) |
| 3 | 25 | (18.00) | 114 | (82.00) | 139 | (100.00) |
| ≥4 | 145 | (36.40) | 253 | (63.60) | 398 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Doğum Sayısı** | | | | | | |
| 1 | 12 | (9.60) | 113 | (90.40) | 125 | (100.00) |
| 2 | 34 | (16.90) | 167 | (83.10) | 201 | (100.00) |
| 3 | 50 | (27.90) | 129 | (72.10) | 179 | (100.00) |
| ≥4 | 105 | (35.60) | 190 | (64.40) | 295 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Düşük Yapma Durumu | | | | | | |
| Var | 72 | (31.60) | 156 | (68.40) | 228 | (100.00) |
| Yok | 129 | (22.60) | 443 | (77.40) | 572 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Düşük Yapma Sayısı | | | | | | |
| 1 | 37 | (24.18) | 116 | (75.82) | 153 | (100.00) |
| 2 | 23 | (48.94) | 24 | (51.06) | 47 | (100.00) |
| ≥3 | 11 | (39.29) | 17 | (60.71) | 28 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 71 | (31.14) | 157 | (68.86) | 228 | (100.00) |
| Kürtaj Olma Durumu | | | | | | |
| Var | 95 | (39.60) | 145 | (60.40) | 240 | (100.00) |
| Yok | 106 | (18.90) | 454 | (81.10) | 560 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |

* \bar{x} gebelik sayısı \pm SD= 4.25 \pm 2.92

** \bar{x} doğum sayısı \pm SD= 2.80 \pm 1.09

Tablo 11 (devam): Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | İstatistiksel Sonuç | |
|---|--------------------------|---------|------|---------|------------------------|----------|
| | Var | | Yok | | | Toplam |
| Son Doğum Yaşı | Sayı | (%) | Sayı | (%) | Sayı | (%) |
| 14–21 yaş | 15 | (17.40) | 71 | (82.60) | 86 | (100.00) |
| 22–29 yaş | 77 | (20.20) | 305 | (79.80) | 382 | (100.00) |
| 30–37 yaş | 89 | (32.20) | 187 | (67.80) | 276 | (100.00) |
| 38–46 yaş | 20 | (35.70) | 36 | (64.30) | 56 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Doğumların Yapıldığı Yer | | | | | | |
| Sadece hastanede | 102 | (19.70) | 417 | (80.30) | 519 | (100.00) |
| Sadece evde | 27 | (28.70) | 67 | (71.30) | 94 | (100.00) |
| Evde ve hastanede | 72 | (38.50) | 115 | (61.50) | 187 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Doğum Şekli | | | | | | |
| Sadece sezaryen | 4 | (7.00) | 53 | (93.00) | 57 | (100.00) |
| Sadece vajinal | 183 | (26.30) | 513 | (73.70) | 696 | (100.00) |
| Sezaryen ve vajinal | 14 | (29.80) | 33 | (70.20) | 47 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| Gebelikte İdrar Kaçırma Şikayeti | | | | | | |
| Olan | 67 | (42.70) | 90 | (57.30) | 157 | (100.00) |
| Olmayan | 134 | (20.80) | 509 | (79.20) | 643 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |

Kadınların doğurganlık özelliklerine göre stres üriner inkontinans dağılımı Tablo 11’de yer almaktadır.

Yapılan değerlendirmede, gebelik sayısına göre gruplandırılmış kadınlar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Bir kez gebelik yaşayan kadınların % 7.3’ünde, dört kez ve üzeri sayıda gebelik yaşayan kadınların ise % 36.4’ünde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Doğum sayısına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Bir doğum yapan kadınların % 9.6'sında, dört ve üzeri sayıda doğum yapan kadınların % 35.6'sında stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Düşük yapma durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Düşük yapanların % 31.6'sında, düşük yapmayanların ise % 22.6'sında stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Düşük yapma sayısına göre yapılan gruplandırmada da, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 11).

Kürtaj olma durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kürtaj olan kadınların % 39.6'sında, kürtaj olmayan kadınların ise % 18.9'unda stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir (Tablo 11). Kürtaj olma sayısına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2= 4.001$, $p=0.135$, $p>0.05$) ve bu nedenle tabloda yer verilmemiştir.

Son doğum yaşına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Son doğumlarını 14–21 yaş arasında yapan kadınların % 17.4'ünde, son doğumların 38-46 yaş arasında yapan kadınların ise % 35.7'sinde stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir (Tablo 11). İlk doğum yaşına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($\chi^2= 5.539$, $p=0.063$, $p>0.05$) ve bu nedenle tabloda yer verilmemiştir.

Doğumların yapıldığı yere göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülmesi açısından anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sadece evde doğum yapan kadınların % 28.7'sinde, sadece hastanede

doğum yapan kadınların ise % 19.7'sinde stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Doğum şekline göre yapılan gruptandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sadece vajinal doğum yapan kadınların % 26.3'ünde, sadece sezeryanla doğum yapan kadınların ise % 7'sinde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Gebelikte idrar kaçırmaya durumuna göre yapılan gruptandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Gebeliklerinde idrar kaçıran kadınların % 42.7'sinde, gebeliklerinde idrar kaçırmayan kadınların % 20.8'inde şu anda stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 12: Kadınların Doğum Eylemine Yönelik Verilerine Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| DOĞUM EYLEMİNE YÖNELİK VERİLER | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | | |
|--|--------------------------|---------|------|---------|---------------------|--|
| | Var | | Yok | | İstatistiksel Sonuç | |
| | Sayı | (%) | Sayı | (%) | | |
| Doğum eyleminin süresi | | | | | | |
| ≥ 24 saat | 65 | (32.80) | 133 | (67.20) | 198 (100.00) | x ² = 8.300 p= 0.004 p<0.05 |
| < 24 saat | 136 | (22.60) | 466 | (77.40) | 602 (100.00) | |
| Epizyotomi | | | | | | |
| Var | 60 | (19.30) | 251 | (80.70) | 311 (100.00) | x ² = 9.200 p= 0.002 p<0.05 |
| Yok | 141 | (28.80) | 348 | (71.20) | 489 (100.00) | |
| Forseps/Vakum Kullanılma Durumu** | | | | | | |
| Var | 3 | (15.00) | 17 | (85.00) | 20 (100.00) | x ² =1.118 p=0.290 p>0.05 |
| Yok | 198 | (25.38) | 582 | (74.62) | 780 (100.00) | |
| İkiz Bebek Doğumu** | | | | | | |
| Olan | 4 | (20.00) | 16 | (80.00) | 20 (100.00) | x ² = 0.286 p= 0.593 p>0.05 |
| Olmayan | 197 | (25.30) | 583 | (74.70) | 780 (100.00) | |
| Makat Doğum | | | | | | |
| Var | 4 | (36.40) | 7 | (63.60) | 11 (100.00) | x ² =0.749 p=0.482 p>0.05 |
| Yok | 197 | (25.00) | 592 | (75.00) | 789 (100.00) | |
| ≥ 4 kg Bebek Doğurma* | | | | | | |
| Var | 43 | (32.10) | 91 | (67.90) | 134 (100.00) | x ² = 4.150 p=0.042 p<0.05 |
| Yok | 158 | (23.70) | 508 | (76.30) | 666 (100.00) | |
| Toplam | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 (100.00) | |

* ≥ 4 kg Bebek = İri bebek

** Değerlendirmede Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Kadınların doğum eylemlerine yönelik verilerine göre stress üriner inkontinans dağılımı, Tablo 12'de yer almaktadır.

Doğum eyleminin süresine göre yapılan grupta, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Doğum eylemi 24 saat ve daha uzun süren kadınların

% 32.8'inde, doğum eylemi 24 saatten daha kısa süren kadınların ise % 22.6'sında stres üriner inkontinans görülmektedir (Tablo 12).

Epizyotomi açılma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Epizyotomi yapılan kadınların % 19.3'ünde, epizyotomi yapılmayan kadınların ise % 28.8'inde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Doğum eyleminde forseps ya da vakum kullanılma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 12).

İkiz bebek doğurma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 12).

Makat doğum yapma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 12).

İri bebek doğurma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). İri bebek doğuran kadınların % 32.1'inde, iri bebek doğurmayan kadınların ise % 23.7'sinde stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13: Risk Faktörlerine Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| SÜİ* İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | İstatistiksel Sonuç |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|--------------|--|---|
| | Var | Yok | Toplam | | |
| Beden Kitle İndeksi** | Sayı (%) | Sayı (%) | Sayı (%) | | |
| 18.50 – 24.99 kg/m ² | 33 (12.60) | 228 (87.40) | 261 (100.00) | | x ² = 35.714 p= 0.000 p<0.05 |
| 25.00 – 29.99 kg/m ² | 73 (27.50) | 192 (72.50) | 265 (100.00) | | |
| ≥ 30 kg/m ² | 95 (34.70) | 179 (65.30) | 274 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | | |
| Sık Sık Kabız Olma Durumu | | | | | |
| Var | 74 (33.20) | 149 (66.80) | 223 (100.00) | | x ² = 10.674 p= 0.001 p<0.05 |
| Yok | 127 (22.00) | 450 (78.00) | 577 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | | |
| Sürekli Öksürük Şikayeti | | | | | |
| Olan | 38 (42.20) | 52 (57.80) | 90 (100.00) | | x ² = 15.757 p= 0.000 p<0.05 |
| Olmayan | 163 (23.00) | 547 (77.00) | 710 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | | |
| Geçmişte SÜİ Öyküsü | | | | | |
| Var | 79 (71.20) | 32 (28.80) | 111 (100.00) | | x ² =145.257 p= 0.000 p<0.05 |
| Yok | 122 (17.70) | 567 (82.30) | 689 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | | |
| Menopoza Girme Durumu | | | | | |
| Var | 74 (37.40) | 124 (62.60) | 198 (100.00) | | x ² = 20.984 p= 0.000 p<0.05 |
| Yok | 127 (21.10) | 475 (78.90) | 602 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | | |
| HRT Alma Durumu | | | | | |
| Var | 29 (47.54) | 32 (52.46) | 61 (100.00) | | x ² = 3.894 p= 0.048 p<0.05 |
| Yok | 45 (32.85) | 92 (67.15) | 137 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 74 (37.30) | 124 (62.70) | 198 (100.00) | | |
| Sigara İçme Durumu | | | | | |
| Sigara İçen | 160 (25.00) | 480 (75.00) | 640 (100.00) | | x ² = 0.027 p= 0.870 p>0.05 |
| Sigara İçmeyen | 41 (25.60) | 119 (74.40) | 160 (100.00) | | |
| <i>Toplam</i> | 74 (37.30) | 124 (62.70) | 198 (100.00) | | |

Tablo 13 (Devam): Risk Faktörlerine Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| SÜİ* İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | İstatistiksel Sonuç | |
|---|--------------------------|---------|------|---------|---------------------|----------|
| | Var | | Yok | | | Toplam |
| I.Derece Akrabalarında SÜİ Öyküsü | Sayı | (%) | Sayı | (%) | Sayı | (%) |
| Olan | 75 | (30.70) | 169 | (69.30) | 244 | (100.00) |
| Olmayan | 82 | (19.60) | 337 | (80.40) | 419 | (100.00) |
| Bilmiyor | 44 | (32.10) | 93 | (67.90) | 137 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |
| II.Derece Akrabalarında SÜİ Öyküsü | | | | | | |
| Olan | 23 | (31.50) | 50 | (68.50) | 73 | (100.00) |
| Olmayan | 66 | (20.20) | 261 | (79.80) | 327 | (100.00) |
| Bilmiyor | 112 | (28.00) | 288 | (72.00) | 400 | (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 | (100.00) |

* SÜİ: Stres Üriner İnkontinans ** 18.5 – 24.99 kg/m²= Normal kilolu, 25.0 – 29.99 kg/m²= Fazla kilolu, ≥ 30.0 kg/m²= Obez (WHO)

Tablo 13’de risk faktörlerine göre stres üriner inkontinans dağılımı yer almaktadır.

Beden kitle indeksi hesaplamasına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p>0.05). Beden kitle indeksi normal (18.5 – 24.99 kg/m²) olan kadınların % 12.6’sında, obez (≥ 30.0 kg/m²) olan kadınların % 34.7’sinde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Sık sık kabız olma durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Sık sık kabızlık problemi yaşayan kadınların % 33.2’sinde, bu problemi yaşamayan kadınlarınsa % 22’sinde stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir (Tablo 13).

Sürekli öksürük şikayeti varlığına göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Sürekli öksürük şikayeti olan kadınların % 42.2’sinde,

bu şikayeti olmayan kadınların % 23'ünde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Geçmişte stres üriner inkontinans şikayeti bulunması durumuna göre yapılan gruplar arasında stres üriner inkontinans açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Geçmişte stres üriner inkontinans öyküsü olan kadınların şu anda % 71.2'sinde, geçmişte stres üriner inkontinans öyküsü olmayan kadınların ise şu anda % 17.7'sinde stres üriner inkontinans şikayeti bulunmaktadır (Tablo 13).

Menapoza girme durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Menapoza giren kadınların % 37.4'ünde, menapoza girmeyen kadınların % 21.1'inde stres üriner inkontinans olduğu görülmektedir. Hormon replasman tedavisi alma durumuna göre yapılan gruplandırma da, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Hormon replasman tedavisi alan kadınların % 47.54'ünde (29/198), hormon replasman tedavisi almayan kadınların % 32.85'inde (45/198)stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

Sigara içme durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans bulunma durumuna göre yapılan gruplandırma, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olan kadınların % 30.7'sinde, birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olmayan kadınların % 19.6'sında stres üriner inkontinans şikayeti bulunmaktadır (Tablo 13).

İkinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans bulunma durumuna göre yapılan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İkinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olan kadınların % 31.5'inde, ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans öyküsü olmayan kadınların % 20.2'sinde stres üriner inkontinans tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 14: Genito-Üriner Yolla İlişkili Verilere Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| GÜY* İLE İLİŞKİLİ VERİLER | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | | |
|---|--------------------------|---------|------|---------|---------------------|
| | Var | | Yok | | İstatistiksel Sonuç |
| İYE ** Öyküsü | Sayı | (%) | Sayı | (%) | |
| Var | 125 | (29.50) | 299 | (70.50) | 424 (100.00) |
| Yok | 76 | (20.20) | 300 | (79.80) | 376 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 (100.00) |
| Geçmişte Uterus Prolapsusu Şikayeti | | | | | |
| Olan | 37 | (41.60) | 52 | (58.40) | 89 (100.00) |
| Olmayan | 164 | (23.10) | 547 | (76.90) | 711 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 (100.00) |
| Uterus Prolapsusu Şikayetinin Durumu | | | | | |
| *...devam eden | 27 | (47.37) | 30 | (52.63) | 57 (100.00) |
| *...devam etmeyen | 11 | (34.38) | 21 | (65.63) | 32 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 38 | (42.70) | 51 | (57.30) | 89 (100.00) |
| Geçmişte Sistosel Şikayeti | | | | | |
| Olan | 55 | (66.30) | 28 | (33.70) | 83 (100.00) |
| Olmayan | 146 | (20.40) | 571 | (79.60) | 717 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 (100.00) |
| Sistosel Şikayetinin Durumu | | | | | |
| *...devam eden | 48 | (80.00) | 12 | (20.00) | 60 (100.00) |
| *...devam etmeyen | 7 | (29.20) | 17 | (70.80) | 24 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 55 | (65.50) | 39 | (34.50) | 84 (100.00) |
| Hemoroit Şikayeti | | | | | |
| Olan | 59 | (28.90) | 145 | (71.10) | 204 (100.00) |
| Olmayan | 142 | (23.80) | 454 | (76.20) | 596 (100.00) |
| <i>Toplam</i> | 201 | (25.10) | 599 | (74.90) | 800 (100.00) |

Tablo 14 (Devam): Genito-Üriner Yolla İlişkili Verilere Göre Stres Üriner İnkontinans Dağılımı

| GÜY* İLE İLİŞKİLİ VERİLER | STRES ÜRİNER İNKONTİNANS | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|--|
| | Var | | Yok | |
| Histerektomi Öyküsü | Sayı (%) | Sayı (%) | Toplam Sayı (%) | |
| Var | 25 (42.40) | 34 (57.60) | 59 (100.00) | $\chi^2 = 10.073$ $p = 0.002$ $p < 0.05$ |
| Yok | 176 (23.80) | 565 (76.20) | 741 (100.00) | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | |
| Ön-arka onarım | | | | |
| Var | 15 (41.70) | 21 (58.30) | 36 (100.00) | $\chi^2 = 5.483$ $p = 0.019$ $p < 0.05$ |
| Yok | 186 (24.30) | 578 (75.70) | 764 (100.00) | |
| <i>Toplam</i> | 201 (25.10) | 599 (74.90) | 800 (100.00) | |

*GÜY: Genito Üriner Yol **İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu
**... : "Şikayeti" kelimesi yerine kullanılmıştır.

Tablo 14'de genito üriner yolla ilişkili verilere göre stres üriner inkontinans dağılımı görülmektedir.

İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunma durumu açısından anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). İdrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan kadınların % 29.5'inde, idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olmayan kadınların % 20.2'sinde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14).

Geçmişte uterus prolapsusu şikayetinin olması durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunma durumu açısından anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Geçmişte uterus prolapsusu şikayeti olan kadınların şu anda % 41.6'sında, şikayeti olmayan kadınların şu anda % 23.1'inde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Uterus prolapsusu şikayetinin devam etmesi durumuna göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Geçmişte sistosel şikayetinin olması durumuna göre yapılan gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Geçmişte sistosel şikayeti olan kadınların % 66.3'ünde, sistosel şikayeti olmayan kadınların % 20.4'ünde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir.

Sistosel şikayetinin devam etmesi durumuna göre yapılan gruplandırmada da, gruplar arasında stres üriner inkontinans bulunması açısından bir fark vardır ($p<0.05$). Şu anda sistosel şikayeti devam eden kadınların % 80'inde (48/84) şikayeti devam etmeyen kadınların % 29.2'sinde (7/84) stres üriner inkontinans bulunduğu tespit edilmiştir. (Tablo 14).

Hemoroit şikayetine göre yapılan gruplar arasında stres üriner inkontinans görülme durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Histerektomi öyküsüne göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans durumu açısından istatistiksel olarak bir fark vardır ($p<0.05$). Histerektomi öyküsü olan kadınların % 42.3'ünde, histerektomi öyküsü olmayan kadınların % 23.8'inde stres üriner inkontinans görülmektedir (Tablo 14).

Ön arka onarım öyküsüne göre yapılan gruplandırmada, gruplar arasında stres üriner inkontinans durumu açısından istatistiksel olarak bir fark vardır ($p<0.05$). Ön arka onarım öyküsü olan kadınların % 41.7'sinde, ön arka onarım öyküsü olmayan kadınların % 24.3'ünde şu anda stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 15: Logistic Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Risk Faktörleri

| Risk Faktörleri | Regresyon Katsayısı (B) | Standart Hata (SE) | p | Odds Ratio | 0.95 CI | |
|--|-------------------------|--------------------|-------|------------|---------|-------|
| | | | | | Alt | Üst |
| Yaş | 0.031 | 0.016 | 0.049 | 1.032 | 1.011 | 1.065 |
| Doğum sayısı | 0.494 | 0.184 | 0.007 | 1.638 | 1.143 | 2.349 |
| Vaginal Doğum | -0.352 | 0.130 | 0.007 | 0.703 | 0.545 | 0.907 |
| Gebelikte İdrar Kaçırma | -0.716 | 0.260 | 0.006 | 0.489 | 0.293 | 0.813 |
| Geçmişte SÜİ öyküsü | -2.353 | 0.298 | 0.000 | 0.095 | 0.053 | 0.171 |
| II. Derece Akrabalarda SÜİ Öyküsü | -0.159 | 0.175 | 0.364 | 0.853 | 0.605 | 1.203 |
| Şu anda Uterus Prolapsusu | -0.307 | 0.446 | 0.492 | 0.736 | 0.307 | 1.765 |
| Geçmişte Sistosel Öyküsü | -5.049 | 1.011 | 0.000 | 0.006 | 0.001 | 0.047 |
| Şu anda Sistosel Öyküsü | -2.509 | 0.696 | 0.000 | 0.081 | 0.021 | 0.319 |
| CONSTANT | 13.875 | 3.957 | 0.000 | 1061026 | | |

Tablo 15’de Logistic Regresyon Analizi sonuçlarına göre risk faktörleri görülmektedir.

Analiz sonucuna göre, araştırma kapsamına alınan kadınlarda yaş, doğum, vaginal doğum, gebelikte idrar kaçırma, geçmişte stres üriner inkontinans öyküsü olması, sistosel öyküsü olması ve şu anda sistosel olmasının dışında diğer risk faktörlerinin stres üriner inkontinans üzerine direkt etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Yaşın (OR= 1.032), doğum sayısının (OR=**1.638**), vaginal doğumun (OR=**0.703**), gebelikte idrar kaçırma öyküsünün (OR=**0.489**), geçmişte stres üriner inkontinans öyküsünün olması (OR=**0.095**), sistosel öyküsünün olması (OR=**0.006**), ve şu anda sistosel olmasının (OR=**0.081**), stres üriner inkontinans gelişmesi üzerine direkt etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Üriner İnkontinans, her yaştaki kadında yaygın olarak görülen, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan, istemsiz idrar kaçırma olayı olarak tanımlanmaktadır (Arısan 1991; Resnick 1995; Zuspan/Quilligan 1995; Kişnişçi ve ark 1996; Berek 1998; Rortveit et al 2006).

Gelişmiş olan ülkelerde (ABD, Belçika, Norveç, İsveç, İngiltere, Japonya, İtalya, İspanya, Fransa, Almanya) farklı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda üriner inkontinans prevalansı % 4.6-44 arasında değişmektedir (Sommer et al 1990; Burgio (b) et al 1991; Milsom et al 1993; Thom (a) et al 1998; Ushiroyama et al 1999; Dolan et al 1999; Hannestad et al 2000; Peyrat et al 2002; Van Oyen et al 2002; Espino et al 2003; Siracusano et al 2003; Hunskaar et al 2004; Rortveit et al 2006). Ülkemizde üriner inkontinans prevalansını tespit etmeye yönelik yapılan farklı çalışmalarda ise sonuçlar % 20.5 - 57.1 arasında değişmektedir (Güneş ve ark 1996; Turan ve ark 1996; Ateşkan ve ark 2000; Kocaöz 2001; Ekin ve ark 2004; Koçak ve ark 2005; Benlioğlu 2006; Filiz ve ark 2007). Çalışma sonuçlarının bu kadar geniş aralıkta olmasının nedeni, çalışmalarda farklı metodolojik yöntemlerin kullanılması ve inkontinansın tanımının farklı yapılmış olması olabilir. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki yaşla birlikte üriner inkontinans prevalansı artmaktadır (Molander et al 1990; Sommer et al 1990; Burgio (b) et al 1991; Rekers et al 1992; Milsom et al 1993; Güneş ve ark 1996; Turan ve ark 1996; Thom (a) et al 1998; Brown et al 1999; Dolan et al 1999; Simeonova et al 1999; Ushiroyama et al 1999; Ateşkan ve ark 2000; Hannestad et al 2000; Kocaöz 2001; Peyrat et al 2002; Van Oyen et al 2002; Espino et al 2003; Siracusano et al 2003; Hunskaar et al 2004; Koçak ve ark 2005; Benlioğlu 2006; Rortveit et al 2006). Bu artışın nedeni yaşla birlikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler olabilir. Bu değişiklikler; alt üriner sistemde gözlenen fonksiyon bozuklukları, azalmış mesane kapasitesi, artmış rezidüel idrar volümü, istem dışı mesane kontraksiyonları, mobilite bozuklukları, artmış noktürnal sıvı atılımı, estrogen yetersizliği, üriner enfeksiyonlar, antihipertansif ilaç kullanımı, ürolojik kökenli hastalıklar olarak sıralanabilir (Burgio (b) et al 1991; Wolters 1993). Çalışmamızda, araştırma kapsamına alınan 15 yaş üstü evli 800 kadında stres üriner inkontinans prevalansı % 20.1 (210/800) olarak saptanmıştır; ayrıca

elde ettiğimiz sonuçlara göre yaş ilerledikçe stres üriner inkontinans prevalansının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 10). Çalışmamız bu yönüyle literatürle paralellik göstermektedir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte gebelik, doğum, histerektomi gibi obstetrik ve jinekolojik olayların ortaya çıkması da yaşla birlikte stres üriner inkontinans prevalansının artmasında etkili olabilir.

Genel olarak obstetrik müdahale ve komplikasyonların mekanizması tam olarak açıklanamasa da (epizyotomi, anal sfinkter hasarı, iri fetüs doğurma, uzamış doğum eylemi vb) üriner inkontinansı tetiklediği varsayılmaktadır (Bishop et al 1992; Viktrup (a) et al 1992; Nygaard et al 1996; Grautz et al 1999; Persson et al 2000; Karan ve ark 2002; Peyrat et al 2002). Üriner inkontinans pudental sinir hasarı, kas travması ve üretral desteğin değişmesi gibi faktörlerin kombinasyonu sonucu gelişebilir (Peschers et al 1996; Meyer et al 1998). Vaginal doğum yapan kadınların % 50'sinden fazlasında üretral destekte değişme meydana gelir ve bu değişim pelvik dokunun gücünün azalmasına neden olur (Sampselle 1990). Gebelikte kollajen yapının ve kollajen yapının gücünün değişmesi sonucu üriner semptomların gelişmesi söz konusu olabilir (Norton (a) et al 1992). Ancak bu değişikliklere gebelik mi doğum olayı mı etki ediyor açık değildir (Cutner et al 1992). Peyrat ve arkadaşlarının (2002) ve Kocaöz'ün (2001) yaptıkları çalışmalara göre de gebelik stres üriner inkontinans için risk faktörü gibi görünmesine rağmen önemli olanın gebelik mi doğum mu olduğunun açıklık kazanmadığı vurgulanmaktadır. Yaptığımız çalışmada da gebelik sayısı stres üriner inkontinans için risk faktörü olarak görülmektedir. Çalışmamızda bir kez gebe kalan kadınların % 7.3'ünde, dört ve daha fazla sayıda gebe kalan kadınların ise % 36.4'ünde stres üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Bu veriler bize gebelik sayısı arttıkça stres üriner inkontinans prevalansının arttığını düşündürmüştür ancak burada asıl etkili olan faktör doğum şekli de olabilir.

Doğum yapmanın hem stres inkontinans hem de diğer inkontinans tipleri için risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Van Oyen et al 2002). Milsom ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansının pariteyle güçlü korelasyon gösterdiği, artan pariteyle üriner inkontinans prevalansının da arttığı ve en belirgin artışın ilk çocuğun doğumundan sonra görüldüğü rapor edilmiştir. Koçak ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise doğum sayısının

üriner inkontinans için güçlü bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Siracusano ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, inkontinantların tüm yaş gruplarında, çocuk doğurmuş kadınlarda nulliparlardan daha fazla görüldüğünü, dört ve daha fazla sayıda çocuk doğurmuş kadınlarda ise daha sık olduğunu bildirmişler, bununla birlikte çocuk doğurma ile inkontinans arasındaki ilişkinin net olmadığı sonucuna varmışlardır. Yaptığımız çalışmada, elde ettiğimiz sonuçlara göre bir kez doğum yapanlarda stres üriner inkontinans prevalansı % 9.6 iken dört ve üzeri sayıda doğum yapan kadınlarda % 35.6'dır (Tablo 11). Buna göre doğum sayısı arttıkça stres üriner inkontinans prevalansı artmaktadır. Çalışmamız bu yönü ile literatür ile paralellik göstermektedir

Yapılan birçok çalışmada üriner inkontinansın görülme sıklığı, doğum yapmış kadınlarda, hiç doğum yapmamışlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Foldspang et al 1992; Wolters 1993; Güneş ve ark 1996; Thom et al 1998). Ancak postmenopozal dönemde, nullipar kadınlarda doğum yapmış kadınlarla aynı oranda inkontinans ortaya çıkması ve bu inkontinans tipinin daha çok stres üriner inkontinans olması kafa karıştırıcıdır (Buchsbaum et al 2002). Yaptığımız çalışmanın örneklemini 15 yaş üzeri evli ve en az birkez doğum yapmış kadınlar oluşturduğu için, nulliparlarla doğum yapmış kadınları karşılaştıramadık.

Doğum şekli de stres üriner inkontinans için bir risk faktörü olabilir. Spontan vaginal doğum, sezeryan ve müdahaleli doğumları karşılaştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda sezeryanla doğum yapan kadınlarda pudental sinir hasarına rastlanılmamış ve pelvik kas gücünün normal doğum yapanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Allen et al 1990; Thom (a) et al 1998). Buna göre vaginal doğum stres üriner inkontinans için bir risk faktörüdür (Snooks (a) et al 1990; Foldspang et al 1992; Gomel et al 1995; Thom (a) et al 1998; Parazzini et al 2003). Chaliha ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmaya göre gebelikte yapılan ürodinamik değerlendirmede, sezeryan doğum sonrasında vaginal doğum sonrasına yakın oranlarda stres inkontinans geliştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada bu durum doğumlarda mekanik travma harici faktörlerin de etkili olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Sezeryan operasyonu geçiren kadınlarda bazı çalışmalarda vaginal doğuma göre inkontinans gelişme riski düşük bulunmakla birlikte (Dimpfl et al 1992; Skoner et

al 1994; Ryhammer et al 1995) Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada belirtildiği üzere Iosif ve arkadaşlarının (1982) yaptığı çalışmanın sonuçları bunu reddetmektedir. Parazzini ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışma sonuçlarına göre doğum yapmayan kadınlarla karşılaştırıldığında sezeryan öyküsü olanlarda stres üriner inkontinans riskinin arttığı tespit edilmiştir. Demirci F ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise tekrarlayan sezaryen olgularında, vaginal doğum ile benzer stres üriner inkontinans oranları saptandığı bildirilmiştir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada belirtildiği üzere Van Gleen ve arkadaşlarının (1982) yaptığı çalışmada stres üriner inkontinans prevalansı, üçüncü sezaryen doğumdan sonra vaginal doğumların sıklığına erişmekte ve elektif sezaryen operasyonu ancak fetüsün önde gelen kısmı pelvise angaje olmadan önce yapıldığında koruyucu etkiye sahiptir denilmektedir. Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre sadece sezeryan doğum yapanların % 7'sinde , sadece vaginal doğum yapanların ise % 26.3'ünde stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar arasında bu kadar büyük bir fark olması bize vaginal doğumun stres üriner inkontinans için daha büyük bir risk olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmalarda doğum eyleminin 24 saatten uzun sürmesi, doğum esnasında epizyotomi açılması, forseps ya da vakum kullanımı, epidural anestezi altında normal doğum yapma, ikiz bebek, makat bebek ve kilolu bebek doğumu gibi obstetrik travma yaratan nedenlerin pelvik yumuşak dokularda hasar meydana getirerek, stres üriner inkontinans sorununa yol açtığı belirtilmektedir. (Allen et al 1990; Burgio (b) et al 1991; Gomel et al 1995). Arya ve arkadaşlarının (2001) primipar kadınlar üzerinde yaptıkları araştırma sonuçlarına göre forsepsle doğum yapmak, spontan vaginal doğum ve vakumla karşılaştırıldığında, stres üriner inkontinans açısından daha risklidir. Parazzini ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışma sonuçlarına göre de operatif vaginal doğumlar stres üriner inkontinans üzerinde direkt etkilidir. Mason (a) ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmaya göre ise normal vaginal doğum yapanlarla, müdahaleli (forseps/vakum) doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında stres üriner inkontinans açısından bir fark elde edilememiştir. Uzamış doğumlarda pelvik taban kas ve sinirleri üzerine yoğun ve uzun süreli kuvvet uygulanmakta, bu da artmış pelvik travma anlamına

gelmektedir (Tanrıverdi ve ark 2004). Büyük epizyotomi ve operatif doğumların pelvik taban travmasını azalttığı ve koruyucu etkisi olduğunu savunularda bulunmaktadır (Nguyen et al 2000). Ancak epizyotominin normal doğumun bir parçası gibi görülmemesi gerekir ki günümüz literatüründe de özellikle endikasyon olmadan epizyotomi uygulanmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda endikasyon olmadan uygulanan epizyotominin beklenildiğinin aksine birçok problem doğurduğu saptanmıştır (Harrison et al 1984, Argentine Episiotomy Trial Collaborative 1993) Örneğin, Duran ve ark. yaptığı bir çalışmada, epizyotomi ile doğuran hastaların, doğum salonunda diğer hastalara oranla daha uzun kaldığı saptanmıştır. Laserasyonların onarılması doğum salonunda kalış süresini uzatmazken; epizyotomilerin (median) onarılması, bu süreyi belirgin derecede uzatmaktadır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde endikasyonu olmayan hiçbir anneye epizyotomi uygulanmamaktadır. Çünkü epizyotomi uygulaması sonrası onarım süreci anne bebek iletişiminin başlatılması ve annenin istirahata alınmasını geciktirebilir. Ayrıca epizyotomiye bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlık annenin bebek bakımı ve emzirmesine engel olmaktadır (Pillitteri 1995; Albers et al 1999; Karaçam 2001). Oysaki doğum sonu ilk bir saat içinde anne ile bebeğin duygusal temasının sağlanması ve erken emzirilmesi önemlidir. Bütün bunların yanı sıra anne bebek iletişiminin (bağlanmanın) erken başlatılmasının etkili bir emzirme süreci geliştirmeye ve bebeğin psikososyal gelişiminin olumlu olmasına katkısı vardır (Martin et al 1991; Olds 1996) Epizyotomi uygulanan kadınlarda görülen diğer bir problemde, cinsel ilişki sırasında ağrı duymasıdır. Bu da kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltabilir ya da cinsel yaşama tekrar başlamalarını geciktirebilir. Yapılan çalışmalarda normal vajinal yoldan doğum yapan kadınların yaklaşık yarısından fazlasının geçiçi olan ağrılı cinsel ilişki yaşadıkları ve mediolateral epizyotominin bu durumu daha da kötüleştirdiği bildirilmektedir (Altheneder et al 1997). Yaptığımız çalışmada, makat doğum, doğumlarda forseps yada vakum kullanılması ve ikiz bebek doğurma durumu ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamsız bulunurken ($p>0.05$), epizyotomi uygulaması, doğum eyleminin 24 saatten uzun sürmesi ve iri bebek doğurma durumu ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12). Epizyotomi yapılan

kadınların % 19.3'ünde; epizyotomi yapılmayan kadınların ise % 28.8'inde stres üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Sonuçlara baktığımızda epizyotomi yapılmasının stres üriner inkontinans oluşma riskini engellediği düşünülebilir.

Düşükler, hastane ortamında gerçekleştirilse bile çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir. Güvensiz düşük sonucunda erken dönemde uterus perforasyonu, sepsis, kanama, karın içi organlarda hasar, servikal yırtık, inkomplet abortus, ektopik gebelik riski, mesane rüptürü gibi durumların gelişmesi için zemin hazırlayabilmektedir (Biliker 2001, Özalp ve ark 2001, Taşkın 2003). Etimesgutta yapılan çalışmada, kendiliğinden düşük yapma durumu ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.. Yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre de hem düşük yapma durumu hem de düşük yapma sayısı ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Kocaöz 2001). Yine Kocaöz'ün (2001) yaptığı çalışmada kürtaj olmak da stres üriner inkontinans için risk faktörü olarak kabul edilmiştir ancak kürtaj olma sayısının bu riski etkilemediği tespit edilmiştir. Yaptığımız çalışmanın sonucunda ise hem kürtaj olma durumu ($\chi^2= 39.098$, $p<0.05$). hem de kürtaj olma sayısı ($\chi^2= 41.002$, $p<0.05$) ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (Tablo 11)

Çocuk doğurmanın başladığı yaş, anne ve çocuğun sağlığı ve yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel olarak toplum içinde önemli demografik sonuçlar doğurur (Akgün ve ark 2006). Buradan yola çıkarak kadınların ilk ve son doğum yaşının üriner inkontinans üzerine etkisi olup olmadığını inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Literatürde, çocuk doğurmanın en ideal olduğu yaş aralığı 20-30 olarak kabul edilmektedir (Taşkın 2003). Rortveit ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre ilk doğumunu 25 yaşından daha genç yapanlar için stres üriner inkontinans riski düşükken, son doğum yaşının stres üriner inkontinans ile çok ilgili olmadığı belirtilmiştir. Kocaöz'ün (2001) yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre ise ilk doğum yaşının stres üriner inkontinans gelişimi açısından önemli bir risk faktörü değildir. 25-49 yaş arası kadınların ilk doğum yaş ortancası TNSA-93'den 2003'e kadar giden dönemde 20.8'den 21.8'e artmıştır. Yaptığımız çalışmada ilk doğum yaşı ortalaması 20,47 olarak belirlenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre ilk doğum yaşı ile stres üriner

inkontinans arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($\chi^2= 5.539$, $p>0.05$), son doğum yaşı ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 11). Buna göre elde ettiğimiz sonuçlar Kocaöz'ün (2001) çalışması ile paralellik gösterirken, Rotreweit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçları ile çelişmektedir. Bu durum çalışmaların yapılmış olduğu ülkelerin farklı sosyo kültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye'nin halen mevcut sosyo-kültürel yapısı, İslam kültürünün etkisi ile doğumların neredeyse hepsi evlilik yapısı içerisinde meydana gelmektedir. Dolayısıyla, özellikle kadınlar için, üreme sağlığı açısından risk evlilikle birlikte başlamaktadır. Bu yüzden ilk evlilik yaşı riskli grupları belirlemek için oldukça önemli bir veri olmaktadır. (Akgün ve ark 2006). 2003 TNSA verilerine göre kadınlarda ilk evlilik yaş ortancası 25-49 yaş arası kadınlarda 20 yaş olarak görülmektedir. Ülkemizde ilk evlilik yaşı yaşanan bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte eğitim durumundan da etkilenmektedir. TNSA 2003'de ilkokulu bitirmemiş kadınlarda bu ortanca 18.0, lise ve üzeri grupta 24.8 olarak açıklanmıştır. Araştırmalarda, stres inkontinans görülme durumunun da eğitim durumundan etkilendiği vurgulanmaktadır. Van Oyen ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada , eğitim durumu veya kişi başına düşen aile geliri ile üriner inkontinans prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı; yalnızca kadınlarda eğitim durumu arttıkça üriner inkontinans azalma eğiliminde olduğu belirtilmiştir. Benlioğlu'un (2006) Kahramanmaraş il merkezinde yaptığı çalışma sonuçlarına göre; urge, stres ve miks tip inkontinansın eğitim seviyesi ile ters orantılı olduğu yani eğitim seviyesi arttıkça inkontinans görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir Bizim yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre okur yazar olmayan grupta stres üriner inkontinans prevalansı % 37 iken, yükseköğretim mezunu olan grupta ise % 7.9 olarak bulunmuştur (Tablo 8) ancak yükseköğretim grubunda yer alan kadınların sayısının az olması bu sonuca etkili olabilir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre kadınlarda eğitim seviyesi yükseldikçe stres üriner inkontinans prevalansının azaldığı görülmektedir ve diğer çalışmaların sonuçları ile sonuçlarımız paralellik göstermektedir. Verilerimize göre, eğitim seviyesi arttıkça gebelik sayısı ortalaması da düşmektedir ($\bar{x}_{yükseköğretim\ grubu\ gebelik} \pm$

SD=2.13 + 1.3 ve \bar{x} okur yazar olmayan grup gebelik \pm SD= 7.4 + 3.07). Çalışmalar eğitim düzeyi yüksek kadınların doğurganlıklarını düzenleyebildiklerini, cinsellik ve üreme yaşamlarını belirlemede söz sahibi olduklarını göstermektedir. Bu nedenlerle, kadınlara yönelik temel eğitim olanakları artırılmalı ve sağlık eğitimi programlarıyla desteklenmelidir (Akgün ve ark 2006). Bütün bunlara rağmen çalışmamızda, eğitim seviyesinin artması ile sağlık güvencesi varlığı ve stres üriner inkontinans şikayeti nedeni ile doktora başvurma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu durum akla sağlık inanç modelini getirmektedir. Bu model hastaların “bir hastalığa veya duruma düşebilmeleri; bunun şiddeti; önlenmesi ve tedavisi ile ilgili uygulamaların etkinliği; bu teknikleri kullanabilme konusunda kendi yetenekleri” konusundaki inançlarını esas almaktadır (Öz 2004). Buradan yola çıkarak, insanların eğitim seviyesi ne kadar yüksek olursa olsun; insanlar tanı, tedavi ve bunlara uyum sağlama konusunda kendilerine inanmıyorlarsa, sağlık hizmetlerinden faydalanmadıkları düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 64.9'u hastane ortamında, % 35.1'i ise evde doğum yaptıklarını ifade etmişlerdir. Evde doğum yapan kadınların % 10.7'si (30/281) sağlık personelinden, % 81.9'u (230/281) ara ebesinden yardım alırken; % 10'u (28/281) evde kendi kendine doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 3). Evde doğum yapan kadınların % 10.7'si sağlık personelinden, % 81.9'u ara ebesinden yardım alırken; % 10'u evde kendi kendine doğum yaptığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan evde doğum yaptığını ifade eden kadınların yaş ortalaması 49.81, gebelik sayısı ortalaması ise 6.22 olarak belirlenmiştir. Buna göre; gebelik, doğum sayısı ve yaş ilerledikçe, evde doğum oranının arttığı düşünülmektedir TNSA 2003 verilerine göre evde doğumlar, araştırmadan önceki son beş yıl içinde yapılan doğumların beşte birini oluşturmaktadır. Genç kadınların (< 35 yaş), yaşları daha ileri olan kadınlara (% 72) kıyasla, doğumlarını bir sağlık kuruluşunda yapma olasılıklarının daha fazla olduğu görülmektedir (% 79). Benzer şekilde, doğum sırasının önce oluşu da, doğumun bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi olasılığının artmasına yol açmaktadır. Doğum sırası yükseldikçe doğumunu sağlık kuruluşunda yapan kadınların yüzdesi azalmaktadır. Doğum öncesi bakım sayısı

ile bir sağlık kuruluşunda doğum yapmak da pozitif ilişki içindedir. Dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım alanların yüzde 96'sı son doğumlarını sağlık kuruluşunda yapmıştır, doğum öncesi bakım alınmamış doğumların ise sadece yarısı sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Mete'nin (1998) yaptığı çalışmaya göre kadınların doğum öncesi bakım almama nedenleri arasında; sağlık personelinden korkma, doğum öncesi bakımla ilgili motivasyon eksiliği ve doğum öncesi bakımın gerekliliğine inanmama, parasal sıkıntılar, ailesel engeller (eşin ya da diğer aile üyelerinin engellemesi), sağlık kuruluşuna ulaşımda sorun yaşanması ve gebeliğin kabulü ile ilgili problemler yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum yaptıkları yer ile stres ünner inkontinans dağılımına bakıldığında, evde doğum yapmak, hastanede doğum yapmaya oranla stres ünner inkontinans için daha büyük bir risk faktörüdür. Ev ortamında genellikle sağlıksız koşullarda ve bilinçsiz kişilerin müdahaleleri sonucunda gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle, evde doğum yapan kadınların stres ünner inkontinans yönünden risk altında oldukları düşünülebilir.

Gebelik esnasında progesteronun etkisiyle mesanenin kapasitesi ve damarlanması artmakta, alt ünner sistem organlarının kas tonüsü azalmaktadır. Uterusun büyümesi sonucunda ilerleyen gebelik aylarında mesaneye baskıdan dolayı sık sık idrara çıkma ve hatta stres ünner inkontinans görülebilmektedir (Scott et al 1992; Pernol 1994). Gebelikte ünner inkontinans görölme oranı %30-59 arasında değişmektedir. Genellikle ünner inkontinans doğumdan sonraki ilk haftalarda kaybolmasına karşın, bazı durumlarda inatçı inkontinans vakalar ortaya çıkılmaktadır (Metanyi 1992). Araştırmamızda kadınların gebelikleri sırasında idrar kaçırma şikayeti oranı % 19.6 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Literatürde verilen görölme oranından bu sonuç düşük olarak bulunmuştur. Bunun nedeni, yapılan çalışmaların metodolojik yönteminin farklılığına bağlanabilir. şuanda stres ünner inkontinansı olan kadınların % 42.7'sinin gebelikleri sırasında idrar kaçırma şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, stres ünner inkontinans ile gebelikte idrar kaçırma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11).

Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara içme durumları incelendiğinde kadınların % 20 'inin sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 8). Sigara

içmek, östrojen seviyesi üzerine olumsuz etkiler yaratmakta ve kollajen sentezinin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca sigaranın etkisiyle oluşan kuvvetli öksürük üretral sfinkter mekanizmasında yetersizliklere yol açabilmektedir (Grady et al 1991; Bump et al 1992). Sigaranın oluşturduğu tüm bu etkenler stres üriner inkontinans için risk oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmada sigara içiminin inkontinans gelişiminde risk oranının % 28 olduğu saptanmıştır (Bump et al 1992). Araştırmamızda sigara içen kadınların % 25 'inde stres üriner inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir; ancak sigara içme ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur (Tablo 13). Elde ettiğimiz sonuç Taşer'in (1994) ve Kocaöz'ün (2001) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir.

Literatürde, kronik kabızlığın pudental sinirde gerilme yaratarak pelvis kas fonksiyonlarında bozulmalar oluşturduğu ve bunun da üriner inkontinansa yol açtığı öne sürülmektedir (Jones et al 1994). Araştırmamızda kadınlarda kabız olma oranı % 27.9 olarak saptanmıştır (Tablo 8). Araştırmamızda kabızlık sorunu yaşayan kadınların % 33'ünde stres üriner inkontinans bulunduğu saptanmıştır (Tablo 13). Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında ise üriner inkontinanslı kadınların % 66.1 'inin kabızlık problemi yaşadığı belirtilmektedir (Güneş ve ark 1996). Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda, stres üriner inkontinans ile kabız olma durumu arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Üriner sistem ve alt genital organlar aynı embriyolojik kökenden meydana gelmiştir. Menopozal dönemde estrojen eksikliğine bağlı olarak alt üriner sistemde atrofik değişiklikler oluşmaktadır (Atasü ve ark 1996; Schaffer et al 1996). Üretra epitelinin incelmesinin yanı sıra, kas ve bağ dokusunda meydana gelen dejeneratif değişiklikler sonucunda mesane boynunun anatomik desteği azalmaktadır. Ayrıca menopoz nedeniyle santral ve periferik sinirlerde de dejenerasyonlar meydana gelmekte ve bunun sonucunda istemsiz kas kontraksiyonlarına bağlı olarak inkontinans gelişebilmektedir (Thom (a) et al 1998). Tüm bu etkenler nedeniyle menopozun üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızda menopoza giren kadınların % 37.4'ünde stres üriner inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede stres üriuer inkontinansla menopoza girme durumu arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13). Hormon replasman tedavisi alma durumu ile stres üriuer inkontinans arasındaki ilişki anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Literatürde hormon replasman tedavisine yönelik çalışmalarda inkontinans riskinin azalttığına ya da artırdığına ilişkin net bir sonuca rastlanmamıştır (Burgio (b) et al 1991). Araştırmamızda menopoza girme ile stres üriuer inkontinans arasındaki ilişki, Burgio (b) ve arkadaşlarının (1991) ve Güneş ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların stres üriuer inkontinans bulunması durumu ile I. ve II. derece akrabalarında stres üriuer inkontinans bulunma öyküsü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 13). Pek çok hastalığın geçişinde ailesel yatkınlığın olduğu bilinmektedir. Araştırmamızdaki stres üriuer inkontinanslı kadınların % 30.7'sini 1. derece akrabasında ve % 31.5 'inin II. derece akrabasında stres üriuer inkontinans olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13). Skoner ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında olduğu gibi, araştırmamızda I. ve II. derece akrabalarında stres üriuer inkontinans öyküsü olma durumu ile stres üriuer inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç bize akrabalarında stres üriuer inkontinansı olan kadınların inkontinanstan korunması için yakından izlenmesi, stres üriuer inkontinans konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalarda şişmanlığın üriuer inkontinans için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Mommsen et al 1994; Krue ve ark1997; Rasmussen et al 1997). Burgio (b) ve arkadaşları'nın (1991) üç yıl süreyle 42-50 yaşları arasındaki kadınlarda üriuer inkontinans prevalansını incelediği araştırmada, beden kitle indeksi yüksek olan kadınların düzenli olarak idrar kaçırdıkları saptanmıştır . Araştırmamızda kadınların beden kitle indeksine göre vücut ağırlığına bakıldığında; % 32.9'unun şişman, % 39.2'sinin hafif şişman olduğu tespit edilmiştir. Mommsen ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada beden kitle indeksi ile stres üriuer inkontinans arasında yakın bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda şişman kadınların % 45.6'sında, normal sınırdaki olanların % 29.3 'ünde stres üriuer inkontinans bulunduğu saptanmıştır. Yapılan

istatistiksel değerlendirmede, BKİ ile stres üriyer inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) . Araştırmadan elde edilen bu sonuç, literatürle ve yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların geçmişte stres üriyer inkontinans öyküsü incelendiğinde; kadınların % 13.9'unun (111/800) daha önceden inkontinansı olduğu belirlenmiştir (Tablo 7). Geçmişte üriyer inkontinansı olanların % 71'inde şuanda da stres üriyer inkontinansının olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirme stres üriyer inkontinans ile geçmişte stres üriyer inkontinans öyküsü arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13). Bu sonuç bize geçmişte stres üriyer inkontinansı olan kişilerin sağlık personelleri tarafından dikkatli gözlenmesinin, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin gereğini vurgulamaktadır.

Ateşkan ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada, stres üriyer inkontinansının tedavisi için başvurmama nedenleri, kadınların çoğunluğunda (% 64.8) utanma, erkeklerin çoğunluğunda (% 72.5) yaşlanmanın sonuçlarından biri olduğu ve kabullenmeleri gerektiği inancında oldukları bulunmuştur. Norton'un (b) (1990) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların doktora başvurma oranının azlığı ve yapılan çalışmalarda da bu durumu destekleyen sonuçların elde edilmesi, kadınların stres üriyer inkontinans konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını, bu olayın gebelik,doğum ve ilerleyen yaşın doğal bir sonucu olarak kabul ettiklerini düşündürmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlara göre doktora başvuran 42 kadından 21'inin ilaç, 10 kadınında cerrahi tedavi aldığı belirlenmiştir.

Üriyer sistem enfeksiyonlarına neden olan mikroorganizmalar salgıladıkları anti alfa adrenerjik endotoksinlerle ve mukozamal inflamasyon nedeniyle istemsiz idrar kaırmalara neden olabilmektedir (Scott et al 1992, Kişnişçi ve ark 1996). Araştırmamızda idrar yolu enfeksiyonu geciren kadınların % 53'ünde stres üriyer inkontinans görüldüğü saptanmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu ile stres üriyer inkontinans arasındaki ilişki, istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 9).

Üriyer inkontinanstaki pelvik relaksasyonlar bir risk faktörüdür. Sistosel ve uterus prolapsusu durumlarında karın içi üreto-vezikal bağlantı

sağlanamamaktadır. Bu durumlarda karın içi basınç yükseldiği zaman, mesaneye daha fazla basınç iletilmesi sonucunda idrar kaçırma görülebilmektedir (Gomel et al 1995). Araştırma kapsamına alınan kadınların % 11.1'inde (89/800) geçmişte uterus prolapsusunun olduğu ve şu anda % 64'ünün (57/89) uterus prolapsusu şikayetinin devam ettiği, % 10.4'ünde sistoselin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 9). Rozenzweig ve arkadaşları'nın (1992) yaptıkları çalışmalarında., ağır prolapsuslu kadınların % 60'ında gizli üriner inkontinans görüldüğü belirtilmektedir. Grady ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışmada ise sistoseli olan kadınların %30'unda video-ürodinamik incelemeleri sonucunda mesane kaslarında yetersizlik olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda geçmişte uterus prolapsusu olan kadınların % 41.6'sında, sistoseli olan kadınların % 66.3'ünde stres üriner inkontinans görüldüğü saptanmıştır. Geçmişte uterus prolapsusu ve sistosel ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 14). Bu sonuç literatürle uyum göstermektedir (Rosenweig ve ark 1992, Gomel et al 1995)

Araştırma kapsamına alınan kadınların hemoroit olma durumları incelendiğinde; kadınların % 25.5'inde hemoroit bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Araştırmamızda hemoroidi olanların % 28.9'unda stres üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Skoner ve arkadaşları'nın (1994) ve Kocaöz'ün (2001) yaptıkları çalışma sonuçlarında olduğu gibi hemoroit ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki, istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Yapılan logistic regresyon analizi sonucuna göre, araştırma kapsamına alınan kadınlarda yaş, doğum, vaginal doğum, gebelikte idrar kaçırma, geçmişte stres üriner inkontinans öyküsü olması, sistosel öyküsü olması ve şu anda sistosel olmasının dışında diğer risk faktörlerinin stres üriner inkontinans üzerine direkt etkisi olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$). Yaşın (OR= 1.032), doğum sayısının (OR=1.638), vaginal doğumun (OR=0.703), gebelikte idrar kaçırma öyküsünün (OR=0.489), geçmişte stres üriner inkontinans öyküsünün olması (OR=0.095), sistosel öyküsünün olması (OR=0.006), ve şu anda sistosel olmasının (OR=0.081), stres üriner inkontinans gelişmesi üzerine direkt etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 15). Güneş ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları regresyon analizine sonucuna göre ise yaş, doğum, şişmanlık ve kabızlığın direkt üriner

inkontinans üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Yaşın stres üriner inkontinans üzerinde direkt etkisi olduğuna ilişkin araştırma sonucumuz, Güneş ve arkadaşlarının (1996) çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermesi bakımından önemlidir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, estrogen yetersizliğinin sonucunda gelişen atrofiler ve bağ dokusunda oluşan gevşemeler, vücudun fizyolojik ve biyolojik fonksiyonlarının gerilemesine bağlı olarak mesane yapısında ve idrar yapma fonksiyonunda bozulmalar meydana gelmektedir. Bu nedenle kadınlarda yaşın stres üriner inkontinans üzerinde etkisinin olduğu düşünülebilir. Araştırmamızda elde edilen bu sonuç, ileri yaşlardaki kadınların stres üriner inkontinans yönünden sık izlenmesi gerektiğini ve stres üriner inkontinansın korunma, erken tanı ve tedaviye yönelik olarak kadınlara bilgi verilmesinin önemini düşündürülebilir. Gebelikte idrar kaçırmanın direkt stres üriner inkontinans üzerinde etkisinin olması, gebelikten sonra devam eden bilinmeyen inatçı inkontinans vakalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu nedenle kadınların stres üriner inkontinans yönünden izlenmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir. Geçmişte stres üriner inkontinans öyküsünün, stres üriner inkontinans gelişmesinde direkt etkisini olması dikkat çekicidir. Bunun nedeni geçmişte stres üriner inkontinansı olan kadınların inkontinansa yönelik herhangi bir tedavi almamasından ya da etkili bir şekilde tedavi edilememesinden kaynaklanabilir. Bu nedenle stres üriner inkontinansı olan kadınların tedavileri süresince sık izlenmesi, rahatsızlığın tekrar edip etmediğinin kontrol edilmesi ve pelvik taban kaslarını güçlendirici egzersizlerin öğretilmesi önem taşımaktadır.

6. SONUÇLAR

Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 15 yaş ve üzeri, evli ve en az bir kez doğum yapmış kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, elde edilen sonuçlar aşağıdadır.

Araştırma sonucunda stres üriner inkontinans prevalansının % 20.1 olduğu belirlenmiştir.

- * Yaptığımız değerlendirmeye göre yaş ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$)
- * Eğitim seviyesi ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$)
- * Gebelik sayısı ve parite ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$)
- * Düşük yapma durumu ve düşük yapma sayısı ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$)
- * Kürtaj olma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$) ama kürtaj olma sayısı ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)
- * Son doğum yapma yaşı ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$)
- * İlk doğum yaşı sayısı ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)
- * Doğumların yapıldığı yer ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Evde doğum yapmak stres üriner inkontinans için büyük risk oluşturmaktadır.
- * Doğum şekli ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Elde edilen sonuçlara göre vaginal doğum stres üriner inkontinans için büyük risk oluşturmaktadır.
- * Gebelikte idrar kaçırma şikayeti ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Uzun doğum eylemi ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

- * Doğum sırasında epizyotomi uygulaması ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Doğum eyleminde forseps yada vakum kullanılması, ikiz bebek doğurma ve makat doğum yapma ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- * İri bebek doğurma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * BKİ'nin yüksek olması ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Sık sık kabız olma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Sürekli öksürük şikayetinin olması durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Geçmişte stres üriner inkontinans şikayeti bulunması durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Menapoza girme ve HRT kullanma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Sigara içme durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- * Hem birinci derece akrabalarında hem de ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans bulunma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Geçmişte uterus prolapsusu şikayetinin olması durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Geçmişte sistosel şikayetinin olması durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).
- * Hemoroit olma durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).
- * Histerektomi olma ve ön arka onarım operasyonu geçirme durumu ile stres üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

7. ÖNERİLER

- * Araştırmamızda stres üriner inkontinans yaygın olarak görülmesine rağmen, çok az kişinin tedavi nedeniyle başvurduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, stres üriner inkontinanslı kadınların stres üriner inkontinansı algılamaları, yaşam kalitelerine etkileri ve tedaviye başvurmama nedenlerine yönelik ileri çalışmaların yapılması,
- * Araştırmamızda gebelik ve doğum sayısı arttıkça stres üriner inkontinans rahatsızlığına sahip olma durumunun da arttığı görülmüştür. Ayrıca düşük yapma ve küretaj olma ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Buna yönelik olarak kadınlarda stres üriner inkontinans gelişme riskini azaltmak için aile planlaması hizmetlerinin etkin ve sürekli sunumunun sağlanması,
- * Araştırmamızda tüm kadınlarda bir ya da daha fazla risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu nedenle hemşire ve ebelerin kadınlara stres üriner inkontinans için risk faktörleri ve stres üriner inkontinansın erken tanı ve tedavisi konusunda, izlem yaparak eğitim vermesi,
- * Stres üriner inkontinansın saptanmasına yönelik olarak sağlık hizmetlerinin her basamağında, öncelikle risk altında yer alan gruplardan başlanmak üzere, hemşire ve ebeler tarafından yapılacak stres üriner inkontinans tarama ve izleme programlarının periyodik şekilde uygulanmaya konulması,
- * Araştırmamızda doğum eyleminin süresi ve 4 kg üzerinde bebek yapma durumları soru kağıdı aracılığıyla kadınların sözel ifadelerine göre belirlenmiştir. Bu verilerin stres üriner inkontinans ile olan ilişkisini daha objektif olarak değerlendirilebilmesi için kadınların doğumdan 6 ay veya bir yıl sonrasında gözlenmesi yoluyla bilgilerin elde edilmesine yönelik çalışmaların yapılması,
- * Vaka sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel olarak net bir değerlendirmenin yapılamadığını düşündüğümüz ön-arka onarım gibi cerrahi tedavi alma, histerektomi ameliyatı geçirme ve epidural anestezi altında doğum yapma durumu ile stres üriner inkontinans arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması,

* Gebelik ve doğum eylemine yönelik olaylar stres üriner inkontinans için en büyük risk kaynakları olarak görülmektedir. Gebelikteki risk faktörlerini tespit edebilmek ve zamanında müdahale edebilmek için güvenli annelik yaklaşımı ile ilgili olarak sahada ve klinikte çalışan ebe, hemşire ve doktorlara hizmet içi eğitimlerin verilmesi

* Doğum eyleminde meydana gelen/ gelebilecek gitmezlikleri zamanında tespit edip zamanında müdahale için partograf kullanımının yaygınlaştırılması için hizmet içi eğitimler önerilir.

* Son yıllarda gündeme gelen bu inkontinans hizmetlerinde multi disiplinler ekip çalışmasında rol alan ebe ve hemşirelerin stres üriner inkontinans konusunda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaları, bu konuda araştırma yapmaları beklenmektedir. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi; risk altında yer alan grubun tanınıp tedavi edilmesinde, stres üriner inkontinans oluşumunun önlenmesinde, stres üriner inkontinans tedavi maliyetinin azaltılmasında, ebe ve hemşirelerin bu konuda yapacakları sağlık eğitimin yararlı olacağı düşünülmektedir (Mason (b) et al 2001).

8. ÖZET

EMEK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'nde YAŞAYAN KADINLARDA STRES ÜRİNER İNKONTİNANS (SÜİ) YAYGINLIĞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Stres üriner İnkontinans, üriner inkontinans tipleri içerisinde en yaygın olarak görülen, her yaştaki kadında fiziksel, sosyal ve psikolojik problemlere neden olan, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, araştırma Sivas il merkezinde yer alan Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 15 yaş üstü, evli ve doğum yapmış kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Sağlık ocağına bağlı dört mahalleden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 800 kadın (Evren: 7496) araştırma kapsamına alınmıştır. Adresler bu sağlık ocağında yapılmış Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) elde edilmiştir. Literatür ve uzman görüşü alınarak hazırlanan soru formu, ön uygulama yapıldıktan (20 kadın) sonra gerekli değişiklikler yapılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile, katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak, 25 Temmuz -25 Ağustos 2006 tarihleri arasında uygulanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında (SPSS paket program) yüzdeler, Khi kare, Fisher exact testleri ve lojistik regresyon analizi ile tablolandırılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre popülasyondaki stres üriner inkontinans prevalansı % 20.1 (201/800) olarak tespit edilmiştir. Yaş, eğitim seviyesi, gebelik sayısı, parite ve beden kitle indeksi (BKİ) arttıkça stres üriner inkontinans sıklığı da artmaktadır. 24 saatten uzun doğum eylemi, vaginal doğum, evde doğum, menopoza girme durumu, birinci ve ikinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans (SÜİ) olması, prolapsus, sistosel, histerektomi öyküsünün varlığı stres üriner inkontinans için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Kadınlarda stres üriner inkontinans önemli bir sağlık sorundur, bu nedenle ebelerin kadınlarda stres üriner inkontinans için risk faktörleri ve stres üriner inkontinansın erken tanı ve tedavisi konusunda , izlem yaparak eğitim vermesi önerilir. **Anahtar kelimeler:** Ebelik, Stres Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri, Kegel Egzersizi

9. Abstract/ Summary

THE ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO PREVALENCE OF STRESS URINARY INCONTINENCE (SUI) IN WOMEN INHABITING IN EMEK HEALTH CLINIC DISTRICT

SUI is an important health problem which is the most common of all urinary incontinences, and which causes sociological, psychological, physical problems for women at every age; thus, affecting their life quality negatively. On account of this, the research has been carried on cross-sectionally to examine the factors related to SUI prevalence in women aged 15 or over, married and having born a child.

Every section of Emek Health Clinic District, which constitutes of four sections, have been accepted as a different layer and 800 women to be included in the research. The addresses are recorded in this the Health Center Household Registration Forms is acquired. The question form prepared by the record and the ideas of the experts applies between the 25th July and 25th August, by thing of the willingness of the participants with the method of coming face to face by doing necessary changes after a pre-applying is done (20 women). The data gained by computer is written in a table with the analyse of (SPSS pocket program) percentage, Khi kare, fisher exact tests and logistik regresyon.

According to the results obtained, the prevalence of SUI in the population has been detected as 20.1 % (201/800). As age, educational level, parity and body mass index (BMI) increases, SUI prevalence also increases. The existence of such cases as delivery longer than 24 hours, vaginal delivery, delivery at home, menopause, the prevalence of SUI in primary and secondary degree relatives, prolapse, hysterectomy, cystocele are determined as risk factors that bring about SUI.

SUI is an important health problem in women, so it is suggested that the midwives train women an education about SUI risk factors, its early diagnosis and treatment through observation.

Key words: Midwifery, Stress Urinary Incontinence, Risk Factors, Kegel Exercises

KAYNAKLAR

- 1) Akgün S, Bakar C (2006) Üreme Sağlığı Epidemiyolojisi: Türkiye’de Doğurganlık ve Aile Planlaması, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi, 3(1):9-18
- 2) Akgül A, Çevik O (2005) İstatistiksel Analiz Teknikleri “SPSS’te İşletme Yönetimi Uygulamaları, Emek Ofset, Ankara, s:27-44,135-140,274-280.
- 3) Aksakoğlu G (2006) Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, DEÜ Rektörlük Basım Evi, İzmir
- 4) Akyüz A, İnanç N (2003) Beni Doğuran Kadın: Sendrom Dergisi, 15 (7): 109-112
- 5) Albers L, Garcia J, Renfrew M, et al (1999) Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain, Birth, 26(1):11-17
- 6) Allen RE, Hosker GL, Smith AR et.al (1990) Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Neurophysiological Study, BJOG, 97 (9): 770-779
- 7) Amuzu BJ (1998) Nonsurgical Therapies For Urinary İncontinence, Ed: Pitkin R.M., Scott J.R: Clin Obstet Gynecol, Lippincott Raven Publishers, Pennsylvania,41(3):702-711.
- 8) Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (1993) Routine vs Selective Episiotomy: A Randomised Controlled Trial. Lancet, 342:1517-8
- 9) Arısan K (1991) Kadın Hastalıkları, 3. Bs, İstanbul, Çeltük Matbaacılık
- 10) Atasü T, Şahmay S (1996), Jinekoloji, İstanbul,Üniversal Dil Hizmetleri Yayıncılık ve A.Ş.
- 11) Ateşalp F (1995) Stress İnkontinanslı Hastaların Preoperatif Değerlendirmesinde Ultrasonografinin Yeri , SSK İstanbul Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 12) Ateşkan Ü (2001) Geriatrik Üriner İnkontinans, 3. Ulusal İç Hastalıklar Kongresi Kitabı, Antalya, 93-96
- 13) Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M (2000) Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey

Açısından Öneminin Değerlendirilmesi, Geriatri (Turkish Journal of Geriatrics), 3(2): 45-50

- 14) Benlioğlu C (2006) Kahramanmaraş İl Merkezinde 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelans Çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD Uzmanlık Tezi.
- 15) Berek JS Ed., (1998) Novak Jinekoloji, Çev: Ahmet Erk, 12.Bs. İstanbul, Nobel Kitapevleri
- 16) Biliker MA (2001) Türkiyede Kadın Sağlığının Durumu, Aktüel Tıp Dergisi, 6 (1)
- 17) Birol L (1997) Hemşirelik Süreci, 3.Bs, İzmir, Etki Matbaacılık
- 18) Bishop KR, Dougherty AM, Money AR et.al (1992) Effects of Age, Parity, and Adherence on Pelvic Muscle Response to Exercise, JOGNN, 21 (5): 401-406
- 19) Brown JS, Grady D, Quaslander JG et.al (1999) Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. Heart & Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) Research Group, Obstetrics & Gynecology, 94 (1) 66-70
- 20) Buchsbaum G, Chin M, Glanz C & Guzick D (2002) Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk in A Cohort of Nuns, Obstetrics & Gynecology, 100(2): 226-9.
- 21) Bump RC, Mcclish DK (1992) Cigarette Smoking and Urinary Incontinence in Women: American Journal of Obstetric and Gynecology, 167(5), 1213-1218
- 22) Burgio KL (a), Pearce KL., Lucco A.J(1989): Staying Dry: A Practical Guide to Bladder Control. The Johns Hopkins University, London,
- 23) Burgio KL (b), Matthews KA, Engel BT. (1991) Prevalence, Incidence and Correlates of Urinary Incontinence in Healthy, Middle-Aged Women, J Urol. 146: 1255-9
- 24) Burroughs A, Leifer G (2001) Maternity Nursing An Introductory Text, W.B Saunders Company

- 25) Cardoza L (1997), Urogynecology Churcill Livingstone, New York, 231-687
- 26) Chaliha C, Khullar V, Stanton S, et al (2002) Urinary Symptoms in Pregnancy: Are They Useful For Diagnosis, BJOG ; 109 (10): 1181-1183
- 27) Chalker R, Whitmore KE (1991), Overcoming Bladder Disorders Harper Collins Publishers, New York
- 28) Coşkun A (1992) Doğurgan Çağı Evli Kadınların Periyodik Olarak Jinekolojik Kontrolle Gitme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler: Birinci Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyum Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, S:77-82
- 29) Cutner A, Cardozo LD, Benness CJ (1992) Assessment of Urinary Symptoms in The Second Half of Pregnancy, Int Urogynecol J, 3 (1): 30-32.
- 30) Çelik AT , Kadın Cinselliği ve Rahatsızlık Veren Bir Deneyim Olarak Jinekolojik Muayene, <http://www.etkilesim.org/makaleler/muayene.pdf> Erişim Tarihi: 01.06.2007
- 31) Davilla GW (1994), "Urinary Incontinence in Women" Postgraduate Medicine, 96(2)
- 32) Demirci F, Özden S, Alpay Z ve Ark (2001) The Effects of Vaginal Delivery and Cesarean Section on Bladder Neck Mobility and Stress Urinary Incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct; 12(2):129-33
- 33) Demirci H, Kızılkaya BN,(1999) Üriner İnkontinans Tedavisinde, Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri, Hemşirelik Forumu, 2(4)
- 34) Dietz HP, Wilson PD (2005) Childbirth and Pelvic Floor Trauma: Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 19(6):913-924
- 35) Dimpfl TH, Hesse U, Schussler B (1992) Incidence and Cause of Postpartum Urinary Stress Incontinence, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 43:29-33
- 36) Dinç A, Kızılkaya BN (1999) Hemşirelik Bülteni, Lv. Baskı, Gelişim Matbaa, İstanbul, 10(43-44):373-382

- 37) Dolan LM, Casson K, Mcdonald P, Ashe RG (1999) Urinary Incontinence in Northern Ireland: A Prevalence Study: British Journal of Urology, 83(77): 760-766
- 38) Döver Ş (1998), Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon ve Pelvis T.Aban Kası Egzersizlerinin Stres İnkontinans Tedavisindeki Etkinliği, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 39) Ekin M, Karayağın R, Özcan U, Erdemlioğlu E (2004) The Prevalence of Urinary Incontinence and Its Influence on The Quality of Life in Women of Reproductive and Postmenopausal Age Groups: Journal of Ankara Medical School 26 (1): 21-25
- 40) Ertekin Z (1988) Pelvik Muayeneye Karşı Kadınların Korku ve Endişelerinin Saptanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- 41) Espino DV, Palmer RF, Miles TP et.al (2003) Prevalence and Severity of Urinary Incontinence in Elderly Mexican-American Women: Journal of American Geriatrics Society, 51(11):1580-1586
- 42) Farrell SA, Allen VM, Basket TF (2001) Parturition and Urinary Incontinence in Primiparas: Obstetrics &Gynecology, 97(3): 350-356
- 43) Filiz TM, Topsever P, Uludağ C ve Ark (2007) Türk Kadınlarında Üriner İnkontinans Şiddeti ve Yaşın Jenerik Yaşam Kalitesi SF-36 Üzerine Etkileri: Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi; 27 (2):189-194
- 44) Foldspang A, Mommsen S, Lam GW et al (1992), Parite as a Correlate of Adult Female Urinary Incontinence Prevalence, Journal of Epidemiology and Community Health, 46:595-600
- 45) Glavind K, Mouristen AL Lose G (1999), Management of Stres and Urge Incontinence in Women, Acta Obs Gyn Scand, 78(2): 75-81
- 46) Gomel V, Munro MG, Rowe TC (1995) Jinekoloji Pratik Yaklaşım, Çev: Doç. Dr. N. Erkut Attar, Özışık Ofset Matbaacılık

- 47) Grady M, Kozminski M, Delancey J et.al. (1991) " Stres Incontinence and Cystoceles," The Journal of Urology, 145(6): 1211-1213
- 48) Grautz A, Gordon D, Keidar R, et.al. (1999) Stress Urinary Incontinence: Prevalence Among Nulliparous Compared With Primiparous and Grand Multiparous Premenopausal Women, Neurourology and Urodynamics, 18: 419-25
- 49) Griebing TL, Nygaard IE (1997) , " The Role of Estrogen Replacement Therapy in The Management of Urinary Incontinence and Urinary Tract Infection in Postmenopausal Women, " Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 26 (2)
- 50) Güneş G, Güneş A, Pehlivan E (1996) Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Etkili Faktörler: V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul
- 51) Haab F, Zimmem PE, Leach GA (1996) Female Stress Urinary Incontinence Due to Intrinsic Sphincteric Deficiency: Recognition and Management, J. Urol, 156: 3-17
- 52) Hacattepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA 2003), 2000 Genel Nüfus Sayımı, Ankara
- 53) Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H et.al. (2000) A Community-Based Epidemiological Survey of Female Urinary Incontinence: The Norwegian Epincont Study, Journal of Clinical Epidemiology, 53:1150-7
- 54) Harrison RF, Brennan M, North PM, et al (1984) Is Routine Episiotomy Necessary? BMJ, 288(6445):627-628
- 55) Harrison SCW, Abrams P (1994) Bladder Function , Pathophysiologic Principles of Urology (Sant G.R., Ed), Massachusetts, Blackwell Scientific Publications, 93-121
- 56) Hunskaar S, Lose G, Sykes D et.al. (2004) The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries, BJU International, 93: 324-330

- 57) Ignatavicius DD, Workman ML, Misler MA (1999) Medical Surgical Nursing Across The Health Care Continuum, 3rd Ed, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 198-201; 1797-99; 1827; 38
- 58) Iosif C, Ingemarsson I (1982) Prevalence of Stres Incontinence Among Women Delivered By Elective Cesarean Section, Int J Gynecol Obstet; 20:87-89
- 59) İnanç N (1991) Kadın Sağlığı: Türk Hemşireler Dergisi; 40 (1-2): 48-51
- 60) Jones CS, Kamm MA, Henry MM et al (1994) Bowel Dysfunction: A Pathojenie Factor in Utero-Vaginal Prolapse and Urinary Stres Incontinence, BJOG, 101
- 61) Karaçam Z (2001), Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- 62) Karan A, Eskiyurt N (2002) Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, <http://www.istanbulfizikselteip.com/> Erişim tarihi: 25 Nisan 2007
- 63) Karatay M (1991) Stres İnkontinans ve Operatif Tedavisi, SB Beyoğlu Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 64) Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, ve ark (1996) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi
- 65) Kjolhede P, Ryden G (1994) Pognostic Factors and Long Term Results of The Burch's Colposuspension. A Retrospective Study. Acta Obs. Gyn Scand., 73(8): 642-5
- 66) Kocaöz S (2001) Etimesgut 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- 67) Krue S, Jensen H, Agger AD et.al. (1997) "The Influence of Infant Birth Weigth on Postpartum Stress Incontinence in Obese Women," Arch Gynecol Obstet. 259(3): 143-145

- 68) Lancaster S (1992) Community Health Nursing Promoting: Health of Aggregates Families and Individuals, 4th. Ed., Mosby, Philadelphia, 553-3
- 69) Locher JL, Burgio KL (1996) Epidemiology of Incontinence, Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice. 4.Bs., London,.
- 70) Loughrey L (1999) Taking a Sensitive Approach to Urinary Incontinence, Nursing, May: 60-1
- 71) Mallelett VT, Bump RC (1994) The Epidemiology of Female Pelvic Floor Dysfunction," Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 4(6):308-312
- 72) Martin LL, Reeder SJ (1991), Maternity Nursing, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 369-342
- 73) Mason L (a), Glenn S, Walton I et.al (1999) The Experience of Stress Incontinence After Childbirth, Birth, 26(3): 164-171
- 74) Mason L (b) , Glenn S, Walton I et.al. (2001) Women's Reluctance to Seek Help For Stress Incontinence During Pregnancy and Following Childbirth, Midwifery 17:212-221
- 75) Metanyi S (1992), Urinary Incontinence in Pregnancy and Puerperium, Orvosi Hetilap.133(40): 2551-2553
- 76) Mete S (1998) Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2): 1-7
- 77) Meyer S (b), Schreyer A, De Grandi P et.al.(1998) The Effects of Birth on Urinary Continence Mechanisms and Other Pelvic-Floor Characteristics. Obstet Gynecol; 92(1): 613-618
- 78) Milsom I, Ekelund P, Molander U et.al. (1993) The Influence of Age, Parity, Oral Contraception, Hysterectomy and Menopause on The Prevalence of Urinary Incontinence in Women, J Urol, 149 (6): 1459-62
- 79) Molander U, Milsom I, Ekelund P (1990) An Epidemiological Study of Urinary Incontinence and Related Urogenital Symptoms in Elderly Women, Maturitas, 12: 51-60

- 80)** Mommsen S, Foldspang A (1994) Body Mass Index and Adult Female Urinary Incontinence, *World Journal of Urology*, 12(6):319-322
- 81)** Nguyen T, Larsen T, Engholm G et.al. (2000) Increased Adverse Pregnancy Outcomes With Unreliable Last Menstuation, *Obstet Gynecol*, 95:867-73
- 82)** Norton PA (a), Boyd C, Deak S (1992) Collagen Synthesis in Women With Genital Prolapse Or Stress Urinary Incontinence, *Neurourol Urodyn*, 11: 300-301.
- 83)** Norton PA (b) (1990) Prevelance and Social Impact of Urinary Incontinence in Women, *Clin Obstet Gynecol*, 33(2): 295-297
- 84)** Nygaard LE, Kreder KJ, Lepic M et.al. (1996), Efficacy of Pelvic Floor Muscle Exercises in Women With Stress, Urge, and Mixed Urinary Incontinence, *AJOG*, 174 (1): 120-125
- 85)** Olds SB, London ML, Ladeving PW (1996) *Maternal Newborn Nursing*, V. Edition The Benjamin/Cummings Publishing company Inc., Paris
- 86)** Öz F (2004) *Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ*, Ankara
- 87)** Özalp SS, Tanır HM (2001) İstenmeyen Gebelik ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1):
- 88)** Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M et.al. (2003) Risk Factors For Stress, Urge Or Mixed Urinary Incontinence in Italy, *BJOG*, 110(10): 927-933
- 89)** Parys BT, Woolfenden KA, Parsans KF (1990) Bladder Dysfunction After Simple Hysterektomy: Urodynamic and Neurological Evaluation, *Eur Urol* , 7(2): 29-33
- 90)** Penson DF, Raz S (1996) *Why Anti-Incontinence Surgery Succeeds Or Fails, Female Urology (Raz S Ed)*, Second Edition, Philadelphia, Saunders Company, 435-442
- 91)** Pernol ML (1994) *Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt:II*, Barış Kitapevi, İstanbul

- 92)** Persson J, Hansen PW, Rydhstroem H (2000) Obstetric Risk Factors For Urinary Incontinence: A Population Based Study, *Obstetric & Gynecol*, 96 (3): 440-45
- 93)** Peschers U, Schaer G, Anthuber C et.al. (1996) Changes in Vesical Neck Mobility Following Vaginal Delivery, *Obstet & Gynecol*, 88 (6): 1001-1006.
- 94)** Peyrat L, Haillet O, Bruyere F et.al. (2002) Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Young and Middle-Age Women: *BJU Int*, 89:61-66
- 95)** Pillitteri A (1995) *Maternal and Child Health Nursing, II. Edition*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia
- 96)** Rasmussen KL, Krue S, Jhonssan LE, et al. (1997) Obesity as a Predictor of Postpartum Urinary Symptoms, *Acta Obs Gyn Scan*, 76 (4): 359-362
- 97)** Raz S, Little NA, Jurna S. (1992), *Female Urology* . In Wolsh P.C., Retik, A.B., Stamy T.A., Vaughan, E., Eds, D., *Campell's Urology*, 6. Ed., Philadelphia:WB Saunders Company , 2782-2829
- 98)** Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg H, et al. (1992) Urinary Incontinence in Women From 35 to 79 Years of Age: Prevalence and Consequences, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 43(3): 229-234
- 99)** Resnick NM (1995) Urinary Incontinence, *Lancet*, 346:94-9.
- 100)** Rortveit G, Hunskaar S (2006) Urinary Incontinence and Age at The First and Last Delivery: The Norwegian HUNT/EPINCONT Study, *AJOG*, 195(2): 433:438
- 101)** Ryhammer A, Bek K, Laurberg S (1995) Multiple Vaginal Deliveries Increase The Risk of Permanent Incontinence of Flatus Urine in Normal Premenopausal Women, *Dis Colon Rectum*; 38: 1206-1209
- 102)** Sampella CM (2000) Behavioral Intervention for Urinary Incontinence in Women: Evidence for Practice, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45: 94-103
- 103)** Sampelle CM (1990) Changes in Pelvic Floor Strength Associated With Childbirth, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 19(5): 371-377

- 104)** Sampselle CM, Miller JM, Mimis BL et al (1998) Effect of Pelvic Muscle Exercise on Transient Incontinence During Pregnancy and After Birth, *Obstet Gynecol* 91:406-412
- 105)** Schaffer J, Fantl JA (1996) Urogenital Effects of The Menopause, *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol*, 10(3):401-417
- 106)** Scott LR, Diasia PJ, Hammond CB, et al (1992) *Obstetrik ve Jinekoloji*, Ed. Prof Dr. Selçuk Erez, 6.Bs., Yüce Yayınları, İstanbul
- 107)** Siegel AL, Raz S (1998) Surgical Treatment of Anatomical Stress Incontinence, *Neurourol Urodyn*, 7(6): 569-583
- 108)** Simeonova Z, Milson I, Kullendorf AM, et al. (1999) The Prevalence of Urinary Incontinence and Its Influence on The Quality of Life in Women From An Urban Swedish Population: *Acta Obs. Gyn. Scand*, 78: 546-551
- 109)** Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, et al. (2003) Prevalence of Urinary Incontinence in Young and Middle-Aged Women in An Italian Urban Area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 107(2):201-4
- 110)** Smeltzer SC, Bare BG (1996) *Medical- Surgical Nursing*, 8th Ed., Lippincott, New York, 180-203
- 111)** Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW (1989), The Role of Partial Denervation of The Pelvic Floor in The Aetiology of Genitourinary Prolapse and Stress Incontinence of Urine. A Neurophysiological Study, *BJOG*, 96(1):24-28
- 112)** Snooks SJ, Badenoch DF, Tiptaft RC, et al. (1985) Perineal Nerve Damage in Genuine Stress Urinary Incontinence. A Electrophysiological Study, *Br J Urol*, 57:422-426
- 113)** Snooks SJ, Swash S, Mathers SE, et al. (1990) Effect of Vaginal Delivery on The Pelvic Floor: A 5 Year Follow-Up, *BJS*, 77(12):1358 - 1360
- 114)** Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, et al. (1990) Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. *Br J Urol*, 66:12-5.

- 115) Spellacy CE (2001) Urinary Incontinence in Pregnancy and the Puerperium, JOGNN, 30:634-41
- 116) Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (2000) Biyoistatistik, 9. Bs, Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti, Ankara
- 117) Tanrıverdi HA, Sade H, Akbulut V (2004) Üriner İnkontinans ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyoloji, Etiyoloji ve Risk Faktörleri. T Klin Jinekoloj Obstet; 14:231-238
- 118) Taşer F (1994) Gerçek Stres Üriner İnkontinansın Ayırıcı Tanısında Ürodinamik İncelemelerin Yeri, Uzmanlık Tezi, S.B. Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul
- 119) Taşkın L (2003) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6.Bs, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
- 120) Tetzsehner T, Sorensen M, Jonsson L, et al (1997) Delivery and Pudental Nerve Function, Acta Obs Gyn Scand, 76:324-31
- 121) Thom DH (a) , Brown JS (1998) Reproductive and Hormonal Risk Factors For Urinary Incontinence in Later Life, A Review of The Clinical An Epidemiologic Literature, J Am Geriatr Soc, 46(11):1411-7
- 122) Thom DH (b) , Van Den Eaden SK, Brown Js (1997) Evaluation of Parturition and Other Reproductive Variables As Risk Factors For Urinary Incontinence in Later Life: Obstetric An Gynecology, Vol: 90, Issue: 6, December, Ss: 983-989
- 123) Topalismaoğlu H (1996) Kliniğimizde Üriner İnkontinans Metaryalinin Ürodinami ve Tansvaginul Ultrasonografi İle Değerlendirilmesi, İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 124) Turan C, Zorlu CG, Ekin M, ve ark (1996) Urinary Incontinence in Women of Reproductive Age. Gynecol Obstet Invest, 41: 132-134

- 125)** Ushiroyama T, Ikeda A, Ueki M (1999) Prevalence, Incidence, and Awareness in The Treatment of Menopausal Urinary Incontinence, *Maturitas*, 33(2): 127-132
- 126)** Van Geelen J, Lemmens W, Eskes T, et al.(1982) The Urethral Pressure Profile in Pregnancy and After Delivery in Healthy Nulliparous Women, *AJOG* ; 144 (6):636-49
- 127)** Van Oyen H, Van Oyen P (2002) Urinary Incontinence in Belgium, Prevalence, Correlates and Psychosocial Consequences, *Acta Clin Belg*, 57 (4):207-218
- 128)** Viktrup L (a), Lose G, Rolff M, et al. (1992) The Syptom of Stres Incontinence Caused By Pregnancy Or Delivery in Primipars, *Obstet Gynecol*, 79(6):945-9.
- 129)** Viktrup L (b), Lose G (1993) Epidural Anesthesia During Labor and Stress Incontinence After Delivery, *Obstet Gynecol*, 82:984-986
- 130)** Wagner TH, Hu T (1998) Economic Costs of Urinary Incontinence in 1995: *Urology*, 51(3):355-361
- 131)** Wahle GR, Young GPH, Raz S. (1996) Anatomy and Pathophysiology of Pelvik Support. In Raz S., Ed. *Female Urology*, Philadelphia: WB Saunders Company , 57-72
- 132)** Willis J (1997) Consumer Choice in Continenence Products: *Nursing Times*, 93(13):64-66
- 133)** Willis J (1998) Promoting Continenence Control, *Nursing Times* 94: 59-60
- 134)** Wolters MD (1993) Epidemiology and Social Impact of Urinary İncontinence: *Clinical Urogynecology*, Wolters MD, Karram MM (Ed), St Louis Missouri, Mosby - Year Book
- 135)** Yalçın Ö (a) (1997) Menopozal Dönemdeki Üriner Sistem Patolojisine Yaklaşım, *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 1(3):134-136.
- 136)** Yalçın Ö (b), Kızılkaya N (1997), *Üriner İnkontinans EI Kitapçığı* (1), Mayıs

- 137)** Yalçın ÖT (a), Özalp SS, Yıldırım A, Şener T (1997) Kadınlarda Üriner İnkontinans: Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni, 1(6)
- 138)** Yalçın ÖT (b) (1996) Menopozal Dönemde Üriner İnkontinans ve Tedavisi, Ed. Hassa H, Klinikte Menopoz “Değerlendirme ve Yöntem” Organon Yayınları, 53-72
- 139)** Yaman LS, Göğüs D, Müftüoğlu YZ, ve ark (1990) Üroloji. Lbs, Güneş Kitapevi, Ankara,
- 140)** Zuspan/Quilligan (1995) Obstetrik ve Jinekoloji, Çev. Ed: Güner H, Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara

EKLER (EK 1 - EK 2)

EK- 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK- 2: SORU FORMU

EK-3: SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'nün İZİN BELGESİ

**EK-4: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'nin İZİN BELGESİ**

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SİVAS EMEK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ'NDEKİ KADINLARDA
STRES ÜRİNER İNKONTİNANS YAYGINLIĞI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

İdrar kaçıma kadınlarda yaygın olarak görülen, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan bir sağlık problemidir.

İdrar kaçıma probleminin gelişmesinde risk faktörlerinin başında kadın hayatının normal bir süreci olarak kabul edilen doğum ve doğum eyleminde yaşanan olaylar gelmektedir. Bunun yanı sıra kadın hastalıkları ile ilgili bazı ameliyatlar, menopoz sonrası hormon yetersizliğine bağlı gelişen sarkmalar, kronik öksürük ve şişmanlık durumları, karın içi basıncı artıran urlar, aşırı egzersiz yapımı da idrar kaçıma probleminin gelişimine katkıda bulunan risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Bu doğrultuda yapacağımız çalışma, Sivas Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 15 yaş üstü evli kadınlarda idrar kaçıma probleminin sıklığı ve bunu etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bugünün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz.

Yukarıda belirtilen amaca yönelik olarak kadınlarda istemsiz idrar kaçıma ile ilgili anketi doldurmayı kabul ediyorum.

TARİH

ADI SOYADI

İMZA

EK- 2

KADINLARA AİT SORU FORMU

Anket Sıra Numarası:

- 1) Kaç yaşındasınız?.....
- 2) Boyunuz?
- 3) Kilonuz?..... Beden Kitle İndeksi:.....
- 4) Eğitim düzeyiniz nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) Okur yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Yüksekokul
- 5) Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
 - a) Var
 - b) Yok
- 6) Gelir ve gider durumunuza göre kendinizi ekonomik yönden nasıl buluyorsunuz?
 - a) İyi
 - b) Orta
 - c) Kötü
- 7) Kaç kez gebe kaldınız?.....
- 8) Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız EVET ise kaç kez?
 - a) Evet.....kez
 - b) Hayır
- 9) Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız EVET ise kaç kez?
 - a) Evet.....kez
 - b) Hayır
- 10)Kaç doğum yaptınız?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4 ve üzeri
- 11)İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....
- 12)Son doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?....

13)

| A) DOĞUM YAPTIĞI YER | DOĞUM SAYISI | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Hastanede | | | | | | | | | | |
| Evde Sağlık Personeli İle | | | | | | | | | | |
| Evde Kendi Kendine | | | | | | | | | | |
| Evde Ara Ebeler İle | | | | | | | | | | |
| B) DOĞUM ŞEKLİ | | | | | | | | | | |
| Normal Doğum | | | | | | | | | | |
| Sezeryan | | | | | | | | | | |
| Diğer | | | | | | | | | | |
| C) EPİZYOTOMİ | | | | | | | | | | |
| D) VAKUM / FORSEPS KULLANIMI (Bebeğin başını kolayca çıkarmak için) | | | | | | | | | | |
| E) İKİZ BEBEK | | | | | | | | | | |
| F) MAKAT DOĞUM | | | | | | | | | | |
| G) EPİDURAL ANESTEZİ (sancısız doğum için belden iğne yapılması) | | | | | | | | | | |
| H) 4 kilonun üstünde bebek (İRİ BEBEK) | | | | | | | | | | |

14) Herhangi bir doğum eyleminizin 24 saatten uzun sürdüğü oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bilmiyorum

15) Gebelikleriniz esnasında idrar kaçırma şikayetiniz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

16) Adetten kesildiniz mi? (Menopoz)

- a) Evet
- b) Hayır (18. soruya geçin)

17) Adetinizden kesildikten sonra doktor tavsiyesi üzerine hormon hapı kullandınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18) Sık sık kabız kalır mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

- 19) Sigara içme alışkanlığınız var mı?
a) Hiç içmemiş
b) Halen içiyor.....yıldan beri içiyor. Günde.....tane
c) Eskiden içermiş, bırakmış
- Bırakalıay olmuş
- Gündetane içermiş
- Toplam.....yıl içmiş
- 20) Sürekli bir öksürük şikayetiniz var mı?
a) Evet
b) Hayır
- 21) Öksürürken, gülerken, ağır bir şey kaldırırken, yürürken, egzersiz yaparken idrar kaçırma şikayetiniz var mı?
a) Evet
b) Hayır (24. soruya geçin)
- 22) Varsa ne sıklıkla oluyorsunuz?
a) Ayda birkaç kez
b) Haftada birkaç kez
c) Günde birkaç kez
d) Diğer
- 23) İdrar kaçırma nedeniyle ped veya bez kullanmak durumunda kalıyormusunuz?
a) Evet
b) Hayır
- 24) Daha önceden gülerken, hapsirirken, öksürürken, ağır bir şey kaldırırken, yürürken, egzersiz yaparken idrar kaçırma şikayetiniz var mıydı?
a) Evet (Ne kadar zaman önce, ne zaman ?)
b) Hayır (28. soruya geçin)
- 25) Bu şikayetiniz nedeniyle doktora gittiniz mi?
a) Evet
b) Hayır
- 26) Bu şikayetiniz nedeniyle tedavi oldunuz mu?
a) Evet
b) Hayır (28. soruya geçin)
- 27) Cevabınız evetse nasıl bir tedavi yapıldı?.....
.....
- 28) Annenizde veya kız kardeşinizde, öksürürken, gülerken, yürürken, ağır bir şey kaldırırken idrar kaçırma şikayeti var mı?
a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyor

- 29) Yakın akrabalarınızda örneğin halanız, teyzeniz, baba anneniz, anne annenizde, veya onların çocuklarında öksürürken, gülerken, yürürken, ağır bir şey kaldırırken idrar kaçırma şikayeti var mı?
- Evet
 - Hayır
 - Bilmiyor
- 30) Şu anda ya da daha önce idrar yolu iltihabı geçirdiniz mi?
- Evet
 - Hayır
- 31) Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, büyük abdestinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi gibi rahim sarkması şikayetiniz oldu mu? (Uterus prolapsusu)
- Evet
 - Hayır (33. soruya geçin)
- 32) Şu anda bu şikayetiniz devam ediyor mu?
- Evet
 - Hayır
- 33) Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, idrar yaparken zorlanma, sık sık idrara çıkma ya da alt bölgenizde dolgunluk gibi idrar torbası sarkması şikayetiniz oldu mu? (Sistose)
- Evet
 - Hayır (35. soruya geçin)
- 34) Şu anda bu şikayetiniz devam ediyor mu?
- Evet
 - Hayır
- 35) Büyük abdestinizi yaparken elinize bir çıkıntı gelmesi, kan gelmesi, ya da makat bölgenizde ağrının olması gibi basur şikayetiniz var mı? (Hemoroit)
- Evet
 - Hayır
- 36) İdrar torbanızın, rahminizin ya da diğer iç organlarınızın alt bölgenizden dışarıya sarktığından dolayı herhangi bir ameliyat oldunuz mu? (ön-arka onarım)
- Evet
 - Hayır

- 37) Daha önce kadın hastalığı nedeniyle rahminizin alınmasıyla ilgili bir ameliyat geçirdiniz mi? (Histerektomi)
- a) Evet
 - b) Hayır
- 38) Alt bölge kaslarını güçlendirici egzersizler hakkında bilginiz var mı? Açıklayınız?
- a) Evet.....
 - b) Hayır (anket bitmiştir teşekkür ederim)
- 39) Alt bölge kaslarını güçlendiren egzersizleri yapıyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bazen
- 40) Alt bölgeyi güçlendirici egzersizleri nasıl yapıyorsunuz?
- 41) Alt bölgeyi güçlendirici egzersizleri ne sıklıkla yapıyorsunuz?

TEŞEKKÜR EDERİM

EK- 3 SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'nden ALINAN İZİN BELGESİ



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ


SAYI :B.104.İSM.4.58.0009-3648-188
KONU: Uygulama

20/07/2006

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 14/07/2006 tarihli ve 364 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı yüksek lisans öğrencisi Hatice BEKTAŞ (ACAR)'ın "Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezinin uygulama kısmını Emek Sağlık Ocağında yapabilmesi için alınan Olur yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim


Dr. Sadettin YAZI
Sağlık Müdürü

EKİ: 1 Adet Onay

| | |
|----------------|------------|
| İncelenen Evre | |
| Yazıt No. | 430 |
| Tarih | 03.08.2006 |
| Kisim | Öğr. Des. |
| Eki | 1 |

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SİVAS
İnternet Adresi : www.sivassm.gov.tr

Tel : 0 (346) 225 63 67 – Dahili: 1165-66-67
Faks : 0 (346) 221 95 55



T.C.
SIVAS VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B.104.İSM.4.58.0009-3648-185
KONU: Uygulama

18/07/2006

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İLGİ: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 14/07/2006 tarihli ve 364 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı yüksek lisans öğrencisi Hatice BEKTAŞ (ACAR) “Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezinin uygulama kısmını Emek Sağlık Ocağında yapmak istemektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

18.../072006

Dr. Sadettin YAZI

Vali h.
Sağlık Müdürü

**EK-4 SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'nin İZİN BELGESİ**

C.Ü.
Sağlık Hizmetleri
Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEMŞİRELİĞİ

Sayı : B.30.2.CUM.0.1H.00.00/193
Konu :

17.07.2006

C.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

İlgi:14.07.2006 tarih ve 365 sayılı yazı gereği,

Ebelik Bölümü Öğrencilerinizden Hatice Bektaş'ın "Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezini hastanemiz Kadın Doğum Servisinde yapması tarafımızca uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Kasım DOĞAN
Başhekim

| | |
|-------------------------|------------|
| Gelen Evrak Kart No. | 423 |
| Tarih | 20.07.2006 |
| Kisim | Öğr. Des |
| Eki | |

Hastanemizin 15 Aralık 2005 tarihinden itibaren "Bebek Doğum Hastanesi" ünvanını almıştır.