

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
ANABİLİMDALI

DOĞURGAN ÇAĞDA KADINLARDA GÖRÜLEN ÜRİNER
İNKONTİNANSIN SAĞLIK, SOSYAL, SEKSÜEL VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fizyoterapist

Tuba CAN GÜLER

TEZ DANIŞMANI

Yrd.Doç. Dr. Nesrin YAĞCI

DENİZLİ – 2006

Bu tez Pamukkale Üniversitesi Senatosunun 14 Nisan 1999 tarihindeki (99/02) toplantısında kabul edilen "Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora ve Yüksek lisans Tezleri Yazım ve Basım Yönergesi" ne uygun olarak hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tezin planlanmasında, içeriğinin düzenlenmesinde, tez sonuçlarının yorumlanmasında, tezin her aşamasında desteğinden dolayı ve eğitim süresince emeğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI'ya,

Asistanlık eğitimim süresince ve tez çalışmalarım sırasında ilgi ve desteğini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım sabır ve özveriyle fizyoterapi biliminin gelişmesine katkıda bulunan PAÜ. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Müdürü Sayın Doç. Dr. Uğur CAVLAK'a,

Eğitim hayatım boyunca bana emeği geçen tüm hocalarıma,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm öğretim görevlisi ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tezin istatistiksel olarak yorumlanmasında öneri ve katkılarından dolayı PAÜ. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı Öğretim Görevlisi Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ ve Biyoistatistik Anabilimdalı Başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Beyza AKDAĞ'a,

Tezin yazım ve basım yönergesi konusundaki yardımlarından dolayı PAÜ. Sağlık Bilimleri Enstitü Sekreteri Sayın Burhanettin GÖZEN'e ve İdari Personel Sayın Kerim BEŞİRACI'ya

Bugünlere gelmemde büyük payı olan sevgi ve anlayışlarıyla beni destekleyen ve hep yanımda olan çok sevdiğim anneme, babama, ve kardeşim Meltem'e,

Hayatı paylaştığım, sonsuz güven, sevgi ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşim'e

En içten dileklerimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	IV
RESİM ÇİZELGELERİ.....	V
TABLO ÇİZELGELERİ.....	VI
GİRİŞ.....	1
1. GENEL BİLGİLER.....	4
1.1 Üreter, Mesane ve Üretra Embriyolojisi	4
1.2 Alt Üriner Sistem Anatomisi.....	5
1.2.1. Pelvik Taban.....	5
1.2.2. Mesane.....	9
1.2.3. Trigon.....	10
1.2.4. Üretra.....	10
1.3 Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi.....	12
1.4 Kontinans Mekanizması.....	16
1.5 Üriner İnkontinans Prevelansı.....	18
1.6 Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	20
1.7 Üriner İnkontinans Tipleri.....	26
1.8 Üriner İnkontinans Tanı Yöntemleri.....	32
1.9 Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi.....	40
1.10 Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri.....	42

GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
BULGULAR.....	55
TARTIŞMA.....	91
ÖZET.....	112
YABANI DİL ÖZETİ.....	113
KAYNAKLAR.....	114
EKLER.....	125

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği

SUI: Stres Üriner İnkontinans

DI: Detüsör İnstabilite

Üİ: Üriner İnkontinans

MTB: Mesanede Tam Boşalmama Hissi

OSS: Otonom Sinir Sistemi

MİB: Mesane İçi Basınç

ÜİB: Üretra İçi Basınç

UPP: Üretral Basınç Profili

PTK: Pelvik Taban Kas

PTE: Pelvik Taban Egzersiz

ES: Elektriksel Stimülasyon

ERT: Östrojen Replasman Tedavisi

SF-36: Kısa Form 36

NHP: Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)

FSFI: Bayan Seksüel Fonksiyon Anketi (Female Sexual Function Index)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

n: Denek Sayısı

X: Aritmetik Ortalama

%: Yüzde

p: Önemlilik Düzeyi

χ^2 : Ki-Kare

ŞEKİL ÇİZELGELERİ

Şekil 1. Pelvik Tabanı Oluşturan Yapılar.....	5
Şekil 2. Pelvik Tabanı Oluşturan Kaslar.....	8
Şekil 3. Mesane yapısı	9
Şekil 4. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi.....	12
Şekil 5. Sempatik Sinir Sistem Fonksiyon.....	14
Şekil 6. Parasempatik Sinir Sistem Fonksiyonu.....	15
Şekil 7. İşeme Fazı.....	18
Şekil 8. Stres üriner inkontinans	31
Şekil 9. Overflow inkontinans.....	32

TABLolar

TabloI. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo II. Kadınların Fiziksel Özellikleri.....	56
Tablo III. Kadınların Obstetrik Özellikleri.....	57
Tablo IV. Kadınların Doğuma Yönelik Verileri.....	58
Tablo V. Kadınlarda Görülen Üriner Sistem Bulguları.....	59
Tablo VI. Üriner İnkontinasın Nedenleri ve Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	60
Tablo VII. Üriner İnkontinans Şiddetini Etkileyen Faktörler	61
Tablo VIII. Üriner İnkontinans Sıklığı ve Oluşumuna Neden Olan Faktörler	62
Tablo IX.. Yaş Grupları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo X. Vücut Kitle İndeksleri İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	63
Tablo XI. Medeni Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	64
Tablo XII. Mesleki Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	64
Tablo XIII. İlk Doğum Yaşı İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo XIV. Canlı Doğum Sayısı İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo XV. Doğum Şekli İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	66
Tablo XVI. Kürtaj Olma Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması.....	67
Tablo XVII. Yaş Grupları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	68
Tablo XVIII. Vücut Kitle İndeksi İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	69
Tablo XIX. Medeni Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	70
Tablo XX. Mesleki Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	71
Tablo XXI. Canlı Doğum Sayısı İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	72
Tablo XXII. Doğum Şekli İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo XXIII. İlk Doğum Yaşları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	74
Tablo XXIV. Kürtaj Olma Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması.....	75
Tablo XXV. Kontinans Tipine Göre Cinsel Aktivitelerinin Karşılaştırılması.....	76

Tablo XXVI. İnkontinans Tipine Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo XXVII. İnkontinans Sürelerine Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	77
Tablo XXVIII. Yaş Grubuna Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo XXIX. İnkontinans Tiplerine Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo XXX. İnkontinans Sürelerine Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo XXXI. Yaş Gruplarına Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo XXXII. İnkontinans Tiplerine Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo XXXIII. İnkontinans Sürelerine Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo XXXIV. Yaş Gruplarına Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo XXXV. SF-36 ve Nottingham Sağlık Profili Anketlerin Dağılımı.....	85
Tablo XXXVI. Yaş Grubuna Göre Beck Depresyon Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması...	85
Tablo XXXVII. İnkontinans Tipine Göre Beck Depresyon Anketinin Karşılaştırılması.....	86
Tablo XXXVIII. İnkontinans Sürelerine Göre Beck Depresyon Anketinin Karşılaştırılması...	87
Tablo XXXIX. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle SF-36 Arasında Korelasyon.....	87
Tablo XL. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle NHP Arasında Korelasyon.....	88
Tablo XLI. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle FSFI Arasında Korelasyon.....	89
Tablo XLII. SF-36 Skoru Sonuçları İle FSFI Arasında Korelasyon.....	90
Grafik I. Kadınların Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı.....	59

GİRİŞ

Pelvik taban; miksiyon, defekasyon, koitus ve doğum gibi önemli yaşamsal fonksiyonlarda önemli görevler üstlenir. Bu fonksiyonlar kemik dokusu, bağ dokusu ve kas dokusundan oluşan normal anatomik yapıların varlığı ve bunların innervasyonunu sağlayan santral ve periferik sinir sistemin sağlıklı çalışması ile mümkündür.

Alt üriner sistem fonksiyonu primer olarak refleks aktivite ile gerçekleşir. Tüm Çocuklarda doğuştan üriner inkontinans vardır. Ancak zamanla santral sinir sistemi ve tuvalet eğitiminin gelişimi ile refleksleri istemli olarak aktive ya da inhibe etme yeteneği kazanılır. Reflekslerden hangisinin ne zaman çalışacağını kortikal kontrol ile düzenlenmesi üriner kontinansın gelişmesini sağlar(1).

Değişik yapılarda ve farklı derecelerde hasarın oluşmasıyla pelvik taban yetmezliği ortaya çıkar. Bu tablonun en önemli klinik patolojilerinden birisi yaşamı olumsuz yönde etkileyen, genellikle utanılacak bir sorun olarak görülen ve çoğu zaman saklanan üriner inkontinanstır. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen idrarın uygun olmayan yer ve zamanda istem dışı kaçırılması olarak tanımlanan inkontinans, gerek üroloji ve jinekoloji polikliniklerine gerekse fizyoterapi bölümlerine başvuran hasta popülasyonunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır(2,3).

Literatürde kadınların %25'inde üriner inkontinans prevelansının yaşla beraber arttığı rapor edilirken, özellikle 15-64 yaş arası prevelansın %10-30 ve 65 yaş üzeri prevelansın %11.6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Amerika'da 10 milyonu aşkın yetişkinde üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (4,5,6,7). Ülkemizde ise prevelans çalışmalarının sınırlı sayıda olması, inkontinans tanımı, üzerinde çalışılan popülasyonun farklı olması ve değerlendirme yöntemlerinin çeşitliliği nedeniyle Türk toplumunda ne kadar yaygın olduğu kesin olarak hala bilinmemektedir. Üriner inkontinans gelişiminde yaş, parite, şişmanlık, sigara kullanımı, kronik öksürük, kabızlık, prolapsus ve menapoz

gibi pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Kadınlarda üriner inkontinansın en yaygın görülen tipi öksürme, hapşurma ve ağır kaldırma gibi aktiviteler esnasında istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanan stres üriner inkontinanstır. Bunu pollaküri, urgency ve nokturi gibi semptomlarla birlikte görülen ve detrusor kasının istemsiz kontraksiyonları ile karakterize olan detrusör instabilite (Overaktif mesane) takip eder(8,9,10,11).

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir olay olmasa da devamlı ıslaklık, irritasyon ve koku olması endişesi ile oluşan rahatsızlık hissi depresyona kadar varan emosyonel sorunların gelişmesine neden olmaktadır. Norton, yaptığı çalışmada üriner inkontinanslı kişilerin yaşadıkları rahatsızlıktan dolayı kendilerine olan güvenlerinin azaldığını, kendilerini başkalarına bağımlı olarak gördüklerini, toplum içerisindeki diğer insanlardan kendilerini farklı hissettiklerini ve bu nedenle sosyal yaşantılarını değiştirmek zorunda kaldıklarını belirtmektedir(4,12,13,14). Yaşanan bu sorunlardan dolayı üriner inkontinanslı kişiler fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta ve toplum içerisinde diğer insanlarla bir araya gelmekten kaçınmaktadırlar. Bununla birlikte inkontinanslı hastaların günlük iş ve ev içi aktiviteleri, cinsel yaşamları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Üriner inkontinanslı kişilerin pekçoğu sıvı alımlarını kısıtlayarak inkontinans sayılarını azaltmaya çalışmaktadır(4,12,14,15).

Üriner inkontinans yukarıda belirtildiği gibi pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olmakla birlikte yapılan çalışmalar kadınların sadece ¼'ünün problemlerine çözüm aradığı ve doktora başvurduklarını göstermiştir. Zamanında tıbbi tedaviye başvurmayan kadınların hastalığı ilerlemekte, erken tedavi şansı azalmakta, daha kompleks işlemlerin yapılmasına neden olmakta ve kişilerin tıbbi harcamalarını artırmaktadır(4,5,16).

Çok boyutlu bir problem olan üriner inkontinans tedavisi multidisipliner bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan fizyoterapistin

hastanın değerlendirilmesi, üriner inkontinans tedavi hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında aktif olarak rol alması önemlidir.

Fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkisiyle kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen üriner inkontinans risk faktörlerinin bilinmesi, hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve erken yapılacak fizyoterapi uygulamaları ile üriner inkontinans gelişimi azaltılabilir.

Bu alışma sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen inkontinansın nedenlerini, yaşanan evre ile ilişkisi ve bu durumun sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.GENEL BİLGİLER

1.1. ÜRETER, MESANE VE ÜRETRA EMBRİYOLOJİSİ

Fertilizasyondan 15 gün sonra embriyo hücreleri mezoderm, endoderm ve ektoderm tabakalarına ayrılır. Bu embriyonel tabakalardan organ ve dokular meydana gelir.

Üreterlerin tümü ve mesane trigonunun bir kısmı üreterik tomurcuktan köken alır, trigonun çoğu mezonefrik kanallardan gelişir. Mesane ve üretranın gelişmesinde, embriyonun kloka (cloaca) adı verilen ve başlangıçta kör olarak sonlanan endodermal bir doku olan arka barsağın farklılaşması önemlidir. Klokanın alt kısmına mesonefrik kanallar açılır, üst kısmından ise tübüler yapı çıkar. Gebeliğin 4. Haftasında embriyonun kuyruk kısmındaki ektoderm klokayla yakınlaşır. Kloka, önde “ürogenital açıklık”, arkada rektum olmak üzere iki kısma ayrılır. Ürogenital açıklıktan ‘vezikoüretal’ kanal ve ‘kalıcı ürogenital açıklık’ olmak üzere iki alt bölüm gelişir ve vesikoüretal kanal giderek büyür ve mesanenin trigon dışında kalan kısmını oluşturur. Mesane epitelinin çoğu, endodermden kaynaklanır. Mesane ve üreter epiteli daha sonra mezodermden gelişen düz kaslarla sarılır(10,17).

Üretranın ilk kısmı vesikoüretal kanaldan, geri kalanı ise kalıcı ürogenital açıklıktan köken alır. Vesikoüretal kanal hızla gelişirken, hem üreterik tomurcuklar, hem de mesonefrik kanallar yer değiştirir. Üreterik tomurcuklar, mesonefrik kanallardan daha yukarı ve yana doğru yükselip, mesanenin arka üst tarafına açılır, trigonun gelişmesine katkıda bulunur ve sonuçta ‘üreter’ adını alır(17).

Kalıcı ürogenital açıklıktan kadında, posterior üretra, vajinanın 1/5 alt kısmı ve üretra ile vajinanın dışa açıldığı bölge olan ‘vestibül’ gelişir(17).

İdrar depolayıcı sistemin fetal dönemdeki olgunlaşması, üreterlerin uzaması, mesanenin büyümesi ve böbreklerin yukarı çıkıp içe doğru dönmesi biçimindedir(10,17).

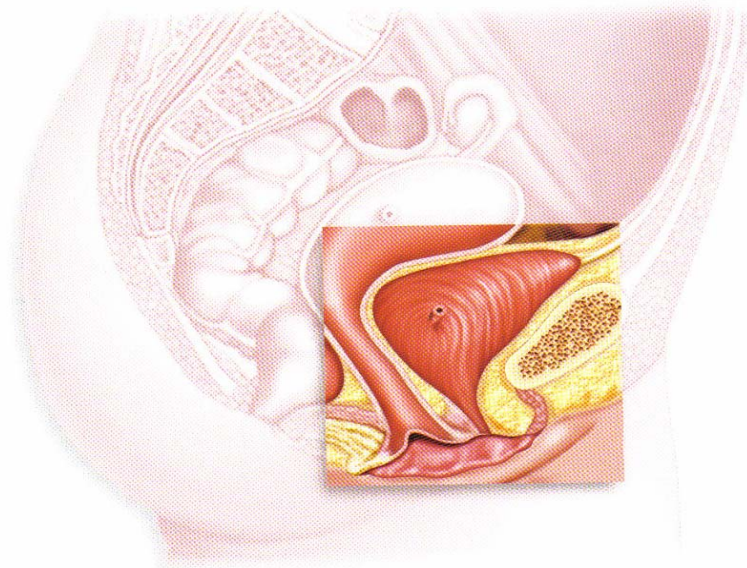
1.2. ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİSİ

İdrarın toplanması, tutulması, uygun zamanda ve yerde dışarı atılması mesane-üretra ünitesinin birbirine zıt fakat uyum içindeki fonksiyonlarıyla yürütülmektedir.

1.2.1. PELVİK TABAN

Kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arka tarafta sakrum ve yan taraflarda spina ischiadikalarla sınırlanan eşkenar dörtgen şeklinde yapıdır. Spina ischiakalar arasından geçen çizgi pelvik tabanı ön ve arka olmak üzere iki kısma ayırır.

Pelvik tabanın temel fonksiyonu tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsunu önlemek ve intraabdominal basıncın arttığı durumlar sırasında abdominal pelvik kavitenin rahatlığını devam ettirmektir. Pelvik tabanın fonksiyonunda kemiğin, koruyucu rolü belirgin iken pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve bunların ligament bağlantıları ile desteklenmektedir.



Şekil 1. Pelvik tabanı oluşturan yapılar

Pelvik taban myofasyal ve visseral kısımlardan oluşmuştur.

1. **ENDOPELVİK FASYA**: İç organ ve vasküler yapıları çevreler, pelvik organları dinamik olarak destekler(3).

a)Kardinal ve uterosakral ligament; Machendrodt bağı olarak da adlandırılır. Uterus'un her iki yanında isthmus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasyanın yoğunlaşması ile oluşan bağıdır. Uterus ve vaginanın apeksine destek görevi gören en önemli bağıdır(3).

b)Puboservikal Fasya; Mesane duvarı ile vagina ön duvar fasyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Mesane tabanında, ön vaginal duvarın derin kısmına uzanır. Distale doğru periüretal fasya olarak devam eder. Proksimal tarafta serviks ve kardinal ligament kompleksi ile birleşir. Yan tarafta vesikopelvik ligament ile birleşir. Vesikopelvik bağ yanlarda arcus tendineusa bağlanır. Mesane tabanı, serviks ve vagina ön duvarına destek sağlar(2,3).

Rektovaginal Fasya; Rektumu destekler.

c)Puboüretal Ligament; İnferior pubisin iç yüzünü üretra'nın ön ve orta bölümüne bağlanır. Levator fasyanın yoğunlaşmış şeklidir. Üretra ve ön vagina duvarını stabilize eder ve destek görevi görür. Puboüretal ligament, üretrayı iki bölüme ayırır. İntrabdominal bölgede yer alan pasif veya involanter kontinanstı sorumlu olan proksimal üretra, abdomen dışında yer alan distal üretra.

d)Arcus Tendineus Fasya Pelvis (ATFP);Pubik kemikten spina ischiadikuma kadar uzanan fibröz bir banttır. Anterior kısmı musculus levator ani'nin iç yüzüne doğru uzanır.

Vaginal epitel kaldırıldığında, yukarıda anlatılan ve vagina ön duvarı ve mesane tabanına destek görevi gören yapıların bir dikdörtgen şeklini aldığı görülür(3).

2. PELVİK KASLAR

Musc. Coocygeus; Spina ischiadica ile sacrococcygeal bölge arasında uzanır. Origo ve insersiosu hareketsizdir. Fonksiyonu arka pelvik segmente destek sağlamaktır(2,3).

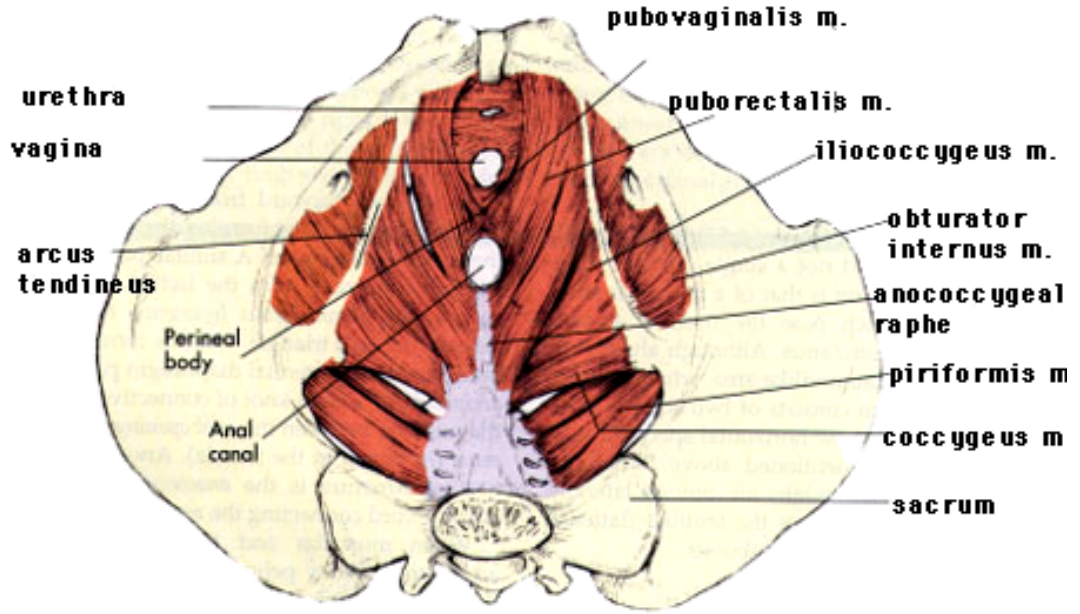
Musc. Levator Ani; Pelvik organ desteğinde en önemli role sahip olan kastır. Ürogenital açıklık kalacak şekilde pelvis tabanını hamak gibi saran, pubisten cocysikse kadar pelvik kaviteyi boydan boya geçen bir diaframdır. Diafragmatik (iliococsygeus) kısım ve Pubovisseral (pubococsygeus) kısım olmak üzere iki kısmı vardır. Fonksiyonu intrabdominal basıncı mesane ve üretraya eşit olarak yansıtmak ve böylelikle istemli ve istemsiz idrar kaçırılmasına engel olmaktır(1,3).

a)Musc. Pubococsygeus; Kalın bir kas olup pubis kemiğinin iç kısmından başlayarak vagina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Anüs içinde internal ve eksternal sfinkterler arasında sonlanır. Fonksiyonu horizontal planda rektum, vagina ve üretrayı desteklemek ve mesaneye destek sağlamaktır. Bu kasın kontraksiyonu ile fekal ve üriner kontrol sağlanır(1).

b)Musc. Puborectalis ; Pubisin arkasında rektumun posterior kısmını ve levator hyatusu ters olarak dönen U şeklinde bir askı oluşturur. Fonksiyonu distal kolonun kontinans kontrolünü sağlamak ve rektumu önde tutmaktır. Ayrıca mesane boynu, vagina, üretra'nın orta ve posterior kısmı ile pelvik tabana destek sağlar.

c)Musc. İleococsygeus; Musc. Pubococsygeus'a göre daha ince ve kas yaprağı şeklindedir. Pelvik yan duvar ve ATEP'nin arka kısmında Musc. Obturator Internus'un iç yüzeyi üzerindeki membrandan başlar, alt sakral vertebra ve koksiks'in lateral kenarı boyunca uzanır ve sacrococsygeal bölgede sonlanır(1).

Bu kaslar tip I ve tip II liflerden oluşur. Tip I yavaş ve oksidatif özellikte olup istirahat sırasındaki tonusu sağlar. Tip II lifler hızlı ve glikolitik özellikte olup öksürük, gülme ve ağır kaldırma gibi abdominal basıncın ani artış gösterdiği durumlarda ilave tonusu sağlar.



Şekil 2. Pelvik tabanı oluşturan kaslar

3. **ÜROGENİTAL DİAFRAM** ;Derin transvers perineal kası ile fasyası ve eksternal üretral sfinkter kası ile fasyasından oluşur.

4. **ÇIKIŞTAKİ YÜZEYEL KASLAR;**

a)Anterior; Bulbospongiosus, İschiaavernosusu, Superfisiyal transversperineal

b) Posterior; Eksternal anal sfinkter

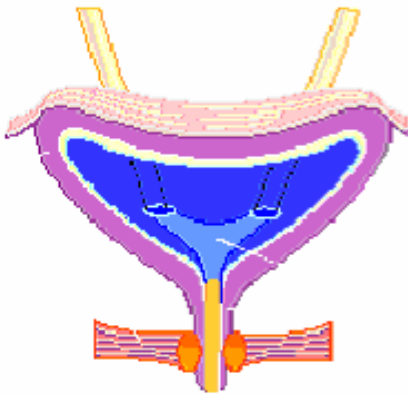
Mesane ve üretranın pelvik destek yapılarının zayıflaması, mesane boynu ve üretranın proksimal kısmının aşağı ve geriye doğru yer değiştirmesine neden olur. Böylece intrabdominal basıncın çok az kısmı üretrayı etkilerken, büyük bir kısmı mesaneyi etkiler. Mesane basıncının üretra basıncını geçtiği durumlarda idrar kaçırma meydana gelir.

1.2.2. MESANE

Normal erişkin kadında kapasitesi 300-500 ml, kontrakte olabilen ve endopelvik fasya tarafından örtülü ekstrapéritoneal bir organdır. Üst yüzü ve arka yüzeyinin üst 1-2 cm'lik kısmı peritonla örtülüdür. Pubik kemik ile sıkı komşuluk gösterir. Pubik kemik ile mesane duvarı arasında adipoz doku, pubovezikal ligament, pubovezikal kas ve venöz pleksus yer alır. Mesanenin alt kısmı, alt uterin segment ve anterior vaginaya sıkıca bağlıdır(8,11,1819).

Mesane duvarı içten dışa doğru mukoza, submukoza, musküler tabaka ve seröz tabakadan oluşur. İç yüzü epitel doku ile kaplıdır. Mesanenin idrarla dolumu esnasında epitel kıvrımlar açılarak tek sıralı düz bir epitele dönüşür. Epitel dokunun altında ise trigonum bölgesinde sabitlenmiş elastik lifler bulunmaktadır(8,20).

Musküler tabaka detrusor, trigon ve sfinkter kaslarından meydana gelir. Detrusor kas, birbirini örgü şeklinde çaprazlayan liflerden meydana gelmiştir. Bu lifler iç ve dışta longitudinal, ortada sirküler olmak üzere belirgin 3 tabakalaşma yapmaktadır. Lifler birbirine parmaklı çıkıntılarla bağlıdır. Bu durum düzenli ve ilerleyici kasılmaların oluşmasında önemlidir. Mesane boynu doku tonusunu artırarak mesaneden idrar kaçışını önler. Detrusor kas kontrakte olduğu zaman mesane boynu gevşeyip açılır.



Kas Yapısı: Değişik tarzda sirküler, longitudinal ve spiral seyreder.

Mukoza: Çok katlı epitelden oluşmuştur.

Submukoza: Mukoza altında yer alır. Elastik ve kollojen lifleri ve kapiller damarları içerir.

Şekil 3. Mesane yapısı

1.2.3. TRİGON

Mesane tabanında üçgen şekline benzer bir bölgedir. Üst arka köşelerinde üreterlerin açıldığı kısım, ön alt köşesinde üretranın açıldığı ostium üretra internum yer alır. Trigonumun düz kasları üreter düz kaslarının uzantısıdır. Önde üretranın düz kaslarıyla devam etmektedir. Yapı ve fonksiyon olarak mesaneyi oluşturan detrusor kasından farklılık göstermektedir(8,21,22).

Trigonun başlıca fonksiyonları;

1. İdrar depolama fazında idrar çıkışını engellemek,
2. İşeme esnasında huni şeklini alarak mesanenin boşaltımını kolaylaştırmak,
3. İşeme esnasında vesikoüretal reflüye engel olmaktır.

1.2.4. ÜRETRA

Kadın üretrası ortalama 4 cm. uzunluğunda ve 6 mm. çapındadır(21,22). Üretranın 2/3'lük kısmı mesane epitel, 1/3'lük kısmı ise yassı epitel ile örtülüdür. Yassı epitel ile örtülü olan kısmı östrojenin etkisi altındadır(8). Üretral mukoza altında zengin ven ağları ve elastik lifler bulunmaktadır.

Üretra, istemsiz olarak çalışan düz kas liflerinden oluşmuş içte longitudinal ve dışta sirküler seyir gösteren 2 kas tabakasından oluşmuştur(23). Üretranın vesika ile birleşim yerinde fizyolojik iç sfinkter olarak da adlandırılan internal üretral sfinkter yer alır. Bu kısımdaki kas liflerinin detrusor liflerinin devamını oluşturduğu kabul edilmektedir. Internal üretral sfinkter, pasif üriner kontinansa önemli rol oynar. Mesane dolumu sırasında internal üretral sfinkter tonusu giderek artar. Böylece üretral basıncın, intravesikal basıncıdan daha büyük olması sağlanır, idrar kontinansı elde edilir(18,20). Bu bölgedeki fonksiyon bozukluğu kadınlarda açık mesane boynuna sebep olur. Bunun tam olarak önemi bilinmemekle birlikte stres inkontinansı olan kadınlarda bu problemle sık

karşılaşılmaktadır(24). Üretranın 1/3 orta bölümünde istemli olarak çalışan, çizgili kas yapısında olan, kontinansı sağlamada ve istemli işemede önemli olan eksternal sfinkter yer alır. Eksternal üretral sfinkter, proksimalde sirküler bant yapısındaki kas, orta kısımda kasın vaginal duvara bağlandığı üretrovaginal sfinkter ve en distal kısımda da perineal membrana bağlanan kompressor üretra olmak üzere 3 farklı yapı içerir. Üretranın proksimal ve orta kısmında bulunan sfinkter üretra kasları pelvik sinirle uyarılır. Bu kaslar tip I liflerden oluşmuştur ve istirahat sırasında üretra tonusundan sorumludur. Kompressor üretra ve üretrovaginal sfinkter kasları pudental sinirle uyarılır. Bu kaslar tip II liflerden oluşmuştur. Bu kaslar abdominal basınç artışı esnasında kontrakte olarak üretral basınç artışını güçlendirir.

Kadın üretrasında kontinansı sağlayan kas mekanizmalarına ek olarak üetrovesikal açının da önemi vardır. Üretranın, mesane posterioruyla oluşturduğu açıya üetrovesikal açı denir. Normalde 90^0 - 120^0 'dir. Bu açının azalması veya tesine dönmesi ile stres üriner inkontinans (SUI) gelişebilmektedir. Ayrıca vücudun vertikal eksenyle oluşturduğu 30^0 'lik inklinasyon açının artması sonucunda anatomik destekte zayıflık veya kayıp görülmektedir(24).

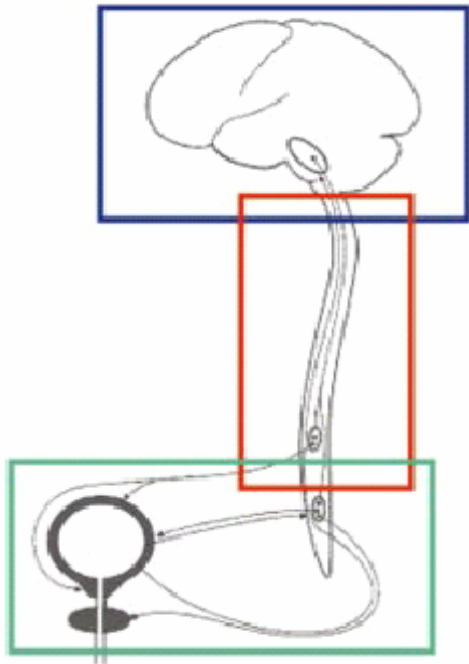
Puboüretral Ligament, Kollojen bağ dokusu ve düz kas liflerinden oluşmuştur. Os pubisin alt kenarlarından kalkan ve üretranın ortasına kadar uzanan kısmı önem taşımaktadır. Bu kısım üretranın normal pozisyonunu korumasını sağlamaktadır(1,3).

1.3. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ

İnsanlar, idrar kontrolünü öğrenmeden doğar ve toplumsal kurallara uyabilmek için idrar yollarını kontrol etmeyi öğrenir(25). Alt üriner sistem nörolojik kontrolü periferik, somatik ve otonom sinir sistemini de içine alan lokal innervasyon ile olmaktadır. Bu sistem, Otonom Sinir Sistemi tarafından innerve edilmesine karşın beyin sapı, serebral korteks ve serebellumda yerleşik, merkezi sinir sisteminin kontrolü altında çalışan nadir organlardan oluşmuştur(26).

1.3.1. Merkezi Sinir Sistemi; Beyin ve Medulla Spinalis fonksiyonlarını kapsar.

- **Serebral Korteks:** Superior frontal lob ve parasentral lobül mesane fonksiyonlarında görev alır. Bu bölgeler detrusor kas üzerinde inhibitör etki gösterir.
- **Serebellum:** Merkezi Sinir Sisteminin diğer bölgelerinden gelen uyarılara modulator etki yapar. Mesane ve pelvik tabandan gelen uyarıları alır. Buradan çıkan efferent impulslar pelvik taban tonusunun sürdürülmesinde, detrusor ve ürogenital sfinkterin koordinasyonunda önemlidir(1,2,26).



Şekil 3. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi

- **Pons (Beyin Sapı):** Ön bölgesinde ‘pontine işeme merkezi’ olarak adlandırılan bölge mesaneye giden impulsların çıkış bölgesidir. Serebellum, basal ganglion, talamus ve hipotalamus gibi beyin çeşitli bölgelerinden uyarı alan pontine mesensefalik gri madde detrusor kasa giden efferentlerin son geçiş yoludur. Pons, işemeyi uyarıcı etkiye sahiptir. Zarar görmesi kalıcı idrar zorluklarına neden olur (1,2,26).

- **Medulla Spinalis:** Spinal kord, normal mesane fonksiyonlarında temel oluşturur. Mesane ile beyin arasında iletişimi sağlar. Spinal sinirler, periferik sinir sistemindeki afferent ve efferent liflerle temas eden parçalara sahiptir, Spinal işeme merkezi, S₂₋₄ segmentinde bulunur. Mesanenin motor innervasyonu bu bölgeden yapılır. Pelvis, periüretal ve anal sfinkter çizgili kasların motor innervasyonu da bu bölgeden olmaktadır.

Detrusor ve ürogenital sfinkterden çıkan uyarılar sakral segmente ve oradan da pontaki işeme merkezine ulaşır. Pudental refleks organizasyonu spinal düzeyde gerçekleşir. Pelvik tabandan kalkan uyarılar, sakral bölgeden spinal korda girerken ikiye ayrılır. Bir bölümü pudental sinir nöronları ile sinaps yaparken diğer bölümü pons aracılığı ile serebelluma çıkar(26,27).

1.3.2. PERİFERİK SİNİR SİSTEM

Bu sistem alt üriner sistem açısından değerlendirildiğinde;

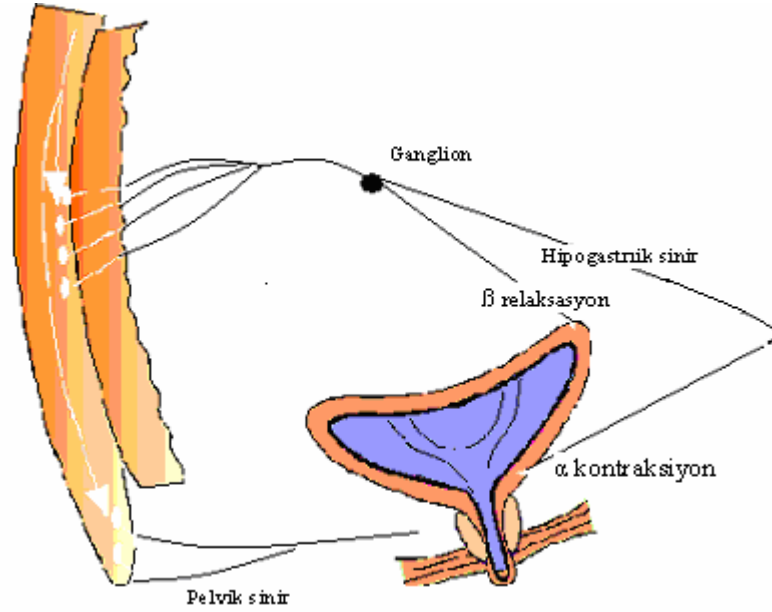
- ◆ Otonom Sinir Sistemi (O.S.S)
- ◆ Somatik refleks yoldan oluştuğu görülür.

▪ **OTONOM SİNİR SİSTEMİ:**

Birbirine karşıt fonksiyon gösteren sempatik ve parasempatik bölümlerden oluşur(26).

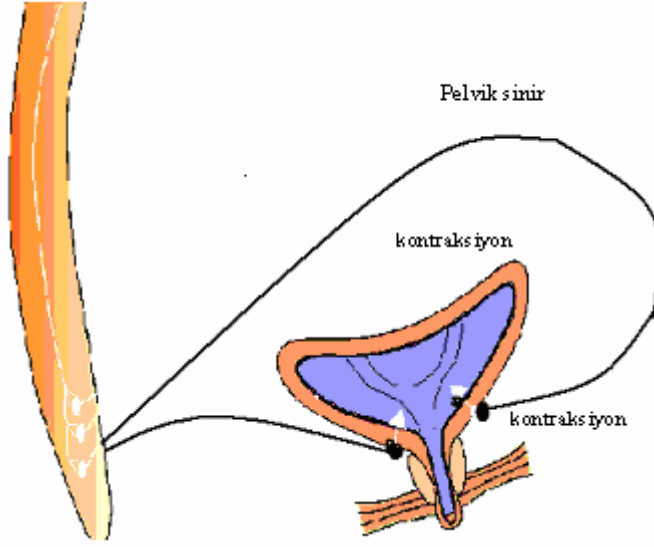
1. ***Sempatik Sinir Sistemi:*** Sempatik sinir lifleri Th₁₀-L₂ segmentlerindeki gri cevherin intermediolateral kolonundaki hücrelerinden orijin alır. Spinal korda yakın olarak yerleşmiş lomber paravertebral sempatik ganglionda sinaps yaptıktan sonra hipogastrik sinir yoluyla mesane ve üretradaki reseptörlerle sinaps yapar. Sempatik sinir sisteme ait nörotransmitter (noradrenalin), alfa ve beta olmak üzere iki tip reseptör üzerine etki eder. Alfa adrenarjik reseptörleri, üretra ve mesane tabanı düz

kaslarında kontraksiyon yapar. Mesanenin dolumu sağlanır. Beta adrenarjik reseptörler ise mesanenin dolumu sırasında detrusor kasında relaksasyona neden olur. Mesane beta adrenarjik, üretra ise alfa adrenarjik organdır(26,28).



Şekil 5. Sempatik Sinir Sistem Fonksiyonu

2. **Parasempatik Sinir Sistemi:** Mesaneye gelen parasempatik sinir lifleri S₂₋₃₋₄ segmentlerindeki kolumna intermediomedialisten çıkar ve pelvik sinir ile mesaneye gelir, mesane duvarında sinaps yapar. Buradan çıkan postganglionik lifler detrusor kasına ulaşır. Parasempatik sistem mesanenin motor kontrolünü (kontraksiyon ve boşalma) sağlar. Parasempatik sinirlerin stimülasyonu ile sinir uçlarından asetil kolin salgılanır ve mesanedeki kolinerjik reseptörler uyarılır. Bu uyarılma ile detrusor kas kasılır, internal sfinkter gevşer ve mesanenin boşaltım fonksiyonu gerçekleşir. İnternal sfinkterin gevşemesi parasempatik stimülasyonun norepinefrin salınımını inhibe etmesiyle oluşur(26,27,28).



Şekil 6. Parasempatik Sinir Sistem Fonksiyonu

Somatik Sinir Sistemi

Eksternal sfinkter ve pelvik taban kaslarının bir kısmı sakral spinal segmentlerden çoğu N. Pudentalis yoluyla gelen somatik sinir lifleriyle innerve olur. Somatik uyarı, üretra çevresindeki çizgili kaslar dahil pelvik taban kaslarında tonusu korumaya çalışır.

<u>Sinir Tipi</u>		<u>Fonksiyon</u>
PARASEMPATİK	→	Mesane kontraksiyonu
	→	Sfinkter gevşemesi
SEMPATİK	→	Mesane relaksasyonu (β)
	→	Mesane relaksasyonu (parasempatik tonusun inhibisyonu)
	→	Mesane boynu ve üretral kontraksiyon(α adrenerjik)
SOMATİK (pudental)	→	Pelvik taban kas kontraksiyonu

1.4. KONTİNANS MEKANİZMASI

Alt üriner sistemin fonksiyonu primer olarak refleks aktivite ile belirlenir. Çocuklarda doğumla birlikte üriner inkontinans görülür. Zamanla santral sinir sistemi ve tuvalet eğitimi ile refleks aktiviteler gelişir, istemli olarak aktive ya da inhibe etme yeteneği kazanılır(29).

Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrusor kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur(3). Buradan da anlaşıldığı gibi kontinans mekanizması iki aşamada gerçekleşir.

1.4.1. Depolama Fazı;

Dolum fazında üriner kontinansın sağlanması için üretra içi basıncın (ÜİB) her zaman mesane içi basınçtan (MİB) yüksek olması gerekir. Böylece MİB'in ÜİB'den çıkarılması ile hesaplanan üretral kapanma basıncı (ÜKB) pozitif değerde tutulur. İstirahat sırasında ÜİB'in oluşumunda primer olarak internal ve eksternal sfinkter yapıları ile üretral duvar elastikiyeti ve vaskülaritesinin önemi vardır. İstirahat anında mesane içi volümdeki büyük artışlara rağmen MİB'inde minimal değişiklikler oluşur. Mesane akomodasyonu olarak bilinen bu durum, mesane duvarının pasif viskoelastik özelliği ve istemli kontrol ile detrusor kasının relaksasyonu sonucu gelişir.

Pelvik taban anatomisi ve üriner inkontinans konusunda yapılan çalışmalar, karın içi basıncın artmasına neden olan stres durumlarında üriner kontinansın devamı için mesane boynu ve proksimal üretranın retropubik pozisyonunda olması gerektiğini

belirtir. Bunun için ürogenital diaframın anatomik sağlamlığının yanında stres anında kasılıp bu diaframı gererek mesane boynu ile proksimal üretrayı eleve eden levator ani kasımında fonksiyonel olması gerekir.

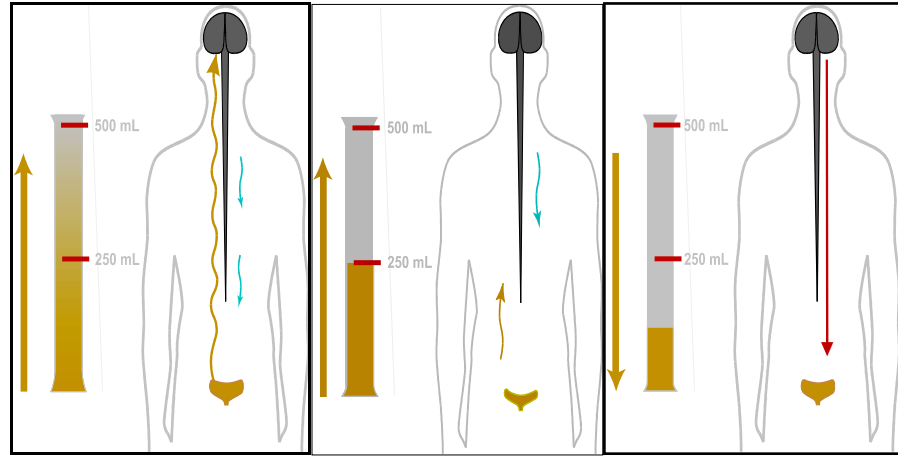
Üriner kontinansın sağlanmasında üretra ve periüretral dokuların innervasyonu da önemlidir. Mesanenin dolması ile mesane boynu ve üretradaki düz kas tabakasında bulunan β adrenaljik reseptörlerin uyarısı ile periferik akış rezistansı artar. Aynı zamanda efferent pudental sinirin aktivasyonu ile pelvik diyafram ve ürogenital sfinkterin, istemli ve refleks stimülasyonla kontrakte olması sağlanır.

Mesanede idrar dolmaya başladığında mesane gerginliği artar. Detrusor ve trigon kas gerilmesiyle pelvik taban ve perineden kaynaklanan uyarılar “Sakral İşeme Merkezine” ulaşır. Mesanede idrar 200 ml’ye ulaşınca ilk idrar hissi ortaya çıkar. Bu sırada üretra içi basınç mesane içi basınçtan yüksektir. İdrar miktarı 350-500 ml’ye gelince mesane maksimal kapasiteye ulaşır. Ancak mesane içi basınç üretra içi basınçtan düşüktür. İdrar hissi artmıştır. Uygun zaman ve yer bulana kadar idrar tutulmaya çalışılır(25,26).

1.4.2. İşeme Fazı;

Mesane içinde 300-400 ml idrar biriktiğinde intravesikal basınç artmıştır. Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve volanter işeme başlatılır. Öncelikle pelvik taban ve üretra çizgili kaslar gevşer, üretral basınç azaltılır. Sonra detrusor kas kontrakte olur ve mesane içi basınç artar. Detrusor ile birlikte üretral düz kaslarda kontrakte olur ve üretranın genişlemesi sağlanır. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilir, üretravesikal açısı düzleşir ve idrar akışı başlar.

İşeme fazı sonlandığında pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kontrakte olur. Mesane boynu symphysise doğru yükselir. Üretral basınç artar. Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrusor kasını gevşetir. Sklus yeniden başa döner. “Spinal İşeme Merkezi’nin” istemsiz inhibisyonu ile depolama fazı yeniden başlar (1,3,25,26).



Şekil 7. İşeme Fazı

1.5. ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI

Toplum içerisinde üriner inkontinans prevalansına yönelik yapılacak epidemiyolojik çalışmalar, gereksinim duyulacak tedavi ve bakım hizmetlerin sunulabilmesi, tıbbi ve mali önlemlerin belirlenebilmesi açısından önemlidir.

Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalarından elde edilen sonuçlar, üriner inkontinansın tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile birbirinden farklılık göstermektedir. Bu duruma ek olarak toplumun özellikleri, çalışma şekli, klinik özellikler ve kullanılan metodlar da prevalans oranlarını etkilemektedir.

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Üriner inkontinans'ın kadın/ erkek görölme oranı 60 yaş altında 4/1, 60 yaş ve üzeri için 2/1 olduğu belirtilmektedir(5,30).

Amerikada 10-12 milyon yetişkin insanda üriner inkontinans problemi olduğu saptanmıştır (30). Thom, üriner inkontinans prevalansını araştıran 21 çalışmayı incelemiş ve prevalans değeri %5-%55 oranları arasında değiştiğini belirtmiştir (31). Fontl 1999 yılında 15-64 yaş grubunda yapmış olduğu çalışmada %10'dan %30'a kadar değişen prevalans hızı saptamıştır(32). Moral ve arkadaşları 15 yaş ve üstü 1053 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada %20.8'inde stres ve %16.3'ünde urge inkontinans tespit etmişlerdir(33). Üriner inkontinans (Üİ) prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. 20-59 yaş grubundaki kadınlarda Üİ prevalansı %39.6 iken 60 yaş ve üzeri kadınlarda prevalans %56'ya kadar yükselmektedir(34). Genel olarak kadınların tümü için üriner inkontinans prevalansının %25 olduğu kabul edilmektedir(4,12,13,14,15).

Ülkemizde üriner inkontinans prevalansını belirlemek amacıyla sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Turan ve arkadaşları, Ankara bölgesinde 18-44 yaş arası 1250 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansını %24.5 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada Üİ'nin yaşla birlikte arttığı, en düşük 18-24 yaş arasında (% 12), en yüksek ise 40-44 yaş arasında (%29) olduğunu saptamışlardır (35). Öztaç, 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada 20-29 yaş arasında %9.6 oranında olduğunu, 70 yaş ve üstü kadınlarda prevalansın %40'a kadar yükseldiğini bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadınların %42.9'unda stres, %27.3'ünde urge ve %29.8'inde miks tip inkontinans şikayetleri olduğu tespit edilmiştir. Güneş ve arkadaşları, 20 yaş ve üzeri 459 kadında yapmış oldukları çalışmada inkontinans

prevelansını %49.7 olarak bulmuşlardır. Kadınların %41.2'sinde stres, %24.3'ünde urge ve %34.6'sında miks tip inkontinans şikayeti olduğu saptanmıştır(36).

1.6. ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ

1. Yaş ve Cinsiyet:

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (5,6,7). Prevalans yaşla birlikte artar. Bu nedenle birçok kadın üriner inkontinansı bir hastalık olarak değil, yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul eder. Yaşlanmayla birlikte mesane kapasitesinde, idrar akım hızında ve idrar yapmayı erteleme yeteneğinde azalma olur. Nörolojik, ürolojik, renal problemler, azalmış mobilite, ilaç kullanımı, östrojen eksikliği, diyabet ve üriner enfeksiyon gibi durumlar da Üİ gelişimine zemin hazırlar(21,37,38,39). Milson 17 adet epidemiyolojik çalışmayı incelemiş ve prevalansın yaşla birlikte doğru orantılı olarak arttığını bildirmiştir(40). Malon yaşlı kadınlarda işeme sonrası rezidüe idrar miktarında artış, idrar akım oranında ve mesane kapasitesinde azalma olduğunu saptamıştır(41). Kondo ve arkadaşları 1105 Japon kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada stres üriner inkontinansın 50'li yaşlardan sonra azaldığını, buna karşın urge inkontinans insidansının yaşla birlikte arttığını tespit etmişlerdir(42).

Üriner inkontinans genç yaşlarda da görülmektedir. Walin 17-25 yaş arası sağlıklı 4211 öğrencide yaptığı araştırmada %51'inde inkontinans tespit etmiştir. %16'sında inkontinansın günlük yaşamı etkilediğini saptamıştır(43).

2. Irk

İnkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinas gelişiminde rol oynadığını, Çinli, Zenci ve Eskimo'lu kadınlarda prevalansın daha düşük olduğunu göstermiştir(21,37,39).

3. Seks Hormonları

Üriner sistem, embriyolojik olarak aynı kökenden gelişen genital organlarla yakın ilişki içindedir. Gebelik ve menopozal dönemde genital sistemde gelişen anatomik ve fonksiyonel değişiklikler alt üriner sistem fonksiyonunu da etkilemektedir. Alt üriner sistemin kas dokuları (pelvik taban kas) ve vasküler (vagina-üretra-mesane) yapılarında östrojen reseptörleri yer alır. Menopozla ilişkili olarak over fonksiyon yetersizliği, östrojen üretiminde azalma ve dokularda gelişen atrofik değişiklikler sonucu dizüri, nokturi, urgency ve inkontinans gibi üriner semptomların görülme sıklığı artar(38,44,45).

Gebelik döneminde progesteronun etkisiyle mesane kapasitesi, kompliansı ve damarlanması artar. Üretranın ve mesanenin kas tonusu azalmaktadır. Bu değişiklikler menstrual siklusun luteal fazında gözlenmiştir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında uterus mesaneye baskı yapar. Bunun sonucunda frequency ve stres üriner inkontinans görülebilir(9,10). Literatürde, gebelik esnasında üriner inkontinans prevalansı %30-59 arasında olduğu bildirilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan inkontinans, genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır(46). Bennes ve arkadaşları postmenopozal dönemde östrojen ve progesteron alan kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, özellikle progesteron alan kadınlarda SUİ semptomlarının kötüleştiği ve pozitif ped testi insidansının arttığını tespit etmiştir(47).

4. Doğum

Üriner inkontinans gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır. Bu faktörlerin üriner inkontinansı artırdığına dair araştırma sonuçları çelişkilidir.

Bazı çalışmalarda, vaginal doğumu takiben sinir hasarı ve pelvik taban kaslarda güç kaybı-zedelenme geliştiği, postpartum dönemde kas fibrillerinde değişiklik olduğu saptanmıştır(48,49,50,51). Sinir hasarının forseps kullanımı, vakumla çekme veya fazla doğum ağırlığı nedeniyle pudental sinir hasarına neden olduğu bulunmuştur(51,52,53). Yapılan çalışmalarda sezeryanla doğum yapan kadınlarda benzer hasarların görülmediği ve normal doğum yapanlara göre daha güçlü pelvik taban kaslarına (PTK) sahip oldukları belirlenmiş, üriner inkontinans insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır(3,39,51). Victurp ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada vaginal doğum esnasında açılan epizyotomi ile erken dönemde gelişen SÜİ arasında önemli ilişki olduğunu belirlemişlerdir(54). Öztaç yaptığı çalışmada üriner inkontinans sıklığı ile parite arasında direk ilişkinin olduğunu ve doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans görülme sıklığının da doğrusal olarak arttığını bulmuştur. Aynı çalışmada vaginal yolla doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme oranı %29, sezeryanla doğum yapanlarda üriner inkontinans görülme oranı %14.5 olarak tespit edilmiştir. Vaginal doğum sonrası üretral basınç profili incelemelerinde (UPP) maksimal üretral kapanma basıncı ve maksimal üretral basınç düşük, fonksiyonel üretra uzunluğu kısa bulunmuştur. Sezeryanla doğum yapanlarda bu değişikliklere rastlanmamıştır(39).

Literatürdeki bazı çalışmalarda ise paritenin inkontinansı etkilemediği tespit edilmiştir. Folspang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada üriner inkontinans prevalansı nulliparlarda, multiparlara göre düşük bulunmuş ancak 1,2 veya 3 vaginal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans prevalansında farklılık tespit edilmemiştir(50). Skanner ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada parite ile inkontinans arasında ilişki bulamamıştır(55).

5. Bağ Dokusu

Pelvik taban çeşitli tipteki kollajenden oluşmaktadı. Tip I kollajen kalın ve sert fibrillerden oluşmuştur. Tip III kollajen ince, zayıf ve izole fibrillerden meydana gelmiştir. Keane ve arkadaşları ürodinamik incelemeyle SUİ varlığı saptanmış ve hiç doğum yapmamış 30 kadın hastaya periüretal biopsi yaparak Tip I ve Tip III kollajen miktarlarını incelemiştir. Sonuçta Tip I ve Tip III kollajen miktarlarını karşılaştırdıklarında Tip I kollajen miktarını düşük olarak bulmuşlardır. Aynı zamanda kontinenti olan kontrol grubuna göre gerçek SUİ olan grupta total kollajen miktarını daha düşük bulmuşlardır(56).

Yapılan çalışmalarda pelvik taban yetmezliği ve SUİ olan kadınlarda, olmayanlara göre bağ dokusundaki kollajen oranlarında düşme olduğu ve bu düşmenin inkontinans üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir(39,57).

6. Sigara, Obesite ve Kronik Konstipasyon

İntrabdominal basıncın kronik olarak artışına neden olan her durum üriner inkontinansın gelişimi veya artışı için risk faktörü oluşturmaktadır. Obesite, kronik konstipasyon ve sigara kullanmanın SUİ için predispozan faktörler olduğu ileri sürölmektedir(39,58,59).

Sigara kullanımına bağlı olarak mesane basıncı artar, kollajen sentezi azalır, östrojen seviyesini olumsuz yönde etkilenir. Sigara kullanımı ile birlikte şiddetli öksürmenin de etkisiyle sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonu bozulur. Sigara iemenin üriner inkontinansın bütün şekillerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir(3,30,39,58,60).

7. Histerektomi

Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vaginanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu üriner inkontinans gelişebilmektedir(44,61). Brown ve arkadaşları 11 epidemiyolojik çalışmayı inceledikleri araştırmada histerektomi geçiren kadınlarda inkontinans görülme riskini %40 olarak belirtmişlerdir (62). Virtanen ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada histerektomi sonrası üriner inkontinans ve cinsel problemlerin istatistiksel olarak önemli şekilde azaldığını bulmuşlardır(63).

8. Prolapsus ve Anterior Onarım

Dolu bir mesane retro-vesikal bağlantı olarak karın içi yerleşim göstermektedir. Sistosel, rektosel, genital prolapsusu olan hastalarda bu bağlantı karın dışında yer alabilmektedir. Bunun sonucunda öksürme, hapşurma ve gülme gibi karın içi basıncın yükseldiği durumlarda mesaneye üretradan daha fazla basınç iletilmektedir. Bu durumda mesane içi basıncın üretra içi basıncı aştığı zaman idrar kaçırma görülmektedir(11).

Genital prolapsus ile üriner inkontinans sık görülen şikayetler olup aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. Rozenweig ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ağır genital prolapsusu olan ancak üriner inkontinans semptomları olmayan kadınların %60'ında Ürokinamik yöntemlerle gizli üriner inkontinanslarının olduğunu saptamışlardır(64). Grady ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sistoseli olan kadınların %30'unda yapılan Ürokinamik tetkikler sonucunda mesane kasında instabilite olduğu, yapılan cerrahi onarımdan sonra 54 kadından 51'inde SUI'ın ortadan kaybolduğu saptanmıştır(65).

9. Abdominal Tümör

Abdominal tümörler intravesikal basıncı direk artırır. İntravesikal basıncın göreceli olarak artması üretral sfinkter kontrolünü göreceli olarak yetersiz hale getirir(27).

10. Radyoterapi

İnvazif mesane kanseri için uygulanan radyoterapi sonrası fibrotik mesane hasarı ve kısmen denervasyonunun aşırı duyarlı hale dönüşmesi ile hastaların yaklaşık olarak %50'sinde frequency ve urgency semptomları gelişmektedir(66).

11. Spinal Kord Yaralanmaları

Spinal kord yaralanmaları, Multiple Skleroz ve diabetik nöropati gibi hastalıklar sinir sistemi hasarı yaptığı için pelvik bölgedeki sinir fonksiyonlarını bozabilmektedir(9,10,24). Spinal kord yaralanmalarında en sık detrusor instabilite görülmektedir.

12. Üriner Sistem Enfeksiyonu

Mesane enfeksiyonları kadınlarda genellikle sık görülen problemlerdendir. Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diabet gibi çeşitli hastalıklar, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, menapoz (östrojen eksikliği sonucu ürogenital flora değişir ve vaginal pH artar), az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar ağır ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına yol açmaktadır(10,27,39). Enfeksiyon mukozamal inflamasyon oluşturmakta ve bu durumda involanter detrusor kontraksiyonlara yol açmaktadır. Yine enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik geliştirebilmektedir.

13. İlaçlar

Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla artırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır(11).

1.7. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ

1.7.1. DETRUSOR İNSTABİLİTESİ

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), alt üriner sistem aktivitesi ile ilgili terminolojiyi yakın zamanda standardize etmiş ve 2002 yılında yayınladığı rapora göre urge inkontinansı, “ sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissi ile birlikte oluşan idrar kaybı” olarak tanımlamıştır (67).

Urge inkontinans, sistometrinin dolma fazında hastanın inhibe etmek istemesine karşın spontan veya provokasyonla kontraksiyonlar gösteren mesane ya da detrusor instabilitesi olarak adlandırılır(9,20). Hastanın işemeyi inhibe etmek istemesine karşın ve/veya kaçırma semptomları ile birlikte olan her istemsiz tonik detrusor kontraksiyon bugün instabilite olarak tanımlanmaktadır. Detrusor instabilite (DI) terimini ilk kullanan Botes olmasına karşın nörolojik olarak normal kadınlarda aninhibe kontraksiyonlarla birlikte inkontinansı ilk olarak tanımlayan Hodgkinson’dır. DI ile inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları pollaküri, noktüri ve urgency semptomları ile birlikte ya da bu semptomlar olmaksızın üriner inkontinansa neden olur. DI nörolojik olarak normal hastalarda görülürken aynı bulgular nöropatisi olan hastalarda hiperefleks mesane (detrusor hiperrefleksia) olarak adlandırılmaktadır. Detrusor hiperrefleksia ile birlikte sık görülen nörolojik hastalık serebral paralizidir. Suprasakral spinal kord lezyonları olan ve

MS'li hastalarda detrusor hiperrefleksia yaygın olarak detrusor sfinkter dissinerji ile birliktedir(9,20,24,68,69). Buna ek olarak yaşlı hastalarda urge inkontinans semptomları ile birlikte olan bir diğer ürodinamik tanı mesane kontraktilesinin bozulması ile ortaya çıkan Detrusor Hiperaktivitesidir. Detrusor hiperaktiviteli hastalar istemsiz olarak detrusor kontraksiyonlarla birlikte mesaneleri tamamen boşaltabilmek için kasmak zorundadırlar. Klinik olarak detrusor hiperaktiviteli hastalarda genellikle urge inkontinans semptomları ile birlikte rezidüe idrar volümlerinde artış görülmektedir.

Etyopatogenezinde dolum fazında detrusor kas aktivitesi üzerindeki istemli santral kontrolün kaybolması ve bunun sonucunda istemsiz detrusor kontraksiyonların gelişmesi yatmaktadır. Bu kontraksiyonlar sonucu mesane içindeki basınçtaki uygunsuz artışlar akomodasyonun bozulmasına, kapasite ve kompliansın azalmasına ve üriner şikayetlerin ortaya çıkmasına neden olur. Mesane içi basınç, üretra içi basınçtan yüksek olduğu zaman ise inkontinans gelişir(9,20).

DI'li hastalarda en sık karşılaşılan yakınmalar %78 oranında pollaküri, % 78 oranında urgency, %72 oranında nokturi, %71 oranında urge inkontinans ve %64 oranında mesanede tam boşalmama hissidir(24,69).

DI 10-50 yaş grubu arası kadınların %10-15'inde görülmektedir. 6 yaşından sonra nokturnal enüresisi olan çocuklarda insidansı %15 oranındadır. 1994 yılında Danimarka'da yapılan çalışmada adult kadın popülasyonunun %17'sinde inkontinans olduğu tespit edilmiştir(25).

Yaşlanma, medikal durum, immobilité, duyu yollarındaki değişiklik, ilaç kullanımı, geçirilmiş abdomino-pelvik cerrahi, fonksiyonel ve psikolojik bozukluklar DI gelişimine neden olan faktörlerdendir.

1.7.2. STRES ÜRİNER İNKONTİNANS

SUI, detrusor aktivitesi olmaksızın öksürme , gülme gibi intrabdominal basıncın arttığı fizik aktiviteler sırasında intravesikal basıncın maksimum üretral basıncı aşması sonucu gelişen istemsiz idrar kaçırma olayıdır(20,24,29,69).

SUI fizyopatolojisinde iki önemli faktör rol oynar. Birincisi anatomik desteğin zayıflaması (%90 oranında), ikincisi internal sfinkter yetmezliğidir. SUI genellikle anatomik bozukluğa bağlı olarak görülmektedir(69). Kontinansın devam ettirilebilmesi için üretral ve pelvik anatomi intakt, periferik ve santral sinir sistemi kontrolünün düzenli olması gereklidir. SUI'da, yetersiz üretral kapanma mekanizması ya da anormal üretral kapanma mekanizması ancak anatomik yapıların intakt olamamasından kaynaklanabilir(1,2,3). Üretra, vagina ön duvarına asılı konumda yerleşiktir. Levator ani ve arkus tendineus fasya pelvise bağlı üretral desteği sağlayan yapılardır. Bu dokuların defekti anterior vaginal prolopsusa yol açar. Levator ani kası iki tip kas lifinden oluşur. Yavaş kasılan Tip I lifler; pelvik tabanın istirahat kas tonusunu sağlayarak pelvik organlara destek olur. Hızlı kasılan Tip II lifler öksürme, gülme gibi intrabdominal basıncın ani olarak arttığı durumlarda hızlı ve güçlü bir şekilde kasılarak karşı koyarlar. Gasling ve arkadaşları pelvik taban kaslarının %95'ini Tip I liflerin oluşturduğunu, üretral çizgili sfinkterin ise sadece Tip II liflerden oluştuğunu göstermiştir(70).

SUI doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon ve yaşlanmaya bağlı olarak sekonder de gelişebilir(3). Smith ve arkadaşları SUI ve genital prolapsusu olan 105 kadında pubokoksigeus kasına iğne EMG uygulamışlar ve SUI 'lı kadınların pubokoksigeus kasında parsiyel denervasyon bulguları kaydetmişlerdir(71,72). SUI nedenleri;

1.İntrabdominal basınç artışı

- Kronik konstipasyon
- Ağır kaldırma
- Abdomino-pelvik tümör
- Obesite
- Kronik pulmoner hastalık

2.Üretral yetersizlik

- Üretral hipermobilité
- İntrinsik sfinkter hasarı
- Periüretral fibrosis
- Travma

3.Konjenital

- Kısa üretra
- Epispodias(3)

SUI'nı tanımlanmasına yönelik birçok sınıflama yapılmıştır. Bu sınıflamalar arasında en sık kullanılan üçü Blavias, Mc Guine ve Raz sınıflamalarıdır.

BLAIVAS'a göre;

TİP 0: Anamnezde kişide idrar kaçırma şikayeti olmasına karşın, klinik ve ürodinamik çalışmalar sonucunda idrar kaçırma olduğu saptanamaz.

TİP 1: Mesane boynu istirahat sırasında kapalıdır ve simpfisiz pubisin alt sınırı üzerindedir. Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha az aşağıya doğru sarkar. Sistosel yoktur ya da çok azdır.

Tip II A: Mesane boynu istirahat sırasında kapalıdır ve simpfisiz pubis alt kenarı hizasındadır. Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha fazla aşağıya doğru sarkar. İntrabdominal basınç arttığı zaman idrar kaçırma gözlenmektedir. Sistosel belirgindir.

Tip II B: Mesane boynu istirahat sırasında kapalıdır ve simpfisiz pubis alt hizasında ya da altındadır. Stres esnasında aşağı kayma olsun veya olmasın mesane boynu ve proksimal üretra açıktır. İnkontinans oluşur.

Tip III: Proksimal üretra, sfinkter fonksiyonunu kaybetmiştir. Mesane boynu ve proksimal üretra istirahat esnasında detrusor kontraksiyon olmaksızın açılabilir. Çok küçük bir intrabdominal basınç artışında idrar kaçırmanın olduğu gözlenmektedir. Hatta idrar kaçırma durumu yerçekiminin etkisiyle bile olabilir(73).

Mc Guire göre;

TİP O: SUI yoktur.

Tip I: Klinik olarak SUI var ya da yoktur ancak minimal hipermobilité mevcuttur. Üretral kapanma basıncı istirahat ve supine pozisyonda > 20 cm H₂O dur.

Tip II: Klinik olarak SUI vardır. Abdominal basınç arttığında üretra horizontal pozisyona gelir. Üretrada belirgin hipermobilité mevcuttur. Üretral kapanma basıncı istirahat ve supine pozisyonda < 20 cm H₂O dur (74).

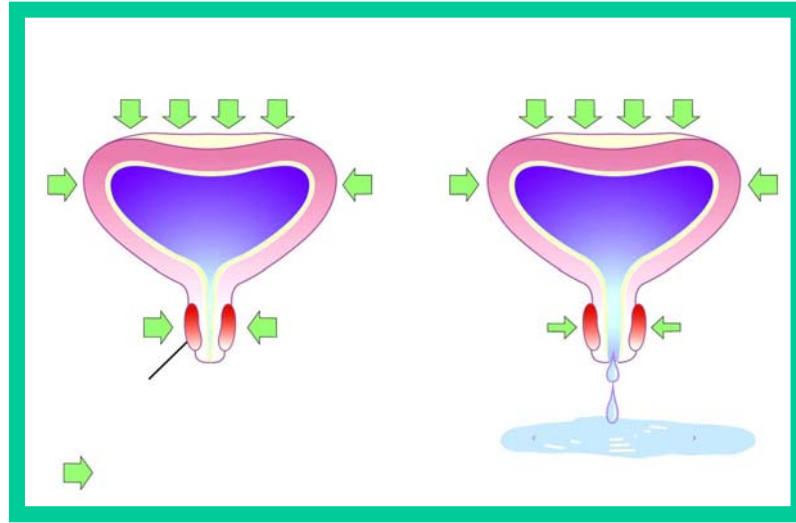
RAZ' a göre;

TipI: Anatomik inkontinans, intakt bir sfinkter ünitesinin yer değiştirmesine bağlıdır.

TipII: İntrensek sfinkter yetmezliği, sfinkterin fonksiyon bozukluğuna bağlıdır. Hipermobilité var ya da yoktur(74).

a) KONTINANT

b) SUI



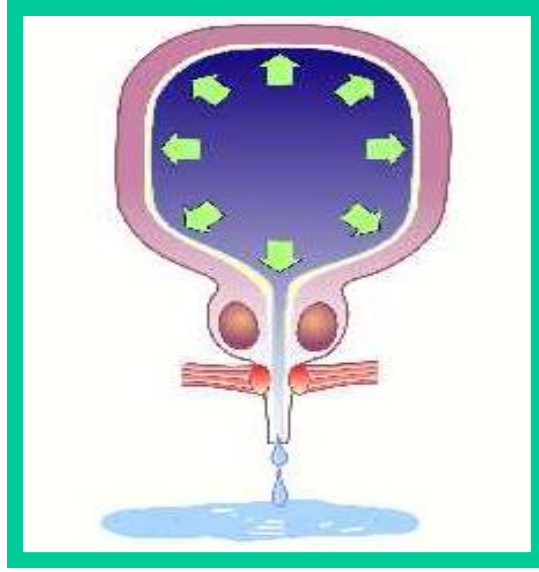
Şekil 8. Stres üriner inkontinans

1.7.3. MİKS TİP İNKONTİNANS

Stres ve urge inkontinans semptomlarının bir arada görüldüğü inkontinans şekli olarak tanımlanır(18,24,27). Stres ya da urge inkontinans belirtileri diğerine oranla daha rahatsız edici düzeyde olabilir. Miks tip inkontinans geriatrik popülasyonda daha sık görülmektedir.

1.7.4. OVERFLOW İNKONTİNANS

Mesane aşırı dolması sonucunda belirli aralıklarla küçük miktarda istemsiz idrar kaçırılması durumudur(11,27). Bu tip inkontinans detrusor kasında kontraksiyon yoktur. Mesane içi basınç üretra içi basıncı geçtiği zaman idrar kaçırma meydana gelmektedir. Miks tip inkontinans sık sık veya sürekli damlama şeklinde ya da urge veya stres inkontinans semptomlarını kapsayan çeşitli şekillerde görülebilir. Özellikle Diabetes Mellitus, alt spinal kord yaralanmaları, radikal pelvik cerrahi ya da üretradaki obstruksiyon sonucunda oluşmaktadır(8,11,24,27).



Şekil 9. Overflow inkontinans

1.7.5. FONKSİYONEL TİP İNKONTİNANS

Alt üriner sistem dışındaki faktörlere bağlı gelişen üriner inkontinans şeklidir. Çoğunlukla fiziksel ya da kognitif fonksiyonlardaki bozukluğa ya da depresyon, bağımlılık hissi gibi psikiyatrik sorunlar sonucunda oluşur(11,24).

1.8. ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE TANI YÖNTEMLERİ

Üriner inkontinans her yaşta kadını etkileyen, yaşam kalitesini bozan, sosyal ya da hijyenik sorun haline gelen bir hastalıktır. Bu nedenle hastalara en etkin, zararsız ve en ucuz tedaviyi verebilmek için detaylı ve doğru bir değerlendirmenin yapılması gereklidir. Hastaların değerlendirilmesi bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip multidisipliner bir ekip çalışmasıyla sağlanır. Bu ekip içerisinde;

- Ürolog,
- Jinekolog,

- Nörolog,
- Fizyoterapist,
- Psikiyatrist
- Diyetisyen,
- Hemşire yer almaktadır.

1.ANAMNEZ

Üriner inkontinansın sosyal ya da hijyenik bir sorun olup olmadığının belirlenmesinde ürojinekolojik değerlendirme içerisinde hasta öyküsünün önemli bir yeri vardır. Anamnezde demografik bilgiler ile üriner inkontinans şikayetinin başlangıcı, şiddeti ve yaşam şekline olan etkisinin neler olduğu araştırılır. Üriner inkontinans patofizyolojisinde rol oynayabilecek genito-üriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla ayrıntılı olarak obstetrik, jinekolojik ve ürolojik hikaye alınır. Ayrıca genito-üriner sistem dışı etkenlere yönelik olarak genel sağlık durumu, geçirdiği operasyonlar, medikal ve nörolojik hastalıklar ile kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinilmesi gerekir(3,27). Sigara ve kronik öksürüğe neden olan KOAH gibi solunum sistemi hastalıkları pelvik taban güçsüzlüğüne yol açtığından sorgulanmalıdır. Hastanın mobilitesi ve oryantasyonu değerlendirilmeli, frequency, urgency ve noktüri gibi üriner semptomlar sorgulanmalıdır. İnkontinans epizodlarının sıklığı ve hastanın problemi hakkındaki düşüncesi de değerlendirilmelidir(3).

Defekasyonda zorluk ve kronik konstipasyon perineal sinir ve pelvik tabanı travmatize ederek pelvik taban güçsüzlüğüne yol açtığından barsak alışkanlığı sorgulanmalıdır(75).

2.ÜRİNER GÜNLÜK (frekans/ volüm grafisi)

Hastadan öykü alırken 24 saatlik bir idrar günlüğü tutması istenir. İdrar günlüğünde hasta aldığı-çıkarttığı sıvı miktarını ve frekansını bir gün boyunca kaydeder. Ayrıca aldığı sıvının cinsini, inkontinans epizotlarını, işeme sıklığını ve idrar kaçırdığı andaki aktivitesini de saatleri ile birlikte kaydeder. Hastadan alınan bu günlük ile idrar volümü, işeme sıklığı, ne sıklıkta inkontinansın olduğu ve üriner inkontinansı artıran ve azaltan durumların ne olduğuna yönelik bilgiler elde edilir. Kontinant bir kişi için günlük işeme sıklığı gündüz 4-6 ve gece 1-2 arasındadır. Gündüz 7'den fazla idrara çıkma normal kabul edilmez(10,12,18,27).

3.FİZİK MUAYENE

Hastaların genel sağlık durumu ve alt üriner disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların belirlenmesi yönünden araştırılmasıdır. Nörolojik muayenede refleksler, duyu ve kasların motor gücü araştırılır. Hastaların genel aktivitelerine ve mobilitelerine engel olabilecek kas-iskelet sistemine ait sorunlar incelenir. Ayrıca üriner inkontinans gelişimine katkıda bulunan pelvik relaksasyon ve eşlik eden diğer jinekolojik problemlerin belirlenmesi için jinekolojik ve ürolojik muayenenin yapılması gerekir(9,10,12,27). Bunun yanı sıra hastaların tedaviye uyum sağlaması ve ileride uygulanacak tedavi yöntemlerinin seçilebilmesine yardımcı olmak için hastaların genel fizik ve mental sağlık durumlarının değerlendirilmesi gerekir. Bazı durumlarda sistemik fizik muayene ile üriner inkontinansın altta yatan patolojik nedeni bulunamayabilir. Bu durumda kesin tanıya ulaşmak için klinik ve laboratuvar testlere ihtiyaç duyulmaktadır.

4.ÜROJİNEKOLOJİK TESTLER

- **LABORATUVAR TESTLERİ:**

Mesane ve üretranın enfeksiyonu birçok alt üriner sistem sorununu taklit edebileceği gibi bazen bu sorunların altında yatan tek neden olabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon duyuşal uyarı artışına ve istemsiz detrusor kontraksiyonlara yol açabilir Ayrıca üretral sfinkter yetmezliğine de neden olabilir. Bu nedenle muhtemel enfeksiyonu belirlemek için idrar kültürü ve analizi yapılmalıdır(9,10,18,27).

- **Q TİP TESTİ**

Paraüretral dokuların anatomik desteğinin etkinliğini ve mesane boynu ve proksimal üretranın mobilitesini objektif olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan bir testtir(12,24,27). Litotomi pozisyonunda pamuk uçlu bir çubuk üretradan mesaneye doğru itilerek, pamuk uç internal üretral meatusa yerleştirilir. Mesane dolu iken istirahat ve ıkınma sırasında çubuğun dışdaki ucu ile horizontal düzlem arasındaki açı ölçülür(24,27). Eğer ıkınma ve istirahat açıları arasındaki fark 35° ‘den fazla ise mesane boynunun anatomik desteğinin azaldığı ve üretra mobilitesinin arttığını gösterir(27).

- **STRES TESTİ**

SUI varlığını ve subjektif olarak şiddetini belirlemek amacıyla yapılır. Tek başına tanısal amaçlı kullanılmamaktadır. Kişiyi yönlendirici ve tanıya yardım amacıyla kullanılmaktadır. Hastanın mesanesi dolu iken ayakta veya litotomi pozisyonunda yapılabilir. Hastadan öksürme, ıkınma gibi intrabdominal basıncı artıran hareketler yapması istenirken aynı zamanda eksternal üretral meatustan idrar kaçağı olup olmadığına bakılır(9,27).

- **BONEY-MARCHETTI TESTİ**

Stres testinin pozitif olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Üretra, paraüretal sulkustan ön vaginal duvara doğru kaldırılır. Amaç vaginal duvarın yükseltilmesi değil sarkmasını engellemektedir. Bu pozisyona getirildiğinde idrar akışı gözlenmiyorsa anatomik bir bozukluk olduğu düşünülmektedir. Ancak günümüzde ürodinamik ölçümlerle test sırasında idrar akışının mesane boynu elevasyonu ile değil direkt mekanik üretal obstruksiyon nedeniyle önlendiği gösterildiğinden bu testin tanısal değerinin olmadığı kabul edilmektedir(9,27).

- **PED TESTİ**

Üriner inkontinansın varlığını ve derecesini objektif olarak gösteren, klinikte yaygın olarak kullanılan bir testtir(27). Üriner inkontinansı hafif-orta-şiddetli olarak derecelendirmede önemli bilgi verir. Ayrıca konservatif tedavinin etkinliğini değerlendirmede de kullanılmaktadır. Bu test menstrual dönemde ve enfeksiyon varlığında uygulanmaz. 1 saatlik ve 12 saatlik şekillerde yapılabilir. Uzun süreli evde uygulanan testlerin daha fizyolojik olduğu ve daha doğru sonuçlara ulaşıldığı bildirilse de test süresinin uzun olması hastanın uyumunu azaltmaktadır. Bu nedenle hasta uyumu daha yüksek olan ve polikliniklerde de uygulanabilen ICS Derneğinin 1983 yılında standardize ettiği 1 saatlik ped testi sık olarak kullanılmaktadır.

1 saatlik ped testi;

Temiz ped uygulanan hastaya 500 ml sıvı verilir. Hasta 30 dk yürütülür, 45. dakikada 10 kez oturtulup kaldırılır. 10 kez öksürtülür, 1 dak. süresince koşar, yerdeki objeleri toplar ve eli yıkatılır. 60. dakikada ped alınır. Hassas terazide ölçülür. Test sonucunda ölçülen ağırlık farkı kaçan idrar miktarının göstermektedir.

<2gr. İse —————> KURU

2-10 gr ise —————> ORTA-HAFİF İDRAR KAÇIRMA

10-50 gr ise	→	ŞİDDETLİ İDRAR KAÇIRMA
>50 gr ise	→	ÇOK ŞİDDETLİ İDRAR KAÇIRMA

- **STOP TESTİ**

SUI'ı olan hastalarda konservatif tedavinin etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Hastaya günün ikinci işemesinde ve işemenin orta akımı sırasında idrarını kısa süreli durdurması söylenir. Kişi idrarını durdurabiliyorsa ya da azaltabiliyorsa pelvik taban kaslarını doğru ve şiddetli kasıyor anlamına gelir. Ancak bu test hiçbir zaman egzersiz amaçlı kullanılmamalıdır. Zira mesane boşalmasının zorlaşmasına ve üriner enfeksiyon gelişiminin kolaylaşmasına neden olur(22,23).

- **DİGİTAL PALPASYON İLE PELVİK TABAN KAS GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Pelvik taban kas gücünün manuel olarak subjektif değerlendirildiği bir yöntemdir. Hasta litotomi pozisyonunda testi yapan kişi steri şartlar altında iki parmağını vaginaya yerleştirir ve hastadan idrar ve gaz çıkışını durdururcasına PTK'nı kasmaı istenir. Testin puanlanmasında çoğunlukla Modifiye Oksford skorlaması kullanılır(23).

Grade 0: Kontraksiyon yok

Grade 1: Kontraksiyon minimal, 1 sn'nin altında parmakları tutabilme

Grade 2: Kontraksiyon zayıf, parmaklarda elevasyon yok ve 1-3 sn tutabilme

Grade 3: Kontraksiyonla terapistin parmakları posterior vaginal duvara kadar eleve edilir, minimal basınç ve 4-6 sn tutabilir

Grade 4: Terapistin parmakları postero vaginal duvara eleve olur, parmaklar üzerinde daha yoğun basınç hissi ve 7-9 sn tutabilme

Grade 5: 9 sn süren güçlü bir kontraksiyon ve terapistin parmağına karşı büyük bir direnç olur.

- **PERİNEOMETRE**

Pelvik taban kas gücünün objektif olarak değerlendirmek amacıyla kullanılan vaginal bir dinamometredir. Pelvik taban kaslarının kontraksiyonu esnasında biofeedback oluşturmak amacıyla kullanılır. İntravaginal basınç cmH_2O biriminden ölçülür. Vagenin 3 cm içerisine yerleştirilen vaginal prob yardımıyla PTK gücü değerlendirilir. Normalde 30-60 cmH_2O 'luk bir basıncın elde edilmesi gereklidir. Pelvik döşeme kas zayıflığı olan hastalarda 0-5 cmH_2O 'ya kadar basınç düşebilir(23,76).

5. ÜRODİNAMİK LABORATUVAR İNCELEMELERİ

Ürodinamik laboratuvar incelemeleri, klasik yöntemlerle tespit edilemeyen detrusor ve sfinkter disfonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ürodinamik incelemeler 2 ayrı bölümde incelenir(69).

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| 1. Depolama işlevinin değerlendirilmesi | → | Sistometri |
| | → | Üretral basınç ölçümü |
| | → | İdrar kaçırmada miktar tayini |
| 2. Miksiyonun değerlendirmesi | → | Üroflowmetri |
| | → | Basınç-akım ilişkisi |
| | → | Üretral basınç ölçümü |
| | → | Rezidüe idrar miktarı tayini |

- **ÜROFLOWMETRİ**

Bir akım ölçer yardımı ile birim zamandaki idrar akımının ml/sn olarak ölçüldüğü noninvazif bir yöntemdir. Bu yöntem aracılığı ile mesane boşaltım işlevinin sonunda elde edilen miksiyon zamanı, ortalama akım hızı ölçülerek detrusor kontraksiyon, mesane boynunun açılması ve üretradaki iletim hakkında kabaca fikir verir(10,24). Üroflowmetrik değerlendirmede işeme zamanının 40 sn'den az, ortalama akım hızının 10 ml/sn 'den fazla ve maksimum akım hızının da 15 ml/sn 'den fazla olması beklenir.

Hastanın total idrar volümü 200 ml'den az ise üroflowmetriden elde edilen sonucun anlamlı olmadığı kabul edilmektedir(24,27).

- **SİSTOMETRİ**

Mesanenin pasif dolumu sırasında mesane basınç-hacim ilişkisi ile depolama işlevindeki yetersizliği ve etkinliği gösteren yöntemdir. Mesanenin artan volümüne uyumu yani kompliansı, kapasitesi, detrusor kas aktivitesi ve duyu fonksiyonları hakkında ayrıntılı bilgi edinilir(12,20,27). Sistometride mesaneyi doldurmak için tek lümenli suprapubik veya çift lümenli üretral kateter kullanılır. Sistometri sırasında mesaneyi doldurmak için vücut ısısında sıvı ya da CO₂ gazı kullanılır. Sistometride hastanın mesanesi yavaş yavaş doldurulurken her 50-100 ml'lik artışlarda eş zamanlı olarak abdominal ve üretral basınç değişiklikleri ve bunun yanı sıra anal veya üretral sfinkter aktivitesi elektromiyografik olarak kaydedilir(10,18,24,27).

- **ÜRETRAL BASINÇ PROFİLİ (UPP)**

Mesane boynundan üretral meatusa kadar çekilen bir kateter yardımı ile üretra içi basıncın ölçülmesidir. Fonksiyonel üretra uzunluğu, mesane içi basınç ve üretra içi basınç değerlendirilir. Bu test SUİ tanısını koymada faydalıdır(10,24,27).

- **ELEKTROMYOGRAFİ**

Periüretral bölgeye internal ya da perianal bölgeye eksternal olarak yerleştirilen elektrotlarla ürogenital sfinkterin elektriksel aktivitesini değerlendirme yöntemidir. Genelde sistometri veya üroflowmetrik incelemeyle birlikte uygulanır. Videoürodinami dışında detruso-sfinkter dissinerjisinin gösterilebildiği tek tanı yöntemidir (10,11,12,24,27).

- **VIDEOÜRADİNAMİ**

Ürokinamik incelemeler sırasında kullanılan infüzyon sıvısının belli oranda kontrast madde içermesi ile eş zamanlı olarak alt üriner sistemin radyografik olarak görüntülenmesi yöntemidir(20).

- **ULTRASONOGRAFİ**

Transperineal probla hasta ıkınırken ya da öksürürken yapılan dinamik bir yöntemdir. Bu yöntem aracılığıyla mesane boynu ve proksimal üretra mobilitesi hakkında bilgi sağlanır(27,12).

1.9. ÜRİNER İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ

Üriner inkontinans her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ya da hijyenik bir hastalıktır. Üİ değişik nedenlerden dolayı meydana gelen kompleks bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yaşama kalitesi terimi ilk olarak 1939 yılında Thorndike tarafından kullanılmış ve “ sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Kişinin sağlık durumunu gösteren ölçütlerin kombinasyonu anlamına gelir(77,78).

Üriner inkontinanslı hastalar mesane kontrolünü kaybettiğinde bu durumun dışarıdan fark edilebileceğini düşünüp rahatsızlık duyarlar. Utanma, vücut imajında bozulma, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve suçluluk gibi değişik emosyonel bozukluklar yaşarlar(78).

Üİ’li hastalar değerlendirilirken yaş, sosyal-kültürel durumlardaki ve genel sağlıktaki farklılıktan dolayı semptomlarını hafif ya da ciddi olarak tanımlarlar. Bu

nedenle bu tür hastalar için hazırlanmış standart bir form geliştirilmedikçe Üİ'nin yaşam kalitesine olan etkisi doğru bir şekilde saptanamaz. Yaşam Kalitesi Testleri Üİ'nin birey için sorun olma derecesini yansıtır(3). Ayrıca klinik parametrelerdeki objektif değişiklikler takip edilerek hastalardaki değişimlerin belirlenmesine yardımcı olur. Yaşam kalitesini ölçen iki tür ölçek vardır.

1. Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri
2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Geniş bir alanda farklı gruplar ve klinik koşullarda uygulanabilir. Belirli bir hastalık, tedavi ya da yaş grubuna özgü değildir. Bu tür ölçekler farklı hasta grupları ve farklı şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak verir(77,78). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan genel sağlığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında; Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili ve Kısa Form 36 (SF- 36) yer alır.

Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik ve spesifik medikal şikayetlerin etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçeklerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesine olanak verir(77,78). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- Incontinence Impact Questionnaire (Whyman 1987)
- Urogenital Distress Inventory (Shumaker, Whyman 1994)
- Symptom Impact Questionnaire (Black 1996)
- Incontinence-Quality of Life (I-QQL) (Wagnerwork 1996)
- King's Health Questionnaire (Kelleher 1997) yer alır.

Sağlık bakımının en önemli amacı, hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen kişinin günlük yaşam aktivitelerini devam ettirmesine yardımcı olmaktır. Bu nedenle fizyoterapi yaklaşımı kişinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar üzerinde olmalıdır.

1.10. ÜRİNER İNKONTİNANSTA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Üriner inkontinans kişinin yaşamını tehdit eden bir olay olmasa da hastalarda sürekli ıslaklık ve irritasyondan kaynaklanan rahatsızlık hissine bağlı olarak depresyona kadar varan emosyonel bozukluk gelişmektedir. Üİ'lı hastaların cinsel yaşamları, günlük ev içi ve iş aktivitelerinin etkilendiğini bu durumu önlemek için sosyal ve fizik aktivitelerde kısıtlama ve hatta sıvı alımlarını azaltma yoluna gittikleri bilinmektedir (1). Üİ'lı hastaların tedavisinde amaç; mesane kontrolünün tekrar kazanılmasıdır. Bu nedenle birçok tedavi yöntemi kullanılmaktadır.

1. Konservatif Tedavi

- Davranışsal Tedavi
 - i. Pelvik Taban Kas Egzersizi
 - ii. Biofeedback
 - iii. Vaginal Kon
 - iv. Mesane Eğitimi
 - v. Tuvalet Gitme Programı
 - vi. Diyet
- Elektriksel Stimülasyon

2. Farmakolojik Tedavi

3. Cerrahi Tedavi

1.KONSERVATİF TEDAVİ

A. DAVRANIŞSAL TEDAVİ

İstemli kortikal efor ile istemsiz gelişen detrüsor kontraksiyonların inhibe edilmesi prensibine dayanan tedavi yöntemleridir. Tüm davranış tedavilerinde amaç; mesane kontrolünün yeniden kazanılmasıdır. Davranışsal tedavi zaman alıcı ve yoğun yöntemlerdir. Bu nedenle fizyoterapist ile hasta arasındaki iletişim ve hastanın motivasyonun iyi düzeyde olması önemlidir(79).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTE)

PTE ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır(80). PTE’de amaç; pelvik taban kaslarını güçlendirmek ve üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmektir. Ayrıca kişilerde olabilecek pelvik organ prolapsusunu azaltmak ve vaginayı daha stabil hale getirmektir(5,27,80,81)). Zayıflamış pelvik kaslar, intrabdominal basınç artışı sırasında idrarın kaçmasına neden olur(80,81). Uzun süre yapılan PTE ile tip I liflerinde hipertrofi meydana gelir bu da vaginal destek yapının artmasına neden olur. PTE ile aynı zamanda motor ünitlerin birbiri ile olan ilişkisi ve koordinasyonu da düzenlenir. Düzenli ve doğru yapılan PTE ile aktif motor ünit sayısı ve bunların uyarılması artar(82). Egzersizin fizyolojik etkileri ancak 2. haftanın ortasında çıkmaya başlar. 6.-8. haftalarda hastanın şikayetlerinde azalma ve 6. ayda tamamen düzelme olur. Bunun için egzersizin düzenli ve doğru şekilde yapılması önemlidir(79). Bo ve arkadaşları SUI’lı hastaları 4 guba ayırarak tedavi etmişlerdir. 1. gruba PTE, 2. gruba ES., 3. gruba vaginal kon ile tedavi verilmiş, 4. grup kontrol grubu olarak alınmıştır. Çalışmanın sonucunda PTE’nin diğer tedavi yöntemlerine göre daha etkili olduğunu tespit etmişlerdir(80). Wilson ve ark. Vaginal doğum sonrası bir grup kadına PTE verdiği, bir diğer gruba vermediği çalışmada doğumdan sonra 3., 4., 6. ve 9.

aylarda yaptığı değerlendirmede Üİ prevelansının egzersiz verdiği grupta %56, egzersiz vermediği grupta % 76 olarak bulmuştur(81).

Egzersiz programının başarılı olabilmesi için uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç ve premenapozal dönemde olması, obes olmaması, mevcut semptomlarının şiddetinin az ve kısa süreli olması başarı şansını artırır. Yine hasta ile iyi kooperasyonun kurulması başarı şansını artırır. Geçirilmiş cerrahi girişim ve depresyon tedavinin başarı şansını azaltır(81,83,84).

Bugün SUI tedavisinde PTE, birinci seçenek olarak kabul edilmektedir. Bu kaslar herhangi bir eklem hareketine sebep olmadığından birçok kadın PTK'nı doğru şekilde çalıştırmasını bilmez ve anlamakta zorluk çeker. Egzersizi öğretme hastanın doğru kasını kullanıp kullanmaması açısından son derece önemlidir. Hastaya egzersiz öğretmeden önce gerekli anatomik bilgiler kapsamlı şekilde verilmelidir. Egzersizler hastaya birebir öğretilmelidir. Egzersize başlamadan önce hastanın mesanesi boşaltılmalı, rahat hareket edebileceği kıyafet giymesi söylenmelidir. Hasta dizler hafif fleksiyonda, baş hafifçe kalkık ve sırtüstü pozisyonda pelvik taban kaslarını kasma ve gevşeme yöntemi öğretilir(3,21,81).

- Kasma yöntemi; PTK 'nı idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına arkadan öne doğru sık.
- Gevşeme yöntemi; PTK'nı idrar ve gaz geçişine izin verecekmiş gibi rahat bırak.

PTE yapılırken karın, kalça ve uyluk kasları kasılmamalı ve valsalva manevrası yapılmamalıdır. Egzersizlere önce 3 tekrarla başlanır daha sonra kişinin günlük aktiviteler sırasında yapması istenir. Ulaşılmak istenen nokta 10 defa yapılan 10 yavaş kontraksiyon ve bunu takip yapılan 10 hızlı kontraksiyondur. 24 saatte 6 ya da 8 egzersiz setinin yapılması ve her setin 20-30 dk. olması gerekir(80,81,82). Egzersiz

programı düzenli şekilde takip edilmeli ve devam ettirilmelidir. Hasta motivasyonu ve programın modifiye edilmesi için ayda bir kez kas kuvveti değerlendirmesi yapılmalıdır.

PTE yan etkisinin olmaması , maliyetinin düşük olması ve hastanın kendi kendine yapabilmesi açısından avantajlı bir tedavi yöntemidir.

Vaginal Kon

İlk kez 1985 yılında Plewnick tarafından tanımlanmıştır. Pelvik taban kas gücünü artırmak ve PTE öğretmek amacıyla kullanılır. Tedavi yönteminin esası, vaginaya 20-90 gr arasında değişen konlar yerleştirilerek hastada biofeedback duyusu yaratmaktır. Burada amaç; vaginal konlar ile PTK'ında güçlü izometrik kontraksiyonlar yaratarak konların vaginada durabilmesini sağlamak ve böylece pelvik kas gücünü artırmaktır (18,32).

Uygulamaya en hafif olan konla başlanır. Günde 2 kez başlangıçta 10 dk daha sonra 20 dk süresince kon'u vagina içerisinde tutması istenir. Hasta bunu başardığında bir üst ağırlığa geçilir. Vaginal kon'lar aşırı pelvik organ prolapsus varlığında kullanılmaz. Doğum sonrası dönemde gevşemiş pelvik taban kas esnekliğinin tekrar kazanılmasında oldukça faydalı bir yöntemdir. Ayrıca bu yöntemle PTE sırasında istemeden oluşabilecek abdominal ve gluteal kontraksiyonlar engellenmiş olur.

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Bu yöntem ilk kez 1940 yılında Arnold Kegell tarafından kullanılmıştır. Kegel kadınların %30'unun pubokoksigeus kasını istemli olarak kasamadıklarını ve palpasyonda bu kas tonusunun düşük olduğunu ifade etmiştir(86). Kegel prosedüründe inkontinanslı kadınların öncelikle pubokoksigeus kas fonksiyonun farkına varmalarını öğretmek vardır.

Biofeedback yönteminde pelvik tabanın kasılma ve gevşemesi ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılır hale getirilir. Böylelikle hastanın kendisi tarafından pelvik taban kas fonksiyonlarının düzenlenmesi sağlanır. Bu yöntemle hasta pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın PTK'nı seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir(87,88).

McClish ve ark. SUI'lı hastalarda EMG biofeedback kullanarak %66'ında düzelme kaydetmişlerdir(89). Glavind ve ark 37 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ped testi sonuçlarına göre %39'unda objektif iyileşme ve %42'sinde ise olumlu gelişme gözlemlemişlerdir(90).

Biofeedback yönteminin başarısı için doğru hasta seçimi önemlidir. Hastanın motivasyonunun iyi olması, yaşamda bağımsız olması ve bilişsel fonksiyonların normal olması gereklidir.

Mesane Eğitimi

Mesane düz kaslardan oluşan ancak kortikal kontrol altında çalışan bir organdır. Normal sağlıklı bir kişide mesane kapasitesi 150-200 ml ulaştığında ilk idrar hissi oluşur. Mesane kapasitesi tamamen dolana kadar uyum sağlamak için gevşer böylece kişi uygun ortam bulana kadar idrar yapma isteğini bastırır. Mesane, serebral korteks ve spinal kord arasındaki nörofizyolojik kompleks mekanizması günde 5-7 kez idrar yapma sıklığına neden olur. Normalden sapma durumlarında bu mekanizmada bozukluk olur(3,69).

Mesane eğitimi, istemli kortikal kontrol ile istemsiz detrusor kontraksiyonların önlenebileceği düşüncesine dayanan tedavi yaklaşımıdır. İlk kez 1966 yılında Jeffcook ve Francis tarafından geliştirilmiştir. Mesane eğitimi belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği bir programdır. Amaç; idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini artırmak ve mesane kontrolünü sağlamaktır(91).

Mesane eğitimi kontraendikasyonu olmayan, noninvasif ve ucuz bir yöntemdir. Özellikle urge inkontinans, frequency, urgency ve nokturinin tedavisinde sıkça kullanılır.

Mesane eğitimi yaklaşımında öncelikle hastaya üriner sistem anatomisi ve patofizyolojisi hakkında bilgi verilir. Sonra hastaya üriner günlük doldurularak tuvalete çıkma sıklıkları belirlenir. İlk hafta işeme sıklığı 30-60 dk. olarak belirlenir ve hastada bu işeme sıklığı olmasa bile belirlenen şemaya göre tuvalete çıkması istenir. Hasta süre gelmeden önce idrar hissi olsa bile tuvalete gitmemeli, süre dolduğunda ise idrar hissi olmasa da idrar yapmaya çalışması gerektiği söylenmelidir. Hasta gün boyu tuvalete gidişlerini, idrar kaçırmalarını ve aldıkları sıvı miktarlarını mesane günlüğüne not etmelidir. İşeme sıklığı hastanın programa olan uyumu ve başarısına göre her hafta 15-30 dk. arasında artırılır. Böylece mesane kapasitesi ve kompliansı artırılarak idrar yapma aralığı 3-4 saate çıkarılmaya çalışılır(81,91).

Tuvalete gitme programı oluşturma

Hastanın düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gitmesi önerilir. Amaç; düzenli bir işeme programı oluşturarak hastanın idrar kaçırmaya olayında önce idrar yapmasını ve kuru kalmasını sağlamaktır. Bu yöntem özellikle yaşlı, yatağa bağımlı hastalar ile Alzheimer'lı hastalarda kullanılmaktadır(91).

Diyet

Mesane günlüğüne bakılarak düzenlenir. Konstipasyon sıklıkla üriner inkontinansla birlikte olduğundan lifli gıda ve yeterli sıvı alınması önemlidir. Kişi günde en az 1,5-2 lt. sıvı almalıdır. Sıvı alımı kısıtlanmamalıdır. Çünkü az sıvı alımı sonucunda idrar yoğunluğunda artış görülür. Bu durum mesaneyi daha çok irrite eder. Ayrıca kafeinli, asitli ve baharatlı yiyecek ve içecekler de mesane irritasyonunu artırmadaki özelliklerinden dolayı kısıtlanmalıdır(69,91).

B.ELEKTRİKSEL STİMÜLASYON

İlk kez 1963 yılında Caldwell tarafından uygulanmıştır(92). Vagina ya da yüzeyel elektrotlar yardımıyla pelvik taban kaslarının elektriksel olarak uyarılmasıdır. Günümüzde maksimum mukoza temasını sağladığından vaginal elektrot daha çok tercih edilmektedir(1,81,91).

Elektriksel Stimülasyon(E.S.) fizyoterapist tarafından hastane veya ofis koşullarında uygulanabildiği gibi hasta tarafından ev ortamında da uygulanabilen bir tedavi yaklaşımıdır.

Üriner inkontinansın E.S ile tedavisinde alçak frekanslı akım olan faradik ve orta frekanslı akım olan enterferansiyel akım kullanılır. Ancak faradik akım ağrıya neden olduğu ve toleransı zor olduğu için günümüzde kullanılmamaktadır(81,83).

E.S yönteminde perine bölgesine yerleştirilen yüzeyel ya da vaginal elektrotlar aracılığı ile pelvik taban kas kontraksiyonu artırılması, üretral fonksiyonun düzenlenmesi ve mesane kontraktilesinin azaltılması amaçlanır. Temel prensip pudental sinirin en iyi şekilde uyarılmasıdır. İntravaginal ya da intranal yolla pudental sinir afferentlerin elektriksel uyarılması polisinaptik refleks cevaba yol açar. İmpuls sakral sinir köklerine gider ve oradan da pudental sinirin efferentleri ile pelvik taban kaslarına geri döner. Sonuçta pelvik taban kasları ile üretral çizgili sfinkterde kontraksiyon ve üretral kapanma basıncında artış meydana gelir. Bu etki için frekansı 20-50 Hz arasında değişen akım tercih edilir(93).

Fizyolojik olarak mesane içi volüm düşük olduğunda hipogastrik sinir sempatik yoldan, mesane içi volüm yüksek olduğunda pelvik sinir parasempatik yoldan detrusor

inhibisyonu sağlar. Pudental sinirin uyarılması ile hipogastrik ve pelvik sinir efferentlerinde uzun süreli refleks desarjlara neden olur. Böylece detrusor inhibisyon sağlanır. Bu etki için frekansı daha küçük olan 5-10 Hz arasında değişen akım tercih edilir(94).

Elektriksel stimülasyon yöntemi PTK gücü 3/5'in altında olan hastalarda tercih edilir. Tedaviye başlamadan önce hastaya hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi verilir. E.S yöntemi haftada 3 kez 20-30 dk 'lık seanslar şeklinde 6-8 hafta süresince uygulanır (81,89).

E.S metodu ile PTK gücünde artma, pudental sinirin direkt uyarılması ile üretral basınçta artış ve pelvik sinirin refleks stimülasyonu ile de detrüör inhibisyon sağlanır. Lokal kan dolaşımı ve kortikal bilinç artırılır. Ancak bu yöntemin başarılı olabilmesi için üriner sistemin anatomisinin korunmuş olması, spinal işeme refleksinin sağlam olması ve ürodinamik ve nörofizyolojik olarak elektrostimülasyona yanıt alınması gereklidir(72,81).

E.S. yöntemi SUI, urge inkontinans, miks tip inkontinans, DH, frequency ve nöropatik işeme disfonksiyonunda kullanılır. Ciddi vaginal prolapsusu olan, kardiak pacemakerlı, kardiak aritmili, üriner retansiyonu ve periferik denervasyonu olan hastalarla, menstrual dönemde kullanımı kontraendikedir(81).

2.FARMAKOLOJİK TEDAVİ

İlaç tedavisinde amaç; detrüör kontraktilesini azaltarak istemsiz gelişen detrüör kontraksiyonları önlemek ve üretra kapanma basıncında artış kaydetmektir. Bu amaçla değişik etki mekanizması olan birçok ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçlar aşağıda gösterilmiştir.

<u>İLAÇLAR</u>	<u>İSİM</u>	<u>DOZU</u>	<u>BAŞARI ORANI</u>
Antikolinerjik	Propantheline Dicyclomine Hcl	15-30 mg günde 3 kez 20 mg günde 3 kez	%50-60
Spazmolitik	Oxybutinin Cl Flovaxate HCl	5-10 mg günde 2 kez 100 mg günde 3 kez	%60-80
Kalsiyum kanal blokörleri	Teradoline HCl Nifedipine	12.5-25 mg günde 2 kez 10-20 mg günde 2 kez	%60-70
Trisiklik antidepresan	İmipramine	25-50 mg günde 2 kez	%60-70

Belirgin düz kas gevşetici etkisi yanında, zayıf antikolinerjik ve lokal analjezik etkisi olan spazmolitik ajanlar DI'nin tedavisinde ilk tercih edilen ilaçlardır. Spazmolitik tedaviye yanıt alınamayan hastalarda tedaviye imipramin ya da kalsiyum kanal blokörleri eklenir. Antikolinerjik ve spazmolitik etki ile detrusor kontraktilitesi azaltılırken uzun dönemde gelişen semptomimetik etkisi ile imipramin internal üretral sfinkter kontraktilitesini artırır. Ancak bu ilaçların ağız kuruluğu, bulantı, uykusuzluk ve HT gibi yan etkileri bulunmaktadır(1,5,69,95).

Östrojen yokluğunda gelişen atrofi nedeniyle üriner sistemin duyuşal irritabilitesi artar ve üretral kapanma basınç azalır. Böylece nöromodulator denge bozulur. Östrojenin premenopozal dönemdeki kadınlarda total üretral direnç katkısı yaklaşık 1/3 oranındadır. Postmenopozal dönemde SUI olan hastalarda sistemik ya da lokal östrojen replasman tedavisi (ERT) ile alt üriner sistem irritasyonuna bağlı olarak gelişen yakınmalarda %70-80 oranında iyileşme kaydedilirken, %40-50 oranında inkontinans

yakınmasında azalma görülmektedir. ERT diğer konservatif yöntemlerin etkinliğini artırmaktadır(1,18,27,45).

3.CERRAHİ TEDAVİ

Konservatif tedaviye yanıt vermeyen ve ileri derecede kapasite azalması olan hastalara uygulanır. İleri yaş, postmenopozal durum, obezite ve ciddi genito-üriner prolapsus cerrahi başarı şansını etkiler. Bu nedenle cerrahi öncesi hastanın değerlendirilmesi ve hasta için gerekli olan operasyon türünün seçilmesi önemlidir.

İnkontinans tedavisinde cerrahi işlemler vaginal ya da abdominal olmak üzere 2 şekilde uygulanmaktadır(9,24).

Vaginal operasyonlar; Tension Free Vaginal Tape (TVT)

Sling

Kolporofi Anterior

Rozz

Gittes

Stoney

Abdominal operasyonlar; Marshal-Marchetti- Krantz

Burch

Paravaginal operasyon

Sling

Bu yöntemler dışında pelvik prolapsusu düzeltici sistosel, rektosel, entoresel onarım, periüretal enjeksiyon ve artifisiyel üretral sfinkter gibi yöntemler de kullanılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

BİREYLER

Kadınlarda üriner inkontinansın sağlık, sosyal, cinsel ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek için planladığımız çalışmaya, Denizli ilinde yaşayan yaşları 15- 49 yıl arasında olan toplam 160 üriner inkontinanslı kadın rastgele örneklem yöntemiyle çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların üriner inkontinans problemi dışında herhangi bir sistemik ve nörolojik problemi olmaması ve menopoza girmemiş olması dikkate alınmıştır.

Tüm olgulardan sözel onam alınmıştır. Değerlendirmeler Denizli İli Merkez 1, 5, 12 ve Bağbaşı 1 nolu sağlık ocaklarında gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Çalışmaya alınan kadın olgular yüz yüze görüşülerek değerlendirilmiştir.

Hikaye: Değerlendirmeye alınan kadın olguların yaş, boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi gibi fiziksel özelliklerinin yanı sıra özgeçmiş, soygeçmiş, obstetrik-jinekolojik hikaye, üriner inkontinans şikayetleri ve idrar şikayetlerinin başlangıç zamanı, idrar kaçırma şekli ile ilgili veriler değerlendirme formuna kaydedilmiştir (Ek I).

Beck Depresyon Envanteri: Çalışmaya alınan kadın olguların depresif semptomlarını belirlemek amacıyla geçerliliği ve güvenirliliği kanıtlanmış Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Beck Depresyon Envanteri 10 farklı kategori ve toplam 21 sorudan

oluşmaktadır. Her soruda 0 en iyi durumu 3 ise en kötü durumu ifade etmektedir. Toplam puan maksimum 63'tür(96,97).

12 ve altında puan depresif olmadığını

13-16 puan depresyon sınırında

17-24 puan hafif düzeyde depresyon varlığını

24 puan ve üzeri ağır depresyon olduğunu ifade etmektedir(Ek II).

Bayan Seksüel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index) (FSFI):

Kadınların hastalıklarından dolayı cinsel fonksiyon bozukluklarını belirlemek amacıyla geçerliliği ve güvenilirliği Aygün ve ark. tarafından kanıtlanmış FSFI anketi uygulanmıştır. Toplam 19 sorudan oluşur. Arzu (2 soru), arosal (4 soru), lumbrikasyon (4 soru), orgasm (3 soru), hoşnutluk (3 soru) ve ağrı (3 soru) olmak üzere 6 alt başlığa ayrılır. Tüm skorum 2-36 puan arasında değişmekte olup yüksek skor seksüel disfonksiyon derecesinin azalması ile ilişkilidir(98). FSFI anketi seksüel fonksiyon anketi ve kısa seksüel fonksiyon indeksine göre nispeten uygulaması ve skorlaması daha kolay olan bir ankettir(Ek III).

Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi: Kadınların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geçerliliği ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından kanıtlanmış Kısa Form 36(SF 36) uygulanmıştır. Kısa Form 36 anketi 8 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu ankette Fiziksel Durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji/Bitkinlik, Ruhsal İyi Hissedilme Durumu, Sosyal Durum, Ağrı Ve Genel Sağlık incelenmektedir(99,100). Bu ankette her başlığa ait puanlar hesaplanmaktadır. Her başlığa ait alınabilecek maksimum puan 100 ve minimum puan 0'dır(Ek IV).

Kadınların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla SF-36 yanında Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Küçükdeveci ve ark. tarafından kanıtlanmış Nottingham Sağlık Profili de uygulanmıştır. Nottingham Sağlık Profili anketi 38 soruluk iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda Enerji, Ağrı, Emosyonel Reaksiyon, Uyku, Fiziksel Aktivite ve Sosyal İzolasyon olmak üzere altı alanda sorgulama yapar. İkinci kısmı sağlıkla ilgili yedi tane aktiviteyi sorgulamaktadır(101). Bu ankette 0 puan ‘en iyi’, 100 puan ise ‘en kötü’ sağlık profilini göstermektedir. Puanlandırma her alan için ayrı ayrı yapılmaktadır(EkV).

İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin analizi SPSS for windows 9.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Önemlilik düzeyi ($p < 0.05$) olarak alınmıştır. Araştırmada Pearson Ki-Kare, One Way Anova, Post Hoc Test Sonuçları, Kruskal Wallis ve Bivariate Korelasyon testlerinden Spearman analiz yöntemleri kullanılmıştır(102).

BULGULAR

Bu çalışma sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen ve hasta popülasyonun bir bölümünü oluşturan inkontinansın nedenlerini, yaşanan çevre ile ilişkisi ve bu durumun sağlık, sosyal ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza, Denizli ilinde yaşayan yaş ortalaması $33.02 \pm 9,32$ yıl ve inkontinans şikayeti olan toplam 160 gönüllü kadın rastgele örneklem yöntemiyle alınmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların demografik özellikleri Tablo I’de gösterilmektedir

Tablo I. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	Sayı (N)	%
Yaş Grupları (yıl)		
15-24 yıl	38	23,8
25-34 yıl	45	28,1
35-44 yıl	51	31,9
45 ve üstü	26	16,2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	10	6,3
Okur yazar	13	8,2
İlköğretim	56	35,1
Lise ve dengi	46	28,8
Üniversite	35	21,9
Medeni Durum		
Evli	143	89,3
Bekar	10	6,3
Boşanmış	7	4,4
Mesleki Durum		
Çalışan	51	31,8
Çalışmayan	95	59,4
Emekli	14	8,8
Sosyal Güvence		
Sosyal Güvencesi Yok	29	18,1
Bağkur	13	8,1
Emekli Sandığı	35	21,9
SSK	74	46,3
Yeşil Kart	9	5,6
Ekonomik Durum*		
İyi	8	5,0
Orta	84	52,5
Kötü	68	42,5
Toplam	160	100,0

* Araştırma kapsamına alınan kadınların ekonomik durumları sözel ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde, % 23.8'inin 15-24 yaş grubunda, % 28.1'inin 25-34 yaş grubunda, %31.9'unun 35-44 yaş grubunda ve %16.2'sinin de 45 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim durumları incelendiğinde %35.1'inin ilköğretim, %28.8'inin lise ve dengi, % 21.9'unun üniversite ve %6.3'ünün okur-yazar olmadıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına bakıldığında %89.4'ünün evli olduğu, %6.3'ünün bekar ve %4.4'ünün boşanmış olduğu görülmektedir.

Çalışmaya alınan kadınların sağlık güvencesine göre dağılımı incelendiğinde % 18.1'inin herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı , % 81.9'unun sağlık güvencesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Sözel ifadelere göre kadınların %52.5'i ekonomik durumlarının orta düzeyde, % 42.5'i düşük düzeyde ve % 5.0'ı iyi düzeyde olduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmaya alınan kadınların fiziksel özellikleri Tablo II'de gösterilmektedir (Tablo II).

Tablo II. Kadınların Fiziksel Özellikleri

Fiziksel Özellikler	X ± SD	Minimum	Maksimum
Yaş (yıl)	33,02 ± 9,32	16	49
Kilo (kg)	68,96± 2,45	46	105
Boy (cm)	159,75± 9,22	150	174
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	26,86 ± 39,32	17,96	39,32

Çalışmaya alınan kadınların fiziksel özellikleri incelendiğinde yaş ortalaması 33,02±9,32 yıl, kilo ortalaması 68,96± 2,45 kg, boy ortalaması 159,75± 9,22 cm ve VKİ ortalaması 26,86± 9,32 kg/m² olduğu tespit edilmiştir. Kadınların hiçbiri inkontinans problemine yönelik tedavi almamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri Tablo III'de gösterilmektedir (Tablo III).

Tablo III. Kadınların Obstetrik Özellikleri

OBSTETRİK ÖZELLİKLER N=150	SAYI (n)	%
Gebelik Sayısı		
1	34	22,6
2	42	28,0
3	37	24,7
4 ve üzeri	37	24,7
Düşük Yapma Durumu		
Düşük Yapan	31	20,7
Düşük Yapmayan	119	79,3
Kürtaj Olma Durumu		
Kürtaj Olan	45	30,0
Kürtaj Olmayan	105	70,0
Canlı Doğum Sayısı		
1	41	27,3
2	62	41,3
3	27	18,0
4 ve üzeri	20	13,4
İlk Doğum Yaptığı Yaş Aralığı		
15-19	45	30,0
20-24	77	51,3
25 ve üzeri	28	18,7
Doğum Şekli		
Normal	110	73,3
Sezeryan	40	26,7
Gebelikte İdrar Kaçırma Şikayeti		
Var	49	32,7
Yok	101	67,3

Araştırma kapsamına alınan 150 evli kadının hamilelik sayıları incelendiğinde, %22.6'sının 1 kez, % 28.0'inin 2 kez, % 24.7'sinin 3 ve % 24.7'sinin 4 kez ve üstünde hamile kaldıkları tespit edilmiştir.

Kadınların %20,7'sinin düşük yaptığı, % 30'unun kürtaj olduğu ve %13,4'ünün 4 kez ve üzeri doğum yaptığı belirlenmiştir.

Kadınların ilk doğum yapma yaşları incelendiğinde %30,0'unun 15-19 yaş grubunda, %51,3'ünün 20-24 yaş grubunda ve % 18,7'sinin 25 yaş ve üzeri grupta ilk doğumlarını yaptıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 73,3'ü normal vaginal yolla ve %26,7'si sezeryanla doğum yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Kadınların %32,7'sinde gebelik sırasında idrar kaçırma problemi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sözel ifadelerine göre alınan doğuma yönelik verileri Tablo IV'de verilmektedir.

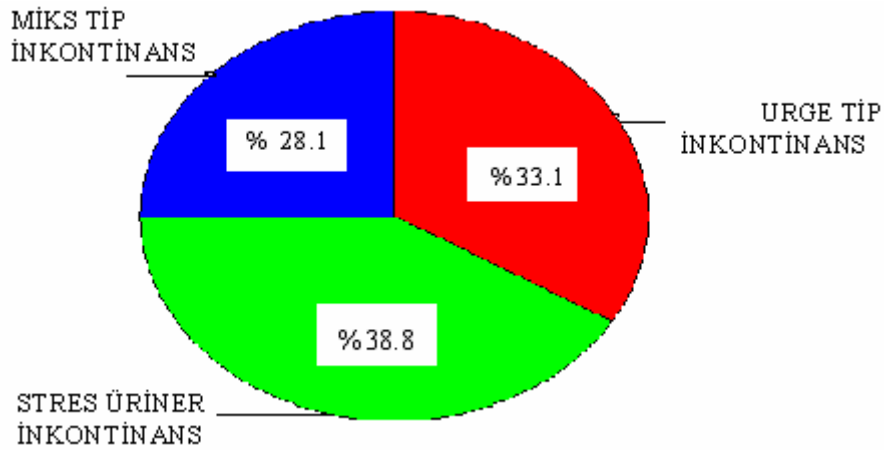
Tablo IV. Kadınların Doğuma Yönelik Verileri

DOĞUMA YÖNELİK VERİLER N=150	SAYI(n)	%
Doğum Süresi		
Uzun Olan	39	26,0
Uzun Olmayan	96	64,0
Hatırlamayan	15	10,0
Epizyotomi Açılma Durumu		
Epizyotomi Açılan	76	50,7
Epizyotomi Açılmayan	74	49,3
İkiz Bebek Doğumu		
Olan	1	0,7
Olmayan	149	99,3
4 kg ve Üzerinde Bebek Doğumu		
Olan	36	24,0
Olmayan	114	76,0

Kadınların %26'sının doğum sürelerinin uzun sürdüğü, %50.7'sinde epizyotomi açıldığı ve %24'ünde 4 kg ve üzerinde bebek doğumu olduğu saptanmıştır.

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı Grafik I'de verilmektedir.

Grafik I. Kadınların Üriner İnkontinans Tiplerine Göre Dağılımı



Çalışmaya alınan kadınların doktor raporu ve üriner semptomları incelendiğinde %38.8'inde stres üriner inkontinans, % 28.1'inde miks tip inkontinans ve %33.1'inde urge inkontinans görüldüğü saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlarda görülen üriner semptomlar Tablo V'te gösterilmektedir.

Tablo V. Kadınlarda Görülen Üriner Sistem Bulguları

Üriner Semptomlar	SAYI	%
Noktüri	39	24,4
Pollaküri	62	38,8
Dizüri	47	29,4
Urgency	117	73,1
Mesanede Tam Boşalmama Hissi	73	45,6

Çalışmaya alınan kadınlarda birden fazla görülen üriner semptom bulgularından en çok (%73.1) urgency semptomu görülmekle birlikte %45.6'sında mesanede tam boşalmama hissi (MTH), %38.8'inde pollaküri, % 29.4'ünde dizüri ve %24.4'ünde noktüri semptomlarının olduğu tespit edilmiştir.

Kadınlarda görülen üriner inkontinansın nedenleri ve gelişimini etkileyen faktörlerin dağılımı Tablo VI'da verilmektedir.

Tablo VI. Üriner İnkontinansın Nedenleri ve Gelişimini Etkileyen Faktörler

Üriner İnkontinansın Nedenleri ve Gelişimini Etkileyen Faktörler	SAYI(n)	%
Üriner İnkontinans Nedeni		
Doğum	84	52,5
Hamilelik	48	30,0
İlaç kullanımı	3	1,9
Diğer	25	15,6
Sigara İçme Durumu		
Sigara İçen	33	20,6
Sigara İçmeyen	95	59,4
Bırakmış	32	20,0
Konstipasyon Durumu		
Olan	51	31,9
Olmayan	109	68,1
Akrabalarda İnkontinans Hikayesi		
Olan	58	36,3
Olmayan	102	63,7
Vücut Kitle İndeksi(kg/m²)		
Zayıf (16-19,9)	13	8,1
Normal (20-24,9)	42	26,3
Grade I (25-29,9)	61	38,1
Grade II (30-39,9)	44	27,5

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 52,5'inde doğum sonrasında ve %30.0'unda hamileliğe bağlı olarak üriner inkontinans görüldüğü saptanmıştır.

Kadınlardan alınan sözel ifadelere göre %20.6'sının sigara kullandığı, %20.0'sinin daha önce sigara kullandığı ve şu anda içmediği ve %59.4'ünün ise hiç sigara içmediği belirlenmiştir.

Kadınların %31.9'unda inkontinansla birlikte konstipasyon problemlerinin de olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların %36.3'ünde I. derece akrabalarında üriner inkontinans şikayeti olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmaya alınan kadınların vücut kitle indekslerine baktığımızda, % 38.1'inde grade I obezite, %27.5'inde grade II obezite ve %26.3'ünde normal vücut ağırlığında oldukları saptanmıştır.

Kadınlarda üriner inkontinans şiddetini etkileyen faktörler Tablo VII' de gösterilmektedir.

Tablo VII. Üriner İnkontinans Şiddetini Etkileyen Faktörler

Değişkenler	Damlama		Sızıntı		Islaklık		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Öksürme	55	34,4	24	15,0	25	15,6	104	65,0
Gülme	23	14,4	26	16,3	5	3,1	54	36,5
Yürüme	23	14,4	21	13,1	5	3,1	49	31,5
Egzersiz	3	1,9	2	1,3	2	1,3	7	4,5
Ağırlık kaldırma	11	6,9	7	4,4	4	2,5	22	13,8
Aktivite yapmaksızın (istirahatte)	59	36,9	18	11,3	12	7,5	89	55,7

Total olarak araştırma kapsamına alınan kadınların %65'i öksürürken, % 55.7'si herhangi bir aktivite yapmaksızın, %36.5'i gülerken, % 31.5'i yürüme esnasında ve %13.8'i ağırlık kaldırırken idrar kaçırmaktadır. Kadınlarda üriner inkontinansın görülme şekli ile şiddeti incelendiğinde %36.9'u aktivite yapmaksızın, %34.4'ü öksürürken ve

%14.4'ü yürüyüş sırasında damlama tarzında ayrıca % 16.3'ü gülme ve % 15.0'i de öksürme esnasında sızıntı tarzında idrar kaçırmaktadır.

Çalışmaya alınan kadınlarda görülen üriner inkontinansın sıklığı ve oluşumuna neden olan faktörler Tablo VIII' de gösterilmektedir.

Tablo VIII. Üriner İnkontinans Sıklığı ve Oluşumuna Neden Olan Faktörler

Değişkenler	Hergün		Haftada>1		Haftada 1		Haftada<1	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Öksürme ile Üİ*	3	1,9	67	41,9	17	10,6	17	10,6
Gülme ile Üİ*	2	1,3	29	18,1	10	6,3	13	8,1
Yürüme ile Üİ*	14	8,8	32	20,0	3	1,9	-	-
Egzersiz ile Üİ*	2	1,3	5	3,1	-	-	-	-
Ağırlık kaldırma ile Üİ*	1	0,6	14	8,8	4	2,5	3	1,9
Aktivite yapmaksızın ile Üİ*	25	15,6	27	16,9	9	5,6	28	17,5

*Üİ: Üriner İnkontinans

Tüm değişkenler göz önüne alındığında kadınların %41.9'u öksürme, % 20'si yürüyüş, %18.1'i gülme sırasında ve %16.9'u herhangi bir aktivite yapmaksızın haftada birden fazla istemsiz idrar kaçırdığını ifade etmiştir.

Çalışmaya alınan kadınlarda görülen üriner inkontinans tiplerinin yaş grupları ile karşılaştırılması Tablo IX.'da verilmektedir.

Tablo IX. Yaş Grupları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Yaş Grupları(yıl) n=160	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
15-24 yıl	14	36,8	14	36,8	10	26,3
25-34 yıl	21	<u>46,7</u>	14	31,1	10	22,2
35-44 yıl	8	15,7	30	<u>58,8</u>	13	25,5
45 ve üstü	10	38,5	4	15,4	12	<u>46,2</u>
	X ² =14,31 *p< 0,05		X ² =20,96 *p< 0,05		X ² =19,87 *p< 0,05	

* Pearson Ki-Kare Testi

Kadınların 45 yaş ve üzerinin %46.7'sinde urge tip üriner inkontinansın, 35-44 yaş grubunun %58.8'inde stres üriner inkontinansın görüldüğü tespit edilmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe miks tip üriner inkontinans ve stres üriner inkontinansa sahip olma durumu artmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş grupları ile miks tip ve stres üriner inkontinans tipleri arasında önemli derecede ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çalışmaya alınan kadınlarda görülen üriner inkontinans tiplerinin vücut kitle indeksleri ile karşılaştırılması Tablo X.'de verilmektedir.

Tablo X. Vücut Kitle İndeksleri İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2) n=160	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	8	61,5	2	15,4	3	23,1
Normal	10	23,8	22	<u>52,4</u>	10	23,8
Grade I Obesite	26	42,6	22	36,1	13	21,3
Grade II Obesite	9	20,5	16	36,4	19	<u>43,2</u>
	$X^2=14,13$ * $p < 0,05$		$X^2=9,53$ * $p < 0,05$		$X^2=17,03$ * $p < 0,01$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Kadınların vücut kitle indeksleri arttıkça stres ve miks tip üriner inkontinansların görülme oranı artmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede miks tip üriner inkontinansın grade II obesite yönünde ileri derecede ($p < 0,01$) ve stres üriner inkontinansın normal kilolu grup yönünde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XI.'de verilmektedir.

Tablo XI. Medeni Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Medeni Durumları n=160	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
Evli	43	30,1	23	41,3	41	28,7
Bekar	7	<u>70,0</u>	-	-	3	30,0
Boşanmış	3	42,9	3	42,9	1	14,3
	X ² =16,13 *p< 0,05		X ² =6,44 *p>0,05		X ² =5,16 *p> 0,05	

* Pearson Ki-Kare Testi

Bekar olan kadınların %70'inde urge inkontinansın görüldüğü tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,05). Kadınlarda miks tip üriner inkontinans yaygın olarak görülmektedir. İstatistiksel incelemede gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0,05).

Çalışmaya alınan kadınların mesleki durumlarına göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XII.'de verilmektedir.

Tablo XII. Mesleki Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Mesleki Durumları n=160	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
Çalışan	21	<u>41,2</u>	23	45,1	7	13,7
Çalışmayan	31	32,6	36	37,9	28	29,5
Emekli	1	7,1	3	21,4	10	<u>71,4</u>
	X ² =16,28 *p< 0,05		X ² =7,31 *p>0,05		X ² =18,64 *p< 0,001	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışan kadınların %41,2'sinde urge tip üriner inkontinansın görüldüğü ve istatistiksel incelemede anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,05). Emekli olana kadınların %71,4'ünde miks tip üriner inkontinans yaygın olarak görüldüğü ve istatistiksel incelemede çok ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,001).Kadınlarda stres

üriner inkontinans yaygın olarak görülmektedir. İstatistiksel incelemede gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk doğum yaşına göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XIII.'de verilmektedir.

Tablo XIII. İlk Doğum Yaşı İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

İlk Doğum Yaşı n=150	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
15-19 yıl	14	31,1	18	40,0	13	28,9
20-24 yıl	31	<u>40,3</u>	21	27,3	25	<u>32,5</u>
25 ve üzeri	1	3,6	23	<u>82,1</u>	4	14,5
	$X^2=16,13$ * $p<0,05$		$X^2=26,44$ * $p<0,001$		$X^2=14,03$ * $p<0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Kadınların ilk doğum yapma yaşı ile üriner inkontinans tipleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 25 yaş ve üzeri grupta %82.1 oranında stres üriner inkontinans ve 20-24 yaş grubunda %40.3 oranında urge ve %32,5 oranında miks tip inkontinansın olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde stres üriner inkontinansın 25 yaş ve üzeri grup aleyhine çok ileri derecede($p<0,001$), urge ve miks tip inkontinansın 20-24 yaş grubu aleyhine anlamlı olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$). İlk doğum yapma yaşı arttıkça stres inkontinans görülme oranı artmaktadır.

Çalışmaya alınan kadınların canlı doğum sayısına göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XIV.'de verilmektedir.

Tablo XIV. Canlı Doğum Sayısı İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Canlı Doğum Sayısı n=150	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
1 doğum	15	36,6	11	36,6	11	26,8
2 doğum	11	17,7	38	<u>61,3</u>	13	21,0
3 doğum	12	44,4	5	18,5	10	37,0
4 ve üzeri	8	40,0	4	20,0	8	40,0
	X ² =6,13 *p> 0,05		X ² =26,44 *p< 0,001		X ² =5,43 *p> 0,05	

* Pearson Ki-Kare Testi

Canlı doğum sayısı arttıkça kadınlarda urge, stres ve miks tip üriner inkontinans görülme oranı artmaktadır. Canlı doğum sayısı iki olan kadınların %61,3'ünde stres üriner inkontinansın görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede çok ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur(p<0,001). Gruplar arasında urge ve miks tip üriner inkontinans görülme oranlarında anlamlı fark tespit edilememiştir(p>0,05). Urge ve miks tip üriner inkontinans yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların doğum şekillerine göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XV.'de verilmektedir.

Tablo XV. Doğum Şekli İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Doğum Şekli n=160	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
Doğum yapmamış	7	70,0	-	-	3	30,0
Sezeryan	13	32,5	15	37,5	12	30,0
Normal	33	30,0	55	<u>50,0</u>	22	20,0
	X ² =12,47 *p< 0,05		X ² =10,83 *p< 0,05		X ² =6,21 *p> 0,05	

* Pearson Ki-Kare Testi

Normal doğum yapanların %50'sinde ve sezeryanla doğum yapan kadınların %37.5'inde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Normal doğum yapan kadınlarda sezeryan yapanlara göre daha fazla stres üriner inkontinansa sahip oldukları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirme ile de anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğumun, stres üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Doğum yapmamış kadınların %70'inde urge inkontinans görüldüğü ve istatistiksel değerlendirme ile de anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların kürtaj olmalarına göre üriner inkontinans tiplerinin karşılaştırılması Tablo XVI.'da verilmektedir.

Tablo XVI. Kürtaj Olma Durumları İle İnkontinans Tiplerinin Karşılaştırılması

Kürtaj Olma	Urge Tip İnkontinans		Stres İnkontinans		Miks Tip İnkontinans	
	n	%	n	%	n	%
Olan	13	28,9	16	35,6	16	<u>35,6</u>
Olmayan	33	31,4	46	<u>43,8</u>	26	24,8
	$X^2=8,05$ * $p>0,05$		$X^2=10,25$ * $p<0,05$		$X^2=10,44$ * $p<0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Kürtaj olan kadınların %35,6'sında stres üriner inkontinans ve kürtaj olmayan kadınların %43,8'inde miks tip üriner inkontinansın görüldüğü saptanmıştır. İstatistiksel incelemede anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$).Kürtaj olma kadınlarda miks tip üriner inkontinans riskini artırmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grupları ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XVII.'de gösterilmektedir.

Tablo XVII. Yaş Grupları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
15-24 yıl	13,2	86,8	21,1	78,9	23,7	76,3	76,3	23,7	26,3	73,7
25-34 yıl	24,4	75,6	26,7	73,3	31,1	68,9	86,7	13,3	68,9	31,1
35-44 yıl	35,3	64,7	17,6	82,4	43,1	56,9	60,8	39,2	31,4	68,6
45 ve üstü	50,0	50,0	38,5	61,5	65,4	34,6	69,2	30,8	61,5	38,5
	$X^2=11,53$ *p< 0,05		$X^2=4,40$ *p>0,05		$X^2=12,92$ *p< 0,05		$X^2=8,54$ *p<0,05		$X^2=23,35$ *p<0,001	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmaya alınan kadınların tüm yaş gruplarında yaygın olarak urgency semptomlarının görüldüğü tespit edilmiştir . 25-34 yaş grubunun %86,7'sinde urgency semptomları saptanmıştır. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın 25-34 yaş grubu aleyhine ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Kadınların 45 yaş ve üzeri grubunun %50'sinde dizüri şikayetinin olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe dizüri görülme oranı artmaktadır. Yapılan istatistiksel incelemede yaş grupları ile dizüri problemi arasında ilişkinin 45 yaş ve üzeri aleyhine anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

45 yaş ve üzeri grubunun %65.4'ünde pollaküri şikayetinin olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe pollaküri şikayetinde artış olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede yaş grupları ile pollaküri problemi arasında farkın 45 yaş ve üzeri yönünde anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05).

25-34 yaş grubunun %68.9'unda mesanede tam boşalmama hissinin olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede yaş grupları ile mesanede tam boşalmama hissi

arasındaki farkın 25-34 yaş grubu yönünde ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,001$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların vücut kitle indeksi ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XVIII.'de gösterilmektedir.

Tablo XVIII. Vücut Kitle İndeksi İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Vücut Kitle İndeksi	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Zayıf	-	100	-	100	-	100	61,5	38,5	15,4	84,5	61,9	38,1
Normal	33,3	66,7	14,3	85,7	40,5	59,5	73,8	26,2	50,0	50,0	70,5	29,5
Grade I	26,2	72,8	<u>31,8</u>	68,9	34,4	65,6	75,4	24,6	54,1	45,9	63,6	36,4
Obesite												
Grade II	<u>38,6</u>	61,4	24,4	68,2	<u>54,5</u>	45,5	72,7	27,3	38,6	61,4	68,8	31,3
Obesite												
	$X^2=7,834$ $*p<0,05$		$X^2=9,350$ $*p<0,05$		$X^2=13,383$ $*p<0,01$		$X^2=1,064$ $*p>0,05$		$X^2=7,748$ $*p>0,05$		$X^2=7,447$ $*p>0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmaya alınan kadınların vücut kitle indeksi ile idrar problemleri karşılaştırıldığında grade I obezitesi olan kadınlarda % 31,8 oranında noktüri semptomu olduğu saptanmıştır. İstatistiksel inceleme sonucunda noktüri semptomunun grade I obezite grubunda anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) .

Grade I obezitesi olan kadınlarda %75.4 oranında urgency ve %54.1 oranında MTH olduğu saptanmıştır. İstatistiksel incelemede gruplar arasında fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Grade II obezitesi olan kadınlarda %38.6 oranında dizüri ve %54.5 oranında pollaküri semptomlarının olduğu belirlenmiştir. Vücut kitle indeksi arttıkça kadınlarda dizüri ve pollaküri görülme oranı artmaktadır. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda

dizüri ($p<0,05$) ve pollaküri ($p<0,01$) semptomlarının grade II obezite grubunda anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlarda enfeksiyonun yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Vücut kitle indeksi normal olanlarda % 70,5 oranında enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda aradaki ilişkinin anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan kadınların medeni durumları ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XIX.'da gösterilmektedir.

Tablo XIX. Medeni Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Medeni Durum	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Evli	30,1	69,9	24,5	75,5	40,6	59,4	74,8	25,2	46,2	5,38	<u>35,0</u>	65,0
Bekar	-	100	10,0	90,0	10,0	90,0	70,0	30,0	-	100	-	100
Boşanmış	<u>57,1</u>	42,9	42,9	57,1	42,9	57,1	42,9	57,1	<u>100</u>	-	-	100
	$X^2=6,794$ $*p<0,05$		$X^2=2,419$ $*p>0,05$		$X^2=3,730$ $*p>0,05$		$X^2=3,523$ $*p>0,05$		$X^2=16,749$ $*p<0,001$		$X^2=8,646$ $*p<0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Araştırma kapsamına alınan boşanmış kadınların %57.1'inde dizüri ve %100'ünde MTH olduğu saptanmıştır. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki ilişki dizüri semptomunda anlamlı($p<0,05$) ve MTH semptomunda boşanmış kadınlar yönünde çok ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) .

Çalışmaya alınan evli kadınların %35'inde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$) .

Araştırmaya alınan tüm bekar bayanlarda üriner semptomlarının diğer gruplara göre daha az görüldüğü tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan kadınlarda yaygın olarak urgency semptomunun görüldüğü bulunmuştur. İstatistiksel inceleme sonucunda gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların mesleki durumları ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XX.'de gösterilmektedir.

Tablo XX. Mesleki Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Mesleki Durum	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Çalışan	64,2	35,8	<u>34,7</u>	65,3	40,0	60,0	65,3	34,7	44,2	55,8	<u>47,8</u>	52,6
Çalışmayan	78,4	21,6	9,8	90,2	29,4	70,6	82,4	17,6	43,1	56,9	7,8	92,2
Emekli	85,7	14,3	7,1	92,9	64,3	35,7	<u>92,9</u>	7,1	64,3	35,7	7,1	92,9
	X ² =4,919 *p>0,05		X ² =13,663 *p<0,001		X ² =5,783 *p>0,05		X ² =7,971 *p<0,05		X ² =2,169 *p>0,05		X ² =28,281 *p<0,001	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmaya alınan kadınların mesleki durumları ile idrar problemlerinin karşılaştırıldığında çalışan gruptaki kadınların %34.7'sinde noktüri ve %47.8'inde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda aradaki ilişkinin çalışan grup aleyhine çok ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya alınan tüm kadınlarda yaygın olarak urgency semptomunun görüldüğü tespit edilmiştir. Emekli kadınların %92,9'unda urgency semptomu görüldüğü

belirlenmiştir. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın emekli grup yönünde anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan tüm kadınlarda yaygın olarak dizüri, pollaküri ve mesanede tam boşalmama hissi olduğu saptanmıştır. İstatistiksel incelemede mesleki gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir($p>0,05$).

Çalışmaya alınan kadınların canlı doğum sayısı ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XXI.'de gösterilmektedir.

Tablo XXI. Canlı Doğum Sayısı İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Canlı Doğum Sayısı	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
1 doğum	34,1	65,9	17,1	82,9	29,3	70,7	82,9	17,1	<u>53,7</u>	46,3	26,8	73,2
2 doğum	21,0	79,0	24,2	75,8	41,9	58,1	62,9	37,1	51,6	48,4	37,1	62,9
3 doğum	25,9	74,1	18,5	81,5	44,4	55,6	<u>92,6</u>	7,4	37,0	63,0	25,9	74,1
4 ve üzeri	<u>65,0</u>	35,0	<u>55,0</u>	45,0	55,0	45,0	60,0	40,0	45,0	55,0	45,0	55,0
	$X^2=19,111$ $*p<0,001$		$X^2=12,986$ $*p<0,01$		$X^2=7,895$ $*p>0,05$		$X^2=12,310$ $*p<0,05$		$X^2=11,159$ $*p<0,05$		$X^2=8,021$ $*p>0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Araştırma kapsamına alınan kadınların canlı doğum sayısı ile idrar problemlerinin karşılaştırıldığında doğum sayıyı arttıkça dizüri, noktüri, pollaküri ve enfeksiyon görülme oranı artmaktadır. 4 ve üzeri canlı doğum yapan kadınlarda %65 oranında dizüri ve %55 oranında noktüri semptomu görülmektedir. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın 4 ve üzeri canlı doğum yapan grup lehine dizüri semptomunda çok ileri derecede anlamlı($p<0,001$) ve noktüri semptomunda ise ileri derecede anlamlı($p<0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı arttıkça dizüri ve noktüri görülme oranı artmaktadır.

İstatistiksel olarak pollaküri ve enfeksiyon semptomlarının doğum sayısı ile anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir($p>0,05$).

Üç kez doğum yapan kadınlarda % 92,6 oranında urgency semptomu olduğu saptanmıştır. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Doğum yapan kadınlarda MTH'nin yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Bir kez doğum yapan kadınların %53.7'sinde MTH olduğu bulunmuştur. Aradaki fark anlamlı olarak bulunmuştur($p<0,05$).

Çalışmaya alınan kadınların doğum şekli ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XXII. 'de gösterilmektedir.

Tablo XXII. Doğum Şekli İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Doğum Şekli	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Doğum Yapmamış	-	100	10,0	90,0	10,0	90,0	70,0	30,0	-	100	-	100
Sezeryan	30,0	70,0	12,5	87,5	<u>50,0</u>	50,0	<u>75,0</u>	25,0	40,0	60,0	22,5	77,5
Normal	<u>31,8</u>	68,2	<u>30,0</u>	70,0	37,3	62,7	72,7	27,3	<u>51,8</u>	48,2	<u>37,3</u>	62,7
	$X^2=4,48$ * $p>0,05$		$X^2=6,06$ * $p<0,05$		$X^2=5,71$ * $p>0,05$		$X^2=0,13$ * $p>0,05$		$X^2=10,60$ * $p<0,05$		$X^2=7,28$ * $p<0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Normal vaginal doğum yapanlarda mesanede tam boşalmama hissinin (%51.8), noktüri (%30) ve enfeksiyonun (%37.3) daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sezeryan ile doğum yapmış bayanların %48.6'sında pollaküri ve % 75'inde urgency semptomunun yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede aradaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tüm bayanlarda urgency semptomu çok görülse de istatistiksel olarak doğum şekli ile arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur($p> 0,05$).

Çalışmaya alınan kadınların ilk doğum yaşları ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XXIII.'de gösterilmektedir.

Tablo XXIII. İlk Doğum Yaşları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

İlk Doğum Yaşı	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
15-19 yıl	48,9	51,1	42,2	57,8	40,0	60,0	68,9	31,1	44,4	55,6	46,7	53,3
20-24 yıl	26,0	74,0	23,4	76,6	41,6	58,4	81,8	18,2	57,1	42,9	28,6	71,4
25 ve üzeri	17,9	82,1	3,6	96,4	39,3	60,7	57,1	42,9	32,1	67,9	25,0	75,0
	$X^2=9,837$ * $p<0,01$		$X^2=13,952$ * $p<0,001$		$X^2=0,056$ * $p>0,05$		$X^2=7,043$ * $p<0,05$		$X^2=5,596$ * $p>0,05$		$X^2=5,261$ * $p>0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Çalışmaya alınan kadınların ilk doğum yaşları ile idrar problemlerinin karşılaştırıldığında ilk doğum yaşı 15-19 yıl olan grubun %48,9'unda dizüri, %42,2'sinde noktüri ve %46,7'sinde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın 15-19 yaş grubu lehine dizüri semptomunda ileri derecede ($p< 0,01$) ve noktüri semptomunda çok ileri derecede ($p< 0,001$) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Doğum yaşı küçüldükçe noktüri, dizüri ve enfeksiyon oranı artmaktadır.

Doğum yaşı 20-24 yıl olan grubun %81.8'inde urgency semptomu görüldüğü bulunmuştur. İstatistiksel incelemede aradaki farkın 20-24 yıl grup lehine anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Tüm canlı doğum yaş gruplarında pollaküri, mesanede tam boşalmama hissi ve enfeksiyon sık görülse de istatistiksel olarak doğum yaşı ile arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların kürtaj olma durumları ile idrar problemlerinin karşılaştırılması Tablo XXIV.'de gösterilmektedir .

Tablo XXIV. Kürtaj Olma Durumları İle İdrar Problemlerinin Karşılaştırılması

Kürtaj Olma	Dizüri (%)		Noktüri (%)		Pollaküri (%)		Urgency (%)		Mesanede Tam Boşalmama Hissi (%)		Enfeksiyon (%)	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Olan	46,7	53,3	26,7	73,3	28,9	71,1	71,1	28,9	60,0	40,0	40,0	60,0
Olmayan	24,8	75,2	24,8	75,2	45,7	54,3	74,3	25,7	43,8	56,2	30,5	69,5
	$X^2=11,722$ * $p<0,01$		$X^2=1,258$ * $p>0,05$		$X^2=7,472$ * $p>0,05$		$X^2=0,215$ * $p>0,05$		$X^2=12,279$ * $p<0,01$		$X^2=6,178$ * $p<0,05$	

* Pearson Ki-Kare Testi

Kadınların kürtaj olma durumları ile idrar problemlerinin karşılaştırıldığında kürtaj olan gruptaki kadınların %46.7'sinde dizüri, %60'ında mesanede tam boşalmama hissi ve %40'ında enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın kürtaj olma grubu lehine enfeksiyonda anlamlı, dizüri ve mesanede tam boşalmama hissine ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Kürtaj olma dizüri, enfeksiyon ve mesanede tam boşalmama hissini artırmaktadır.

Kadınların inkontinans tipi ile sözel ifadelerine göre cevapların alınarak cinsel aktivitelerinin karşılaştırılması Tablo XXV.'de gösterilmektedir .

Tablo XXV. İnkontinans Tipine Göre Cinsel Aktivitelerinin Karşılaştırılması

İnkontinans Tipi	Etkilenmiş		Etkilenmemiş		Cinsel Aktivite Yok	
	n	%	n	%	n	%
Urge	13	24,5	30	56,6	10	18,9
Stres	8	12,9	45	72,6	9	14,5
Miks	20	44,4	18	40,0	7	15,6
$X^2=15,30$ * p< 0,05						

* Pearson Ki-Kare Testi

Araştırma kapsamına alınan kadınların %58.1'i idrar problemlerinden dolayı cinsel aktivitesinin etkilenmediğini, %25.6'sı etkilendiğini ve %16.3'ü boşanma ya da cinsel istek kaybı nedeni ile cinsel aktivitesinin olmadığını ifade etmiştir.

Miks tip üriner inkontinansı olan bayanların %44,4'ünde cinsel aktivite ile ilgili sorunları olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur(p< 0,05).

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan FSFI anketinin ortalama sonuçları Tablo XXVI'da gösterilmektedir .

Tablo XXVI. İnkontinans Tipine Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

FSFI** n=21	Urge (n=9) X ± SD	Stres (n=3) X ± SD	Miks (n=9) X ± SD	p*
Arzu	3,0 ± 0,8	3,0± 1,5	2,6 ±1,2	p> 0,05
Uyarılma(Aurasol)	3,3 ± 0,9	2,5± 2,5	3,8 ±1,3	p> 0,05
Lumbrikasyon	4,1± 0,9	3,6± 1,8	3,9 ±1,5	p> 0,05
Orgasm	3,6± 0,8	3,2± 2,1	4,1± 1,5	p> 0,05
Memnuniyet	3,6 ±1,2	4,8± 0,8	4,3 ±1,5	p> 0,05
Ağrı	4,2± 1,3	3,0± 0,9	4,3 ±1,0	p> 0,05
Toplam	21, 9±3,6	20,2 ±7,8	23,2 ±7,1	p> 0,05

*Kruskall Wallis Analizi

** Bayan Seksüel Fonksiyon Anketi (Female Sexual Function Index)

Araştırma kapsamına alınan 160 kadından sadece 21'i FSFI anketini yanıtlamayı kabul etmiştir. FSFI anketini yanıtlayan kadınların üriner inkontinans tiplerine göre cinsel fonksiyon sonuçları karşılaştırıldığında tüm inkontinans tiplerinde Arzu, Uyarılma, Lumbrikasyon, Orgasm, Memnuniyet ve Ağrı başlıklı alt grupların düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak üriner inkontinans tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir($p > 0,05$).

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre FSFI anketinin ortalama sonuçları Tablo XXVII'de gösterilmektedir.

Tablo XXVII. İnkontinans Sürelerine Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

FSFI ** n=21	5 yıl (n=10) X ± SD	5-10 yıl (n=6) X ± SD	10 yıl ve üzeri (n=5) X ± SD	p*
Arzu	3,9 ± 0,8	2,9 ± 0,8	<u>2,5 ± 0,8</u>	p < 0,01
Uyarılma(Aurasol)	3,5 ± 1,1	3,3 ± 1,7	3,2 ± 1,9	p > 0,05
Lumbrikasyon	4,7 ± 0,5	3,7 ± 2,3	<u>3,8 ± 1,3</u>	p < 0,01
Orgasm	3,4 ± 0,8	2,8 ± 1,5	<u>2,4 ± 3,2</u>	p < 0,01
Memnuniyet	4,1 ± 1,1	3,2 ± 1,2	<u>3,2 ± 1,5</u>	p < 0,05
Ağrı	4,3 ± 1,2	4,4 ± 0,9	4,9 ± 2,8	p > 0,05
Toplam	22,7 ± 3,9	22,3 ± 4,8	<u>17,6 ± 6,6</u>	p < 0,01

*Kruskal Wallis Analizi

** Bayan Seksüel Fonksiyon Anketi (Female Sexual Function Index)

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre cinsel fonksiyon sonuçları karşılaştırıldığında Arzu, Lumbrikasyon, Orgasm ve Memnuniyet başlıklı alt gruplarda inkontinans süresi arttıkça skorların azaldığı tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede Arzu, Lumbrikasyon ve Orgasm başlıklarının 10 yıl ve üzeri grup lehine ileri derecede ($p < 0,01$) ve Memnuniyet alt başlığında anlamlı ($p < 0,05$) olduğu tespit edilmiştir. İnkontinans süresi arttıkça kadınların Arzu, Lumbrikasyon, Orgasm ve Memnuniyetleri azalmaktadır. İnkontinans süresi arttıkça cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan FSFI anketinin toplam skoru da azalmaktadır. Yapılan istatistiksel inceleme

sonucunda toplam skorun 10 yıl ve üzeri grup aleyhine ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Kadınların inkontinans süresi arttıkça cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubuna göre FSFI anketinin ortalama sonuçları Tablo XXVIII’de gösterilmektedir.

Tablo XXVIII. Yaş Grubuna Göre FSFI Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

FSFI ** n=21	15-24 yıl (n=5) X $\pm$ SD	25-34 yıl (n=7) X $\pm$ SD	35-44 yıl (n=6) X $\pm$ SD	45 ve üzeri (n=3) X $\pm$ SD	p*
Arzu	2,9 $\pm$ 1,8	2,9 $\pm$ 1,7	2,7 $\pm$ 1,8	2,5 $\pm$ 2,8	p> 0,05
Uyarılma	3,2 $\pm$ 0,9	3,1 $\pm$ 1,7	3,1 $\pm$ 2,2	3.1 $\pm$ 1,6	p> 0,05
Lumbrikasyon	3,8 $\pm$ 0,7	3,7 $\pm$ 2,3	3,8 $\pm$ 1,3	3,8 $\pm$ 4,3	p> 0,05
Orgasm	4,3 $\pm$ 1,2	3,2 $\pm$ 1,5	3,6 $\pm$ 2,6	<u>2,9$\pm$ 2,5</u>	p< 0,01
Memnuniyet	4,1 $\pm$ 1,1	4,2 $\pm$ 1,2	3,8 $\pm$ 1,2	<u>2,9$\pm$1,4</u>	p< 0,01
Ağrı	4,3 $\pm$ 2,5	4,4 $\pm$ 0,9	4,3 $\pm$ 2,3	4,2 $\pm$ 3,8	p> 0,05
Toplam	23,4 $\pm$ 4,7	21,6 $\pm$ 3,8	20,6 $\pm$ 4,9	<u>17,6 $\pm$5,3</u>	p< 0,01

*Kruskall Wallis Analizi

**Bayan Seksüel Fonksiyon Anketi (Female Sexual Function Index)

Kadınların yaş grubuna göre cinsel fonksiyon sonuçları karşılaştırıldığında yaş ilerledikçe Orgasm ve Memnuniyet başlıklarında bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatitiksel inceleme sonucunda 45 yaş ve üzeri grup aleyhine ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p< 0,01$). Yaş arttıkça cinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için kullanılan FSFI anketinin toplam skoru da azalmaktadır. İstatistiksel incelemede toplam skor 45 yaş ve üzeri grupta ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p< 0,01$). Yaş arttıkça kadınların cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan SF-36 anketinin ortalama sonuçları Tablo XXIX’ da gösterilmektedir.

Tablo XXIX. İnkontinans Tiplerine Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

SF-36 **	Urge İnk. (n=53) X $\pm$ SD	Stres İnk (n=62) X $\pm$ SD	Miks Tip İnk (n=45) X $\pm$ SD	F	p*
Fiziksel Durum	86,41 $\pm$ 14,72	<u>78,62 $\pm$ 21,37</u>	83,66 $\pm$ 13,37	3,007	p< 0,05
Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller	54,24 $\pm$ 31,29	56,61 $\pm$ 37,89	55,22 $\pm$ 29,09	0,073	p> 0,05
Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller	86,77 $\pm$ 24,84	73,11 $\pm$ 34,12	<u>65,91 $\pm$ 33,78</u>	5,747	p<0,05
Enerji/Bitkinlik	59,15 $\pm$ 15,98	57,58 $\pm$ 15,54	56,33 $\pm$ 14,86	0,408	p> 0,05
Ruhsal İyilik Durumu	58,18 $\pm$ 11,62	61,61 $\pm$ 14,56	55,55 $\pm$ 12,68	2,856	p>0,05
Sosyal Durum	85,41 $\pm$ 22,31	82,51 $\pm$ 23,98	82,37 $\pm$ 22,80	0,291	p> 0,05
Ağrı	62,07 $\pm$ 20,29	65,67 $\pm$ 17,14	63,24 $\pm$ 20,81	0,524	p> 0,05
Genel Sağlık	22,64 $\pm$ 11,99	24,43 $\pm$ 12,15	26,66 $\pm$ 14,96	1,176	p> 0,05

* Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

** Kısa Form 36

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Fiziksel Durum ve Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller başlıklı alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur(p<0,05). Post Hoc Test sonuçları incelendiğinde Fiziksel Durum ve Ruhsal kısıtlılık parametrelerinde urge inkontinanslı grubun miks ve stres inkontinanslı gruba göre anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür(p< 0,05). Stres üriner inkontinansı olan bayanlarda fiziksel durumun daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Miks tip üriner inkontinansa sahip bayanların urge inkontinansı olan bayanlara göre ruhsal rol kısıtlılık değerlerinin daha düşük olduğu ve ruhsal kısıtlılığın daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0,05). İnkontinans tiplerine göre Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji, Ruhsal İyilik Durumu, Sosyal Durum, Ağrı ve Genel Sağlık alt başlıklarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p> 0,05).

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre yaşam kalitesi (SF -36) anketinin ortalama sonuçları Tablo XXX’ da gösterilmektedir.

Tablo XXX. İnkontinans Sürelerine Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

SF-36**	5 yıl’dan az (n=15) X ± SD	5-10 yıl (n=41) X ± SD	10 yıl üzeri (n=104) X ± SD	F	p*
Fiziksel Durum	83,51± 19,19	85,00 ±13,75	80,31 ±18,92	0,364	p> 0,05
Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller	57,08 ±33,61	63,63± 32,53	46,87 ±25,61	1,443	p> 0,05
Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller	74,32 ±33,43	78,81 ±31,01	74,93 ±31,16	0,231	p>0,05
Enerji/Bitkinlik	58,07 ±16,41	58,33 ±11,22	54,68 ±18,11	6,353	p> 0,05
Ruhsal İyilik Durumu	60,00 ±13,63	60,12 ±10,88	<u>49,75 ±9,23</u>	<u>4,708</u>	p<0,05
Sosyal Durum	83,01 ±22,56	85,69± 22,71	76,68 ±30,17	0,790	p> 0,05
Ağrı	63,64 ±20,01	69,06± 16,46	59,37± 21,59	1,552	p> 0,05
Genel Sağlık	26,97± 14,02	23,63± 9,29	<u>16,56 ±9,25</u>	4,903	p< 0,05

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

** Kısa Form 36

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık başlıklı alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur (p< 0,05). Post Hoc Test sonuçları incelendiğinde Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık parametrelerinde 10 yıl ve üzeri grupta anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p< 0,05). İnkontinans süresi 10 yıl ve daha uzun olanlarda Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık puanlarının oldukça düşük olduğu ve bu parametrelerden etkilendiği tespit edilmiştir. İnkontinans sürelerine göre gruplar karşılaştırıldığında Fiziksel Durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji, Sosyal Durum ve Ağrı alt başlıklarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p> 0,05).

Kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan SF-36 anketinin yaş grubuna göre ortalama sonuçları Tablo XXXI' de gösterilmektedir.

Tablo XXXI. Yaş Gruplarına Göre SF-36 Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

SF-36**	15-24 yaş (n=38) X ± SD	25-34 yaş (n=45) X ± SD	35-44 yaş (n=51) X ± SD	45 ve üzeri yaş (n=26) X ± SD	F	p*
Fiziksel Durum	<u>87,89±27,34</u>	86,11±14,84	80,49±12,81	64,28 ±13,78	4,532	p< 0,05
Fiziksel Dur. Kısıtladığı Roller	<u>68,02±27,20</u>	54,66±28,92	57,86±36,42	17,85± 34,03	5,312	p< 0,05
Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller	75,42±33,55	67,35±35,97	83,01±27,02	75,65 ±30,70	1,995	p> 0,05
Enerji/Bitkinlik	57,89±14,77	55,33±17,65	61,47±11,05	44,28±23,35	3,376	p< 0,05
Ruhsal İyiye Durumu	57,57±12,66	58,13±10,39	62,82±13,34	53,69 ±16,55	7,017	p< 0,05
Sosyal Durum	84,84±20,32	77,31±26,79	89,03±20,49	81,00± 22,48	3,290	p> 0,05
Ağrı	<u>73,60±14,17</u>	62,71±20,78	60,82±19,23	57,19 ±18,56	4,940	p< 0,05
Genel Sağlık	<u>31,18±13,52</u>	24,33±11,10	22,35±12,54	13,70±12,57	5,942	p< 0,05

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

** Kısa Form 36

Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasında Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji/Bitkinlik, Ruhsal İyiye Durumu, Ağrı ve Genel Sağlık başlıklı alt gruplarında anlamlı fark bulunurken (p< 0,05), Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller ve Sosyal Durum alt başlıklarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p> 0,05). Post Hoc Test sonuçları incelendiğinde Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Ağrı ve Genel Sağlık parametrelerinde 15-24 yaş grubunda anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p< 0,05). Yaşı genç olan (15-24 yaş arası) kişilerin inkontinansa bağlı olarak Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji/Bitkinlik, Ruhsal İyiye Durumu, Ağrı ve Genel Sağlık durumlarının daha iyi

olduğu tespit edilirken ($p < 0,05$), yaşı ilerlemiş (45 ve üzeri) kadınlarda Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji/Bitkinlik, Ruhsal İyilik Durumu, Ağrı ve Genel Sağlık durumlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Ağrı ve Genel Sağlık'ları olumsuz etkilenmektedir. Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller ve Sosyal Durum alt başlıklarının yaş grupları arasında anlamlı bir farklılığı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre genel sağlıklarını değerlendirmek amacıyla yapılan NHP anketinin ortalama sonuçları Tablo XXXII' de gösterilmektedir.

Tablo XXXII. İnkontinans Tiplerine Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

NHP**	Urge İnk. (n=53) X $\pm$ SD	Stres İnk (n=62) X $\pm$ SD	Miks Tip İnk (n=45) X $\pm$ SD	F	p*
Fiziksel Aktivite	13,26 $\pm$ 14,25	13,17 $\pm$ 11,63	9,04 $\pm$ 11,29	0,375	$p > 0,05$
Ağrı	20,96 $\pm$ 25,54	22,33 $\pm$ 23,22	24,95 $\pm$ 19,00	1,811	$p > 0,05$
Yorgunluk	59,71 $\pm$ 43,08	58,04 $\pm$ 37,73	62,97 $\pm$ 43,38	0,189	$p > 0,05$
Sosyal izolasyon	5,76 $\pm$ 13,33	4,19 $\pm$ 10,94	5,33 $\pm$ 15,60	1,587	$p > 0,05$
Emosyonel Durum	31,50 $\pm$ 22,66	26,04 $\pm$ 24,16	30,17 $\pm$ 18,86	0,219	$p > 0,05$
Uyku	28,84 $\pm$ 21,47	23,54 $\pm$ 17,93	29,77 $\pm$ 20,72	0,934	$p > 0,05$

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

**Nottingham Sağlık Profili

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre NHP sonuçları incelendiğinde fiziksel aktivite, sosyal izolasyon ve emosyonel bozukluğunun urge inkontinansa, ağrı, yorgunluk ve uyku probleminin daha çok miks tip inkontinansı olanlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre NHP anketinin ortalama sonuçları

Tablo XXXIII' da gösterilmektedir.

Tablo XXXIII. İnkontinans Sürelerine Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

NHP**	5 yıl'dan az (n=15) X ± SD	5-10 yıl (n=41) X ± SD	10 yıl üzeri (n=104) X ± SD	F	p*
Fiziksel Aktivite	11,73 ± 12,02	<u>14,65 ± 12,79</u>	15,05 ± 12,47	6,763	p< 0,05
Ağrı	36,06 ± 21,12	29,17 ± 20,09	18,09 ± 22,94	1,221	p>0,05
Yorgunluk	53,85 ± 41,92	<u>70,68 ± 35,20</u>	73,26 ± 42,19	3,454	p< 0,05
Sosyal izolasyon	2,66 ± 7,03	5,00 ± 12,60	5,38 ± 13,99	0,460	p> 0,05
Emosyonel Durum	26,46 ± 14,42	31,27 ± 23,89	28,49 ± 22,05	0,279	p> 0,05
Uyku	30,66 ± 23,74	25,00 ± 18,53	27,30 ± 20,10	0,330	p> 0,05

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

** Nottingham Sağlık Profili

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre NHP sonuçları karşılaştırıldığında inkontinans süresi uzadıkça Fiziksel aktivite ve Yorgunluğun giderek arttığı saptanmıştır. İstatistiksel olarak incelendiğinde gruplar arasında Fiziksel aktivite ve Yorgunluk başlıklı alt parametrelerde anlamlı fark bulunmuştur(p< 0,05). Post Hoc Test sonuçları incelendiğinde Fiziksel aktivite ve Yorgunluk parametrelerinde inkontinans süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p< 0,05). İnkontinans süresi uzadıkça kadınlarda Fiziksel aktivite azalmakta ve Yorgunluk artmaktadır. Ağrı, sosyal izolasyon, emosyonel durum ve uyku alt başlıklarının inkontinans süreleri ile arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür(p> 0,05).

Kadınların genel sağlığını değerlendirmek amacıyla yapılan NHP anketinin yaş grubuna göre ortalama sonuçları Tablo XXXIV' de gösterilmektedir.

Tablo XXXIV. Yaş Gruplarına Göre NHP Anket Sonuçlarının Karşılaştırılması

NHP**	15-24 yaş (n=38) X ± SD	25-34 yaş (n=45) X ± SD	35-44 yaş (n=51) X ± SD	45 ve üzeri yaş (n=26) X ± SD	F	p*
Fiziksel Aktivite	3,02 ± 6,87	7,71 ± 9,92	<u>18,25 ± 10,68</u>	20,53 ± 14,73	34,344	p< 0,05
Ağrı	6,05 ± 9,65	12,44 ± 15,30	<u>32,54 ± 20,84</u>	44,96 ± 24,18	23,496	p< 0,05
Yorgunluk	43,92 ± 41,86	59,26 ± 42,61	62,01 ± 37,80	<u>80,73 ± 34,28</u>	4,495	p< 0,05
Sosyal izolasyon	8,42 ± 18,38	8,00 ± 13,75	-	-	2,372	p> 0,05
Emosyonel Durum	<u>33,50 ± 22,22</u>	29,02 ± 24,95	23,52 ± 19,08	33,28 ± 22,12	4,384	p< 0,05
Uyku	26,84 ± 17,56	20,88 ± 24,10	30,58 ± 17,59	31,20 ± 18,33	1,881	p>0,05

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

** Nottingham Sağlık Profili

Kadınların yaş gruplarına göre NHP sonuçları incelendiğinde yaş ilerledikçe fiziksel aktivite, ağrı, yorgunluk ve emosyonel durumlarının kötüleştiği tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak karşılaştırıldığında fiziksel aktivite, ağrı, yorgunluk ve emosyonel durum başlıklı alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur (p< 0,05). Post Hoc Test sonuçları incelendiğinde Fiziksel aktivite, Ağrı ve Yorgunluk parametrelerinde 35 yaş ve üzeri grup aleyhine anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür(p< 0,05). Emosyonel durum alt başlığında 15-24 yaş grubu aleyhine anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p< 0,05). Sosyal izolasyon ve Uyku alt başlıklarında yaş grupları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür(p> 0,05).

Kadınlara uygulanan SF-36 ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) anketlerin sonuçları Tablo XXXV.'de gösterilmektedir.

Tablo XXXV. SF-36 ve Nottingham Sağlık Profili Anketlerin Dağılımı

	SF-36	NSP	SF-36	NSP	SF-36	NSP	SF-36	NSP	SF-36	NSP
	Fiziksel Durum	Fiziksel Aktivite	Ağrı	Ağrı	Enerji	Yorgunluk	Sosyal Durum	Sosyal İzolasyon	Ruhsal iyilik	Emosyonel
Ortalama	82,62	12,04	63,80	22,61	57,75	59,98	83,43	5,03	58,77	29,00
St. Sapma	17,51	12,53	19,24	22,87	15,44	40,96	22,98	13,11	13,27	22,77
% taban	1,9	40,0	1,3	31,9	0,6	23,1	0,6	83,8	0,6	20,6
% tavan	20,0	11,9	1,3	1,9	2,5	43,8	53,8	0,6	2,5	4,4

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşam kalitesini değerlendirmek için iki ayrı ölçek kullanılmıştır. Buradaki amaç kadınların SF-36 anketini anlayabilme ve yorumlayabilme yeteneğini değerlendirmektir. Kadınlar tarafından SF-36 ve NHP anketine verilen cevaplar karşılaştırıldığında SF-36 anketinin NSP' ne göre taban ve tavan etkisinin daha az olduğu ve ortalama sonuçların daha homojen dağılımla ölçülebildiği gözlenmiştir. Çalışmaya alınan kadınların NHP'ne göre SF-36 anketini daha iyi anlayıp ve yorumlayabildikleri tespit edilmiştir.

Kadınların yaş grubuna göre depresyon durumunu değerlendirmek amacıyla yapılan Beck Depresyon anketinin sonuçları Tablo XXXVI'da gösterilmektedir.

Tablo XXXVI. Yaş Grubuna Göre Beck Depresyon Anket Sonuçları

Yaş Grubu N=160	Beck Depresyon Skoru X ± SD	Minimum	Maksimum
15-24 yaş n=38	10,07 ± 6,89	5	34
25-34 yaş n=45	10,33 ± 6,27	5	36
35-44 yaş n=51	9,78 ± 6,28	1	27
45 ve üzeri yaş n=26	<u>16,76 ± 11,10</u>	1	37
Toplam	11,14 ± 7,74	1	37
* p<0,05			

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

Kadınların yaş grubuna göre depresyon durumu sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). 45 yaş üzeri kadınlarda depresyon skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre depresyon durumunu değerlendirmek amacıyla yapılan Beck Depresyon anketinin sonuçları Tablo XXXVII' de gösterilmektedir.

Tablo XXXVII. İnkontinans Tipine Göre Beck Depresyon Anketinin Karşılaştırılması

İnkontinans Tipi N=160	Beck Depresyon Skoru X $\pm$ SD	Minimum	Maksimum
Urge İnkontinans	11,16 $\pm$ 8,82	5	37
Stres Üriner İnkontinans	9,80 $\pm$ 5,75	5	36
Miks Tip İnkontinans	12,95 $\pm$ 8,53	1	34
Toplam	11,14 $\pm$ 7,74	1	37
* $p>0,05$			

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre depresyon durumu sonuçları karşılaştırıldığında Miks üriner inkontinansı olan kadınlarda depresyon skoru daha yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre Beck Depresyon anketinin sonuçları Tablo XXXVIII' de gösterilmektedir.

Tablo XXXVIII. İnkontinans Sürelerine Göre Beck Depresyon Anketinin Karşılaştırılması

İnkontinans Süresi N=160	Beck Depresyon Skoru X ± SD	Minimum	Maksimum
5 yıl'dan az n=15	5,6 ± 2,19	1	10
5-9 yıl n=41	<u>12,73 ± 8,9</u>	5	37
10 yıl ve üzeri n=104	11,30 ± 7,45	5	37
Toplam	11,14 ± 7,74	11	37
* p<0,05			

*Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova)

Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre depresyon durumu sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p< 0,05).

İnkontinans süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda depresyon skorunun daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Beck depresyon skoru sonuçları ile SF-36 arasında korelasyon Tablo XXXIX.' da gösterilmektedir.

Tablo XXXIX. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle SF-36 Arasında Korelasyon

SF-36	Spearman rho	p*
Fiziksel Durum	-0,124	p>0,05
Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller	-0,101	p>0,05
Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller	-0,246	p<0,05
Enerji/Bitkinlik	-0,128	p>0,05
Ruhsal İyilik Durumu	-0,232	p<0,05
Sosyal Durum	-0,146	p>0,05
Ağrı	0,239	p<0,05
Genel Sağlık	-0,327	p<0,001

*Bivariate Korelasyon Testi (Spearman Analizi)

Çalışmaya alınan kadınların Beck depresyon skoru ile SF-36 sonuçları arasındaki korelasyon incelendiğinde depresyon skoru ile Ağrı arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ağrı artıkça depresyon skorları da artmaktadır. Depresyon skoru ile Genel sağlık ve Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede Genel sağlıkta çok ileri derecede ($p<0,001$) ve Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller de ise anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadınların genel sağlıkları bozuldukça depresyon skorları da artmaktadır.

Beck depresyon skoru sonuçları ile NHP arasındaki korelasyon Tablo XL.'da gösterilmektedir.

Tablo XL. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle NHP Arasında Korelasyon

NHP	Spearman rho	p*
Fiziksel Aktivite	0,073	$p>0,05$
Ağrı	0,045	$p>0,05$
Yorgunluk	0,082	$p<0,05$
Sosyal İzolasyon	0,030	$p>0,05$
Emosyonel Durum	0,239	$p<0,05$
Uyku	0,276	$p>0,05$

* Bivariate Korelasyon Testi (Spearman Analizi)

Kadınların Beck depresyon skoru ile NHP sonuçları arasındaki korelasyona bakıldığında depresyon skoru ile Yorgunluk ve Emosyonel Durum alt başlıklarında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda yorgunluk ve emosyonel bozukluklar arttıkça depresyon skorları da artmaktadır. Depresyon skoru ile fiziksel aktivite, ağrı,

sosyal izolasyon ve uyku başlıklarında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiş ancak istatistiksel incelemede anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Beck depresyon skoru sonuçları ile FSFI arasında korelasyon Tablo XLI.' de gösterilmektedir.

Tablo XLI. Beck Depresyon Skoru Sonuçları İle FSFI Arasında Korelasyon

FSFI	Spearman rho	p*
Arzu	0,027	$p>0,05$
Aurasol	0,034	$p>0,05$
Lumbrikasyon	-0,021	$p>0,05$
Orgasm	-0,015	$p>0,05$
Memnuniyet	-0,031	$p>0,05$
Ağrı	0,067	$p>0,05$

* Bivariate Korelasyon Testi (Spearman Analizi)

Kadınların Beck depresyon skoru ile FSFI sonuçları arasındaki korelasyona bakıldığında depresyon skoru ile Lumbrikasyon, Orgasm ve Memnuniyet alt başlıklarında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiş ancak istatistiksel incelemede anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Beck depresyon skoru arttıkça kadınların Lumbrikasyon, Orgasm ve Memnuniyetleri azalmaktadır. Beck depresyon skoru ile Ağrı arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiş ancak istatistiksel inceleme sonucunda anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Beck depresyon skoru arttıkça kadınların cinsel ilişki sırasındaki ağrısı artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların SF-36 skoru sonuçları ile FSFI arasında korelasyon Tablo XLII.' de gösterilmektedir.

Tablo XLII. SF-36 Skoru Sonuçları İle FSFI Arasında Korelasyon

SF-36	Spearman rho	p*
Fiziksel Durum	-0,026	p>0,05
Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller	-0,013	p>0,05
Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller	0,065	p>0,05
Enerji/Bitkinlik	-0,180	p>0,05
Ruhsal İyilik Durumu	0,227	p<0,05
Sosyal Durum	0,090	p>0,05
Ağrı	-0,263	p<0,05
Genel Sağlık	0,046	p>0,05

* Bivariate Korelasyon Testi (Spearman Analizi)

Kadınların SF-36 skoru sonuçları ile FSFI arasında korelasyona bakıldığında Ruhsal İyilik Durumu, Sosyal Durum v Genel Sağlıkları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede sadece Ruhsal İyilik Durumunun anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Kadınların ruhsal iyilik durumu, sosyal durumu ve genel sağlık düzeyi arttıkça seksüel fonksiyonları da düzelmektedir. Ağrı, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller ve Enerji/Bitkinlik ile FSFI arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda sadece Ağrının anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,05). Kadınların ağrısı arttıkça seksüel fonksiyonları olumsuz etkilenmektedir.

TARTIŞMA

Üriner kontinans; efektif bir üretral kapanma basıncı, intraabdominal basınç artışlarının mesane ve proksimal üretraya eşit olarak iletilmesi, fonksiyonel üretral uzunluk, pelvik taban kaslarının stres anında midüretral basıncı arttırması, sfinkterik ünitenin normal anatomik lokalizasyon ve fonksiyonda olması, mesane boynunun valv etkisi ile üretral mukozal kapanmanın bir denge halinde bulunmasıyla sağlanmaktadır. Ani intraabdominal basınç artışlarında, levator ani ve obturator kaslarda oluşan refleks kontraksiyon sonucunda; üretropelvik ligamentteki gerginliğin artmasıyla midüretral kapanma oluşarak, mesane boynu ve proksimal üretrada stabilizasyon sağlanmakta ve böylece bu yapıların aşağı doğru yer değiştirmesi engellenmektedir. Travma, enfeksiyon ve anatomik değişiklikler gibi çeşitli faktörler nedeniyle pelvik taban yetmezliği gelişmekte ve alt üriner sistem fonksiyonlarında bozukluğa yol açıp inkontinansa neden olmaktadır. Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, herhangi bir yaştaki kadını etkileyen, sosyal yönü olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multidisipliner bir olgudur. ABD’de sağlık harcamalarının yaklaşık %2’sini oluşturan maliyeti yüksek sosyal ve medikal bir problemdir(4,5,103). Yaşanan ıslaklığa bağlı olarak kadınlar çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabilmekte ve bu rahatsızlıktan dolayı kendine olan güvenleri azalmakta, kendilerini bir başkasına bağımlı olarak görmekte, günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkileri kısıtlanmaktadır (4,12,13,14,15). Bu kadar sorun yaşamalarına karşın kadınların büyük bir çoğu utanma, çekinme ve inkontinansı yaşlanmanın bir sonucu olarak görme nedeniyle doktora başvurmamaktadır(4,34,37).

Üriner inkontinansın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla beraber sadece yaşlı popülasyonda değil genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülebilmektedir. Yapılan prevelans çalışmalarında inkontinans prevelansı 20-59 yaş arasında %39.6, 42-50 yaş

arasında %58,4 ve 65 yaş üstünde %30-60 arasında olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmada 30 yaş altı grupta %13 ve 70 yaş ve üzerinde %30 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak inkontinans prevalansı tüm kadınlar için %25 olduğu bildirilmektedir(48,104,105,106).

Üriner inkontinansın epidemiyolojik özellikleri tam olarak anlaşılamamıştır. Başlıca kriterler, yaş, ırk, obstetrik öykü, menopoz durumu, geçirilmiş cerrahi operasyon, VKİ, sigara, kahve, alkol tüketimi ve üriner enfeksiyondur(107).

Yaşlı popülasyonda üriner inkontinansın sık olması östrojen azalması, azalmış mesane kapasitesi ve idrar yapma yeteneğinin bozulması gibi yaşa bağımlı değişikliklerle ilişkilidir. Ancak sağlıklı orta yaş kadınlarda da üriner inkontinans sıktır. Temelli ve arkadaşları inkontinans prevalansını 20-29 yaş grubu kadında %4.1, 30-39 yaş grubunda %10.8 , 40-49 yaş grubunda %22.9, 50-59 yaş grubunda %36.9 ve 70 yaş ve üzeri kadında %36 olarak bulmuşlardır(108). Yağcı ve arkadaşları 15-24 yaş grubu kadınlarda %44,2, 25-34 yaş grubunda %33.5, 35-44 yaş grubunda %17.7 ve 45 yaş ve üzeri grupta %4.5 oranında üriner inkontinansın görüldüğünü tespit etmiştir. 65 yaş altı kadınlarda stres inkontinans daha sık iken, 65 yaş üzerinde urge ve mikst inkontinans daha sıktır(109). Koçak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınların %25.6'sında urge inkontinans, %33.1'inde SUI ve %41.3'ünde mikst tip üriner inkontinansın görüldüğünü tespit etmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe mikst tip üriner inkontinans artış olduğunu bulmuştur(110).

Bizim çalışma grubumuzu oluşturan kadınların yaşı 15-49 arasında değişmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre inkontinans dağılımı incelendiğinde 15-24 yaş arası grupta %23,8, 25-34 yaş grubunda %28.1, 35-44 yaş

grubunda %31.9 ve 45 yaş ve üzeri grupta %16.2 olarak tespit edilmiştir. 35 yaş ve üzeri kadında inkontinansın daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmaya alınan kadınların inkontinans dağılımları incelendiğinde %38.8 oranında stres üriner inkontinans, %33.1 oranında urge inkontinans ve %28.1 oranında miks tip üriner inkontinans olduğu saptanmıştır. Kadınların yaş grubuna göre inkontinans tipi değerlendirildiğinde 35-44 yaş grubunda %58.8 oranında stres inkontinansı, 25-34 yaş grubunda %46.7 oranında urge inkontinansı olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe miks inkontinansa sahip olma durumu artmaktadır ($p<0,05$). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar diğer çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 1998 verilerine göre Türkiye'deki 20-49 yaş grubundaki kadınların %84.4'ü evli ve %11.5'i bekar olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların %90'ı evli ve %7.1'inin bekar olduğu tespit edilmiştir(111).

Burgio ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 42-50 yaşlarındaki 541 sağlıklı kadının %76.2 ve %97.2'sinin lise ve üzeri eğitim aldıklarını, %58'inde arasıra ve %30.7'sinde en az ayda bir kez idrar kaçırdıklarını rapor etmişlerdir. Çalışma durumu ve eğitim düzeyi ile üriner inkontinansa yönelik tedavi olma isteği arasında bir ilişki saptamamışlardır (37).

Kadınların eğitim durumuna göre üriner inkontinans dağılımına bakıldığında %35.1'inin ilköğretim, %28.8 lise ve dengi , % 21.9'unun üniversite ve %6.3'ünün okur-yazar olmadıkları tespit edilmiştir. Eğitim durumu arttıkça kadınlarda miks tip inkontinansın görülme durumu azalmakta, stres inkontinans'ta herhangi bir değişiklik olmamakta ve urge inkontinans artmaktadır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirme

sonucunda, eğitim durumu ile inkontinans arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Üriner inkontinansın tanı ve tedavi maliyetinin yüksek olması tedaviyi erteleme ve geciktirmeye neden olan önemli faktörlerdendir. Yağcı ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada kadınların %13.5'inin sağlık güvencesinin olmadığı, %16.5'inin Bağkur, %19.7'sinin Emekli Sandığı ve %45.8'inin de SSK'lı olduğunu bulmuşlardır. Gelir durumu düşük olan grupta dizüri (%39) ve idrar yolu enfeksiyonlarının (%38.4) daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir(109).

Çalışmamıza alınan kadınların gelir durumlarına bakıldığında %42.5'inin kötü, %52.5'inin orta ve %5'inin gelir durumunun iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %18.1'inin sağlık güvencesinin olmadığı, %21.9'unun Emekli Sandığı ve %46.3'ünde SSK'lı olduğu saptanmıştır.

İnkontinans için bir diğer risk faktörü ise vücut kitle indeksi ($VKİ\text{-}kg/m^2$)'dir. Artan vücut ağırlığı, karın duvarı ağırlığının artmasına, intraabdominal basıncın ve intraveziküler basıncın yükselmesine sebep olur. Aynı zamanda yüksek bel kalça oranı stres inkontinans için bağımsız bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda morbid obez hastalarda zayıflamanın stres inkontinans bulgularını düzeltebileceği bildirilmektedir(105).

Dwyer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada normal popülasyona göre, gerçek stres inkontinans ve detrüör instabilitesi olan kadınlarda, obesiteyi oldukça yüksek bulmuştur(112).

Burgio ve arkadaşları 42-50 yaş arası inkontinanslı kadınlarda yaptığı bir çalışmada vücut kitle indeksi yüksek olan kadınlarda üriner inkontinansın yüksek oranda görülüğünü saptamıştır(104). Mommsen ve arkadaşları vücut kitle indeksi ile stres üriner inkontinans arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmektedir(113).

Gunhilde ve arkadaşları 140 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada ortalama VKİ indeksini 27.2 (kg/m^2), inkontinanslı olan bayanlarda 29 (kg/m^2) ve kontinant kadınlarda 25.4 (kg/m^2) olarak tespit etmişlerdir(114).

Koçak ve arkadaşları 18-92 yaş arası 1012 kadında yapmış oldukları çalışmada inkontinanslı olan kadınların % 31.3'ünün VKİ indeksini 25 (kg/m^2) üzerinde ve %14.5'inde VKİ indeksini 25 (kg/m^2) altında olduğunu belirtmiştir(110).

Bizim yaptığımız araştırmada inkontinanslı kadınların %38.1'inde grade I obesite ve %27.5'inde grade II obesite olduğu tespit edilmiştir. Vücut kitle indeksi arttıkça stres üriner ve miks tip inkontinansın arttığı tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede aradaki farkın ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$). Elde edilen bu sonuç literatürle uyumludur.

Vajinal doğum pelvik fasiyal desteğe hasar verir. Pelvik taban ve üretral kasların parsiyel denervasyonuna yol açar. Vajinal doğumla fonksiyonel üretral uzunluk, üretral kapanma basıncı ve maksimum üretral basınçta azalma meydana gelir(115,116).

Sezeryanla doğum, stres inkontinansa karşı koruyucu bir etkiye sahiptir(117). Farrell ve arkadaşları 690 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada forsepsle doğumun, sezeryan ve spontan vajinal doğuma göre üriner inkontinans riskini arttırdığını

saptamışlardır. Vakumla doğumda meydana gelen risk vajinal doğuma oranla farklı bulunmamıştır. Elektif sezeryan ve travay başladıktan sonra uygulanan sezeryan arasındaki inkontinans riski farklı bulunmamıştır(118).

Arya ve arkadaşlarının 315 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada postpartum dönemde (doğumdan 2 hafta sonra) üriner inkontinans insidansı forseps, vakum veya spontan vajinal doğumda benzer bulunmuştur. Ancak doğumdan 3 ay ve 1 yıl sonra stres inkontinans insidansı ve ciddiyeti forseps doğumla; spontan vajinal doğum veya vakumla doğuma oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(119).

Milsom ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada artmış üriner inkontinans prevalansı ile yüksek paritenin ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle prevelans artışı ilk doğumdan sonra belirgindir. Fakat prevalansı arttırmanın full-term gebelik mi yoksa doğumun kendisi mi olduğu açık değildir. Iosif ve arkadaşları sezeryan olmuş kadınlarda doğum sonrası stres üriner inkontinansın %9 oranında olduğunu rapor etmişlerdir. Bu sonuç gebeliğin tek başına üriner inkontinansa yol açtığı teorisini desteklemektedir(120).

Thomas ve arkadaşları inkontinans ve parite arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Nullipar kadınlarda multipar kadınlara oranla inkontinans daha az rapor edilmiştir. Pariteyle stres ve miks inkontinansın prevalansı artmakla birlikte urge inkontinansa bir fark saptanmamıştır. Paritenin inkontinans prevalansı üzerine etkisi yaştan bağımsızdır(121).

Holst ve Wilson'un 1988'de yayınlanan çalışmalarında nulliparlarda üriner inkontinans insidansı %20; 1 gebelik sonrası %53; 2 gebelik sonrası %34; 3 gebelik sonrası %39; 4 gebelik sonrası %54; 5 ve daha fazla gebeliklerde %62 bulmuşlardır (116).

Burgio ve arkadaşlarının 1991’de yaptığı bir çalışmada kontinant kadınların parite ortalamasını 2.6, nadir olarak üriner inkontinansı olanların parite ortalamasını 2.5 ve düzenli olarak inkontinansı olanlarda 2.7 saptanmıştır(37).

Koçak ve arkadaşları Aydın ili çevresinde yapmış oldukları çalışmada parite ortalamasını 3.4, vaginal doğum sayısını 3.3 ve ilk doğum yaşını 21.2 olarak tespit etmiştir (110).

Bizim çalışmamızda tüm olguların parite ortalaması 2.8 idi. Bu oran literatürle uyum göstermektedir. Kadınların % 22.6’sının 1 kez, % 28’inin 2 kez, % 24.7’sinin 3 kez ve % 24.7’sinin 4 kez ve üstünde hamile kaldıkları ve %27.3’ünün 1 kez, %41.3’ünün 2 kez, %18’nin 3 kez ve %13,4’ünün de 4 kez ve üzerinde doğum yaptığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların % 73,3’ünün normal vaginal yolla ve %26.7’sinin sezeryanla doğum yaptıkları tespit edilmiştir. Kadınların doğum yapma yöntemleriyle stres üriner inkontinans arasındaki ilişki incelendiğinde normal doğum yapanların %50’sinde ve sezeryanla doğum yapan kadınların %37.5’inde stres üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Normal doğum yapan kadınlarda sezeryan yapanlara göre daha fazla stres üriner inkontinansa sahip oldukları görülmektedir. Bu durum yapılan istatistiksel değerlendirme ile de anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğum stres üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Çalışmalar doğumun uzun sürmesi, doğum esnasında epizyotomi açılması, normal doğum yapma, ikiz bebelik ve kilolu bebek doğumu gibi obstetrik travmaların üriner inkontinans gelişminde rol oynadığını göstermektedir(48,51,52). Bizim çalışmamızda kadınların %26’sında doğum sürelerinin uzun sürdüğü, %50.7’sine epizyotomi açıldığı ve %24’ünde 4 kg ve üzerinde bebek doğumu olduğu saptanmıştır. Bu oranların üriner inkontinans için büyük bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.

Düşük ve kürtaj sonucu uterus perforasyonu, kanama, organlarda hasar, pelvik enfeksiyon, fistül ve prolapsus gibi durumlar gelişebilmektedir. Skoner ve arkadaşları stres üriner inkontinanslı kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadınlarda kürtaj olma durumunu %35.1 olarak belirlemiştir(55). Çalışmamızda düşük yapan kadınların %20.7'sinde ve kürtaj olan kadınların %30'unda inkontinans görülmektedir. Yapılan istatistiksel incelemede inkontinans ile düşük yapma arasında anlamlı bir ilişki ($p<0.05$), kürtajla arasında anlamsız bir ilişki olduğu ($p>0.05$) bulunmuştur.

Ülkemizde doğum yapma yaşının 15-19 yaş grubundaki oranı %10.2'dir. Bu oran eğitim durumu düşük olan kadınlarda %22'ye kadar yükselmektedir(58,122). Bizim çalışmamızda kadınların ilk doğum yapma yaşları incelendiğinde %30'u 15-19 yaş grubunda, %51.3'ü 20-24 yaş grubunda ve % 18.7'si 25 yaş ve üzeri grupta ilk doğumlarını yaptıkları görülmektedir. Araştırmamızda 15-19 yaş grubundaki bayanların doğum yapma oranları Türkiye geneline göre yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni örneklem sayımızın Türkiye geneli için az olmasından kaynaklanabilmektedir. Kadınların ilk doğum yapma yaşı ile üriner inkontinans tipleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 25 yaş ve üzeri grupta %82.1 oranında stres üriner inkontinans ve 20-24 yaş grubunda %40.3 oranında urge ve %32,5 oranında miks tip inkontinansın olduğu saptanmıştır. İlk doğum yapma yaşı ile üriner inkontinans tipleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirildiğinde stres üriner inkontinansın 25 yaş ve üzeri grup aleyhine çok ileri derecede($p<0,001$), urge ve miks tip inkontinansın 20-24 yaş grubu aleyhine anlamlı olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$).

Yapılan prospektif ve retrospektif çalışmalar gebeliğin başlangıcındaki üriner inkontinans prevalansının %4-15, gebeliğin sonunda %30-40 ve postnatal olarak %5-10 olduğunu göstermiştir(123).

Gebelik sırasında progesteronun etkisi ile mesane kapasitesi etkilenmekte ve kas tonusu azalmaktadır. Uterusun büyümesi sonucunda mesaneye gelen baskıdan dolayı pollaküri ve üriner inkontinans görülebilmektedir. Gebelikte üriner inkontinans görülme oranı % 30-59 arasında değişmektedir(9,10). Araştırmamızdaki tüm olguların %30'unda gebelik sırasında, %52'sinde doğum sonrasında idrar kaçırma problemi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürdeki verilerle paralellik göstermektedir. Gebelik üriner inkontinans gelişiminde bir risk faföürüdür.

Skoner ve arkadaşları epizyotomi açılmasının stres üriner inkontinans gelişme riskini 3 kat artırdığını saptamışlardır(55). Bizim çalışmamızda epizyotomi açılanların %47.3'ünde ve epizyotomi yapılmayanların %35.5'inde stres üriner inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda epizyotomi açılma durumu ile üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Epizyotomi açılması stres üriner inkontinans gelişime riskini artırmaktadır.

Çocukluk döneminde inkontinans şikayeti olan kadınların inkontinans açısından risk faktörü taşıdıkları düşünülmektedir. Kızılkaya ve arkadaşları yaptığı çalışmada inkontinans şikayeti olan kadınlarda çocuklukta idrar kaçırma oranını %20 olarak tespit etmişlerdir(124). Bizim çalışmamızda kadınların %20,6'sında çocukluk döneminde inkontinans şikayeti olduğu tespit edilmiştir.

Skoner ve arkadaşları I. ve II. Derece akrabalarında üriner inkontinans olma durumu ile inkontinans arasındaki ilişkiyi önemli bulmuştur(55). Kızılkaya ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci dereceden akrabalarında üriner inkontinans varlığının risk faktörü olacağını bildirmiştir(124). Çalışmamızda kadınların %36.3'ünde birinci dereceden akrabalarında üriner inkontinans olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda

elde edilen bu sonuç I. ve II. derece akrabalarında üriner inkontinans olma durumu ile inkontinans arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Kronik kabızlık pudental sinirde gerilmeye neden olup pelvik kas fonksiyonunda bozukluğa yol açabilmektedir. Aynı zamanda kabızlık mesane üzerinde basınca neden olmaktadır(39,58,59). Araştırmamızda kadınların %31.9’unda konstipasyon problemlerinin olduğu tespit edilmiştir.

Sigara içmek kollojen sentezinin azalmasına neden olmakta ve östrojen seviyesini olumsuz etkilemektedir. Kronik öksürük, mesane basıncını artırmakta, üretral sfinkter mekanizmasında yetmezliğe neden olmakta ve inkontinans oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Sigara içmenin üriner inkontinansın tüm şekillerinin ortaya çıkmasında önemli rolü olduğu bildirilmektedir(30,65). Bump ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bir paketten fazla sigara içen kadınlarda stres üriner inkotinans riskinin 5 kat arttığını bildirmektedir(60). Bizim çalışmamızda kadınların %20.6’sının halen sigara kullandığı, %20’sinin daha önceden sigara kullandığı ve %59.4’ünün hiç sigara içmediği belirlenmiştir. Stres üriner inkotinans ile sigara kullanımı karşılaştırıldığında halen sigara kullananların %44.2’sinde, önceden kullanıp şu an içmeyenlerin %37.5’inde ve hiç sigara kullanmayanların %24.2’sinde SUİ olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede aradaki farkın halen sigara içen grup lehine anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Sigara içme üriner inkontinans için bir risk faktörüdür.

Koçak ve arkadaşları 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada 242 kadının üriner inkontianslı kadın olduğunu tespit etmiştir. Aynı çalışmada kadınların idrar kaçırma sıklıklarını incelediklerinde %45,9’unun haftada ikiden az, %17,4’ünü haftada 2-3 kez, %9,9’nun günlük, % 13,2’sinin günde birkaç kez ve

%13,6'sının daha çok sıklıkla her zaman idrar kaçırdıklarını tespit etmiştir. İnkontinans şiddetlerini incelediklerinde %79,8'inin hafif, %15,7'sinin orta şiddette ve %4,5'inin de şiddetli inkontinansı olduğunu saptamışlardır(110).

Bizim çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğu haftada birden fazla istemsiz olarak idrar kaçırmaktadır. %17.5'i aktivite yapmaksızın haftada birden az, %41.9'u öksürme, % 20'si yürüyüş, %18.1'i gülme sırasında ve %16.9'u da herhangi bir aktivite yapmaksızın haftada birden fazla, %15.6'sı aktivite yapmaksızın her gün istemsiz idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Kadınların %36.9'u aktivite yapmaksızın, %34.4'ü öksürürken ve %14.4'ü yürüyüş ve gülme sırasında damlama tarzında ayrıca % 16.3'ü gülme sırasında sızıntı tarzında ve % 15.6'sı öksürme esnasında ıslaklık oluşturacak tarzda idrar kaçırmaktadır.

Üriner inkontinans ve beraberindeki urgency, frequency, noktüri ve dizüri gibi semptomların eşliği ile kadınlar aktivitelerini kısıtlamak yoluna gidip sosyal, ailevi ve mesleki yaşamlarını olumsuz etkilerler.

MacDiarmid ve arkadaşları 1046 kadına elektronik posta yolu göndererek üriner semptomlarını araştırdığı çalışmada %6.1 oranında frequency, %80 oranında urgency, %72 oranında noktüri ve %69-88 oranında inkontinans çeşidi olduğunu tespit etmiştir (125).

Swithinbank ve arkadaşları 18 yaş ve üzeri kadın üzerinde üriner semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların %19'unda noktüri, %61'inde urgency ve %23'ünde de disüri olduğunu saptamıştır(126).

Muscatello ve arkadaşları 41 yaş üzeri kadında %61 ve erkekte %53 oranında üriner yol semptomu olduğunu belirlemişler, kadınların %33'ünde urgency ve %25'inde noktüri kaydetmişlerdir(127).

Teleman ve arkadaşları orta yaş kadınlarda görülen alt üriner yol semptomlarına yönelik bir çalışmada %86.2'sinde urgency, %86.9'un frequency ve %93'ünde inkontinans olduğunu tespit etmiştir(128).

Malmsten ve arkadaşları 45 yaş ve üzeri kadında görülen alt üriner yol semptomları ve üriner inkontinans prevalansına yönelik yaptıkları araştırmada; %9.2'sinde Üİ ki bunun yaşla birlikte linear olarak arttığını, %56.1'inde noktüri, %6.3'ünde son 2 yıldır üriner enfeksiyon ve %26.4'ünde mesanede tam boşalmama hissi olduğunu saptamışlardır. Ayrıca %9.1'inde çocukluk çağı inkontinansı olduğu belirlemişlerdir(129).

Vikturp ve arkadaşları ilk doğumdan sonraki 5 yılda görülen üriner yol semptomlarını inceledikleri araştırmada ilk doğumdan 5 yıl sonra stres ve urge inkontinans prevalansını sırasıyla %30, %15 oranında olduğunu ve 5 yıllık insidansını stres inkontinansa %19, urge inkontinansa %11 olarak bulmuşlardır. Ayrıca urgency %15, frequency %20 ve noktüri %0,5 oranında olduğu tespit etmişlerdir(130).

Bizim yapmış olduğumuz çalışmada tüm yaş gruplarında yaygın olarak urgency semptomlarının görüldüğü tespit edilmiştir. 25-34 yaş grubunun %86.7'sinde urgency ve %68.9'unda mesanede tam boşalmama hissi olduğu saptanmıştır. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın 25-34 yaş grubu lehine urgency semptomunda anlamlı ($p<0,05$) ve mesanede tam boşalmama hissinde çok ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir

($p<0,001$). 45 yaş ve üzeri kadınların %50'sinde dizüri şikayeti ve %65.4'ünde pollaküri olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede yaş grupları ile dizüri ve pollaküri problemi arasında farkın 45 yaş ve üzeri lehine ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Yaş arttıkça pollaküri ve dizüri görülme oranı artmaktadır. Yaş arttıkça noktüri semptomunun görülme oranı artmaktadır ancak istatistiksel incelemede yaş grupları ile noktüri arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır($p>0,05$). Bu durumun tüm yaş gruplarında Normal vaginal doğum yapanlarda %51.8 oranında mesanede tam boşalmama hissi, %37.3 oranında enfeksiyon ve %30 oranında noktüri olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel incelemede aradaki farkın normal doğum yapanlar lehine anlamlı olduğu bulunmuştur($p< 0,05$). Sezeryan ile doğum yapmış bayanların %50'sinde pollaküri semptomunun yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Tüm bayanlarda urgency semptomu çok görülse de istatistiksel olarak doğum şekli ile arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur($p> 0,05$). Bu sonuç, çalışmaya alınan tüm kadınlarda urgency semptomunun yaygın olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Elde edilen sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

4 ve üzeri doğum yapan kadınlarda %65 oranında dizüri ve %55 oranında noktüri semptomu görülmektedir. İstatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın 4 ve üzeri doğum yapan grup lehine dizüri semptomunda çok ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) ve noktüri semptomunda ise ileri derecede anlamlı ($p<0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı arttıkça dizüri ve noktüri görülme oranı artmaktadır. Doğum sayısı arttıkça enfeksiyon görülme oranı da artmaktadır ancak istatistiksel incelemede doğum sayıları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

İlk doğum yaşı 15-19 yıl olan kadınlarda %48,9'unda dizüri, %42,2'sinde noktüri ve %46,7'sinde enfeksiyon olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel inceleme

sonucunda aradaki farkın dizüri semptomunda ileri derecede ($p < 0,01$) ve noktüri semptomunda çok ileri derecede ($p < 0,001$) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Doğum yaşı küçüldükçe kadınlarda noktüri, dizüri ve enfeksiyon oranı artmaktadır.

Kürtaj olan kadınların %46,7'sinde dizüri, %60'ında mesanede tam boşalmama hissi ve %40'ında enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda aradaki farkın enfeksiyonda anlamlı ($p < 0,05$), dizüri ve mesanede tam boşalmama hissinde ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Kürtaj olma dizüri, enfeksiyon ve mesanede tam boşalmama hissinin artırmaktadır.

Grade II obezitesi olan kadınlarda %38,6 oranında dizüri ve %54,5 oranında pollaküri semptomlarının olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel incelemede aradaki farkın dizüri semptomunda anlamlı ($p < 0,05$) ve pollaküri semptomunda ileri derecede anlamlı ($p < 0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Vücut kitle indeksi arttıkça kadınlarda dizüri ve pollaküri görülme oranı artmaktadır. Grade I obezitesi olan kadınlarda % 31,8 oranında noktüri semptomu olduğu saptanmıştır. İstatistiksel inceleme sonucunda anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Elde edilen bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Kilo artımı dizüri ve pollaküri semptomlarının artışına neden olmaktadır.

Üriner inkontinans yaşamı olumsuz yönde etkileyen tıbbi ve sosyal bir sorundur. Sürekli ıslaklık ve irritasyona bağlı olarak rahatsızlık kişiye sıkıntı vermekte ve yetersizlik duygusu yaratmakta hatta depresyona kadar uzanan psikolojik bozukluğa yol açmaktadır. Sağlık bakımından en önemli amaç hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktır.

Araki ve arkadaşları 20-64 yaş arası 3734 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada %16,7'sinde üriner inkontinans ve en sık %73 oranında stres üriner

inkontinansın olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmalarında üriner inkontinanslı kadınları SF-36 ile yaşam kalitesini incelediklerinde tüm alt skorların sağlıklı olgulara göre anlamlı şekilde düşük olduğunu bulmuşlardır. Yaş gruplarına göre yaşam kalitelerini değerlendirdiklerinde 25-29 yaş grubunda fiziksel komponentlerin, 55-59 yaş grubunda mental komponentlerin anlamlı şekilde düşük olduğunu tespit etmişlerdir(131).

Papanicolaou ve arkadaşları üriner inkontinanslı 1573 kadın üzerinde çalışmalarında fiziksel ve sosyal aktivitelerinin negatif yönde etkilendiğini ve bu parametrelerin inkontinans şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığını tespit etmişlerdir(132).

Kim ve arkadaşları ortalama yaşı 60 olan inkontinanslı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada fazla sayıda doğum yapanlarda inkontinans şiddetinin arttığını ve haftalık idrar kaçırmanın sık görüldüğünü tespit etmiştir. Aynı zamanda yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır(59).

Koçak ve arkadaşları 18 yaş üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada 242 (%23.9) kadında üriner inkontinans tespit etmişler ve üriner inkontinanslı 211 (%87,2) kadında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu etkilenmenin sıklıkla hafif (%31.8) ve orta derecede (%36) olduğunu belirtmişlerdir(110).

Öztaç ve arkadaşları 20 yaş ve üstü kadınlarda yapmış oldukları çalışmada üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesini hafif ya da orta derecede etkilediğini ve yaşam kalitesindeki bozulmanın, istatistiksel olarak üriner inkontinansın tipi, inkontinans epizodlarının sıklığı, kaçırılan idrarın miktarı ve cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaya ($p<0.001$) bağlı olarak anlamlı derecede arttığını belirlemişlerdir(91).

Bizim çalışmamızda yaş grubuna göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında 45 yaş ve üzerindeki kişilerin inkontinansa bağlı olarak Fiziksel durum, Fiziksel Durumun Kısıtladığı Roller, Enerji/Bitkinlik, Ruhsal İyilik Durumu, Ağrı ve Genel Sağlık durumlarının daha kötü olduğu tespit edilirken ($p<0,05$), Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller ve Sosyal Durum alt başlıklarının yaş grupları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ruhsal Durumun Kısıtladığı Roller ve Sosyal Durum alt başlıklarının tüm kadınlarda iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında stres üriner inkontinansı olan bayanlarda fiziksel durumun daha düşük olduğu tespit edilirken, miks tip üriner inkontinansa sahip bayanlarda ruhsal rol kısıtlılığın daha fazla olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre yaşam kalitesi sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık başlıklı alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İnkontinans süresi 10 yıl ve daha uzun olanlarda Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık puanlarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. İnkontinans süresi arttıkça kadınların yaşam kalitesi özellikle ruhsal durumları ve genel sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu kişilere verilecek erken ve uygun tedavi yöntemleri ile genel sağlıklarını düzenlenip yaşam kalitesi artırılabilir.

Melville ve arkadaşları üriner inkontinans ile major depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada %42'li inkontinanslı hastada major depresyon oranını %3.7, inkontinanslı olanlarda %6.1 ve inkontinanslı olmayanlarda %2.2 olarak tespit etmişlerdir. İnkontinanslı kadınlarda major depresyon prevalans oranının inkontinans şiddeti (%2.1 hafif, %5.7 orta ve % 8.3 şiddetli) ve inkontinans tipi (%4.7 stres, % 6.6 urge/miks) ile

farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir. İnkontinanslı major depresyonu olan kadınlarda yaşam kaliteleri ve fonksiyonel durumlarının anlamlı şekilde azaldığını da saptamışlardır (133).

Ateşkan ve arkadaşları çalışmalarında Üİ mevcut kişilerde utanma hissinden, sosyal izolasyona, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin kadınlar arasında %61.8 iken, erkeklerde %72.7 olduğu tespit etmişlerdir. Oran erkeklerde, kadınlara nazaran belirgin şekilde yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır(59).

Koçak ve arkadaşları UI'lı kadınların %40.4'ünde anksiyete ve sinirlilik, %17'sinde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, %11.1'inde genel sağlıklarının olumsuz yönünde etkilediğini ve %2.8'inin de çalışma performanslarının ve sosyal ilişkilerinin azaldığını tespit etmiştir(110).

Bizim çalışmamızda kadınların yaş grubuna göre depresyon durumu sonuçları karşılaştırıldığında 45 yaş üzeri kadınlarda Beck depresyon skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Kadınların üriner inkontinans tiplerine göre depresyon durumu sonuçları karşılaştırıldığında miks üriner inkontinanslı olan kadınlarda Beck depresyon skoru daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bunun nedeni inkontinans tipine göre tüm kadınların skorlarının depresif puanın altında olmasından kaynaklanmaktadır. Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre depresyon durumu sonuçları karşılaştırıldığında inkontinans süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda Beck depresyon skorunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur

($p<0,05$). İnkontinans süresi uzadıkça kadınların ruhsal bozukluğu, depresyonu artmaktadır. Bu nedenle kadınlara erken dönemde yapılacak değerlendirme ve bunun sonucunda uygulanacak tedavi biçimi ile oluşabilecek ruhsal bozukluklar en aza indirilebilir ya da önlenabilir.

Kadında seksüel fonksiyon bozukluğu , biyolojik, psikolojik, medikal, kişisel ve sosyal komponentleri olan multifaktöryel ve çok boyutlu bir durumdur. 2000 yılında yapılan International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction toplantısında yayımlanan bildiride cinsel istek bozuklukları, hipoaktif seksüel istek bozukluklar (HSDD), cinsel tiksinti bozuklukları, uyarılma bozukluklar (FSAD), orgazmik bozukluklar, cinsel ağrı bozuklukları (disparoni, vajinismus, nonkoital seksüel ağrı) olarak sınıflandırılmıştır(134).

Kadınların yarısından fazlasında üriner semptomlar sonucu seksüel disfonksiyon görülmektedir. Her 4 kadından 1'inde de ilişki sırasında inkontinans sorunu yaşanmaktadır. Çoğu kişi bu problemlerinin konuşulmasından sıkıntı duyduğu için insidans normalin altında bulunmaktadır. Üriner inkontinans nedeni ile seksüel siklusun herhangi bir fazı etkilenebilir, Kadında özgüven azalması, libido kaybı ve anksiyete görülebilir. Arzu kaybı nedeni ile seksüel aktivite sıklığında azalma olabilir(134,135).

Shaw, 1980-2001 yılları arasında seksüel aktivite sırasındaki inkontinans sıklığı veya inkontinansın kadın cinsel yaşamı üzerine olan etkilerini araştıran epidemiyolojik yayınları incelediğinde seksüel fonksiyon bozukluğu yaygınlığının % 0.6-14 arasında değiştiğini bildirmiştir. UI ve tekrarlayan ya da kalıcı LUTS tanımlayan 227 kadın hasta detaylı bir klinik ve ürodinamik değerlendirmeye alınmışlar ve “female sexual function index”i (FSFI) ile cinsel yaşamları sorgulanmıştır. Cinsel anamnez ve FSFI skorlarına

göre % 46 hastaya FSD tanısı konulmuştur. Hastaların % 34'ünde HSDD mevcuttur. Urge inkontinansı olan kadınlarda cinsel ilişki sırasında şiddetli işleme ihtiyacı ve takiben kaçak tespit edilmiştir. FSAD'i olan hastaların % 23'u cinsel ilişki sırasında vajinal sensitivite yokluğu veya azlığı ile genital zevk almada azalma veya yokluk tanımlamıştır. Hastaların % 11'de orgazmik faz bozukluğu tespit edilmiştir. Hastaların % 44'ünde cinsel ağrı bozukluğu, % 84'de cinsel ilişki sonrası tekrarlayan ve kalıcı disparoni saptanmıştır(136).

Victoria ve arkadaşları 1992-93 yılları arasında 1299 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada; 495 (%38.1) kadında pelvik taban bozukluğu tespit etmişlerdir. Pelvik taban bozukluğu olan kadınların %53.2'sinde cinsel bozukluk saptanmıştır. Kadınların %18.1'inde libido azalması, %23.1'inde vaginal kuruluk ve %34.1'inde de disparoni şikayeti olduğu tespit edilmiştir(137).

Craig ve arkadaşları 1997-2002 yılları arasında 34 kadında 27'sinde seksüel bozukluk tespit etmişlerdir. Kadınların %41'inde lumbrikasyon azalması, %45'inde orgazm bozukluğu, %37'sinde istek kaybı ve %22'sinde disparoni saptanmıştır. Kadınlara yapılan radikal sistektomi sonrasında sadece 13 (%48) kadında cinsel aktivite düzelmiştir(135).

Çayan ve arkadaşları SÜİ'lı kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada SÜİ'a sahip kadınların %44.8'inde cinsel fonksiyon bozukluğu tespit etmiştir. Kadınların yaş grubu attıkça arzu, uyarılama, lumbrikasyon, orgasm ve memnuniyet alt başlıkları azalma eğilimindeyken, cinsel ilişki sırasındaki ağrının arttığını belirtmiştir(138).

Bizim çalışmamızda Miks tip üriner inkontinansı olan bayanların %44,4'ünde cinsel aktivite ile ilgili sorunları olduğu tespit edilmiştir. Üriner inkontinans tiplerine göre cinsel fonksiyon sonuçları karşılaştırıldığında tüm inkontinans tiplerinde Arzu, Aorazol, Lumbrikasyon, Orgasm, Memnuniyet ve Ağrı başlıklı alt grupların düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak üriner inkontinans tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuç literatürle paralellik göstermesine rağmen ankete yanıt veren olgu sayısının az olması prevelans ve cinsel fonksiyon bozuklukları hakkında tam bir bilgi sağlamamaktadır.

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, herhangi bir yaştaki kadını etkileyen, sosyal yönü olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multidisipliner bir olgudur. Yaşanan ıslaklığa bağlı olarak kadınlar çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabilmekte ve bu rahatsızlıktan dolayı kendine olan güvenleri azalmakta, bir başkasına bağımlı olarak görmekte, günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkileri kısıtlanmaktadır(4,12,13,14,15). Üriner inkontinans pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olmakla birlikte yapılan çalışmalar kadınların sadece ¼'nün problemlerine çözüm aradığı ve doktora başvurdıklarını göstermiştir. Zamanında tıbbi tedaviye başvurmayan kadınların hastalığı ilerlemekte, erken tedavi şansı azalmakta, daha kompleks işlemlerin yapılmasını doğurmakta ve kişilerin tedaviye ödeyecekleri para miktarını artırmaktadır(4,5).

Çok boyutlu bir problem olan üriner inkontinans tedavisi multidisipliner bir ekip çalışması ile gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli üyelerinden biri olan fizyoterapistin hastanın değerlendirilmesi, üriner inkontinans tedavi hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında aktif olarak rol alması gerekmektedir.

Bizim çalışmamızda değerlendirilen kadınlar inkontinans tanısı almalarına rağmen şu ana kadar herhangi bir tedavi almamışlardır. Bu durumun semptomların kronikleşmesine yol açtığını ve kadınların seksüel ve sosyal fonksiyonları ile yaşam kalitelerini azalttığını düşünmekteyiz.

Fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkisiyle kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen üriner inkontinans risk faktörlerinin bilinmesi, hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve erken yapılacak ucuz, non-invazif tedavi şekli olan fizyoterapi uygulamaları ile üriner inkontinans gelişimi azaltılacak ve kişilerin genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri de arttırılacaktır.

ÖZET

DOĞURGAN ÇAĞDA KADINLARDA GÖRÜLEN ÜRİNER İNKONTİNANSIN SAĞLIK, SOSYAL, SEKSÜEL VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir olay olmasa da kişilerin fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta ve depresyona kadar varan emosyonel sorunların gelişmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte inkontinanslı hastaların günlük iş ve ev içi aktiviteleri, cinsel yaşamları da olumsuz yönde etkilenmektedir.

Bu çalışma sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen inkontinansın nedenlerini, bu durumun sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Denizli ilinde yaşayan yaşları 15- 49 yıl arasında olan toplam 160 inkontinanslı kadın rastgele örneklem yöntemiyle çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışmaya alınan kadınların üriner inkontinans problemi dışında herhangi bir nörolojik ve sistemik probleminin olmamasına ve menopoza girmemiş olmasına dikkat edilmiştir. Çalışmaya alınan olgular, Beck Depresyon Envanteri, Bayan Seksüel Fonksiyon İndeksi (FSFI), Kısa Form 36 (SF 36) ve Nottingham Sağlık Profili anketleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza, yaş ortalaması $33,02 \pm 9,32$ yıl ve VKİ ortalaması $26,86 \pm 9,32$ (kg/m^2) olan toplam 160 inkontinanslı kadın rastgele örneklem yöntemiyle alınmıştır. Kadınların %38.8'inde stres üriner inkontinans, % 28.1'inde miks tip inkontinans ve %33.1'inde urge inkontinans görüldüğü saptanmıştır. İnkontinanslı kadınların %25'inde cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, Miks üriner inkontinansı olan kadınlarda depresyon skoru daha yüksek olduğu ve inkontinans süresi arttıkça depresyon skorunun yükseldiği, yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

Yaş, obstetrik öykü, geçirilmiş cerrahi operasyon, VKİ, sigara, kahve, alkol tüketimi ve üriner enfeksiyon üriner inkontinansa neden olan risk faktörleridir. Üriner inkontinas süresi arttıkça kadınların sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

SUMMARY

THE EFFECTS OF URINARY INCONTINENCE ON HEALTH STATUS, SOCIAL FUNCTION, SEXUAL LIFE AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Although urinary incontinence is not a life threatening event, its symptoms such as continuous moisture, irritation, discomfort from bad odour, and anxiety, cause some restrictions in physical and social relationship and emotional problems especially depression. Besides, daily activities at home and job area and sexual life may be negatively affected.

This study was planned in order to describe the causes of urinary incontinence which are a social and hygienic problem and to show its effects on health status, social function, sexual life, and quality of life.

One hundred-sixty women with urinary incontinence aged between 15-49 years living in Denizli were selected randomly. Women in the menopausal period with neurologic or systemic problems were excluded from the study.

The Beck Depression Inventory was used to describe depressive symptoms among subjects. FSFI was used to evaluate sexual life. To investigate the quality of life the subjects, both Short Form-36 and Nottingham Health Profile were used.

38.8 % of the women had a diagnosis of stress urinary incontinence, while 28.1% of them had mixed type incontinence and 33.1% of the women had urge incontinence. 25% of the women who had had any type of incontinence reported that urinary incontinence affected negatively their sexual life. Women with mixed urinary incontinence had a higher depressive symptoms compared to the others. At the same time, the increasing incontinence period was found as a factor which increases the depression score. And also the increasing depression score affected the quality of life among subjects.

Associated risk factors for urinary incontinence such as age, obstetric history, prior surgeries, BMI, smoking, coffee and alcohol consumption, and urinary infection are essential. Any type of urinary incontinence affects health status, social life, sexual life and quality of life in women of reproductive age.

KAYNAKLAR

1. Yalçın Ö., Ürojinekoloji, Ed: Kişnişçi H, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, s. 730-747, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996
2. Yalçın Ö., Pelvik Taban Bozukluklarının Fیزیopatolojisi. Güner H., Ürojinekoloji, s.11-18, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000
3. Yalçın Ö., Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H., Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara 2000: s. 19-27
4. Norton, P.A., “Prevalance and Social Impact of Urinary Incontinence in Women,” Clinical Obstetrics and Gynecology. 1990; 33 (2)
5. Davilla, G.W., “ Urinary Incontinence in Women,” Postgraduate Medicine. Vol: 96, No:2, August 1994
6. Locher, J.L. ve Burgio, K.L., Epidemiology of Incontinence , Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice. 4.bs., London, 1996
7. Mallett, V.T. ve Bump, R.C., “ The Epidemiology of Female Pelvic Floor Dysfunction,” Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 1994;4 (6)
8. Arısan K., Kadın Hastalıkları. 3. bs., İstanbul , Çeltük Matbaacılık, 1991.
9. Pernol, M.L., Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt II, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994.
10. Scott, J.R., Diasia, P.J., Hammond, C.B., Specally, W.N., Obstetrik ve Jinekoloji. Ed. Prof. Dr. Selçuk Erez. 6. bs., İstanbul, Yüce Yayınları, 1992.
11. Gomel, V., Munro, M.G., Rowe, T.C., Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Çev: Doç. Dr. N. Erkut Atar. Özışık Ofset Matbaacılık, 1995.
12. Yalçın, Ö.T., Özalp. S.,Yıldırım, A. Şener, T., “ Kadınlarda Üriner İnkontinans.” Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni. Cilt: I, Sayı:6, 1997
13. Sommer. P., Bauer, T., Nielson K.K, Hermenn.G.G., Steven, K., “Voiding Patterns and Prevalance of Incontinence in Women: A Questionnaire Survey,” British Journal of Urology. 1990;66
14. Versi, E., “Incontinence in the Climacteric,” Clinical Obstetrics and Gynecology. 1990; 33(2)
15. Milson, I., Ekelumd, P., Molander, U., Arvidson, L., “ The Influence of Age, Parity, Oral Contraception, Hysterectomy and Menopause on the Prevalance of Urinary Incontinence in Women,” Journal of Urology. 1993;149

16. Wagner T.H., "Economics Cost of Urinary Incontinence in 1995", Urology Vol:51, 1998
17. Demir A., Ürogenital Sistem Embryolojisi, Ed: Emil A., Jack W., Genel Üroloji, s. 17-31, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1999.
18. Berek, J.S., Novak Jinekoloji. Çev: Ahmet Erk, 12. bs., İstanbul, Nobel Kitabevleri, 1998.
19. Cutner A., Moscoso G., Cardozo L.D., Driver M., Growth of the normal human lower urinary tract form 12 to 21 weeks gestation. Anatom Rec, 1992; 234 (4): 568-574.
20. Yaman,L.S., Göğüs, D., Müftüoğlu, Y.Z., Küpeli,S., Anafarta, K., Şafak,S.M., Arıkan,N., Üroloji. 1.bs., Ankara, Güneş Kitabevi, Ekim 1990.
21. Wolters, M.D., " Epidemiology And Social Impact of Urinary Incontinence." Clinical Urogynecology, 1993.
22. A. Little N, Juma S, Raz S: Female Urology. Campble's Urology. 1996.
23. Adams C., Frahm J., Genitourinary system. In " Saunders Manuel of Physical Therapy Practice". W.B. Sounders Company, Philadelphia, 1995: 459-504.
24. Atasü,T., ve diğerleri., Jinekoloji. İstanbul, 1996.
25. Arısan K., Propedötk. 2. baskı, Nobel Kitabevi 1997: 27-37
26. Çoşkun A., Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 1-17
27. Kişnişçi H. A. ve diğerleri., Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996
28. Çayır G., Üriner İnkontinans Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalara Yönelik Yaklaşım. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 103-120
29. Yalçın Ö., Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat seçimi. Ed: Güner H., Ürojinekoloji, s. 62-76, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000
30. Bump R.C., McClish D.K.,Cigarette Smoking and Urinary Incontinence in Women. American Journal Obstetrics and Gynaecology 1992; 167: 1213
31. Thom D., Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in Community: effects of differences in definition, population charectrics and study type. Journal of American Geriatrics Society, 1998, 46 (4): 473-480

32. Fantl J., Newman D., Colling J., De Lancey JOL., Keeys C., Loughery R.,
Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Department of
Healty and Human Services. Public
33. Maral I., Özkardeş H., Peşkircioğlu L., Bumin M.A., Prevalence of Stres
Incontinence in Both Sexes After Age 15 Years. Journal of Urology, 2001, 165:
406-12
34. Gorton, E., Stanton, S., “ Urinary Incontinence in Elderly Women,” European
Urology. 1998; 33
35. Turan C., Zorlu C., Ekin M., Urinary Incontinence in Women of Reproductive
Age. Gynecologic and Obstetric Invest, 1996, 41:132-134
36. Güneş G., Güneş A., Pehlivan E., Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki
Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Etkili Faktörler. Turgut Özal
Tıp Merkezi Dergisi, 2000, 7 (1): 54-57
37. Burgio, K.L., Mathews, K.A., Engel, B.T., “ Prevelance, Incidence and Corelates
of Urinary Incontinence in Healthy, Middle-Aged Women,” The Journal of
Urology. 1991;33
38. Yalçın ,Ö.T., “ Menapozun Alt Üriner Sisteme Etkileri,” Aktüel Tıp Dergisi.
Cilt:5, Sayı:2 , Şubat 2000.
39. Kelleher C., Epidemiology and Classification of Urinary Incontinence. Ed:
Cardoza L., Urogynecology, New York, 1997: p. 3-23
40. Milsom I., The Prevalence of Urinary Incontinence. Acta Obsterics and
Gynecology, 2000, 79: 1056-1059
41. Malone L., Lower Urinary Tract Function in Late Life. Handbook of
Neurourology. 1994; 349-368
42. KondoA., Kato K., Saito M., Otani T., Prevelance of urinery incontinence in
females in comparison with stres and urge incontinence. Neurology nad
Urodynamic 1990; 9: 330-331
43. Wolin L., Stress in Young, Healthy Nulliparous Female Subjects. Journals of
Urology 1999; 101: 545-549
44. Thom, D.H., Brown, J.S., “ Reproductive and Hormonal Risk Factors for
Urinary Incontinence in Later Life: A Review of the Clinical and Epidemiologic
Literature,” Journal of American Geriatrics Society. 1998; 46

45. Griebeling, T.L., Nygaard, I.E., “ The Role of Estrogen Replacement Therapy in the Management of Urinary Incontinence and Urinary Tract Infection in Women,” *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 1997, 26(2)
46. Metanyi,S., “Urinary Incontinence in Pregnancy and Puerperium,” *Orvors Hetilap*. Vol:133, 1992.
47. Bennes C., Gangar K., Cardoza L.D., Cutner A., Do Progestogenes Exacerbate Incontinence in Women on HRT? *Neurourology and Urodynam* 1991: 10: 316-318
48. Foldspang, A., Mommsen, S., Djurhuus, J.C., “ Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth and Obstetric Techniques,” *American Journal of Public Health*. 1999; 89
49. Sampsel, C.M., “ Changes in Pelvic Muscle Strength and Stress Urinary Incontinence in Childbirth,” *JOGNN*. Vol:19, No:5, September / October 1990.
50. Foldspang, A., Mommsen, S., Lam, G.W., Elvings, L., “ Parity as a Correlate of Adult Female Urinary Incontinence Prevalence,” *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1992; 46
51. Allen, R.E., Hosker, G.L., Smith, A.R.B., Warrell, D.W., “ Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Neurophysiological Study.” *British Journal of Obstetric and Gynaecology*. 1990; 97
52. Tetzchner, T., Sorensen, M., Jonson, L., Lose, G., Christiansen, J., “ Delivery and Pudendal Nerve Function,” *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1997; 97
53. Tetzchner, T., Sorensen, M., Lose, G., Christiansen, J., “ Anal and Urinary Incontinence After Obstetrics Anal Sphincter Rupture,” *Ugeskr Laeger*. 1998; 60(22)
54. Victor, L., Lose, G., Rolff, M., Barfoed, K., “ The Symptom of Stress Incontinence Caused by Pregnancy or Delivery in Primiparas,” *Obstetrics and Gynecology*. 1992; 79
55. Skonner, M.M., Thomson, W.D., Caren, V.A., “ Factors Associated With Risk of Urinary Incontinence in Women,” *Nursing Research*. 1994; 43(5)
56. Keane D.P., Winder A., Lewis P., A combined urodynamic and continence unit-A review of the first 19 years. *British Journal of Urology*, 71:161-165, 1993

57. Rechberger, T., Donica, H., Baranowski, W., Jakowicki, J., "Female Urinary Incontinence in Terms of Connective Tissue Biochemistry," *European Journal of Obstetric and Gynaecology and Reproductive Biology*. 1993;49
58. Getliffe K., *Urinary Incontinence: Approaches to Care*. Primary Health Care, 1996, 6(9): 31-36
59. Küçükdikencik B., *Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri* Ed: Kızılkaya B.N., *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 29-50
60. Bump R.C., McClish D.K., Cigarette Smoking and Pure Genuine Stress Incontinence of Urine: A Comparison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Non-smokers, *American Journal of Obstetric and Gynaecology*. Vol:170, 1994
61. Parys, B.T., Woolfenden, K.A., Parsons, K.F., "Bladder Dysfunction After Simple Hysterectomy: Urodynamic and Neurological Evaluation," *European Urology*. 1990; 17
62. Brown S.J., Sawaya G., Thom H.D., Grady D., Hysterectomy and Urinary Incontinence: A Systematic Review, *Lancet*, 2000, 356 (9229): 535-539
63. Virtanen, H., Makinen, J., Tenho, T., Kälholma, P., Hirvonen, T., "Effects of Abnormal Hysterectomy on Urinary and Sexual Symptoms," *British Journal of Urology*. 1993; 72
64. Rosenzweig, B.A., Pushkin, S., Blumenfeld, D., Bhatia, N.N., "Prevalence of Abnormal Urodynamics Test Results in Continent Women with Severe Genitourinary Prolapse." *Obstetrics and Gynecology*. 1992; 79
65. Grady, M., Kazminski, M., Delancey, J., Elkins, T., McGuire, E., "Stress Incontinence and Cystoceles," *The Journal of Urology*. 1992;145
66. Vale J.A., Trott K.R., Withfield H.H., Post-radiotherapy Bladder Dysfunction – adenyervation Disorder? *Neurology and Urodynam* 1991; 10 (4): 349-350
67. Abrams P., Cardoza L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurology and Urodynamics*, 2002, 21: p.167-178
68. Fantl J.A., Newman D.K., Coling J., DeLancey J., Keeys C., Norton P., Staskin D., Tries J., Ulrich V., Weiss B.D., Whitmore K., *Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults, Acute and Chronic management*. US Public Health Service, 1996

69. Ergen A., Arıkan N., Arslan M., Jinekolojik Üroloji, Ed:Anafarta K., Göğüş O.,Bedük O., Arıkan N., Temel Üroloji, s. 409-446, Güneş Kitabevi, Ankara, 2000
70. Gosling J.A., Dixon J., Thompson S.S., A Comparative Study of The Human External Sphincter and Periurethral Levator Ani Muscle. British Journal of Urology 1991; 53:35-41
71. Smith A.R.B., Hosker G.L., Warrel D.W., The Role of Partial Denervation of Pelvic Floor in The Aetiology of Genitourinary Prolapse and Stress Incontinence of Urine. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1989; 96: 667-676
72. Smith A.R.B., Hosker G.L., Warrel D.W., The Role of Pudental Nerve Damage in The Aetiology of Genuine Stress Incontinence in Women. Journal of Obstetrics and Gynaecology 1989; 96: 29-32
73. Blavis J., Chancellor M.,Clasification of Stres Incontinence, Atlas of Urodynamics, Williams&Williams, London, 1996: p. 205-208
74. İtil İ.M., Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu ve Pelvik Organ Prolapsusunda Sınıflamalar.Ed: Güner H., Ürojnecoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000: s. 29-36
75. Jones C.S., Kamm M.A., Henry M.M., Hudson C.N., “Bowel Dysfunction :A Pathogenic Factor in Utero-Vaginal Prolapse and Urinary Stres Incontinence”, British Journal of Obstetrics and Gynaecology , Vol:101, 1994
76. Susset J.,Galea G.,Read L., Biofeedback Therapy for Female Incontinence Due to Low Urethral Resistance. Journal of Urology 1990; 143(6): 1205-08
77. Kelleher C., Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Staskin D., Textbook of Female Urology and Urogynecology, London, 2001: p. 47-58
78. Kelleher C., Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Urogynecology, New York, 1997: p. 673-688
79. Sherman R.A., Davis G.D., Wong M.F., Behavioral Treatment of Exercises Induced Urinary Incontinence. J. Medicine 1997; 162(10): 690-94
80. Kegel A.H., Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. Am. J. Obstetrics and Gynaecology 1948; 56:238-248
81. Wise B., Physiotherapy. Ed: Cardoza L., Urogynecology, New York, 1997: p. 583-594
82. Kari T., Longh Term effect of Pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. Obstetrics and Gynaecology 1996;87:261-5

83. Bo K., Talseth T., Holme I., Singe Blind, Randomised Controlled Trial of Pelvic Floor Exercises, Electrical Stimulation, Vaginal Cones and no Treatment in Management of Genuine Stress Incontinence in Women, *British Journal of Medicine*, 1999, 318 (20): 487-93
84. Wilson D., Herbison P., Borland M., Grant A., A Randomised Trial of Physiotherapy Treatment of Postnatal Urinary Incontinence. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1992: 162
85. Glavind, K., Mauritsen, A.L., Lose, G., “ Management of Stres and Urge Incontinence in Women,” *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Vol:78, 1999.
86. Berghams L.C., Frederics C., Smeets L., Janknegt R.A., Efficiacy of Biofeedback, When Included with Pelvic Floor Muscle Exercise Treatment, for Genuine Stress Incontinence. *Neurology Urodyn* 1996; 15(1): 37-52
87. Susset J., Galea G., Manback K., A Predictive score index for the outcome of associated of bifeedbac and vaginal electrical stimulation in the treatment of female incontinence. *J Urology* 1995; 153(5);1461-6
88. Burgio K.L., Robinson J.C, Engel B.T., The role of biofeedback in Kegel exercise training for Stress Incontinence, *Am. Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986;154:58-64
89. McClish D.K., Fantl J.A., Whyman J.F., Pisani G., Bump R.C., Bladder Training in Older Women with Urinary Incontinence. *Obstetrics and Gynecology*, 1991, 77: 281-86
90. Glavind K., Laursen B., Jaquet A., Efficacy of Biofeedback in the Treatment of Urinary Stress Incontinence. *Acta Obsterics and Gynecology*, 1998, 168(7): 3-11
91. Demirci H., Kızılkaya B.N., Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulan Konservatif Tedavi Yöntemleri. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 102-108
92. Caldwell K.P.S., The Electrical Control of Spincter İncompetence *Lancet* 1963; 2: 174-175
93. Fall M., Erlandson B.E., Carlsson C.A., The Effect of Intravaginal Electrical Stimulation on the Urethra and Bladder. *Journal of Urology*, 1977; 44:9-30
94. Lindstrom S., Fall M., Carlsson C.A., The Neurophysiological Basis of Bladder Inhibition in Response to Intravaginal Electrical Stimulation. *Journal of Urology*, 1983;129:405-410

95. Yıldız A., Onan M., Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000
96. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD., Urinary incontinence and depression J Urol. 1999 ;162(1):82-4.
97. Berglund AL., Lalos O., The pre- and postsurgical nursing of women with stress incontinence J Adv Nurs. 1996;23(3):502-11.
98. Aslan G, Köseoğlu H, Sadık O, Cihan A, Esen A., Sexual function in women with urinary incontinence Journal of Impotence Research 2004:1-4
99. Isao A., Masanori B., Mutsuko K., Prevalence And Impact On Generic Quality Of Life Of Urinary Incontinence In Japanese Working Women: Assessment By Içi Questionnaire And Sf-36 Health Survey, Urology, 2005: 66: 88–93
100. P1a S., Hans T., Gunnar L, Effect of a Vaginal Device on Quality of Life With Urinary Stress Incontinence Obstetrics & Gynecology 1999;93:407-411
101. Skeil D, Thorpe AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of neurological patients with urinary symptoms BJU Int. 2001;88(9):899-908
102. Aksakoğlu G., Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir, 2001:154-181
103. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol 1993;149:1459-1462
104. Burgio K.L., Matthews K.A., Engel B.T., Prevalence, Incidence and Correlates of Urinary Incontinence in Healthy Middle -Aged Women. Journal of Urology 1991, 146: 1255-1259
105. Brown J.S., Grady D., Herzog A.R., Varner R.E., Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenopausal Women. Obstetrics and Gynecology 1990, 94:66-70
106. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP Obstetric Practice and The Prevalence of Urinary Incontinence Three Months After Delivery. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1996;103:154-161
107. Parazzini F., Colli E., Origgi G., Risk Factors For Urinary Incontinence in Women. Eur Urol 2000;37:637-643
108. Temll C., Haidinger G., Schmidbauer J., Madersbacher S., Urinary Incontinence in both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life ad Sexual Life. Neurology and Urodynamics 2000; 19:259-271

109. Yağcı N., Can T., Özkan S., Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner Sistem Problemlerinin İncelenmesi: Ön Rapor, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Poster, İstanbul 2003
110. Koçak I., Okyay P., Dünder M., Erol H., Beser E., Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life , European Urology 48 (2005) 634–641
111. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ankara 1999
112. Dwyer PL., Obesity and Urinary Incontinence in Women.Br J Obstet Gynecol.1998; 95(1):91
113. Mommsen S.,Foldspang A., Body Mass Index and Adult Female Urinary Incontinence, World Journal of Urology, 1994
114. Gunhilde GM, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns Obstet Gynecol. 2002;100(2):226
115. Walters M.D., Karram M.M, Epidemiology and social impact of urinary incontinence 3:30-33 Mosby-Year Book 1993
116. Parazzini F., Colli E., Origgi G., Risk Factors For Urinary Incontinence in Women. Eur Urol 2000;37:637-643
117. Viktrup L., Lose G., The Risk Of Stress İncontinence 5 Years After First Delivery American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;185:82-87
118. Farrell S.A., Allen V.M., Baskett T.F., Parturition and urinary incontinence in primiparas Obstetrics and Gynecology 2001;97:350-356
119. Arya L.A., Jackson N.D., Risk of new-onset urinary incontinence after forceps and vacuum delivery in primiparous women. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1318-1324
120. Milsom I., Ekelund P., Molander U., Arvidsson L.,Areskoug B., The influence of age, parity,oral contraception,hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. J Urol 1993;149:1459-1462
121. Thomas T.M., Plymat K.R., Blannin J., Prevalance of urinary incontinence,British Medicie Journal 1980;281:1243
122. Biliker M.A., Türkiyede Kadının Sağlık Durumu Aktüel Tıp Dergisi 2001
123. Kristiansson P., Samuelsson E., Reproductive hormones and stress urinary incontinence in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:1125-1130

124. Kızılkaya B., Yalçın Ö., Ayyıldız H., Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi I. Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul 1999
125. MacDiarmid S., Rosenberg M., Overactive bladder in women: symptom impact and treatment expectations. *Curr Medicine*. 2005;21(9):1413-21
126. Swithinbank L.V., Donovan J.L., Heaume J.C., Rogers C.A., James M.C., Yang Q., Abrams P. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract*. 1999;49(448):897-900
127. Muscatello D.J., Rissel C., Szonyi G., Urinary symptoms and incontinence in an urban community: prevalence and associated factors in older men and women. *Intern Med J*. 2001 ;31(3):151-60
128. Teleman P., Lidfeldt J., Nerbrand C., Samsioe G., Mattiasson A., Lower urinary tract symptoms in middle-aged women--prevalence and attitude towards mild urinary incontinence: a community-based population study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(11):1108-12
129. Malmsten U.G., Milsom I., Molander U., Norlen L.J., Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. *J Urol*. 1997;158(5):1733-7
130. Viktrup L., The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(1):2-29
131. Araki I., Beppu M., Kajiwara M., Mikami Y., Zakoji H., Fukasawa M., Takeda M. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 Health Survey *Urology*. 2005;66(1):88-93.
132. Papanicolaou S., Hunskaar S., Lose G., Sykes D., Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK *BJU Int*. 2005;96(6):831-8
133. Melville J.L., Delaney K., Newton K., Katon W., Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol*. 2005;106(3):585-92.
134. Salonia A., Zanni G., Briganti A., Fabbri F., Rigatti P., Montorsi F.. Sexual Dysfunction in women *Curr Opin Urol*. 2004;14(6):389-93
135. Zippe CD, Raina R, Shah AD, Massanyi EZ, Agarwal A, Sexual Dysfunction After Radical Cystectomy *Urology*. 2004;63(6):1153-7

136. Shaw C., A Systematic Review of the Literature on the Prevalence of the Sexual Impairment in Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary Leakage During Sexual Activity, *European Urology* 2002; 42:432-440
137. Victoria L. Handa, MD, Lynn Harvey, BS, Geoffrey W., Sohail A., Kristen H. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 191, 751-6
138. Çayan S., Akay E., Bozlu M., Canpolat B., Acar D., Ulusoy E., The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women, *Urologia International* 2004; 72:52-57

Ek I.

Yaş: Kilo: Boy: VKİ:

Mesleğiniz:

Medeni Durum: EVLİ ☐ BEKAR ☐ DUL ☐

Eğitim Düzeyi: OKUR-YAZAR DEĞİL ☐ ORTAOKUL ☐
OKUR-YAZAR ☐ LİSE ☐
İLKOKUL ☐ ÜNİVERSİTE ☐

Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı? SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ☐

BAĞ-KUR ☐

EMEKLİ SANDIĞI ☐

ÖZEL SİGORTA ☐

YEŞİL KART ☐

YOK ☐

Gelir ve gider durumunuza göre kendinizi ekonomik yönden nasıl buluyor sunuz?

İYİ ☐

ORTA ☐

KÖTÜ ☐

Alışkanlıklar/ Hobi

Sigara içme alışkanlığı

☐ HİÇ İÇMEMEİŞ

☐ HALEN İÇİYOR.....YILDAN BERİ, GÜNDE.....ADET

☐ BIRAKMIŞ, BIRAKALI.....AY, GÜNDE.....ADET, TOPLAM.....YIL

Kafeinli içecek (çay/ kahve/kola) alımı EVET ☐ HAYIR ☐

Alkol alımı EVET ☐ HAYIR ☐

Aile Hikayesi

Göğüs Ca ☐ Kalp Hastalığı ☐ İnkontinans ☐

Over Ca ☐ DM ☐

Diğer Ca ☐ HT ☐

Obstetrik Hikaye

Kaç kez hamile kaldınız?

Hiç düşük yaptınız mı? Cevabınız evet ise kaç kez ? EVET ☐.....kez HAYIR ☐

Hiç kürtaj oldunuz mu? Cevabınız evet ise kaç kez ? EVET ☐.....kez HAYIR ☐

Kaç canlı doğum yaptınız? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve üzeri ☐

İlk doğumu kaç yaşında yaptınız?

Doğumlarınızı nasıl ve nerede yaptınız?

Hastanede sezeryanla	
Hastanede normal	
Hastanede cerrahi	
Evde ebe ile normal	
Evde kendi kendime	

Doğum sürenizin uzun sürdüğü oldu mu? EVET ☐ HAYIR ☐ HATIRLAMİYORUM ☐

Doğumlarınız sırasında doğumu kolaylaştırmak için kesi-dikiş oldu mu? EVET ☐ HAYIR ☐

Doğum yaparken bebeğin başını kolayca çıkarmak amacıyla dışardan herhangi bir alet (vakum-forseps) kullanıldı mı? EVET ☐ HAYIR ☐

İkiz bebeğimiz oldu mu? EVET ☐ HAYIR ☐

4 Kilo ve üstünde bebeğin oldu mu? EVET Normal ☐ EVET Sezeryanla ☐ HAYIR ☐

Gebelik sırasında idrar kaçırma probleminiz oldu mu? EVET ☐ HAYIR ☐

Adet döneminiz düzenli mi? EVET ☐ HAYIR ☐

Ürolojik Hikaye

Ne kadar süredir idrar kaçırma probleminiz var?

Çocukluğunuzda idrar kaçırma öyküsü? EVET ☐ HAYIR ☐ Ne kadar süre devam etti?

Tedavi oldunuz mu? EVET ☐ HAYIR ☐

İdrar kaçırma probleminin başlamasında aşağıdakilerden hangisi etkili oldu?

Doğum sonrası ☐ Hamilelik ☐ İlaç kullanımı ☐ Diğer ☐

Aşağıdaki durumlarda idrar kaçırma miktarınız nedir?

	Birkaç damla	İççamaşırı nemelemlendirecek kadar	Kıyafeti ıslatacak kadar	Yeri ıslatacak kadar
Öksürürken				
Gülerken				
Yürürken				
Egzersiz yaparken				
Ağır eşya kaldırırken				
Herhangi aktivite Yapmaksızın				

Aşağıdaki durumlarda idrar kaçırma tipiniz nedir?

	damalama	sızıntı	Tamamen boşaltma
Öksürürken			
Gülerken			
Yürürken			
Egzersiz yaparken			
Ağır eşya kaldırırken			
Herhangi aktivite yapmaksızın			

Aşağıdaki durumların hangisinde ne sıklıkta idrar kaçırma probleminiz oluyor?

Öksürürken	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐
Gülerken	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐
Yürürken	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐
Egzersiz yaparken	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐
Ağır eşya kaldırırken	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐
Herhangi aktivite yapmaksızın	Her gün ☐	Haftada birden fazla ☐	Haftada bir ☐	Haftada birden az ☐

İstemsiz/ farkında olmadan idrar kaçırdığınız sürede idrar kaçırmanızı durdurabiliyor musunuz? Her zaman ☐ Bazen ☐ Durduramıyor ☐

İdrar kaçırma problemi ile birlikte aşağıdaki sorunlar eşlik ediyor mu?

- ☐ Noktüri
- ☐ Pollaküri
- ☐ Disüri
- ☐ Urgency
- ☐ MTH

İdrar kaçırma probleminizin çeşidi aşağıdakilerden hangisi?

- ☐ Urge inkontinans
- ☐ Stres inkontinans
- ☐ Miks tip

İdrar kaçırma nedeniyle ped veya bez kullanmak durumunda kalıyor musunuz? EVET ☐ HAYIR ☐

İdrar kaçırma nedeniyle ne sıklıkta ped-bez değiştiriyor sunuz? Ayda ☐ Haftada ☐ Günde ☐

Sık sık enfeksiyon geçiriyor musunuz? EVET ☐ HAYIR ☐ Son 1 yılda kaç kez.....

Barsak Semptomları

Sık sık kabız oluyor musunuz? Her zaman ☐ Arasıra ☐ Bazen ☐ Hiç ☐

Diare oluyor musunuz? Her zaman ☐ Arasıra ☐ Bazen ☐ Hiç ☐

İdrar kaçırma ile cinsel yaşamınız etkilendi mi? Evet ☐ Cinsel aktivite yok ☐ Hayır ☐

Ek II.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. (0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1)Gelecek hakkında karamsarım.
(2)Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiç bir şey düzelmeyecek gibi geliyor.
3. (0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1)Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2)Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3)Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (0)Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1)Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3)Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissetmiyorum.
(2)Çoğu zaman kendim suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi zaman zaman hissediyorum.
6. (0)Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden memnun değilim.
(2)Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
7. (0)Başkalarından daha kötü olduğumu zannetmiyorum.
(1) Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0)Kendimi öldürmek gibi bir düşüncem yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ancak yapamıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsat bulsam kendimi öldürürdüm.
9. (0)Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor hissetmiyorum.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2)Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdi, şimdi istesemde ağlayamıyorum.
10. (0)Şimdi her zaman olduğumda daha sinirli değilim.
(1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
(2)Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11. (0)Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.

12. (0)Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2)Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3)Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0)Aynada kendime baktığımda bir değışiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmiş gibi geliyor.
(2)Görünüşümün çok değıştiğini ve daha çirkinleştiğini hissediyorum.
(3)Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyleri yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
(2)Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3)Hiç bir şey yapamıyorum.
15. (0)Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
16. (0)Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değıl.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) 2 kilodan fazla kilo vermedim.
(2) 4 kilodan fazla kilo vermedim.
(3) 6 kilodan fazla kilo vermedim.
19. (0)Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiğı için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar çok endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değışme farketmedim.
(1) Cinsel konulara eskisinden daha az ilgiliiyim.
(2) Cinsel konulara şimdi çok daha az ilgiliiyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
21. (0) Cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Ek III.

BAYAN SEKSÜEL ANKET

1. Son 4 haftadır, ne kadar sıklıkla cinsel ilişki isteğiniz oldu?
 - a. Her zaman
 - b. Çoğu zaman (sürenin yarısından fazla)
 - c. Bazen (yarı yarı)
 - d. Çok az (yarıdan az)
 - e. Hiçbir zaman
2. Son 4 haftadır, cinsel ilişki isteğinizin şiddet derecesi ne kadar?
 - a. Oldukça yüksek
 - b. Yüksek
 - c. Orta
 - d. Düşük
 - e. Oldukça az veya hiç
3. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince ne kadar arzu / istek duydunuz?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Hemen hemen her zaman
 - c. Çoğu zaman
 - d. Bazen
 - e. Oldukça az
 - f. Hemen hemen hiç
4. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince cinsel arzunuzun derecesi ne kadar?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Oldukça yüksek
 - c. Yüksek
 - d. Orta
 - e. Düşük
 - f. Oldukça az veya hiç
5. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince cinsel arzu/ isteğinizin oluştuğundan ne kadar emin oldunuz?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Oldukça yüksek
 - c. Yüksek
 - d. Orta
 - e. Düşük
 - f. Oldukça az veya hiç
6. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince cinsel arzu/ isteğiniz sizi ne kadar sıklıkta tatmin etti?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Hemen hemen her zaman
 - c. Çoğu zaman
 - d. Bazen
 - e. Biraz
 - f. Hemen hemen hiç
7. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince ne kadar sıklıkta ıslaklığınız oldu?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Hemen hemen her zaman
 - c. Çoğu zaman
 - d. Bazen
 - e. Çok az
 - f. Hemen hemen hiç
8. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince ıslaklığınızın oluşmasında ne kadar zorlandınız?
 - a. Cinsel ilişki olmadı
 - b. Oldukça zorlandım veya imkansızdı
 - c. Oldukça zorlandım
 - d. Zorlandım
 - e. Biraz zorlandım
 - f. Zorlanmadım

9. Son 4 haftadır, cinsel ilişkiniz bitene kadar ne kadar sıklıkta ıslaklığınız devam etti?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Çok az
 - Hemen hemen hiç
10. Son 4 haftadır, cinsel ilişkiniz bitene kadar ıslaklığınızı devam ettirmede ne kadar zorlandınız?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Oldukça zorlandım veya imkansızdı
 - Oldukça zorlandım
 - Zorlandım
 - Biraz zorlandım
 - Zorlanmadım
11. Son 4 haftadır, cinsel arzu / isteğiniz olduğunda ne kadar sık orgazma girdiniz?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Çok az
 - Hemen hemen hiç
12. Son 4 haftadır, cinsel arzu / isteğiniz olduğu zaman orgazma ulaşmak için ne kadar zorlandınız?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Aşırı zorlandım veya imkansızdı
 - Oldukça zorlandım
 - Zorlandım
 - Biraz zorlandım
 - Zorlanmadım
13. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince orgazma ulaşma yeteneğiniz sizi ne kadar memnun etti?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Oldukça hoşnut
 - Orta derecede hoşnut
 - Yaklaşık aynı veya hoşnutsuzluk
 - Orta derecede hoşnutsuzluk
 - Oldukça hoşnutsuzluk
14. Son 4 haftadır, cinsel ilişki süresince siz ve partneriniz arasındaki duygusal yakınlık sizi ne kadar memnun etti?
- Cinsel ilişki olmadı
 - Oldukça hoşnut
 - Orta derecede hoşnut
 - Yaklaşık aynı veya hoşnutsuzluk
 - Orta derecede hoşnutsuzluk
 - Oldukça hoşnutsuzluk
15. Son 4 haftadır, partnerinizle olan cinsel ilişkiniz sizi ne kadar memnun etti?
- Oldukça hoşnut
 - Orta derecede hoşnut
 - Yaklaşık aynı veya hoşnutsuzluk
 - Orta derecede hoşnutsuzluk
 - Oldukça hoşnutsuzluk
16. Son 4 haftadır, genel cinsel yaşamınız sizi ne kadar memnun etti?
- Oldukça hoşnut
 - Orta derecede hoşnut
 - Yaklaşık aynı veya hoşnutsuzluk
 - Orta derecede hoşnutsuzluk
 - Oldukça hoşnutsuzluk

17. Son 4 haftadır, vaginal penetrasyon süresince ne kadar sık ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- İlişki olmadı
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Çok az
 - Hemen hemen hiç
18. Son 4 haftadır, vaginal penetrasyon sonrası ne kadar sık ağrı veya rahatsızlık duydunuz?
- İlişki olmadı
 - Hemen hemen her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Çok az
 - Hemen hemen hiç
19. Son 4 haftadır, vaginal penetrasyon süresince veya sonrasında ağrı veya rahatsızlık hissinizin oranı/ derecesi nedir?
- İlişki olmadı
 - Oldukça yüksek
 - Yüksek
 - Orta
 - Düşük
 - Oldukça az veya hiç

Ek V.
NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

	EVET	HAYIR
1. Her zaman yorgunum.		
2. Gece ağrım oluyor.		
3. Olaylar / her şey beni üzüyor.		
4. Dayanılmaz ağrılarım var.		
5. Aldığım ilaçlar uyumama yardım ediyor.		
6. Hoşlandığım / zevk aldığım şeyleri unuttum.		
7. Kendimi gergin hissediyorum.		
8. Değişik pozisyonlar ağrı oluşturuyor.		
9. Kendimi yalnız hissediyorum.		
10. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum.		
11. Eğilmekte zorlanıyorum.		
12. Her şey çaba / efor gerektiriyor.		
13. Sabah erken saatte uyanıyorum.		
14. Hiç yürüyemiyorum.		
15. İnsanlarla iletişim kurmakta zorlanıyorum.		
16. Günler sıkıcı gibi geliyor.		
17. Merdiven inip-çıkmakta ve adım atmakta zorlanıyorum.		
18. Eşyalara uzanmakta / ulaşmakta zorlanıyorum.		
19. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.		
20. Bu günlerde kolayca öfkeleniyorum.		
21. Kimse yok gibi hissediyorum bu beni sıkıyor.		
22. Çoğu gece uykum olmuyor.		
23. Kontrolümü kaybedecekmiş gibi hissediyorum.		
24. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.		
25. Giyinmede zorlanıyorum.		
26. Enerjim hemen bitecek gibi.		
27. Uzun süre ayakta durmakta zorlanıyorum (mutfakta lavabo başında beklemek		
28. Sürekli ağrım var.		
29. Uyumam uzun zaman alıyor.		
30. Hayatın yaşamaya değmeyeceğini hissediyorum.		
31. Endişelenmem uyumamı etkiliyor.		
32. İnsanlarla ilgilenmekte zorlanıyorum.		
33. Dışarıda yürümede yardıma ihtiyacım oluyor.		
34. Merdiven inip-çıktığım zaman ağrım oluyor.		
35. Keyifsiz /moralim bozuk şekilde uyandığımı hissediyorum.		
36. Oturduğum zaman ağrım oluyor.		
37. İnsanlara ayak bağı olduğumu düşünüyorum.		
38. Gece uykum çok kötü.		

