

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Stres Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu: Olgu Sunumu

Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: A Case Report

Ekin Dila TOPALOĞLU ÖREN, Öğr. Gör.¹, Gül ERTEM, Prof. Dr.²

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Kabul tarihi/Accepted: 16.05.2018

İletişim/Correspondence:

Ekin Dila TOPALOĞLU ÖREN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çiğli Ana Yerleşkesi Merkezi Ofisler-1 35620 Çiğli/İZMİR

E-posta: ekindilatop@gmail.com

Bu çalışma Türkiye'de 29-31 Mayıs 2015 tarihleri arasında 5. Ege Ürojinekoloji Workshop'unda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Özet

Stres üriner inkontinans kadınlarda inkontinans tipleri arasında en sık görülen, karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında ve genel olarak üretra fonksiyonu yetersizliği sonucu ortaya çıkan istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. Pelvik organ prolapsusu pelvik organlara destek sağlayan, sinir, kas ve fasya kombinasyonun zayıflaması sonucu oluşan, anatomik olarak pelvik organların vajene doğru sarkması ya da vajenden dışarı çıkması şeklinde görülmektedir. Klinikte sıklıkla pelvik organ prolapsusları ile birlikte görülen stres üriner inkontinansının, bu olguda literatürle uyumlu olarak menopozal dönemde olma, çok ve sık doğum yapma, 4 kg üzerinde bebek doğurma, kronik hastalık, müdahaleli doğum yapma ve obezite gibi risk faktörleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu olgu sunumunun amacı, stres üriner inkontinansı ve sistosel tanısı alan hastanın mevcut durumunu, risk faktörlerini ve nedenlerini açıklayıcı bir şekilde sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, pelvik organ prolapsusu, prolapsus, hemşirelik.

Abstract

Stress urinary incontinence is defined as the most frequent type of incontinence in women and as involuntary loss of urine during activities that increase the intra-abdominal pressure being generally as a result of urethral insufficiency. Pelvic organ prolapse is a weakening of the combination of nerve, muscle and fascia that provides support to the pelvic organs and anatomically appears as the prolapse of the pelvic organs towards the vagina or vaginal discharge. Stress urinary incontinence, often associated with pelvic organ prolapse in the clinic, has been found to be associated with risk factors such as menopausal status, multiparity, frequent birth, fetal macrosomia, chronic disease, intervention delivery and obesity in this case consistent with the literature. The aim of this case report is to present the current condition, risk factors and causes in the patient diagnosed with the stress urinary incontinence and cystocele.

Keywords: Urinary incontinence, pelvic organ prolapse, prolapse, nursing.

Giriş

Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society-ICS) terminoloji raporunda "her türlü idrar tutamama ya da istem dışı idrar kaçırma" şeklinde tanımlanmakta ve kadınlarda görülme sıklığı Türk kadınlarında %36.7 ile %86 oranlarında değişmektedir (Ateşkan, Mas, Doruk, & Kutlu 2000; Abrams vd., 2002; Filiz, Uludağ, Çınar, Gorpelioğlu, & Topsever, 2006; Demirci, Başar, Süzer, Aba, & Ataman, 2011; Öztürk, Toprak, & Basa, 2012; Cankurtaran, Soyuer & Akın 2015). En yaygın görülen Üİ tipleri ise stres, sıkışma ve karışık tiptir. Üİ vakalarının çoğunluğunu oluşturan Stres üriner inkontinans (SÜİ), karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (öksürme, hapsirme, gülme, egzersiz yapma) istemsiz idrar kayıdır ve genel olarak üretra fonksiyonu yetersizliği sonucu ortaya çıkmaktadır. Stres üriner inkontinans (SÜİ), klinikte Pelvik

organ prolapsusları (POP) ile birlikte görülmektedir. Pelvik organ prolapsusu pelvik organlara destek sağlayan, sinir, kas ve fasya kombinasyonun zayıflaması sonucu oluşan, anatomik olarak pelvik organların vajene doğru sarkması ya da vajenden dışarı çıkması şeklinde tanımlanmaktadır. Pelvik organ prolapsusunun görülme sıklığı %2 ile %50 oranları arasında değişkenlik göstermektedir (Yalçın & Delier, 2004; Özdemir, Çelebi, Nurulloğlu & Ark, 2006; Demirbaş, 2012; Yaz, Kurt, Demirtaş & Taşyurt, 2015). Pelvik organ prolapsusları klinikte sıklıkla SÜİ ile birlikte görülmektedir. İntrinsik yapısal defektler, levator ani kasının zayıflığı, zor doğum, müdahaleli doğum, doğum şekli, iri fetüs, kronik öksürük, obezite, yaş, kronik konstipasyon, öksürük, pelvik tabandaki nöropatiler ve fasyal yırtıklar pelvik destek yapılarını bozan ve inkontinansa neden olan

risk faktörleri arasında yer almaktadır (Rortveit, Daltveit, Hannestad, Hunskaar, 2003; Fındık vd., 2012; Demirel & Akın 2014; Yaz vd., 2015). Üriner inkontinans ve POP'ta tanı; anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testlerinin değerlendirilmesini içermekte tedavi planı ÜI tipi, derecesi, semptomlar ve defektler dikkate alınarak yapılmaktadır. Değerlendirmede dolu mesane ile başlanarak, ayakta ve litotomi pozisyonunda ıkınma ve öksürme halinde idrar kaçağı olup olmadığı izlenmektedir. Daha sonra mesane boşaltılarak jinekolojik muayene ve POP evrelemesi yapılmaktadır. Pelvik kas gücünün değerlendirilmesi vaginal tuşe sırasında dijital palpasyon ile yapılabilir. Vagina alt 1/3 hizasında arka duvardaki kas hüzmelerini kasabilme gücü ve kasılı tutma süresine göre 5 üzerinden puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Ayrıca hasta tarafından oluşturulan üriner günlükler, Ped testi (1 saatlik test – 24 saatlik test), Q tip test, Postmiksyonel rezidü idrar volümü, tam idrar tahlili, orta idrar kültürü, ürodinamik testlerden yararlanılmaktadır (Yalçın & Delier 2004). POP'un evrelemesinde; Evre 0, prolapsus gösterilememekte; Evre I, 0 için olan kriterler yoktur ancak prolapsusun en distal kısmı hymenin 1 cm üzerinde; Evre II, prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm distalinde veya proksimalinde; Evre III, prolapsusun en distal noktası hymen seviyesinin 1 cm den daha fazla distalinde ancak total vaginal uzunluğun 2 cm daha eksikinden fazla sarkmamakta veya proksimalinde; Evre IV, alt genital traktusun total eversiyonu olduğu bildirilmiştir (Bump vd., 1996). Pelvik organ prolapsusunun ve SÜI'nin birlikte olduğu olgularda tedavi planı yaparken her ikisine yönelik konservatif ve cerrahi yöntemler uygulanmakta; SÜI Tip 0+POP Evre I-II'de konservatif tedavi, SÜI Tip I-II-III + POP Evre III-IV cerrahi tedavi tercih edilmektedir (Yalçın & Delier 2004; Öz & Altay 2017). Kadın sağlığını önemli düzeyde etkileyen ÜI ve POP'ların önlenmesine katkı sağlayacak en önemli sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. Hemşireler kadınların her alanda yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen inkontinans ve prolapsusları önlemeye yönelik risk faktörlerini belirleme, erken tanılama, değerlendirme ve izlem aşamalarında kadınları yakından takip ederek, koruyucu önlemler alarak hastalığın erken dönemde teşhis edilmesini veya önlenmesini sağlayabilirler. Bu nedenle inkontinans ve prolapsuslardan korunma, erken tanılama, değerlendirme ve izleminde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Özellikle ürojinekoloji birimlerinde çalışan ürojinekoloji hemşirelerinin ÜI ve POP'ların önlenmesi ve tedavisinde klinisyen, danışman, eğitici, araştırmacı, ve destekleyici rolleriyle kadınların yaşam kalitesini bozan ÜI ve POP'un önlenmesine ve çözümüne önemli katkılar sağlayacaklardır (Beji 2003; Kaplan & Demirci 2010; Öz & Altay 2017). Bu Olguda Mesane Prolapsusu Evre III saptanması nedeniyle Anterior Kolpografi, vajina ön duvar onarımı yapılmıştır.

Amaç

Stres üriner inkontinansı ve sistosel tanısı alan bu olguda; hastanın mevcut durumu, risk faktörleri ve nedenlerinin açıklayıcı bir şekilde sunulması amaçlanmıştır.

Olgu

A.T 50 yaşında kadın hasta; evli, ev hanımı, ilkokul mezunu, sağlık güvenceli, geliri gidere denk olup, en uzun süre Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşadığını ifade etmiştir. İki yıldır devam eden, öksürürken, hapşırırken idrar kaçırmaya ve son bir aydır vajende ele gelen kitle şikâyeti ile Nisan 2015'te jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. Hastanın

sağlık öyküsünde bir yıldır menopozda olduğu ve on yıldır hipertansiyon tedavisinin sürdüğü (Adalat 30 mg 1x1), beden kitle indeksinin (BKİ): 31.6 (orta düzeyde obez) olduğu, hormon replasman tedavisi almadığı, alkol ve sigara kullanmadığı, kronik konstipasyon, öksürük ve idrar yolu enfeksiyonunun olmadığı, jinekolojik herhangi bir ameliyat geçirmediği, kegel egzersizlerini hiç yapmadığı, herhangi bir nedenle kemoterapi veya radyoterapi almadığı ve çocukluğunda gece idrar kaçırmaya öyküsünün olmadığı belirlenmiştir. Hastanın obstetrik öyküsünde gravida sayısı 10, parite sayısı 6 ve abortus sayısı 4 (G10P6A4) olup evlenme yaşı 17 ve ilk gebelik yaşı 18'dir. Hastanın tüm doğumlarını vajinal yoldan yaptığı, ilk iki doğumunda epizyotomi uygulandığı, 4000 gr'ın üzerinde iki bebek doğurduğu ve doğum aralıklarının iki yıldan az olduğu saptanmıştır. Hastadan alınan anamnez, laboratuvar bulguları ve fizik muayene sonucunda stress üriner inkontinans ve sistosel tanısı konmuş, yapılan ultrasonografi sonucunda intrauterin RİA (rahim içi araç) (1998 yılından beri var olduğu ifade edilmiştir.) gözlemlenmiş ve hastaya MİNİ TOT (Transobturator Bant) +Colpografi Anterior+RİA Extirpasyonu ameliyatı planlanmıştır.

Tartışma

Stres üriner inkontinansı, klinikte pelvik organ prolapsusları ile birlikte görülmekte ve yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır (Canaz, Ark, Alkış, Han & Ölmez, 2013; Öztürk vd., 2012, Ünsal, Tözün, & Arslantaş, 2013; Demirel & Akın 2014; Yaz vd., 2015; Cankurtaran vd. 2015). Stres üriner inkontinans ve prolapsus belirtileri incelendiğinde; hastanın öksürürken ve hapşırırken idrar kaçırmaya ve vajende ele gelen kitle şikâyeti yaşadığı saptanmıştır. Literatürde olguya paralel olarak prolapsus şikâyeti yaşayan kadınların sıklıkla SÜI yaşadığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda pelvik organ prolapsus yaşayan kadınların üriner inkontinansının daha fazla olduğu bildirilmektedir (Bilgili, Akın, Ege & Ayaz, 2008; Demirel & Akın 2014). Ayrıca kadınların hastaneye geldikleri aşamada prolapsusun 3. ve 4. dereceye ulaştığı ve cerrahi tedavi gerektirdiği bildirilmiştir (Yalçın & Delier, 2004; Demirbaş, 2012; Canaz vd., 2013). Hastanın SÜI ve prolapsus belirtilerini iki yıldır yaşadığı ve herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans yaşayan kadınların büyük bir çoğunluğunun herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı, başvuramama nedenlerinin ise çoğunlukla önemsememe, utanma ve idrar kaçırmaya yaşa bağlı doğal bir sonuç olduğuna inandıkları için olduğu bildirilmiştir (Ateşkan vd.,2000; Öztürk vd., 2012). İnkontinans ve prolapsusun sadece fizyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve hijyenik bir problemidir. Ancak kadınların rahatsızlıklarını önemsemediği, normalleştirdiği, utandığı veya bu durumdan çekinmelerine bağlı olarak sağlık kurumuna başvurmadıkları ya da geç başvurdukları söylenebilir. Hastanın sağlık öyküsünde menopozda olduğu, kronik hipertansiyon ile birlikte ve BKİ'sinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bu olgu sunumuna paralel olarak; ileri yaş ve menopozda olma (Şentürk & Kara 2010; Öztürk vd., 2012; Fındık vd., 2012; Ünsal vd., 2013), kronik hastalık ile BKİ'nin yüksek olmasının üriner inkontinans ve pelvik taban bozukluklarının gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Rortveit, Daltveit, Hannestad & Hunskaar, 2003; Filiz vd., 2006; Ünsal vd., 2013; Yaz vd., 2015). Hastanın yaşının ilerlemesi, menopozla beraber meydana gelen östrojen azlığı, uzun süre kullanılan ilaçlar ve yüksek BKİ'nin pelvik

destek yapılarının zayıflaması ve alt abdominal basıncı arttırıcı etkisinin olması gibi nedenlerle kadınların Üİ ve POP açısından risklerinin arttığı söylenebilir. Ayrıca pelvik taban kaslarının cinsel yaşamda çok önemli görevleri vardır. Bu kasların istemli kasılmaları orgazmın şiddetini ve vajinal kavrama sırasında motor yanıtın ayarlanmasını etkileyerek kadının cinsel doyumuna katkı sağlamaktadır (Topuz 2015). Üİ ve POP'a bağlı olarak yaşanan pelvik taban kaslarındaki zayıflama ve menopozda östrojenin azalması hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Hastanın obstetrik öyküsünde 10 kez gebe kaldığı, 4 kez düşük yaşadığı ve ilk gebeliğini 18 yaşında yaşadığı, vajinal doğum yaptığı, 4 kg üzerinde iki bebek doğurduğu, ilk iki doğumunda epizyotomi uygulandığı ve doğum aralıklarının iki yıldan az olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bu olguya paralel olarak inkontinans ve prolapsusun en önemli risk faktörleri arasında gravida ve parite sayısının yer aldığı belirtilmiştir (Filiz vd., 2006; Demirci, vd., 2011; Öztürk vd., 2012; Fındık vd., 2012; Ünsal vd., 2013; Yaz vd., 2015; Altınboğa, Gültekin, & Taner, 2016; Öz & Altay, 2017). Demirci ve diğerleri (2011) ve Fındık ve diğerleri. (2012)'nin yaptıkları bir çalışmada düşük sayısının inkontinans görölme sıklığına arttırdığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans ve pelvik taban bozukluklarının gelişimi açısından vajinal doğumun sezaryen doğuma göre daha fazla risk taşıdığı belirtilmiştir (Rortveit vd., 2003; Fındık vd., 2012; Öztürk vd., 2012). Rortveit ve diğerleri (2003), Demirci ve diğerleri (2011) ve Ünsal ve diğerleri (2013)'nin yaptıkları çalışmada 4 kg üzerinde bebek doğurma ve müdahaleli doğum yapan; Altınboğa ve diğerleri (2016)'nin yaptıkları bir çalışmada ise erken yaşta doğum yapan kadınların daha fazla inkontinans yaşadığı bildirilmektedir. Ayrıca bu olgu sunumuna paralel olarak Ünsal ve diğerleri (2013)'nin yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça ve sigara içmeyenlerde; Demirel & Akın (2014)'nin yaptıkları çalışmada mesane prolapsusu yaşayan kadınlarda üriner inkontinansın önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Kadınların Üİ ve POP nedeniyle her alanda yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen belirtiler yaşamaları, belirtileri önemsememeleri, yaşlılığın olağan bir sonucu olarak görmeleri bu olgu sunumunda da olduğu gibi yaşanılan problemin daha ileri evrelerde teşhisine neden olmakta ve cerrahi tedaviyi mecbur bırakabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin özellikle ürojinekoloji birimlerinde çalışan ürojinekoloji hemşirelerinin tüm kadınlara Üİ ve POP'ların önlenmesine yönelik tarama programları geliştirmeleri ve yapmaları ve konservatif tedavi yöntemleri konusunda kadınlara eğitim vermeleri ve takibini yapmaları gerekmektedir (Beji 2003; Kaplan & Demirci 2010; Demir & Beji 2015; Akşit Akıncı vd., 2017; Öz & Altay 2017). Bu olgu sunumunda ve yapılmış birçok çalışmada göröldüğu gibi Üİ ve POP sıklıkla görölen, birbirini stimüle eden, birçok değişkenden etkilenebilen ve kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen önemli bir sağlık problemidir. Çalışmamızın sınırlılığı, üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu olan tek hasta üzerinde değerlendirilmiş olmasıdır. Bu konu ile ilgili büyük örnekleme gruplarını içeren randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca hastanın uzun dönem sonuçlarının takibi, hastalıktan korunma ve tedavinin uzun dönem etkileri hakkında bilgi verebilecektir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; olguda belirlenen SÜİ ve POP risk faktörleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca hastanın SÜİ bir sağlık problemi olarak görmediği ve tedavi olmadığı; ileri aşamalarda hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar SÜİ ve POP halinden önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle SÜİ ve POP'un bulguları ve risk faktörleri değerlendirilmesinde, korunma, önleme ve tedavi gibi konularda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve bu hizmetlerin yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. Bu nedenle ürojinekoloji hemşiresinin sorunun giderilmesine ilişkin aktif rol alması, özellikle pelvik taban anatomisi açısından risk olarak kabul edilen gebelik, doğum, doğum sonu ve menapoz süreçlerinde kadına eğitim ve danışmanlık vermesi gerekmektedir. Ayrıca ürojinekoloji hemşiresinin kadın hayatının tüm evrelerinde pelvik taban kaslarını güçlendirme ve diğer risk faktörlerine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerini etkin bir şekilde yapması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U, & et. al. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 21, 167-178.
- Akşit Akıncı, N., Özhan Elbaş, N., & Akıncı, S. (2017). Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 9(2), 122-132.
- Altınboğa, O., Gültekin, İ.B., & Taner, C.E. (2016). Son üç yıl içinde doğum yapmış kadınlarda stres inkontinans: parite ve doğum şeklinin etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 6(4), 1-7.
- Ateşkan, Ü., Mas, M.R, Doruk, H., & Kutlu, M. (2000). Yaşlı Türk popölasyonunda üriner inkontinans: görölme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatry*, 3(2), 45-50.
- Beji, N.K. (2003). Üriner inkontinans sorunu, epidemiyolojisi ve inkontinanslı hastanın tanı amacıyla değerlendirilmesi. *Hemşirelik Dergisi*, 13(50), 29-43.
- Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., & Ayaz, S. (2008). Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 487-493.
- Bump, R.C., Mattiasson, A., Bo, K., Brubaker, L.P., DeLancey, J.O.L., Klarskov, P., & et. al. (1996). The Standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175, 10- 17.
- Canaz, E., Ark, H.C., Alkış, İ., Han, A., & Ölmez, H. (2013). Pelvik Organ Prolapsusu; Anatomik Temeller ve Cerrahi Yaklaşım. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (JOPP Dergisi)*, 5(2), 47-61.
- Cankurtaran, F., Soyuer, F., & Akın, S. (2015). Huzurevinde kalan yaşlılarda idrar kaçırma problemi ve mobilite ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 594-603.
- Demir, S., & Beji, N.K. (2015). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 23-31.
- Demirbaş, S. (2012). Pelvik Prolapsus. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 22, 1-9.
- Demirci, N., Başar, F.K., Süzer, F., Aba, Y.A., & Ataman, H. (2011). Huzurevindeki kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(18), 85-101.
- Fındık, R.B., Unluer, A.N., şahin, E., Bozkurt, Ö.F., Karakaya, J., & Ünsal, A. (2012). Urinary Incontinence in women and its relation with pregnancy, mode of delivery, connective tissue disease and other factors. *Adv Clin Exp Med*, 21, 207-13.

- Filiz, T.M., Uludağ, C., Çınar, N., Gorpelioğlu, S., & Topsever, P. (2006). Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. *Saudi Medical Journal*, 27(11), 1688-1692.
- Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(3), 1-14.
- Özdemir, S., Çelebi, İ., Nurullohoğlu, N., Ark, H.C. (2006). Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımları. *Genel Tıp Dergisi*, 16(2), 49-52.
- Öztürk, G.Z., Toprak, D., & Basa, E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4), 170-176.
- Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hannestad, Y.S., & Hunskaar, S. (2003). Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol*, 189, 1268-74.
- Topuz, Ş. (2015). Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 60-64.
- Ünsal, A., Tözün, M., & Arslantaş, D. (2013). Eskişehir ili beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prev Med Bull*, 12(3), 231-242.
- Yalçın, Ö., & Delier, H. (2004). Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusu: tanı ve tedavi seçimi. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 8, 198-201.
- Yaz, M.P., Kurt, S., Demirtaş, Ö., & Taşyurt, A. (2015). Urinary incontinence and risk factors. *Cumhuriyet Medical Journal*, 37(1), 30-36.