



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GAZİOSMANPAŞA TAKSİM SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

KADIN DOğUM POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN GEBELERİN 3. TRİMESTER VE
POSTPARTUM DÖNEMDE ÜRİNER İNKONTİNANS DURUMLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Nazlı Hilal EROğLU BAYRAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2018



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GAZİOSMANPAŞA TAKSİM SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

KADIN DOĞUM POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN GEBELERİN 3. TRİMESTER VE
POSTPARTUM DÖNEMDE ÜRİNER İNKONTİNANS DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Nazlı Hilal EROĞLU BAYRAK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Okcan BASAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
I.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.KONTİNANS MEKANİZMASI	3
2.2.ÜRİNER İNKONTİNANS.....	3
2.2.1.Üriner İnkontinans Tanımı	3
2.2.2.Üriner İnkontinans Prevalansı	4
2.2.3.Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi	5
2.2.4.Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri	6
2.2.5.Üriner İnkontinansın Korunma	9
2.2.6.Üriner İnkontinans Tipleri.....	9
2.2.7.Üriner İnkontinansın Tanı ve Değerlendirme	11
2.2.8.Üriner İnkontinans Tedavisi	14
2.3. GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS.....	17
2.3.1.Gebelikte Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler	17
2.3.2.Gebelikte Üriner İnkontinans	17
2.3.3.Gebelikte Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	17
2.3.4.Gebelikte Üriner İnkontinans Tedavisi	18
III.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. ETİK KURUL İZNI	20

3.2. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	20
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ:	20
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ:	20
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.5.1. Ürogenital Distres Envanteri ve İnkontinans Etki Soru Formu.....	21
3.5.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu.....	22
3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	23
IV.BULGULAR.....	24
V. TARTIŞMA	42
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
VII.KAYNAKLAR.....	49
VIII.EKLER.....	60
EK 1. HASTA BİLGİ FORMU	60
EK 2. IIQ7 ve UDI6 ÖLÇEKLERİ.....	62
EK 3. ICIQ-SF ÖLÇEĞİ.....	63
EK 4. POSTPARTUM ANKET FORMU	64
EK 5. ETİK KURUL ONAYI.....	65
EK 6. ÖZGEÇMİŞ FORMU	66

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sürecinde pratik ve teorik yaklaşımı ile mesleki hayatımın şekillenmesini sağlayan, mesleki motivasyonumu her zaman en üst seviyede tutmam için her an desteğini esirgemeyen ve tezimin hazırlanması süresince değerli katkıları ile bana yol gösteren saygıdeğer hocam, Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Klinik Şefi Doç. Dr. Okcan BASAT'a,

Tez çalışmamda yardımları bulunan Prof. Dr. Gürkan KIRAN'a,

Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım, Dr. Zeynep FURUNCUOĞLU'na ve Dr. Samet AKGÜN'e,

Rotasyonlarımda ve polikliniklerimizde birlikte çalıştığım bütün asistan arkadaşlarıma, bilgi ve deneyimlerini paylaşan uzmanlarımıza, değerli klinik şeflerine,

Beni hayatımın her aşamasında destekleyen, emek ve fedakarlıklarıyla bana güç veren aileme ve her daim yanımda var olan yaşam sevincim, eşim Alper'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nazlı Hilal EROĞLU BAYRAK

KISALTMALAR DİZİNİ

BFLUTS	: Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
ICIQ-SF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form
ICS	: Uluslararası Kontinans Topluluğu
IIQ	: Incontinence Impact Questionnaire
KHQ	: King's Health Questionnaire Urinary Incontinence
MÜİ	: Mikst Üriner İnkontinans
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
PTKE	: Pelvik Taban Kası Egzersizi
PVR	: Postvoiding Residüel İdrar
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
UDI	: Urogenital Distress Inventory
UI	: Urge Incontinence
Üİ	: Üriner İnkontinans
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Prepartum dönemin genel özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 2. Prepartum dönem de idrar kaçırma ile ilgili çalışma parametrelerinin değerlendirilmesi.....	26
Tablo 3. Postpartum dönemin parametrelerinin dağılımı.....	28
Tablo 4. Prepartum ve postpartum dönemlerinin skorlarının dağılımı.....	31
Tablo 5. Prepartum ve postpartum dönemleri arasındaki değişimin değerlendirilmesi.....	34
Tablo 6. Prepartum VKİ gruplarına göre postpartum VKİ gruplarında görülen değişimin değerlendirilmesi.....	36
Tablo 7. Prepartum sigara kullanımına göre postpartum sigara kullanımında görülen değişimin değerlendirilmesi.....	37
Tablo 8. Risk faktörlerinin gebelikte inkontinans varlığına etkilerinin değerlendirilmesi.....	37
Tablo 9. Risk faktörlerinin postpartum inkontinans varlığına etkilerinin değerlendirilmesi.....	39
Tablo 10. Gebelikte inkontinans varlığına göre postpartum inkontinans varlığında görülen değişimin değerlendirilmesi.....	41

ÖZET

Giriş ve Amaç: Üİ (Üriner İnkontinans); kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitesi, uyku düzeni, seksüel fonksiyonları, çalışma kapasitesi, dini yaşamına, hijyenik, ekonomik ve psikososyal yönden negatif etki eden bir durumdur. Bu çalışmada hem gebelikte hem de postpartum 3.ayında aynı kişiler üzerinde üriner inkontinans sıklığını ve üriner inkontinans durumunun karşılaştırılması yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 25.06.2018-25.11.2018 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran 28-42 haftalar arasındaki 200 gebe ile yapılmıştır. Gebelikteki veriler UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF ölçeği ile sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküyü içeren hasta bilgi formu kullanılarak yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Postpartum 3.aylarında 200 kişiye telefon ile ulaşılarak UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF ölçeği ile doğum öyküsünü içeren hasta bilgi formu uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 22 paket programından yararlanılmıştır.. Veriler değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel metodların yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test, normal dağılım gösteren parametreler için Student t test kullanıldı. Niteliksel verilerde prepartum ve postpartum oranlarının karşılaştırılmasında McNemar testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Fisher's Exact testi ve Continuity (yates) düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmada gebelikte idrar kaçırmanın en sık sebebi %65.1 ile stres tip inkontinans, ikinci sıklıkta %27 ile sıkışma tip inkontinans görülmektedir.

Postpartum dönemde en sık sebebi olarak %51.9 ile sıkışma tipi inkontinans görülmektedir. Çalışmamızda gebeliğinde inkontinansı olup postpartum dönemde inkontinansı düzelen olgu sayısı 47 (%23,5)'dir. Gebelikte inkontinans görülme oranlarına (%31.5) göre postpartum inkontinans görülme oranlarında (%13.5) düşüş gözlenmiştir.

Sonuç: Gebelerin üriner inkontinans açısından bilgilendirilmesi, bu durumun normal bir süreç olmadığının, tedavisinin olduğunun aktarılması ve gebelerde üriner inkontinansın risk faktörlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Çalışmamız sonucunda elde edilen bilgilere göre toplumun üriner inkontinans konusunda bilinçlendirilmesi ve inkontinansın tedavi edilmesiyle birlikte kişilerin duygusal, fiziksel ve psikolojik olarak yaşam kalitelerinde artış görülebileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, İnkontinans, Risk faktörleri, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Introduction and Aim: UI(Urinary Incontinence) effects the quality of life, sleep patterns, sexual functions, working capacity, religious life, hygienic, economic and psychosocial aspects of people and their families. The aim of this study was to explore the effect of urinary incontinence frequency and the comparison of urinary incontinence situation on the quality of patients' lives during the pregnancy and pospartum period.

Materials and Metods: The study was carried out with 200 pregnant women between 28-42 weeks who applied to Umraniye Education and Research Hospital, Obstetrics and Gynecology outpatient clinic between 25.06.2018 and 25.11.2018. Data in pregnancy were collected by face-to-face interview using UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF scale and patient information form including sociodemographic characteristics and medical history. In the postpartum third month, 200 patients were contacted by telephone UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF scale and patient information form were used to retrieve the parturition history. Data were analyzed using SPSS 22 package program. Data were evaluated by using ShapiroWilks test to verify according to the normal distribution . In addition to descriptive statistical methods, Kruskal Wallis test was used to compare the parameters that did not show normal distribution in the comparison of quantitative data and Mann Whitney U test was used to determine the group that caused the difference. Mann-Whitney U test was used for the two-group comparisons of the parameters that did not show normal distribution, and Student's t test was used for the parameters with normal distribution. In qualitative data, McNemar test was used to compare the prepartum and postpartum rates. Chi-square test, Fisher testis Exact test and Continuity (yates) correction were used to compare qualitative data. Pearson correlation analysis and Spearman's rho correlation analysis were used to examine the relationships between parameters that are not compatible with normal distribution. Significance was evaluated at $p < 0.05$.

Results: Stress type incontinence was the most common cause of incontinence during pregnancy and incontinence rate was 65.1%. Second one was urge type incontinence by %27. The most common cause of postpartum period was urge type incontinence with a rate of 51.9%. In our study, the incidence of incontinence in the pregnancy which improved in postpartum period was 47 (23.5%). The incidence of incontinence during pregnancy (31.5%) showed a decrease in the rate of postpartum incontinence (13.5%).

Conclusions: It is important to inform the pregnant women about urinary incontinence, to inform that this is not a normal process, to have treatment and to evaluate the risk factors of urinary incontinence in pregnant women. According to the information obtained from this study, it is predicted that the community will be able to increase their quality of life emotionally, physically and psychologically with the awareness of urinary incontinence and the treatment of incontinence.

Keywords: Pregnancy, Incontinence, Risk factors, Quality of life

I.GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara sebep olan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. ICS'nin son raporunda idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar kaçırma) 'her türlü idrar tutamama yakınması olarak tanımlanmaktadır (1). Üriner inkontinans (Üİ); bir "hastalık" değil, "semptom"dur ve çok çeşitli hastalıkların da habercisi olabilir (2). Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmekle birlikte yaş ile prevalansı artmaktadır (3).

Genel olarak literatürde kadınların tümü için üriner inkontinans görülme sıklığı ortalama olarak %25 şeklinde bildirilmektedir (4). Gebelik boyunca Üİ prevalansı %32-64 arasındadır (5). Üriner inkontinansın risk faktörleri yaş, cinsiyet, genetik, menopoz, parite, obezite, vajinal doğum ve geçirilmiş histerektomidir (6).

Üriner inkontinans tedavi edilme şansı olmasına rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan; kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve genellikle tedavi olmakta gecikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Üİ; kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitesi, uyku düzeni, seksüel fonksiyonları, çalışma kapasitesi, dini yaşamını, hijyenik, ekonomik ve psikososyal yönden negatif etki eden bir durumdur (8).

Dağdeviren ve arkadaşları çalışmalarında Üİ'yi; yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelikte de; kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden iyiliğini ve yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olarak belirtmiştir (9). Gebelik döneminde ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler ile doğum sırasında meydana gelen minör ve/veya majör travmalar gebede inkontinans durumuna sebep olmaktadır (10). Gebelik süresince büyüyen uterusu bağlı olarak artan karın içi basıncı sebebiyle pelvik organlar

aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır. Bu nedenle gebelik süresince pelvik destek olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca gebe kadınlarda fasyaların gerilme gücünün gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında daha az olduğu belirlenmiştir (11).

Türkiye' de hem gebelikte hem de postpartum 3. ayında aynı kişiler üzerinde üriner inkontinans sıklığını ve üriner inkontinans durumunun (gebeliğinde üriner inkontinansı olup postpartum dönemde düzelen, gebelik boyunca inkontinansı olmayıp postpartum dönemde üriner inkontinansı başlayan veya her iki dönemde de Üİ devam eden olgular) karşılaştırıldığı çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada üriner inkontinansın durum değerlendirmesinin yapılması ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

II.GENEL BİLGİLER

2.1. KONTİNANS MEKANİZMASI

Üriner Kontinans, istemli olarak idrar yapmanın gerçekleştirildiği dönemlerde, idrarını mesanede tutabilme yeteneğidir. Üriner kontinansın oluşabilmesi için intraüretral basıncın, idrar yapma dışındaki tüm zamanlarda intravezikal basınçtan daha yüksek olması gerekmektedir. İdrar yapma sırasında detrussor kasılırken, mesane boynu aşağı kayar ve akım başlar. İdrarın istemli bitirilmesi ise pelvik taban kaslarının kasılarak mesane boynunun yukarı yer değiştirmesi ile sağlanır (12).

Üriner kontinansın sağlanması için; sağlıklı işlev gören merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi, mesane duvar yapısı, detrusor kası, üretra, sağlam periüretral ve pelvik kas yapısı olması gerekir. Kontinans tüm bu parametrelerin koordineli olarak çalışması ile oluşur (13).

Pelvik destek, idrar tutabilme ve idrar yapma esnasında gevşeyerek gerekli koordinasyonu sağlama görevlerini üstlenir. Pelvik taban anatomisi pasif ve aktif destek sağlayan yapılar şeklinde ikiye ayrılabilir (14,15). Pasif desteği sağlayan yapılar; kemik pelvis ve bağ dokusu, aktif desteği sağlayan yapılar ise kaslar ve sinirlerdir (15).

2.2 ÜRİNER İNKONTİNANS

2.2.1 Üriner İnkontinans Tanımı

Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara sebep olan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. ICS'nin son raporunda idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar kaçırma) 'her türlü idrar tutamama yakınması' olarak tanımlanmaktadır (1).

Mesane ve üretra idrarın depolanması ve boşaltılması görevlerini yapabilmesi için koordine halinde çalışmalıdır. Bu yolakta meydana gelebilecek herhangi bir hasar

üriner inkontinansa veya üriner retansiyona sebep olabilmektedir. Üİ; bir “hastalık” değil, “semptom”dur ve çok çeşitli hastalıkların da habercisi olabilir (2).

Üriner inkontinans, idrarın istemsiz olarak kaçırılması olup, kadınlarda bariz sosyal ve hijyenik problemlere yol açmaktadır. İnkontinans, utanç ve kendine güvensizlik duygusu ortaya çıkarmaktadır (16,17). İnkontinans, duygusal ve psikolojik iyilik halini azaltmakta (18), cinsel hayatı zayıflatmakta (19,20) ve sosyal etkinlikleri ve ilişkileri etkilemektedir (21,22).

2.2.2. Üriner İnkontinans Prevalansı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 200 milyondan fazla kişinin mesanesini kontrol edemediğini ve üriner inkontinansın toplum sağlığı açısından önemli problem olduğunu ifade etmektedir (23).

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmekle birlikte yaş ile prevelansı artmaktadır (3).

Genel olarak literatürde kadınların tümü için üriner inkontinans görülme sıklığı ortalama olarak %25 şeklinde bildirilmektedir (4).

Bir meta analizi çalışmasında da 30-60 yaş arasındaki kadınların %29’unda, 30 yaşından genç kadınların ise %16’sında Üİ görüldüğü belirtilmiştir (24). Bir başka çalışmada ise, gebelikteki inkontinans prevalansı %30-60 olarak bulunmuştur (25).

Üİ sıklığı İspanya’da %23, Almanya’da %41, İngiltere’de %42, Fransa’da %44 olarak bildirilmiştir (26). Özerdoğan ve ark. 2004 yılında Türkiye’de ilk kez geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir sorgulama formunun kullanıldığı, 20 yaş ve üzeri 625 kadında yaptıkları araştırmada kadınlarda Üİ % 25.8 olarak bulmuşlardır (27). Dursun ve ark. tarafından yapılan çalışmada, 6473 kadında üriner inkontinans prevelansı % 20.9 olarak bulunmuştur (28).

Çalışmalarda stres tipi Üİ en sık görülen kaçırma tipi iken (26), bazı çalışmalarda da mikst tip Üİ ön plandadır (29). 2012 yılında ülkemizde yapılan bir derlemede Üİ’nin alt tipleri değerlendirilmiş ve en sık görülen alt tip stres tipi Üİ olarak tespit edilmiştir (30).

İlerleyen yaşla birlikte kadınlarda karışık tip Üİ yakınmaları artmaktadır. İdrar kaçırmaya yönelik araştırmalarda elde edilen bu değişken sonuçta idrar kaçırmının tanımlanmasındaki, sorgulama formu ve veri toplama yöntemlerindeki farklılıklara ve çalışılan grupların heterojenitesine bağlanmaktadır (31).

2.2.3. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişiden kişiye farklılık gösteren, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halini gösteren bir durumdur. Bireylere göre farklılık gösteren yanlar kişisel ve kültürel değerler, benlik, amaç ve hayattan beklentileridir (32). Üİ sadece semptom değil, kişinin bütün sosyal hayatını etkileyebilecek bir durumdur. Bu nedenle değerlendirme sırasında hastanın semptomlarının hayat kalitesini etkileyip etkilemediğine önem verilmelidir (1). Üriner inkontinans tedavi edilme şansı olmasına rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan; kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve genellikle tedavi olmakta gecikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Üİ; kişilerin ve ailelerinin yaşam kalitesi, uyku düzeni, seksüel fonksiyonları, çalışma kapasitesi, dini yaşamını, hijyenik, ekonomik ve psikososyal yönden negatif etki eden bir durumdur (8).

Kadın; üriner fonkiyonlarını denetleyemediği için kendini kusurlu, eksik ve aşağılık olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesini kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hisseder, kendini değersiz, dünyayı kötü, karamsar ve anlamsız görür. İnkontinanslı hastaların sosyal bakımdan izole, depresif, enerjilerinin düşük ve iştahsız oldukları, ev işlerini tamamlayacak durumda olmadıkları ve kişisel bakımın azalabileceği değişik araştırmalarda rapor edilmiştir (32).

Aylaz ve ark. yaptığı çalışmada evli olan ve eğitim durumu daha yüksek olan kişilerde yaşam kalitesi puanının yükseldiği, çocuk sayısı, idrar kaçırma sıklığı ve miktarı arttıkça yaşam kalitesi puanının düştüğü ve miks tipte olan üriner inkontinans tipinde diğer inkontinans tiplerine göre kişilerin en düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. Kişilerin inkontinansa bağlı yaşam kalitesi ve sosyal hayatları etkilenmedikçe doktora başvurmadıkları belirlenmiştir (33).

Sağlık profesyonelleri üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilerine karşı duyarlı olarak, tıbbi ve psikososyal destekle normal yaşama dönüşünü hızlandırırlar. Kadınlar sağlık profesyonellerine idrar kaçırdığını anlatmak isterler fakat bu konuya nasıl gireceklerini bilemedikleri için konuşmamayı tercih ederler ve bu durum onlar için bir tabu haline gelir. Hastalara uygun konuşma ortamı sağlanmalı, hastalar bu konuda aydınlatılmalıdır. Hastalar bakımlarıyla ilgili motive edilmeli ve tedavi sonuçları hastaya anlatılmalıdır (32).

2.2.4. Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri

Üriner inkontinansın risk faktörleri yaş, cinsiyet, genetik, menopo, parite, obezite, vajinal doğum ve geçirilmiş histerektomidir (6).

a- Yaş: Üİ, görülme sıklığı yaş ile orantılı olarak artmaktadır. Yaş ile artmasının temel sebebi olarak mesane rezervuar kapasitesinin azalması, idrar rezidüel volümün artması, idrar akım hızının azalması (kas yapısının zayıflaması nedeniyle) ve üretral kapanma basıncının ve üretral uzunluğun azalması olarak açıklanabilir (34). Yaş ile ön planda görülen Üİ alt tipi ilişkisine bakıldığında ise gençlerde ve orta yaşlarda stres Üİ sık görülürken, daha ileri yaşlarda mikst tip Üİ daha çok görülmektedir (35).

b- Cinsiyet: Üİ kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir (36). Altınöz'ün yaptığı çalışmada kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı % 31,7 iken erkeklerde % 4,9 olarak bulunmuştur (37).

c- Genetik: Stres üriner inkontinansı olan kişilerde yapılmış çalışmalarda kişilerin birinci derece akrabalarında stres üriner inkontinans durumunun üç kat fazla olduğu görülmüştür. Kollajen yapı özelliklerinin kalıtsal geçişli olması da bu durumu desteklemektedir (38). Yapılan bir çalışmada ailesinde üriner inkontinans öyküsü bulunan kadınlarda, bulunmayalara göre 2.4 kat daha fazla üriner inkontinans olduğu saptanmıştır (39,40).

d- Obstetrik öykü: Üriner inkontinans gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır (41). Gebelikte idrar kaçırmanın en önemli sebebi; gebelik ile birlikte artan karın içi basıncının mesaneyi etkilemesi ve inkontinansa neden olmasıdır. Üriner inkontinans görülme oranı gebelikten önce %4 iken, gebelik esnasında %32, gebelik sonrasında ise % 7'dir (42). Doğumun, pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucu pelvik taban organlarının yapı ve pozisyonunda bozulmaya, pelvik sinirlerde hasara ve eksternal sfinktere zarar vererek idrar kaçırmaya sebep olabileceği bildirilmektedir (43,44). Literatürde vajinal doğumun prolapsus ve inkontinans için etiyolojik bir faktör olduğu belirtilmiştir (45). Sezaryen operasyonunun, doğum sonrası stres inkontinans gelişmesini önlediğini belirtenler varsa da (42), sezaryen ile doğum yapanlarda stres inkontinansı gelişme riskinin yüksek olduğunu belirten çalışmalar da vardır (46). Thom ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada doğum sayısı ile Üİ arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (47) . Ayrıca yine yaptıkları bu çalışmada bir, iki ve üç doğum yapmış kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığında bir değişiklik bulunmamıştır. Dört veya üzeri doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda inkontinans ile operatif vajinal doğumlar (forseps, vakum), epizyotomi, perineal yırtıklar, doğumun ikinci evresinin süresi, bebeğin baş çevresi ve doğum ağırlığı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (42).

e- Obezite ve kronik kabızlık: Vücut kitle indeksinde (VKİ) artma üriner inkontinans oluşumunda etkili ve bağımsız bir faktördür. Bu değeri 25-30 arasında olan kadınlarda üriner inkontinans görülme riski 1.3 iken, VKİ 40'ın üzerinde olanlarda 3.29'a yükseldiği ve VKİ'nin yüksek olmasının en fazla stres inkontinans ile ilişkili olduğu bulunmuştur (48). Vücut kitle indeksindeki artma pelvik taban kaslarına zarar vererek üriner inkontinansın şiddetinde artmaya ya da tek başına üriner inkontinansa sebep olabilmektedir (49,50). Gebelik öncesi kilolu olmak ve VKİ 30 üzerinde iken gebe kalmak anlamlı bir düzeyde Üİ riskini arttırmaktadır (51). Özellikle stres inkontinanstaki kilo vermenin semptomları düzelttiğine ve inkontinansı iyileştirdiğine dair bulgular vardır. Bariatrik cerrahi sonrası stres inkontinanstaki % 50'lik azalma olduğu bildirilmiştir

(52). İnterabdominal basıncın kronik olarak artışına neden olan kabızlık durumu, üriner inkontinansın gelişmesine veya artışına neden olmaktadır. Tekrarlayan ve uzamış ıkınma ile oluşan kronik kabızlıkta, pudental sinirde meydana gelişebilecek hasara bağı olarak inkontinans gelişebilmektedir (31).

f- Sigara, alkol ve kafein: Sigara içenlerde idrar kaçırma daha sık görülmektedir. Sigara, alkol, kafein gibi alışkanlıkların inkontinansın tüm tiplerinin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı, riski 2-3 kat arttırdığı bildirilmektedir (53). Sigarada bulunan zararlı maddelerin mesanede iritan etki göstermesi, sigara kullanımına bağı olarak gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncın artmasına neden olması sonucunda idrar kaçırmanın oluşabileceği bildirilmektedir (54). Onur ve Bayrak sigarayı bırakmanın inkontinansın düzeltilmesini sağladığı yönünde henüz bir veri olmadığını bildirmişlerdir (31).

g- Kronik öksürük: Alerjik hastalıklar sonucu veya sigara nedeniyle oluşan kronik öksürük şikâyetinin, karın içi basıncında artışa neden olarak uzun dönemde pelvik taban kaslarını zayıflattığı belirtilmektedir (53). Öksürük şikâyetinin üriner inkontinans riskini 6,7 kat arttırdığı bildirilmiştir (55).

h- Üriner sistem enfeksiyonu: Akut üriner sistem enfeksiyonu sonrasında, ilk birkaç gün içinde Üİ gelişebilmektedir (56).

i- Menapoz: Üretra ve vajina ortak embriyolojik kökene sahip olduklarından; menopoz ile ürogenital atrofi gelişir, gelişen atrofi ürogenital destek dokusunda zayıflamaya ve inkontinansa sebep olur (57). Postmenapozal kadınlarda premenopozal döneme göre üriner inkontinans sıklığı daha fazla görülmektedir (58).

j- Abdominal ve pelvik cerrahiler: Önceden yapılan inkontinans ameliyatlari, histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir zedelenmeleri, östrojen eksikliği, kolon, servikal veya over kanseri için yapılan geniş pelvik ameliyatlari üriner inkontinans sorununa neden olabilmektedir (59).

k- Pelvik organ prolapsusu: Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans sıklıkla birlikte görülen ürojinekolojik problemlerdir. Çünkü pelvik taban yetmezliği, pelvik organ prolapsusunun tümüne ve üriner inkontinansın çoğuna neden olmaktadır (60).

l- İlaçlar: Bazı ilaçlar vücutta idrar üretimini arttırarak ya da sempatik ve/veya parasempatik sistemi aktive ederek üriner inkontinansa sebep olabilmektedir. Bunlar arasında en sık diüretikler, narkotik analjezikler, alfa agonistler, antikolinerjikler, antiparkinson ilaçlar, alkol ve antipsikotikler bulunur (61).

m- Radyoterapi: İnvaziv mesane kanseri için uygulanan radyoterapiden sonra, fibrotik mesane hasarı ve kısmen denervasyon oluşabilir. Bu bölgenin aşırı duyarlı hale gelmesi ile hastaların yaklaşık olarak yarısında sıkışma tipi Üİ gelişebilmektedir (62).

n- Kronik hastalıklar: Kronik akciğer hastalıkları (astım bronşiale, bronşit), diyabet, kas hastalıkları, omurganın kaza sonucu travması ve bazı sinir sistemi hastalıkları inkontinansa sebep olabilmektedir (63).

2.2.5. Üriner İnkontinanstın Korunma

İnkontinansın önlenabilir bir durum olduğunun kabul edilmesiyle beraber ‘Uluslararası 1. İnkontinanstın Korunma Kongresi (First International Congress For The Prevention of Incontinence), konsensüs olarak rehabilitasyonunun yetersizlik-engellilik-sakatlık modelini kabul etmiştir (64). Bu nedenle primer korunma, altta yatan yetersizliği (mesane veya üretral sfinkter disfonksiyonu) hedef almalı; sekonder korunma, altta yatan bir neden olsa da kişiyi klinik olarak inkontinan hale gelmemesini hedeflemeli; tersiyer koruma ise inkontinansın derinleşmesini veya neden olduğu komplikasyonları (örneğin, cilt hasarı) engellemelidir (65).

2.2.6. Üriner İnkontinans Tipleri

Uluslararası Kontinans Derneğine göre üriner inkontinans sosyal yaşam, hijyen ve yaşam kalitesine olan etki, tip, sıklık, şiddet, ağırlaştırıcı faktörler, idrar kaçacağını

belirlemede kullanılan ölçümler, üriner inkontinans nedeniyle kişinin yardım arayışı içinde olma durumuna göre değerlendirilmelidir (1).

a-Stres tipi üriner inkontinans: Hapşırma, öksürmek, egzersiz veya bir güç harcanması sırasında idrar kaçırılmasıdır (66). Stres inkontinans, zor doğum yapmış kadınlarda ve menopozdaki kadınlarda pelvik tabanı destekleyen kas ve fasyaların zayıflamasından dolayı daha sık görülmektedir. Ayrıca stres inkontinans yaşlanmanın, östrojen yetmezliğinin ya da vajen duvar prolapsusunun bir sonucu olarak da ortaya çıkabilir (67). Multipar ve ileri yaştaki obez kadınlarda daha sık rastlanır (68).

b-Sıkışma (Urge) tipi üriner inkontinans: Semptom olarak aniden güçlü bir işeme isteği ile gelen, bekletilmesi zor hatta mümkün olmayan istemsiz idrar kaçırmasıdır (69,70). Bu durumun nedeni detrusor aşırı aktivitesidir. Aşırı aktivasyonun ise iki temel sebebi vardır; duysal (enfeksiyon, irritasyon) ve nörolojik (serebral inhibisyon kaybı). Hasta idrar kaçırmaya başladığı zaman mesane boşalana kadar kontrolü sağlayamaz (71,72). Urge üriner inkontinansı olan hastalar genelde cerrahi tedaviye cevap vermezler (67).

c-Karışık (Mikst) tip üriner inkontinans: İki ya da daha fazla tip inkontinansın bir arada görülmesine mikst üriner inkontinans (MÜİ) denir. Genelde stres ve urge üriner inkontinans bir arada görülür. Acil işeme hissi ve öksürük, hapşırık, gülme, efor ile idrar kaçırmanın birlikte bulunduğu durumdur (1). Bir çalışmadan elde edilen verilere göre; üriner inkontinansın % 48.5'ini Stres Üriner İnkontinans (SÜİ), % 17.5'ini Urge İnkontinans (Uİ), % 34.0'ını Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ) oluşturmaktadır (73).

d-Uykuda idrar kaçırma (enürezis nokturna): Uyku esnasında meydana gelen idrar kaçırma durumudur (1).

e-Devamlı idrar kaçırma: İdrarın urge ya da stres eşlik etmeksizin sürekli kaçırılmasıdır (15).

f-Taşma tipi üriner inkontinans (overflow inkontinans): Detrusor kontraksiyon faaliyetinin bozulması ve mesane çıkış obstrüksiyonuna sekonder mesane aşırı distansiyonu gelişir ve abondan boşalma olur. Kadınlarda çok nadir görülür (74).

g- Fonksiyonel tip üriner inkontinans: Kişilerin kontrolleri dışında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Depresyon, demans, mobilite kısıtlılığı, fekal impakt ve ilaç gibi nedenlerle normal kontinansa sahip kişilerde fonksiyonel inkontinans oluşabilmektedir (75,76).

h-Diğer tipler: Değişik ortamlarda ortaya çıkan idrar kaçırma şikâyeti mevcuttur. Mesela; sadece gülerken (gülme idrar kaçırması) ya da cinsel ilişki esnasında idrar kaçırma şikayeti vardır. Herhangi bir zorlama olmadan veya hiçbir şey hissetmeden idrar kaçırdığından yakınabilir (70).

2.2.7. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirme

a- Anamnez

Genel olarak kılavuzlar kanıt aramaksızın, üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda ayrıntılı anamnez alınması ve detaylı fizik muayene ile devam edilmesi konusunda hemfikirler. İnkontinansın tipi, şiddeti, yaşam kalitesini ne kadar etkilediği, başka cinsel veya barsak işlev bozukluğu yakınmalarının olup olmadığı, idrar kaçırmasına eşlik eden, mesane dolum ya da boşaltım semptomlarının (sıkışma hissi, sık sık acil tuvalet gereksinimi, gece uykudan uyandıran tuvalete gitme gereksinimi, sıklığı, idrarı tam boşaltamama, kesikli idrar yapma, bastırarak işeme veya defekasyon ve idrar yaparken veya karnın alt kısmında ağrı) olup olmadığının sorulması, yanısıra sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçirip geçirmediği veya mevcut nörolojik hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıkları, devamlı kullandığı ilaçları, geçirdiği pelvik cerrahi (antiinkontinans ve/veya diğer invaziv tedaviler, prolapsus cerrahisi vb) ve ışın tedavisi öyküsü, gibi detayların sorgulanması önerilmektedir (77).

Güncel kılavuzlarda üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve sınıflandırılması için onaylanmış standart formlar bulunmaktadır. ICIQ-SF (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form), UDI-6 (Urogenital Distress Inventory), KHQ (King's Health Questionnaire Urinary Incontinence), IIQ (Incontinence Impact Questionnaire), BFLUTS (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms) bunlardan bazılarıdır (78).

b- Mesane çizelgesi

Hastalar genellikle idrar kaçırma sıklığını ve şiddetini tam olarak anlatmakta güçlük çekebilmektedir. Bu açıdan objektif bir değerlendirmenin yapılabilmesi için hastalardan bir sonraki görüşme öncesinde, bu sebeple düzenlenmiş bir üriner günlük tutmaları istenilebilmektedir (42,63). Üriner günlük formu hastanın 24 saat boyunca almış olduğu ve çıkardığı sıvı miktarı ve sıklığı, alınan sıvının cinsi, idrar kaçırma durumu ve tipini saatleri kapsamaktadır. Bu doğrultuda idrar kaçırmanın olduğu anda hastanın yaptığı aktivite belirlenerek, buna göre inkontinansın streten mi yoksa istirahat durumunda mı olduğu tespit edilebilmektedir (38).

c- Fizik muayene

Detaylı fizik muayene sırasında ise hastanın genel durumunun değerlendirilmesi, abdominal ve pelvik muayene yapılması tüm kılavuzların ortak önerdiği ilk değerlendirme basamaklarıdır (77).

Fizik muayenede uygulanabilen özel testler de mevcuttur:

Stres testi: Valsalva manevrası veya öksürük ile idrar kaçırmanın objektif olarak tespit edilmesidir. Stres üriner inkontinans lehine bulgu verir. Jinekolojik masada yatan hastanın mesanesi en az 250 cc dolu iken öksürmesi istenir. Üretral eksternal meatustan idrar kaçağı gözlemlenirse test pozitif olarak belirlenir. Sırt üstü yatan hastada test eğer negatif ise bu sefer ayakta test tekrarlanır (31,76).

Ped testi: Üİ'nin varlığını ve derecesini gösteren en değerli ve objektif testlerden biridir. Ayrıca tedavi sonrası etkinlik değerlendirmesinde de kullanılmaktadır. Hastaya ağırlığı bilinen bir ped verilerek hastadan mesaneyi provoke edecek davranışlarda bulunması istenir (öksürük, merdiven çıkma). Bir saat sonunda ped tekrar tartılır ve aradaki fark, kaçırma miktarı olarak belirlenir. İki gram altı 'normal', 2-10 gram arası 'hafif', 10-50 gram arası 'orta', 50 gram üzeri 'şiddetli' üriner inkoninans olarak değerlendirilir. Fakat ped testi Üİ'nin tiplerinde ayırım yapamamaktadır (79).

Q-Tip testi: Üretrovezikal bileşkenin mobilizasyonunu çözümlemek için yapılan bir testtir. Hasta litotomi pozisyonunda iken steril kayganlaştırılmış pamuklu çubuk

eksternal üretradan mesane içerisine gönderilir. İstirahat ve ıkınma sırasında çubuğun dıştaki ucu ile horizontal düzlem arasındaki açıya bakılır. Horizontal düzlemde 30 dereceden büyük açılma varsa hipermobiliteden şüphelenilir ve bu durum stres üriner inkontinans olarak değerlendirilir (76,80).

d- Laboratuvar ve görüntüleme

1-İdrar analizi: İdrar analizinin üriner inkontinans şikayeti olan hastalarda ilk değerlendirmenin bir parçası olarak yapılması önerilmektedir. Bu değerlendirme sonucunda idrar yolu enfeksiyonu saptanması durumunda uygun tedavinin planlanması ve sonrasında idrar analizinin tekrarlanması önerilmektedir (77).

2- Biyokimyasal tetkikler: Hastalardan serum üre-kreatinin ve glukoz değerleri bakılabilecek parametrelerdir (81).

3- Postvoiding residüel idrar (PVR): Postvoiding residüel idrar ölçümü, hasta idrarını boşalttıktan hemen sonraki birkaç dakika içinde test edilir. Klasik olarak üriner kateter ile yapılırsa da günümüzde ultrasonografi eşliğinde yapılmaktadır. Rezidü idrar miktarı genelde stres, sıkışma ve karışık tipte üriner inkontinans 50 mililitrenin altında bulunurken taşma inkontinansında 200 ml'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (82).

4- Ürodinami: SÜİ yönetimi için hazırlanmış son kılavuzlarda, ürodinamik incelemenin rolüne yönelik oluşmuş bir fikir birliği bulunmadığı, basit SÜİ olgularında, ürodinamik incelemenin tedavi başarısında önemli bir katkı sağlamadığı, karmaşık olgularda ise gerekli olduğu vurgulanmaktadır (77). Her üriner inkontinanslı vakaya ürodinami yapılması önerilmemektedir. Ancak kliniği ile şikayetleri arasında farklılık olan, cerrahi planlanan, dirençli aşırı aktif mesanesi olan, artmış rezidüel volümü olan, nörolojik bir hastalığın birlikte olduğu, başarısız tedavi öyküsü olan ve obstrüktif bulguları daha fazla olan hastalara yapılabilir (71,83).

5- Üretrosistoskopi: Mesanenin endoskopik incelenmesidir. Hastanın semptomlarına neden olan intravezikal veya intraüretral bir patolojiyi teşhis etmek amacıyla yapılır. Daha önce inkontinans cerrahisi ve POP onarım öyküsü olan, pelvik

bölgeye radyoterapi uygulanan, obstruktif işeme semptomları olan ve hematüri saptanan hastalarda üretrosistostkopi ile değeriendirilmektedir (31).

6- Transvajinal ultrasonografi : Ultrasonografi ile ve mesane boynu mobilitesi olarak isimlendirilen bir yöntemle idrar torbası ve idrar yolu arasındaki değışiklikler saptanabilmektedir (84).

7- Elektromiyografi: İdrar boşaltılması esnasında çizgili sfinkterlerin değeriendirilmesine olanak sağlar. Üretral sfinkter yetmezliğini göstermek için ya da nörolojik bir hastalıktan şüphelenildiğı zaman yapılır (68,85).

2.2.8. Üriner İnkontinans Tedavisi

2.2.8.1. Konservatif tedavi

Tüm kılavuzlar, üriner inkontinans yakınması ile başvuran ve detaylı bir temel değeriendirmeden sonra karmaşık olmayan olgularda, inkontinans tipinden (stres tipi Üİ, sıkışma tipi Üİ ve karışık tip Üİ) bağımsız, ileri tedavi öncesinde, konservatif tedavilerin mutlaka denenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Konservatif tedavi yaklaşımlarından bir veya birkaç yöntemin (davranış tedavisi, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizi) hastanın inkontinans tipine göre, hastayla birlikte seçilerek, ileri tetkik ve tedavi öncesinde uygulanması gerektiğı önerilmektedir (77).

a- Yaşam tarzı değışiklikleri: Üriner inkontinans ile ilişkisi bulunan risk faktörlerinin düzeltilmesi ile inkontinans tedavisi sağlanabilir. Bu risk faktörlerini; kilo verme, sigaranın bırakılması, diyetin ve sıvı alımının düzenlenmesi olarak sayabiliriz (86,87).

b- Mesane eğitimi: Mesane eğitimi, sadece belirli zaman aralıklarında idrar yapmanın öğretildiğı ve kişinin başarılı olduğı durumlarda ise her hafta bu sürenin 15 ile 30 dakika artırılarak, 6-12 hafta arasında yapılan düzenli bir eğitimidir. Tedavi ilk aşama olarak uygulandığı gibi diğeri davranışsal tedavi yöntemlerine veya ilaç tedavisine ilave olarak da yapılabilir. Amaç idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini arttırmaktır (88).

c- Pelvik taban kas egzersizi: Pelvik taban kas grubunun güçlendirilmesi ile sfinkter kaslarının fonksiyonlarının iyi yönde geliştiği ve böylece Üİ'nin tedavi olduğunu gösteren ilk çalışmalar Dr. Kegel tarafından gösterilmiştir (89). Genel olarak üretranın desteğine katkı sağlamakta ve üretra kapanma basıncını arttırmaktadır. Pelvik taban kas egzersizinin (PTKE), stres ve karışık tip üriner inkontinans, şikayetleri azalttığı ve yaşam kalitesini düzelttiği kanıtlanmıştır. Sıkışma tipi üriner inkontinans için de birinci basamak tedavi seçeneği olarak en az 3 ay uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (77). İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkileri görülmeye başlar, 6-8 haftada şikayet azalır, 6 ayda da düzelme olur (90). Egzersiz programlarının yoğun uygulanması, egzersizlere geribildirim eklenmesi ve hastanın egzersizleri bir gözetmen eşliğinde yapması, etkinliği arttıran unsurlar olarak bildirilmektedir. Vajinal ağırlıklı koni egzersizleri, elektriksel uyarı veya mesane eğitimi ile kıyaslandığında, PTKE, üriner kaçakların düzelmesi açısından daha etkili bir yöntem olarak bildirilmektedir. PTKE, üriner inkontinansı olan yaşlı veya gebe kadınlarda da rahatlıkla tercih edilebilecek bir tedavi seçeneğidir. Erken gebelikte başlanan pelvik taban kas egzersizi ile gebeliğin geç döneminde ve postpartum ilk 6 ayda görülen üriner inkontinansın azaltılabileceği, ve erken postpartum dönemde başlanan egzersiz ile postpartum 12 aya kadar idrar kaçırma belirgin azalma olacağı ileri sürülmektedir (77).

d- Vajinal konlar: Vajinal konlar pelvik taban kaslarını güçlendirmek için uygulanan yöntemlerden biridir. Vajinal konlar 20 gramdan 100 grama kadar artan ağırlıklardan oluşur. Hasta ayakta iken en hafiften başlayarak en az bir dakika vajinal konu vagende tutması istenir. Hastanın istenmeyen kasları kasma durumunda vajinal konu vagenden düşürecektir. İlerleyen zamanlarda bu vajinal konu vagende 15 ile 20 dakika arasında tutması amaçlanır (31,88,91).

e- Elektriksel uyarılma: Bir cihaz ve elektrotlar aracılığıyla stres üriner inkontinans yüksek, sıkışma tipi üriner inkontinans düşük frekans elektriksel uyarma ile pelvik taban kas grubunda pasif kontraksiyon oluşturularak bu kasların güçlenmesi ve mesane refleks inhibisyonu ile üriner inkontinansın sağlanması yöntemidir (92).

Kontraksiyon pasif olduğundan daha güçsüzdür; fakat, hasta konforu açısından daha önemlidir. Ayrıca uyarılma, özelliğini kaybetmiş kas grupları için reinnervasyon sürecine katkı sağlamaktadır. Ancak tek başına tedavide yeterli değildir ve diğer yöntemlerle birlikte kullanılmalıdır (92).

f- Biofeedback: Biofeedback tedavi yöntemi; vücutta meydana gelen pelvik tabanın kasılma ve gevşemesinin hastaya ekran ve ses yardımı ile anlaşılır hale getirilir bir biçimde öğretilmesidir. Tedavi ortalama 6 ile 8 hafta sürer. Haftada 3 defa 15-30 dakika süresince 10 saniye pelvik taban kaslarını kasar sonra 20 saniye dinlenir. 15-20 seans sonunda etkin bir netice alınabilmektedir (93,94).

2.2.8.2. Medikal tedavi

Farmakolojik tedavi, mesane boynu ve proksimal üretranın düz kaslarında bulunan alfa reseptörlerin uyarılması ile intraüretral basıncın artmasıyla üretral kapanma mekanizması ile ilgilidir (95). Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisinde değişik etki mekanizması olan birçok ilaç kullanılmaktadır. Mesane kapasitesinin azaltılmasında; Antikolinerjik Ajanlar, Muskulotropik Relaksanlar, Kalsiyum Antagonistleri, Trisiklik Antidepresanlar kullanılmaktadır. Çıkış direncinin artırılmasında; Alfa Adrenerjik Agonistler, Beta Adrenerjik Blokerler, Beta Adrenerjik Agonistler, Östrojenler kullanılmaktadır (76). Mesane mukozası ve mukoza altı dokusunun uyarılarak dolaşımın artırılması ve bu şekilde düz kas yanıtının artırılması ve Üİ sağlanması sebebiyle hastalara lokal östrojen uygulaması planlanabilir. Özellikle postmenopozal dönemindeki kadınlara krem veya jel şeklindeki lokal östrojen uygulamaları hem üriner sistem irritasyonuna bağlı yakınmaları hem de inkontinansa bağlı şikayetlerin azalmasında yarar sağlamaktadır (96).

2.2.8.3. Cerrahi tedavi

Üİ'nin cerrahi tedavisi, tüm Üİ alt tiplerinde en son tedavi olarak düşünülmelidir. Konservatif ve medikal tedaviye yanıtız dramatik hastalara yapılmaktadır (97).

İnkontinans tedavisinde cerrahi işlemler vajinal ya da abdominal olmak üzere iki biçimde uygulanmaktadır. Bunlar (84,98); Vajinal operasyonlar; Tension Free Vajinal Tape, Sling, Kolporofi Anterior, Rozz, Gittes, Stoney ve Abdominal operasyonlar; Marshal- Marchetti- Krantz, Burch, Paravajinal operasyon, Sling operasyonlardır.

2.3. GEBELİKTE ÜRİNER İNKONTİNANS

2.3.1. Gebelikte Üriner Sistemde Görülen Değişiklikler

Gebelik süresince büyüyen uterusu bağlı olarak artan karın içi basıncı sebebiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır. Bu nedenle gebelik süresince pelvik destek olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca gebe kadınlarda fasyaların gerilme gücünün gebe olmayanlarla karşılaştırıldığında daha az olduğu belirlenmiştir (11). Gebelikte idrar sıklığı büyüyen uterusun mesaneye basısına bağlı olarak artar. Üçüncü trimesterin sonlarında ise angaje olan fetal başın da mesaneye basısı söz konusudur ve idrar sıklığının artmasında sadece mekanik faktörler değil, hormon düzeylerindeki dramatik değişiklikler, plazma hacmi, böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızındaki artışlar da etkilidir (25).

2.3.2. Gebelikte Üriner İnkontinans

Gebelik döneminde ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler ile doğum sırasında meydana gelen minör ve/veya majör travmalar bu duruma sebep olmaktadır. Gebelik ve postpartum Üİ tiplerine bakıldığında en çok stres tipi ikinci sıklıkta mikst tip en az da sıkışma tipi görülmektedir (10). Gebelik boyunca Üİ prevalansı %32-64 arasındadır (5). Gestasyonel yaşın yüksekliği ve multiparite Üİ riskini arttırmaktadır ayrıca sıklık ilk trimesterde düşük iken ikinci ve üçüncü trimesterde artış olmaktadır (51,99).

2.3.3. Gebelikte Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri

Gebelik dönemine ait risk faktörleri;

a- Parite: Doğum ile üriner inkontinans ilişkisi literatürde netlik kazanmış olup özellikle riskin vajinal doğum yapanlarda arttığı bildirilmektedir (100,101). Doğum

yapmış olmanın gebelikte ortaya çıkabilecek inkontinans için güçlü bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (102).

b- Doğum şekli: Doğum şekli ile gebelikteki üriner inkontinans ilişkisine yönelik yeterli sayıda çalışma olmaması ile birlikte, vajinal doğum yapmış olmanın sezaryana kıyasla pelvik taban bozukluk riskini daha çok artırdığı, bununla birlikte sezaryanın pelvik taban bozuklukları açısından koruyucu nitelikte tercih edilmemesi gerektiği bildirilmektedir (100).

c- Bebeğin doğum ağırlığı: Makrozomi pelvik tabanın gerilmesine, perinede yırtılmalara ve pudendal hasara sebep olarak üriner inkontinansa yol açabilir. 4000 gr ve üzeri bebeklerin vajinal doğumu sonrası inkontinans riski göz önünde bulundurulmalıdır (101). Makrozominin yanı sıra; yenidoğan baş çevresinin 3. derece perineal laserasyonları için bir risk faktörü oluşturduğu belirtilmiştir (103).

d- Gebelik öncesi dönemde üriner inkontinans varlığı: Gebelik dönemi öncesinde Üİ'si olan kişilerin pelvik taban kas yapısı daha zayıf olduğundan gebelik süresince Üİ gelişme riski daha fazladır (104). Hatta nullipar gebeler için gebelikte üriner inkontinansa en önemli prediktif faktör gebelik öncesi Üİ var olmasıdır (105).

e- Gestasyonel diabetes mellitus: Gestasyonel diabetes mellitus ile takip edilen hastaların %49,1'inde Üİ bulunurken, bu oran 5 yılın sonunda %50'ye çıkmıştır (106).

2.3.4. Gebelikte Üriner İnkontinans Tedavisi

Gebelik döneminde üriner inkontinans şikayeti olan kadınlar için en uygun tedavi yöntemi olarak konservatif tedavi yöntemlerinden pelvik taban kas egzersizleri önerilmektedir. Gebeliğin ilk trimestirından itibaren pelvik taban kas egzersizlerine başlanmalı ve doğumdan sonra kadın kendini iyi hissettiği zaman devam edilmelidir. Belli bir kas tonusuna ulaşıncaya kadar ömür boyu devam edilmelidir (107).

Gebelik ve postpartum dönemde üriner inkontinansa korunmak ve eğer Üİ varsa tedavi için;

gebelere sigarayı bırakmaları, kilo vermeleri, kabızlık için önlem almaları, düzenli fiziksel aktivite yapmaları önerilmelidir (51,108,109).



III.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu / İstanbul onayı ile yapılmıştır (Tarih:20.06.2018 ve Onay No.111)

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışma çok merkezli, kesitsel nitelikte iki aşamalı bir çalışma olarak planlandı. Bu çalışma 25.06.2018-25.11.2018 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine başvuran 28-42 haftalar arasındaki gebelere uygulandı. Her birey araştırmaya dahil edilmeden önce bilgilendirilerek çalışmanın amacı anlatıldı ve gönüllü olur formu imzalatıldı. Çalışmamızda 200 kişiye yüz yüze görüşme yolu ile gebeliklerinde UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF ölçeği ile sosyodemografik özellikleri ve tıbbi öyküyü içeren hasta bilgi formu uygulandı. Çalışmaya katılan katılımcılarla yüz yüze görüşme sağlanarak ölçek ve hasta bilgi formundaki sorular soruldu. Çalışmanın ikinci aşamasında 200 kişiye telefon ile ulaşılarak postpartum 3.aylarında UDI-6, IIQ7, ICIQ-SF ölçeği ile doğum öyküsünü içeren hasta bilgi formu uygulandı. Çalışmaya katılan katılımcılar ile telefon aracılığıyla görüşme sağlanarak ölçek ve hasta bilgi formundaki sorular soruldu.

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18-35 yaş arası kadınlar
- 28-42 haftalık gebeler

3.4. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 18 yaş altı hastalar
- Sözel iletişim kurulamayan hastalar
- 28 haftanın altındaki gebeler
- İdrar yolu enfeksiyonu ve idrar kültüründe üreme olanlar

- Gebelik öncesi idrar kaçırma şikayeti olanlar
- Pelvik radyoterapi ve pelvik cerrahi öyküsü bulunanlar
- Spinal kord yaralanması olanlar
- Herhangi bir nörolojik hastalığı bulunanlar

3.5. Veri Toplama Araçları

Anket formunun ilk bölümü ankete katılanların sosyo-demografik bilgileri (yaş, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu) ve tıbbi öykü (kaçıncı gebeliği, doğum sayısı, ek hastalığı, kullandığı ilaçlar ve önceden idrar kaçırma durumu) için hazırlanan soruları ve idrar kaçırma durumu ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek için IIQ7, UDI6 ve ICIQ-SF ölçeklerini içermektedir. Anket formunun postpartum bölümü ise doğum öyküsünü (doğum şekli, bebeğin kilosu ve cinsiyeti, doğum komplikasyonu, gebelik boyunca alınan kilo sayısı, kullanılan ilaçlar) ve IIQ7, UDI6 ve ICIQ-SF ölçeklerinden oluşmaktadır.

3.5.1. Ürogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory-UDI6) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire-IIQ7)

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek amacıyla Shumaker ve arkadaşları tarafından 1994 yılında Urogenital Distress Envanteri- 30 soruluk (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu- 19 soruluk (Incontinence Impact Questionnaire) uzun formları birlikte geliştirildi. Bu soru formlarının daha sonra Uebersax ve arkadaşları tarafından 1995 yılında kısa formları Urogenital Distress Envanteri- 6 (UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu-7 (IIQ-7) oluşturuldu (84,110). UDI-6 ve IIQ-7 altı ve yedi sorudan oluşmuş çok boyutlu, kişinin kendi yanıtlayabileceği sorulardır. UDI-6 ve IIQ-7 her bir madde için 0=hiç, 1: hafif, 2:orta, 3:çok seçenekleri bulunmaktadır. Likert tipi soru formlarından UDI-6' nın irritatif semptomlar (1-2. sorular), stres semptomları (3-4. sorular), obstrüktif/rahatsız edici ya da işeme güçlüğü oluşturan semptomlar (5-6. sorular) olmak üzere üç alt kategoriden oluşur. IIQ-7 soru formunun ise fiziksel aktivite (1-3. sorular), yolculuk (4.soru), sosyal ilişkiler (5. soru) ve emosyonel sağlık (6-7. sorular) olmak üzere dört alt kategorisi vardır. Dolayısıyla da her iki formun toplam skoru ile birlikte alt boyut skoru

da bulunur. UDI-6' dan en az 0- en fazla 18 puan, IIQ-7' den en az 0-en fazla 21 puan alınabilmektedir. Her iki formun toplam skoru 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır.

Alınan puan ortalaması 33,3 ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür. UDI-6 ve IIQ-7 her birinden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin arttığına göstergesidir. UDI-6 ve IIQ-7' nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Çam ve arkadaşları yapılmış olup tüm soru formu için IIQ-7' nin Cronbach Alpha katsayısı 0,87, UDI-6 için 0,74 olarak bulunmuştur (111).

3.5.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form-ICIQ SF)

İdrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) geliştirilmiştir (112). Uluslararası inkontinans Sorgulama Kısa Formu; tüm bireylerde idrar kaçırma sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi nedeniyle kullanılabilmektedir.

ICIQ-SF toplam 6 sorudan meydana gelmektedir. İlk 2 soruda doğum tarihi ve cinsiyet sorgulanmıştır. Üçüncü soruda Üİ'nin ne kadar sıklıkla olduğu, dördüncü soruda Üİ'nin miktarı, beşinci soruda Üİ'nin günlük yaşama etkisi ve altıncı soruda Üİ'ye neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede üç, dört ve beşinci sorular puanlanır. Puanlanmayan altıncı soruya verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına istinaden üriner inkontinas tipinin belirlenmesinde kullanılır

Değerlendirmede her bir sorunun puanı ayrı ayrı değerlendirilebilir, idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede üç sorunun da puanı toplanır. Puanlamadaki genel eğilim, puanların ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (112).

Bu form; Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında ICIQ-SF'in Türkçe versiyonu geçerlilik çalışması yapılmıştır (113). Bu çalışma ile ülkemizde standart, uluslararası yayınlarda kullanılabılır, geçerliliği ve stabilitesi gösterilmiş bir form haline

getirilmiştir. Yapılan çalışmanın Chronbach alpha değeri 0.71 olarak bildirilmiştir. Stabilité sonuçları soru 3 için; 0.98, soru 4 için; 0.95 ve soru 5 için; 0.97 olarak hesaplandığı belirtilmiştir (113).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test, normal dağılım gösteren parametreler için Student t test kullanıldı. Niteliksel verilerde prepartum ve postpartum oranlarının karşılaştırmasında McNemar testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Fisher's Exact testi ve Continuity (yates) düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

IV.BULGULAR

4.1. PREPARTUM DÖNEM BULGULARI

Çalışma 25.06.2018-25.11.2018 tarihleri arasında yaşları 19 ile 35 arasında değişmekte olan, toplam 200 kadın ile yapılmıştır. Kadınların yaşları ortalaması 28.1 ± 4.95 'dir.

Tablo 1: Prepartum Dönemin Genel Özelliklerinin Dağılımı

	Min-Max	Ort $\pm$ SS
Yaş	19-35	28,1 $\pm$ 4,95
Boy	148-178	160,35 $\pm$ 5,91
Kilo	53-110	76,09 $\pm$ 11,27
Gebelik haftası	30-40	35,77 $\pm$ 2,28
Vajinal doğum	0-5	0,45 $\pm$ 0,8
Sezeryan sayısı	0-3	0,42 $\pm$ 0,73
Düşük sayısı	0-3	0,22 $\pm$ 0,59
Kürtaj sayısı	0-2	0,03 $\pm$ 0,2
Eğitim durumu <i>n,%</i>	Okur-yazar değil	2
	Okur-yazar	4
	İlkokul	22
	Ortaokul	28,5
	Lise	22
	Üniversite/yüksekokul	22,5
Meslek <i>n,%</i>	İşçi	7,5
	Memur	6,5
	Kendi işi	1

	Ev hanımı	165	82,5
	Diğer	5	2,5
Gelir durumu <i>n,%</i>	0-1600	75	37,5
	1601-2999	84	42
	3000+	41	20,5
VKİ <i>n,%</i>	18.5altındaysa	1	0,5
	18.5-24.9 arasındaysa	26	13
	25-29.9 arasındaysa	79	39,5
	30-39.9 arasındaysa	92	46
	40 ve üzerindeyse	2	1
Gebelik durumu <i>n,%</i>	Nullipar	85	42,5
	Primipar	65	32,5
	Multipar	50	25
Sigara kullanımı <i>n,%</i>	Hayır	190	95
	Evet	10	5
Ek hastalık <i>n,%</i>	Yok	177	88,5
	Hipotiroidi	19	9,5
	Dekstrokardi	1	0,5
	Akdeniz anemisi	1	0,5
	Koroner arter hastalığı	1	0,5
	Talasemi taşıyıcısı	1	0,5
Operasyon öyküsü <i>n,%</i>	Yok	192	96
	Apendektomi	6	3
	Kolesistektomi	2	1
Gebelik öncesi DM öykü <i>n,%</i>	Yok	198	99
	Var	2	1

Kadınların yaşları 19 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalaması 28.1 ± 4.95 'dir. Boyları 148 ile 178 arasında değişmekte olup, ortalaması 160.35 ± 5.91 'dir. Kiloları 53 ile 110 arasında değişmekte olup, ortalaması 76.09 ± 11.27 'dir. Gebelik haftaları 30 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalaması 35.77 ± 2.28 'dir. Vajinal doğum sayıları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalaması 0.45 ± 0.8 'dir. Sezeryan sayıları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalaması 0.42 ± 0.73 'dür. Düşük sayıları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalaması 0.22 ± 0.59 'dur. Kürtaj sayıları 0 ile 2 arasında değişmekte olup, ortalaması 0.03 ± 0.2 'dir.

Kadınların %1'i okur-yazar değilken, %4'ü okur-yazar, %22'si ilköğretim mezunu, %28.5'i ortaokul mezunu, %22'si lise mezunu ve %22.5'i üniversite/yükseköğretim mezunudur. %7.5'i işçi, %6.5'i memur, %1'i kendi işi, %82.5'i ev hanımı ve %2.5'i diğer mesleklerdendir. %37.5'inin geliri 0 ile 1600 arasında, %42'sinin 1601 ile 2999 arasında ve %20.5'inin 3000 TL ve üzerindedir. %0.5'inin VKİ değeri 18.5 altındayken, %13'ünün 18.5 ile 24.9 arasında, %39.5'inin 25 ile 29.9 arasında, %46'sının 30 ile 39.9 arasında ve %1'inin 40 ve üzerindedir.

Kadınların %42.5'inin gebelik durumu nullipar iken, %32.5'inin primipar ve %25'inin multipardır. %95'i sigara kullanmazken, %5'i kullanmaktadır.

Kadınların %88.5'inde ek hastalık yokken, %9.5'inde hipotiroidi, %0.5'inde dektrokardi, %0.5'inde akdeniz anemisi, %0.5'inde koroner arter hastalığı ve %0.5'inde talasemi taşıyıcısı vardır. %96'sında operasyon öyküsü yokken, %3'ünde apendektomi ve %1'inde kolesistektomi vardır. %99'unda gebelik öncesi DM öyküsü görülmezken, %1'inde görülmektedir.

Tablo 2: Prepartum Dönemde İdrar Kaçırma ile İlgili Çalışma Parametrelerinin Değerlendirilmesi

		n	%
İnkotinans potansiyelli ilaç kullanımı	Yok	200	100
İdrar kaçırmazsanız doktora başvurduysanız	Hayır	53	84,1

mu? (n=63)	Evet	10	15,9
İnkontinans için hastane başvurmama sebebi (n=52)	İnkontinansı normal sanmak	35	67,3
	Muayene için zaman yok	1	1,9
	Fazla rahatsız etmemesi	16	30,8
Mevcut gebelikte inkontinans tedavisi aldınız mı? (n=61)	Hayır	58	95,1
	Evet	3	4,9
İdrar tutmaya yardımcı kaslarımız olduğunu biliyor musunuz?	Hayır	119	59,5
	Evet	81	40,5
Pelvik taban egzersizlerini biliyor musunuz?	Hayır	168	84
	Evet	32	16
Son 3 ay içerisinde idrar kaçırdınız mı?	Hayır	137	68,5
	Evet	63	31,5
Hangisini yaparken idrar kaçırdınız (n=63)	Stres tipi Üİ	32	50,8
	Sıkışma tipi Üİ	10	15,9
	Diğer tip inkontinans	4	6,3
	Mikst tip Üİ	16	25,4
	Stres tipi ve diğer tip Üİ birlikteliği	1	1,6
Son 3 ay içinde idrar kaçırmamız en sık sebebi neydi (n=63)	Stres tip Üİ	41	65,1
	Sıkışma tipi Üİ	17	27
	Diğer tip Üİ	4	6,3
	Stres ve sıkışma tip Üİ benzer seviyede	1	1,6
Açlık kan şekeri Min-Max, Ort±SS		55-181	82,93±12,38
Gestasyonel diyabet (GDM sorgusu)	Yok	89	44,5
	Var	13	6,5
	OGTT yaptırmamış	98	49

(*Diğer tip Üİ;enürezis nokturna, sadece belirli bir duruma özgü Üİ (gülme, yürüme,cinsel ilişki vb.), devamlı Üİ)

Kadınların tamamında inkontinans potansiyelli ilaç kullanımı yoktur. %84.1'i idrar kaçırma sonucu doktora başvuramazken, %15.9'u başvurmuştur. %67.3'ü inkontinansı normal sandığı için, %1.9'u muayene için zamanı olmadığı için ve %30.8'i fazla rahatsız etmediği için hastaneye başvurmamıştır. %95.1'i mevcut gebelikte inkontinans tedavisi almamışken, %4.9'u almıştır. %59.5'i idrar tutmaya yardımcı kasları olduğunu bilmezken, %40.5'i bilmektedir. %84'ü pelvik taban egzersizlerini bilmezken, %16'sı bilmektedir. Gebelerin %68.5'i son 3 ay içerisinde idrar kaçırmamışken, %31.5'i kaçırmıştır. %50.8'i stres tipi inkontinans sonucu, %15.9'u sıkışma tipi inkontinans sonucu, %6.3'ü diğer tip inkontinans sonucu, %25.4'ü mikst tip inkontinans sonucu ve %1.6'sı stres tipi ve diğer tip inkontinans birlikteliği sonucu idrar kaçırmıştır. İdrar kaçırmanın en sık sebebi %65.1 ile stres tip inkontinans olup, ikinci sıklıkta %27 ile sıkışma tip inkontinans görülmektedir. üçüncü sırada %6.3 ile diğer tip inkontinans ve en az sıklıkta %1.6 ile stres tip ve diğer tip inkontinans birlikteliği görülmektedir.

Kadınların açlık kan şekerleri 55 ile 181 arasında değişmekte olup, ortalaması 82.93 ± 12.38 'dir.

Kadınların %44.5'inde gestasyonel diyabet görülmezken, %6.5'inde görülmekte ve %49'unda OGTT yapılmamıştır.

4.2 POSTPARTUM DÖNEM BULGULARI

Tablo 3: Postpartum Dönemin Parametrelerinin Dağılımı

	n	%
Gebelikte kaç kilo aldınız <i>Min-Max, Ort±SS</i>	5-28	12,84±4,63
Postpartum 3. Ay kilo <i>Min-Max, Ort±SS</i>	46-107	69,67±12,23
Doğum şekli	Normal	105 52,5

	Sezaryan	95	47,5
Bebek cinsiyet	Kız	95	47,5
	Erkek	105	52,5
Doğum ağırlığı	4000 gr altı	189	94,5
	4000 gr ve üzeri	11	5,5
Müdahaleli doğum öyküsü (n=103)	Yok	103	100
Doğum komplikasyonu öyküsü	Yok	128	64
	Basit dikiş	14	7
	Epizyotomi	55	27,5
	Perine yırtığı	3	1,5
Postpartum 3.ay vücut kitle indeksi	18,5 ve altındaysa	4	2
	18.5ve24.9 arasında	64	32
	25-29.9 arasındaysa	85	42,5
	30-39.9 arasındaysa	46	23
	40 ve üzerindeyse	1	0,5
Postpartum inkontinans potansiyelli ilaç kullanımı	Hayır	200	100
Postpartum sigara kullanımı	Hayır	176	88
	Evet	24	12
Postpartum inkontinans varlığı	Hayır	173	86,5
	Evet	27	13,5
İdrar kaçırmınız varsa doktora başvurduğunuz mu (n=27)	Hayır	23	85,2
	Evet	4	14,8
İnkontinans için hastane başvurumama sebebi (n=23)	Muayene için zaman yok	18	78,3
	Fazla rahatsız etmemesi	5	21,7
İdrar kaçırmınız varsa tedavi aldınız mı	Hayır	27	100

(n=27)			
Hangisini yaparken idrar kaçırdınız (n=27)	Stres tipi Üİ	10	37
	Sıkışma tipi Üİ	9	33,3
	Diğer tip Üİ	1	3,7
	1 ve 2 birlikte	7	25,9
Son 3 ay içinde idrar kaçırmamız en sık sebebi neydi (n=27)	Stres tipi Üİ	11	40,7
	Sıkışma tipi Üİ	14	51,9
	Diğer tip Üİ	1	3,7
	1 ve 2 benzer seviyede	1	3,7

Kadınların gebelikte aldığı kilolar 5 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalaması 12.84 ± 4.63 'dür. Postpartum 3.ay kiloları 46 ile 107 arasında değişmekte olup, ortalaması 69.67 ± 12.23 'dür. %52.5'i normal doğum yaparken, %47.5'i sezeryanla doğum yapmıştır.

Bebeklerin %47.5'i kızken, %52.5'i erkektir. %94.5'i 4000 gram altında doğarken, %5.5'i 4000 gram ve üstünde doğmuştur.

Kadınların tamamında müdahaleli doğum öyküsü yoktur. %64'ünde doğum komplikasyon öyküsü yokken, %7'sinde basit dikiş, %27.5'inde epizyotomi ve %1.5'inde perine yırtığı komplikasyonu görülmektedir. Postpartum 3.ay VKİ değeri %2'sinin 18.5 ve altındayken, %32'sinin 18.5 ile 24.9 arasında, %42.5'inin 25 ile 29.9 arasında, %23'ünün 30 ile 39.9 arasında ve %0.5'inin 40 ve üzerindedir. Tamamında postpartum inkontinans potansiyelli ilaç kullanımı yoktur.

Kadınların %88'i postpartum dönemde sigara kullanmazken, %12'si kullanmaktadır. %86.5'inde postpartum inkontinans görülmezken, %13.5'inde görülmektedir. %85.2'si idrar kaçırma için doktora başvurmazken, %14.8'i başvurmuştur. %78.3'ü muayene için zamanı olmadığından ve %21.7'si fazla rahatsız etmediği için inkontinans için hastaneye başvurmamıştır. Tamamı idrar kaçırma için

tedavi almamıştır. %37'si stres tipi inkontinans, %33.3'ü sıkışma tipi inkontinans, %3.7'si diğer tip inkontinans ve %25.9'u mikst tip inkontinans sonucu idrar kaçırmıştır.

Postpartum ilk 3 aylık dönemde idrar kaçırmının 2.en sık sebebi %40.7 ile stres tipi inkontinans iken , en sık sebebi olarak %51.9 ile sıkışma tipi inkontinans görülmektedir, en az sıklıkta ise %3.7 ile diğer tip inkontinans ve %3.7 ile mikst tip inkontinans görülmektedir.

4.3 PREPARTUM VE POSTPARTUM DÖNEM Üİ ŞİKAYETİ OLAN KATILIMCILARIN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLAR AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Prepartum ve Postpartum Dönemlerinin Skorlarının Dağılımı

		Min-Max	Ort±SS	
Prepartum (n=63)	IIQ7	Fiziksel aktivite skoru	0-100	10,84±18,95 (0)
		Yolculuk skoru	0-100	11,63±24,77 (0)
		Sosyal ilişki skoru	0-67	6,87±16 (0)
		Emosyonel sağlık skoru	0-100	15,86±26,48 (0)
		Toplam SCORE	0-81	10,27±14,43 (4,8)
	UDI6	İrritatif semptomlar skoru	0-100	51,8±23,19 (50)
		Stres semptomları skoru	0-100	30,92±22,94 (33,3)
		Obstruktif semptomlar skoru	0-83	24,05±20,67 (16,7)
		Toplam SCORE	6-89	35,59±17,46 (33,3)
	ICIQSF	İdrar kaçırma sıklığı	1-4	1,79±0,81 (2)
		İdrar kaçırma miktarı	2-4	2,19±0,59 (2)
		Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma her günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru)	0-8	2,84±1,89 (3)
		Toplam score	3-15	6,83±2,37 (7)

İdrar kaçırma sıklığı <i>n,%</i>				
Haftada bir veya daha seyrek		25	39,7	
Haftada iki veya üç kez		29	46	
Günde bir kez		6	9,5	
Günde birkaç kez		3	4,8	
İdrar kaçırma miktarı <i>n,%</i>				
Az bir miktarda		57	90,5	
Orta derecede bir miktarda		6	9,5	
Postpartum (n=27)	IIQ7	Fiziksel aktivite skoru	0-100	24,67±29,7 (16,7)
		Yolculuk skoru	0-100	13,57±28,1 (0)
		Sosyal ilişki skoru	0-100	16,03±25,07 (0)
		Emosyonel sağlık skoru	0-100	38,23±35,41 (33,3)
		Toplam SCORE	0-81	22,38±23 (14,3)
	UDI6	İrritatif semptomlar skoru	0-83	27,75±26,12 (16,7)
		Stres semptomları skoru	0-100	23,43±21,29 (16,7)
		Obstruktif semptomlar skoru	0-100	15,42±20,09 (16,7)
		Toplam SCORE	0-83	22,2±18,15 (22,2)
	ICIQSF	İdrar kaçırma sıklığı	1-5	2,44±1,16 (2)
		İdrar kaçırma miktarı	2-6	2,59±1,22 (2)
		Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma her günkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru)	0-10	4,26±2,94 (4)
		Toplam score	3-21	9,3±4,68 (8)
İdrar kaçırma sıklığı <i>n,%</i>				
Haftada bir veya daha seyrek		5	18,5	
Haftada iki veya üç kez		12	44,4	
Günde bir kez		5	18,5	
Günde birkaç kez		3	11,1	
Her zaman		2	7,4	

İdrar kaçırma miktarı n,%		
Az bir miktarda	21	77,8
Orta derecede bir miktarda	4	14,8
Büyük bir miktarda	2	7,4

Prepartum dönemde;

IIQ7 fiziksel aktivite skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 10.84 ± 18.95 ve medyanı 0'dır. IIQ7 yolculuk skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 11.63 ± 24.77 ve medyanı 0'dır. IIQ7 sosyal ilişki skoru 0 ile 67 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.87 ± 16 ve medyanı 0'dır. IIQ7 emosyonel sağlık skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 15.86 ± 26.48 ve medyanı 0'dır. IIQ7 toplam skor 0 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalaması 10.27 ± 14.43 ve medyanı 4.8'dir.

UDI6 irritatif semptomlar skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 51.8 ± 23.19 ve medyanı 50'dir. UDI6 stres semptomları skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 30.92 ± 22.94 ve medyanı 33.3'tür. UDI6 obstruktif semptomlar skoru 0 ile 83 arasında değişmekte olup, ortalaması 24.05 ± 20.67 ve medyanı 16.7'dir. UDI6 toplam skor 6 ile 89 arasında değişmekte olup, ortalaması 35.59 ± 17.46 ve medyanı 33.3'tür.

ICIQSF idrar kaçırma sıklığı 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1.79 ± 0.81 ve medyanı 2'dir. ICIQSF idrar kaçırma miktarı 2 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.19 ± 0.59 ve medyanı 2'dir. ICIQSF idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.84 ± 0.89 ve medyanı 3'dür. ICIQSF toplam skor 3 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalaması 6.83 ± 2.37 ve medyanı 7'dir.

ICIQSF idrar kaçırma sıklığı %39.7'sinin haftada bir veya daha seyrekken, %46'sının haftada 2 veya 3 kez, %9.5'inin günde bir kez ve %4.8'inin günde birkaç kezdir. ICIQSF idrar kaçırma miktarı %90.5'inin az bir miktarken, %9.5'inin orta derecedir.

Postpartum dönemde;

IIQ7 fiziksel aktivite skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 24.67 ± 29.7 ve medyanı 16.7'dir. IIQ7 yolculuk skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 13.57 ± 28.1 ve medyanı 0'dır. IIQ7 sosyal ilişki skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 16.03 ± 25.07 ve medyanı 0'dır. IIQ7 emosyonel sağlık skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 38.23 ± 35.41 ve medyanı 33.3'tür. IIQ7 toplam skor 0 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalaması 22.38 ± 23 ve medyanı 14.3'tür.

UDI6 irritatif semptomlar skoru 0 ile 83 arasında değişmekte olup, ortalaması 27.75 ± 26.12 ve medyanı 16.7'dir. UDI6 stres semptomları skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 23.43 ± 21.29 ve medyanı 16.7'dir. UDI6 obstruktif semptomlar skoru 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalaması 15.42 ± 20.091 ve medyanı 16.7'dir. UDI6 toplam skor 0 ile 83 arasında değişmekte olup, ortalaması 22.2 ± 18.15 ve medyanı 22.2'dir.

ICIQSF idrar kaçırma sıklığı 1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.44 ± 1.16 ve medyanı 2'dir. ICIQSF idrar kaçırma miktarı 2 ile 6 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.59 ± 1.22 ve medyanı 2'dir. ICIQSF idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması 4.26 ± 2.94 ve medyanı 4'dür. ICIQSF toplam skor 3 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalaması 9.3 ± 4.68 ve medyanı 8'dir.

ICIQSF idrar kaçırma sıklığı %18.5'inin haftada bir veya daha seyrekken, %44.4'ünün haftada 2 veya 3 kez, %18.5'inin günde bir kez, %11.1'inin günde birkaç kez ve %7.4'ünün her zamandır. ICIQSF idrar kaçırma miktarı %77.8'inin az bir miktarken, %14.8'inin orta derecede ve %7.4'ünün büyük miktardadır.

Tablo 5: Prepartum ve Postpartum Dönemleri Arasındaki Değişimin Değerlendirilmesi

	Prepartum	Postpartum	p
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	

IIQ7	Fiziksel aktivite skoru	16,65±28,52 (0)	29,14±31,88 (33,3)	0,063
	Yolculuk skoru	12,49±29,47 (0)	14,57±27,1 (0)	0,863
	Sosyal ilişki skoru	8,33±19,23 (0)	18,73±20,95 (16,7)	0,132
	Emosyonel sağlık skoru	31,22±35,39 (33,3)	39,54±34,86 (33,3)	0,330
	Toplam SCORE	16,65±21,63 (9,5)	24,68±22,73 (23,8)	0,263
UDI6	İrritatif semptomlar skoru	55,15±28,33 (50)	30,18±25,23 (33,3)	0,006*
	Stres semptomları skoru	32,26±21,47 (33,3)	23,93±22,72 (16,7)	0,128
	Obstruktif semptomlar skoru	33,3±28,52 (25)	14,57±11,97 (16,7)	0,014*
	Toplam SCORE	40,24±21,3 (36,1)	22,89±14,45 (22,2)	0,012*
ICIQSF	İdrar kaçırma sıklığı	1,79±0,81 (2)	2,44±1,16 (2)	0,046*
	İdrar kaçırma miktarı	2,19±0,59 (2)	2,59±1,22 (2)	0,234
	Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma her günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru)	2,84±1,89 (3)	4,26±2,94 (4)	0,030*
	Toplam score	6,83±2,37 (7)	9,3±4,68 (8)	0,042*
Wilcoxon sign test		*p<0.05		

Prepartum dönemi IIQ7 fiziksel aktivite skoru, yolculuk skoru, sosyal ilişki skoru, emosyonel sağlık skoru ve toplam skor değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Prepartum dönemi UDI6 iritatif semptomlar skoru değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.006).

Prepartum dönemi UDI6 stres semptomları skoru değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Prepartum dönemi UDI6 obstruktif semptomlar skoru değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.014).

Prepartum dönemi UDI6 toplam skor değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.012).

Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırma sıklığı değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.046).

Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırma miktarı değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.030).

Prepartum dönemi ICIQSF toplam skor değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.042).

4.4. PREPARTUM VE POSTPARTUM DÖNEM BULGULARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6: Prepartum VKİ Gruplarına Göre Postpartum VKİ Gruplarında Görülen Değişimin Değerlendirilmesi

Postpartum 3.ay VKİ	Prepartum VKİ					Total
	18.5 altındaysa	18.5-24.9 arasındaysa	25-29.9 arasındaysa	30-39.9 arasındaysa	40 ve üzerindeyse	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
18.5ve24.9 arasında	0 (%0)	19 (%9,7)	42 (%21,4)	3 (%1,5)	0 (%0)	64 (%32,7)
25-29.9 arasındaysa	1 (%0,5)	2 (%1)	33 (%16,8)	49 (%25)	0 (%0)	85 (%43,4)
30-39.9 arasındaysa	0 (%0)	1 (%0,5)	4 (%2)	40 (%20,4)	1 (%0,5)	46 (%23,5)
40 ve üzerindeyse	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%0,5)	1 (%0,5)
Total	1 (%0,5)	22 (%11,2)	79 (%40,3)	92 (%46,9)	2 (%1)	196 (%100)
p	-					

McNemar test

Prepartum VKİ grupları %0.5'i 18.5 altında, %11.2'si 18.5 ile 24.9 arasında, %40.3'ü 25 ile 29.9 arasında, %46.9'u 30 ile 39.9 arasında ve %1'i 40 ve üzerindeyken;

Postpartum grupları %32.7'si 18.5 ile 24.9 arasında, %43.4'ü 25 ile 29.9 arasında, %23.5'i 30 ile 39.9 arasında ve %0.5'i 40 ve üzerindedir.

Tablo 7: Prepartum Sigara Kullanımına Göre Postpartum Sigara Kullanımında Görülen Değişimin Değerlendirilmesi

Postpartum sigara kullanımı	Prepartum sigara kullanımı		Total	p
	Hayır	Evet		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hayır	176 (%88)	0 (%0)	176 (%88)	0,000*
Evet	14 (%7)	10 (%5)	24 (%12)	
Total	190 (%95)	10 (%5)	200 (%100)	

McNemar test *p<0.05

Prepartum sigara kullanım oranlarına göre Postpartum sigara kullanım oranlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000).

Tablo 8: Risk Faktörlerinin Gebelikte İnkontinans Varlığına Etkilerinin Değerlendirilmesi

		Gebelikte İnkontinans		p
		Hayır	Evet	
		n (%)	n (%)	
Sigara Kullanımı	Hayır	132 (%69,5)	58 (%30,5)	10,292
	Evet	5 (%50)	5 (%50)	
VKİ	18,5 ve altındaysa	1 (%100)	0 (%0)	10,511
	18.5ve24.9	17 (%65,4)	9 (%34,6)	

	arasında			
	25-29.9			
	arasındaysa	50 (%63,3)	29 (%36,7)	
	30-39.9			
	arasındaysa	67 (%72,8)	25 (%27,2)	
	40 ve üzerindeyse	2 (%100)	0 (%0)	
Ek Hastalık Varlığı	Yok	120 (%67,8)	57 (%32,2)	³ 0,722
	Var	17 (%73,9)	6 (%26,1)	
Gebelik Öncesi Veya GDM Öykü	Yok	135 (%68,2)	63 (%31,8)	¹ 1,000
	Var	2 (%100)	0 (%0)	
Gebelik Durumu	Nullipar	61 (%71,8)	24 (%28,2)	² 0,093
	Primipar	38 (%58,5)	27 (%41,5)	
	Multipar	38 (%76)	12 (%24)	
Yaş Ort±SS		28,3±5,14	27,65±4,52	⁴ 0,391
Gebelik Haftası Ort±SS		35,79±2,21	35,75±2,43	⁴ 0,903
Vajinal doğum sayısı Ort±SS (medyan)		0,37±0,72 (0)	0,63±0,94 (0)	⁵ 0,017*
Sezaryen doğum sayısı Ort±SS (medyan)		0,50±0,79 (0)	0,24±0,53 (0)	⁵ 0,026*
¹ Fisher's Exact Test ² Ki-kare test ³ Continuity (yates) düzeltmesi ⁴ Student t test ⁵ Mann Whitney U Test *p<0.05				

Gebelik öncesi sigara kullanımı, VKİ, ek hastalık varlığı, gebelik öncesi DM veya GDM öyküsü ve gebelik durumu ile gebelikte inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Gebelikte inkontinansı olan olgular ile olmayan olguların yaş ve gebelik haftaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Gebelikte inkontinansı olan olgularda vajinal doğum sayısı, gebelikte inkontinansı olmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.017).

Gebelikte inkontinansı olan olgularda sezaryen doğum sayısı, gebelikte inkontinansı olmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.026).

Tablo 9: Risk Faktörlerinin Postpartum İnkontinans Varlığına Etkilerinin Değerlendirilmesi

		Postpartum İnkontinans		p
		Hayır	Evet	
		n (%)	n (%)	
Sigara Kullanımı	Hayır	165 (%86,8)	25 (%13,2)	¹ 0,628
	Evet	8 (%80)	2 (%20)	
VKİ	18,5 ve altındaysa	1 (%100)	0 (%0)	¹ 0,160
	18.5ve24.9 arasında	26 (%100)	0 (%0)	
	25-29.9 arasındaysa	64 (%81)	15 (%19)	
	30-39.9 arasındaysa	80 (%87)	12 (%13)	
	40 ve üzerindeyse	2 (%100)	0 (%0)	
Ek Hastalık Varlığı	Yok	155 (%87,6)	22 (%12,4)	¹ 0,208
	Var	18 (%78,3)	5 (%21,7)	
Gebelik Öncesi Veya GDM Öykü	Yok	171 (%86,4)	27 (%13,6)	¹ 1,000
	Var	2 (%100)	0 (%0)	
Gebelik Durumu	Nullipar	69 (%81,2)	16 (%18,8)	² 0,152

	Primipar	58 (%89,2)	7 (%10,8)	
	Multipar	46 (%92)	4 (%8)	
Doğum Şekli	Normal	85 (%81)	20 (%19)	³ 0,027*
	C/S	88 (%92,6)	7 (%7,4)	
Bebek Cinsiyet	Kadın	80 (%84,2)	15 (%15,8)	³ 0,488
	Erkek	93 (%88,6)	12 (%11,4)	
Doğum Ağırlığı	4000 Gr Altı	164 (%86,8)	25 (%13,2)	¹ 0,647
	4000 Gr Ve Üzeri	9 (%81,8)	2 (%18,2)	
Doğum Komplikasyonu	Yok	116 (%90,6)	12 (%9,4)	³ 0,039*
Öyküsü Varlığı	Var	57 (%79,2)	15 (%20,8)	
Postpartum Sigara Kullanımı	Hayır	151 (%85,8)	25 (%14,2)	¹ 0,749
	Evet	22 (%91,7)	2 (%8,3)	
Yaş Ort±SS		28,11±5,09	28,0±4,03	⁴ 0,900
Gebelik Haftası Ort±SS		35,74±2,29	36,0±2,22	⁴ 0,582
Vajinal doğum sayısı Ort±SS (medyan)		0,45±0,80 (0)	0,52±0,80 (0)	⁵ 0,498
Sezaryen doğum sayısı Ort±SS (medyan)		0,47±0,75 (0)	0,07±0,38 (0)	⁵ 0,003*
¹ Fisher's Exact Test ² Ki-kare test ³ Continuity (yates) düzeltmesi ⁴ Student t test ⁵ Mann Whitney U Test *p<0.05				

Gebelik öncesi sigara kullanımı, VKİ, ek hastalık varlığı, gebelik öncesi DM veya GDM öyküsü, gebelik durumu, bebek cinsiyeti, doğum ağırlığı ve postpartum sigara kullanımı ile postpartum inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Postpartum inkontinansı olan olgular ile olmayan olguların yaş, gebelik haftası, vajinal doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Normal doğum yapan olgularda postpartum inkontinans görülme oranı (%19), sezaryen doğum yapanlardan (%7.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.027).

Doğum komplikasyonu olan olgularda postpartum inkontinans görülme oranı (%20.8), doğum komplikasyonu olmayan olgulardan (%9.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.039).

Postpartum inkontinansı olan olgularda sezaryen doğum sayısı, postpartum inkontinansı olmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.003).

Tablo 10: Gebelikte İnkontinans Varlığına Göre Postpartum İnkontinans Varlığında Görülen Değişimin Değerlendirilmesi

<i>Postpartum inkontinans varlığı</i>	<i>Gebelikte inkontinans varlığı</i>		<i>Total</i>	<i>p</i>
	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>		
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<i>Hayır</i>	126 (%63)	47 (%23,5)	173 (%86,5)	0,000*
<i>Evet</i>	11 (%5,5)	16 (%8,0)	27 (%13,5)	
<i>Total</i>	137 (%68,5)	63 (%31,5)	200 (%100)	

McNemar test *p<0.05

Gebelikte inkontinans görülme oranlarına (%31.5) göre postpartum inkontinans görülme oranlarında (%13.5) görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.000).

V. TARTIŞMA

Gebelikte ve postpartum dönemde üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya 28-42 haftalar arasında olan 200 gebe katılmıştır.

Literatürde gebelikte üriner inkontinans prevalansı %16-%72.0 olarak bildirilmektedir (114). Postpartum dönemde bu oran %15-30 arasında değişmektedir (115). Wesnes ve Lose ilk kez gebelikte Üİ şikâyeti görülme sıklığını % 17-54 olarak bildirmiş, genel olarak gebelikteki prevalansın % 35-67 olduğunu belirtmiştir (116). Bu çalışmada; literatürde belirtilen sınırlar dahilinde gebelik süresince Üİ görülme sıklığı %31,5 , postpartum ilk 3 aylık dönemde Üİ görülme sıklığı %13,5 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışmada prepartum dönemde olguların %84.1' i idrar kaçırma nedeniyle doktora başvurmamıştır, %59.5' i ise idrar tutmaya yardımcı kasları olduğunu bilmemektedir. Başvurmayanların %67.3' ü inkontinansı normal sandığı için %30.8'i fazla rahatsız etmediği için %1.9' u ise muayeneye zaman bulamadığı için başvurmamıştır, başvuranların da %4.9' u inkontinans için tedavi almıştır. Postpartum dönemde de inkontinansı olan olguların %85.2' si doktora başvurmamıştır, başvurmayanların %78.3' ü muayene için zaman bulamadığından %21.7' si fazla rahatsız etmediği için cevaplarını vermişlerdir. Başvuranların da tamamı idrar kaçırma için tedavi almamışlardır. Toplumumuzda genel olarak kabul gören gebelikte idrar kaçırmanın normal olduğu algısı yönünde olup bu nedenle doktora başvurma oranları da bu derece azdır. Bu konuda yapılması gereken toplumun bilinçlendirilmesi ve üriner inkontinansın bir sağlık sorunu olarak görülmesi gerektiğidir.

Çalışmamızda, gebelik dönemi Üİ tiplendirmesinde en sık stres tipi Üİ %65.1, daha sonra sıkışma tipi Üİ %27 tespit edilmiştir. Postpartum dönemde ise en sık sıkışma tipi Üİ %51.9, daha sonra stres tipi Üİ %40.7 tespit edilmiştir. Solans-Domenech ve ark.'nın gebelerde yaptığı bir kohort çalışmasında, gebelik döneminde en sık stres Üİ'yi %79,2, postpartum dönemde de %56,3 ile yine en sık stres tipi Üİ'yi bulmuşlardır

(117). Üİ tiplendirmesinde çok fazla literatür bulunmamakla birlikte bizim çalışmamızda bulunan postpartum dönemdeki en sık Üİ tipi farklılığı, katılımcıların sosyoekonomik düzeyi ve postpartum 3.ayda sorgulanması nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada prepartum dönemde ICIQSF ölçeği ile bakılan idrar kaçırma sıklığı %39.7'sinde haftada bir veya daha seyrekken, %46'sında haftada 2 veya 3 kez, %9.5'inde günde bir kez ve %4.8'inde günde birkaç kezdir. Postpartum dönemde bakılan idrar kaçırma sıklığı ise %18.5'inin haftada bir veya daha seyrekken, %44.4'ünün haftada 2 veya 3 kez, %18.5'inin günde bir kez, %11.1'inin günde birkaç kez ve %7.4'ünün her zamandır. Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırma sıklığı değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.046).

Prepartum ICIQSF idrar kaçırma miktarı %90.5'inin az bir miktarken, %9.5'inin orta derecede bir miktardadır. Postpartum idrar kaçırma miktarı ise %77.8'inin az bir miktarken, %14.8'inin orta derecede bir miktarda ve %7.4'ünün büyük miktardadır. Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırma miktarı değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada prepartum dönemde ICIQ-SF ölçeği ile bakılan idrar kaçırma sıklığı %27.4'ünde haftada bir veya daha seyrek, %30.1'inde haftada 2 veya 3 kez, %20.4'ünde günde bir kez, %15.9'unda günde birkaç kez ve %6.2'sinde her zaman olarak, %55.7'sinin az bir miktarda, %42.5'inin orta derecede miktarda ve %1.8'inin büyük miktarda idrar kaçırdığı bulunmuştur. Aynı çalışmada postpartum dönemde ise idrar kaçırma sıklığı %7.9'unda haftada bir veya daha seyrek, %47.5'inde haftada 2 veya 3 kez, %36.8'inde günde bir kez ve %7.9'unda günde birkaç kez olarak, %44.7'sinin az miktarda, %50'sinin orta derecede bir miktarda ve %5.3'ünün büyük miktarda idrar kaçırdığı bulunmuştur (118). Bulguların benzer seviyede olmamasının nedeni olarak çalışmanın Türkiye'nin farklı bölgelerinde yapılmış olması gösterilebilir.

Prepartum dönemde ICIQSF ile ölçülen idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru 0 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalaması 2.84 ± 0.89 dur. Postpartum

dönemdeki ICIQSF idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme skoru ortalaması 4.26 ± 2.94 ' dür. Prepartum dönemi ICIQSF idrar kaçırmanın günlük yaşamı etkileme değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.030$). Türkiye' de yapılan çalışmada prepartum Üİ durumunun gebelerde günlük yaşamı etkileme düzeyi 10 üzerinden ortanca/min-mak değerleri $4,0/1,0-10,0$ puandır, postpartum Üİ durumunun gebelerde günlük yaşamı etkileme düzeyi 10 üzerinden ortalama $3,8 \pm 0,9$ puandır (118). Bulgular birbirine benzer seviyede bulunmuştur. Dağdeviren ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı 219 gebeyi içeren çalışmalarında Üİ'yi; yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelikte de; kadınların fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden iyiliğini ve yaşam kalitesini etkileyen bir unsur olarak belirtmiştir (9).

Prepartum dönemde ICIQSF toplam skoru 3 ile 15 arasında olup ortalaması 6.83 ± 2.37 ' dir. Postpartum ICIQSF toplam skorun ortalaması ise 9.3 ± 4.68 'dir. Prepartum dönemi ICIQSF toplam skor değerlerine göre postpartum dönemi değerlerinde görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.042$). Franco ve ark.'nın Üİ'si bulunan son trimesterdeki gebelerde yaptığı çalışmada bu puan ortalama $\pm SS$ $6,5 \pm 1,8$ düzeylerindedir (119). Hansen ve ark.'nın yaptığı çalışmada, ICIQ-SF ölçeği toplam puanı ortalama $\pm SS$ $6,0 \pm 1,3$ 'tür Ancak, Hansen ve ark.'nın yaptığı çalışma doğumdan bir yıl sonra yapılmıştır (120).

Literatürde vajinal doğum sonrası stres inkontinans sıklığının sezaryene kıyasla daha fazla olduğu belirtilmektedir (121,122). Vajinal doğumun pelvik tabanda hasara neden olan en önemli faktör olduğu ve özellikle doğumun ikinci fazının uzun sürmesinin bu duruma yol açtığı görüşü kabul görmektedir (123). Bu çalışmada gebelerin %52.5'i normal doğum yaparken, %47.5'i sezaryenla doğum yapmıştır ve literatürle uyumlu olarak normal doğum yapan olgularda postpartum inkontinans görülme oranı (%19), sezaryen doğum yapanlardan (%7.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.027$), bu çalışmada normal doğum Üİ için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda gebeliğinde inkontinansı olan olgularda daha önceki vajinal doğum

sayısı, gebelikte inkontinans olmayan olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.017).

Epizyotominin, kontrollü bir şekilde uygulanması nedeni ile perineal yaralanmayı azalttığı ve anal sfinkter yırtıklarını önlediği düşünülmekte, son çalışmalarda epizyotominin perineyi travmadan koruyamadığı, hatta median epizyotomi uygulanan kişilerde anal sfinkter yırtıklarının daha sık görüldüğü ve pelvik tabanın daha çok zayıfladığı bildirilmiştir (124).

Mediolateral epizyotominin pelvik taban kas kuvvetini azalttığı (125,126); median epizyotominin ise anal sfinkterde yırtılmalara neden olduğu ve anal inkontinans için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (127). Epizyotomi ile inkontinans ilişkisi netlik kazanmamakla birlikte, 2009'daki Cochrane derlemesinde, epizyotominin Üİ'de artışa neden olan bir risk faktörü olmadığı bildirilmiştir (128). Bizim çalışmamızın sonuçlarında da benzer şekilde doğum komplikasyonu (epizyotomi, perine yırtığı gibi) olan olgularda postpartum inkontinans görülme oranı (%20.8), doğum komplikasyonu olmayan olgulardan (%9.4) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.039) ve buna göre doğum komplikasyonu inkontinans için risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Ancak bebek cinsiyeti ve doğum ağırlığı gibi obstetrik parametreler ile postpartum inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05) ve bu değerler çalışmamızda Üİ için risk faktörü olarak tespit edilmemişlerdir.

Luo ve ark, nullipar ve multiparları gebelikteki üriner inkontinans prevalansı ve pelvik değişiklikler açısından incelemiş ve multiparlarda Üİ'nin görülme sıklığını ve şiddetini nulliparlara oranla daha yüksek bulmuşlardır (129). Türkiyede yapılan bir çalışmada prepartum dönemde ve postpartum dönemde nulliparlarda, primiparlar ve multiparlara göre anlamlı düzeyde daha düşük oranda Üİ görülmektedir (118). Thom ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada; doğum sayısı ile Üİ arasında pozitif korele bir ilişkiden bahsedilmiştir ve özellikle 4 ve üzeri doğumun Üİ gelişimi açısından ciddi risk oluşturduğu bildirilmiştir (81). Bizim çalışmamızda prepartum ve postpartum dönemde görülen inkontinans için nullipar, primipar ve multiparlarda anlamlı bir farklılık

gözlenmiştir. Bunun sebebinin çalışmaya dahil edilen hasta sayısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda gebeliğinde inkontinansı olup postpartum dönemde inkontinansı düzelen olgu sayısı 47 (%23,5)'dir. Gebelikte inkontinans görülme oranlarına (%31.5) göre postpartum inkontinans görülme oranlarında (%13.5) görülen düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.000$). Bu çalışma bize gebeliğin inkontinans için önemli bir risk faktörü olduğu gerçeğini göstermektedir. Literatürde de benzer oranda gebelikte üriner inkontinans prevalansı %16-%72.0 olarak belirtilmektedir (114). Postpartum dönemde bu sıklık %15-30 arasında görülmektedir (115). Toplumdaki Üİ hastalarının %65' inin şikayetleri gebelikte veya postpartum dönemde başlamıştır (130). Ancak aynı hastalarda hem gebelik döneminde hem de postpartum dönemde üriner inkontinans durumunun tespitini yapan çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Gebeliğinde inkontinans görülmeyip postpartum dönemde inkontinans görülen olgu sayısı 11 (%5,5)'dir. Hem gebeliğinde hem de postpartum dönemde inkontinansı olan olgu sayısı 16 (%8,0)'dir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte doğum komplikasyonu (epizyotomi, perine yırtığı gibi) olan olgular olarak gösterilebilir.

Literatürde akut üriner sistem enfeksiyonunu takip eden birkaç gün içerisinde Üİ görülme sıklığı anlamlı bir biçimde artmaktadır (56). Bizim çalışmamızda aktif üriner sistem enfeksiyonu olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır.

Gebelikte GDM, üriner inkontinans için literatürlerde risk faktörü olarak gösterilmektedir. Türkiye'de bu konuda yapılmış çok fazla çalışma yoktur. Çalışmamızda bu sonuca varılmamasının nedeni olarak toplanan GDM'li hasta sayısının az olması gösterilebilir. İleriki dönemlerde özellikle diyabetli gebelerde yapılabilecek bir çalışma ile bu konuda kesin sonuçlara ulaşılabilir.

Literatürde özellikle stres inkontinans başta olmak üzere Üİ'nin etyolojisinde kronik öksürük ve sigara kullanımı gösterilmektedir (131,132). Hojberg ve ark. gebelikte sigara tüketimini gebelik Üİ'si ile ilişkili bulmuştur (108). Günümüzde gebelerin sigara konusunda daha bilinçli olması ve sigaranın fetusa olan zararlarının bilinmesine bağlı olarak gebelikte ve postpartum dönemde sigara içen olgu sayısının az olması ve

içenlerde de kronik ksrge sebep olacak miktarda iilmiyor olması nedeniyle çalışmamızda sigara risk faktörü olarak bulunmamıştır.



VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üriner inkontinans bizim toplumumuzda ve dünyada yaygın görülen bir sağlık sorunudur. Gebelik de üriner inkontinans oluşumu için risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Türkiye' de hem gebelikte hem de postpartum 3. ayında aynı kişiler üzerinde üriner inkontinans sıklığını ve üriner inkontinans durumunun (gebeliğinde üriner inkontinansı olup postpartum dönemde düzelen, gebelik boyunca inkontinansı olmayıp postpartum dönemde Üİ' ı başlayan veya her iki dönemde de Üİ devam eden olgular) karşılaştırıldığı çok fazla çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda aynı gebelerde postpartum 3. ayında üriner inkontinansın görülme oranlarında azalma olduğu ve gebeliğin bu duruma zemin hazırladığı vurgulanmaktadır. Ayrıca Üİ'nin yaşam kalitesine de etkileri belirtilmiştir. Ancak üriner inkontinanslı bireylerin utandıkları için veya gebelikte idrar kaçırmanın normal bir süreç olduğunu düşündükleri için doktora başvuru oranları çok düşük seviyelerdedir ve gebelerin yarısı idrar tutmaya yardımcı kasları olduğunu bilmemektedir. Aile hekimlerine başvuran gebelerde şikayet olarak belirtmeseler bile, doktorlar veya sağlık çalışanları tarafından kişilere idrar kaçırmasının olup olmadığının sorgulanması önemlidir. Gebelerin üriner inkontinans açısından bilgilendirilmesi, bu durumun normal bir süreç olmadığını, tedavisinin olduğunu aktarılması ve gebelerde üriner inkontinansın risk faktörlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Çalışmamız sonucunda elde edilen bilgilere göre toplumun üriner inkontinans konusunda bilinçlendirilmesi ve inkontinansın tedavi edilmesiyle birlikte kişilerin duygusal, fiziksel ve psikolojik olarak yaşam kalitelerinde artış görülebileceği öngörülmektedir.

VII.KAYNAKLAR

1. Abrams, P., and et all. (2002). The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* , 21, 167- 178.
2. Payne CK. Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology*. 1998;51(2):3-10.
3. European Association of Urology Cep Klavuzu 2010 sayfa 138.
4. Kocaöz S, Eroğlu K, Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Hemşirelik Araştırma Dergisi* -4(1) 29-39, 2002.
5. Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan M, Nelson R, Sillén U, et al. Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AL). Incontinence eds: Abrams P, Cardozo L, Koury S, Wein A. 2013.
6. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2008; 111:324-31.
7. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48(3): 132–136.
8. Tikkinen KA, Agarwal A, Griebing TL. Epidemiology of male urinary incontinence. *Current opinion in Urology*. 2013;23(6):502-8.
9. Dağdeviren H, Kaya C, Cengiz H, Erdoğan VŞ, Helvacıoğlu Ç, Bilecan MS (2014). Gebelikte idrar kaçırma ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *İstanbul Med J. Baskıdaki Makaleler: ITD-45722*.
10. Raza-Khan F, Graziano S, Kenton K, Shott S, Brubaker L. Peripartum urinary incontinence in a racially diverse obstetrical population. *International Urogynecology Journal*. 2006;17(5):525-30.
11. Dietz HP, Eldridge A, Grace M, Clarke B (2004). Does pregnancy affect pelvic organ mobility? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 44:517-520.
12. Wahle G, Young G, Raz S. Anatomy and pathophysiology of pelvic support. *Female Urology* (Raz S, ed) Second edition Philadelphia, Saunders Company. 1996:57-72.
13. Ozan T.ve Fırdolaş F.. Üriner Kontinans Mekanizmaları. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s. 41-52.
14. Strohbehn K. Normal Pelvic Flor Anatomy. *Obstet Gynecol Clin Of North Am*.1998;25 (4): 638-705.

15. Güner H. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. *Ürojinekoloji 2000*; s.1-10.
16. Lagro - Janssen AL, Debruyne FM, Var Weel C. Psychological aspects of female urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1992; 70: 499–502.
17. Ouslander JG, Hepps K, Raz S, Su HL. Genitourinar dysfunction in a geriatric outpatient population. *Am Geriatr Soc* 1986; 34: 507–514.
18. Herzog AR, Diokno AC, Fultz NH. Urinary incontinence medical and psychosocial aspects. *Annu Rev Gerontol Geriatr* 1989; 9: 74–119.
19. Sutherst JR. Sexual dysfunctional and urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1979; 86: 387–388.
20. Hilton P. Urinary incontinence during sexual intercourse a common, but rarely volunteered symptom. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 377–381.
21. Losif S, Henriksson L, Ulmsten U. The frequency of disorders of the lower urinary tract, urinary incontinence in particular as evaluated by a questionnaire survey in gynecological health control population *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 71– 76.
22. Kutner NG, Schechtman KB, Ory MG, Baker DI. Older adults' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling and urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 757–762.
23. Viktrup L, The Risk Of Lower Urinary Tract Symptoms Five Years After The First Delivery. *Neuourology and Urodynamics*, 21:2-29, 2002.
24. Bakarman MA, Al-Ghamdi SS.(2016). The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life of Women at Childbearing Age in Jeddah, Saudi Arabia. *Global Journal of Health Science*; Vol. 8, No. 2; pp:281-287. *Balikesir Saglik Bil Derg*(2015). Cilt:4 Sayı:1 Nisan.
25. Bayramova S.(2008). Gebelikte Önerilen Kegel Egzersizlerden Pelvik Taban Kaslarına, Alt Üriner Sistem Semptomlarına ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkilerinin Araştırılması (Uzmanlık Tezi) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara.
26. Hunskaar S, Lose G, Sykest D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *Br J Urol*. 2004;93(3):324-30.
27. Özerdoğan N. Beji N.H. Yalçın O. Urinary Incontinence its Prevalence Risk Factors and Effects on the Quality of Life Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-50.

28. Dursun P. Doğan NU. Kolusari A. Doğan S. Uğur MG. Kömürcü O. Altuntaş B. Gültekin M. Çelik NY. Karaca M. Güzel A.B. Cim N. Ege S. Koç O. Yiğit FA. Differences in Geographical Distribution and Risk Factors for Urinary Incontinence in Turkey: Analysis of 6.473 Women. *Urologia internationalis* 2014;92 (2):209-14.
29. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin J, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. *BJU international*. 2002;89(1):61-6.
30. Basak T, Uzun S, Arslan F. Incontinence features, risk factors, and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2012;39(1):84-9.
31. Onur R. ve Bayrak Ö. Kadınlarda üriner inkontinans, *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*. Onur R. ve Bayrak Ö. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s.41-52.
32. Aslan E, Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 51-60 S, 2002.
33. Aylaz R, Işık K, Bayır B, Yetiş G, Üriner İnkontinansın 65 Yaş Ve Üzeri Kadınların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 5 (2): 19-25, 2016.
34. Carlile A, Davies I, Rigby A, Brocklehurst J. Age changes in the human female urethra: a morphometric study. *The Journal of urology*. 1988;139(3):532-5.
35. Hunskaar S, Arnold E, Burgio K, Diokno A, Herzog A, Mallett V. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2000;11(5):301- 19.
36. Ergen A, Arıkan N, Arslan M, Jinekolojik Üroloji E. Anafarta K. Göğüş O, Bedük O, Arıkan N, Temel Üroloji.409-46.
37. Altınöz E, İstanbul İli Pendik İlçesi'nde Aile Sağlığı Birimlerine Kayıtlı 18 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Aşırı Aktif Mesane Ve Üriner İnkontinans Prevalansı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.
38. Parazzini F, Colli E, Origgi G, Risk Factors For Urinary Incontinence In Women. *Eur Urol*; 37: 637-643, 2000.
39. Sommer P. Bauer T. Nielsen KK. Kristensen ES. Hermann GG. Steven K. Nordling J. Voiding Patterns and Prevalence of Incontinence in Women. A questionnaire survey. *Br J Urol*. 1990 Jul;66 (1):12-5.

40. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S;. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. A Community-Based Epidemiological Survey of Female Urinary Incontinence. *The Norwegian EPINCONT Study. J Clin Epidemiol.* 2000 Nov;53 (11): 1150-7.
41. Karasaç M, Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite Ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2011.
42. Viktrup L, Lose G, Rolff M, Barfoed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 945–949.
43. Tapp AI, Cardoza L, Versi E, Montgomery J, Studd J. The Effect of Vaginal Delivery on the Urethral Sphincter. *Br J Obstet Gynecol.* 1988, 95: 142-6.
44. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Nourophysiological Study. *British journal of Obstetric Gynaecology.* 1990; 97: 770-9.
45. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *Am J Public Health,* 1999, 89: 209.
46. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900–907.
47. Thom D. Variation in Estimates of Urinary Incontinence Prevalence in Community: Effects of Differences in Definition. Population Charecterics and Study Type. *Journal of American Geriatrics Society.*1998;46: 473-80.
48. Dwyer PL, Lee ETC, Hay DM. Obesity and Urinary Incontinence in Women.. *Br J Obstet Gynecol.*1988;95 (1):91-6.
49. Chiarelli P, Brown W, McElduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn.* 1999;18 (6): 567-77.
50. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatrici* 2000; 3: 45-50.
51. Liang C-C, Chang S-D, Lin S-J, Lin Y-J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2012;285(5):1205-10.

52. Romero-Talamás H, Unger CA, Aminian A, Schauer PR, Barber M, Brethauer S. (2016). Comprehensive evaluation of the effect of bariatric surgery on pelvic floor disorders. *Surg Obes Relat Dis.* Jan;12(1):138-43. Epub 2015 Aug 13.
53. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1213-1218.
54. Bump R.. McClish D. Cigarette Smoking and Pure Genuine Stress İncontinence of Urine: A Comparison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Feb;170(2):579-82.
55. Kılıçlı A, Şanlıurfa'da Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı, Tedavi Alma Durumları Ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2016.
56. Moore EE, Jackson SL, Boyko EJ, Scholes D, Fihn SD. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology.* 2008;111(2, Part 1):317-23.
57. Samuelsson EC, Victor FT, Svardsudd KF. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 568–574.
58. Bektaş A H, Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2007.
59. Taşkın L (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6.Bs, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi 2. baskı, (2008). Güneş Kitapevi: Dr.C. Cengiz, Dr. Y. Kimya;171-2sf.
60. Mihmanlı V. Yüksel İ. T.. Geriatrik Hastalarda Jinekolojik Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29 (2): 127-131. 2013.
61. Gomel V, Munro M, Rowe T. Jinekoloji pratik yaklaşım. Çeviri Editörü Atlas Kitapçılık. 1995.
62. Vale J, Trott K, Whitfield H. Post-radiotherapy bladder dysfunction-a denervation disorder. *Neurology and Uradynam.* 1991;10(4):349-50.
63. Fine PM, Antonini TG, Appell R, Clinical evaluation of women with lower urinary tract dysfunction. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47: 44–52.

64. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *Jama* 1991; 265: 609-613.
65. Çiftçi, Ö., & Günay, O. (2011). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 33(4).
66. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology*. 2002;60(5):7-12.
67. Şahin H, Deliktaş H, Anamnez Ve Fizik Muayene, Aile Hekimleri İçin İşlevsel Üroloji, Şimşir A., Önel F.F. (Edt.), Sağlık İletişimi Ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul, p:8-16 , 2016.
68. Beji N K, Üriner İnkontinans Tipleri Ve Hasta Değerlendirmesi, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 75-84 S, 2002.
69. Güler TC (2006). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI.
70. Çetinel B.:(2005). İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2):246-252.
71. Kobashi K. Evaluation of patients with urinary incontinence and pelvic prolapse. *Campbell-Walsh urology 10th ed Philadelphia: Saunders*. 2012:1896-908.
72. Ouslander JG. Management of overactive bladder. *New England Journal of Medicine*. 2004;350(8):786-99.
73. Sandvik H, Hunskaar S, Vanvik A, Bratt H, Seim A, Hermstad R. Diagnostic classification of female urinary incontinence: an epidemiological survey corrected for validity. *J Clin Epidemiol* 1995; 48: 339–343.
74. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *Jama*. 2008;299(12):1446-56.
75. Karadakovan A.ve Aslan F.E. Üroloji, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Karadakovan A.ve Aslan F.E. Geliştirilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi, 2011 s. 915-972.
76. Sivaslıoğlu A.A. *Sivaslıoğlu Pratik Ürojinekoloji*. İzmir, Modern Tıp Kitabevi. 2011:p.1-26.

77. Dökmeci, F., Peker, B. H., Uğurlucan, F. G., Yeniel, Ö., Çetinkaya, Ş. E., Seval, M. M., & İtil, İ. M. Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 70(3), 187-193.
78. Lucas M, Bedretdinova D, Bosch J, Burkhard F, Cruz F, Nambiar A, et al. Guidelines on urinary incontinence. European Association of Urology. 2012.
79. Jørgensen L, Lose G, Andersen JT. One-hour pad-weighing test for objective assessment of female urinary incontinence. *Obstetrics & gynecology*. 1987;69(1):39-42.
80. McKertich K.. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician*. 2008; 37 (3):112-7.
81. Weiss B.D. Diagnostic Evaluation of Urinary Incontinence in Geriatric Patients. *Am Fam Physician*. 1998 Jun 1;57 (11):2675-2684.
82. Khandelwal C.. Kistler C.. Diagnosis of Urinary Incontinence. *American Family Physician* 2013;87: 543-50.
83. Weidner AC, Myers ER, Visco AG, Cundiff GW, Bump RC. Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;184(2):20-7.
84. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish d, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res* 1994; 3: 291– 306.
85. Kreder K, Dmochowski R, Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme Ve Tedavi, P. 27-35 İçinde: Ravner E.S., Walls M., Aşırı Aktif Mesanenin Tanısı 1.Baskı, Çeviren: Ergen A, Güneş Kitapevi, Ankara, 2010.
86. İnci K.. Ergen A. Yaşlılarda Üriner İnkontinans ve Farmakolojik Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 13 (1): 59-66.
87. Kuyumcu M.E.. Yeşil Y.. Cankurtaran M.. İç Hastalıkları Pratiğinde Önemsenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18: 91-99.
88. Demirci N. Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009.16 (3): 35-40.
89. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1948;56(2):238-48.
90. Delancey JO. Structural aspects of urethrovesical function in the female. *Eur Urol Urodyn* 1988; 7: 509–519.

91. Yıldız N, Sarsan A, Ardiç F. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları *FTR Bil Der J PMR Sci*; (2009).12:42-50.
92. Robert M, Mainprize TC. Biofeedback and functional electrical stimulation. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery*: Springer; 2003. p. 281-7.
93. Glavind K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998;9 (3):151-3.
94. Güler T.C.ve Yağcı N. Kadın Üriner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. *D. P. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 11 (2006);;(31), (91).
95. Lose G, Thorup Andersen J. Clinical Pharmacology of the Lower Urinary Tract. New aspects. *Eur Urol*. 1986;12 (1):1-11.
96. Barker AT, Freeston IL, Jalinous R, Jarratt JA. Magnetic stimulation of the human brain and peripheral nervous system: an introduction and the results of an initial clinical evaluation. *Neurosurgery*, 1987, 20: 100–109.
97. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L, Vella M. Management of overactive bladder syndrome. *Postgraduate medical journal*. 2007;83(981):481-6.
98. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*, 1990,153: 7-31.
99. Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2010;151(1):14-9.
100. Handa, V. L. Effect of pregnancy and childbirth on urinary incontinence and pelvic organ prolapse.
101. Maserejian NN et al. (2014). Reproductive history and progression of lower urinary tract symptoms in women: results from a population-based cohort study. *Urology*, 83(4): p. 788-94.
102. Burgio KL, Locher JL, Zyczynski H, Hardin JM, Singh K. (1996). Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: characteristics and predisposing factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 7(2):69-73.
103. Riskin-Mashiah S, O'Brian SE and Wilkins IA (2002). Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *American journal of perinatology*, 19(5): p. 225-234.

104. Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2004;83(10):941-5.
105. Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *International urogynecology journal*. 2010;21(2):193-202.
106. Kim C, McEwen LN, Sarma AV, Piette JD, Herman WH. Stress urinary incontinence in women with a history of gestational diabetes mellitus. *Journal of Women's Health*. 2008;17(5):783-92.
107. Ayten, D. İ. N. Ç. (2008). Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(62), 143-149.
108. Højberg KE, Salvig JD, Winsløw NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1999;106(8):842-50.
109. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 1998;25(4):723-46.
110. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, and Fantl JA (1995). Short Forms to Assess Life Quality and Symptom Distress for Urinary Incontinence in Women: The Incontinence Impact Questionnaire and The Urogenital Distress Inventory. *Continence Program for Women Research Group. Neurourol Urodyn*.14 (2): 131- 9.
111. Cam C, Sakallı M, Ay P, Cam M, Karateke A (2007) Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn*. 26(1):129-33.
112. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Goyoh M, Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodynam*. 2004;23 (4):322-30.
113. Çetinel B., Özkan B., Can G., ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 2004. 30 (3): 332-338.
114. Abdullah B, Ayub SH, Zahid AZM, Noorneza AR, Isa MR. (2016). Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology* 198110-115.
115. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*.2003;102(6):1291-8.

116. Wesnes SL, Lose G (2013). Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review *Int Urogynecol J* 24:889–899 DOI 10.1007/s00192-012-2017-3.
117. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M, Group PFR. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;115(3):618-28.
118. Pirinççi S. Aydın Merkezde Prepartum Gebelerde Üriner İnkontinans Sıklığı, Postpartum Değişimi ve Postpartum Üriner İnkontinanstaki Pelvik Taban Kas Eğitiminin Etkinliği (tez) Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; (2016).
119. Franco EM, Pares D, Colome NL, Paredes JRM, Tardiu LA. Urinary incontinence during pregnancy. Is there a difference between first and third trimester? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 182(2014)86–90.
120. Hansen BB, Svare J, Viktrup L, Jorgensen T, Lose G. *Neurology and Urodynamics*. 31:475-480 (2012).
121. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al.(2006). Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*; 107:1253.
122. Kokabi R, Yazdanpanah D.(2017). Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinence in primipara women: A prospective cohort study. *J Chin Med Assoc*. Aug;80(8):498-502.
123. Peeker I, Peeker R.(2003). Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *J Midwifery Womens Health*. Jan-Feb;48(1):60-6.
124. Phillips C, Monga A. (2005). Childbirth and the pelvic floor: "the gynaecological consequences", *Reviews in Gynaecological Practice*, 5, 15-22.
125. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS, Urologic Disease of America Project. (2006). The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the national Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol*; 175:601.
126. Al-Mukhtar Othman J, Åkervall S, Milsom I, Gyhagen M.(2017) Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*; 216(2):149.e1.
127. Nager CW, Helliwell JP.(2001). Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*.;185(2):444.
128. Carroli G, Mignini L (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 21(1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
129. Luo D, Chen L, Yu X, Ma L, Chen W, Zhou N, Cai W.(2017). Differences in urinary incontinence symptoms and pelvic floor structure changes during pregnancy between nulliparous and multiparous women. *PeerJ*. Jul 31;5:e3615.

130. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*. 1996;88(3):470-8.
131. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM, LeicestershireMRC.(2003). The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *Incontinence Study Group. BJU Int*. Jul;92(1):69-77.
132. Tahtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, Johnson TM 2nd, Tammela TL, Tikkinen (2011). Smoking and bladder symptoms in women. *Obstet Gynecol*. Sep;118(3):643-8.



VIII.EKLER

EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

Gebelerin 3. Trimester Döneminde Üriner İnkontinans Durumlarının Değerlendirilmesi

1-doğum tarihi:

2-iletişim 1:

İletişim2:

3-Eğitim durumu: a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul
e)Lise f)Yüksekokul/üniversite

4-Mesleği: a)İşsiz b)İşçi c)Memur d)Kendi işi e)Ev hanımı f)Diğer

5-Gelir durumu: a)0-1600 b)1601-2999 c)3000+

6- a) boy:..... b)kilo:..... c)BMİ:.....

7-obstetrik hikaye: gebelik haftası:..... gebelik sayısı:..... vajinal doğum sayısı:.....
sezeryan ile doğum sayısı:..... düşük sayısı:..... Küretaj sayısı:.....

8-ek hastalık (öz. nörolojik) +/- operasyon öyküsü:

9-gebelik öncesi veya diğer gebeliklerde DM öyküsü var mıydı?

10-düzenli kullanılan ilaçlar:

(11 12 ve 13 Sorular idrar kaçırma şikayeti olanlar için sorulacak)

11-idrar kaçırma durumu için daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu? A)evet B)hayır

12- idrar kaçırma problemi için sağlık kurumuna başvurmama sebebi nedir?

a)gebelikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme
b)muayeneye gitmek için zaman bulamama
c)idrar kaçırma durumunun çok rahatsız etmemesi
d)muayene olmaktan çekinme
e)diğer

13-mevcut gebeliğinizde idrar kaçırma durumu için tedavi aldınız mı? A) evet B) hayır

14-idrar tutmaya yardımcı kaslara sahip olduğunuzu biliyor musunuz? A) evet B) hayır

15-pelvik taban(kegel) egzersizlerini biliyor musunuz? A) evet B) hayır

16-gebelik öncesi idrar kaçırma şikayetiniz var mıydı? A) evet B) hayır

17- varsa bunun için tedavi aldınız mı? A) evet B) hayır

AKŞ:

GDM:

OGTT yaptırdınız mı?

TİT:

İdrar kültürü:

Hangi Tip İnkontinansa Sahip Olduğumu Nasıl Bilebilirim

3 lü inkontinans değerlendirme soruları nın üriner inkontinans tiplerini(stres-urge-mixed) tespit etmedehızlı ve doğruluk oranının yüksek olduğu gösterilmiştir.

Mesena problemlerini değerlendirmek için kendinize takip eden soruları sorabilirsiniz.

1-) Son 3 ay içerisinde idrar kaçırdınız mı?(sızma şeklinde)

Cevabınız;

EVET ise 2 numaralı soruya devam edilecek. Cevabınız; **HAYIR** ise anket tamamlanmıştır.

2-)Son 3 ay içerisinde aşağıdakilerden hangisi/hangilerini yaparken idrar kaçırdınız?

- a)öksürme, hapşırma, yük kaldırma veya egzersiz gibi aktivite sırasında
- b)idrara sıkışma hissiniz olduğunda yada mesanenizi boşaltma isteğiniz olduğunda tuvalete yetişemediğiniz oldu mu?
- c)fiziksel aktivite yapmazken veya sıkışma hissiniz olmamasına rağmen idrar kaçırdığınız oldu mu?

3-)son 3 ay içerisinde idrar kaçırdığınız en sık hangisi sırasında oldu?

- a) öksürme, hapşırma, yük kaldırma veya egzersiz gibi aktivite sırasında
- b) idrara sıkışma hissiniz olduğunda yada mesanenizi boşaltma isteğiniz olduğunda tuvalete yetişemediğiniz oldu mu?
- c) fiziksel aktivite yapmazken veya sıkışma hissiniz olmamasına rağmen idrar kaçırdığınız oldu mu?
- d) a şıkkı ve b şıkkı arasında belirgin fark tarifi olmadığında işaretlenecek

Fiziksel aktivite ile birlikteliği fazlaysa	stres inkontinans veya yüksek oranda stress inkontinans
Sıkışma hissi veya mesane boşaltma isteği ile birlikteliği fazlaysa	urge ya da yüksek oranda urge inkontinans
Sıkışma hissi veya aktivite ile birlikteliği olmayan inkontinans	diğer inkontinans nedenleri olabilir
Fiziksel aktivite ve sıkışma hissi eşit derecede etkiliyse	mixed inkontinans

EK 2. IIQ7 ve UDI6 ÖLÇEKLERİ

IIQ7	İdrarınızı kaçırmak veya organınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi	Hiç	Hafif	Orta	çok
1	Ufak tefek ev işlerini yapmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
2	Yürüme ,yüzme veya egzersiz(spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
3	Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema,konser,düğün ve benzeri)katılmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
4	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
5	Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı,alışveriş ve benzeri) katılabilme etkiledi mi?	0	1	2	3
6	Ruhsal sağlığınıza etkiledi mi?	0	1	2	3
7	Hüsrân duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?	0	1	2	3

UDI6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu?	Hiç	hafif	orta	Çok
1	Sık idrara çıkma ?	0	1	2	3
2	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrâr tutamayıp)idrâr kaçırma ?	0	1	2	3
3	Öksürme ve hapşırma gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma ?	0	1	2	3
4	Damla damla az miktarda idrar kaçırma ?	0	1	2	3
5	İdrar torbanızı boşaltma da güçlük?	0	1	2	3
6	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgenizde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

EK 3. ICIQ-SF ÖLÇEĞİ

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini bulmaya çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettar oluruz.

1 Lütfen doğum tarihinizi yazınız:.....GÜN / AY / YIL

2 Siz (birini işaretleyin) Dişi misiniz? Erkek misiniz?

3 Ne sıklıkla idrar kaçırsınız? (Bir kutuyu işaretleyin)

hiçbir zaman	0
haftada bir veya daha seyrek	1
haftada iki veya üç kez	2
günde bir kez	3
günde birkaç kez	4
her zaman	5

4 Ne kadar idrar kaçırdığınızı düşündüğünüzü bilmek istiyoruz.

Genelde ne kadar idrar kaçıırıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)?

(Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç	0
az bir miktarda	2
orta derecede bir miktarda	4
büyük bir miktarda	6

5 Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırmaya hergünkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen; 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç bir şekilde çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5

6 İdrar ne zaman kaçar? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman-idrar kaçmaz

siz tuvalete yetişmeden önce kaçar

siz öksürürken veya hapsirirken kaçar

siz uyurken kaçar

siz fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaçar

siz işlemeyi bitirip giyindiğinizde kaçar

belirgin bir neden olmadan kaçar

her zaman kaçar

EK 4. POSPARTUM ANKET FORMU

Gebelerin Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Durumlarının Değerlendirilmesi

1. doğum şekli: normal:..... sezaryan:.....
2. bebeğin cinsiyeti: kız:..... erkek:.....
3. bebeğin doğum kilosu:.....
4. müdahaleli vajinal doğum (vakum,forseps vb): evet:..... hayır:.....
5. doğum komplikasyonu: hayır:..... evet:.....a)cerrahi operasyon (perine yırtığı,dikiş)....
b)epizyotomi.....c)pelvik organ sarkması..... d)diğer.....
6. gebelikte kaç kg aldınız?..... şuanki kilonuz:.....
7. doğum sonrası dönemde kullandığınız ilaç var mı? hayır:..... evet:.....
8. doğum sonrası dönemde sigara kullandınız mı? hayır:..... evet:.....
9. doğum sonrası ilk 3 ay içinde idrar kaçırma şikayetiniz oldu mu? hayır:..... evet:.....
10. şu anda idrar kaçırma şikayetiniz var mı? hayır:..... evet:.....
11. idrar kaçırma şikayetiniz için doktora başvurduğunuz mu? hayır:..... evet:.....
12. idrar kaçırma problemi için sağlık kurumuna başvurmama sebebi nedir?
a)gebelikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme
b)muayeneye gitmek için zaman bulamama
c)idrar kaçırma durumunun çok rahatsız etmemesi
d)muayene olmaktan çekinme
e)diğer
13. idrar kaçırma şikayetiniz için tedavi aldınız mı? hayır:..... evet:.....

EK 5. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : B.10.1.TKH.4.34.H.GP.0.01/ 92
Konu : Onay Yazısı

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE
(Doç. Dr. Okcan Basat'a iletmek üzere)

20/06/2018 tarihinde yapılan Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul toplantısında "Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin 3. Trimester ve Postpartum Dönemde Üriner İnkontinans Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanızın gerçekleştirilmesinde etik açıdan bir sakınca olmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sait NADERİ
ETİK KURUL BAŞKANI

Ek1:Form(2 sayfa)



Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Adres: Elmalıkent Mahallesi, Adem Yavuz Caddesi, No:1 PK. 34760 Ümraniye/ İSTANBUL

Tel: (0216) 632 18 18/11 64 Faks: (0216) 632 71 21-24

Etik Kurul

Prof. Dr. Sait NADERİ
ETİK KURUL BAŞKANI

EK 6. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Nazlı Hilal EROĞLU BAYRAK

Doğum yeri ve tarihi: SAMSUN 17.08.1986

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi:Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

E-posta adresi: drnazlieroglu@gmail.com

Tel:05053204540

Yabancı dili:İngilizce

II- Eğitimi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistanlığı (2015-)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (2004-2011)

Giresun Hamdi Bozbağ Anadolu Lisesi (1997-2004)

Giresun Cumhuriyet İlkolu

III- Ünvanları

IV- Mesleki Deneyimi

Giresun Dr. Ali Hakan GÜVENÇ Verem Savaş Dispanseri (2011-2013)

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (2016-)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Bilişsel Davranışı Piskoterapiler Derneği

VI- Bilimsel İlgil Alanları

Yayınları (poster ve bildiri)

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

