



İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**45 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SELİN AZGIN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR

MAYIS-2024



İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**45 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. SELİN AZGIN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR

MAYIS-2024

TEZ ONAY SAYFASI

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**45 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

TEZİ HAZIRLAYAN

Dr. Selin AZGIN

**Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan
bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak
uygun ve yeterli bulunmuştur.**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Üye: (Ünvanı-Adı Soyadı Çalıştığı
Üniversite/Kurum)**

**Üye: (Ünvanı-Adı Soyadı Çalıştığı
Üniversite/Kurum)**

**Üye: (Ünvanı-Adı Soyadı Çalıştığı
Üniversite/Kurum)**

Prof.Dr. Fatih Esad TOPAL

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜRLER

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübeleri ile yol gösteren anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL ‘e

Tez çalışmamın her aşamasında deneyim ve bilgilerini benimle paylaşarak yardımcı olan tez danışmanım Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ’ a

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan değerli Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Gülseren PAMUK’a, Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN’e, Prof. Dr. Hüseyin CAN’a ve Dr. Serap ÖKSÜZ’e

Asistanlık sürecim boyunca birlikte çalışma imkânı bulduğum tüm meslektaşlarıma

Tezimdeki verilerin analizinde desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Ferhan ELMALI’ya

Hayatım boyunca bana verdikleri her türlü destek ve duydukları güven ile her zaman yanımda olan sevgili aileme, varlığı ile bana her zaman güç veren hem meslektaşım hem en yakın arkadaşım biricik eşim Tuncer’e, neşe kaynağım Çakıl, Sirius ve Sıpa’ya

Sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Selin Azgın

Mayıs-2024

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜRLER.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. <u>GİRİŞ ve AMAÇ</u>	1
2. <u>GENEL BİLGİLER</u>	3
2.1. <u>Alt Üriner Sistem Anatomisi</u>	3
2.1.1. <u>Mesane</u>	3
2.1.2. <u>Üretra</u>	4
2.1.3. <u>Pelvik Taban</u>	4
2.2. <u>Alt.Üriner Sistem Nöroanatomisi</u>	5
2.2.1. <u>Otonom Sinir Sistemi</u>	6
2.2.2. <u>Somatik Sinir Sistemi</u>	6
2.3. <u>Kontinans Fizyolojisi</u>	6
2.4. <u>Üriner İnkontinans Sınıflandırması</u>	7
2.4.1. <u>Stres Üriner İnkontinansı (SUI)</u>	7
2.4.2. <u>Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans</u>	7
2.4.3. <u>Miks (Karma) İnkontinans</u>	7
2.4.4. <u>Overflow (Taşma) İnkontinans</u>	7
2.4.5. <u>Fonksiyonel Üriner İnkontinans</u>	8
2.4.6. <u>Total Tip Üriner İnkontinans</u>	8
2.4.7. <u>Nokturnal Enürezi</u>	8

<u>2.5. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri</u>	8
<u>2.5.1. Yaş ve Cinsiyet</u>	8
<u>2.5.2. Obezite ve Konstipasyon</u>	9
<u>2.5.3. Obstetrik Öykü</u>	9
<u>2.5.4. Geçirilmiş Jinekolojik Operasyonlar</u>	9
<u>2.5.5. Sigara kullanımı</u>	10
<u>2.5.6. Üriner Sistem Enfeksiyonları</u>	10
<u>2.5.7. Kronik Hastalıklar</u>	10
<u>2.5.8. Kullanılan İlaçlar</u>	10
<u>2.5.9. Seks Hormonları ve Östrojen Yetersizliği</u>	10
<u>2.6. Üriner İnkontinans Prevalansı</u>	11
<u>2.7. Üriner İnkontinansın Tanısı</u>	11
<u>2.7.1. Anamnez</u>	11
<u>2.7.2. Mesane Günlüğü</u>	12
<u>2.7.3. Fizik.Muayene</u>	12
<u>2.7.4. Ürojinekolojik Testler</u>	12
<u>2.7.5. Laboratuvar ve Görüntüleme</u>	13
<u>2.8. Üriner İnkontinans Tedavisi</u>	13
<u>2.8.1. Konservatif Tedavi</u>	13
<u>2.8.2. Farmakolojik Tedavi</u>	15
<u>2.8.3. Cerrahi Tedavi</u>	15
<u>2.9. Yaşam.Kalitesi</u>	15
<u>2.9.1. Yaşam.Kalitesinin Tanımı</u>	15
<u>3. GEREÇ.VE YÖNTEM</u>	17
<u>3.1. Çalışma Türü ve Evreni</u>	17
<u>3.2. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri</u>	17

<u>3.2.1. Sosyodemografik veri anketi</u>	17
<u>3.2.2. Uluslararası İnkontinans.Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF)</u>	18
<u>3.2.3. İnkontinans Yaşam.Kalitesi Ölçeği (I-QLL)</u>	19
<u>3.2.4. Rosenberg.Benlik Saygısı Ölçeği</u>	19
<u>3.3. Araştırmanın Etik İzni</u>	19
<u>3.4. İstatistiksel Analiz</u>	19
<u>4. BULGULAR</u>	21
<u>5. TARTIŞMA</u>	43
<u>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</u>	53
<u>7. ÖZET</u>	55
<u>8. ABSTRACT</u>	57
<u>9. KAYNAKLAR</u>	59
<u>10. EK 1 : ETİK KURUL ONAYI</u>	68
<u>11.EK 2: VERİ FORMU</u>	72

KISALTMALAR

HT: Hipertansiyon

DM: Diabetes Mellitus

BMI: Vücut Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği

İKÇÜ: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

WHO: World Health Organization

UI: Üriner İnkontinans

SUI: Stres Üriner İnkontinansı

ICIQ-SF: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu

IQLL: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Kadın ve erkekte mesane ve komşulukları

Şekil 2: Pelvik Diyafram



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Kadınların Beden Kitle İndeksi Dağılımı

Tablo 2: Kadınların medeni ve eğitim durumları

Tablo 3: Kronik hastalıkların sıklığı

Tablo 4: Gebelik ve doğum özellikleri

Tablo 5: Kabızlık durumu

Tablo 6: Kegel Egzersizini Bilme ve Uygulama

Tablo 7 : İdrar kaçırma ve doktora başvurma durumu

Tablo 8: Doktora başvurmama sebepleri

Tablo 9: İdrar kaçıranlarda ilaç kullanımı ve memnuniyeti

Tablo 10: Diüretik ilaç kullanma durumu

Tablo 11: İdrar yolu enfeksiyonu geçirme, üriner ve jinekolojik operasyon durumları

Tablo 12: Kadınların idrar kaçırma sıklığı (ICIQ-SF)

Tablo 13: Kadınların idrar kaçırma miktarları (ICIQ-SF)

Tablo 14: Kadınların hangi durumlarda idrar kaçırdığı (ICIQ-SF)

Tablo 15: Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği analizi

Tablo 16: Rosenberg Benlik Saygısı analizi

Tablo 17: İdrar kaçırma durumuna göre yaş, boy, kilo, BKİ, medeni durum ve eğitim durumunun karşılaştırılması

Tablo 18: Kronik hastalıkların idrar kaçırma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 19: Obstetrik hikâyenin idrar kaçırma durumuna göre karşılaştırılması

Tablo 20: Sigara içme ile idrar kaçırma durumunun karşılaştırılması

Tablo 21: İdrar yapma, menopoz, kabızlık, Kegel egzersizi, diüretik kullanımına göre idrar kaçırma durumunun karşılaştırılması

Tablo 22: Üriner ve jinekolojik ameliyata göre idrar kaçırma durumlarının karşılaştırılması

Tablo 23: Kadın doğum polikliniğine başvurma zamanı ve idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumuna göre idrar kaçırma durumunun karşılaştırılması

Tablo 24: İdrar kaçırmayı etkileyen faktörlerin çoklu ikili lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Tablo 25.1: Yaş durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 25.2: Yaş durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 26: Eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 27: Kronik hastalıklara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 28: Doğum yapma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 29: İdrar kaçırma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 30: İdrar kaçırma durumunun IQLL toplam puanına etkisi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üriner inkontinans toplumları her açıdan etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) üriner inkontinansı "hijyenik veya sosyal bir soruna neden olan ve objektif olarak kanıtlanabilen, idrarın istemsiz olarak dışarı atılması" şeklinde belirtmiştir (1). 200 milyondan fazla insanın idrar kaçırmayla baş etmeye çalıştığı görülmüştür. Bu sorun kadınlarda daha sık görülmektedir. Görülme sıklığı %15-52 arasındadır (2). Türkiye'deki 15-70 yaş arası kadınlarda yapılan çalışmalarda ise bu sıklık %20.5 ile %68.8 arasında olduğu görülmüştür (3,4).

Üriner inkontinansın epidemiyolojik özellikleri tam bilinmemektedir ancak bu durumla ilgisi olan çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar yaş, vücut kitle indeksi, kronik hastalıklar, geçirilmiş operasyonlar, gebelik sayısı ve doğum şekli, sigara alkol tüketimi, geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonudur (2,4,5).

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun değildir. Ancak sürekli ıslaklığın neden olduğu tahrişe bağlı hem fiziksel hem psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Hastaların sürekli ıslak olması enfeksiyon geçirmesine, günlük işlev kaybına, özgüvenlerinin azalmasına sebep olabilir. Bu durum da kadınları toplumsal yaşamdan uzaklaştırabilir. Kişileri içine kapanıklığa, kendini değersiz görmeye, cinsel açıdan isteksizliğe, umutsuzluğa ve depresyona yatkın hale getirebilir. Yaşam kalitesinde ciddi azalmalara neden olabilir (8). Daha fazla idrar kaçırmamak için sıvı alımını azaltabilir (9,10). Bu durum da geri dönülmez fiziksel ve psikolojik hasara neden olabilir. Kadınlarda sık görülen ve tedavisi olan bir durum olmasına rağmen hastaların sadece ufak bir kısmının bu şikayetle bir hekime danıştığı görülmüştür. Çünkü üriner inkontinansı olan kadınlar bu durumu yaş almayla birlikte normal olarak görebilmektedir. Ayrıca utandıkları için kimseye bu durumdan bahsetmezler ve sağlık kuruluşuna başvurmaktan kaçınırlar (11-15).

Hastaların yanı sıra, genellikle doktorlar da üriner inkontinans (Üİ) konusunda ilgisiz olabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), üriner inkontinansı en son "medikal tabu" olarak adlandırmıştır. Birçok doktorun Üİ ile ilgili sorular sormaktan çekindiği ve aslında bu doktorların üriner inkontinansla ilgili bilgi düzeyinin az olduğu görülmüştür (16).

Bu alışma 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

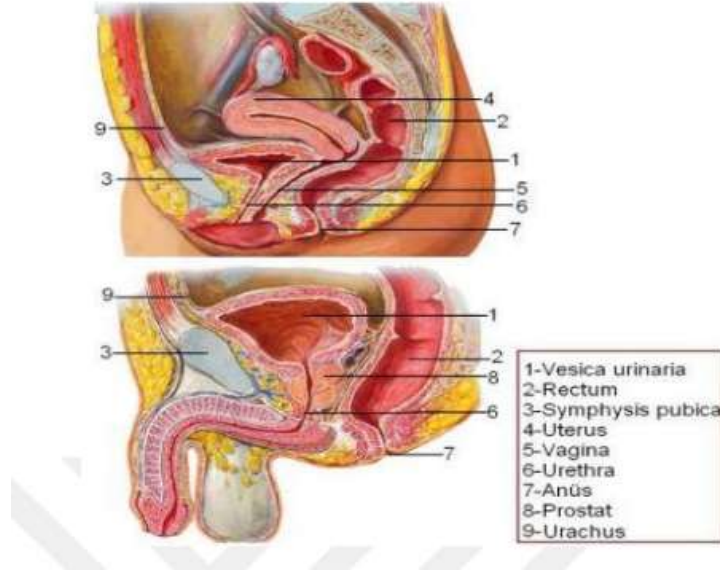
Üriner kontinans kişinin idrar yapmayı isteyinceye kadar idrarını istemli olarak mesanede tutma kabiliyetidir (10,17).

2.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi

Alt üriner sistem mesane ve üretradan oluşmaktadır. Görevleri idrarın depolanması ve boşaltılmasıdır (18).

2.1.1. Mesane

Pelvik bir organdır ve alt üriner sistemin önemli bir kısmını oluşturur. Simfizis pubisin arkasında, ekstrapéritoneal bir konumda yer alır. 500 ml ye kadar genişleme özelliğine sahiptir. İdrarı depolar ve boşaltılmasını sağlar. Anatomik yerleşimi dolma durumuna göre değişir. Mesane doldukça karın içinde yukarı doğru yükselir. Palpasyonla ve perküsyonla muayane edilebilir (18,19). Kadınlarda vajina ve serviks uterusun ön yüzüyle erkeklerde ise seminal veziküller, prostat ve rektumun ön yüzüyle komşudur (şekil 1)(20).



Şekil 1. Kadın ve erkte mesane ve komşulukları (20)

Mesane duvarı dört tabakadan oluşur: mukoza, submukoza, muskuler tabaka ve seröz tabakadır. Epiteli çok katlı değişici epiteldir (21). Endodermden köken alan detrüsör ve mezodermden köken alan trigon mesanenin kas tabakasını meydana

getirir. Mesane boynunda gerçek sfinkter bulunmamaktadır. Ancak detrusor düz kasları, mesane boynuna doğru hareket ederek internal sfinkteri oluştururlar (18).

Üreter orifisleri trigonun üst iki köşesine açılırlar. İdrar yapma esnasında trigonun kontraksiyonuyla beraber mesane boynu ve proksimal üretra açılıp huni biçimine sokulur. Aynı anda da üreter orifisleri aşağı çekilir. Böylece intramural üreterin boyu uzayarak vesikouretral reflünün önüne geçilir (21).

Pubovezikal ve pubouretral ligamentlerin mesane boynu olması gereken anatomik pozisyonunda tutulmasında yeri önemlidir. Miksiyonun başında pubovezikal ligament mesane boynunu öne çekerek açılmasını sağlar. Stres tip üriner inkontinans da pubovezikal ligamentin zarar görmesiyle meydana gelir (1).

Mesanenin beslenmesi Arteria iliaca internanın dalları olan a. Vesica superior ve inferiordan sağlanır. Venleri Plexus şeklinde vena iliaca internaya dökülür. Lenfatik drenajı ise iliak ve paraaortik lenf nodlarına yönelir. Sempatik sinirler L1-2-3 den, parasempatikleri ise S2-S4den gelir (22).

2.1.2 Üretra

İçte longitudinal dışta sirküler olan istemsiz çalışan düz kas liflerinden oluşmuştur (23). Kadınlarda üretra mesane boynundan başlar, vulvada sonlanır. Uzunluğu 3-4 cm den 8-9 cm ye kadar değişebilen boru şeklinde bir organdır. Yapısında longitudinal ve sirküler kas tabakaları bulunur. Longitudinal olan miksiyon esnasında üretrayı kısaltır (24).

Kontinansı sağlayan iki faktör vardır. Biri alt üriner sistemin desteği diğeri sfinkterin normal fonksiyonudur. Sfinkter ikiye ayrılır: Eksternal ve İnternal. Eksternali oluşturan çizgili kaslardır. İstemli olarak çalışırlar. Üretrayı ortadan çevrelerler. İstemli işeme ve kontinansın sağlanmasında görev alırlar. İnternal Sfinkter ise alfa adrenerjik reseptörlerle uyarılır ve ureterovezikal bileşkede detrusor Kaslardan meydana gelir. Görevi mesane boynunu kapatmaktır (25).

2.1.3. Pelvik Taban

Batın içindeki organlara destek olur. Bağ doku, kemik ve kastan oluşur. Üriner kontinansın, anal kontinansın ve cinsel fonksiyonun devam etmesini sağlar.

This anatomical diagram illustrates the deep muscles of the right hemipelvis. The following structures are labeled:

- Pubis simfizis
- Üretra
- Inferior ramus pubis
- Arçus
- İskiyal çıkıntı
- İskiyal spine
- Tendinöz ark
- Pubis superior ramusu
- Asetikulum
- İskium
- Pubokoksiks kas
- Iliococcygeal muscle
- Koksiks kas
- Piriform kas
- Sakrum
- Koksiks
- Gluteus maksimus kas
- Internal obturator kas
- Pelvik diyafram

This anatomical diagram illustrates the right half of a human pelvis and hip region. The piriformis muscle is shown originating from the anterior surface of the greater trochanter of the femur and extending laterally towards the greater sciatic foramen. Labels with leader lines identify the following structures: Pubokoksiks kas (pubococcygeus muscle), iliococcygeal muscle, Pelvik diyafram (pelvic diaphragm), Koksiks kas (coccygeus muscle), Piriform kas (piriformis muscle), Sakrum (sacrum), Koksiks (coccyx), Gluteus maksimus kas (gluteus maximus muscle), Internal obturator kas (internal obturator muscle), and the greater sciatic foramen.

Pelvik
diyafram

kas

Alt ürünler sistemin kontrolü, karmaşık bir şekilde sempatik ve parasempatik otonom sinir sistemi ile somatik sinir sistemi tarafından sağlanır. Sempatik lifler dolum fazında aktifken parasempatik lifler mesanenin boşaltım fazında görevlidir (29).

Alt üri ner sistemin kontrolü, karmaşı k bir şekilde sempatik ve parasempatik tonom sinir sistemi ile somatik sinir sistemi tarafından sa ğ lanır. Sempatik lifler olum fazında aktifken parasempatik lifler mesanenin boş altım fazında görevlidir (29).

2.2.1. Otonom Sinir Sistemi

- Sempatik sinir sistemi: Spinal kord T11-L3 segmentlerinden köken alır. Postganglionik lifler nöradrenalin, preganglionik lifler ise asetilkolin salgılar. Nöradrenalinin alfa ve beta reseptörleri vardır. Üretra ve mesane boynunda alfa reseptörler bulunur. Bunlar üretranın tonusunu arttırarak kapanmasını sağlar. Beta reseptörler ise mesanenin diğer bölgelerinde bulunur. Mesanenin tonusunu azaltırlar (27).
- Parasempatik sinir sistemi: S2-S4 segmentlerinden köken alır. Nörotransmitteri asetilkolindir. Asetilkolin, muskarinik reseptörlere bağlanır. Böylece mesanenin kasılması ve boşalması sağlanır (27).

2.2.2. Somatik Sinir Sistemi

İstemli çalışan ve yapısı çizgili kas olan eksternal üretral sfinkteri ve pelvis kaslarının bir kısmını uyarır. Bu sinire nervus pudendus denir (28).

2.3. Kontinans Fizyolojisi

Üriner sistem, alt ve üst üriner sistem olmak üzere ikiye ayrılır. Üst üriner sistem böbrekler ve üreterden, alt üriner sistem ise mesane ve üretradan oluşur. Böbrekler, idrarın oluşumundan sorumlu olan önemli bir organdır. Üreterler, böbreklerden idrarı mesaneye taşıyan tüplerdir. Mesane, idrarın depolanması için bir kesedir. Üretra ise mesaneden dışarıya idrarın aktığı borudur. Pelvik taban kasları ise mesane kontrolü ve idrarın atılması sürecinde önemli bir rol oynar (17,31).

Kontinans, idrarın istemli olarak yapılabilindiği zamanlarda, idrarının yarısını veya tamamını mesanede tutabilme becerisidir. Kontinansın tam olarak gerçekleşmesi için merkezi ve periferik sinir sisteminin uyum içinde olması ve üriner sistemin yapı ve işlevsel olarak sağlam olması gerekmektedir (32).

Kontinansın sağlanmasında iki önemli evre vardır:

- ❖ Dolum evresi: Mesanenin idrarla dolmaya başladığı ve idrarın biriktiği aşamayı ifade eder. Bu süre zarfında, mesane duvarı gerilir ve uyarılır. Bu da idrarın doluşunu hissetmeye ve idrar tutma isteğini uyandırmaya yol açar. Normal şartlarda, bu süreç esnasında üriner sfinkter kaslar ve pelvik taban kasları, idrarın mesaneden kaçmasını önleyen kasılmaları sürdürürler. Bu

şekilde, kişi idrarını istemli olarak tutabilir ve uygun bir zamanı bekleyebilir. Bu durumun olması için mesane içi basıncın üretra içi basınçtan düşük olması gerekir (33).

- ❖ İşeme evresi: Mesanenin idrarını istemli olarak boşaltma sürecidir. İşeme evresi sırasında, mesane kasları kasılarak mesanenin içinde biriken idrarın dışarıya atılmasını sağlar (32).

2.4. Üriner İnkontinans Sınıflandırması

2.4.1. Stres Üriner İnkontinansı (SUI)

Mesane içi basıncın üretra içi basınçtan çok olmasına neden olan öksürme, gülme, hapşırma gibi durumlarda mesane kasında kasılma olmadan idrar kaçırma durumuna stres üriner inkontinansı denir (34). Pelvik taban kaslarının zayıflığı ve üretral hipermobilité en sık görülen nedendir. Pelvik taban kaslarının zayıflığının en çok görülen nedenleri östrojen azalması, geçirilmiş pelvik operasyonlar ve vajinal doğumdur (35). Kişilerin mesaneleri boş olduğu zaman bu şikâyeti azaldığı için sık sık tuvalete gitme ihtiyacı duyarlar. En çok genç kadın hastalarda görülmektedir (36).

2.4.2. Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans

Erkeklerde ve ileri yaş kadınlarda en çok görülen üriner inkontinans çeşididir. ICS tarafından acil idrar yapma isteği oluşturacak şekilde istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. İstemsiz detrüsör instabilitesi ya da kontraksiyonu sonucu olur. Kişiler genellikle tuvalete yetişmeden idrarlarının ya az bir kısmını ya da tamamını kaçırmırlar. Belirtileri sık sık idrara çıkma, gece idrar yapma, idrar yaptıktan sonra tam boşalamama hissi ve tuvalete yetişmeden idrar kaçırma. Bu duruma en çok neden olan etkenler diüretik kullanımı, enfeksiyonlar, cerrahi girişimler ve serebrovasküler olaylardır (37,38).

2.4.3. Miks (Karma) İnkontinans

Stres ve urgency inkontinansın birlikte görülmesidir. Detrüsör aşırı aktivitesi ve üretral sfinkter yetmezliğinin birlikte olması nedeniyle oluşur. Üriner inkontinansı olan yetişkin hastaların üçte birinde miks tip inkontinans görülmektedir (39).

2.4.4. Overflow (Taşma) İnkontinans

Mesanenin aşırı gerilmesiyle oluşur. Üriner retansiyon ile birlikte. Detrüsör kası kasılamaz ama üretra aşırı çalışır. Özellikle nörolojik hastalıklarda, boşaltımı

sınırlayan sistosel gibi durumlarda, mesanenin gevşemesini önleyen nedenlerle meydana gelebilir. Hastalar idrara sıkıştıklarını hissetmezler. Ara ara ya da sürekli sızıntı şeklinde idrar kaçırma olur (40,41).

2.4.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Alt üriner sistem dışındaki etkenler nedeniyle oluşan tıbbi olarak iyileşebilir durumların sebep olduğu geçici idrar kaybıdır. Akut konfüzyonlar, vajinitler, diyabet, enfeksiyon, hiperkalsemi, yürümede zorlanma ya da sıvıların aşırı tüketimi en çok öngörülen nedenleridir (42).

2.4.6. Total Tip Üriner İnkontinans

Total tip üriner inkontinans sürekli ve herhangi bir uyarı olmadan oluşur (1,9,43).

2.4.7. Nokturnal Enürezi

Uyku esnasındaki idrar kaçırmadır (1)

2.5. Üriner İnkontinansı Etkileyen Risk Faktörleri

2.5.1. Yaş ve Cinsiyet

Üriner inkontinansın gelişmesinde yaşlılık doğrudan etken değildir. Fakat artan yaş sebebiyle üriner sistemde çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Mesanenin kasılma yeteneği, kapasitesi, idrarı tutma becerisi azalır. İşlevsel üretral basınç düşer. İstemsiz mesane kasılmaları olur. Kişilerin menopoza girmesiyle vücuttaki östrojen azalır. Bu durum vajinal atrofiye ve pelvik kaslarda zayıflamayla üretral direncin düşmesine neden olur. Böylece üriner inkontinans görülme ihtimali artar (44,45).

Irwin ve ark yaptıkları geniş çaplı çalışmalarda artan yaşla alt üriner sistem semptomları ve 40 yaşın üzerindeki kişilerde SÜİ sıklığının arttığını göstermişlerdir (5). Yapılan farklı çalışmalarda da yaş ilerledikçe Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (3,13,31).

Üriner inkontinans kadınlarda daha sık görülmektedir. 60 yaş altındaki erişkinlerde bu fark daha çok göze çarpmaktadır. Yaşlandıktan sonra bu fark kapanır. Kadınlarda daha çok stres ve miks tip görülürken, erkeklerde stres tipi inkontinans çok sık görülmemektedir (32).

2.5.2. Obezite ve Konstipasyon

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, vücutta sağlığı olumsuz yönde etkileyecek düzeyde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (47). Bunun için beden kitle indeksini (bki) kullanır. Bki 30'un üzerindeki kişiler obez olarak belirtilmiştir (48).

Obezitenin neden olduğu birçok hastalık vardır. Üriner inkontinans da bunlardan biridir. Obezite, stres ve sıkışma tipi üriner inkontinans oluşmasında önemli bir risk faktörüdür. Bunun nedeni de artan beden kitle indeksinin karın içi basıncı arttırmasıdır (49).

Kronik konstipasyon da karın içi basıncı arttır ve pelvik kasları zedeleyerek üriner inkontinansa neden olur (50).

2.5.3. Obstetrik Öykü

Gebelik, doğum, doğum sayısı (parite), doğum şekli, çoğul gebelik ve büyük bebek doğumu gibi bir dizi obstetrik risk faktörü, üriner inkontinans gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca epizyotomi veya doğum sırasında yırtıklar gibi durumlar da bu süreçte etkili olabilir (51,52).

Doğum pelvik sinirlere ve eksternak sfinktere zarar verebilir. Ayrıca pelvik taban kaslarını gevşetir, pelvik taban organlarının yapısını ve pozisyonunu bozar (53). Gebelikteki hormonal değişiklikler, pelvik taban kompleksini etkileyerek mesane hareketliliğini arttırır. Gebelik süresince büyüyen uterus nedeniyle artan karın içi basınç, pelvik organların aşağıya doğru itilmesine neden olur. Bu durum pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz bırakır (54).

Terzi ve ark yaptığı çalışmada vajinal yolla doğum yapanlarda sezaryenle doğum yapanlara kıyasla idrar kaçırmanın daha sık olduğu gözlenmiştir (55).

2.5.4. Geçirilmiş Jinekolojik Operasyonlar

Histerektomiden sonra üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. Bu duruma neden olan faktörler arasında histerektomi sırasında meydana gelen pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, kas ve fasya hasarları, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve östrojen eksikliği bulunmaktadır (56).

2.5.5. Sigara kullanımı

Sigara kullanımı östrojen seviyesini ve kollajen sentezini azaltır. Kronik öksürüğe sebep olarak sfinkterin nörolojik ve yapısal işlevini bozar. Bütün bu sebepler üriner inkontinansın tüm çeşitlerinin artmasına neden olur (57).

2.5.6. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner inkontinans ile üriner sistem enfeksiyonları arasındaki ilişki tam anlamıyla ortaya konamamıştır. Yapılan çalışmalara baktığımızda üriner enfeksiyonların üriner inkontinans için risk faktörü olduğu (58), bazılarında ise risk faktörü olmadığı belirtilmiştir (59).

2.5.7. Kronik Hastalıklar

Diyabet olan hastalarda komplikasyon olarak diyabetik sistopati görülebilir. Mesanede hassasiyet ve kapasite artışı, kasılabilme becerisinde azalma görülür. Böylece sıkışma tipi başta olmak üzere üriner inkontinans sıklığı diyabet hastalarında artabilir (60).

Pulmoner hastalıklar uzun süreli öksürüğe neden olabilir. Bu da stres inkontinansını arttırabilir. Kalp yetersizliği, geceleyin artan idrar yapma (nokturnal poliüri) ile ilişkilendirilebilir. Geceleyin uyurken, vücut yatış pozisyonunda olduğu zaman bu birikim, idrar yapma ihtiyacını arttırabilir. Nokturnal poliürinin bir sonucu olarak, uyku sırasında üriner inkontinans riski artabilir. Detrusor kasının mesane kontrolünde önemli bir rolü vardır. İskemik miyopati, nöropati ve vasküler hastalıklar detrusor kas aktivitesini bozar ve arefleksiye neden olabilir. Bunun sonucunda üriner inkontinans artar (60).

2.5.8. Kullanılan İlaçlar

Birçok ilaç, üriner inkontinansa (Üİ) neden olabilir. Bunlar narkotik analjezikler, diüretikler, antikolinergikler, alfa agonistler, alkol, anksiyolitikler, anti parkinson ilaçları, anti histaminikler ve anti psikotik ilaçlardır (61).

2.5.9. Seks Hormonları ve Östrojen Yetersizliği

Kişilerin menopoza girmesiyle vücuttaki östrojen azalır. Bu durum vajinal atrofiye ve pelvik kaslarda zayıflamayla üretral direncin düşmesine neden olur. Böylece üriner inkontinans görülme ihtimali artar (44,45,46). Gebelikte anatomik ve

hormonal değişikliklerden ötürü alt üriner sistem şikayetleri sık görülür. Gebelik sırasında oluşan inkontinans genellikle doğumdan sonra düzelir (9,32).

2.6. Üriner İnkontinans Prevalansı

Üriner inkontinans, kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın olarak görülür ve her iki cinsiyette yaşla birlikte artar. Farklı çalışmalar, üriner inkontinansın sıklığını belirlemede geniş bir aralık sunmuştur. Erkeklerde rapor edilen değerler genellikle %1.6 ile %24 arasında değişirken, kadınlarda bu değerler genellikle %4.5 ile %53 arasında değişmektedir. Bu geniş aralıkların nedeni, farklı tanımların kullanılması, farklı popölasyonların incelenmesi ve çalışma metodolojilerinin farklılıklarıdır. Bu da, üriner inkontinansın kesin sıklığını belirlemeyi zorlaştırır (62).

200 milyondan fazla insanın idrar kaçırmayla baş etmeye çalıştığı görölmüştür. Türkiye’de ise Üİ prevalansının %9.6 ile %25.8 arasında olduğunu gösteren çalışmalar vardır (3,65). 18 yaş ve üzerindeki 1012 kadın üzerinde yapılan başka bir araştırmada üriner inkontinans sıklığı %23.9 olarak tespit edilmiştir (3). Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan 35 yaş üzerindeki kadınların çalışmaya alındığı bir araştırmada ise %42.8 olarak bulunmuştur (12).

Üriner inkontinans alt tiplerinin değerlendirildiği çalışmalarda farklılıklar gözlemlenmiştir. Bazılarında stres tip üriner inkontinans yaygın iken bazılarında ise miks tip yaygın olarak görölmüştür. Yapılan araştırmalardaki bu farklılıklar, üriner inkontinansın tanımlanması, sorgulama formları ve veri toplama yöntemlerindeki farklılıklara, çalışılan yaş gruplarının heterojenitesine ve belki de sosyal, kültürel ve coğrafi farklılıklara bağlanabilir. Bu faktörler, araştırmalardaki sonuçların çeşitliliğine katkıda bulunabilir (56).

2.7. Üriner İnkontinansın Tanısı

2.7.1. Anamnez

Etkili bir sorgulama yöntemi kullanarak üriner inkontinansın türü ve derecesi belirlenebilir. İdrar kaçırmının tipi ve derecesinin belirlenmesi, tedavi planının oluşturulmasında ve tedavi sonrası iyileşmenin izlenmesinde yardımcı olur (64). Sorgulamada belirtilerin başlangıç zamanı, sıklığı, kaçırdığı idrar miktarı, günlük ped değiştirme sayısı, egzersiz yaparken, öksürme veya hapşırma esnasında ya da ani gelen

idrar yapma hissiyle idrar kaçırp kaçırmediğı ve günlük sıvı alım miktarı gibi sorular sorulabilir (65). Hastanın özgeçmişı ve soy geçmişinde üriner inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri sorgulanmalı. İdrar yolu enfeksiyonu geçirip geçirmediğı, kronik hastalıkları, geçirilmiş operasyonları, obstetrik ve jinekolojik öyküsü, menopoza girip girmediğı, kullandığı ilaçlar, boyu ve kilosu, sigara kullanım durumu mutlaka öğrenilmeli (66,67).

2.7.2. Mesane Günlüğü

Mesane günlüğü, bir kişinin idrarını ve idrarla ilgili diğer önemli bilgileri düzenli olarak kaydettiğı bir tür günlüktür. Üriner inkontinansın objektif değerlendirilmesinde kullanılır. En az 3 en fazla 7 günlük bir liste istenebilir (68). Bu listeye idrar kaçırma sayısı, sıklığı, miktarı, ne zaman hangi durumlarda kaçırdığı, günlük sıvı alım miktarı hasta tarafından yazılmalıdır (69). Bu günlük ile hastaların idrar yapma alışkanlıkları ile ilgili bilgilendirilmesi, mesane eğitimi ve üriner inkontinansın daha objektif yorumlanması sağlanır (1).

2.7.3. Fizik Muayene

Hastanın kilosu, boyu, cinsiyeti, yaşı, nörolojik durumu gözden geçirilir. Batın muayenesi yapılır. Mesane doluluğı ve kitle olup olmadığına bakılır. Jinekolojik muayenede kitle, rektosel, sistosel, vajinal atrofi, uterus prolapsus var mı değerlendirilmiştir. Nörolojik muayenede ise mental durum, kas gücü, motor fonksiyonlar, anal sfinkter tonusu, pudental sinir ve perineal duyu değerlendirilir (70).

2.7.4. Ürojinekolojik Testler

Q Tip Test: Hasta sırt üstü uzanırken mesanenin dolması için kataterle su verilir. Sonra eksternal üretradan mesaneye doğru steril pamuklu çubuk yerleştirilir. İkınma durumunda çubuğun açısı 30 dereceden fazla değişirse hiper mobil üretra olduğu ve stres üriner inkontinansı olduğu anlaşılır (71).

Stres Testi: Hastanın mesanesi doldurulur. Sırtüstü ya da ayaktaiken abdominal basıncı arttıran hareketler yaptırılır. İdrar kaçırp kaçırmediğı değerlendirilir (72).

Ped Testi: Hastanın mesanesi doldurulur. Daha önceden ağırlığı bilinen bir ped hastaya verilir. Sonra abdominal basıncı arttıracak hareketler yapması söylenir. 1 saat geçtikten sonra ped yeniden tartılır. İki ölçüm arasındaki fark 2 gramdan düşüğe

normal, 2-10 gram arasında ise hafif, 10-50 gram arasında ise orta, 50 gramdan yüksekse şiddetli olarak derecelendirilir (71).

2.7.5. Laboratuvar ve Görüntüleme

Tam idrar tahlili, idrar kültürü, hematolojik ve biyokimyasal testler, ürodinami, post voiding residüel idrar, üretrosistoskopi kullanılabilir (56,65).

2.8. Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans sorunu olan hastaların tanınması ve tedavisi genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu ekip çalışması, farklı uzmanlık alanlarından sağlık profesyonellerini içerir (61). Amaç kontinansı sağlamak, hastaların yaşam kalitelerini yükseltmektir. 3 çeşit tedavi metodu vardır. Bunlar konservatif, farmakolojik ve cerrahi tedavidir (73).

2.8.1. Konservatif Tedavi:

Cerrahi olmayan yöntemleri içerir ve üriner inkontinansın birinci basamak tedavi yaklaşımını oluşturur. Bu tedaviler, üriner inkontinansı olan hastalarda cerrahi müdahale öncesinde uygulanır ve genellikle bir veya birkaç yöntemin bir arada kullanılmasıyla sağlanır (67). Ancak konservatif tedavi, üriner inkontinansı olan her hasta için uygun olmayabilir. Özellikle yüksek seviyede anatomik bozukluğu veya kesin cerrahi endikasyonları olan vakalarda konservatif tedavi genellikle etkili olmayabilir ve cerrahi müdahale gerekebilir. Cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmayan, cerrahi operasyon olmak istemeyen kişilerde, gebelik durumunda ya da doğum sonrası tercih edilmektedir. Konservatif tedavi, pelvik taban egzersizleri, davranışsal terapi, diyet ve sıvı yönetimi, elektrostimülasyon gibi yöntemleri içerebilir (74).

Yaşam tarzı değişiklikleri: Risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını amaçlar. Obez kadınlarda beden kitle endeksindeki azalmanın, stres tipi inkontinansın iyileşmesine yardımcı olabileceği gözlemlenmiştir (75). Tedavide sıvı kısıtlaması önerilmez. Az sıvı alımı, mesaneyi daha çok uyarabilir ve kabızlık riskini arttırabilir. Kabızlık, üriner inkontinansı etkileyen faktörlerden biridir. Bu nedenle önlenmesi için yüksek lifli gıdalar tüketmek, yeterli sıvı alımına dikkat etmek ve düzenli egzersiz yapmak önemlidir. Ayrıca çay, kahve, asitli içecek, tatlı tüketimi azaltılmalı ve sigara

bırakılmalıdır. Bu yaklaşım, üriner inkontinans semptomlarını azaltabilir ve genel olarak sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik eder (74).

Mesane Eğitimi: Hastadan önce mesane günlüğü oluşturması istenerek idrar yapma sıklığı ölçülür. İdrara gitme süresi, 30 dakikadan başlanarak eğer hasta herhangi bir sıkıntı yaşamıyorsa 3-4 saat idrarını tutabilecek seviyeye gelinceye kadar arttırılarak devam edilir. Bu saatler arasında eğer hastanın idrarı gelirse tutmalı, belirlenen saat geldiğinde idrarı olmasa bile tuvalete oturmalıdır. Bu çalışmanın amacı mesanenin sık kasılmasını önlemek ve mesanenin idrar depolama kapasitesini arttırmaktır (76).

Pelvik taban kas egzersizleri: Öncelikle Dr. Arnold Kegel tanımlamıştır. Bu yüzden ismi **Kegel egzersizleri** olarak kalmıştır (77). Pelvik taban kaslarını kasıp gevşetmeyi içerir ve genellikle idrar kaçırma, pelvik organ sarkması veya cinsel işlev bozuklukları gibi sorunların tedavisinde kullanılır (78).

Egzersiz sırasında sırtüstü yatılır ya da sandalyeye oturulur. Bacaklar hafif aralanır. Pelvik taban kasları 10-15 sn kasılıp 10-15 sn gevşetilir. Günde en az 10-15 kereyle başlanarak sayı arttırılır (79).

Biofeedback: Fizyolojik olayların işitsel ve görsel sinyaller halinde hastaya aktarıldığı bir sistemdir. Bu sayede hasta pelvik taban kaslarını seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. Böylece bu kaslarda kas gücünde artış olur. Haftada 3 kez, 25-35 dakika boyunca uygulanır ve tedavinin beklenen sonuçları genellikle 10-20 seans sonra görülür (79).

Elektrikal stimülasyon: Vajene ya da anüse elektrotlar yerleştirilir. Böylece pudental sinir uyarılır. Bu uyarımla pasif durumda olan pelvik taban kaslarının kasılması sağlanır ve refleks mesanenin gevşemesi sağlanır. Genellikle stres tip inkontinans için yüksek frekanslar tercih edilirken, sıkışma tipi inkontinans için düşük frekanslar kullanılır. Doğru hareketin gerçekleştiğini perine'nin yukarı doğru kalkmasıyla anlarız (80).

Vajinal Konlar: Vajen içine yerleştirilen 20-100 gr arasında ağırlıkları olan koni biçimindeki yapılardır. Vajen içine yerleştirildikten sonra hasta bu konileri içinde

tutmaya çalışır. Amaç pelvik taban kaslarının farkına varılarak bu kasların güçlendirilmeye çalışılmasıdır. Başlangıçta 15 dakika süreyle yapılır ve zamanla süre 30 dakikaya çıkarılır. Gün içinde iki kez uygulanır. Pelvik taban kas gücü zamanla yükseldikçe, vajinal koni ağırlığı da yükseltilir. Altı aylık zaman diliminde başarı %70-80 olur (81). Tedavi süreci bittikten sonra kadınların yalnızca %37'si cerrahi tedaviyi tercih etmiştir. Evde kolaylıkla uygulanabilir ve eğitimci tarafından daha az denetim gerektirir. Bu yüzden tedavide uygun bir seçenektir (74).

2.8.2. Farmakolojik Tedavi

Üriner inkontinansın temel nedeni belirlendikten sonra, konservatif tedavi sonrasında veya kombine olarak ilaç tedavisi de uygulanabilir. Urge inkontinans tedavisinde antikolinerjik ilaçlar, alfa adrenerjik antagonistler, beta adrenerjik agonistler, intravezikal toksinler kullanılabilir. Antikolinerjik ilaçlar mesanenin duvarındaki M2 ve M3 reseptörlerine bağlanarak mesanenin kasılmasını önler. Ancak bu ilaçlar başka muskarinik reseptörlere de bağlandığı için çeşitli yan etki görülme durumu olabilir. Bu yan etkiler kabızlık, hazımsızlık, görme bozukluğu, baş ağrısı, bilişsel fonksiyon bozukluğu ve ağız kuruluğudur. Gastrik retansiyon, dar açılı glokom, myastenia gravis, aritmi, yakın tarihte miyokard enfarktüsü geçirdiyse, hepatik yetmezlik, idrar zorluğu ve monoamin oksidaz inhibitörü kullanımı mevcutsa antikolinerjik ilaçlar kontrendikedir (82). Stres inkontinansında ise duloksetin, alfa adrenerjik agonistler ve imipramin kullanılabilir (83).

2.8.3. Cerrahi Tedavi

Medikal ya da konservatif tedaviden yarar görmeyen hastalar veya üriner inkontinansın şiddetinin yüksek olduğu hastalarda cerrahi tedavi yapılabilir. Ancak bu tedaviden önce idrar kaçırmanın tipinin belli olması gerekir (84).

2.9. Yaşam Kalitesi

2.9.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, bir bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal olarak hissettiği genel refah düzeyidir. Bu kavram, kişinin yaşamının farklı yönlerini etkileyen ve değerlendiren bir ölçüdür. Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumu, çevresel koşullar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, kişisel tatmin, hedeflere ulaşma yeteneği ve genel mutluluk gibi çeşitli faktörlerden etkilenir. Kişinin yaşamında mutluluk, huzur ve

tatmin duygularını içerirken, aynı zamanda stres, endişe ve acı gibi olumsuz duyguların da azaltılmasını hedefler. Bir bireyin yaşam kalitesi, genellikle kişisel deneyimlerine, değerlerine, beklentilerine ve dış çevresine bağlı olarak değişir (85).

Üriner inkontinans, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur (86). Bu durum, hem fiziksel hem de psikososyal açıdan kişinin yaşamını olumsuz etkileyebilir. Üriner inkontinanslı hastalar, idrar kaçırma durumunun yol açtığı rahatsızlık, utanç ve stres nedeniyle psikolojik olarak etkilenebilirler. Ayrıca, sürekli idrar kaçırma probleminin sosyal aktivitelere katılımı sınırlayabileceği ve kişinin günlük yaşamını zorlaştırabileceği bilinmektedir (87).

Üriner inkontinansı olan kadınlarda pek çok duygusal ve psikososyal etkiler görülmektedir. Bunlar; utanma ve kırgınlık, damgalanma, sosyal izolasyon, kendini yetersiz ve kirli hissetme, inkar, seksüel istekte azalma ve suçluluk duygusudur (85).

Sağlık profesyonelleri tıbbi ve psikososyal destekle üriner inkontinansı olan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeye çalışmalıdır. Hastalar bu konudan utandıkları için anlatmaktan çekinebilirler. Bu yüzden hastalara bir güven ortamı oluşturulmalıdır. Kafalarındaki soruları rahatça sorabilmeleri sağlanmalıdır. Hastalara üriner inkontinans ile ilgili gerekli bilgileri vermelidir. Bu şekilde hastaların endişeleri ve kafalarındaki belirsizlikler azalarak yaşam kaliteleri arttırılabilir (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Türü ve Evreni

Kesitsel tipte olan çalışmamız, 15.08.2023-13.05.2024 tarihleri arasında İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 45 yaş ve üzeri kadınlar ile yürütüldü. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran tüm hastalar göz önünde bulundurulduğunda 45 yaş ve üzeri günlük kadın hasta sayısının 45 olduğu kayıt sekreterliğinden öğrenilmiştir. Buna göre araştırmada veri toplanması planlanan 15.12.2023-15.01.2024 tarihleri arasında hastaneye 1000 hastanın başvurması öngörülmüştür. Bu nedenle evren büyüklüğü 1000 kabul edilmiştir. Çalışmada ulaşılması planlanan hasta sayısı %95 güven aralığında, %5 hata payı (tip-I hata) ve %50 bilinmeyen sıklık ile 278 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamız boyunca 45 yaş ve üzerinde 300 kadına ulaşılmıştır. Ulaştığımız kadınların bir kısmı anketi yarıda kesmiş, bir kısmı da anketin başında onay vermediği için çalışmaya alınmamıştır. Sonuç olarak çalışmamız 278 tane kadın hasta üzerinde yapılmıştır. 45 yaş altındaki kadınlar, şahsi olur veremeyecek gönüllüler, yatalak ve sürekli olarak idrar sondası kullanmak durumunda olanlar, gebeler ve emziren kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler, kişisel olarak hazırladığım anketler aracılığıyla birebir yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri

3.2.1. Sosyodemografik veri anketi

Bu ankette hastalara boy, kilo, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yapıp yapmadığı, yaptıysa nasıl ve kaç doğum yaptığı, kronik hastalıkları, menopoz durumları, gün içinde ve gece yaptığı idrar sayısı, idrar kaçırıp kaçırmadığı, kaçırıyorsa doktora başvurup başvurmadığı, eğer başvurmadıysa nedeni, geçirdikleri üriner ve jinekolojik operasyonlar, idrar yolu enfeksiyonu geçirip geçirmediği sorulmuştur. Anket sonrası hastalarımıza yine yüz yüze olacak şekilde 3 adet ölçek uygulanmıştır. Bu ölçekler Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğidir.

3.2.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF)

Uluslararası idrar kaçırma konsültasyon toplantısında, idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştırmak için detaylı bir anket formu oluşturma ve klinik

uygulamalar ile çalışmalarda kullanılabilecek kısa bir ölçek hazırlama kararı alındı. Tedavi öncesinde ve sonrasında değerlendirme süreçlerinde standartlaştırma sağlamak amacıyla bu tür ölçekler oldukça önemlidir. İdrar kaçırma ve bu durumun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Avery ve arkadaşları tarafından ICIQ-SF geliştirilmiştir (88). Bu ölçekte 4 boyut bulunur. İlk boyutta idrar kaçırmanın sıklığı, ikincide miktar olarak ne kadar kaçırdığı, üçüncüde gündelik hayatını ne kadar etkilediği, dördüncü boyutta ise hangi durumlarda idrar kaçırdığı sorgulanır. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek için ilk 3 boyutun puanı toplanır. Puanlamada daha çok boyutların puanlarını ayrı toplamak yerine tek puan belirleme şeklinde bir eğilim vardır. Alınan puanlar en düşük 0, en yüksek 21'dir. Düşük olan puanlar üriner inkontinansın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksekler ise çok etkilediğini gösterir (88,89).

Avery ve diğer araştırmacıların yaptığı değerlendirmede, ölçeğin güvenirlik, duyarlılık ve geçerliliğinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yapı, yakınlaşım, ayrışım ve kapsam geçerliliğine bakılmış ve kabul edilebilir olduğu görülmüştür (88).

Cronbach's alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuş, ayrıca test-tekrar test korelasyon katsayısının da $r=0.83$ olduğu görülmüştür (88).

Çetinel ve ekibinin 2004 yılında Türkçe'ye uyarladığı Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunda Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak bulunmuş ve test-tekrar test korelasyon katsayıları her bir ifade için $r=0.97$ ile $r=0.90$ arasında değişmiştir (92). Çetinel ve ekibinin başka bir çalışmasında ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri puanın, rahatsız edici idrar kaçırmaı belirlemede en uygun kesme noktası olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.61 olarak belirlenmiştir. Araştırmada, ICIQ-SF için 8 ve üzeri puanın, idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkilediği, altındaki puanların ise etkilemediği şeklinde yorumlanmıştır (62).

3.2.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QLL)

Wagner ve ekibinin 1996'da Amerika'da geliştirdiği üriner inkontinans'lı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçek, 1999'da Patrick ve ekibinin yeniden gözden geçirmesiyle Avrupa versiyonları için psikometrik ölçümler yapılarak altı soru çıkarılmış ve soru sayısı 22'ye indirilmiştir. Ülkemizde

Özerdoğan tarafından bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bu ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar sosyal yaşamını sınırlama (8,12,14,18,19.maddeler), davranışları sınırlama (1,2,3,4,10,11,13,20. maddeler) ve psikolojik etkilenme (5,6,7,9,15,16,17,21,22.maddeler)dir. Tüm maddeler, 1=çok fazla, 2=oldukça, 3=orta düzeyde, 4=biraz, 5=hiç şeklindeki 5 kategorili Likert tipi ölçekle değerlendirilir. Hesaplanan toplam puan 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülür. Alt boyut ölçeklerinin hesaplanması da aynı şekilde yapılmaktadır.Yüksek çıkan puanların yaşam kalitesi düşük çıkan puanlardan daha yüksek kabul edilir (87,90).

3.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu ölçek Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş 10 madde içermektedir. Likert tipi ölçekte, her madde için dört seçenek bulunmaktadır. Kişiden, kendisini ne kadar tanımladığını belirlemesi ve kendisini genel olarak değerlendirmesi istenir. Ölçekteki maddelerin yarısı olumlu düşünce yapısına, diğer yarısı ise olumsuz düşünce yapısına sahiptir. Kişinin bu seçeneklerden birini seçmesi istenir. Ölçekteki ilk 3 madde kendi arasında, 4 ve 5. maddeler kendi arasında, 9 ve 10. maddeler kendi arasında, 6, 7, 8. maddeler bağımsız olarak hesaplanır. Olumsuz değerlendirmeler 1 puan, olumlu değerlendirmeler ise 0 puandır. Toplam puan en düşük 0, en yüksek 6 şelindedir. 5-6 puan aralığı düşük, 2-4 puan aralığı orta ve 0-2 puan aralığı yüksek benlik saygısını göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Geçerlilik oranı 0.71 olarak hesaplanmıştır (91).

3.3. Araştırmanın Etik İzni

Bu çalışma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan 26.12.2023 tarihinde ve 0594 sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 29 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Özet istatistikler kategorik değişkenlerde birim sayısı (n), yüzde (%) olarak verildi. Sayısal değişkenlerde ise özet istatistikler verilerin dağılımına göre aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, kartiller arası uzaklık, minimum ve maksimum değerleri

olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımını Kolmogorov Smirnov normallik testi ile değerlendirildi. Grupların varyans homojenliği Levene testi ile analiz edildi. Sayısal değişkenler için iki grup karşılaştırmaları verilerin normal dağılım göstermesi durumunda bağımsız örneklerde *t* testi, verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler ikiden fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis analizi ile yapıldı. Kruskal Wallis analizinde çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Grupların kategorik değişkenler ile karşılaştırılmasında kıkare analizlerinden (Pearson kıkare, Fisher-Freeman-Halton exact test, Yates kıkare, Fisher exact test) yararlanıldı. Kıkare analiz sonuçlarının önemli bulunması durumunda alt grup analizleri Bonferroni düzeltmeli iki oran Z testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. İdrar kaçırma durumunu etkileyen faktörler çoklu ikili lojistik regresyon ile değerlendirildi. Lojistik regresyon analizinde sonuç modele ulaşmak için geriye doğru elemeli Wald yöntemi kullanıldı. İdrar kaçırma durumunun yaşam kalitesini değerlendirmek için doğrusal regresyon analizinden yararlanıldı. Tüm analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamız 45 yaş ve üzerindeki kadınları içermekteydi ve çalışmamıza 278 kadın katılmıştır. Kadınların yaş değişkeni ortalamasına bakıldığında min:45 max:90 ort: 59,5±8,9 olarak bulundu. Beden kitle indekslerine göre grupladığımızda zayıf grupta kadın görülmedi. %36 normal, %39.6 fazla kilolu, %24.5 obez kategorisindeydi (Tablo 1). Bki ortalaması da 27,2±4,8 (min:20,1- max:46,1) şeklinde hesaplandı.

Tablo 4: Kadınların Beden Kitle İndeksi Dağılımı

BKİ	%	N
NORMAL	36	100
FAZLA KİLOLU	39.6	110
OBEZ	24.5	68

Tablo 2: Kadınların Medeni ve Eğitim Durumları

	N	%
Medeni durum		
Evli	198	71,2
Bekar	6	2,2
Boşanmış/eşi vefat etmiş	74	26,6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	8	2,9
İlkokul mezunu	42	15,1
Ortaokul mezunu	36	12,9
Lise mezunu	98	35,3
Üniversite ve üzeri	94	33,8

Çalışmamıza katılan kadınlarda en az bir kronik hastalık görülme prevalansı %71.6 (n=199)dur. En sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%35.3 n=98),

diyabet (%19.8 n=55), tiroide bağı bozukluklar (%28.4 n=79) olarak bulunmuştur. (Tablo 3).

Tablo 3:Kronik Hastalıkların Sıklığı

Kronik hastalık	n	%
Evet	199	71,6
Hayır	79	28,4
Diyabet	55	19,8
Hipertansiyon	98	35,3
Kalp damar	24	8,6
Hiperlipidemi	31	11,2
Tiroid	79	28,4
Romatolojik hastalık	26	9,4
Astım	25	9,0
Nörolojik psikiyatrik hastalık	26	9,4
Diğer	17	6,1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %20.5 (n=57) sigara içiyordu, %67.6 (n=188) sigara içmiyordu ve %11.9 (n=33) önceden içtiği halde artık içmiyordu.

Çalışmaya katılan kadınların %95.7'si (n=266) gebe kalmış ancak %93.9'unda (n=261) doğum gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılanların %53.6 (n=149)'sı sadece vajinal doğum, %25.5 (n=71)'i sadece sezaryen doğum ve % 14.7'si (n=41) hem vajinal hem sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Gebelik ve Doğum Özellikleri

	n	%
Hiç gebelik oldu mu?		
Evet	266	95,7
Hayır	12	4,3
Doğum yaptınız mı?	n	%
Evet	261	93,9

Hayır	17	6,1
Kaç kez doğum*		
Bir	54	19,4
İki	131	47,1
İkiden fazla	76	27,3
Doğum şekli*		
Hepsi vajinal	149	53,6
Hepsi sezaryen	71	25,5
Hem vajinal hem sezaryen	41	14,7

* Doğum yapan kadınlara (n=266) sorulmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların gün içinde idrar yapma sıklığı ort 6.3±2.3 (min:3, max:20). Gece idrarına kalkma sıklığı %70.5 (n=196) olarak bulundu. Gece idrara kalkan kadınlarda ise gece boyu idrar yapma sıklığı ort:2.03±1.4 (min:1, max:10) olarak hesaplandı.

Çalışmamıza katılan kadınların %88.1 (n=245)'inin menopoza girdiği, % 11.33 (n=33)'ünün daha menopoza girmediği görülmüştür. Menopozda olma süresi ise ort 12.41±8.3 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5: Kabızlık Durumu

Kabızlık	%	n
Evet	39.9	111
Hayır	60.1	167

Çalışmamıza katılan kadınların %23.7'si (n=66) Kegel egzersizlerini duymuştu, %20.9 (n=59) Kegel egzersizlerinin nasıl yapıldığını biliyordu ancak düzenli Kegel egzersizi yapanların sıklığı %3.2 (n=9) idi (Tablo 6).

Tablo 6: Kegel Egzersizini Bilme ve Uygulama Durumu

	%	n
Kegelin ne olduğunu bilme		
Evet	23.7	66
Hayır	76.3	212
Kegelin nasıl yapılacağını bilme		
Evet	20.9	58
Hayır	79.1	220
Düzenli Kegel yapma		
Evet	3.2	9
Hayır	96.8	269

Çalışmamızdaki kadınların %21.9'i (n=61) idrar kaçırma endişesi yüzünden ped ya da ekstra çamaşır kullanıyordu. %48.9'u (n=136) idrar kaçırma şikayeti vardı (Tablo 7).

Tablo 7 :İdrarKaçırma ve Doktora Başvurma Durumu

	%	n
İdrar Kaçırma Şikâyeti		
Evet	48,9	136
Hayır	51.1	142
İdrar doktora başvuru (n=136)		
Evet	36	49
Hayır	64	87

İdrar kaçırma şikâyeti olup da doktora başvurmama sebepleri sorulduğunda %65.5 (n=57) yaşlanmanın doğal getirisi olarak görüp önemsememekte, %13.8 (n=12) utandıkları için başvurmamakta, %17.2 (n=15) daha ciddi hastalıklar nedeniyle zaman bulamamakta, %3.4 (n=3) şikayetleri biraz daha artana kadar ertelemektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Doktora Başvurmama Sebepleri

Neden doktora başvurmadınız ?	%	n
Erteleme	% 3.4	3
Önemsememe	% 65.5	57
Utanma	%13.8	12
Zaman bulamama	%17.2	15

*İdrar kaçırıp da doktora başvurmayanlara sorulmuştur (n=87)

Tablo 9: İdrar Kaçıranlarda İlaç Kullanımı ve Memnuniyeti

İlaç kullandınız mı? (n=136)*	N	%
Evet	29	21,3
Hayır	107	78,7
İlaç memnuniyeti (n=29)**		
Evet	17	58,6
Hayır	12	41,4

*İdrar kaçırın 136 kadına sorulmuştur.

**İlaç kullanan kadınlara sorulmuştur.

Tablo 10: Diüretik İlaç Kullanma Durumu

Diüretik kullanımı	N	%
Evet	41	14,7
Hayır	237	85,3

Tablo 11: İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme, Üriner ve Jinekolojik Operasyon Durumları

	n	%
İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?		
Evet	216	77,7

Hayır	62	22,3
Üriner ameliyat		
Evet	17	6,1
Hayır	261	93,9
Jinekolojik ameliyat		
Evet	145	52,2
Hayır	133	47,8

Çalışmamızdaki kadınlara en son ne zaman kadın hastalıkları doğum polikliniğine başvurdıklarını sorduğumuzda %18.3 (n=51) bir yıldan daha kısa önce, %56.1 (n=156) bir ile beş yıl arasında, %20.1 (n=56) altı yıl ile on yıl arasında, %5.4 (n=15) on yıldan fazla süre önce başvurdıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan tüm kadınlara baktığımızda ICIQ-SF ortalama puanı 3.9 ± 4.6 (medyan:0 min:0 max:21). Çalışmamıza katılan kadınlara uyguladığımız ICIQ-SF ölçeğine göre %24.5 haftada bir veya daha az, %15.5 haftada iki ya da üç kez, %2.9 günde bir kez, %5.4 günde birkaç kere, %0.7 her zaman idrar kaçırdığını belirtmektedir (Tablo 12).

Tablo 12: Kadınların İdrar Kaçırma Sıklığı (ICIQ-SF)

	%	n
Hiç	51.1	142
Haftada bir veya daha seyrek gibi	24.5	68
Haftada iki veya üç kez	15.4	43
Günde bir kez gibi	2.9	8
Günde birkaç kez	5.4	15
Her zaman	0.7	2

Tablo 13: Kadınların İdrar Kaçırma Miktarları (ICIQ-SF)

	%	N
Hiç	51.1	142
Az miktarda	41.7	116
Orta miktarda	5.8	16
Çok miktarda	1.4	4

Tablo 14: Kadınların Hangi Durumlarda İdrar Kaçırıldığı (ICIQ-SF)

	%	n
Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum	51.1	142
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum	9	25
Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum	17.6	49
Uyurken kaçıyorum	0.7	2
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum	0.7	2
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum	2.2	6
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum	3.6	10
Her zaman kaçıyorum	1.1	3
Tuvalete yetişmeden ve öksürüp hapsururken	14	39

Çalışmamızdaki kadınların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (IQLL) ortalama puanı: 90.98 ± 11.54 (medyan:95.9 min:32.73 max:100), alt tipleri olan davranı sınırlama ort: 87.27 ± 13.9 (medyan:92.5 min:30 max:100), sosyal izolasyon puan ort: 90.9 ± 13.4 (medyan:96 min:24 max:100), psikososyal etkilenme ort puanı: 94.32 ± 9.7 (medyan:97.7 min:40 max:100) olarak hesaplandı (Tablo 15).

Tablo 15: Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Analizi

	Mean	Ss	Medyan	Min	Max
Total I-QOL Anket Skoru	90.98	± 11.54	95.9	32.73	100
Davranışların Sınırlandırılması	87.27	± 13.9	92.5	30	100
Psikososyal Etkilenme	94.32	± 9.7	97.7	40	100
Sosyal İzolasyon	90.9	± 13.4	96	24	100

Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre yüksek, orta, düşük benlik olarak üçe ayrıldı (Tablo 16).

Tablo 16: Rosenberg Benlik Saygısı Analizi

Rosenberg Benlik Saygısı	%	n
Yüksek benlik	97.5	271
Orta benlik	1.4	4
Düşük benlik	1.1	3

Tablo 17'ye göre idrar kaçırانların yaşları istatistiksel olarak yüksektir. Katılımcıların boyları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. İdrar

kaçıranların kilo ve BKİ değerleri istatistiksel olarak yüksektir. Sınıflandırılmış BKİ gruplarına göre idrar kaçırma dağılımları istatistiksel olarak farklıdır. İdrar kaçırmanın sıklığı normal grupta %31, fazla kilolu grupta %60,0 ve obez grupta %57,4'tür. Fazla kilolu ve obez hastalarda idrar kaçırma sıklığı normal gruba göre istatistiksel olarak yüksektir. Medeni duruma göre idrar kaçırma sıklıkları arasında istatistiksel olarak fark yoktur. Eğitim durumuna göre idrar kaçırma sıklıkları istatistiksel olarak farklıdır. İdrar kaçırma sıklıkları okuryazar olmayanlarda %75,0, ilkokul mezunlarında %64,3, ortaokul mezunlarında %75, lise mezunlarında %43,9 ve üniversite ve üzeri mezunlarında %35,1'dir. Okuryazar olmayanlarda, ilkokul ve ortaokul mezunlarındaki idrar kaçırma sıklıkları lise ve üniversite ve üzeri mezunlara göre istatistiksel olarak yüksektir.

Tablo 17: İdrar Kaçırma Durumuna Göre Yaş, Boy, Kilo, BKİ, Medeni Durum ve Eğitim Durumunun Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	p değeri
Yaş, (yıl)	57,5±7,6		61,8±9,7		4,064	<0,001[†]
Boy, (cm)	161,9±4,8		160,8±5,5		1,844	0,066 [†]
Kilo, (kg)	68,3±10,8		73,7±13,2		3,488	0,001[†]
BKİ (kg/m²)	26,1±4,6		28,3±4,8		3,942	<0,001[†]
BKİ grup	n	%	n	%	20,190	<0,001[‡]
Normal	69	69,0	31	31,0 ^a		
Fazla kilolu	44	40,0	66	60,0 ^b		
Obez	29	42,6	39	57,4 ^b		
Medeni durum	n	%	n	%	1,473	0,479 [¥]
Evli	97	49,0	101	51,0		
Bekar	4	66,7	2	33,3		
Boşanmış/eşi vefat etmiş	41	55,4	33	44,6		
Eğitim durumu	n	%	n	%	24,120	<0,001[‡]
Okuryazar değil	2	25,0	6	75,0 ^a		
İlkokul mezunu	15	35,7	27	64,3 ^a		

Ortaokul mezunu	9	25,0	27	75,0 ^a
Lise mezunu	55	56,1	43	43,9 ^b
Üniversite ve üzeri	61	64,9	33	35,1 ^b

* n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, sayısal değişkenler ortalama±standart sapma olarak özetlenmiştir. †: Bağımsız örneklerde t testi, ‡Pearson kıkare testi, ¥: Fisher-Freeman Halton exact test, ¤: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 18'e göre kronik hastalığı olanlarda idrar kaçıрма sıklığı %58.2 ve kronik hastalığı olmayanlarda %25.3'tür. Kronik hastalığı olanlarda idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Diyabet olanlarda idrar kaçıрма sıklığı %78.2 ve diyabet olmayanlarda idrar kaçıрма sıklığı %41.7'dir. Diyabet olanlarda idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Hipertansiyon hastalarında idrar kaçıрма sıklığı %78.2 ve hipertansiyon olmayan hastalarda idrar kaçıрма sıklığı %41.7'dir. Hipertansiyon hastalarında idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Kalp damar hastalarında idrar kaçıрма sıklığı %70.8 ve kalp damar hasta olmayanlarda idrar kaçıрма sıklığı %46.9'dur. Kalp damar hastalarında idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Hiperlipidemi olan hastalarda idrar kaçıрма sıklığı %71.0 ve hiperlipidemi olmayan hastalarda idrar kaçıрма sıklığı %46.2'dir. Hiperlipidemi hastalarında idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Tiroid, romatolojik hastalık, astım, nörolojik psikiyatrik hastalık ve diğer kronik hastalık gruplarında idrar kaçıрма sıklığı istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 18: Kronik Hastalıkların İdrar Kaçıрма Durumuna Göre Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	<i>p</i> değeri
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Kronik hastalık						
Evet	83	41,7	116	58,3	24,607	<0,001[‡]
Hayır	59	74,7	20	25,3		
Diyabet						

Evet	12	21,8	43	78,2	23,493	<0,001[‡]
Hayır	130	58,3	93	41,7		
Hipertansiyon						
Evet	30	30,6	68	69,4	25,373	<0,001[‡]
Hayır	112	62,2	68	37,8		
Kalp damar						
Evet	7	29,2	17	70,8	4,133	0,042^Φ
Hayır	135	53,1	119	46,9		
Hiperlipidemi						
Evet	9	29,0	22	71,0	5,830	0,016^Φ
Hayır	133	53,8	114	46,2		
Tiroid						
Evet	39	49,4	40	50,6	0,129	0,719[‡]
Hayır	103	51,8	96	48,2		
Romatolojik hastalık						
Evet	11	42,3	15	57,7	0,538	0,463^Φ
Hayır	131	52,0	121	48,0		
Astım						
Evet	9	36,0	16	64,0	1,881	0,170^Φ
Hayır	133	52,6	120	47,4		
Nörolojik psikiyatrik hastalık						
Evet	10	38,5	16	61,5	1,313	0,252^Φ
Hayır	132	52,4	120	47,6		
Diğer						
Evet	9	52,9	8	47,1	0,001	0,999^Φ
Hayır	133	51,0	128	49,0		

* n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, [‡]Pearson kıkare testi, ^Φ: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçırınlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Gebelik olanlarda idrar kaçırma sıklığı 50.4 ve gebelik olmayanlarda idrar kaçırma sıklığı %16,7'dir. Gebelik olanlarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Doğum yapanlarda idrar kaçırma sıklığı %51.0 ve doğum yapmayanlarda idrar kaçırma sıklığı %17,6'dır. Doğum yapanlarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Doğum sayısına göre idrar kaçırma sıklıkları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. İdrar kaçırma sıklığı bir kez doğum yapanlarda %37.0, iki kez doğum yapanlarda %51.9, ikiden fazla doğum yapanlarda %59.2 ve hiç doğum yapmayanlarda %17.3'tür. İki ve ikiden fazla doğum yapanlarda idrar kaçırma sıklığı hiç doğum yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Bir kez doğum yapanlarda idrar kaçırma sıklığı diğer gruplar ile istatistiksel olarak benzerdir. Doğum şekline göre idrar kaçırma sıklıkları istatistiksel olarak farklıdır. İdrar kaçırma sıklığı doğum şekli hepsi vajinal olanlarda %53.7, hepsi sezaryen olanlarda %39.4, hem vajinal hem sezaryen olanlarda %61.0 ve hiç doğum yapmayanlarda %17.3'tür. Doğum şekli hepsi vajinal ve hem vajinal hem sezaryen olanlarda idrar kaçırma sıklığı doğum yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Hepsi sezaryen doğum olan hastalarda idrar kaçırma sıklığı diğer gruplardan istatistiksel olarak farklı değildir (Tablo 19).

Tablo 19: Obstetrik Hikâyenin İdrar Kaçırma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	<i>p</i> değeri
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Hiç gebelik oldu mu?						
Evet	132	49,6	134	50,4	3,959	0,047 ^Φ
Hayır	10	83,3	2	16,7		
Doğum yaptınız mı?						
Evet	128	49,0	133	51,0	5,817	0,016 ^Φ
Hayır	14	82,4	3	17,6		
Doğum sayısı						
Bir	34	63,0	20	37,0 ^{ab}	13,394	0,004 [‡]
İki	63	48,1	68	51,9 ^a		
İkiden fazla	31	40,8	45	59,2 ^a		
Doğum yapmadım	14	82,4	3	17,3 ^b		
Doğum şekli					12,951	0,005 [‡]

Hepsi vajinal	69	46,3	80	53,7 ^a
Hepsi sezaryen	43	60,6	28	39,4 ^{ab}
Hem vajinal hem sezaryen	16	39,0	25	61,0 ^a
Doğum yapmadım	14	82,4	3	17,3 ^b

n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, [‡]Pearson kıkare testi, ^Φ: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir

Sigara içme durumuna göre idrar kaçırmaya sıklıkları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. İdrar kaçırmaya sıklığı sigara içenlerde %38,6, içmeyenlerde %54,3 ve sigarayı bırakanlarda %36,4'tür. Sigara içmeyenlerde idrar kaçırmaya sıklığı sigara içenlere ve sigarayı bırakanlara göre istatistiksel olarak yüksektir (Tablo 20).

Tablo 50: Sigara İçme ile İdrar Kaçırma Durumunun Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	p değeri
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Sigara						
Evet	35	61,4	22	38,6 ^a	6,655	0,036[‡]
Hayır	86	45,7	102	54,3 ^b		
Bıraktım	21	63,6	12	36,4 ^a		

n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (minimum-maksimum) değer olarak özetlenmiştir, ^{*}: Mann-Whitney U testi, [‡]Pearson kıkare testi, ^Φ: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 21'e göre idrar kaçıranlarda günlük idrar sayısı idrar kaçırmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. İdrar kaçırmaya sıklığı menopoza girenlerde %52.2 ve menopoza girmeyenlerde %24.2'dir. Menopoza girenlerde idrar kaçırmaya sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Kabızlık, Kegel bilgi durumu, Kegel yapmayı bilme durumu ve düzenli Kegel yapma durumuna göre idrar kaçırmaya dağılımları istatistiksel olarak farklı değildir. İdrar kaçırmaya sıklığı diüretik kullananlarda %82.9 ve diüretik kullanmayanlarda %43.0'tür. Diüretik kullananlarda idrar kaçırmaya sıklığı istatistiksel olarak yüksektir .

Tablo 21: İdrar Yapma, Menopoz, Kabızlık, Kegel Egzersizi, Diüretik Kullanımına Göre İdrar Kaçırma Durumunun Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	p değeri
	n	%	n	%		
Günlük idrar sayısı	5 (3-12)		6,5 (3-20)		5,068	<0,001^{&}
Gece idrarı						
Evet	82	41,8	114	58,2	22,715	<0,001[‡]
Hayır	60	73,2	22	26,8		
Menopoza girdiniz mi?						
Evet	117	47,8	128	52,2	8,040	0,005^Φ
Hayır	25	75,8	8	24,2		
Kabızlık						
Evet	51	45,9	60	54,1	1,948	0,163 [‡]
Hayır	91	54,5	76	45,5		
Kegel Bilgi Durumu						
Evet	40	60,6	26	39,4	3,144	0,091 [‡]
Hayır	102	48,1	110	51,9		
Kegel yapmayı bilme durumu						
Evet	34	58,6	24	41,4	1,668	0,197 [‡]
Hayır	108	49,1	112	50,9		
Düzenli Kegel yapma						
Evet	7	77,8	2	22,2	-	0,173 [‡]
Hayır	135	50,2	134	49,8		
Diüretik kullanımı						
Evet	7	17,1	34	82,9	20,689	<0,001^Φ
Hayır	135	57,0	102	43,0		

n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (minimum-maksimum) değer olarak özetlenmiştir, &: Mann-Whitney U testi, ‡Pearson kıkare testi, Φ: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Üriner ve jinekolojik ameliyata göre idrar kaçırma sıklıkları istatistiksel olarak farklı değildir. En son kadın doğum polikliniğine başvurma zamanına göre idrar kaçırma sıklıkları arasında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır. İdrar kaçırma sıklığı

kadın doğum polikliniğine bir yıldan daha az sürede başvuranlarda %33.3, 1-5 yıl aralığında başvuranlarda %46.2, 6-10 yıl aralığında başvuranlarda %66.1 ve 10 yılın üzerinde başvuranlarda %6.7'dir. Kadın doğum polikliniğine 6 yıl ve üzerinde başvuranlarda idrar kaçırma sıklığı bir yıldan daha sürede başvuranlara göre istatistiksel olarak yüksektir. İdrar kaçırma sıklığı İYE geçirenlerde %53.2 ve İYE geçirmeyenlerde %33.9'dur. İdrar kaçırma sıklığı İYE geçirenlerde istatistiksel olarak yüksektir (Tablo 22 ve 23).

Tablo 22: Üriner ve Jinekolojik Ameliyata Göre İdrar Kaçırma Durumlarının Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yok		Var		Test değeri	<i>p</i> değeri
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%		
Üriner ameliyat						
Evet	5	29,4	12	70,6	2,542	0,111 ^Φ
Hayır	137	52,5	124	47,5		
Jinekolojik ameliyat						
Evet	74	51,0	71	49,0	0,001	0,988 [‡]
Hayır	68	51,1	65	48,9		

n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (minimum-maksimum) değer olarak özetlenmiştir, [‡]: Mann-Whitney U testi, ^Φ: Pearson kıkare testi, ^Φ: Yates kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 23: Kadın Doğum Polikliniğine Başvurma Zamanı ve İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumuna Göre İdrar Kaçırma Durumunun Karşılaştırılması

İdrar Kaçırma Durumu					Test İstatistikleri	
Yok		Var		Test değeri	p değeri	
n	%	N	%			
En son ne zaman kadın doğum polikliniğine başvurdunuz?						
<1 yıl	34	66,7	17	33,3 ^a	13,919	0,003 [‡]
1-5 yıl	84	53,8	72	46,2 ^{ab}		
6-10 yıl	19	33,9	37	66,1 ^b		
>10 yıl	5	33,3	10	66,7 ^b		
İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?						

Evet	101	46,8	115	53,2	7,233	0,007*
Hayır	41	66,1	21	33,9		

n: Katılımcı sayısı, %: Satır yüzdesi, *Pearson kıkare testi, a ve b üst simgeleri idrar kaçıranlar sütununda kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

İdrar kaçırmayı etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi için tek değişkenli analizlerde idrar kaçırmayı durumu ile istatistiksel olarak ilişkili bulunan değişkenler çoklu ikili lojistik regresyon modeline alınmıştır. Sonuç modele ulaşmak için geriye doğru elemeli Wald yöntemi kullanılmıştır. Son modele göre yaş, BKİ grup, diyabet, günde idrar sayısı ve diüretik kullanımı idrar kaçırmayı üzerinde etkili bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 24’te verilmiştir. Tablo 24’e göre yaş arttıkça idrar kaçırmayı riski 1,035 kat artmaktadır. Fazla kilolu olanlarda idrar kaçırmayı riski normal bireylere göre 3,252 kat; obez olanlarda idrar kaçırmayı riski normal bireylere göre 2,678 kat daha fazladır. Diyabet hastalarında idrar kaçırmayı riski 2,467 kat daha fazladır. Günde idrar sayısı arttıkça idrar kaçırmayı riski 1,333 artmaktadır. Diüretik kullananlarda idrar kaçırmayı riski 3,286 kat fazladır. Kurulan model istatistiksel olarak uyum iyiliğini sağlamıştır ($p=0,358$) ve modeldeki değişkenler idrar kaçırmayı riskini %31,6 oranında tahminleyebilmektedir.

Tablo 24: İdrar Kaçırmayı Etkileyen Faktörlerin Çoklu İkili Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	β	Standart hata	Wald İstatistikleri	p	Odds Oranı	Odds Oranı için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	-4,843	1,130	18,365	<0,001	0,008		
Yaş	0,034	0,017	3,978	0,046	1,035	1,001	1,070
BKİ Grup			14,114	0,001			
Fazla kilolu (ref: normal)	1,179	0,325	13,156	<0,001	3,252	1,719	6,150
Obez (ref: normal)	0,985	0,369	7,112	0,008	2,678	1,298	5,525

Diyabet	0,903	0,403	5,015	0,025	2,467	1,119	5,436
Günde idrar sayısı	0,288	0,072	16,078	<0,001	1,333	1,158	1,535
Diüretik kullanımı	1,190	0,494	5,806	0,016	3,286	1,249	8,648

Modele Alınan Değişkenler: Yaş, BKİ grup, eğitim durumu, diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalığı, hiperlipidemi, hiç gebelik oldu mu? doğum yaptınız mı? Kaç kez doğum, doğum şekli, sigara, günde idrar sayısı, gece idrarı, menopoza girdiniz mi? Diüretik kullanımı, En son ne zaman kadın doğum polikliniğine başvurdunuz?, İYE geçirme

Model İstatistikleri: Hosmer and Lemeshov Test $\chi^2=7,714$; $p=0,358$; Nagelkerke $R^2=0,316$

Eleme Yöntemi: Geriye Doğru Elemeli Wald Yöntemi

Tablo 25.1'e göre yaş ile ICIQ SF puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır. Yaş ile IQLL toplam ve IQLL sosyal izolasyon arasında istatistiksel olarak önemli zayıf düzey negatif korelasyon, IQLL davranış sınırlama ve IQLL psikolojik etkilenme arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 25.1: Yaş Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
ICIQ SF sonuç	0,244	<0,001
IQLL toplam	-0,202	0,001
IQLL sosyal izolasyon	-0,206	0,001
IQLL davranış sınırlama	-0,188	0,002
IQLL psikolojik etkilenme	-0,137	0,022

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 25.2'ye göre ICIQ SF rahatsızlık veren idrar kaçırma olan hastaların yaşları istatistiksel olarak yüksektir. Rosenberg sonuçlarına göre yaş dağılımları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir.

Tablo 25.2: Yaş Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	Test İstatistikleri	
		Test değeri	<i>p</i> değeri

ICIQ SF RVİK			
Yok	58,0 (10,0)	3,361	0,001^{&}
Var	63,0 (18,0)		
Rosenberg sonuç			
Yüksek benlik	59,0 (12,0)	5,327	0,070 ^ψ
Orta benlik	50,0 (6,0)		
Düşük	59,0 (5,0)		

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma, Veriler medyan (kartiller arası uzaklık) değer olarak verilmiştir. [&]: Mann-Whitney U testi, ^ψ: Kruskal-Wallis Analizi

Tablo 26'ya göre ICIQ SF puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının ICIQ SF puanları lise üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Eğitim durumuna göre ICQ SF rahatsızlık veren idrar kaçırma (RVİK) dağılımları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanlarda ve ortaokul mezunlarında RVİK sıklığı lise ve üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. İlkokul mezunlarında RVİK sıklığı lise mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Eğitim durumuna göre IQLL puanlarının tamamı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Üniversite mezunlarının IQLL toplam puanları okuryazar olmayanlara, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Lise mezunlarının IQLL toplam puanları okuryazar olmayan ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Lise ve üniversite mezunlarının IQLL sosyal izolasyon puanları okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Lise ve üniversite mezunlarının IQLL davranış sınırlama puanları okuryazar olmayan ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Lise ve üniversite mezunlarının IQLL psikolojik etkilenme puanları okuryazar olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Rosenberg sonuçları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 26: Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu					Test İstatistikleri	
Okuryazar değil	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite Mezunu	Test değeri	p değeri

ICIQ SF sonuç	11,5 (12,5) ^a	5,5 (10,0) ^a	6,0 (4,8) ^a	0,0 (5,0) ^b	0,0 (5,0) ^b	37,668	<0,001^ψ
ICIQ SF RVİK, n (%)							
Yok	3 (37,5)	26 (61,9)	20 (55,6)	86 (87,8)	78 (83,0)	29,732	<0,001[‡]
Var	5 (62,5) ^a	16 (38,1) ^{ab}	16 (44,4) ^a	12 (12,2) ^c	16 (17,0) ^{bc}		
IQLL toplam	80,9 (16,1) ^a	90,9 (14,1) ^{ac}	87,7 (15,9) ^a	97,3 (9,1) ^{bc}	98,2 (8,6) ^b	33,515	<0,001^ψ
IQLL sosyal izolasyon	76,0 (21,0) ^a	88,0 (20,0) ^a	84,0 (16,0) ^a	100,0 (8,0) ^b	100,0 (4,0) ^b	34,057	<0,001^ψ
IQLL davranış sınırlama	72,5 (20,6) ^a	87,5 (18,1) ^{ab}	78,8 (17,5) ^a	95,0 (12,5) ^b	95,0 (13,1) ^b	31,279	<0,001^ψ
IQLL psikolojik etkilenme	90,0 (15,6) ^a	97,8 (11,1) ^{ab}	95,6 (14,4) ^{ab}	100,0 (4,4) ^b	100,0 (4,4) ^b	22,719	<0,001^ψ
Rosenberg sonuç, n (%)							
Yüksek benlik	8 (100,0)	70 (95,2)	35 (97,2)	95 (96,9)	93 (98,9)	8,352	0,300 [¥]
Orta benlik	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	3 (3,1)	0 (0,0)		
Düşük	0 (0,0)	1 (2,4)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,1)		

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (kartiller arası uzaklık) değer olarak özetlenmiştir, [‡]Pearson kıkare testi, [¥]: Fisher-Freeman Halton exact test, ^ψ: Kruskal-Wallis Analizi, ^a, ^b ve ^c üst simgeleri aynı satırdaki kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren kategoriler istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 27'ye göre kronik hastalığı olanların ICIQ SF puanları istatistiksel olarak yüksektir. RVİK sıklığı kronik hastalığı olanlarda %29.6 ve kronik hastalığı olmayanlarda %7.6'dır. Kronik hastalığı olanlarda RVİK sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Kronik hastalığı olanların tüm IQLL puanları istatistiksel olarak düşüktür. Rosenberg sonuçları kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 27:Kronik Hastalıklara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Kronik Hastalık		Test İstatistikleri	
	Var	Yok	Test değeri	p değeri
ICIQ SF sonuç	5,0 (8,0)	0,0 (4,0)	5,266	<0,001^{&}
ICIQ SF RVİK				

Yok	140 (70,4)	73 (92,4)	14,146	<0,001^Φ
Var	59 (29,6)	6 (7,6)		
IQLL toplam	93,6 (13,6)	99,1 (6,4)	4,757	<0,001^{&}
IQLL sosyal izolasyon	96,0 (16,0)	100,0 (4,0)	3,901	<0,001^{&}
IQLL davranış sınırlama	90,0 (17,5)	97,5 (12,5)	4,723	<0,001^{&}
IQLL psikolojik etkilenme	97,8 (11,1)	100,0 (2,2)	3,518	<0,001^{&}
Rosenberg sonuç				
Yüksek benlik	194 (97,5)	77 (97,5)		
Orta benlik	2 (1,0)	2 (2,5)	1,817	0,345 [¥]
Düşük	3 (1,5)	0 (0,0)		

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (kartiller arası uzaklık) değer olarak özetlenmiştir, &: Mann-Whitney U testi, ¥: Fisher-Freeman Halton exact test, Φ: Yates kıkare testi

Tablo 28'e göre doğum yapanların ICIQ SF puanları istatistiksel olarak yüksektir. RVİK sıklığı doğum yapanlarda istatistiksel olarak yüksektir. Tüm IQLL puanları doğum yapanlarda istatistiksel olarak düşüktür. Doğum yapma durumuna göre Rosenberg sonuçları istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 28: Doğum Yapma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Doğum		Test İstatistikleri	
	Yaptı	Yapmadı	Test değeri	p değeri
ICIQ SF sonuç	4,0 (7,5)	0,0 (0,0)	2,954	0,003^{&}
ICIQ SF RVİK				
Yok	196 (75,1)	17 (100,0)	-	0,015[†]
Var	65 (24,9)	0 (0,0)		
IQLL toplam	95,5 (13,2)	99,1 (2,7)	3,458	0,001^{&}
IQLL sosyal izolasyon	96,0 (16,0)	100,0 (0,0)	3,036	0,002^{&}
IQLL davranış sınırlama	90,0 (20,0)	100,0 (5,0)	3,673	<0,001^{&}

IQLL psikolojik etkilenme	97,8 (7,8)	100,0 (2,2)	2,522	0,012^{&}
Rosenberg sonuç				
Yüksek benlik	254 (97,3)	17 (100,0)		
Orta benlik	4 (1,5)	0 (0,0)	0,473	1,000 [¥]
Düşük	3 (1,1)	0 (0,0)		

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma, n: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (kartiller arası uzaklık) değer olarak özetlenmiştir, &: Mann-Whitney U testi, ¥: Fisher-Freeman Halton exact test, †: Fisher exact

Tablo 29'a göre idrar kaçırmanın ICIQ SF puanları istatistiksel olarak yüksektir. RVİK sıklığı idrar kaçırıcılarda istatistiksel olarak yüksektir. Tüm IQLL puanları idrar kaçırıcılarda istatistiksel olarak düşüktür. İdrar kaçırma durumuna göre Rosenberg sonuçları istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 29: İdrar Kaçırma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	İdrar Kaçırma		Test İstatistikleri	
	Yok	Var	Test değeri	p değeri
ICIQ SF sonuç	0,0 (0,0)	7,0 (5,0)	15,391	<0,001^{&}
ICIQ SF RVİK				
Yok	142 (100,0)	71 (52,2)	88,578	<0,001[†]
Var	0 (0,0)	65 (47,8)		
IQLL toplam	99,1 (2,7)	86,4 (16,1)	13,140	<0,001^{&}
IQLL sosyal izolasyon	100,0 (0,0)	84,0 (16,0)	13,431	<0,001^{&}
IQLL davranış sınırlama	97,5 (5,0)	80,0 (19,4)	12,798	<0,001^{&}
IQLL psikolojik etkilenme	100,0 (0,0)	93,3 (13,3)	10,414	<0,001^{&}
Rosenberg sonuç				
Yüksek benlik	139 (97,9)	132 (97,1)		
Orta benlik	2 (1,4)	2 (1,5)	0,587	0,855 [¥]
Düşük	1 (0,7)	2 (1,5)		

RVİK: Rahatsızlık Veren İdrar Kaçırma, *n*: Katılımcı sayısı, %: Sütun yüzdesi, Sayısal değişkenler medyan (kartiller arası uzaklık) değeri olarak özetlenmiştir, †Pearson kıkare testi, ‡: Fisher-Freeman Halton exact test, &: Mann-Whitney *U* testi

İdrar kaçırma durumunun yaşam kalitesi üzerine salt etkisini görebilmek için yaş, eğitim durumu, kronik hastalık ve doğum yapma durumuna göre düzeltme yapılarak doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 60: İdrar Kaçırma Durumunun IQLL Toplam Puanına Etkisi

Regresyon Katsayıları							
	β	sh	$z\beta$	t	p	β için %95.0 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	93,075	5,663		16,437	<0,001	81,927	104,224
İdrar Kaçırma	-13,615	1,172	-0,590	-11,620	<0,001	-15,922	-11,308
β : Regresyon katsayısı, sh : Standart hata, $z\beta$: Standartlaştırılmış regresyon katsayısı Modeldeki karıştırıcı faktörler: Yaş, eğitim durumu, kronik hastalık, doğum yapma durumu							
Model İstatistikleri: $F=24,329$; $p<0,001$, $R^2=0,420$, Düzeltilmiş $R^2=0,403$							

Tablo 30’a göre idrar kaçırma durumu IQLL toplam puanlarını üzerinde istatistiksel olarak bulunmuştur. İdrar kaçıranların IQLL toplam puanları idrar kaçırmayanlara göre ortalama 13,615 puan daha düşüktür.

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans toplumları her açıdan etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) üriner inkontinansı "hijyenik veya sosyal bir soruna neden olan ve objektif olarak kanıtlanabilen, idrarın istemsiz olarak dışarı atılması" şeklinde belirtmiştir (1). 200 milyondan fazla insanın idrar kaçırmayla baş etmeye çalıştığı görülmüştür. Bu sorun kadınlarda daha sık görülmektedir. Görülme sıklığı %15-52 arasındadır (2). Biz de bu çalışmayı İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 45 yaş ve üzerindeki kadınlarda üriner inkontinans sıklığını ve yaşam kalitesine etkisini görmek amacıyla 278 kadın ile gerçekleştirdik.

Çalışmamız İzmir Kâtip Çelebi Üniveristesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 45 yaş ve üzerindeki 278 tane kadın hasta üzerinde yapılmıştır. Üriner inkontinans sıklığı %48.9 bulunmuştur. Ülkemizde Demirci ve ark 1999 tarihinde yaptığı 44-70 yaş arası kadınlarda Üİ prevalansı çalışmasında Üİ sıklığı %56.4 (74), Koçak ve ark yaptığı 18 yaş üstü 1012 kadının katıldığı çalışmada Üİ sıklığı %23.9 (3), Özerdoğan ve ark 2003te 18 yaş üstü 625 kadında yaptığı çalışmada Üİ sıklığı %25.8 (87), Öztürk ve arkadaşlarının yaptıkları 50-64 yaş arası kadınları kapsayan çalışmada üriner inkontinans sıklığı %54.7 (12) , Oskay ve ark. 50 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada ise üriner inkontinans sıklığını %68.8 (93) olarak bulunmuştur. Yurt dışında yapılan Markland AD ve ark. 2008de 65 yaş üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada Üİ sıklığı %36.6 (92) olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda yaş ortalaması 59,5 ±8.9 (min:45,max:90,medyan:59) hesaplanmıştır. Yaş ile üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak ilişki anlamlı çıkmıştır (p<0.001). İdrar kaçırmayanların yaş ort. 57,5±7,6, idrar kaçıranların yaş ort. 61,8±9,7 olarak hesaplanmıştır. Terzi ve ark 18-40 yaş arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada Üİ sıklığı %22.3, 40 yaş ve üzerindekilerde ise %70.3 olarak hesaplanmıştır (55). Öztürk ve ark çalışmasında ≥65'de %67.9, 50-64'de %54.7, 35-49'da %26.5, bulunmuş ve yaş ile Üİ arasındaki ilişki anlamlı saptanmıştır (12). Akgün ve ark. çalışmalarında da yaş ile idrar kaçırma arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır (10). Kulaksızoğlu'nun çalışmasında '15-28 yaş arasında %13.5, 29-35 yaş arasında %22,

36-42 yaş arasında %21.3, 43-49 yaş arasında %29.8 görülmektedir' (99). Genel olarak düşündüğümüzde yaşın artışıyla idrar kaçırmanın da artması beklenir. Literatürdeki çalışmalarda benzer sonuçlar görülmektedir. Bizim çalışmamız da literatürle uyumlu gelmiştir. Artan yaş sebebiyle üriner sistemde çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Mesanenin kasılma yeteneği, kapasitesi, idrarı tutma becerisi azalır. İşlevsel üretral basınç düşer. İstemsiz mesane kasılmaları olur. Ayrıca menopoza girmeyeyle vücuttaki östrojen miktarı azalır. Bu da pelvik taban kaslarını zayıflatarak üriner inkontinansa neden olabilir.

Yaptığımız çalışmada medeni durumlarıyla idrar kaçırma arasında ilişki anlamlı bulunmadı. Can K'nın çalışmasında ise bekar ya da eşi vefat etmiş olan kadınlarda Üİ sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (98). Literatüre baktığımızda da çalışma sonuçları arasında farklılıklar görülmektedir. Çalışmamızda sonuçlarımızın literatürden farklı olması örneklemimizdeki kadınların medeni durumlarının homojen dağılmıyor olması olabilir.

Üriner inkontinans ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmaların sonuçları literatürde farklılık göstermektedir. Özerdoğan ve ark. çalışması ile Benlioğlu ve ark. araştırması, eğitim düzeyi ile üriner inkontinans prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir (45,63). Kök ve ark, Kocaöz ve ark yürüttüğü araştırmalarda ise üriner inkontinans ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (34,43). Çalışmamızda okuryazar olmayanlarda, ilkokul ve ortaokul mezunlarındaki idrar kaçırma sıklıkları lise, üniversite ve üzeri mezunlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Bu durumun nedeni eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlıklı yaşam ile ilgili daha çok bilgi sahibi olması böylece yaşam tarzına daha çok dikkat etmesi ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabiliyor olması olabilir.

Çok sayıda araştırma, beden kitle indeksi (BKİ) yüksek olan kadınlarda üriner inkontinansın daha sık görüldüğünü göstermektedir. Terzi ve ark. yaptığı çalışmada BKİ normal aralıkta olan kadınlarda Üİ sıklığı %29, obez kadınlarda ise %62.3, Özkan ve ark. da BKİ normal aralıktaki kadınlarda Üİ sıklığını %24,6, fazla kilolularda %35 ve obezlerde ise Üİ prevalansını %47.9 olarak saptamışlardır (55,94). Kocaöz ve ark ile Koçak ve ark. çalışmalarında obezite ile Üİ arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (3,34). Bizim çalışmamızda fazla kilolu ve obez hastalarda idrar kaçırma sıklığı normal gruba göre istatistiksel olarak yüksektir. Literatüre baktığımızda genel olarak bki artışı üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu düşünülebilir. Bunun sebebi karın içi basıncın artışı olduğu söylenebilir. Bu nedenle toplumun sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilendirilmesi sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi çok önemlidir.

Diyabet olan hastalarda komplikasyon olarak diyabetik sistopati görülebilir. Mesanede hassasiyet ve kapasite artışı, kasılabilme becerisinde azalma görülür. Böylece sıkışma tipi başta olmak üzere üriner inkontinans sıklığı diyabet hastalarında artabilir (60). Çalışmamızda en az bir kronik hastalığa sahip kadınların sıklığı %71.6 (n=199) olarak hesaplanmıştır. Üriner inkontinansla kronik hastalığa sahip olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diyabet olanlarda idrar kaçırma sıklığı %78.2 ve diyabet olmayanlarda idrar kaçırma sıklığı %41.7'dir. Diyabet olanlarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Can K'nın çalışmasında Üİ sıklığı DM olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (98). Bizim çalışmamız da literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda HT ile Üİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Koçak ve ark. çalışmasında Üİ risk faktörlerinden biri HT olarak saptanmıştır (3). Can K'nın çalışmasında da HT'u olanlarda Üİ sıklığı daha yüksek bulunmuştur (98). Literatür incelendiğinde hipertansiyonun doğrudan Üİ'ye neden olabileceğini gösteren bir çalışma yoktur. Ancak HT başka kronik hastalıklarla birlikte görülebilmektedir. Özellikle üriner inkontinansa neden olabilen diyabet hastalığıyla hipertansiyon birlikteliği sık görülmektedir. Ayrıca hipertansiyon tedavisinde kullandığımız bazı ilaçlar idrar miktarını ve sıklığını arttırabilir. Bu durum da zamanla üriner sistem anatomisinde bozulmalar meydana getirebilir.

Gebelik ve doğum ile ilgili literatüre bakıldığında Kocaöz ve Eroğlu (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, gebelik sayısı ile stres tipi üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (34). Terzi ve ark çalışmasında da nulliparlarda Üİ sıklığının daha az olduğunu saptamışlardır (55). Ayrıca vajinal doğumun da sezaryen doğuma göre daha çok hasar vermesi nedeniyle vajinal doğumun Üİ daha çok arttırdığını gösteren çalışmalar vardır (34,55).

Özerdoğanın 2003 yılında yaptığı çalışmada ise vajinal doğumun Üİ sıklığını 2 kat arttırabildiği belirtilmiştir (87). Bizim çalışmamızda doğum yapanlarda (%51), doğum yapmayanlarda (%17.6) idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. İki ve ikiden fazla doğum yapanlarda idrar kaçırma sıklığı hiç doğum yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. İdrar kaçırma sıklığı doğum şekli hepsi vajinal olanlarda %53.7, hepsi sezaryen olanlarda %39.4, hem vajinal hem sezaryen olanlarda %61.0 ve hiç doğum yapmayanlarda %17.3'tür. Çalışmamızda genel olarak literatürü destekleyen bulgular bulunmuştur. Hem hamilelik sürecinin hem doğum eyleminin pelvik taban kaslarını ve bağ dokularını hasara uğratmasının (74) bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Sigara içme durumuna göre idrar kaçırma sıklıkları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. İdrar kaçırma sıklığı sigara içenlerde %38.6, içmeyenlerde %54.3 ve sigarayı bırakanlarda %36.4'tür. Özerdoğan ve ark, Demirci ve ark. çalışmalarında sigara kullanımıyla Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır (74,87). Bu durumun nedeni yaş arttıkça kişilerin sigara kullanma sıklığının azalıp Üİ görülme sıklığının artış göstermesi olabileceğini düşünüyoruz.

Kişilerin menopoza girmesiyle vücuttaki östrojen azalır. Bu durum vajinal atrofiye ve pelvik kaslarda zayıflamayla üretral direncin düşmesine neden olur. Böylece üriner inkontinans görülme ihtimali artar (44,45,46). Daha önce yapılan çalışmalarda bu durumu destekleyen birçok çalışma vardır. Karan ve ark.(86) menopoza girmiş olan kadınlarda üriner inkontinans sıklığını %50, menopoza girmemiş kadınlarda ise %21 olarak bulmuş, Kocaöz ve ark (34), menopozda olan kadınlarda bu sıklık %60.6, menopozda olmayan kadınlarda ise %38.6 olarak saptamışlardır. Bu iki çalışma üriner inkontinans sıklığının menopoza girmeyeyle arttığını belirtmişlerdir. Fakat Peyrat ve ark yürüttüğü çalışmada menopoz ve üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (95). Bizim çalışmamızda menopoza girenlerde idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmalardaki bu farklılıklar araştırmaya katılan kadınların yaşlarının, yaşam koşullarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kabızlık ile idrar kaçırma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Can K'nın çalışmasında kabızlık durumu olanların yarısında Üİ şikâyeti mevcut

olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu açıklamışlardır (98). Çalışmamızda anlamlı ilişki çıkmamasının sebebi çalışmaya katılan kadınlarda kabızlık şikâyeti olanların olmayanlara göre oldukça az sayıda olması olabilir diye düşünmekteyiz.

Pelvik taban egzersizleri, öncelikle Dr. Arnold Kegel tanımlamıştır. Bu yüzden ismi **Kegel egzersizleri** olarak kalmıştır (77). Pelvik taban kaslarını kasıp gevşetmeyi içerir ve genellikle idrar kaçırma, pelvik organ sarkması veya cinsel işlev bozuklukları gibi sorunların tedavisinde kullanılır (78). Alparslan ve ark.'nın 15 ile 65 yaş arasındaki kadınlarında Kegel egzersizlerini katılan kadınların hiç biri bilmemektedir (96). Bizim yaptığımız çalışmada ise Kegel egzersizlerini duyma sıklığı %23.7, düzenli Kegel egzersizi yapma sıklığı %3.2 bulunmuştur. Çalışmalarda Kegel egzersizi yapma sıklığı oldukça düşük olduğundan sonuçlar anlamsız olarak çıkmış olabilir. Bu nedenle kişileri Kegel egzersizleri konusunda bilgilendirmeliyiz.

Toplumda, üriner inkontinans genellikle yaşamı doğrudan etkilemeyen bir sorun olarak görülür ve bu nedenle bu problemi yaşayan bireyler tarafından sıklıkla ihmal edilir. Üriner inkontinans şikayeti olup doktora başvurma durumlarına bakıldığında Demir ve ark. yürüttüğü çalışmada kadınların %33.6'sının doktora başvurduğu, %66.4'ünün ise doktora başvurmadığı saptandı (14). Akgün ve ark. çalışmasında ise bu sıklık % 24.2 olarak bulunmuş (10). Bizim çalışmamızda ise idrar kaçırma şikayeti olup doktora başvuru sıklığı %36 olarak saptanmıştır. Doktora başvurama sebepleri incelendiğinde Öztürk ve ark yürüttükleri çalışmada, üriner inkontinansı olan kadınların bu durumu sağlık sorunu olarak algılamadıkları ve önemsemedikleri rapor edilmiştir (12). Yılmaz ve ark. çalışmasında kadınların Üİ sağlık problemi olarak görmedikleri bir kısmının da utandıkları için doktora başvurmadıkları belirtilmiştir (13). Özerdoğanın çalışmasında idrar kaçıran kadınların %48.4'ü yaş almayla birlikte doğal bir durum olarak görmekte, %16.5'i ise utandıkları için doktora başvurmamaktadır (63). Ertem ve ark. araştırmasında, kadınların %29.6'sı önemsemedikleri, %25.9'u miktar olarak az idrar kaçırdıkları için fazla endişelenmedikleri, ve %22.3'ü inkontinansı doğal bir durum olarak gördükleri için sağlık kuruluşuna başvurmadıkları belirtildi (11). Bizim yaptığımız çalışmada ise %65.5 (n=57) yaşlanmanın doğal getirisi olarak görüp önemsememekte, %13.8 (n=12)

utandıkları için başvurmamakta, %17.2 (n=15) daha ciddi hastalıklar nedeniyle zaman bulamamakta, %3.4 (n=3) şikayetleri biraz daha artana kadar ertelemektedir. Literatür sonuçlarına baktığımızda genel olarak benzer bulgular görülmektedir. Bu durumun kişilerin üriner inkontinansla ilgili yetersiz bilgi sahibi olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle üriner inkontinans farkındalığı oluşturulmalı, tedavi edilebilir bir hastalık olduğu bilinci halka yerleştirilmelidir.

Kadınlarda sık görülen durumlardan biri idrar yolu enfeksiyonudur. Çalışmamızda idrar kaçırmayla idrar yolu enfeksiyonu geçirme arasında fark anlamlı bulunmuştur. Literatüre baktığımızda Koçak ve ark. çalışmasında idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin Üİ riskini arttırdığını göstermişler, Yücel'in ve Can'ın çalışmasında da idrar kaçırmayla idrar yolu enfeksiyonu arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (3,98,100). Çalışmamızın sonuçları literatürü desteklemektedir. Aralarındaki neden sonuç ilişkisi iki yönlü olabilir. İYE nedeniyle idrar yapma ihtiyacının artması Üİ'a sebep olabilir. Aynı zamanda Üİ olan kişi idrar kaçırmayla birlikte ürogenital hijyeninin bozulması nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu geçirebilir.

İdrar kaçırma sıklığı diüretik kullananlarda %82.9 ve diüretik kullanmayanlarda %43,0'tür. Diüretik kullananlarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak yüksektir.

Yürüttüğümüz çalışmada kadınların Üİ şiddet, sıklık, etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF ölçeğinden aldıkları puanlara baktığımızda, ICIQ-SF toplam puan ort. 3.9 ± 4.6 , sadece idrar kaçıran kişilerde ort. puanı 7.93 ± 3.5 olarak hesaplanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalara baktığımızda Kolkıran'ın çalışmasında kadınların ICIQ-SF ortalama puanı 9.71 ± 4.352 olarak saptanmış (97). Koçak ve ark. çalışmasında ise 8.92 ± 4.35 (3), Can K'nın yaptığı araştırmada katılan kadınların ICIQ-SF ort. $12,20 \pm 4,71$ olarak hesaplanmıştır (98). Bizim çalışmamızın sonucuna göre çalışmamızdaki idrar kaçıran kadınların ICIQ-SF ölçeğine göre yaşam kaliteleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu durumun nedeni idrar kaçırma şikayeti olan kişilerin idrar kaçırmamak için sık sık tuvalete gitme ihtiyacı duymaları, evlerinden uzun süreli uzaklaşmak istememeleri, kendilerini toplumdan uzak tutmaya çalışmaları, gece uykularının bozulması olabileceğini düşünmekteyiz.

Bizim çalışmamızda Üİ olan kadınların %11'i günde birkaç kez idrar kaçırdıklarını , %5.9u da günde bir kez , % 31.6 haftada iki veya üç kez , %50si haftada bir ya da daha az ve %1.5 her zaman idrar kaçırdıklarını tespit ettik. Can K'nın çalışmasında ise idrar kaçıran kadınların %15.40'ının haftada bir ya da daha az, % 23.02'sinin haftada iki ya da üç , % 11.18'i günde bir, % 35.52'sinin günde birkaç kere, % 15.14'ünün sürekli idrar kaçırdıkları saptanmıştır (98). Koçak ve ark.'nın çalışmasında ise %13.6' sında ise sürekli, % 13.2' sinde günde birkaç kez, %9.9'unda günde bir, %17.4' ünde haftada iki ya da üç, %45.9' unda haftada bir ya da daha az idrar kaçırmaya şikayeti olduğu belirtilmiştir (3). Çalışmalardaki farklı sonuçlar çalışmaya katılanların sosyokültürel farklılıkları, genetik ve etnik faktörleri, yaşam tarzı faktörleri ve sağlık imkanlarına erişim olabileceğini düşünüyoruz.

İdrar kaçıran katılımcıların cevaplarına bakıldığında %18.3ü tuvalete yetişmeden, %36sı öksürük ya da hapsururken, %1.5 uyurken, %1.5 hareket halinde iken, %4.4 işeme bittikten sonra kalkarken, %7.4ü belirgin bir sebep olmadan, %2.2 her zaman, %28.7 si ise hem tuvalete yetişmeden hem de öksürürken idrar kaçırmaktadır. Kolkıran'ın çalışmasında stres Üİ prealansı %21.5, urge Üİ prealansı %16.3 ve miks tip Üİ prealansı ise %62.2 olarak hesaplanmıştır (97). Koçak ve ark.'ın çalışmasında ise kadınların %33,1'inde stres tip, %25,6'sında urge tip ve %41,3'ünde ise mikst tip Üİ tespit edilmiştir (3). Yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın çeşitleri farklılık göstermektedir. Genel olarak stres Üİ daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda da bu durumla uyumlu gelmiştir. Kadınlarda stres inkontinansının sık görülmesi gebelik, doğum, menopoz, obezite, kronik öksürük gibi çok sayıda faktörün pelvik taban kaslarının zayıflamasına veya hasar görmesine neden olmasından kaynaklanabilir.

Yaptığımız çalışmada ICIQ-SF ölçeğine göre idrar kaçıranlarda idrar kaçırmaya miktarları incelendiğinde %85.3 az miktarda, %11.8 orta, %2.9 çok miktarda idrar kaçırdığını belirtmiştir. Can K araştırmasında ise % 7,8'i çok miktarda , % 34,1'i orta ve %58,1'i az miktarda idrarlarını kaçırdıklarını söylemişlerdir (98).yüzdelar arasında bu şekilde farklılık olmasının sebebi katılan kadınların yaşlarının homojen dağılmamasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Üİ olan kadınlarda günlük yaşama etkisi ort. Puanı: 3.76 ± 2.18 bulunmuştur. Can K' nın çalışmasında ise bu puan $6,26 \pm 2,80$ olarak hesaplanmıştır (98).

Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara kıyasla Üİ şiddeti ve günlük yaşama etkisi daha az olarak bulunmuştur. Bu durumun sebebi kişilerin Üİ'a bakış açılarının ve yaşam tarzlarının farklı olması olabilir.

Çalışmamızda ICIQ SF puanları eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Okuryazar olmayanların, ilkokul ve ortaokul mezunlarının ICIQ SF puanları lise üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Kolkıran'ın çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe, ortalama ICIQ-SF skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir (97). Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin sağlık bilinci artabilir ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilirler. Ayrıca bu kişiler sağlıklı yaşam tarzını tercih ettikleri için Üİ sıklığı ve şiddeti daha az görülebilir.

Yürüttüğümüz çalışmada kronik hastalığı olanların ICIQ SF puanları istatistiksel olarak yüksektir. RVİK sıklığı kronik hastalığı olanlarda %29.6 ve kronik hastalığı olmayanlarda %7.6'dır. Kronik hastalığı olanlarda RVİK sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Kolkıran'ın çalışmasında da kronik hastalığa sahip kişilerde ICIQ-SF puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (97). Ceyhan ö ve ark. çalışmasında kronik hastalıkla ICIQ-SF ölçeği arasındaki ilişki anlamsız çıkmıştır (101). Çalışmalar farklı popülasyonlarda gerçekleştirildiği için kişilerin kronik hastalık sıklıkları ve diğer risk faktörleri farklılık gösterebilir. Literatürdeki bu farklılıkların sebebi bu durum olabilir.

IQLL ölçeğine baktığımızda Akgün'ün çalışmasında üriner inkontinansı olan kadınların IQLL toplam puanı $76,8 \pm 15,5$, alt tiplerine baktığımızda davranış sıralama puanı $70,4 \pm 16,7$, psikolojik etkilenme puanı $84,4 \pm 16,1$, sosyal izolasyon puanı da $73,3 \pm 19,8$, (10). Kolkıran'ın çalışmasında IQLL toplam puanı 59.62 ± 15.52 olarak belirtilmiştir (97). Bizim çalışmamızda idrar kaçıran kadınlarda IQLL toplam puanı 83.54 ± 12.41 , sosyal izolasyon 82.20 ± 14.75 , davranış sınırlama 77.83 ± 13.63 , psikolojik etkilenme 89.37 ± 11.96 olarak hesaplanmıştır. En çok etkilenen alt grup davranış sınırlama, en az etkilenen ise psikolojik etkilenme olmuştur. İdrar kaçırmaya ile

IQLL toplam ve alt grup puanlarının arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Kişiler idrar kaçırmaya başladıklarında önce kaçırmayı önlemek için davranışlarında değişiklik yaparlar. Örneğin sık sık tualete giderler, sıvı alımlarını kısıtlamaya çalışırlar, fiziksel aktivitelerden ya da dışarı çıkmaktan kaçınırlar. Bu sebepler yüzünden en çok etkilenen alt grubun davranış sınırlama olduğunu düşünmekteyiz.

Özerdoğan'ın çalışmasında IQLL ölçeği kullanılmış ve idrar kaçırmaya durumunun yaşam kalitesini hafif ya da orta düzeyde etkilediği görülmüştür (87). Koçak ve ark. yaptığı çalışmada %23.9 (n=242)'unda Üİ saptanmış, bu kişilerin de %87.2'sinin yaşam kalitesi hafif ya da orta düzeyde olumsuz olarak etkilenmiştir (3). Kolkıran'ın çalışmasında idrar kaçırmaya şiddeti ve sıklığı yükseldikçe yaşam kalitesinde düşüş olduğu görülmüştür (97). Karan ve ark yürüttüğü çalışmada kadınların %25'inin yaşam kalitesinin bozulduğu belirlenmiştir (86). Kulaksızoğlu'nun çalışmasında da kadınlarda yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuş ve orta düzeyde etkilendikleri belirtilmiştir (99). Bizim çalışmamızda idrar kaçırmaya yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Üriner inkontinans (UI) kadınların yaşam kalitesini etkileyen; utanma duygusu, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya yol açan ve ciddi anlamda ekonomik yük getiren, önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir.

Çalışmamızda yaş ile IQLL toplam ve IQLL sosyal izolasyon arasında istatistiksel olarak önemli zayıf düzey negatif korelasyon, IQLL davranış sınırlama ve IQLL psikolojik etkilenme arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. Akgün'ün çalışması da bizim çalışmamızla benzer sonuç almıştır (10). Yaş arttıkça Üİ sıklığı arttığı için yaşam kalitesini gösteren IQLL ölçeği puanında azalma beklenen bir durumdur.

Bizim çalışmamızda eğitim durumuna göre IQLL puanlarının tamamı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Üniversite mezunlarının IQLL toplam puanları okuryazar olmayanlara, ilköğretim ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Lise mezunlarının IQLL toplam puanları okuryazar olmayan ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. Kolkıran'ın çalışmasında da eğitim

seviyesi yükseldikçe IQLL toplam ve alt dallarında anlamlı puan artışı görülmüştür (97). Eğitim durumu yüksek bireyler sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğu için hastalıkların gerek koruyucu gerek tedavi edici sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmaktadır. Bu bireylerde Üİ sıklık ve şiddetinin daha düşük olması ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenmektedir.

Akgün'ün çalışmasında IQLL skoru ile doğum arasında negatif korelasyon saptanmıştır (10). Bizim çalışmamızda da tüm IQLL puanları doğum yapanlarda istatistiksel olarak düşük bulunmuştur. Doğum yapma sıklığı arttıkça Üİ sıklığı da artmaktadır. Bu duruma bağlı yaşam kalitesi düşmektedir.

Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre katılan tüm kadınların %97.5i yüksek benliğe sahip, %1.4 orta benlik, %1.1 düşük benlikli olarak bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu, kronik hastalık, doğum yapma durumuyla Rosenberg benlik saygısı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Kolkıran'ın çalışmasında eğitim durumu ile benlik saygısı seviyesinde anlamlı negatif bir ilişki görülmüştür (97). Bu durumun idrar kaçırانların büyük kısmı üriner inkontinans durumunun artan yaş itibariyle doğal bir süreç olduğunu düşündükleri için benliklerinin fazla etkilenmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir Katip Çelebi Üniveristesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 45 yaş ve üzerindeki 278 tane kadın hasta üzerinde üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmamızın sonuçları aşağıda sıralanmıştır:

- 1- Çalışmamıza katılan kadınlarda üriner inkontinans sıklığı %48.9 olarak bulunmuştur.
- 2- Üriner inkontinansı olanların %36'sı tedavi olmak için doktora başvurmuştur. Doktora başvurmayanların %65.5'i idrar kaçırmayı yaşlanmanın doğal getirisi olduğunu düşünüp önemsememektedir.
- 3- Yaş ile üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.
- 4- Fazla kilolu ve obez hastalarda idrar kaçırmaya sıklığı normal gruba göre istatistiksel olarak yüksektir.
- 5- Okuryazar olmayanlarda, ilkökul ve ortaokul mezunlarındaki idrar kaçırmaya sıklıkları lise ve üniversite ve üzeri mezunlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.
- 6- Medeni duruma göre idrar kaçırmaya sıklıkları arasında istatistiksel olarak fark yoktur.
- 7- Diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalığı ve hiperlipidemisi olanlarda idrar kaçırmaya sıklığı istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır.
- 8- İki ve ikiden fazla doğum yapanlarda idrar kaçırmaya sıklığı hiç doğum yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.
- 9- Kabızlık ve düzenli Kegel yapma durumuna göre idrar kaçırmaya dağılımları istatistiksel olarak farklı değildir.
- 10- Menopoza girme, gece idrara kalkma ve diüretik kullanma ile üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı saptanmıştır.
- 11- İdrar kaçıranların ICIQ SF puanları, RVİK sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Tüm IQLL puanları idrar kaçıranlarda istatistiksel olarak düşüktür. İdrar kaçırmaya durumuna göre Rosenberg sonuçları istatistiksel olarak farklı değildir. ICIQ-SF VE IQLL ölçeklerine göre üriner inkontinansın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

Çalışmamızda üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu nedenle hastaları risk faktörleri konusunda bilgilendirilmeli, risk faktörlerinin önüne geçilmeye çalışılmalıdır. Bu yüzden erken tanı ve tedavi için muayeneye gelen hastalar mutlaka üriner inkontinansla ilgili sorgulanmalı, onlara yaşam tarzı önerilerinde bulunulmalıdır. Örneğin dengeli beslenmeyle kilo kontrolü sağlanmalı, hastalar spor yapmaya teşvik edilmeli, doğum sayılarını azaltmak amacıyla aile planlaması hizmetleri verilmelidir. Böylece üriner inkontinansın sıklığı ve şiddeti azaltılarak kadınların sosyal yaşama daha çok katılması sağlanır.



7. ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans doğrudan yaşamı tehdit eden bir sorun değildir. Ancak sık sık tuvalete gitme ihtiyacı, sürekli ıslaklık, kötü kokma korkusu nedeniyle kişileri içine kapanıklığa, kendini değersiz görmeye, cinsel isteksizliğe, umutsuzluğa, depresyona yatkın hale getirebilir, yaşam kalitesini azaltabilir. Bu araştırmanın amacı da aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda idrar kaçırmanın sıklığını, nedenlerini araştırmak ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte olan çalışmamız, 15.08.2023-13.05.2024 tarihleri arasında İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 45 yaş ve üzeri kadınlar ile yürütüldü. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran tüm hastalar göz önünde bulundurulduğunda 45 yaş ve üzeri günlük kadın hasta sayısının 45 olduğu kayıt sekreterliğinden öğrenilmiştir. Buna göre araştırmada veri toplanması planlanan 15.12.2023-15.01.2024 tarihleri arasında hastaneye 1000 hastanın başvurusu öngörülmüştür. Bu nedenle evren büyüklüğü 1000 kabul edilmiştir. Çalışmada ulaşılması planlanan hasta sayısı %95 güven aralığında, %5 hata payı (tip-I hata) ve %50 bilinmeyen sıklık ile 278 olarak hesaplanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri anketi, Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin kısa formu katılımcılara yüz yüze olarak uygulandı. Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 29 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması $59,5 \pm 8,9$ (min:45 max:90) olarak hesaplanmıştır. Katılan kadınların üriner inkontinans sıklığı %48.9 olarak bulunmuştur. Üriner inkontinansla diyabet, hipertansiyon, doğum sayısı, menopoza girme arasında istatistiksel ilişki anlamlı bulunmuştur. İdrar kaçırmanın ICIQ SF puanları, RVİK sıklığı istatistiksel olarak yüksektir. Tüm IQLL puanları idrar

kaçıranlarda istatistiksel olarak düşüktür. ICIQ-SF VE IQLL ölçeklerine göre üriner inkontinansın yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür.

SONUÇ

Çalışmamızda üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu nedenle hastaları risk faktörleri konusunda bilgilendirilmeli, risk faktörlerinin önüne geçilmeye çalışılmalıdır. Bu yüzden erken tanı ve tedavi için muayeneye gelen hastalar mutlaka üriner inkontinansla ilgili sorgulanmalı, onlara yaşam tarzı önerilerinde bulunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

8. ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVE

Urinary incontinence is not a problem that directly threatens life. However, the need to frequently go to the toilet, constant wetness, fear of bad odor can lead individuals to introversion, feelings of worthlessness, sexual disinterest, hopelessness, and susceptibility to depression, reducing their quality of life. The aim of this study is to investigate the frequency of urinary incontinence, its causes, and its impact on quality of life among women presenting to the family medicine outpatient clinic.

MATERIALS AND METHODS

Our study, which is of a cross-sectional design, was conducted with women aged 45 and over who applied to the Family Medicine Clinic at İKÇÜ Atatürk Education and Research Hospital between 15.08.2023 and 13.05.2024. It was found from the registration secretary that the daily number of female patients aged 45 and over who applied to the Family Medicine clinic was 45 when considering all patients applying to the clinic. Accordingly, it was anticipated that 1000 patients would apply to the hospital between 15.12.2023 and 15.01.2024 for data collection in the study. Therefore, the population size was accepted as 1000. The number of patients to be reached in the study was calculated as 278 with a 95% confidence interval, 5% margin of error (type-I error), and 50% unknown frequency. Participants were administered a sociodemographic data questionnaire, the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL), and the short form of the Rosenberg Self-Esteem Scale face to face. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 29 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) statistical package program.

RESULTS

The mean age of the women participating in our study was calculated as 59.5 ± 8.9 years (min: 45 max: 90). The prevalence of urinary incontinence among the participants was found to be 48.9%. A statistically significant relationship was found between urinary incontinence and diabetes, hypertension, parity, and menopausal status. The ICIQ SF scores and RVIK ratio were statistically higher in those with

urinary incontinence. All IQLL scores were statistically lower in those with urinary incontinence. It was observed that urinary incontinence reduced quality of life according to the ICIQ-SF and IQLL scales.

CONCLUSION

Our study revealed that urinary incontinence adversely affects quality of life. Therefore, patients should be informed about risk factors, and efforts should be made to prevent these risk factors. Patients presenting for examination should be specifically questioned about urinary incontinence, and lifestyle recommendations should be provided to them for early diagnosis and treatment.

Keywords: Urinary Incontinence, Quality of Life, Rosenberg Self-Esteem Scale, International Consultation on Incontinence Short Form, Incontinence Quality of Life Scale.

9. KAYNAKLAR

1. P, Victor A, Wem A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 2002, 21: 167-78
2. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Canadian Family Physician*, 2005: 51, 84-5.
3. Koçak İ, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact of quality of life, *European Urology*, 2005; 48, 634- 641 p.
4. Gözükar F, Koruk İ, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turk J Med Sci*. 2015; 45: 931-939.
5. Irwin DE Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50:1306-1314.
6. Kim N, Danforth MPH, Mary K, Townsend BA, Karen Lifford, MD, Gary C, Curhan MD, Neil M, Resnick MD, Francine Grodstein ScD. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006; 339-345.
7. Waetjen EL, Feng WY, Ye J, Johnson Wesley O, Greendale Gail A, Sampsel C. M, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. Factors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. *Obstetrics and Gynecology* 2008; 111:667-77.
8. Beji KN, Özbaş A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan H. Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, 2010
9. 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
10. Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. 2009, Trakya Üniversitesi, Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Petek Balkanlı Kaplan).
11. Ertem G: Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6:1
 12. Öztürk Z.G, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(4):170-176. 14
 13. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014; 2(2): 1-14.
 14. Demir S, Beji NK. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. F.N. Hem. Dergisi, 2015; 23(1): 23-31
 15. Uğurlucan GF, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö. Türkiye’de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2016;79:4.
 16. Wilson L, Brown JS, Shin GP, et al. Annual direct cost of urinary incontinence. Obstet Gynecol 2001; 98: 398-406.
 17. Çetin C. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinans etkileyen faktörler. 2010, T.C. Trakya Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 130 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. H.Nezih Dağdeviren)
 18. Keane DP, O'Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14(2):207-26.
 19. Patel KA, Chapple RCH. Anatomy of the lower urinary tract. Surgery 2008; 26(4): 127-32
 20. Tanago EA: Anatomy of the lower urinary tract in Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stament TA (Eds): Campbell's Urology. Philadelphia, WB Saunders. 1986 pp 46-61.
 21. Snell Richard S. Pelvis Boşluğu Klinik Anatomi 199 :307:312-315
 22. Loukas, M., Tubbs, R. S., Abrahams, P. H., & Carmichael, S. W. (2015). Gray's Anatomy Review E-Book. Elsevier Health Sciences.
 23. Adams C, Frahm J: Genitourinary system. In saunders manuel of physical therapy practice. WB Saunders Company, Philadelphia 1995, 459-504.

24. Rud, T., Andersson, K. E., Asmussen, M., Hunting, A., & Ulmsten, U. (1980). Factors maintaining the intraurethral pressure in women. *Investigative urology*, 17(4), 343-347.
25. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol*. 2004, 47(1): 3-17
26. Sivaslıoğlu AA, Pratik Ürojinekoloji, 1 Baskı Ankara: Modern Kitabevi, 2011.
27. Dönmez, S., & Kavlak, O. (2014). GEBELİKTE PELVİK TABAN KAS EGZERSİZİ. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 45-49.
28. DeLancey, J. O. (1994). Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 170(5), 1713-1723
29. Uebersax, J. S., Wyman, J. F., Shumaker, S. A., & McClish, D. K. (1995). Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Neurourology a*.
30. Lee, K. S., Sung, H. H., Na, S., & Choo, M. S. (2008). Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. *World journal of urology*, 26(2), 179-185
31. Bektaş A. H. Emek sağlık ocağı bölgesi'nde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. 2007, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özgür Alparıslan)
32. Coşkun A, Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 1-28 S, 2002
33. Erol A. Ürokinamik Testler, Uroflow, Tek ve Mltikanal Sistometri, Üretral Basınç Profilometri, Video r dinami. Yalçın Ö (Editör). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 191-219
34. Eroğlu K. Ve Kocaöz S. Kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002; 4(1): 29-38

35. İnci, K., Ergen, A. (2009). Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(1):59-66.
36. Vogel SL. Urinary Incontinence in the Elderly. *The Ochsner Journal* 2001; 3(4): 214-8).
37. International Continence Society 2004
38. Yalçın, Ö (ed.), Rodoplu H. "Aşırı Aktif Mesane" Temel ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi (2009); 253-266.
39. Smith, P. P., McCrery, R. J., & Appell, R. A. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Cmaj*, 175(10), 1233-1240.
40. Hay, S. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Review). *The Cochrane Library*; 12.
41. Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Jameson, J., Kasper, D., Longo, D. and Loscalzo, J. (2008). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th ed. New York: Mcgraw-hill.
42. 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
43. Kök G, Şenel N, Akyüz A, Gata Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*; 48: 132-136, 2006
44. Hunskaar S A. Systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn* 2008; 27:749-57
45. Benlioğlu C. Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. 2006, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 76 sayfa, Kahramanmaraş, (Doç. Dr. Sefa Resim).
46. Varlı, M., Aras, S.D. ve Atlı, T. (2009). Yaşlıda üriner inkontinans ve tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*
47. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight, 2016.

48. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of A WHO Consultation on Obesity. 2000. Geneva
49. Akın Y, Gülmez H, Sonbahar A, İpekçi T, Yılmaz M, Ateş, E. Obezite ve kadınlarda stres üriner inkontinans. Ankara Medical Journal, 2015, 15(4):226-230.
50. Skonner MM, Thomson WD, Caren VA. Factors associated with risk of urinary incontinence in women. Nurs Res, 1994; 43(5).
51. Güler Can T. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. 2006. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 144 sayfa, Denizli, (Yrd. Doç. Dr. Nesrin Yağcı
52. Akıncı Akşit N. Stres üriner inkontinans tanısı alan kadınlara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi. 2009, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 133 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş).
53. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic Floor Damage and Childbirth: A Neurophysiological Study. British Journal of Obstetric and Gynaecology. 1990; 97:770-9.
54. Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. Journalagent 2005; 2: 37-42
55. Terzi H, Terzi R Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi 2013; 52:15-19.
56. Onur R. ve Bayrak Ö. Kadınlarda üriner inkontinans, Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. İstanbul, Nobel Kitabevleri. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. 2015: s.4152
57. Bump RC, McClish DK. Cigarette Smoking and Pure Genuine Stres Incontinence of Urine: A Comprison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Non- smokers, American Journal of Obstetric and Gynaecology. Vol:170, 1994-579-82.
58. Liu B, Wang L, Huang SS. Et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. Int J Clin Exp Med 2014; 7(3): 686-96.

59. Heydari F, Motaghd Z, Abbaszadeh F. Could urinary tract infection cause female stress urinary incontinence? a clinical study. *Nephro Urology Monthly* 2016; (1): e33571
60. Yavuz U, Özkürkçügil C. Diabetes mellitus ve alt üriner sistem semptomları arasındaki ilişki. *Kadın ve işlevsel Üroloji Dergisi* 2012;2: 13-16.
61. Dinç A. Beji KN. Üriner İnkontinans Tanılaması ve Hemşirenin Rolü. *Hemş Bült* 1997; 11(45):43-4.
62. Çetinel B, İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2):246-252, 2005
63. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;58(3):145-50.
64. Romanzi, L. J., Heritz, D. M., & Blaivas, J. G. (1995). Preliminary assessment of the incontinent woman. *The Urologic Clinics of North America*, 22(3), 513-520.
65. Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American family physician*, 87(8), 543-550.
66. Yalçın ÖT. Üriner inkontinans-Genel degerlendirme, öykü ve muayene. In Önay Yalçın (ed): *Temel Ürojinekoloji*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2009, sf.163-76.
67. Dökmeci, F., Haliloğlu Peker, B., Güngör Uğurlucan, F., Yeniel, Ö., Çetinkaya, Ş. E., Seval, M. M., & İtil, G. M. Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim
68. Viktrup, L., Lose, G., Rolff, M., & Barfoed, K. (1992). The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstetrics and gynecology*, 79(6), 945-949.
69. Nitti VW, Baivas JG. Urinary incontinence epidemiology, pathophysiology, evaluation and management overview. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, editors. *Campbell-Walsh Urology* 9th ed, Philadelphia: W.B. Saunders Pres, 2007; 3(60):2046-77.

70. Yap, T. L., Cromwell, D. C., & Emberton, M. (2007). A systematic review of the reliability of frequency-volume charts in urological research and its implications for the optimum chart duration. *BJU international*, 99(1), 9-16.
71. Jorgensen, L. I. S. B. E. T. H., Lose, G. U. N. N. A. R., & Andersen, J. T. (1987). One-hour padweighing test for objective assessment of female urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology*, 69(1), 39-42.
72. Pierson, C. A. (1991). Pad testing, nursing interventions, and urine loss appliances. *Urogynecology and Urodynamics, Theory and Practice*, 19, 209-227.
73. Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y, Temel Üroloji, P. 533-567. İçinde: Arıkan N, Ergen A, Jinekolojik Üroloji 4.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2011
74. Demirci H, Beji KN. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. *Hemşirelik Forumu* 1999; 2(3):102-8.
75. Subak, L. L., Wing, R., West, D. S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J. M., ... & Grady, D. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women.
76. Can Güler, T., & Yağcı, N. (2006). URINARY INCONTINENCE IN WOMEN AND PHYSICAL THERAPY. *Journal of Science and Technology of Dumlupınar University*(011), 205-218.
77. Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238-248
78. Dumoulin, C., Glazener, C., & Jenkinson, D. (2011). Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 30(5), 746-753.
79. Glavind, K., Mouritsen, A., & Lose, G. (1999). Management of stress and urge urinary incontinence in women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 78(2), 75-81.
80. Robert, M., & Mainprize, T. C. (2003). Biofeedback and functional electrical stimulation. In *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery* (pp. 281-287). Springer, London

81. Kato, K., & Kondo, A. (1997). Clinical value of vaginal cones for the management of female stress incontinence. *International Urogynecology Journal*, 8(5), 314-317
82. Öztaş S. Üriner İnkontinans. Editör. Dinçgez Çakmak, B. Jinekolojide Pratik Bilgiler. France: Livre de Lyon. 2020. s. 221-238.
83. Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K. E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., ... & Tubaro, A. (2011). EAU guidelines on urinary incontinence. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*, 35(7), 373-388.
84. Shah J, Leach G. (Çeviren Dursun NA). Üriner Kontinans. İstanbul; Şan Ofset, 2001:7-58
85. 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
86. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N, Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi, *Geriatrici*, 3 (3): 102-106, 2000
87. Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniv; 2003.
88. 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.
89. Çetinel B, Özkan B, Can C. ICIQ-SF Türkçe versiyon validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 2004;30:332-8.
90. Patrick D.L., Martin M.L., Bushnell M., et.al. (1999). Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: Further Development of the Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL). *Urology*, 53,71-76.
91. Çuhadaroglu, F. (19 6), 'Adolesanlarda Benlik Saygısı', Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara, 19 6.

92. Markland AD, Gerety MB, Goode PS, Kraus SR, Cornell J, Hazuda HP. Urinary incontinence in community-dwelling older Mexican American and European American Women. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48(2):232-7.
93. Oskay YÜ, Beji KN, Yalçın Ö. A study urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet et Gynecol Scand*; 84(1): 72-8.
94. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *J Kartal TR* 2015;26(2):101-106
95. Peyrat, L., Haillet, O., Bruyere, F., Boutin, J. M., Bertrand, P., & Lanson, Y. (2002). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU international*, 89(1), 61-66
96. Alparslan Ö, Doğaner G, Çiftçi M. Kadınların Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri. *Sted* 2007;16(9), 129-33.
97. Kolkıran M. (Uzmanlık Tezi). Birinci basamakta takip edilen yaşlı hastaların üriner inkontinans ile ilgili yaşadığı güçlükler ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi. Adana: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2018
98. Can K. (Uzmanlık Tezi). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Bu Durumun Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerine Olan Etkileri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi;2016
99. Kulaksızoğlu S. (Yüksek Lisans Tezi) The frequency of urinary incontinence in women between the ages 15-49 and determination of its effect on life quality. İstanbul Medipol Üniversitesi; 2017.
100. Yücel U, Hadımlı A, Çakır Koçak Y, Başgün Ekşioğlu A, Sarı D, Karaca Saydam B (01 Ekim 2018) Bornova’da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5 3 414–423.
101. Ceyhan Ö, Göriş S, Zincir H. YAŞLI BİREYLERDE UYKUYU ETKİLEYEN ÖNEMLİ BİR PROBLEM: İNKONTİNANS. *JHS*. Mart 2018;27(1):29-35.

EK : VERİ FORMU

1.SOSYODEMOGRAFİK VERİ ANKETİ

1)Kaç yaşındasınız?

2)Medeni durumunuz nedir?

a.Evli b. Bekar c. Boşanmış/Eşi vefat etmiş

3)Eğitim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar değil
- b. İlkokul mezunu
- c. Ortaokul mezunu
- d. Lise mezunu
- e. Üniversite ve üzeri

5)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

6)Hangi kronik hastalıklarınız mevcuttur?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a. 1-Herhangi bir hastalığım yok
- b. 2-Hipertansiyon
- c. 3-Diyabet
- d. 4-Hiperlipidemi
- e. 5-Kalp ve damar hastalıkları
- f. 6-Koah
- g. 7-Astım
- h. 8-Romatolojik hastalıklar
- i. 9-Nörolojik hastalıklar
- j. 10-İnme/felç
- k. 11-Psikiyatrik hastalıklar
- l. 12-Tiroid bozuklukları
- m. 13-Kanser

7)Hiç gebeliğiniz oldu mu?

- a.Evet b. Hayır

8)Doğum yaptınız mı

a. Evet

b. Hayır

9)Doğum yaptı iseniz kaç kez yaptınız?

a. 1 kez

b. 2 kez

c. 2' den fazla

d. Doğum yapmadım

10)Doğum/ doğumlarınız şekli nasıl idi?

a. Hepsi vajinal idi

b. Hepsi sezaryan idi

c. Hem vajinal hem sezaryan idi

11)Sigara kullanıyor musunuz

a. Evet

b. Hayır

c. Eskiden kullanıyordum, bıraktım

12)Günde ortalama kaç kez idrar gidiyorsunuz?.....

13)Gece idrara gidiyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

14)Gece idrara gidiyor iseniz kaç kez?.....

15)Menapoza girdiniz mi?

a. Evet

b. Hayır

16)Menapoza girdi iseniz kaç yıldır menapozdasınız?.....

17)Kabızlık durumunuz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

18)Kegel egzersizlerini biliyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

19)Kegel egzersizlerinin nasıl uygulanacağını biliyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

20)Düzenli kegel egzersizi yapıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

22) İdrar kaçırma endişesi nedeniyle ped ya da idrar kaçırmaya yönelik çamaşır kullanıyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

21)İdrar kaçırma şikâyetiniz var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

22) Bu hikâye için doktora başvurduğunuz mu?

- a. Evet
- b. Hayır

23) Başvurmadıysanız neden başvurmadınız?

24) Bu şikâyet için ilaç kullandınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

25) İlaçlardan memnun kaldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

26) İdrar söktürücü ilaç kullandınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

27) Üriner ameliyat geçirdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

28) Jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

29) En son ne zaman kadın doğum polikliniğine başvurduunuz?

30) İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?

- a. Evet
- b. Hayır

31) Kilonuz

Boyunuz:

VKİ:

ICIQ-SF

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

1)Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiçbir zaman	0
Haftada bir veya daha seyrek gibi	1
Haftada iki veya üç kez	2
Günde bir kez gibi	3
Günde birkaç kez	4
Her zaman	5

Genelde ne kadar idrar kaçıırıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç	0
Az miktarda	2
Orta derecede	4
Çok miktarda	6

[illegible]

1. Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum....
2. Tuvalete yetişemedi idrar kaçırmıyorum....
3. Öksürürken veya hapsirirken kaçırmıyorum....
4. Uyurken kaçırmıyorum....
5. Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırmıyorum....
6. İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmıyorum....
7. Belirgin bir neden olmadan kaçırmıyorum....
8. Her zaman kaçırmıyorum....

ROSENBERGİN BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Sizin için uygun olanı seçiniz.

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

2. Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

6. Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

7. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

9. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

12. Yaşlandıkça idrar kaçıрма sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

15. İdrar kaçıрма sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

16. İdrar kaçıрма sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

17. İdrar kaçıрма sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

19. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

21. İdrar kaçırma sorunun giysi seçimimi sınırlıyor.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.

☐1 Çok Fazla ☐2 Oldukça ☐3Orta Düzeyde ☐4Biraz ☐5 Hiç

