



T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ÜRİNER İNKONTİNANS
KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa KELEBEK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY 2023

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ÜRİNER İNKONTİNANS
KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa KELEBEK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ÜRİNER İNKONTİNANS
KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI**

Dr. Mustafa KELEBEK

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

I. Prof. Dr. Cahit ÖZER

II. Prof. Dr. Erhan YENGİL

III. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vii
VII. TEŞEKKÜR.....	viii
VIII.ÖZET.....	ix
IX. ABSRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. Tanım ve Sınıflandırma	13
2.1.1. Stres Üriner İnkontinans	14
2.1.2. Acil Üriner İnkontinans	14
2.1.3. Mikst Tip Üriner İnkontinans	15
2.1.4. Taşma Üriner İnkontinans	15
2.1.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans	16
2.2. Risk Faktörleri	16
2.2.1. Yaş	16
2.2.2. Obezite	16
2.2.3. Parite	17
2.2.4. Doğum Şekli	17
2.2.5. Aile Öyküsü	17
2.2.6. Etnik Köken, Irk	18
2.2.7. Tıbbi Komorbiditeler ve İlaçlar	18
2.2.8. Yüksek Etkili Egzersiz.....	18
2.2.9. Sigara	18
2.3. Üriner İnkontinans Prevalansı	19
2.4. Üriner İnkontinanstaki Değerlendirme	19
2.4.1. Öykü.....	19

2.4.2. İşeme Günlüğü.....	20
2.4.3. Fiziksel Muayene.....	21
2.4.4. Öksürük Stres Testi.....	21
2.4.5. Laboratuvar Testleri.....	22
2.4.6. İşeme Sonrası Rezidü İdrar.....	22
2.4.7. Ürodinamik Test	23
2.4.8. İleri değerlendirme için yönlendirme	23
2.5. Tedavi.....	24
2.5.1. Stres Üriner İnkontinans Tedavisi	24
2.5.2. Acil üriner inkontinans tedavisi.....	27
2.5.3. Mikst, Taşma ve Fonksiyonel Üriner İnkontinans Tedavisi.....	29
2.6. Kadınlarda İdrar Kaçırmanın İlk Tedavisi İçin Algoritma.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırma İzni.....	31
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	31
3.3. Verilerin toplanması	31
3.4. Anket ve ölçekler.....	32
3.4.1. Anket.....	32
3.4.2. Ölçekler.....	32
3.5. Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analiz	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Sosyodemografik Bulgular	34
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER.....	73
9. ÖZGEÇMİŞ	83

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki.....	42
Tablo 2. Katılımcıların obstetrik özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki	43
Tablo 3. Katılımcıların idrar kaçırmayı kolaylaştırabilecek bazı özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki	44
Tablo 4. İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvurmama nedeni	45



V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kadınlarda İdrar Kaçırmanın İlk Tedavisi İçin Algoritma (135).....	30
Şekil 2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	34
Şekil 3. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine Göre Dağılımı	35
Şekil 4. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	35
Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	36
Şekil 6. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı	36
Şekil 7. Katılımcıların Gelirlerine Göre Dağılımı.....	37
Şekil 8. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı	37
Şekil 9. Katılımcıların mevcut kronik hastalıklarına göre dağılımı	38
Şekil 10. Katılımcıların Menopoz Durumlarına Göre Dağılımı	38
Şekil 11. Katılımcıların doğum sayılarına göre dağılımı	39
Şekil 12. Katılımcıların Doğum Şekillerine Göre Dağılımı	39
Şekil 13. İdrar Kaçırması Olan Katılımcıların Tiplere Göre Dağılımı	40
Şekil 14. İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvuru durumu	44
Şekil 15. İdrar Kaçırması Olan Katılımcıların Rahatsızlık Durumu.....	46
Şekil 16. Katılımcıların IQ skoru ile idrar kaçıрма durumları arasındaki ilişki	46

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AÜİ	: Acil Üriner İnkontinans
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi
ICIQ-SF	: Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Formu
ICS	: Uluslar arası Kontinans Derneği
IQ	: İnkontinans Testi
İSE	: İntrinsik Sfinkterik Eksiklik
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MÜİ	: Mikst Tip Üriner İnkontinans
PVR	: İşeme Sonrası Rezidü İdrar
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

VII. TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında tecrübesini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kapısını her çaldığımda değerli vaktini ayıran çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübelerini sürekli bizimle paylaşan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Hem tıbbi hem akademik bilgilerini bizimle sürekli paylaşan kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e,

Asistanlık sürecime renk katan, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım çalışma arkadaşlarıma,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve her türlü fedakarlık gösteren annem ve babama,

Tezimin her aşamasında sevgisiyle ve anlayışıyla yanımda olan eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

VIII. ÖZET

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ÜRİNER İNKONTİNANS KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

Amaç: Bu araştırmada, birinci basamağa başvuran kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) sıklığını tespit etmek ve bu konudaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Hatay ili Antakya ilçesindeki 3 farklı aile sağlığı merkezi birimlerine herhangi bir nedenle başvuran, 30 yaş ve üzeri kadınlarda çalışma yürütülmüştür. Katılımcılara sosyodemografik veriler, obstetrik öykü ve genel sağlık durumunu sorgulayan 22 soruluk anket, Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması Kısa Formu (ICIQ-SF) ölçeği ve İnkontinans Testi ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Üriner inkontinans sıklığı %23,4 (69) idi. Üriner inkontinansı olan kadınların %59'unda (41) stres üriner inkontinans, %21'inde (15) acil üriner inkontinans, %18'inde (13) mikst tip üriner inkontinans vardı. En sık görülen tip stres üriner inkontinanstı. Yaş, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, doğum sayısı, doğum şekli, menopoz varlığı, aile öyküsü, idrar yolu enfeksiyonu ile üriner inkontinans ilişkiliydi. İdrar kaçıran katılımcıların ICIQ-SF toplam skoru ortalaması $7,12 \pm 3,11$ idi. Üriner inkontinansı olan kadınların %39,3'ü (27) rahatsız edici olan üriner inkontinansa sahipti. İdrar kaçırmaması olan katılımcıların IQ skoru ortanca (min-max) skoru 4 (0-10), idrar kaçırmaması olmayan katılımcıların ortanca (min-max) skoru 6 (1-13) idi.

Sonuçlar: Birinci basamağa başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıktır. Yaş, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, doğum şekli, doğum sayısı, idrar yolu enfeksiyonları, menopoz, aile öyküsü risk faktörü olarak bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Üriner inkontinans, inkontinans testi, ICIQ-SF, sıklık

IX. ABSRACT

PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND THEIR KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARDS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN REFERRING TO PRIMARY CARE.

Aim: This study aimed to determine the prevalence of urinary incontinence (UI) in women applying to primary care and to evaluate their knowledge and attitudes on this subject.

Method: It is a cross-sectional descriptive type survey study. The study was conducted on women aged 30 and over who applied to 3 different family health center units in Antakya district of Hatay province for any reason. A 22-question survey questioning sociodemographic data, obstetric history and general health status, the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) scale and the Incontinence Quiz scale were administered to the participants.

Results: The prevalence of urinary incontinence was 23,4% (69). Of the women with urinary incontinence, 59% (41) had stress urinary incontinence, 21% (15) had urgent urinary incontinence, and 18% (13) had mixed type urinary incontinence. The most common type was stress urinary incontinence. Age, education level, body mass index, number of births, mode of delivery, presence of menopause, family history, and urinary tract infection (UTI) were associated with urinary incontinence. The mean ICIQ-SF total score of participants with urinary incontinence was 7.12 ± 3.11 . 39.3% (27) of women with urinary incontinence had urinary incontinence that was bothersome. The median (min-max) IQ score of participants with urinary incontinence was 4 (0-10), and the median (min-max) score of participants without urinary incontinence was 6 (1-13).

Conclusions: Urinary incontinence is common in women applying to primary care. Age, education level, body mass index, type of birth, number of births, urinary tract infections, menopause, and family history have been found to be risk factors.

Key words: Urinary incontinence, incontinence quiz, ICIQ-SF, prevalence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans (Üİ) basitçe mesane kontrolünün kaybı veya kasıtsız işeme olarak tanımlanabilir (1). Üİ için risk faktörleri arasında yaş, ırk/etnik köken, vücut kitle indeksi (VKİ), parite, sigara içme, diyabet ve histerektomi yer alır (2).

Üriner inkontinans sıklığı yaşla birlikte artış gösteren, kadınlar için yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve yaygın görülen bir sorundur. İlk değerlendirme aile hekiminin muayenehanesinde yapılır ve genellikle ürolojik veya jinekolojik değerlendirme gerektirmez (3). Dikkatli bir tıbbi öykü alarak ve kapsamlı bir fizik muayene gerçekleştirerek, birinci basamak hekimi, invaziv testlere ihtiyaç duymadan hastaların çoğunda başarılı bir tedavi başlatabilir (4).

Dünyada kadınlardaki idrar kaçırma sıklığını gözden geçirdiğimizde; Fransa'da %44, Almanya'da %41, İspanya'da %23, İngiltere'de %42, İsveç'te %29,5 olarak görülmektedir (5). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sıklığı %51'dir. Üriner inkontinans rahatsızlığı bulunan kadınların yarısından fazlası üriner inkontinans semptomlarının rahatsız edici olduğunu bildirmektedir (6). Ülkemizde ise %16,4 ile %49,7 arasında değişen bir sıklığı vardır (7).

Komorbiditeler arasında yaşam kalitesinde ve üretkenlikte azalma, artan kaygı ve depresyon, artan idrar yolu ve cilt enfeksiyonları, yaşlı kadınlarda düşme ve omurga dışı travmatik olmayan kırık riskinde artış ve bakıcı yükünün artması yer almaktadır (6).

Özellikle yaşlı erişkinlerde, üriner inkontinans hasta tarafından nadiren bildirilir, çünkü ileri yaştan dolayı normal bir durum olarak görülür ve hepsinden önemlisi utanma duygusu üriner inkontinansın yaşlılar tarafından bildirilmesine

engel olur. Çoğu zaman etkilenen bireyler, fiziksel ve psikososyal kısıtlamalardan dolayı hayattan zevk almanın engellenmesi ile sonuçlanan üriner inkontinansı reddeder ve gizler. Aslında temel sonuçlar arasında anksiyete, depresyon, cinsel yaşamda bozulma ve fiziksel aktivitede azalma gibi diğer olumsuz sonuçlara ek olarak zgven kaybı ve sosyal izolasyon yer alır (8).

Üriner inkontinans, birçok popülasyonda damgalayıcı bir durumdur ve tutarlı epidemiyolojik verilerin elde edilmesinde zorluklara neden olur. Belki de damgalama nedeniyle, bu durum düşük sağlık hizmeti arama oranlarıyla ilişkilidir (9). Üriner inkontinansın yüksek prevalansına rağmen, toplumda yaşayan üriner inkontinansı olan kişilerin yarısından daha azı sorun hakkında doktorlara başvurur (4).

Bu çalışmada kadınlar için büyük bir problem olan üriner inkontinansın; Hatay'da, Antakya ilçesine bağlı Serinyol Aile Sağlığı Merkezi, Serinyol 70. Yıl Aile Sağlığı Merkezi, Anayazı Aile Sağlığı Merkezi birimlerine herhangi bir nedenle başvuran 30 yaş ve üzeri kadınlardaki sıklığının ve bu konudaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Sınıflandırma

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) üriner inkontinansı her şekilde idrarı tutamama sorunu olarak tanımlamıştır (10). Birçok hastanın inandığının aksine, idrar kaçırma yaşlanmanın normal bir sonucu değildir. Yaşam kalitesini etkileyen patolojik bir durumdur. İnkontinansı olan hastalarda depresyon, sınırlı sosyal ve cinsel işlev ve bakıcılara bağımlılık olasılığı daha yüksektir (11-13).

Üriner inkontinans geçici veya kronik olarak sınıflandırılabilir. Geçici üriner inkontinans hızlı bir şekilde ortaya çıkar, altı aydan daha kısa sürede iyileşme gösterir ve altta yatan sorun ortadan kaldırılırsa iyileşme görülür (14). DIAPPERS anımsatıcısı, üriner inkontinansın sık görülen geri döndürülebilir nedenlerini hatırlamak için faydalı bir kısaltmadır. Bu kısaltmanın açılımı: deliryum, enfeksiyon, atrofik vajinit, farmakolojik ajanlar, psikolojik bozukluk, aşırı idrar kaçırma, kısıtlı hareket ve kabızlıktır (15). İnkontinansın bu nedenlerden herhangi birine bağlı olduğu belirlenirse, bu geçici nedenlerin düzeltilmesi semptomları giderebilir (14, 16). İdrar kaçırmaya neden olabilen yaygın ilaçlar ve maddeler: alfa adrenerjik antagonistler, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, siklooksijenaz-2 selektif nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar, opioidler, kas gevşeticiler, antidepresanlar, antiparkinson ajanlar, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, alkol, antihistaminikler, antikolinerjikler, idrar aciliyeti için olan ilaçlar, tiazolidindionlardır (12, 16).

Kronik üriner inkontinansda kendiliğinden iyileşme görülmez. Kronik üriner inkontinans 5 alt tipe ayrılır. Bunlar stres, acil, mikst tip, taşma ve fonksiyonel olarak sınıflandırılır (17, 18).

2.1.1. Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinansı (SÜİ) olan hastalarda, mesane kasılması olmaksızın intraabdominal basıncın yükselmesiyle (efor, hapşırma, gülme) birlikte görülen istemsiz idrar kaçırma vardır. Hastalar efor, hapşırma, öksürme, gülme esnasında istemsiz olarak idrar kaçırlar (11, 19, 20). SÜİ'nin genellikle üretranın mekanik desteğinin olmaması ve/veya üretral dokuların zayıf uyumu ile ilişkili olduğu düşünülür ve bu da artmış karın içi basınçlar sırasında idrar çıkışına karşı yetersiz dirençle sonuçlanır. Genç kadınlarda en sık görülen tiptir ve en yüksek insidansı 45 ile 49 yaş arası kadınlarda görülür (21-23). Üretral sfinkter zayıflığı veya üretral hipermobilité SÜİ nedenlerindendir (3). İntrinsik sfinkterik eksiklik (İSE), normalde üretrayı kapalı tutan intrinsik üretral mukozal ve kas tonusunun kaybından kaynaklanan bir SÜİ şeklidir. Genel olarak İSE, nöromusküler hasardan kaynaklanır ve birden fazla pelvik veya idrar kaçırma ameliyatı geçirmiş kadınlarda görülebilir. İSE, üretral hipermobilitenin varlığında veya yokluğunda meydana gelebilir ve tipik olarak abdominal basınçta minimal artışlarla bile ciddi idrar kaçağına neden olur (24-26).

2.1.2. Acil Üriner İnkontinans

Detrusor aşırı aktivitesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Ayrıca duyuşal ve nörolojik kaynaklı olmak üzere iki alt tipe ayrılabilir. Duyuşal tip lokal tahriş, iltihaplanma veya mesane içindeki enfeksiyonun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir. Nörolojik tip ise çoğunlukla detrusor kasılmalarının serebral inhibisyonunun kaybından kaynaklanır (27). Acil üriner inkontinansı (AÜİ) olan kadınlar, istemsiz idrar kaçırmının hemen öncesinde veya buna eşlik eden işeme dürtüsü yaşarlar (20,

28). Bu tür inkontinans yaşlı kadınlarda daha sık olarak görülmektedir (29). Aşırı aktif mesanenin geniş tanısal kategorisi sıklık, aciliyet ve noktüri semptomlarını kapsar; bu belirtiler inkontinansla ortaya çıkarsa, acil üriner inkontinans olarak kabul edilir (11). Mesane dolumu sırasında engellenmeyen (istemsiz) detrusor kas kasılmalarına yol açan detrusor aşırı aktivitesinden kaynaklandığına inanılmaktadır (28). Bu, nörolojik bozukluklara (örneğin omurilik zedelenmesi), mesane anormalliklerine, artmış veya değişmiş mesane mikrobiyomuna sekonder olabilir veya idiyopatik olabilir (28, 30-33).

2.1.3. Mikst Tip Üriner İnkontinans

Hem acil üriner inkontinans hem de stres üriner inkontinans semptomları olan kadınlar, mikst tip üriner inkontinansa (MÜİ) sahip olarak tanımlanır (20, 34). %20 ile %30 arasında arasında bir yaygınlığa sahiptir (3).

2.1.4. Taşma Üriner İnkontinans

Detrusor aktivitesinin az olmasından veya idrar retansiyonuna ve sonrasında sızıntıya yol açan mesane çıkış obstrüksiyonu nedeniyle oluşur. Kronik üriner inkontinansla %5 sıklığa sahiptir (3). Detrusor azalmış aktivitesi, detrusor kasının bozulmuş kontraktilitesinden kaynaklanabilir (35). Bozulmuş ürotelyal duyusal fonksiyon da katkıda bulunabilir. Çalışmalar, detrusor kontraktilitesinin ve etkinliğinin yaşla birlikte azaldığını göstermektedir (36). Şiddetli detrusor yetersizliği, yaşlı erişkinlerin yaklaşık %5 ile %10'unda görülür (35, 37). Nörojenik olmayan alt üriner semptomları için ürodinamik değerlendirmeye giren kadınların %45'inde görülür (38). Hastalar aralıklılık, zayıf idrar akışı, sıklık ve tereddüt yaşayabilir. Semptomların diğer üriner inkontinans tipleriyle örtüşmesi nedeniyle taşma üriner inkontinansın teşhisinin konması zor olabilir (11).

2.1.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Fonksiyonel üriner inkontinansa, hastaların tuvaleti kullanma yeteneğini bozan, ancak mesane fonksiyonunda veya idrara çıkmanın nörolojik kontrolünde bir başarısızlık olmaksızın bilişsel, fonksiyonel veya hareket etme güçlükleri neden olur (17, 39).

2.2. Risk Faktörleri

Kadınlar için obezite, artan yaş, yüksek doğum sayısı, vajinal doğum öyküsü ve menopoz idrar kaçırma gelişimi için iyi bilinen risk faktörleridir (40-42).

2.2.1. Yaş

Üriner inkontinansın hem prevalansı hem de şiddeti yaşla birlikte artar (21, 43-46). Gebe olmayan kadınlarla yapılan geniş araştırmalarda, üriner inkontinansın 35 yaşın altındaki yetişkin kadınların %3'ünü etkilediği, 55 ile 64 yaşları arasında %7'ye ve 60 yaşın üzerindeki kadınlarda %38 ile 70'e yükseldiği bildirilmiştir (43, 44, 47, 48). Üriner inkontinans özellikle huzurevlerinde yaşayan bireylerde yaygındır ve bildirilen oranlar %43 ile %77 arasında değişmektedir (49-51).

2.2.2. Obezite

Üriner inkontinans için güçlü bir risk faktörüdür (52). Obez kadınlar, obez olmayan kadınlara kıyasla yaklaşık üç kat daha fazla üriner inkontinans riskine sahiptir (45, 48, 53-55). Kronik obezite, yaşamın ilerleyen dönemlerinde inkontinans gelişme riskinin artmasıyla ilişkilidir (56). Kilo verme, üriner inkontinansa, özellikle de stres üriner inkontinansa düzelme ile ilişkilidir. 33 çalışmanın bir meta-analizi, hem bariatrik cerrahiden hem de davranış değişikliğinden kilo kaybının ardından

hem stres üriner inkontinansa hem de acil üriner inkontinansa azalma bildirmiştir (57).

2.2.3. Parite

Multiparite üriner inkontinans için bir risk faktörüdür (19, 58, 59). Bununla birlikte, hiç doğum yapmamış kadınlar da rahatsız edici idrar kaçırma bildirmektedir; 25 ile 34 yaş arası kadınların %25'i idrar kaçırma bildirmektedir, bu oran 55 ile 64 yaş arası kadınlarda %32'ye çıkmaktadır (48).

2.2.4. Doğum Şekli

Sezaryenle doğum yapmış kadınlarla karşılaştırıldığında, vajinal doğum yapan kadınlar, özellikle SÜİ olmak üzere üriner inkontinans açısından daha yüksek risk altındadır (46, 58, 60, 61). Vajinal doğumlar artmış Üİ riski ile ilişkili olmasına rağmen sezaryen doğumların uzun süreli koruyucu etkisinin olup olmadığına dair kanıtlar karışıktır (58, 62).

2.2.5. Aile Öyküsü

Üriner inkontinans riski özellikle acil üriner inkontinans için, aile öyküsü olan hastalarda daha yüksek olabilir. Bir çalışma, inkontinansı olan kadınların hem kızları hem de kız kardeşleri için üriner inkontinans riskinin arttığını bulmuştur (63). İkiz çalışmaları acil üriner inkontinans/aşırı aktif mesaneye %35 ile %55 oranında genetik katkı sağlarken, stres üriner inkontinans için sadece %1,5 oranında bir katkı olduğunu belirtmektedir (64, 65). Acil üriner inkontinans için genetik belirteçler tanımlanmıştır, ancak SÜİ için tanımlanmamıştır (66).

2.2.6. Etnik Köken, Irk

Kadınlarda ırk veya etnik kökene göre idrar kaçırma prevalansı değişken olarak bildirilmiştir. Bazı araştırmalar, Afrikalı Amerikan kadınlara kıyasla Hispanik olmayan Beyaz kadınlarda daha yüksek prevalans bildirmektedir (44, 67-70).

2.2.7. Tıbbi Komorbiditeler ve İlaçlar

Diyabet, inme, depresyon, fekal inkontinans, menopoz genitoüriner sendromu/vajinal atrofi, hormon replasman tedavisi, genitoüriner cerrahi (örn. histerektomi) ve pelvik radyasyon idrar kaçırma riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (27, 54, 68, 71-75). Acil üriner inkontinans için ek risk faktörleri: bozulmuş fonksiyonel durum, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları (İYE) ve çocukluk enürezisi de dahil olmak üzere çocukluktaki mesane semptomlarını içerir (22, 28).

2.2.8. Yüksek Etkili Egzersiz

Stres üriner inkontinans, zıplama ve koşma gibi yüksek etkili aktivitelere katılımla ilişkilendirilmiştir (76, 77).

2.2.9. Sigara

Sigara içmek idrar kaçırma riskinin artmasıyla ilişkili olarak belirtilmiştir (78-82).

2.3. Üriner İnkontinans Prevalansı

Stres üriner inkontinansın 30 yaşından büyük kadınlardaki prevalansı %25 ile % 45 aralığındadır. Acil üriner inkontinansın prevalansı kırklı yaşlarındaki kadınların %9'u ile yetmişli yaşlarındaki kadınların %31'i arasında değişmektedir. Mikst tip üriner inkontinans prevalansı %20 ile %30 arasında değişmektedir. Taşma üriner inkontinans kronik üriner inkontinanslar arasında %5 bir yaygınlığa sahiptir (3). Fonksiyonel üriner inkontinans prevalansı belirsizdir (3, 83).

Ülkemizde ise postmenopozal dönemdeki kadınlardaki üriner inkontinans sıklığı bir çalışmada %45,3 bulunmuştur. Bu çalışmadaki en sık görülen tip mikst üriner inkontinans olarak belirtilmiştir (84). Reprodüktif çağıdaki kadınlarda yapılan çalışmada, bu çağıdaki üriner inkontinans sıklığı %31,2'dir. Bu çalışmada en sık görülen tip stres üriner inkontinans, ikinci en sık görülen tip ise acil üriner inkontinanstır (85).

2.4. Üriner İnkontinanstaki Değerlendirme

2.4.1. Öykü

Kapsamlı bir öykü, genellikle geçici ve kronik Üİ'nin yanı sıra kronik Üİ'nin alt tipini ayırt edebilir (14). DIAPPERS anımsatıcısı, üriner inkontinansın sık görülen geri döndürülebilir nedenlerini hatırlamak için yararlıdır. DIAPPERS anımsatıcısı deliryum, enfeksiyon (akut idrar yolu enfeksiyonu), atrofik vajinit, farmakolojik ajanlar, psikolojik bozukluk (özellikle depresyon), aşırı idrar çıkışı, kısıtlı hareket veya geri döndürülebilir idrar retansiyonu, kabızlık sorunlarının İngilizce dilindeki ilk harflerinden meydana gelmiştir (15). Üriner semptomların doğası ve süresi hakkında bilgi ve jinekolojik öykü alınmalıdır. Tütün kullanımı, diabetes mellitus veya konjestif kalp yetmezliği gibi komorbiditeler sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın bilişsel ve işlevsel durumu da değerlendirilmelidir. Üç günlük bir işeme günlüğü, sıvı

alımını, semptomları ve Üİ'nin meydana geldiği durumları netleştirmede yardımcı olabilir (86, 87). Özellikle yakın zamanda başlayan hastaların ilaçları not edilmelidir. İlaça bağlı inkontinans genellikle ilacı keserek tersine çevrilebilir. Dikkate alınması gereken en önemli ilaçlar: alfa adrenerjik antagonistler, ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, siklooksijenaz-2 selektif nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar, opioidler, kas gevşeticiler, antidepresanlar, antiparkinson ajanlar, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, alkol, antihistaminikler, antikolinerjikler, idrar aciliyeti için olan ilaçlar, tiazolidindionlardır (12, 16). Jinekolojik öykü östrojen durumunu değerlendirebilir; östrojen eksikliği, üriner inkontinansın potansiyel olarak geri döndürülebilir bir nedeni olan atrofik vajinit veya atrofik üretrit ile sonuçlanabilir (12).

2.4.2. İşeme Günlüğü

En basit işeme günlükleri hastalardan idrar kaçırma ataklarının sıklığını kaydetmelerini ister, ancak günlükler aynı zamanda idrar kaçırmanın meydana geldiği durumları değerlendirmek için de kullanılabilir, bu da idrar kaçırma tipini netleştirmeye yardımcı olabilir. Örneğin; günlük, stres tipi idrar kaçırma düşündüren karın basıncının arttığı zamanlarda sızıntıyı veya taşma tipi idrar kaçırma gösteren idrar damlamasını ortaya çıkarabilir (88). Stres üriner inkontinansı olan hastalar genellikle gece işemek için bir kez uyanır veya hiç uyanmaz; acil üriner inkontinansı olan hastalar genellikle iki defadan fazla ve her saat başı sıklıkta uyanırlar (88, 89). Bir işeme günlüğü, tedaviden sonra idrar kaçırmanın ciddiyetini karşılaştırmak için bir temel oluşturabilir ve böylece yönetimin etkinliğini değerlendirebilir (90, 91).

2.4.3. Fiziksel Muayene

Fiziksel muayene, DIAPPERS anımsatıcısı uygulandıktan sonra dikkate alınmamış olabilecek anatomik anormallikleri veya geçici nedenleri belirleyebilir (12, 18, 39). Kardiyovasküler muayene özellikle, idrar kaçırmayı şiddetlendiren artan idrar akışıyla sonuçlanabilecek aşırı hacim kanıtı (örn. raller, pedal ödemi) aramalıdır. Abdominal muayenede batın, kitleler ve hassasiyet için palpe edilmeli ve mesaneye, taşmayı gösterecek olan distansiyon için perküsyon yapılmalıdır (18, 92). Kas iskelet sistemi hareket kısıtlılığı, ağrı, artrit açısından muayene edilmelidir. Pelvik bölge pelvik taban kaslarının zayıflığı ve vulvar veya vajinal atrofi açısından muayene edilebilir. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında (KOAH) karın içi basıncındaki artış, mesane kasılmasının yokluğunda sfinkter kapanma mekanizmalarının üstesinden gelerek idrar kaçırmaya neden olabilir. Bu açıdan solunum sistemi muayenesi yapılmalıdır. Rektal muayenede fissür varlığı fekal impaksiyondan kaynaklanan kronik kabızlığı gösterebilir. Azalmış veya hiç olmayan anal sfinkter tonusu diyabet veya alkolizmin neden olduğu periferik nöropatiyi düşündürülebilir. Deliryum, demans, serebral vasküler hastalık, normal basınçlı hidrosefali, spinal stenoz da çeşitli mekanizmalarla idrar kaçırmaya yapabileceğinden nörolojik muayene de yapılabilir (12, 18, 39).

2.4.4. Öksürük Stres Testi

Stres inkontinanstaki şüpheleniliyorsa, tanıyı doğrulamak için en güvenilir klinik değerlendirme öksürük stres testidir (4, 17, 93). Daha gelişmiş çok kanallı ürodinamik çalışmalarla karşılaştırıldığında, öksürük stres testi stres üriner inkontinans için iyi bir duyarlılık ve özgüllük gösterir (93-95). Ancak sonuçlar kesin değilse daha fazla doğrulayıcı ürodinamik değerlendirme gerekebilir (96). Dolu bir mesane ile (ani idrar yapma noktasına kadar olmasa da), hasta litotomi pozisyonunda olmalıdır. Hasta labiayı ayırmalıdır. Hasta pelvik kasları gevşetmeli ve bir kez zorla öksürmelidir. Test başlangıçta sırtüstü yapılırsa ve herhangi bir sızıntı gözlenmezse test ayakta tekrarlanmalıdır. Hasta, sızıntıyı görmek için bir ped takar veya

bacaklarını omuz genişliğinde açık olarak yerde bir bez veya kağıt levha üzerinde ayakta durur. İdrar öksürüğün başlamasıyla birlikte sızar ve kesilmesiyle sonlanırsa, test stres üriner inkontinans için pozitifdir (3). Negatif bir testte sızıntı olmaz veya 5 ile 15 saniye gecikmiş bir sızıntı olur ve çoğu stres üriner inkontinans vakasını dışlar (97). Hastanın mesanesi boşsa, öksürük yeterince güçlü değilse, pelvik taban kasları kasılırsa veya şiddetli prolapsus sızıntıyı maskelerse yanlış negatif sonuçlar ortaya çıkabilir (96, 97). Ayrıca gecikmiş bir sızıntı, sfinkterin zayıflığını değil, öksürüğün tetiklediği bir mesane spazmını düşündürebilir. Bu, olası acil üriner inkontinansı gösterir (16).

2.4.5. Laboratuvar Testleri

İdrar yolu enfeksiyonunu değerlendirmek ve hematüri, proteinüri ve glikozüriyi dışlamak için tüm hastalarda idrar tahlili istenmelidir (20, 96, 98). Mesane çıkış obstrüksiyonu veya detrusor denervasyonundan kaynaklanan idrar retansiyonu (mesane taşması) varsa serum kreatinin seviyesi de bakılmalıdır (12).

2.4.6. İşeme Sonrası Rezidü İdrar

Stres veya acil üriner inkontinansla başlangıç tedavisi için işeme sonrası rezidü idrarın (PVR) ölçülmesi gerekli değildir (20). Bununla birlikte, PVR'nin ölçülmesi, tanı kesin olmadığında, başlangıç tedavisi etkisiz olduğunda veya üriner retansiyon ve/veya taşma üriner inkontinans endişesi olan hastalarda yardımcı olabilir. Bu hastalar arasında nörolojik hastalığı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, detrusör yetersizliği veya mesane çıkış tıkanıklığı öyküsü, idrar retansiyonu öyküsü, şiddetli kabızlık, kızlık zarını aşan pelvik organ prolapsusu, inkontinans için ameliyattan sonra yeni başlayan veya tekrarlayan inkontinans, periferik nöropatili diabetes mellitus veya detrusor kontraktilesini baskılayan veya sfinkter tonusunu artıran ilaçları olan hastalar yer alır (99-101). PVR testinin sonuçlarını yorumlamaya yönelik parametreler ne standardize edilmiş ne de iyi

değerlendirilmiştir. Genel olarak, toplam işeme hacminin üçte birinden daha düşük bir PVR, yeterli boşaltma olarak kabul edilir. İşeme disfonksiyonunun ileri değerlendirmesi için kesme noktası olarak >150 mL veya >1/3 toplam hacim PVR kullanılır. Önerilen ek parametreler, normal olarak 50 mL'nin altındaki bir PVR'yi ve anormal olarak 200 mL'den büyük bir PVR'yi içerir (102, 103).

2.4.7. Ürodinamik Test

Semptomları stres, acil veya mikst tip üriner inkontinans ile uyumlu olan kadınlarda üriner inkontinansın ilk değerlendirmesinde rutin olarak ürodinamik teste başvurulmamaktadır (104, 105). Ürodinamik testler invazivdir, maliyetlidir ve tedaviye başlamadan önce gerekli değildir. Ürodinamik testin, üriner inkontinansın cerrahi olmayan veya cerrahi tedavisinin sonuçlarını tahmin ettiği gösterilmemiştir. 80.000'den fazla kadını içeren 99 çalışmanın sistematik bir derlemesi, ürodinami testlerinin SÜİ'nin cerrahi olmayan tedavisinin sonuçlarını tahmin etme yeteneğini desteklemek için yetersiz kanıt bulmuştur (106).

2.4.8. İleri değerlendirme için yönlendirme

Değerlendirmeden sonra üriner inkontinansın nedeni net değilse, bir üroloğa veya ürojinekoloğa sevk edilmesi önerilir. Tipik stres veya acil üriner inkontinansı olan hastalarda genellikle hematüri, obstrüktif semptomlar (idrar yapmak için zorlanma veya tam mesane boşalmaması hissi) veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları gibi kırmızı bayraklar yoktur. Bunlardan herhangi biri mevcutsa, daha ileri değerlendirme için sevk edilmesi önerilir. Diğer sevk endikasyonları: tekrarlayan inkontinans, belirgin prostat büyümesi, pelvik organın introitustan sarkması, inkontinans ile ilişkili pelvik ağrı, kalıcı hematüri, kalıcı proteinüri, işeme sonrası rezidü idrar hacmi > 200 mL olması, önceki pelvik cerrahi veya radyasyon ve belirsiz tanıdır. Yeni başlayan nörolojik semptomlar, kas zayıflığı veya her ikisi ile birlikte inkontinans varlığında da ürolojik sevk gereklidir (3).

2.5. Tedavi

2.5.1. Stres Üriner İnkontinans Tedavisi

2.5.1.1. Kilo verme

Aşırı kilolu veya obez olan ve stres inkontinansı olan kadınlar, inkontinans semptomlarının sıklığını azalttığı gösterilen kilo vermeye teşvik edilmelidir (107).

2.5.1.2. Davranışsal tedaviler

Pelvik taban kas egzersizleri, stres inkontinans için davranışsal tedavinin temel dayanağıdır (108, 109). En az üç ay boyunca pelvik taban kas egzersiz rejimi uygulayan tek başına stres üriner inkontinansı olan hastaların %38'i bir iyileşme yaşamaktadır (110). Daha uzun süreli eğitim alan kadınlarda ve kendi kendine yardım kitapçıklarından ziyade kapsamlı klinik tabanlı eğitim alan kadınlarda artan etkinlik gösterilmiştir (111, 112). Hastalara doğru tekniği öğretmek için manuel geribildirim (egzersizler sırasında pelvik kasların palpe edilmesi) ve biofeedback (pelvik kas kasılması hakkında görsel veya işitsel geri bildirim sağlayan bir vajinal veya anal cihaz kullanılarak) kullanılmaktadır (109, 113). Ağırlıklı intravajinal konlar, kadınların pelvik taban kaslarını tanımakta zorlandıkları durumlarda tekniği geliştirmek için de kullanılmıştır. Bu stratejiler tekniği ve sonuç olarak kısa vadede semptomları iyileştirebilse de, bunların tek başına egzersizlerden daha yüksek uzun vadeli iyileşme veya tedavi oranlarıyla sonuçlandığına dair bir kanıt yoktur (114, 115).

2.5.1.3. Elektriksel ve Manyetik Stimülasyon

Pelvik taban kaslarının vajinal veya anal elektrotla elektriksel stimülasyonu, pelvik taban kaslarını istemli olarak kasamayan kadınlarda kullanılabilir (109). Ekstrakorporeal manyetik innervasyon, hastanın tamamen giyinik olarak bir sandalyeye oturduğu ve düşük güçlü bir manyetik alan oluşturduğu bir dizi tedaviyi içerir. Hastalar tipik olarak altı ila sekiz hafta boyunca haftada iki veya üç kez tedaviye tabi tutulur. İlk yapılan çalışmalardan biri, bu yöntemin hafif stres üriner inkontinansı olan (yani, günde üç veya daha az hijyenik ped kullanan) kadınlar için en etkili olduğunu göstermiştir (116). Daha yeni bir çalışma, yeterli pelvik taban kas kasılmaları oluşturamayan kadınlar için sahte tedaviden daha etkili olduğunu bulmuştur (117).

2.5.1.4. Cihazlar

İnkontinans peserleri ve inkontinans tamponları dahil olmak üzere vajinal ekler, hamilelerde, cerrahi aday olmayanlarda ve semptomları önceki ameliyatlara cevap vermeyenlerde stres üriner inkontinansın tedavisinde kullanılabilir. Vajinal ekler mesane boynunu ve üretrayı sıkıştırarak stres inkontinansın neden olduğu idrar kaybını azaltır. Peserler yaygın olarak kullanılsa da ilişkili riskleri ve maliyetleri düşüktür ve hızlı bir şekilde sonuca ulaşırlar. Peser kullanımına ilişkin çok az kontrendikasyon vardır (örn. aktif pelvik enfeksiyon, ciddi ülserasyon, ürün malzemelerine karşı alerji, uygunsuzluk) (118). Üretral tıkaçlar, stres üriner inkontinansa neden olan aktiviteler (örneğin koşma) sırasında idrar kaybını önlemek için üretraya yerleştirilen cihazlardır (119). Kullanımlarını caydıran sınırlı sayıda kanıt vardır (120). İdrar yolu enfeksiyonları, hematüri ve mesaneye göç bu durumlardandır (119).

2.5.1.5. Farmakolojik tedavi

Stres üriner inkontinansın tedavisi için hiçbir ilaç Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onaylı değildir. Psödoefedrin ve fenilefrin gibi alfa-adrenerjik agonistler üretral daralmaya neden olur ve teoride stres inkontinansı azaltmalıdır. Ancak, plaseboya üstünlüklerini destekleyen sadece zayıf kanıtlar vardır. Yan etkiler uykusuzluk ve kaygıdan hipertansiyon, aritmiler ve felce kadar değişir (110). Stres üriner inkontinansın tedavisi için FDA onaylı olmasa da, antidepresan duloksetinin (Cymbalta) stres üriner inkontinansı azalttığı gösterilmiştir (121). Ancak tedavi sağladığına dair bir kanıt yoktur. Kadınların çoğu, yan etkiler veya etkisizlik nedeniyle dört hafta içinde tedaviyi bırakmıştır (122).

2.5.1.6. Minimal İnvaziv Prosedürler

Radyofrekans denatürasyonu, radyofrekans enerjisi iletmek için üretraya yerleştirilen bir cihazı kullanan cerrahi olmayan bir yöntemdir. Bu enerji mesane boynu ve proksimal üretradaki kollajeni denatüre ederek bu yapıların kompliyansında azalmaya neden olur. Tek seferlik prosedür, bir doktorun muayenehanesinde lokal anestezi ile gerçekleştirilebilir. İyileşme oranları %22 ile %67 arasında değişmektedir ve hastaların %50'sinden fazlası, tek bir tedaviden sonra üç yıla kadar semptomlarda iyileşme bildirmektedir (108, 123, 124). Prosedür güvenlidir ve dizüri ve idrar yolu enfeksiyonları gibi en yaygın yan etkileri vardır (108, 124).

Hacim arttırıcı ajanların enjeksiyonu, üretral sfinkterin intrinsik zayıflığı olan ve semptomları invaziv olmayan tedavilere cevap vermeyen ve ameliyat edilemeyen kadınlar için minimal invaziv bir prosedürdür. Otolog yağ, kollajen veya karbon boncukları gibi ajanlar, transüretral veya periüretral olarak yerleştirilen bir iğne yoluyla enjekte edilir. Tedavi veya iyileştirme oranları %18 ile %40 arasında değişir ve etkinliği sürdürmek için tekrarlanan enjeksiyonlar gerekir. Yan etkiler arasında idrar retansiyonu, aciliyet, dizüri ve idrar yolu enfeksiyonları bulunur (108).

2.5.1.7. Ameliyat

Daha az invaziv tedavilere cevap vermeyen inkontinans için cerrahi tedavi yapılabilir (11). Stres üriner inkontinansı olan kadınların yaklaşık %30'u nihayetinde ameliyat olmayı seçmektedir (125).

Cerrahi seçenekler arasında askılar ve üretropeksi yer alır. Askı prosedürleri arasında pubovajinal askılar ve orta üretral askılar (yani, retropubik askı, tek kesikli askı, gerilimsiz vajinal bant ve transobturator askı) yer alır. Üretropeksi seçenekleri arasında iğneli üretropeksi ve retropubik üretropeksi (yani, Burch ve Marshall-Marchetti-Krantz prosedürleri) yer alır. En iyi cerrahi yaklaşım konusunda fikir birliği yoktur. Tüm yöntemler üretral kapanmayı arttırmayı veya mesane boynunu ve üretrayı destekleyip stabilize etmeyi amaçlar (125-128). En sık uygulanan yaklaşımlardan biri de gerilimsiz vajinal bant kullanımıdır. Bu ayakta tedavi prosedüründe, hasta lokal anestezi altındayken, üretra etrafında bir askı oluşturmak için bant yerleştirilir. Kabul edilebilir yan etki profili, kanıtlanmış etkinliği ve dayanıklılığı nedeniyle, bazıları gerilimsiz vajinal bantı stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde yeni standart olarak görmektedir (126).

2.5.2. Acil üriner inkontinans tedavisi

2.5.2.1. Davranışsal tedaviler

Davranışsal stratejiler, bilişsel bozukluğu olmayan kişilerde acil üriner inkontinansın tedavisi için birinci basamak tedavidir (109, 129). Mesane eğitimi ve pelvik taban kas güçlendirme egzersizleri kullanılabilir. Mesane eğitimi, hastaya işeme dürtüsünü bastırmayı öğretmeyi içermektedir (109).

Birçok doktor, yaygın olarak Kegel egzersizleri olarak bilinen pelvik taban kas egzersizlerini sadece stres üriner inkontinans tedavisi olarak düşünse de, aynı

zamanda acil üriner inkontinans için de etkili bir tedavi yöntemidir. Uygun şekilde yapılan pelvik taban kas egzersizleri, idrar kaçırmayı azaltmak için ilaçlardan daha etkilidir (130). Bilişsel bozukluğu ve acil üriner inkontinansı olan hastalar için, alışkanlık eğitimi, programlı işeme ve istemli işeme dahil olmak üzere diğer bazı davranışsal stratejiler kullanılabilir (109). Çalışmalar, planlı işemenin kısa vadeli net yararları olan en etkili yöntem olabileceğini göstermektedir (131, 132).

2.5.2.2. Cihazlar

Posterior tibial sinir uyarıcıları en yaygın kullanılan cihazlardır. Ofis bazlı bu prosedürde, medial malleol yakınına bir iğne elektrodu uygulanır ve 30 dakikalık seanslar halinde elektrik stimülasyonu uygulanır. Posterior tibial sinir stimülasyonu, en az ilaçlar kadar iyi çalışır ve hastaların %75'ine varan oranda idrar kaçırmayı azaltır (133).

2.5.2.3. Farmakolojik Tedavi

Antimuskarinikler ve beta-adrenerjik agonistler, acil üriner inkontinans için FDA onaylı oral ilaçlardır. Antimuskarinikler, detrusor kasının tekrarlayan spazmını önler ancak taşikardi, ödem, konfüzyon, kabızlık ve bulanık görme gibi istenmeyen etkileri bulunmaktadır. Seçici antimuskarinik ajanlar (darifenasin [Enablex], solifenasin [Vesicare]), bilişsel yan etkileri azaltmak için seçici olmayan ajanlara (oksibutinin, tolterodin [Detrol]) tercih edilir. Antimuskarinikler, yaşlı erişkinlerde birinci basamak farmakoterapi olarak önerilmemektedir (6). Fesoterodin(toviaz) ve trospium(sanctura) acil üriner inkontinansa kullanılabilen seçici olmayan antimuskarinikler arasındadır. Mirabegron, beta-3 reseptörleri aracılığıyla detrusör kasını gevşeten bir beta-adrenerjik agonisttir. Olumsuz etkiler gastrointestinal rahatsızlık, baş dönmesi, baş ağrısı ve artan kan basıncını içerir. Antimuskariniklerle eşzamanlı kullanım, idrar retansiyonu riskini artırır (110). İntravajinal östrojen, acil üriner inkontinans semptomlarını iyileştirebilir ancak bu endikasyon için FDA

tarafından onaylanmamıştır; sistemik östrojen inkontinansı şiddetlendirir (6). Yine yakın zamanda FDA tarafından onaylanan botulinum toksin A'nın (Botox) detrusor kasına enjeksiyonu, konservatif tedavilere yanıt vermeyen sıkışma tipi inkontinansın tedavisinde düşünülebilir. Botox, inkontinansı azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede plaseboda üstündür. Belirti azalması üç ila altı ay sürer. Etkililik ve uzun vadeli güvenlik için optimal dozlar henüz belirlenmemiştir (110).

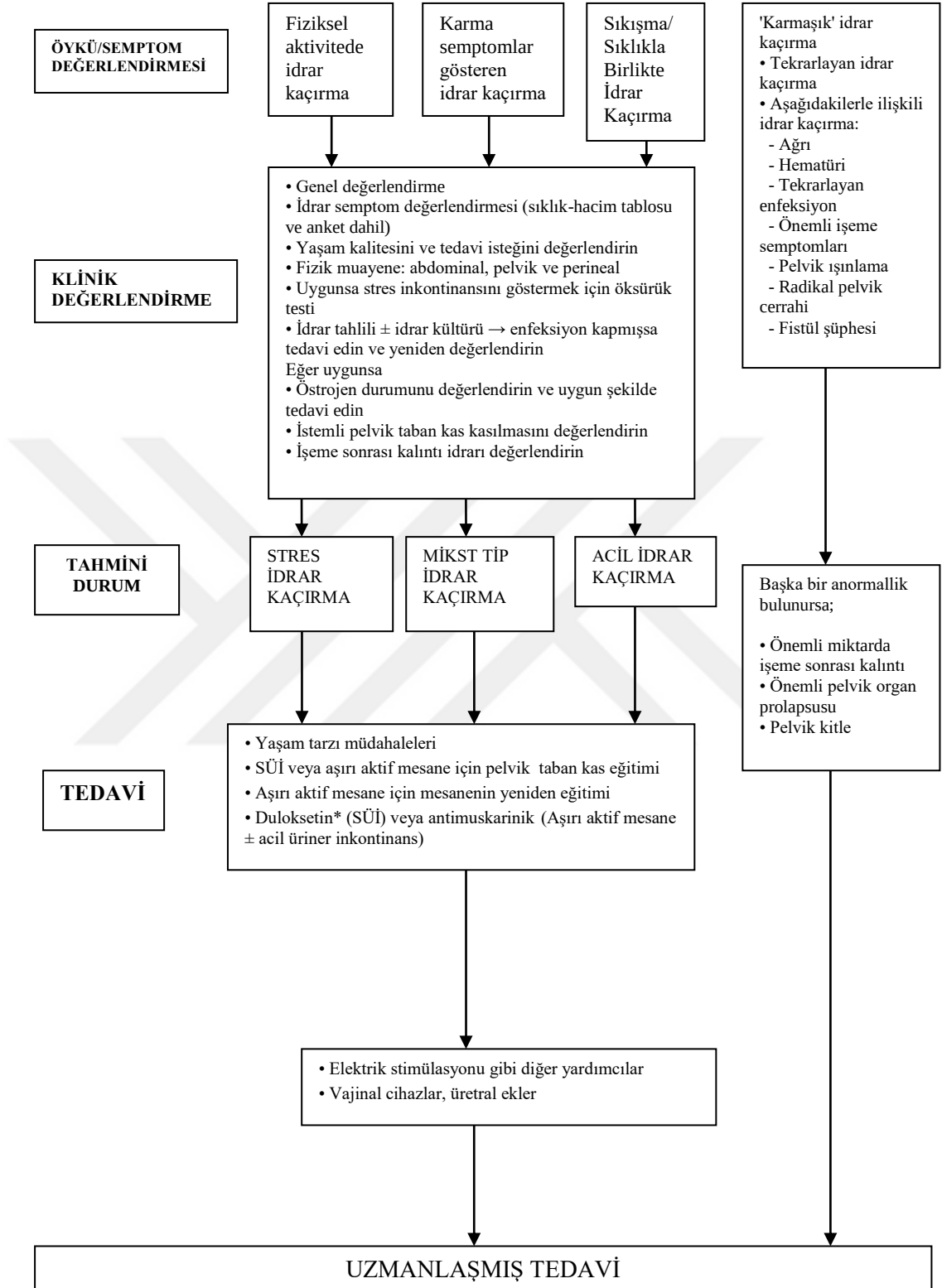
2.5.2.4. Ameliyat

Acil Üriner inkontinans, sakral, paraüretral ve pudendal sinirleri uyaran cerrahi olarak implante edilen cihazlarla tedavi edilebilir (134). Sakral nöromodülatörler en sık kullanılanlardır (110). Sakral nöromodülatörleri olan hastaların %60 ile %90'ı semptomlarda iyileşme bildirir. Bu cihazlar pahalıdır ve cerrahi komplikasyon riskinden dolayı sadece refrakter semptomları olan hastalarda endikedir (6).

2.5.3. Mikst, Taşma ve Fonksiyonel Üriner İnkontinans Tedavisi

Mikst tip üriner inkontinansın tedavisi , baskın olan semptomları belirleyip onlara tedavi etmeye yönelik olmalıdır. Taşma Ü'nin tedavisinde öncelikle geri döndürülebilir nedenler aranmalıdır. Örneğin hasta idrar retansiyonuna neden olan bir ilaç kullanıyorsa bu ilacın kesilmesi hastanın tedavisi için yeterli olacaktır. İdrar kaçırmanın nedeni eğer geri döndürülemez bir sorunsa, örneğin inme nedeniyle nörolojik disfonksiyondan kaynaklı olarak hasta idrar kaçıırıyorsa aralıklı veya kalıcı kateterizasyon gerekebilir. Fonksiyonel üriner inkontinans için ise yardımcı ve zamanlı tuvalet yapma gibi davranışlar birincil tedavidir (6).

2.6. Kadınlarda İdrar Kaçırmanın İlk Tedavisi İçin Algoritma



Şekil 1. Kadınlarda İdrar Kaçırmanın İlk Tedavisi İçin Algoritma (135).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma İzni

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (15.12.2022-Karar no:4) izin alınmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışma Hatay ili, Antakya ilçesine bağlı Serinyol Aile Sağlığı Merkezi, Serinyol 70. Yıl Aile Sağlığı Merkezi, Anayazı Aile Sağlığı Merkezi birimlerinde yürütülmüştür. Aile sağlığı merkezi birimlerinden alınan bilgilere göre çalışmanın yapılacağı aile sağlığı merkezi birimlerine 30 yaş ve üzeri kayıtlı kadın nüfusu toplamı 8000 olarak bulunmuştur. Bu hedef kitlenin %10'u olan 800 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak ilimizde meydana gelen Kahramanmaraş merkezli 7,7 ve 7,6 büyüklüğündeki depremlerin yarattığı olumsuzluklar ve imkansızlıklardan dolayı 295 kişiye ulaşılmış olup bazı aile sağlığı merkezi birimlerine deprem nedeniyle ulaşım çok zorlaştığından hastanemize bağlı sahra hastanesine başvuran kadınlar da çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Verilerin toplanması

Bu tez çalışması Ocak 2023–Haziran 2023 tarihleri arasında kadınlara anket yoluyla yapılmıştır. Anketler yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Ankete katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 295 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1)30 yaş ve üzerinde olmak
- 2) Kadın olmak

- 3) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 4) İdrar kaçırma şikayeti dışında bir nedenle ASM'ye başvurmak

3.4. Anket ve ölçekler

3.4.1. Anket

Anket içeriği, mevcut literatür taraması sonucu tarafımızca oluşturulmuştur. Sosyodemografik veriler, obstetrik öykü, genel sağlık durumunu sorgulayan 22 adet sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Ölçekler

3.4.2.1. Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Formu

Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Formu (ICIQ-SF), 2004 yılında Avery K, Donovan J, Peters TJ ve ark. tarafından üriner inkontinans semptomlarının ve semptomların yaşam kalitesine etkilerinin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (136). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2004 yılında Çetinel ve ark. tarafından yapılmıştır (137). Ölçek en fazla 21 puana sahiptir; puan ne kadar yüksekse, üriner inkontinans semptomları ve/veya semptomların yaşam kalitesine etkisi o kadar şiddetlidir (136). Çetinel ve ark. tarafından yapılan başka bir çalışmada ölçeğin kesme puanı 8 olarak bulunmuş ve 8 ve üzerinde puan alanların rahatsız edici idrar kaçırmaya sahip olduğu belirtilmiştir (138).

3.4.2.2. İnkontinans Testi

İnkontinans Testi (IQ) Branch ve ark. tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir (139). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Kerime C. Kara ve ark. tarafından yapılmıştır. 14 ifadeden oluşan (altı doğru ve sekiz yanlış) kendi kendine uygulanan bir ölçektir ve her biri 'Katılıyorum', 'Katılmıyorum' veya 'Bilmiyorum' şeklinde yanıtlanabilir. 1, 4, 6, 8, 10 ve 11. ifadelerin doğru cevabı 'Katılıyorum' şeklindedir. Kalan ifadeler için doğru cevap 'Katılmıyorum' şeklindedir. 'Bilmiyorum' yanıtları yanlış olarak hesaplanır. IQ, toplam doğru cevap sayısına bağlı olarak 0 ila 14 arasında veya %0 ila %100 arasında puanlanır ve daha yüksek puanlar, daha yüksek bilgi düzeyini ve üriner inkontinansa karşı daha olumlu tutumları gösterir (140). Her iki ölçeğin kullanım izni mail yoluyla alınmıştır.

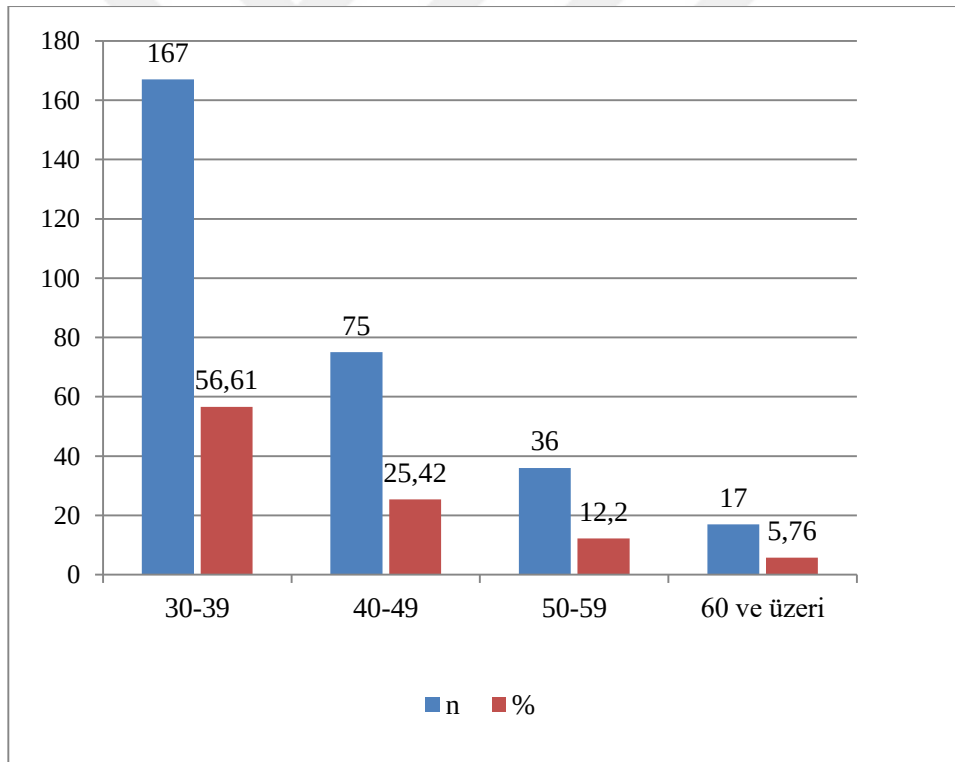
3.5. Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analiz

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi, SPSS Statistic 21 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çözümlemede frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin dağılımı incelenerek Normal dağılımı sağlayanlar için Student t-testi ve/veya Anova testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi ve/veya Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler için ki-kare testi (χ^2 testi) kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında $p < 0.05$ (%5) anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

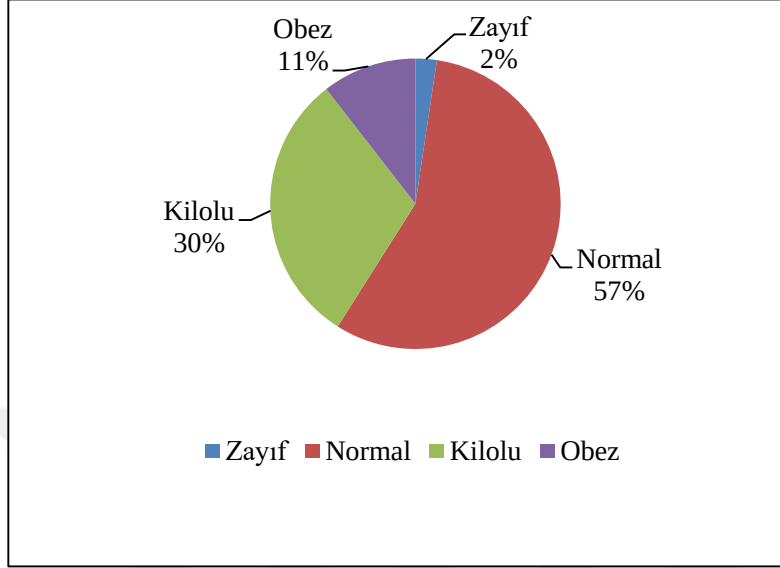
4.1. Sosyodemografik Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması $40,22 \pm 9,68$ olarak bulundu. Yaş gruplarına göre dağılımlara bakıldığında; 167'sinin (%56,61) 30-39 yaş grubunda olduğu, 75'inin (%25,42) 40-49 yaş grubunda olduğu, 36'sının (%12,2) 50-59 yaş grubunda olduğu, 17'sinin (%5,76) 60 ve üzeri yaş grubunda olduğu görüldü.



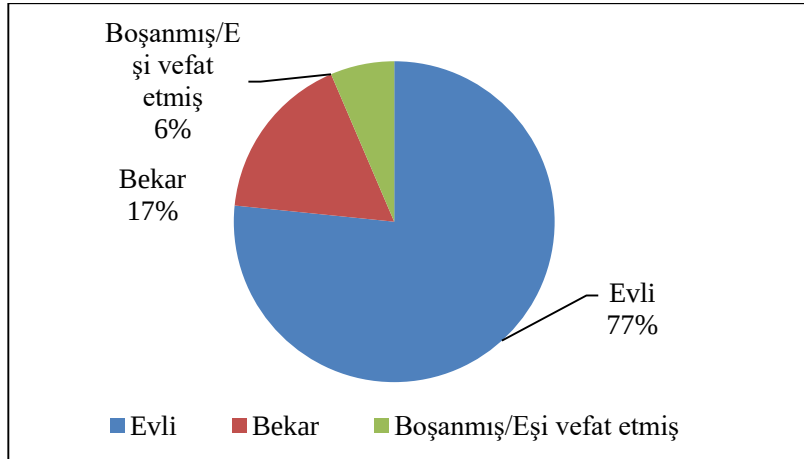
Şekil 2. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Katılımcıların vücut kitle indekslerine göre dağılımlarına baktığımızda; 7'sinin (%2) zayıf, 167'sinin (%57) normal, 90'ının (%30) kilolu, 31'inin (%11) obez olduğu görüldü.



Şekil 3. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

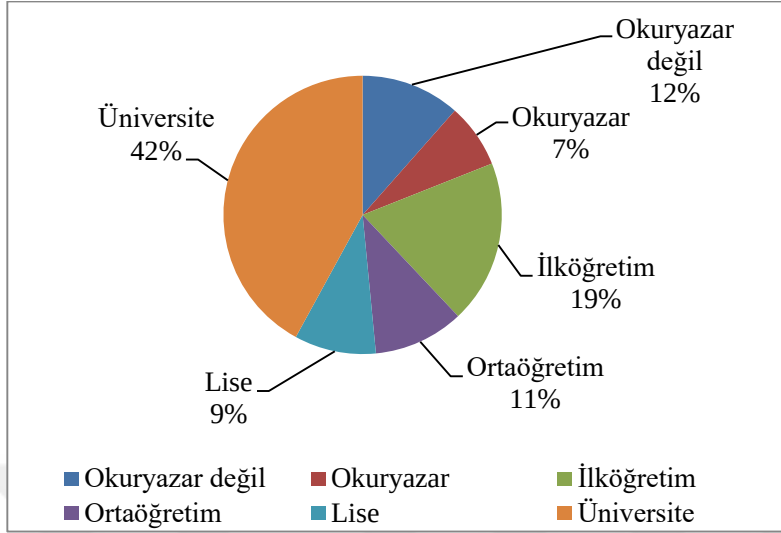
Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımına bakıldığında; 226'sının (%77) evli, 50'sinin (%17) bekar, 19'unun (%6) boşanmış/eşi vefat etmiş olduğu görüldü.



Şekil 4. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

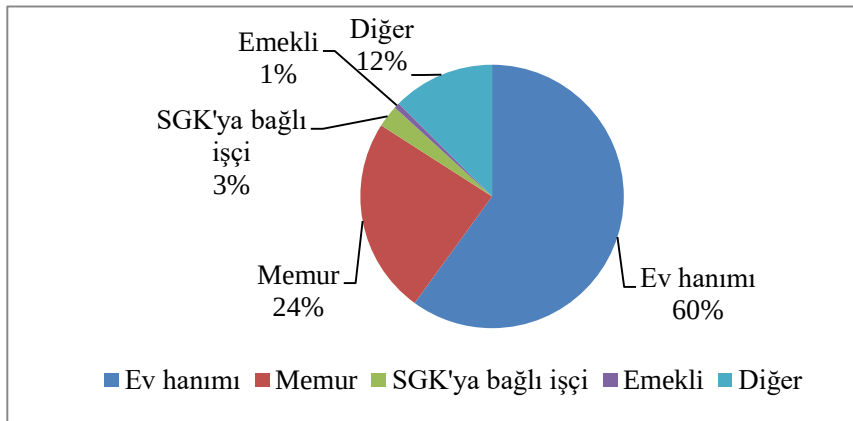
Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımlarına bakıldığında; 34'ünün (%12) okuryazar değil, 22'sinin (%7) okuryazar, 56'sının (%19) ilköğretim, 31'inin

(%11) ortaöğretim, 28'inin (%9) lise mezunu, 124'ünün (%42) üniversite mezunu olduğu görüldü.



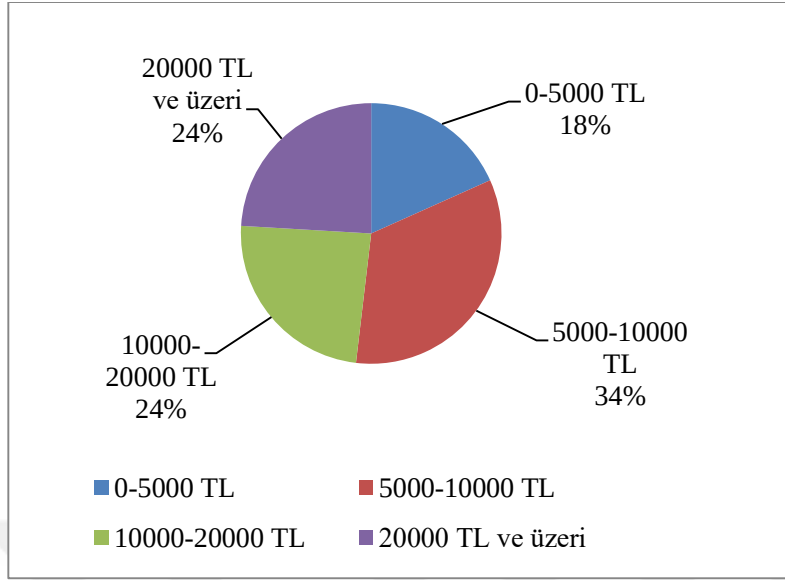
Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımlarına bakıldığında; 177'sinin (%60) ev hanımı, 71'inin (%24) memur, 8'inin (%3) Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bağlı işçi, 2'sinin (%1) emekli, 37'sinin (%12) diğer meslek grubunda olduğu görüldü.



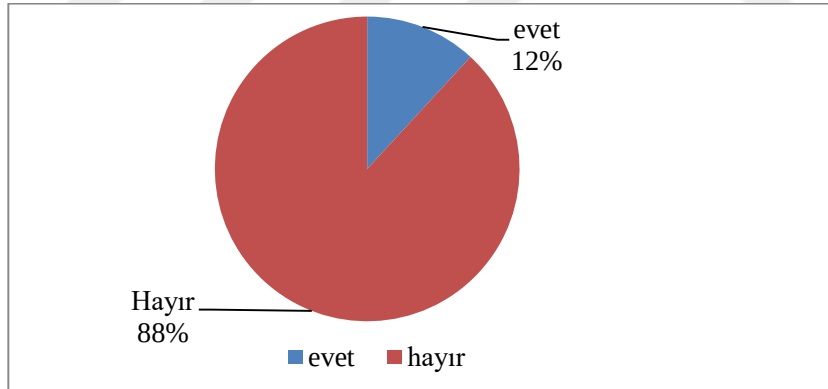
Şekil 6. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Katılımcıların gelirlerine göre dağılımlarına bakıldığında; 54'ünün (%18) 0-5000 TL, 99'unun (%34) 5000-10000 TL, 71'inin (%24) 10000-20000 TL, 71'inin (%24) 20000 TL ve üzeri gelire sahip olduğu görüldü.



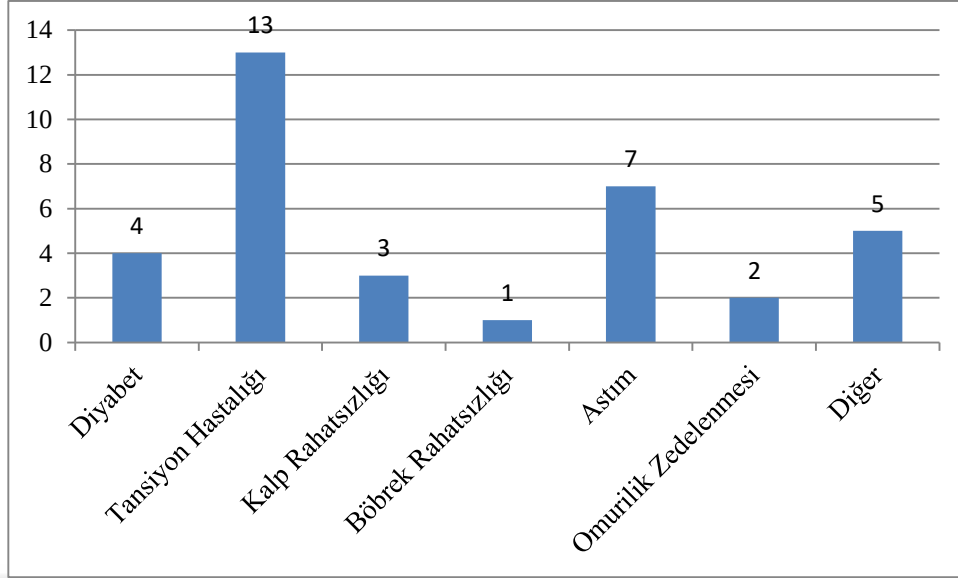
Şekil 7. Katılımcıların Gelirlerine Göre Dağılımı

Katılımcıların sigara içme durumlarına dağılımlarına bakıldığında; 35'inin (%12) sigara kullandığı, 260'ının (%88) sigara kullanmadığı görüldü.



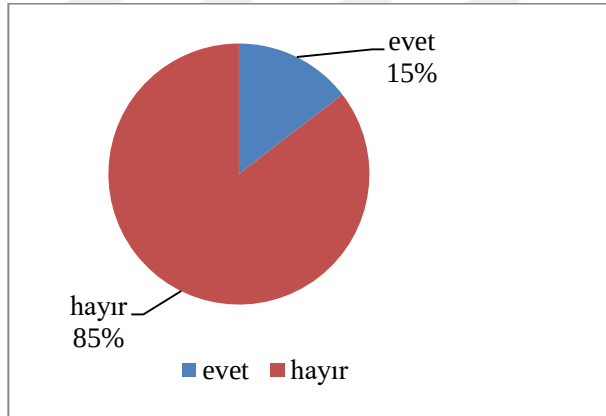
Şekil 8. Katılımcıların Sigara İçme Durumlarına Göre Dağılımı

Katılımcıların mevcut kronik hastalığı olanların dağılımlarına bakıldığında; 4'ünün diyabet, 13'ünün tansiyon hastalığı, 3'ünün kalp rahatsızlığı, 1'inin böbrek rahatsızlığı, 7'sinin astım, 2'sinin omurilik zedelenmesi, 5'inin diğer grupta kronik hastalığı olduğu görüldü.



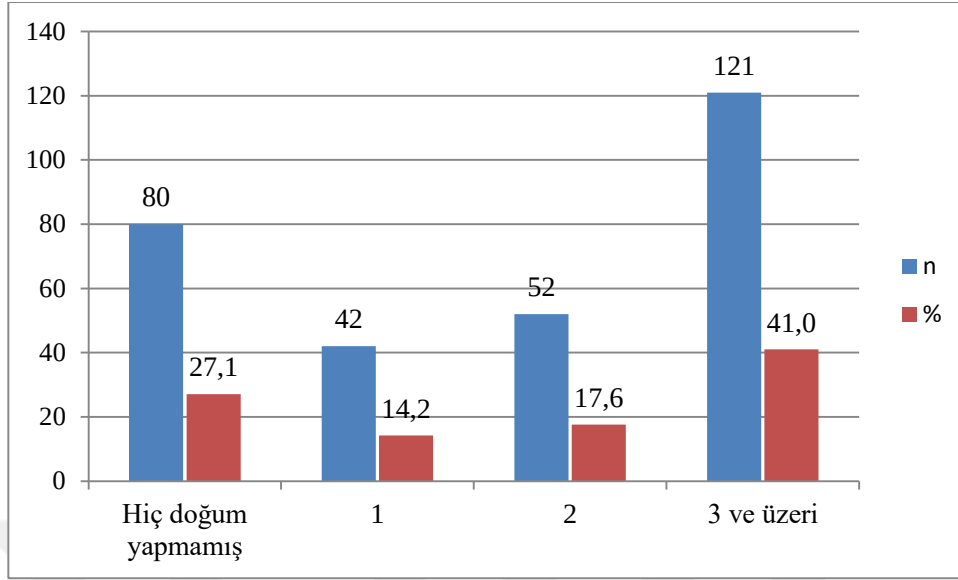
Şekil 9. Katılımcıların mevcut kronik hastalıklarına göre dağılımı

Katılımcıların menopozda olup olmamalarına göre dağılımlarına bakıldığında; 43'ünün (%15) menopozda olduğu, 252'sinin (%85) menopozda olmadığı görüldü.



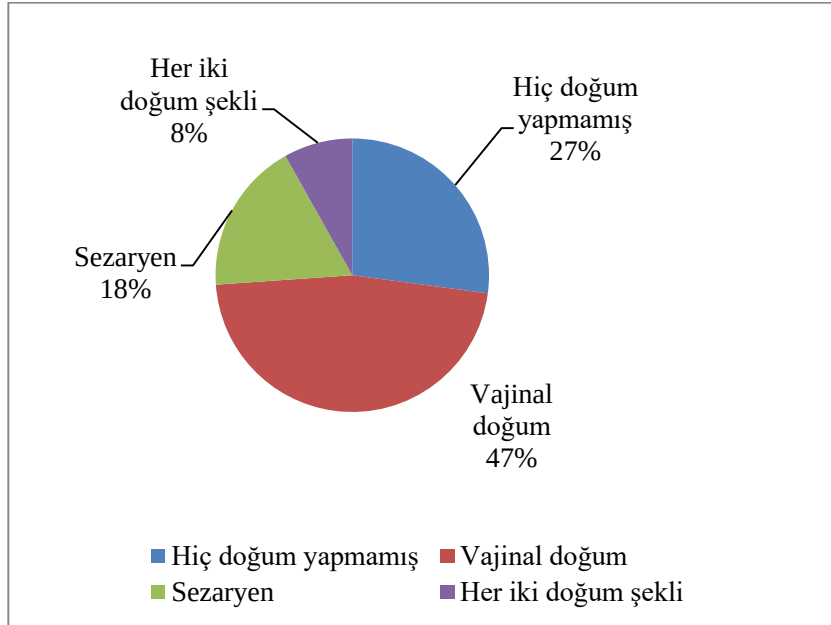
Şekil 10. Katılımcıların Menopoz Durumlarına Göre Dağılımı

Katılımcıların doğum sayılarına göre dağılımlarına baktığımızda; 80'inin (%27,1) hiç doğum yapmamış, 42'sinin (%14,2) 1, 52'sinin (%17,6) 2, 121'inin (%41) 3 ve üzeri doğum yaptığı görüldü.



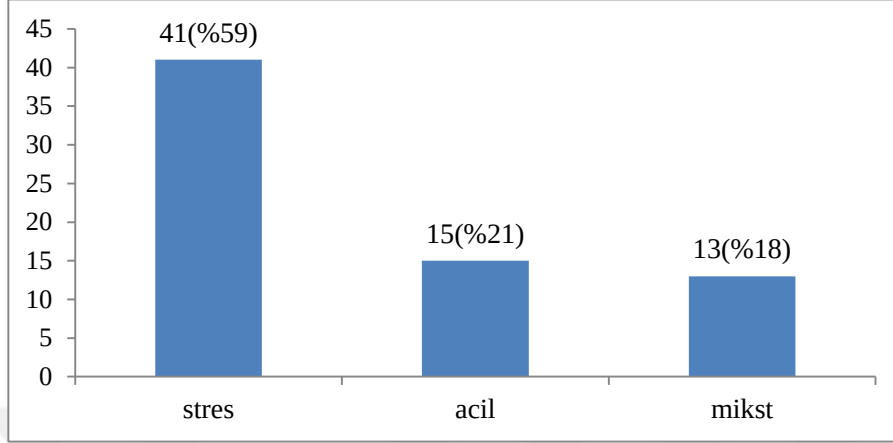
Şekil 11. Katılımcıların doğum sayılarına göre dağılımı

Katılımcıların doğum şekillerine göre dağılımlarına baktığımızda; 80'sinin (%27) hiç doğum yapmamış, 138'inin (%47) vajinal, 53'ünün (%18) sezaryen, 24'ünün (%8) her iki doğum şekli ile doğum yaptığı görüldü.



Şekil 12. Katılımcıların Doğum Şekillerine Göre Dağılımı

Katılımcıların idrar kaçırmaya sıklıklarına baktığımızda 69'unda (%23,4) idrar kaçırmaya olduğu görüldü. İdrar kaçırmaya olan katılımcıların 41'i (%59) stres, 15'i (21) acil, 13'ü (%18) mikst tipte idrar kaçırmaya mevcut olduğu görüldü.



Şekil 13. İdrar Kaçırmaya Olan Katılımcıların Tiplere Göre Dağılımı

Katılımcıların idrar kaçırmaya durumları ile yaşları arasındaki ilişkiye bakıldığında; idrar kaçıran kadınların yaş ortalaması $49,67 \pm 10,35$, idrar kaçırmayan kadınların yaş ortalaması $37,34 \pm 7,37$ 'dir. 30-39 yaş arasındaki kadınların 11'i (%6,6), 40-49 yaş arasındaki kadınların 21'i (%28), 50-59 yaş arasındaki kadınların 24'ü (%66,7), 60 ve üzeri yaştaki kadınların 13'ü (%76,5) idrar kaçırmaktadır. Kadınların yaşı ile idrar kaçırmaya durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kadınların yaşı arttıkça idrar kaçırmaya sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır.

Katılımcıların medeni durumları ile idrar kaçırmaya durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; evli olanların 58'i (%25,7), bekar olanların 2'si (%4), boşanmış/eşi vefat etmiş olanların 9'u (%47,4) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların medeni durumları ile idrar kaçırmaya durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ve idrar kaçırmaya durumlarına bakıldığında; okuryazar olmayanların 17'si (%50), okuryazarların 12'si (%54,5), ilköğretim mezunu olanların 19'u (%33,9), ortaöğretim mezunu olanların 7'si (%22,6), lise

mezunu olanların 6'sı (%21,4), üniversite mezunu olanların 8'i (%6,5) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile idrar kaçıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça idrar kaçıрма sıklıkları da anlamlı bir şekilde azalmaktadır.

Katılımcıların sigara içme durumları ve idrar kaçıрма durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; sigara içenlerin 10'u (%28,6), sigara içmeyenlerin 59'u (%22,7) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların sigara içme durumları ile idrar kaçıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların vücut kitle indeksleri ile idrar kaçıрма durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; zayıf katılımcıların 0'ı (%0), normal kilodaki katılımcıların 20'si (%12), kilolu katılımcıların 33'ü (%36,7), obez katılımcıların 16'sı (% 51,6) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların vücut kitle indeksleri ile idrar kaçıрма durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki

		idrar kaçırma var n (%)	idrar kaçırma yok n (%)	p değeri
Yaş	30-39	11 (6,6)	156 (93,4)	<0,01
	40-49	21 (28)	54 (72)	
	50-59	24 (66,7)	12 (33,3)	
	60 ve üzeri	13 (76,5)	4 (23,5)	
Medeni durum	Evli	58 (25,7)	168 (74,3)	0,89
	Bekar	2 (4)	48 (96)	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	9 (47,4)	10 (52,6)	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	17 (50)	17 (50)	<0,01
	Okuryazar	12 (54,5)	10 (45,5)	
	İlköğretim	19 (33,9)	37 (66,1)	
	Ortaöğretim	7 (22,6)	24 (77,4)	
	Lise	6 (21,4)	22 (78,6)	
	Üniversite	8 (6,5)	116 (93,5)	
Sigara	Evet	10 (28,6)	25 (71,4)	0,44
	Hayır	59 (22,7)	201 (77,3)	
VKİ	Zayıf	0 (0)	7 (100)	<0,01
	Normal	20 (12)	147 (88)	
	Kilolu	33 (36,7)	57 (63,3)	
	Obez	16 (51,6)	15 (48,4)	

Katılımcıların menopoz durumları ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; menopozda olan katılımcıların 31'i (%72,1), menopozda olmayan katılımcıların 38'i (%15,1) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların menopoz durumları ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Menopozda olan katılımcılarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür.

Katılımcıların doğum sayıları ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; hiç doğum yapmamış olanların 3'ü (%3,8), 1 doğum yapanların 3'ü (%7,1), 2 doğum yapanların 15'i (%28,8), 3 ve üzeri doğum yapanların 48'i (%39,7) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların doğum sayısı ve idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklıkları da anlamlı bir şekilde artmaktadır.

Katılımcıların doğum şekli ve idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; hiç doğum yapmamış katılımcıların 3'ü (%3,8), vajinal doğum yapanların 50'si (%36,2), sezaryen ile doğum yapanların 9'u (%17), her iki doğum şekli ile doğum yapanların 7'si (%29,2) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların doğum şekli ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların obstetrik özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki

		idrar kaçırma var n (%)	idrar kaçırma yok n (%)	p değeri
Menopoz varlığı	var	31 (72,1)	12 (27,9)	<0,01
	yok	38 (15,1)	214 (84,9)	
Doğum sayısı	hiç doğum yapmamış	3 (3,8)	77 (96,3)	<0,01
	1	3 (7,1)	39 (92,9)	
	2	15 (28,8)	37 (71,2)	
	3 ve üzeri	48 (39,7)	73 (60,3)	
Doğum şekli	hiç doğum yapmamış	3 (3,8)	77 (96,3)	<0,01
	vajinal	50 (36,2)	88 (63,8)	
	sezaryen	9 (17)	44 (83)	
	her iki doğum şekli de	7 (29,2)	17 (70,8)	

Katılımcıların idrar yolu enfeksiyonu geçirme sıklıkları ve idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; İYE olmayanların 2'si (%3,4), yılda 1 İYE olanların 43'ü (%23,2), yılda 2 İYE olanların 7'si (%26,9), yılda 3 İYE olanların 4'ü (%57,1), yılda 3'ten fazla İYE olanların 13'ü (%68,4) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların İYE olma sıklıkları ve idrar geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların İYE olma sıklıkları arttıkça idrar kaçırma sıklıkları da artmaktadır.

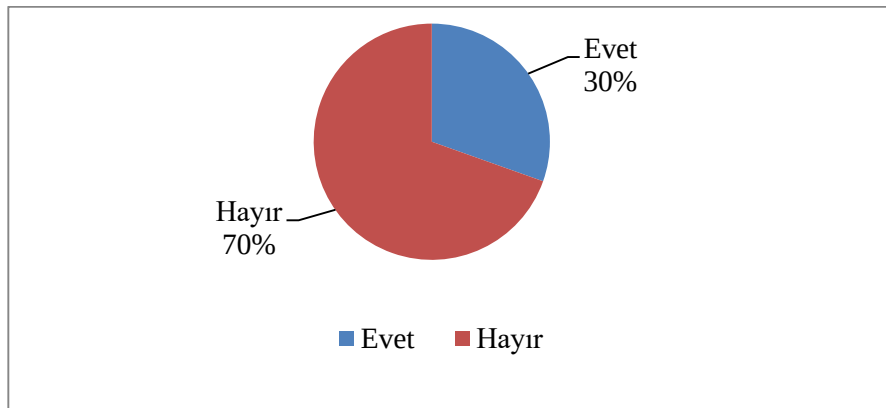
Katılımcıların kabız olma durumları ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; kabızlık şikayeti olan katılımcıların 11'i (%33,3), kabızlık şikayeti olmayan katılımcıların 58'i (%22,1) idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların kabız olma durumları ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcılarda idrar kaçırma yönünden aile öyküsü olma durumu ile idrar kaçırma durumu arasındaki ilişkiye baktığımızda; aile öyküsü olan katılımcıların 37'si (%54,4), aile öyküsü olmayan katılımcıların 32'si (%14,1) idrar kaçırmaktadır. Aile öyküsü olma durumu ile idrar kaçırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Aile öyküsü olan katılımcılarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların idrar kaçırmayı kolaylaştırabilecek bazı özellikleri ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki

		idrara kaçırma var n (%)	idrara kaçırma yok n (%)	p değeri
Aile öyküsü	var	37 (54,4)	31 (45,6)	<0,01
	yok	32 (14,1)	195 (85,9)	
Kabızlık	var	11 (33,3)	22 (66,7)	0,152
	yok	58 (22,1)	204 (77,9)	
Yılda geçirilen İYE sayısı	0	2 (3,4)	56 (96,6)	<0,01
	1	43 (23,2)	142 (76,8)	
	2	7 (26,9)	19 (73,1)	
	3	4 (57,1)	3 (42,9)	
	3'ten fazla	13 (68,4)	6 (31,6)	

İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvuru durumlarına baktığımızda; 21'inin (%30) doktora başvurduğu, 48'inin (%70) doktora başvurmadığı görülmüştür.



Şekil 14. İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvuru durumu

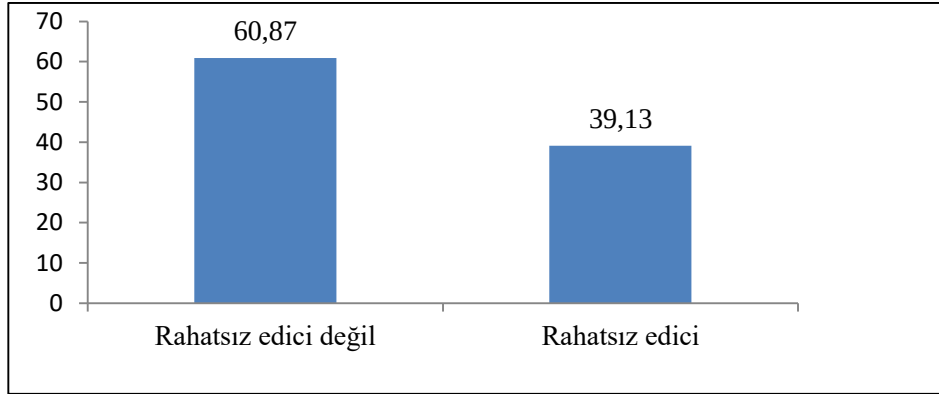
İdrar kaçıran katılımcıların doktora gitmeme nedenlerine baktığımızda; 19'u (%39,6) vakit bulamadığı için, 11'i (%22,9) utandığı ve çekindiği için, 2'si (%4,2)

rahatsızlık duymadığı için, 11'i (%22,9) yaşı ilerlediğinden dolayı idrar kaçırmayı normal karşıladığı için, 3'ü (%6,3) çevresinde idrar kaçıran birçok kişi olduğundan dolayı bu durumu normal karşıladığı için, 2'si (%4,2) diğer nedenlerden dolayı doktora başvurmamıştır. İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvurmama nedenleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. İdrar kaçıran katılımcıların doktora başvurmama nedeni

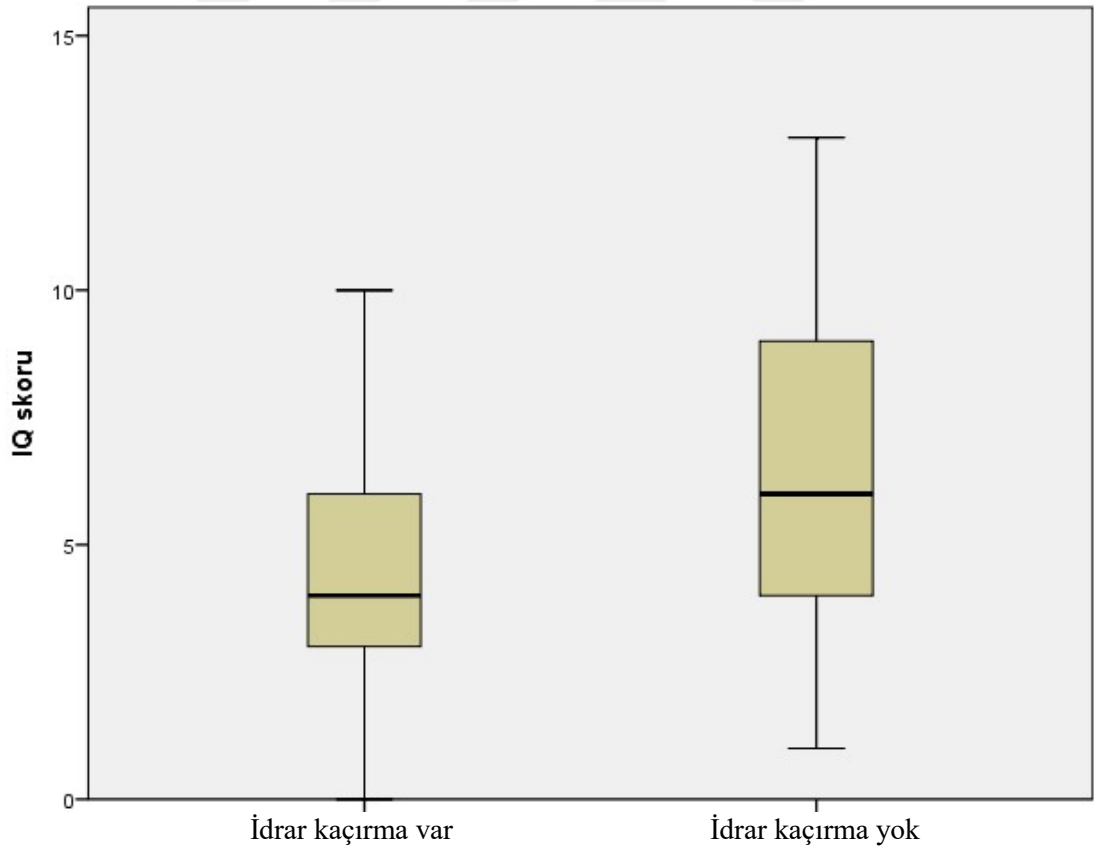
	n	%
Vakit bulamadım	19	39,6
Bu durumdan utandığım ve çekindiğim için doktora gitmedim	11	22,9
İdrar kaçırmaktan rahatsızlık duymuyorum	2	4,2
Yaşımın ilerlediği için idrar kaçırmamın normal olduğunu düşünüyorum	11	22,9
Çevremde idrar kaçıran birçok kişi olduğu için bu durumu normal karşıladım.	3	6,3
Diğer	2	4,2

İdrar kaçıran katılımcıların ICIQ-SF toplam skoru ortalaması $7,12 \pm 3,11$ bulunmuştur. ICIQ-SF skoruna göre idrar kaçırmayı yaşayan katılımcılardan 8 ve üzeri puan alanların rahatsız edici idrar kaçırmayı yaşayan grup, 8'in altında puan alanların ise rahatsızlık vermeyen idrar kaçırmayı yaşayan grup olarak değerlendirilmiştir. İdrar kaçırmayı yaşayan katılımcıların rahatsızlık durumlarına baktığımızda; 27'sinin (%39,13) rahatsız edici bir idrar kaçırmayı yaşadığı, 42'sinin (%60,87) rahatsızlık vermeyen bir idrar kaçırmayı yaşadığı belirlenmiştir. Alt tiplerde rahatsız edicilik durumuna bakıldığında; stres tipin 13'ü (%31,70), acil tipin 6'sı (%40), mikst tipin 8'i (%61,53) rahatsız edici bir şekilde idrar kaçırmaktadır.



Şekil 15. İdrar Kaçırması Olan Katılımcıların Rahatsızlık Durumu

Katılımcıların İnkontinans testi (IQ) skoru ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda; idrar kaçırması olan katılımcıların ortanca(min-max) skoru 4 (0-10), idrar kaçırması olmayan katılımcıların ortanca (min-max) skoru 6 (1-13) bulunmuştur. Katılımcıların IQ skoru ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$).



Şekil 16. Katılımcıların IQ skoru ile idrar kaçırma durumları arasındaki ilişki

5. TARTIŞMA

Çalışmamız, Hatay'daki kadınlarda idrar kaçırma sıklığını araştıran ve aynı zamanda bu konudaki bilgi ve tutumlarını inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle önem arz etmektedir. İdrar kaçırmanın sıklığını ve yaşam kalitesine etkisini gösteren ICIQ-SF ölçeği ve bu konudaki bilgi ve tutumlarını ölçen IQ ölçeğinin kullanılması değerlendirmede daha net sonuçlara ulaşmamıza imkan sağlamaktadır. Kahramanmaraş merkezli depremlere rağmen katılımcı sayısı yüksek tutulmaya çalışılmıştır.

Çalışmamızda üriner inkontinans görülme sıklığı %23,4 olarak bulunmuştur. Çayan ve ark. 20 ilde 18 yaş ve üzeri 1217 kadını dahil ettiği çalışmada Üİ sıklığı %14,6 olarak bulunmuştur (141). Dursun ve ark. 38 ilden 6473 kadını dahil ettiği çok merkezli gözlemsel çalışmasında Üİ oranı %20,9 olarak bulunmuştur (142). Koçak ve ark. 18 yaş üstü 1012 kadınla yaptığı çalışmada Üİ sıklığı %23,9 olarak bulunmuştur (143). Kılıç ve ark. 20 yaş üzeri 430 kadınla yaptığı çalışmada Üİ görülme sıklığı %37,2 olarak bulunmuştur (144). Onur ve ark. yaşları 17 ile 80 arasında değişen 2275 kadını dahil ettiği çalışmada Üİ sıklığı %46,3 olarak bulunmuştur (145). Görüldüğü gibi bizim çalışmamız da dahil olmak üzere Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında kadınlarda Üİ sıklıklarında farklılıklar gözlenmektedir. Çalışmanın yapıldığı coğrafya, yaş grupları arasındaki farklara bağlı olarak bu durum gözlenmiş olabilir.

Çalışmamızda idrar kaçıran katılımcıların tiplere göre dağılımlarına baktığımızda %59'unun SÜİ, %21'inin AÜİ, %18'inin ise MÜİ'ye sahip olduğu görülmektedir. Çalışmamızda en sık görülen tip SÜİ, ikinci olarak AÜİ, en az görülen tip ise MÜİ olarak saptanmıştır. Kılıç ve ark. 20 yaş üzeri 430 kadın üzerinde yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınlar arasında; SÜİ oranı %33,7 olarak

bulunurken, MÜİ %31,8 ve AÜİ ise %20,6 olarak bulunmuştur (144). Ünlü ve ark. yaşları 18 ile 53 arasında değişen 690 kadını dahil ettiği çalışmada idrar kaçırın kadınlar arasında; SÜİ oranı %36,7 olarak bulunurken AÜİ oranı %32,4 ve MÜİ oranı %30,9 olarak bulunmuştur (146). Onur ve ark. yaşları 17 ile 80 arasında değişen 2275 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; idrar kaçırın kadınlarda en sık görülen tip SÜİ (%46) bulunmuştur (145). Baykuş ve ark. 18 yaş ve üzeri 1220 kadını dahil ettiği çalışmada idrar kaçırınlar arasında; SÜİ oranı %47,3 olarak en sık görülen tip olarak bulunurken, AÜİ % 26,3 ve MÜİ oranı %19,7 olarak bulunmuştur (147). Mostafei ve ark. yaşları 10 ile 90 arasında değişen 138722 kadının katıldığı 54 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde SÜİ sıklığı %12,6 olarak bulurken, AÜİ oranı %5,3 ve MÜİ oranı %9,1 olarak bulunmuştur (148). Akkuş ve ark. 18 ile 80 yaş arası 150 kadını dahil ettiği çalışmada idrar kaçırınlar arasında; SÜİ oranı %37,7 olup, AÜİ oranı %3,1 ve MÜİ oranı %59,2 olarak bulunmuştur (149). Koçak ve ark. 18 yaş üstü 1012 kadını dahil ettiği çalışmada idrar kaçırınlar arasında en sık görülen tip %41,3 oranla MÜİ olarak görülürken, SÜİ oranı %33,1 ve AÜİ oranı %25,6 olarak bulunmuştur (143). Üriner inkontinansın tiplere göre oranlarına baktığımızda çalışmalar arasında farklılıklar görülmüştür. İdrar kaçırın kadınlarda alt tiplerin oranlarına baktığımızda SÜİ en fazla görülen tip olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda MÜİ en sık görülen tip olarak görülmektedir. Yaş grupları arasındaki farklılıklar bu duruma neden olabilir.

Çalışmamızda kadınların yaşı ile idrar kaçırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 30-39 yaş arasındaki kadınların %6,6'sı, 40-49 yaş arasındaki kadınların %28'i, 50-59 yaş arasındaki kadınların %66,7'si, 60 ve üzeri yaştaki kadınların %76,5'i idrar kaçırılmaktadır. Kadınların yaşı arttıkça idrar kaçırma sıklığı da anlamlı olarak artmaktadır. Dursun ve ark. yaptığı çalışmada 40 yaşından büyük olmanın idrar kaçırma oranını artırdığını belirtmiştir (142). Onur ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçırması olan ve olmayan kadınlarda yaşınl anlamlı derecede farklı olduğunu göstermiştir (145). Nazlı ve ark. idrar kaçırmanın yaş gruplarına göre sıklıklarına bakmış ve 18-29'da %12,4, 30-39'da %20,3, 40-49'da %41,6, 50-59'da %59,6 ve 60 ve üzeri yaşıta %65,3 olarak bulunmuş ve idrar kaçırma ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (147). Çayan ve

ark. yaptığı çalışmada idrar kaçırmaları olanların yaşlarının daha fazla olduğu görülmüştür (141). Patel ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçırmaları ile artan yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (46). Yapılan çalışmalara bakıldığında idrar kaçırmaları yaş arttıkça daha sık görülmektedir. Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumları ile idrar kaçırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Evli olanların %25,7'si, bekar olanların %4'ü, boşanmış/eşi vefat etmiş olanların %47,4'ü idrar kaçırmaktadır. İdrar kaçırmaları evli veya boşanmış/eşi vefat etmiş kadınlarda bekadar kadınlara göre daha sık görülmüştür. Tozun ve ark. yaptığı çalışmada medeni durum ile idrar kaçırmaları sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (150). Bizim çalışmamız ile literatür bilgileri benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri ile idrar kaçırmaları durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Okuryazar olmayanların %50'si, okuryazarların %54,5'i, ilköğretim mezunu olanların %33,9'u, ortaöğretim mezunu olanların %22,6'sı, lise mezunu olanların %21,4'ü, üniversite mezunu olanların %6,5'i idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça idrar kaçırmaları sıklıkları da anlamlı bir şekilde azalmaktadır. Terzi ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi lise ve üzeri olan kadınlarda idrar kaçırmaları sıklığı anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur (151). Yücel ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırmaları sıklığı da anlamlı bir şekilde azalmaktadır (152). Dinç ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin arttıkça idrar kaçırmaları oranının daha az olduğu görülmüştür (153). Ünlü ve ark. yaptığı çalışmada; hiç okula gitmemiş ve ilokul mezunu olan kadınlarda idrar kaçırmaları oranı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (146). Tozun ve ark. yaptığı çalışmada ilokul düzeyi ve altında eğitim almış kadınlarda üriner inkontinans daha yaygın bulunmuştur (150). Yapılan çalışmalara bakıldığında bulduğumuz sonuç diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerde üriner inkontinansın daha az görülmesi; yaşam tarzı değişiklikleri, eğitim seviyesi düşük olanlara göre

daha bilinçli olmaları, hastaneye başvurma oranlarının daha yüksek olması, daha az doğum yapmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların sigara içme durumları ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Akkuş ve ark. yaptığı çalışmada sigara içenlerde idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (149). Yapılan birçok çalışmada sigara içmek idrar kaçırma riskinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (78-82). Bakıldığında çalışmamız bu açıdan literatürle uyuşmamaktadır. Çalışmamızda sigara içme ile idrar kaçırma arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, katılımcıların çok büyük bir kısmının sigara içmeyen kişilerden oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların menopoz durumları ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menopozda olan katılımcıların %72,1'i, menopozda olmayan katılımcıların %15,1'i idrar kaçırmaktadır. Menopozda olan katılımcılarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. Koçak ve ark. yaptığı çalışmada menopozda olan kadınlarda olmayanlara göre idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (143). Dursun ve ark. yaptığı çalışmada menopozda olan kadınlarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (142). Şensoy ve ark. yaşları 20 ile 80 arasında değişen 1050 kadın katılımcının dahil olduğu çalışmada menopozda olan kadınlarda idrar kaçırma oranı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (154). Menopoz östrojen üretiminde ciddi bir şekilde azalmaya yol açar; menopoz öncesi dönemden menopoz sonrası döneme geçene kadar östradiol seviyeleri yaklaşık olarak %95'lik bir kayba uğrar (155). Normal yaşlanma süreciyle de daha da azalma eğilimine giren serum östrojen seviyelerindeki belirgin düşüş; vajinal atrofiyi oluşturan çoğu değişiklikten sorumlu tutulmuştur (156, 157). Menopoz döneminde görülen östrojen düşüklüğü vajinal atrofiye bağlı olarak idrar kaçırmaya katkıda bulunabilir. Yapılan çalışmalara bakıldığında bulduğumuz sonuç literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların doğum şekli ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hiç doğum yapmamış katılımcıların %3,8'i, vajinal doğum yapanların %36,2'si, sezaryen ile doğum yapanların %17'si, her iki doğum şekli ile doğum yapanların %29,2'si idrar kaçırmaktadır. Vajinal doğum yapan kadınlarda; hiç doğum yapmamış veya sezaryenle doğum yapmış kadınlara göre idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ünlü ve ark. yaptığı çalışmada vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma oranını sezaryen ile doğum yapanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulmuştur (146). Baykuş ve ark. normal doğum yapan kadınlarda sezaryen ile doğum yapanlara göre idrar kaçırma oranını anlamlı bir şekilde daha yüksek bulmuştur (147). Başak ve ark. 20 çalışmayı gözden geçirdiği çalışmasında vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde daha yüksek görülmüştür (7). Vajinal doğum yapan kadınlar; sezaryen ile doğum yapanlar veya hiç doğum yapmamış kadınlarda karşılaştırıldığında pelvik taban bozuklukları gelişimi açısından daha yüksek riskle ilişkili bulunmuştur (158-161). Bir çalışmada da vajinal doğumun pelvik tabanda bozulmalara neden olarak üriner inkontinans riskinin artmasına neden olduğu ifade edilmiştir (162). Vajinal doğum yapan kadınlarda pelvik taban bozukluklarının artması idrar kaçırma sıklığının bu grupta daha yüksek görülmesine neden olabilir. Literatüre benzer olarak çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların doğum sayısı ve idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hiç doğum yapmamış olanların %3,8'i, 1 doğum yapanların %7,1'i, 2 doğum yapanların %28,8'i, 3 ve üzeri doğum yapanların %39,7'si idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklıkları da anlamlı bir şekilde artmaktadır. Kılıç ve ark. yaptığı çalışmada çocuk sayısı ile idrar kaçırma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve çalışmada çocuk sayısı arttıkça idrar kaçırma oranı da artmıştır (144). Onur ve ark. yaptığı çalışmada artan canlı doğum sayısı ile idrar kaçırma sıklığı arasında pozitif bir korelasyon saptamıştır (145). Terzi ve ark. çalışmasında doğum sayısına göre idrar kaçırma oranına; hiç doğum yapmamışlarda %12,5, 1-3 doğum

yapanlarda %43,4, 3'ten fazla doğum yapanlarda %68 olarak bulunmuş ve doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklığı da anlamlı bir şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur (151). Yücel ve ark. yaptığı çalışmada; 3'ten az doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma oranını %25,6, 3 ve üzeri doğum yapan kadınlarda %47,9 olarak bulmuş olup doğum sayısı ile idrar kaçırma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (152). Akgün ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınlar da multiparite oranını idrar kaçırmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (163). Pelvik taban bozuklukları en az bir doğum yapan kadınlarda doğum yapmayan kadınlara göre daha sık olarak görülmektedir (49, 164-168). Vajinal doğumda fetal başın aşağı inmesi pelvik tabanın ve ilgili sinirlerin gerilmesine ve sıkışmasına neden olabilir (169). Bu nedenlere dayanarak doğum sayısının artmasıyla birlikte pelvik tabandaki bozulmaların da artmasına bağlı olarak idrar kaçırma sıklığında artış yapabileceği söylenebilir. Çalışmamızda bulduğumuz sonuç literatürdeki bilgilerle uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların vücut kitle indeksi ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Zayıf katılımcıların %0'ı, normal kilodaki katılımcıların %12'si, kilolu katılımcıların %36,7'si, obez katılımcıların % 51,6'sı idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların vücut kitle indeksleri arttıkça idrar kaçırma sıklıkları da anlamlı olarak artmaktadır. Dursun ve ark. yaptığı çalışmada vücut kitle indeksinin 25'ten yüksek olmasının idrar kaçırma ile ilişkili önemli bir faktör olarak vurgulamıştır (142). Şensoy ve ark. yaptığı çalışmada VKİ arttıkça idrar kaçırma sıklığı da anlamlı bir şekilde artmaktadır (154). Baykuş ve ark. yaptığı çalışmada VKİ arttıkça idrar kaçırma sıklığının da anlamlı bir şekilde arttığını vurgulamıştır (147). Kocaöz ve ark. yaptığı çalışmada VKİ arttıkça idrar kaçırma sıklığı da anlamlı bir şekilde artmaktadır (170). Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada obezitenin idrar kaçırma için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (171). Yine başka bir çalışmada da obezitenin idrar kaçırma için etkili bir risk faktörü olduğu vurgulanmıştır (52). Obez kadınlar obez olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında yaklaşık olarak üç kat daha fazla idrar kaçırma ihtimalleri bulunmaktadır (45, 48, 53-55). Kronik obezite ilerleyen yaşlarda idrar kaçırma riskinin yükselmesiyle ilişkili bulunmuştur (56). Zayıflama idrar kaçırmının özellikle de stres tip idrar kaçırmının

düzelmesiyle bağlantılıdır. 33 çalışmanın bir meta-analizi, davranış değişikliği veya bariatrik cerrahiye bağlı olarak görülen zayıflamanın ardından; hem stres idrar kaçırma hem de acil idrar kaçırma azalma görüldüğünü bildirmiştir (57). Vücut kitle indeksinin yüksek olması karın içi basıncın yükselmesine neden olur, dolayısıyla bu durum pelvik taban yapılarının zorlanmasına neden olup mesane basıncının yükselmesine ve üretral hareketliliğin artmasına neden olur (172). VKİ'nin yükselmesine bağlı olarak intraabdominal basıncın artması bu mekanizmalarda idrar kaçırma sıklığının artmasına neden olabilir. Çalışmamızın sonucuyla literatürdeki çalışmalar benzer nitelikte olmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların İYE olma sıklıkları ve idrar geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İYE olmayanların %3,4'ü, yılda 1 İYE olanların %23,2'si, yılda 2 İYE olanların %26,9'u, yılda 3 İYE olanların %57,1'i, yılda 3'ten fazla İYE olanların %68,4'ü idrar kaçırmaktadır. Katılımcıların İYE olma sıklıkları arttıkça idrar kaçırma sıklıkları da artmaktadır. Özdemir ve ark. yaptığı çalışmada son bir yılda 3 ve üzeri İYE geçiren kadınların, 3'ten az İYE geçiren kadınlara göre idrar kaçırma sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir (171). Koçak ve ark. yaptığı çalışmada tekrarlayan İYE olan kadınlarda olmayanlara göre idrar kaçırma sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bulmuştur (143). Şensoy ve ark. yılda 3 ve üzerinde İYE geçiren kadınlarda yılda 3'ten az İYE geçiren kadınlara göre idrar kaçırma sıklığını anlamlı bir şekilde daha yüksek bulmuştur (154). Yücel ve ark. yaptığı çalışmada sık İYE geçiren kadınlarda idrar kaçırma sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bulmuştur (152). Başak ve ark. 20 çalışmayı gözden geçirdiği çalışmasında tekrarlayan İYE ile idrar kaçırma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir (7). Yine bazı çalışmalarda İYE'lerin mesadede detrusor aktivitesini uyararak, üretradaki alfa adrenerjik reseptörleri inhibe ederek ve mesane sfinkter basıncını azaltarak idrar kaçırmaya neden olduğu belirtilmiştir (173, 174). Bu nedenlerden dolayı tekrarlayan İYE geçiren kadınlarda idrar kaçırma sıklığı daha yüksek olabilir. Çalışmamızda bulduğumuz sonuç bu açıdan literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların kabız olma durumları ile idrar kaçırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kabızlık şikayeti olan katılımcıların %33,3'ü, kabızlık şikayeti olmayan katılımcıların %22,1'i idrar kaçırmaktadır. Şensoy ve ark. kabızlığı olan kadınlarda olmayanlara göre idrar kaçırma sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bulmuştur (154). Koçak ve ark. yaptığı çalışmada kabızlığı olan kadınlarda olmayanlara göre idrar kaçırma sıklığını anlamlı bir şekilde daha yüksek bulmuştur (143). Hammad ve ark. yaptığı çalışmada kabızlığın idrar kaçırma için başlıca zemin hazırlayan faktörler arasında olduğunu belirtmiştir (175). 48 makalenin gözden geçirildiği bir çalışmada da kabızlık ile idrar kaçırma arasında önemli derecede ilişki olduğu ifade edilmiştir (176). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç literatürle uyuşmamaktadır. Bu durum çalışmamızın katılımcılarının büyük bir kısmında kabızlık olmamasından kaynaklanabilir.

Aile öyküsü olma durumu ile idrar kaçırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Aile öyküsü olan katılımcıların %54,4'ü, aile öyküsü olmayan katılımcıların %14,1'i idrar kaçırmaktadır. Aile öyküsü olan katılımcılarda idrar kaçırma sıklığı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Hannestad ve ark. ailesel idrar kaçırma riskini araştırmak için anneleri, kız çocukları, torunları ve kız kardeşleri dahil ettiği çalışmasında; anneleri veya ablalarında idrar kaçırmaları olan kadınlarda idrar kaçırma riskinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu belirtmiştir (63). Şensoy ve ark. yaptığı çalışmada aile öyküsü olan kadınlarda idrar kaçırma sıklığının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu bulmuştur (154). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç literatürle benzer bulunmuştur.

İdrar kaçırmayla ilişkili olabilecek bazı durumlar, inme, depresyon, fekal inkontinans, menopoz genitoüriner sendromu/vajinal atrofi, hormon replasman tedavisi, pelvik radyasyon, bozulmuş fonksiyonel durum, çocukluk enürezisi, yüksek etkili egzersizdir. Bunlar çalışmamızda sorgulanmamıştır. Bu durumlar da idrar kaçırmada etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların çok az bir kısmında diyabet olduğu için diyabet ile idrar kaçırma durumu değerlendirilememiştir. İlaç kullanımı ve geçirilmiş ameliyat sorgulandığında idrar kaçıran katılımcılarda idrar kaçırmayla ilişkili olabilecek ilaç kullanımı ve geçirilmiş ameliyat bulunmadığı için bu durumlarla idrar kaçırma ilişkisi değerlendirilememiştir.

Çalışmamızda katılımcıların ICIQ-SF toplam skoru ortalaması $7,12 \pm 3,11$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ICIQ-SF skoruna göre idrar kaçırmayı olan katılımcıların rahatsızlık durumlarına baktığımızda; %39,13'ünün rahatsız edici bir idrar kaçırma yaşadığı, %60,87'sinin rahatsızlık vermeyen bir idrar kaçırma yaşadığı belirlenmiştir. Alt tiplerde rahatsız edicilik durumuna bakıldığında; stres tipin %31,70'i, acil tipin %40'ı, mikst tipin %61,53'ü rahatsız edici bir şekilde idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Koçak ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınlarda ICIQ-SF toplam skor ortalamasını $8,92 \pm 4,35$ olarak bulmuştur (143). Öztürk ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınlarda ICIQ-SF toplam skor ortalamasını $9,70 \pm 4,30$ olarak bulmuştur (177). Yücel ve ark. yaptığı çalışmada; idrar kaçıran katılımcıların %57,5'i rahatsız edici olmayan, %42,5'i rahatsız edici şekilde idrar kaçırdığı ve idrar kaçıran katılımcıların ICIQ-SF skor ortalamasının $9,70 \pm 4,30$ olarak bulunduğu belirtilmiştir (152).

Çalışmamızda idrar kaçıran katılımcıların %30'unun doktora başvurduğu, %70'inin doktora başvurmadığı görülmüştür. İdrar kaçıran katılımcıların doktora gitmeme nedenlerine baktığımızda; %39,6'sının vakit bulamadığı için, %22,9'unun utandığı ve çekindiği için, %4,2'sinin rahatsızlık duymadığı için, %22,9'unun yaşı ilerlediğinden dolayı idrar kaçırmayı normal karşıladığı için, %6,3'ü çevresinde idrar kaçıran birçok kişi olduğundan dolayı bu durumu normal karşıladığı için, %6,3'ü diğer nedenlerden dolayı doktora başvurmamıştır. Yücel ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınların %73,6'sının doktora başvurmadığını belirtmiştir (152). Öztürk ve ark. yaptığı çalışmada idrar kaçırmayı olan kadınlardan doktora başvurmayan kadınların oranını %69,8 olarak bulmuş ve doktora gitmeme

nedenlerini sorguladığında; %40,64'ünün önemsememe, %13,21'inin utanma, 59,15'inin diğer nedenlerden dolayı doktora gitmediği belirlenmiştir (177).

Çalışmamızda idrar kaçıran kadınların IQ skoru ortanca(min-max) değeri 4(0-10), idrar kaçırmayan kadınların 6(1-13) olarak bulunmuştur. Üİ hakkında daha yüksek bilgi ve tutum sahibi kadınların farkındalıkları daha yüksek olabilir ve erken tedavi arayışlarına başlayabilirler. Bundan dolayı bu kadınlarda Üİ sıklığı daha az olabilir.

Karşılaşılan zorluklar ve kısıtlılıklar: Çalışmanın izin verilen 3 ASM'de belirli bir zaman aralığında yapılması, ankete katılmada gönüllülük esasının olması ve bu ASM'lerin bizim tarafımızdan belirlenemiyor olması önemli kısıtlılıklardandır. Ayrıca Kahramanmaraş merkezli depremler katılımcı sayısının azalmasına neden olmuştur. İdrar kaçırmayla ilişkili olabilecek inme, depresyon, fekal inkontinans, menopoz genitoüriner sendromu/vajinal atrofi, hormon replasman tedavisi, pelvik radyasyon, bozulmuş fonksiyonel durum, çocukluk enürezisi, yüksek etkili egzersizin çalışmamızda sorgulanmaması diğer bir kısıtlılığımızdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamakta üriner inkontinans okdukça sıktır. En sık stres tip görülmektedir. Yaş, eğitim düzeyi, vücut kitle indeksi, doğum şekli ve sayısı, menapoz, idrar yolu enfeksiyonları, ailesel faktörler ile ilişkili bulunmuştur. Konu hakkında bilgi ve tutum düzeyi daha yüksek kadınlarda daha az görülmektedir.

Üriner inkontinans her yaş grubundan kadını etkiyelebilmekte ve kadınlarda sık görülmektedir. Aile hekimleri, hastalar farklı şikayetlerle gelse de risk faktörlerini taşıyan kadınları bu açıdan sorgulamalıdır. Hastalarda idrar kaçırma şikayeti olmasa da risk faktörleri ile ilgili hastalar bilgilendirilmeli ve risk faktörü taşıyan hastalara tavsiyelerde bulunulmalıdır

7. KAYNAKLAR

1. Irwin GM. Urinary Incontinence. Primary care. 2019;46(2):233-42.
2. Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, Murphy AM. Evaluation and management of female urinary incontinence. The Canadian journal of urology. 2021;28(S2):27-32.
3. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. American family physician. 2013;87(8):543-50.
4. Culligan PJ, Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management. American family physician. 2000;62(11):2433-44, 47, 52.
5. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. Climacteric : the journal of the International Menopause Society. 2019;22(3):217-22.
6. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. American family physician. 2019;100(6):339-48.
7. Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. International nursing review. 2013;60(4):448-60.
8. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, Maggi S, Smith L, Angiolelli G, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. Aging clinical and experimental research. 2021;33(1):25-35.
9. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra KC, Vasconcelos JAN, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. Revista da Escola de Enfermagem da U S P. 2017;51:e03266.
10. TOPUZ ŞJBSBD. Üriner inkontinans ve cinsellik. 2015;4(1):60-4.
11. Gibbs CF, Johnson TM, 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. The American journal of medicine. 2007;120(3):211-20.
12. Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. American family physician. 1998;57(11):2675-84, 88-90.
13. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. BJU international. 2008;101(11):1388-95.

14. Dowling-Castronovo A, Specht JK. How to try this: Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *The American journal of nursing*. 2009;109(2):62-71; quiz 2.
15. Resnick NM, Yalla SVJNEJoM. Management of urinary incontinence in the elderly. 1985;313(13):800-5.
16. Imam KA. The role of the primary care physician in the management of bladder dysfunction. *Reviews in urology*. 2004;6 Suppl 1(Suppl 1):S38-44.
17. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *Jama*. 2008;299(12):1446-56.
18. Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2010;56(11):1115-20.
19. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. *The New England journal of medicine*. 2008;358(10):1029-36.
20. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(1):213-40.
21. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. Journal of clinical epidemiology*. 2000;53(11):1150-7.
22. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. *BMJ (Clinical research ed)*. 2014;349:g4531.
23. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International urogynecology journal*. 2017;28(5):687-96.
24. Lim YN, Dwyer PL. Effectiveness of midurethral slings in intrinsic sphincteric-related stress urinary incontinence. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 2009;21(5):428-33.
25. Schierlitz L, Dwyer PL, Rosamilia A, Murray C, Thomas E, De Souza A, et al. Effectiveness of tension-free vaginal tape compared with transobturator tape in women with stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*. 2008;112(6):1253-61.
26. Pizzoferrato AC, Fauconnier A, Fritel X, Bader G, Dompeyre P. Urethral Closure Pressure at Stress: A Predictive Measure for the Diagnosis and

- Severity of Urinary Incontinence in Women. *International neurourology journal*. 2017;21(2):121-7.
27. Ouslander JG. Management of overactive bladder. *The New England journal of medicine*. 2004;350(8):786-99.
 28. Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. *The New England journal of medicine*. 2010;363(12):1156-62.
 29. DeMaagd GA, Davenport TCJP, Therapeutics. Management of urinary incontinence. 2012;37(6):345.
 30. Thomas-White KJ, Hilt EE, Fok C, Pearce MM, Mueller ER, Kliethermes S, et al. Incontinence medication response relates to the female urinary microbiota. *International urogynecology journal*. 2016;27(5):723-33.
 31. Pearce MM, Hilt EE, Rosenfeld AB, Zilliox MJ, Thomas-White K, Fok C, et al. The female urinary microbiome: a comparison of women with and without urgency urinary incontinence. *mBio*. 2014;5(4):e01283-14.
 32. Pearce MM, Zilliox MJ, Rosenfeld AB, Thomas-White KJ, Richter HE, Nager CW, et al. The female urinary microbiome in urgency urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(3):347.e1-11.
 33. Schneeweiss J, Koch M, Umek W. The human urinary microbiome and how it relates to urogynecology. *International urogynecology journal*. 2016;27(9):1307-12.
 34. Myers DL. Female mixed urinary incontinence: a clinical review. *Jama*. 2014;311(19):2007-14.
 35. Smith PP. Aging and the underactive detrusor: a failure of activity or activation? *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(3):408-12.
 36. Zimmern P, Litman HJ, Nager CW, Lemack GE, Richter HE, Sirls L, et al. Effect of aging on storage and voiding function in women with stress predominant urinary incontinence. *The Journal of urology*. 2014;192(2):464-8.
 37. Taylor JA, 3rd, Kuchel GA. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(12):1920-32.
 38. Hartigan SM, Reynolds WS, Dmochowski RR. Detrusor underactivity in women: A current understanding. *Neurourology and urodynamics*. 2019;38(8):2070-6.
 39. Yap P, Tan D. Urinary incontinence in dementia - a practical approach. *Australian family physician*. 2006;35(4):237-41.

40. MacArthur C, Lewis M, Bick DJBJoM. Stress incontinence after childbirth. 1993;1(5):207-15.
41. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1996;103(2):154-61.
42. Thom DH, van den Eeden SK, Brown JS. Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life. *Obstetrics and gynecology*. 1997;90(6):983-9.
43. Lee UJ, Feinstein L, Ward JB, Kirkali Z, Martinez-Miller EE, Matlaga BR, et al. Prevalence of Urinary Incontinence among a Nationally Representative Sample of Women, 2005-2016: Findings from the Urologic Diseases in America Project. *The Journal of urology*. 2021;205(6):1718-24.
44. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstetrics and gynecology*. 2014;123(1):141-8.
45. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *Jama*. 2008;300(11):1311-6.
46. Patel UJ, Godecker AL, Giles DL, Brown HW. Updated Prevalence of Urinary Incontinence in Women: 2015-2018 National Population-Based Survey Data. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*. 2022;28(4):181-7.
47. Anger JT, Saigal CS, Litwin MS. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of urology*. 2006;175(2):601-4.
48. Al-Mukhtar Othman J, Åkervall S, Milsom I, Gyhagen M. Urinary incontinence in nulliparous women aged 25-64 years: a national survey. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;216(2):149.e1-.e11.
49. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstetrics and gynecology*. 2001;98(6):1004-10.
50. Offermans MP, Du Moulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourology and urodynamics*. 2009;28(4):288-94.
51. Drennan VM, Rait G, Cole L, Grant R, Iliffe S. The prevalence of incontinence in people with cognitive impairment or dementia living at home: a systematic review. *Neurourology and urodynamics*. 2013;32(4):314-24.

52. Marcelissen T, Anding R, Averbek M, Hanna-Mitchell A, Rahnama'i S, Cardozo L. Exploring the relation between obesity and urinary incontinence: Pathophysiology, clinical implications, and the effect of weight reduction, ICI-RS 2018. *Neurourology and urodynamics*. 2019;38 Suppl 5:S18-s24.
53. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. *The Journal of urology*. 2009;182(6 Suppl):S2-7.
54. Lawrence JM, Lukacz ES, Liu IL, Nager CW, Lubner KM. Pelvic floor disorders, diabetes, and obesity in women: findings from the Kaiser Permanente Continence Associated Risk Epidemiology Study. *Diabetes care*. 2007;30(10):2536-41.
55. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2000;107(12):1460-70.
56. Choi JM, Jiang J, Chang J, Ziogas A, Jiang L, Anton-Culver H. Impact of Lifetime Obesity on Urinary Incontinence in the Women's Health Initiative. *The Journal of urology*. 2022;207(5):1096-104.
57. Sheridan W, Da Silva AS, Leca BM, Ostarijas E, Patel AG, Aylwin SJ, et al. Weight loss with bariatric surgery or behaviour modification and the impact on female obesity-related urine incontinence: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Clinical obesity*. 2021;11(4):e12450.
58. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Lubner KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstetrics and gynecology*. 2006;107(6):1253-60.
59. Wuytack F, Moran P, Daly D, Begley C. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *Neurourology and urodynamics*. 2022;41(1):54-90.
60. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Lin MI, Chang TC, Lin WA. Association of mode of delivery with urinary incontinence and changes in urinary incontinence over the first year postpartum. *Obstetrics and gynecology*. 2014;123(3):568-77.
61. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth. *Jama*. 2018;320(23):2438-47.
62. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2013;120(2):144-51.

63. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7471):889-91.
64. Wennberg AL, Altman D, Lundholm C, Klint A, Iliadou A, Peeker R, et al. Genetic influences are important for most but not all lower urinary tract symptoms: a population-based survey in a cohort of adult Swedish twins. *European urology*. 2011;59(6):1032-8.
65. Nguyen A, Aschkenazi SO, Sand PK, Du H, Botros SM, Gamble TL, et al. Nongenetic factors associated with stress urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology*. 2011;117(2 Pt 1):251-5.
66. Aniulis P, Podlipskyte A, Smalinskiene A, Aniuliene R, Jievaltas M. Association of gene polymorphisms with women urinary incontinence. *Open medicine (Warsaw, Poland)*. 2021;16(1):1190-7.
67. Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *American journal of epidemiology*. 2008;167(4):390-9.
68. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstetrics and gynecology*. 2013;122(3):539-45.
69. Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DA, Fultz NH, Miller JM, Howard D, et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. *The Journal of urology*. 2008;179(4):1455-60.
70. Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW, Burgio KL, Diokno AC, Foldspang A, et al. Proceedings of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases International Symposium on Epidemiologic Issues in Urinary Incontinence in Women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;188(6):S77-88.
71. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. 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(2):167-78.
72. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Archives of internal medicine*. 2005;165(5):537-42.
73. Grodstein F, Fretts R, Lifford K, Resnick N, Curhan G. Association of age, race, and obstetric history with urinary symptoms among women in the Nurses' Health Study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2003;189(2):428-34.

74. Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet* (London, England). 2000;356(9229):535-9.
75. Jackson SL, Scholes D, Boyko EJ, Abraham L, Fihn SD. Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. *Diabetes care*. 2005;28(7):1730-8.
76. Fozzatti C, Riccetto C, Herrmann V, Brancalion MF, Raimondi M, Nascif CH, et al. Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International urogynecology journal*. 2012;23(12):1687-91.
77. Goldstick O, Constantini N. Urinary incontinence in physically active women and female athletes. *British journal of sports medicine*. 2014;48(4):296-8.
78. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *The Journal of urology*. 2011;185(5):1775-80.
79. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. *International urogynecology journal*. 2013;24(2):295-302.
80. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *BJU international*. 2003;92(1):69-77.
81. Tähtinen RM, Auvinen A, Cartwright R, Johnson TM, 2nd, Tammela TLJ, Tikkinen KAO. Smoking and bladder symptoms in women. *Obstetrics and gynecology*. 2011;118(3):643-8.
82. Hajjar R, Tsoiakian I, Chaaya M, Daher A, Bazi T. Overactive bladder syndrome in nulliparous female university students: prevalence and risk factors including waterpipe smoking. *International urogynecology journal*. 2022;33(5):1207-23.
83. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(1):4-20.
84. Şentürk Ş, Kara MJVTD. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. 2010;17(1):7-11.
85. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. 2015.

86. Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2000;11(1):15-7.
87. Yap TL, Cromwell DC, Emberton M. A systematic review of the reliability of frequency-volume charts in urological research and its implications for the optimum chart duration. *BJU international*. 2007;99(1):9-16.
88. Moore KN, Saltmarche B, Query A. Urinary incontinence. Non-surgical management by family physicians. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2003;49:602-10.
89. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, Wilson MS, Fantl JA. The urinary diary in evaluation of incontinent women: a test-retest analysis. *Obstetrics and gynecology*. 1988;71(6 Pt 1):812-7.
90. Bryan NP, Chapple CR. Frequency volume charts in the assessment and evaluation of treatment: how should we use them? *European urology*. 2004;46(5):636-40.
91. Abrams P, Klevmark B. Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. *Scandinavian journal of urology and nephrology Supplementum*. 1996;179:47-53.
92. Goode PS, Burgio KL, Richter HE, Markland ADJJ. Incontinence in older women. 2010;303(21):2172-81.
93. Videla FL, Wall LL. Stress incontinence diagnosed without multichannel urodynamic studies. *Obstetrics and gynecology*. 1998;91(6):965-8.
94. Scotti RJ, Myers DL. A comparison of the cough stress test and single-channel cystometry with multichannel urodynamic evaluation in genuine stress incontinence. *Obstetrics and gynecology*. 1993;81(3):430-3.
95. Wall LL, Wiskind AK, Taylor PA. Simple bladder filling with a cough stress test compared with subtracted cystometry for the diagnosis of urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1994;171(6):1472-7; discussion 7-9.
96. Ghoniem G, Stanford E, Kenton K, Ahtari C, Goldberg R, Mascarenhas T, et al. Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: International Urogynecological Association (IUGA) guidelines for research and clinical practice. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2008;19(1):5-33.
97. Weidner AC, Myers ER, Visco AG, Cundiff GW, Bump RC. Which women with stress incontinence require urodynamic evaluation? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2001;184(2):20-7.

98. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European urology*. 2018;73(4):596-609.
99. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of urology*. 2012;188(6 Suppl):2455-63.
100. Milleman M, Langenstroer P, Guralnick ML. Post-void residual urine volume in women with overactive bladder symptoms. *The Journal of urology*. 2004;172(5 Pt 1):1911-4.
101. DuBeau C, Kuchel G, Johnson T, Palmer M, Wagg AJI. Incontinence in the frail elderly. 2009;4:961-1024.
102. Al Afraa T, Mahfouz W, Campeau L, Corcos J. Normal lower urinary tract assessment in women: I. Uroflowmetry and post-void residual, pad tests, and bladder diaries. *International urogynecology journal*. 2012;23(6):681-5.
103. Nager CW, Albo ME, Fitzgerald MP, McDermott S, Wruck L, Kraus S, et al. Reference urodynamic values for stress incontinent women. *Neurourology and urodynamics*. 2007;26(3):333-40.
104. Rosier PF, Gajewski JB, Sand PK, Szabó L, Capewell A, Hosker GL. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008--Committee on: "Dynamic Testing"; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part 1: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(1):140-5.
105. Winters JC, Dmochowski RR, Goldman HB, Herndon CD, Kobashi KC, Kraus SR, et al. Urodynamic studies in adults: AUA/SUFU guideline. *The Journal of urology*. 2012;188(6 Suppl):2464-72.
106. Huang AJ. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: summary of primary findings and conclusions. *JAMA internal medicine*. 2013;173(15):1463-4.
107. Wing RR, West DS, Grady D, Creasman JM, Richter HE, Myers D, et al. Effect of weight loss on urinary incontinence in overweight and obese women: results at 12 and 18 months. *The Journal of urology*. 2010;184(3):1005-10.
108. Davila GW. Nonsurgical outpatient therapies for the management of female stress urinary incontinence: long-term effectiveness and durability. *Advances in urology*. 2011;2011:176498.
109. Khan IJ, Tariq SH. Urinary incontinence: behavioral modification therapy in older adult. *Clinics in geriatric medicine*. 2004;20(3):499-509, vii.

110. Hersh L, Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women. *American family physician*. 2013;87(9):634-40.
111. Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(1):Cd005654.
112. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *Jama*. 2004;291(8):986-95.
113. Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(7):Cd009252.
114. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG, Roth DL, Richter HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Jama*. 2002;288(18):2293-9.
115. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;2013(7):Cd002114.
116. Galloway NT, El-Galley RE, Sand PK, Appell RA, Russell HW, Carlin SJ. Update on extracorporeal magnetic innervation (EXMI) therapy for stress urinary incontinence. *Urology*. 2000;56(6 Suppl 1):82-6.
117. Gilling PJ, Wilson LC, Westenberg AM, McAllister WJ, Kennett KM, Frampton CM, et al. A double-blind randomized controlled trial of electromagnetic stimulation of the pelvic floor vs sham therapy in the treatment of women with stress urinary incontinence. *BJU international*. 2009;103(10):1386-90.
118. Viera AJ, Larkins-Pettigrew M. Practical use of the pessary. *American family physician*. 2000;61(9):2719-26, 29.
119. Sirls LT, Foote JE, Kaufman JM, Lightner DJ, Miller JL, Moseley WG, et al. Long-term results of the FemSoft urethral insert for the management of female stress urinary incontinence. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2002;13(2):88-95; discussion
120. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;2014(12):Cd001756.
121. Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JM, Alhasso AA. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2005(3):Cd004742.
122. Weiss BD. Selecting medications for the treatment of urinary incontinence. *American family physician*. 2005;71(2):315-22.

123. Appell RA, Singh G, Klimberg IW, Graham C, Juma S, Wells WG, et al. Nonsurgical, radiofrequency collagen denaturation for stress urinary incontinence: retrospective 3-year evaluation. *Expert review of medical devices*. 2007;4(4):455-61.
124. Lukban JC. Transurethral radiofrequency collagen denaturation for treatment of female stress urinary incontinence: a review of the literature and clinical recommendations. *Obstetrics and gynecology international*. 2012;2012:384234.
125. Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, Juma S, Karram MM, Lightner DJ, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *The Journal of urology*. 2010;183(5):1906-14.
126. Wai CY. Surgical treatment for stress and urge urinary incontinence. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2009;36(3):509-19.
127. Benvenuti F, Caputo GM, Bandinelli S, Mayer F, Biagini C, Somnavilla A. Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. *American journal of physical medicine*. 1987;66(4):155-68.
128. Estañol MV, Diokno AC. Surgical management of urinary incontinence: a geriatric perspective. *Clinics in geriatric medicine*. 2004;20(3):525-37, viii.
129. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004;2004(1):Cd001308.
130. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Jama*. 1998;280(23):1995-2000.
131. Ostaszkievicz J, Johnston L, Roe B. Habit retraining for the management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004;2004(2):Cd002801.
132. Ostaszkievicz J, Johnston L, Roe B. Timed voiding for the management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2004;2004(1):Cd002802.
133. Peters KM, Macdiarmid SA, Wooldridge LS, Leong FC, Shobeiri SA, Rovner ES, et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus extended-release tolterodine: results from the overactive bladder innovative therapy trial. *The Journal of urology*. 2009;182(3):1055-61.
134. Bosch JL. Electrical neuromodulatory therapy in female voiding dysfunction. *BJU international*. 2006;98 Suppl 1:43-8; discussion 9.
135. Thüroff JW, Abrams P, Andersson K-E, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. EAU guidelines on urinary incontinence. 2011;35(7):373-88.

136. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*. 2004;23(4):322-30.
137. ÇETİNEL B, ÖZKAN B, CAN GTÜDTJoU. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. 2004;30(3):332-8.
138. Cetinel B, Demirkessen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*. 2007;18(6):659-64.
139. Branch LG, Walker LA, Wetle TT, DuBeau CE, Resnick NM. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1994;42(12):1257-62.
140. Kara KC, Çıtak Karakaya İ, Tunalı N, Karakaya MG. Reliability and validity of the Incontinence Quiz-Turkish version. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2018;44(1):144-50.
141. Çayan S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S, et al. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2016;203:303-8.
142. Dursun P, Dogan NU, Kolusari A, Dogan S, Ugur MG, Komurcu O, et al. Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: analysis of 6,473 women. *Urologia internationalis*. 2014;92(2):209-14.
143. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European urology*. 2005;48(4):634-41.
144. Kılıç M. Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1331.
145. Onur R, Deveci SE, Rahman S, Sevindik F, Acik Y. Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2009;16(6):566-9.
146. Ünlü M, Üstüner I, Güven ES, Şentürk Ş, Şahin FK. Urinary Incontinence in Premenopausal Women: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *Lower urinary tract symptoms*. 2014;6(3):157-61.
147. Baykuş N, Yenil K. Prevalence of urinary incontinence in women aged 18 and over and affecting factors. *Journal of women & aging*. 2020;32(5):578-90.

148. Mostafaei H, Sadeghi-Bazargani H, Hajebrahimi S, Salehi-Pourmehr H, Ghojzadeh M, Onur R, et al. Prevalence of female urinary incontinence in the developing world: A systematic review and meta-analysis-A Report from the Developing World Committee of the International Continence Society and Iranian Research Center for Evidence Based Medicine. *Neurourology and urodynamics*. 2020;39(4):1063-86.
149. Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *International urogynecology journal*. 2016;27(6):887-93.
150. Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecologic and obstetric investigation*. 2009;67(4):241-9.
151. Terzi HJTD. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. 2013;52(1):15-9.
152. YÜCEL U, HADIMLI A, KOÇAK YÇ, EKŞİOĞLU AB, Dilek S, SAYDAM BKJSBvMD. Bornova'da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. 2018;5(3):414-23.
153. DİNÇ A, ÖZER NEJGÜSBD. Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi. 2019;8(2).
154. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan journal of medical sciences*. 2013;29(3):818-22.
155. Pandit L, Ouslander JG. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *The American journal of the medical sciences*. 1997;314(4):228-31.
156. Greendale GA, Judd HL. The menopause: health implications and clinical management. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993;41(4):426-36.
157. Forsberg JG. A morphologist's approach to the vagina--age-related changes and estrogen sensitivity. *Maturitas*. 1995;22 Suppl:S7-s15.
158. Tähtinen RM, Cartwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cárdenas JL, et al. Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *European urology*. 2016;70(1):148-58.
159. Fitzpatrick KE, Abdel-Fattah M, Hemelaar J, Kurinczuk JJ, Quigley MA. Planned mode of birth after previous cesarean section and risk of undergoing pelvic floor surgery: A Scottish population-based record linkage cohort study. *PLoS medicine*. 2022;19(11):e1004119.
160. Larsudd-Kåverud J, Gyhagen J, Åkervall S, Molin M, Milsom I, Wagg A, et al. The influence of pregnancy, parity, and mode of delivery on urinary

incontinence and prolapse surgery-a national register study. American journal of obstetrics and gynecology. 2023;228(1):61.e1-.e13.

161. Jansson MH, Franzén K, Tegerstedt G, Hiyoshi A, Nilsson K. Stress and urgency urinary incontinence one year after a first birth-prevalence and risk factors. A prospective cohort study. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2021;100(12):2193-201.
162. Allen RE, Hosker GL, Smith AR, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. British journal of obstetrics and gynaecology. 1990;97(9):770-9.
163. AKGÜN G, Nejdet S, KAPLAN PBJJoCO, Gynecology. Kırk Yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. 2010;20(6):378-86.
164. Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. Obstetrics and gynecology. 2003;101(5 Pt 1):869-74.
165. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. Obstetrics and gynecology. 2001;98(4):646-51.
166. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. American journal of obstetrics and gynecology. 2004;190(1):27-32.
167. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;186(6):1160-6.
168. O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, Davis GD, Swift SE. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study. American journal of obstetrics and gynecology. 2002;187(1):99-102.
169. Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. Lancet (London, England). 1984;2(8402):546-50.
170. Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence among Turkish women: an outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2012;39(4):431-9.
171. Özdemir K, Şahin S, Özerdoğan N, Ünsal A. Evaluation of urinary incontinence and quality of life in married women aged between 20 and 49 years (Sakarya, Turkey). Turkish journal of medical sciences. 2018;48(1):100-9.

172. Tsai YC, Liu CH. Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. *International urology and nephrology*. 2009;41(4):795-803.
173. Bhatia NN, Bergman A. Cystometry: unstable bladder and urinary tract infection. *British journal of urology*. 1986;58(2):134-7.
174. Nergårdh A, Boréus LO, Holme T. The inhibitory effect of coli-endotoxin on alpha-adrenergic receptor functions in the lower urinary tract. An in vitro study in cats. *Scandinavian journal of urology and nephrology*. 1977;11(3):219-24.
175. Hammad FT. Prevalence, social impact and help-seeking behaviour among women with urinary incontinence in the Gulf countries: A systematic review. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2021;266:150-6.
176. Xue K, Palmer MH, Zhou F. Prevalence and associated factors of urinary incontinence in women living in China: a literature review. *BMC urology*. 2020;20(1):159.
177. Öztürk GZ, Toprak D, Basa EJŞEHTB. yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. 2012;46(4):170-6.

8. EKLER

EK-1:

HMKÜ							
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL							
KARAR FORMU							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04			Tarih: 15/12/2022			
	KARAR 04- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Mustafa KELEBEK'nun Uzmanlık Tezi) "Birinci basamağa başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve üriner inkontinans konusunda bilgi ve tutumları" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.						
	ETİK KURUL ÜYELERİ						
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ						
ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım		İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Emre DİRİCAN Başkan Yrd.	Biyoistatistik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Doğan ÜSTÜN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr. Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr Fundagül B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Yener AKYUVA Üye	Beyin ve Sinir Cerrahisi	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YC					
Dr.Öğr.Üyesi Semih AŞIKOVALI Üye	Tıbbi Genetik	HMKÜ Tıp Fakültesi					
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM Üye	Halk Sağlığı	HMKÜ Tıp Fakültesi					

EK-2:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	"Birinci Basamağa Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Konusunda Bilgi ve Tutumları "
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Antakya Serinyol ASM, Antakya Serinyol 70.Yıl ASM, Antakya Anayazı ASM
Araştırmanın Statüsü	Uzmanlık Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi/Kurumu	Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yürüten Kişi	Arş. Gör. Dr. Mustafa KELEBEK

KARAR: "02.03.2016 tarihli ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 23/01/2023 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışan Dr. Mustafa KELEBEK'in "**Birinci Basamağa Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Konusunda Bilgi ve Tutumları** " konulu çalışması incelenmiş olup; söz konusu araştırmanın hasta bilgilerinin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hekimlerinden alınmaması ve Aile Sağlığı Merkezlerine gün içerisinde başvuran hastalardan gönüllülük esasına göre yapılması kaydıyla Müdürlüğümüze bağlı Antakya Serinyol ASM, Antakya Serinyol 70.Yıl ASM ve Antakya Anayazı Aile Sağlığı Merkezinde yürütmek istediğine dair talebi uygun görülmüştür.

Sağlık

Dt. C
Ba

Umm

EK-3:

ICIQ-SF için alınan izin belgesi

← 📧 ⌚ 🗑️ 📧 ⌚ 🔄 📧 📧 📧 : 230 ileti dizisinden 56. < >

ICIQ-SF TÜRKÇE VERSİYONU KULLANIM İZNİ Gelen Kutusu x ⬆️ 🖨️ 📧

Mustafa Kelebek 14 Eki 2022 Cum 17:46 ☆
Merhabalar Bülent Hocam, nasılsınız? Adım Mustafa Kelebek, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi doktor olarak g

Bulent <bulent.cetinel@hotmail.com> 14 Eki 2022 Cum 21:29 ☆ ↩️ ⋮
Alıcı: ben ▾
Tabii ki
İyi çalışmalar
iPhone'umdan gönderildi
> Mustafa Kelebek <kelebekmustafa1117@gmail.com> şunları yazdı (14 Eki 2022 17:48):
>
>
...
↩️ Yanıtla ➡️ Yönlendir

İnkontinans testi alınan için izin belgesi

← 📧 ⌚ 🗑️ 📧 ⌚ 🔄 📧 📧 📧 : 230 ileti dizisinden 50. < >

İNKONTİNANS TESTİ TÜRKÇE VERSİYONU KULLANIM İZNİ Gelen Kutusu x ⬆️ 🖨️ 📧

Mustafa Kelebek 14 Eki 2022 Cum 17:29 ☆
Merhabalar Adım Mustafa Kelebek, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi doktor olarak görev yapıyorum. "Birinci B

İlkin Cıtaç KARAKAYA 18 Eki 2022 Sal 10:59 ☆ ↩️ ⋮
Alıcı: ben ▾

Merhabalar,

Bilimsel çalışmalarınızda İnkontinans Kısa Testini aşağıda künyesi verilmiş olan makaleye atıfta bulunarak kullanabilirsiniz. Ölçeğin Türkçe ve İngilizce versiyonları makalenin içinde halihazırda yer almaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

... of the Turkish version of Incontinence Quiz. Journal of Obstetrics and Gynaecology

EK-4:

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu**

Araştırmanın Konusu: Birinci Basamağa Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Konusunda Bilgi ve Tutumları
Araştırmanın Amacı: Birinci Basamağa Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Konusunda Bilgi ve Tutumlarının değerlendirilmesini amaçladık
Araştırmaya Katılma Süresi: 6 ay
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: 800 kişi

Sayın Gönüllü,

Bu çalışmada ‘Birinci Basamağa Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Üriner İnkontinans Konusunda Bilgi ve Tutumları’ nı incelemeyi amaçladık.

Bu kapsamda size Uluslararası İdrar Kaçırma Konsültasyon Sorgulaması-Kısa Formu, İnkontinans Testi Ölçeği, idrar kaçırmayla ilişkili olabilecek bazı özellikler, genel sağlık durumu ve sosyodemografik verileri içeren 42 adet soru sorulacaktır. Soruları yanıtlamanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum/ kabul etmiyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)
	İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)

Adresi:	Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Mustafa KELEBEK Adresi: Aile Hekimliği A.B.D.	Telefon : Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Mustafa KELEBEK Adresi: HMKÜ Aile Hekimliği ABD	Telefon : Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

EK-5:

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS SIKLIĞI VE ÜRİNER İNKONTİNANS KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARI

1. Eğitim Durumunuz:
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlköğretim
 - d) Ortaöğretim
 - e) Lise
 - f) Üniversite
2. Yaşınız :
3. Boyunuz:.....
4. Kilonuz:.....
5. BKİ:.....
6. Mesleğiniz:
 - a) Ev hanımı
 - b) Memur
 - c) SGK'ya bağlı işçi
 - d) Emekli
 - e) Diğer
7. Sosyal Güvenceniz:
 - a) Yok
 - b) SGK
 - c) Bağ-Kur
 - d) Emekli Sandığı
 - e) Özel sigorta
 - f) Diğer
8. Ekonomik durumunuz:
 - a) 0-5000 TL
 - b) 5000-10000 TL
 - c) 10000-20000 TL
 - d) >20000 TL
9. Medeni durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekâr
 - c) Boşanmış
 - d) Eşi vefat etmiş
10. Kaç doğum yaptınız?.....
11. Doğum şekliniz nedir?
 - a) Vajinal doğum
 - b) Sezaryen
 - c) Her iki doğum şekli de

12. Menopoz varlığı?
a) Evet
b) Hayır
13. Sigara içiyor musunuz?
a) evet
b) hayır
14. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?
a) Hayır
b) Evet (ne ilacıdır belirtiniz.....)
15. Sizin mevcut bir hastalığınız var mı?(aşağıdaki seçeneklerden uygun olanı ya da uygun olanları seçebilirsiniz.)
a) Yok
b) Şeker Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
c) Tansiyon Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
d) Kalp Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
e) Böbrek Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
f) Kronik Akciğer Hastalığı (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
g) Astım (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
h) Omurilik Zedelenmesi (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
i) Diğer(Belirtiniz.....) (Ne Zamandır Belirtiniz.....)
16. Hiç ameliyat geçirdiniz mi?
a) Evet (belirtiniz.....)
b) Hayır
17. Dışkılama sıklığınız nedir?
a) Haftada 0-3
b) Haftada 3'ten fazla
18. Yılda kaç kez idrar yolu enfeksiyonu geçirirsiniz?
a) 1
b) 2
c) 3
d) 3'ten fazla
19. İdrar kaçırma nedeniyle daha önce doktora ya da sağlık kurumuna gittiniz mi?
a) Evet
b) Hayır
20. İdrar kaçırma nedeniyle doktora ya da sağlık kurumuna gitmemenizin sebebi sizce neydi?
a) Vakit bulamadım.
b) Bu durumdan utandığım ve çekindiğim için doktora gitmedim.
c) İdrar kaçırmaktan rahatsızlık duymuyorum.

- d) Yaşımın ilerlediği için idrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünüyorum.
- e) Çevremde idrar kaçıran birçok kişi olduğu için bu durumu normal karşıladım.
- f) Diğer(belirtiniz.....)

21. Ailenizde idrar kaçıрма şikayeti olan var mı?

- a) Evet
- b) Hayır



EK-6:

ICIQ-SF

- 1) Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaırır. Kaı kişinin idrar kaırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini bulmaya çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu dőřünerek yanıtlayabilerseniz minnettar oluruz.
- 2) Ne sıklıkla idrar kaırırsınız?
 0. Hiçbir zaman
 1. Haftada bir veya daha seyrek gibi
 2. Haftada iki veya üç kez
 3. Günde bir kez gibi
 4. Günde birkaç kez
 5. Her zaman
- 3) Ne kadar idrar kaırdığınızı dőřündüğünüzü bilmek istiyoruz. Genelde ne kadar idrar kaırıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)?
 0. Hiç
 2. Az bir miktarda
 4. Orta derecede bir miktarda
 6. Büyük bir miktarda
- 4) Tümüyle bakıldığında, idrar kaırma her günkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (ok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 5) ICI-Q skoru: toplam skor 1+2+3=
- 6) İdrar ne zaman kaır? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)
 0. Hiçbir zaman idrar kaırmaz
 1. Siz tuvalete yetişemededen önce kaır
 2. Siz öksürürken veya hapşırırken kaır
 3. Siz uyurken kaır
 4. Siz fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaır
 5. Siz işemeyi bitirip giyindiğinizde kaır
 6. Belirgin bir neden olmadan kaır
 7. Her zaman kaır

EK-7:**IQ-İNKONTİNANS TESTİ**

No	İfade	Katılıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum
1	İdrar kaçıran kişilerin çoğu normal yaşamlarını sürdürürler.			
2	Sıklıkla sızdıran mesane veya istemsiz idrar kaybı olarak adlandırılan idrar kaçırma, yaşlanmanın doğal sonuçlarından biridir.			
3	Birçok kişi 85 yaşına gelince düzenli olarak istemeden/kazara idrar kaçırarak.			
4	Kadınlar idrar kaçırmaya erkeklerden daha yatkındır.			
5	İdrar kaçırmayı tedavi etmek veya ortadan kaldırmak için ped (kadın bağı), alt bezi ve sonda kullanmaktan başka yapılabilecek çok az şey vardır.			
6	Öksürürken, hapşırırken veya gülerken idrar kaçırılıyorsa idrar kontrolüne yardımcı olabilecek egzersizler vardır.			
7	İdrar kaçırmanın en iyi tedavisi genellikle cerrahidir.			
8	İdrar kaçıran birçok kişi tamamen tedavi edilebilir ve neredeyse hepsi belirgin şekilde iyileşebilir.			
9	İnsanlar düzenli olarak idrar kaçırmaya başladıklarında, genellikle bir daha asla bu kontrolü tam olarak kazanamazlar.			
10	İdrar kaçırma, kolayca tedavi edilebilen birçok tıbbi durum nedeniyle oluşabilir.			
11	Reçetesiz ilaçların çoğu idrar kaçırmaya neden olabilir.			
12	İdrar kaçırma sadece bir veya iki durum nedeniyle oluşur.			
13	Birçok doktor yaşlı hastalarına mesane kontrol problemlerinin olup olmadığını sorar.			
14	İdrar kaçıran kişilerin çoğu doktorlarıyla bunun hakkında konuşur.			

9. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■ tarihinde ■■■■■■ ilinde doğdum. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Gaziantep'te tamamladım. Tıp eğitimine 2014 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladım ve 2020 yılında mezun oldum. 2020 yılında Nurdağı Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak göreve başladım. 02.02.2021 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilimdalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Halen Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilimdalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmalarına devam etmekteyim.