



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**SULTANGAZİ HASEKİ EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTALARDA YAşAM KALİTESİ**

Dr. Kübra Nur ASLANALP LALOğLU

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2026



T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HASEKİ SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SULTANGAZİ HASEKİ EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTALARDA YAşAM KALİTESİ

Dr. Kübra Nur ASLANALP LALOğLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sabah TÜZÜN

Yardımcı Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Muhammet Emin KARAKÖSE

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2026

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, akademik gelişimime katkı sağlayan, yol gösterici yaklaşımı ve desteği için Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Mustafa Reşat DABAK Hocama saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecim boyunca bilimsel bakış açısını kazanmamda büyük emeği olan, değerli bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tez danışmanım Sayın Sabah TÜZÜN Hocama şükranlarımı sunarım.

Tezimin hazırlanması sürecindeki destek ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Muhammet Emin KARAKÖSE'ye teşekkür ederim.

Yoğun ve yorucu geçen bu süreçte sabrı, anlayışı, sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, motivasyonumu kaybettiğim anlarda bana güç veren, varlığıyla en büyük dayanağım olan sevgili eşim Muhammet Ali LALOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan sevgili annem Ebru ASLANALP ve babam Sedat ASLANALP'e teşekkürü ömrüm boyunca borç bilirim. Sabırları, anlayışları ve koşulsuz sevgileri sayesinde bu zorlu süreci tamamlayabildim. Hayatımın her döneminde yanımda olan, destekleri ve sevgileriyle güç veren kardeşlerime teşekkür ederim.

Asistanlık sürecimi bilgi ve deneyimlerini paylaşarak gelişimime katkı sağlayan, zorlu süreçleri dayanışma içinde birlikte aşma fırsatı bulduğum tüm asistan ve uzman doktor arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Kübra Nur ASLANALP LALOĞLU

İstanbul/2026

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİSİ.....	3
2.1.1. Mesane Anatomisi	3
2.1.2. Üretra Anatomisi	3
2.1.2.1. Kadın Üretrası	3
2.1.2.2. Erkek Üretrası	4
2.1.3. Pelvik Taban Anatomisi.....	5
2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROANATOMİSİ	6
2.3. ÜRİNER KONTİNANS FİZYOLOJİSİ	7
2.3.1. Dolum ve Depolama.....	7
2.3.2. İşeme Fazı	8
2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS SINIFLAMASI	8
2.4.1. Stres Üriner İnkontinans.....	8
2.4.2. Urge (Sıkışma) Üriner İnkontinans	9

2.4.3. Karma (Mixed) Üriner İnkontinans.....	9
2.4.4. Taşma (Overflow) İnkontinansı	9
2.4.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans.....	9
2.4.6. Nörojenik Üriner İnkontinans	10
2.4.7. Sürekli Üriner İnkontinans	10
2.4.8. Nokturnal Enürezis (Erişkin Tip).....	10
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI.....	10
2.5.1. Erkeklerde Prevalans.....	10
2.5.2. Kadınlarda Prevelans.....	11
2.6. ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ.....	11
2.6.1. Yaş ve Cinsiyet.....	11
2.6.2. Irk	11
2.6.3. Obstetrik Geçmiş.....	12
2.6.4. Obezite ve Konstipasyon.....	12
2.6.5. Menopoz.....	12
2.6.6. Sigara Kullanımı	13
2.6.7. Üriner Sistem Enfeksiyonları (ÜSE).....	13
2.6.8. Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık	13
2.6.9. Pelvik Organ Prolapsusu (POP)	13
2.7. ÜRİNER İNKONTİNANS TANI VE DEĞERLENDİRME	13
2.7.1. Anamnez.....	14
2.7.2. İşeme Günlüğü ve Semptom Değerlendirme Formları	14
2.7.3. Fizik Muayene ve Temel Laboratuvar Değerlendirme.....	14

2.7.4. Klinik Testler	15
2.7.4.1. Stres testleri	15
2.7.4.2. Ped testi	15
2.7.5. Ürodinamik İnceleme ve İleri Tanı Araçları.....	15
2.7.6. Tanıda Kademeli Yaklaşım.....	16
2.7.6.1. Birinci Basamak	16
2.7.6.2. İkinci Basamak.....	16
2.7.6.3. Üçüncü Basamak (gerekli hastada).....	16
2.8. TEDAVİ.....	16
2.8.1. Konservatif Tedavi Seçenekleri.....	16
2.8.1.1. Yaşam Tarzı Değişikliği	16
2.8.1.1.1. Kilo Verme	16
2.8.1.1.2. Sıvı tüketiminin düzenlenmesi.....	17
2.8.1.1.3. Diyetin düzenlenmesi.....	17
2.8.1.1.4. Sigara bırakma	17
2.8.1.2. Mesane Eğitimi	17
2.8.1.3. Pelvik Taban Kas Egzersizi.....	18
2.8.1.4. Vajinal Konlar	18
2.8.1.5. Biofeedback destekli pelvik taban kas eğitimi (Biofeedback + PFMT).....	18
2.8.2. Farmakolojik Tedavi.....	19
2.8.2.1. Antimuskarinik ajanlar (antikolinerjikler)	19
2.8.2.2. β 3-adrenerjik agonistler (Mirabegron, Vibegron).....	19
2.8.2.3. SNRI (Duloxetine)	19

2.8.2.4. Desmopressin	19
2.8.2.5. İntradetrusor botulinum toksin A	19
2.8.3. Cerrahi Tedavi	19
2.9. YAŞAM KALİTESİ	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVREN.....	21
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	21
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ	21
3.2.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Anketi	21
3.2.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)	22
3.3. ETİK KURUL İZNİ	22
3.4. Araştırma Verisinin Toplanması	22
3.5. İSTATİKSEL ANALİZ.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA.....	29
5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIĞI.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
7. KAYNAKÇA.....	36

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICIQ-SF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form (Uluslararası İnkontinans Danışma Anketi–Kısa Form)
ICS	: International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)
IQO-L	: Incontinence Quality of Life Scale (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)
PFMT	: Pelvic Floor Muscle Training (Pelvik Taban Kas Egzersizi)
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
PVR	: Post-voiding Rezidü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans
ÜSE	: Üriner Sistem Enfeksiyonu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler	24
Tablo 2. Cinsiyete göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	25
Tablo 3. Yaş gruplarına göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı	26
Tablo 4. Medeni duruma göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı	26
Tablo 5. Eğitim durumuna göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı	27
Tablo 6. Gelir düzeyine göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı	27
Tablo 7. Çalışma durumuna göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	28

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Erkek ve Kadın Alt Üriner Sistem Anatomisi.....	4
Şekil 2. Pelvik Diyafram Anatomisi	5



SULTANGAZİ HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üriner inkontinansın bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerindeki etkilerini ve sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır. Araştırma evrenini Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve üriner inkontinans tanısı bulunan bireyler oluşturmuştur. Örneklem, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 260 bireyden oluşmuştur. Veriler, sosyodemografik özellikleri içeren veri formu, Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (IQO-L) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonucunda, üriner inkontinansın bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesi ile psikolojik iyilik hali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca, bazı sosyodemografik ve klinik değişkenlerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma bulguları, üriner inkontinansın yalnızca fizyolojik bir sorun olmadığını; bireylerin yaşam kalitesini ve psikolojik durumunu etkileyen çok boyutlu bir klinik durum olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve yönetiminde yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik halini kapsayan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, yaşam kalitesi, aile hekimliği

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE ATTENDING THE FAMILY MEDICINE OUTPATIENT CLINIC OF SULTANGAZI HASEKI TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the effects of urinary incontinence on individuals' quality of life and psychological well-being, and to examine the relationship between sociodemographic characteristics and quality of life.

Materials and Methods: This study was designed as a descriptive and cross-sectional study. The study population consisted of individuals diagnosed with urinary incontinence who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Sultangazi Haseki Training and Research Hospital. The sample included 260 individuals who met the inclusion criteria. Data were collected using a data collection form including sociodemographic characteristics and the Incontinence Quality of Life Scale (IQO-L). The obtained data were analyzed using appropriate statistical methods.

Results: The results of the study showed that urinary incontinence negatively affected individuals' quality of life, and a statistically significant relationship was found between quality of life and psychological well-being. In addition, certain sociodemographic and clinical variables were determined to have an effect on quality of life and psychological well-being.

Conclusion: The findings indicate that urinary incontinence is not only a physiological problem but also a multidimensional clinical condition that affects individuals' quality of life and psychological status. Accordingly, a holistic approach that includes quality of life and psychological well-being should be adopted in the evaluation and management of urinary incontinence.

Keywords: urinary incontinence; quality of life; family medicine.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans, kişinin kontrolü dışında idrar kaçırmasıyla ortaya çıkan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society - ICS) bu durumu, “herhangi bir istemsiz idrar kaçırma yakınması” olarak tanımlamaktadır (1).

İstem dışı idrar kaçırma, bireyde fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik ve sosyal zorluklara da yol açabilmektedir (2).

Üriner inkontinans her iki cinsiyeti de etkileyen bir hastalıktır. Ancak Ülkemizde erkeklerde idrar kaçırmanın prevalansına yönelik araştırma çalışmalarının kadınlara yönelik yapılarına oranla daha az olduğu söylenebilir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada erkek hasta grubunda Üİ prevalansını %21.5 olarak saptanmıştır (3). Literatürde kadınlarda idrar kaçırma prevalans oranları geniş bir aralıkta değişmekte olup her yaş grubunu etkilemektedir. Kadınlarda ise idrar kaçırma prevalansının 65 yaşa kadar yaş ile orantılı bir şekilde arttığı görülmüştür(4).

Ülkemizden tanımlayıcı/kesitsel 16 çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede, literatüre benzer olarak Türkiye’deki kadınlarda idrar kaçırma prevalansının % 16.4-% 49.7 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (5).

Üriner inkontinans hayati tehlike arz eden bir hastalık olmamakla beraber hem bireyin hem de ailesinin psikolojik, hijyenik ve sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilendiği, önemli bir halk sağlığı sorunudur. İdrar kaçırma, bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak yaşam kalitesini düşürmekte ve toplum sağlığı açısından dikkate değer bir sorun oluşturmaktadır (4).

Üriner inkontinansa neden olan birçok risk faktörleri vardır. Bunlardan başlıcaları: yaş ve cinsiyet, ırk, doğum şekli ve gebelik sayısı ,aile hikayesi, üriner sistem enfeksiyonları, kullanılan ilaçlar, obezite, kronik konstipasyon ,geçirilmiş pelvik cerrahi , nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları (6,7).

Üriner inkontinansın birey üzerindeki etkileri yalnızca fizyolojik düzeyde kalmamakta, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin kısıtlanmalara yol açmaktadır (8).

Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, inkontinansın tipi ve şiddetiyle yakından ilişkilidir. Orta ve şiddetli düzeyde idrar kaçırma yaşayan bireylerde anksiyete, depresyon belirtileri ve sosyal izolasyon daha sık ortaya çıkmaktadır(9) . Literatürde, inkontinans yakınması olan bireylerin tedavi arayışına geç başlama eğiliminde olduğu ve özellikle utanç, damgalanma korkusu ve mahremiyet kaygısının sağlık hizmetine başvuruyu geciktirdiği bildirilmektedir (10).

Sosyoekonomik etkileri de toplum sağlığı açısından önemlidir. Hijyen ürünleri, giysi değişimi, idrar kokusunu önlemeye yönelik harcamalar ve sağlık hizmeti başvuruları, birey ve aile üzerinde ek mali yük oluşturabilmektedir (11). Ayrıca; iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma ve sağlık harcamalarının artması gibi nedenlerle ülke ekonomisi üzerinde de önemli bir yük oluşturduğu ifade edilmektedir (12).

Kadınlarda sık karşılaşılan üriner inkontinans, çoğu zaman hastalar tarafından yeterince ciddiye alınmayan ve hekimlerce de sıklıkla ayrıntılı biçimde sorgulanmayan önemli bir sağlık problemidir. Yaşam kalitesini belirgin biçimde azaltmasına rağmen, birçok hasta bu durumu doğal bir süreç olarak gördüğü için tıbbi yardım arayışına geç başlamakta ve bu da tedavinin gecikmesine yol açmaktadır(13).

Üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve yönetiminde bireyin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin dikkate alınması gerekmektedir. Tedavi yaklaşımlarında yalnızca semptomların kontrolü değil, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin bütüncül olarak ele alınması önem taşımaktadır (14). Bu nedenle, özellikle 18–65 yaş arası aktif çalışma ve sosyal yaşam döneminde olan bireylerde, Üİ'nin yaşam kalitesine etkilerini belirlemek ve buna yönelik uygun müdahaleleri planlamak sağlık hizmeti sunumunun önemli bir bileşeni olarak görülmektedir (15).

Bu çalışma 18-65 yaş arası üriner inkontinansı olan hastalarda yaşam kalitesini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Böbreklerde renal parankim tarafından oluşturulan idrar toplayıcı sistem tarafından üreterlere, üreterler tarafından ise alt üriner sisteme iletilir. Alt üriner sistem organları mesane ve üretradır (16).

2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİSİ

2.1.1. Mesane Anatomisi

Mesane, alt üriner sistemin idrar depolama işlevini üstlenen, pelvis içinde yer alan kas yapısında bir organdır. Erişkin bireylerde hacmi yaklaşık olarak 400-500 ml'dir. Erkeklerde pubik simfizin arkasında ve prostatın üzerinde; kadınlarda ise uterusun önünde konumlanır. Dıştan içe doğru apex, corpus, fundus ve collum olmak üzere dört ana bölümden oluşur (17).

Mesane duvarı, idrar depolama ve boşaltma sırasında fonksiyon gören çok katlı kas liflerinden oluşan detrusor kası ile çevrilidir. İç yüzeyi geçiş epiteli (ürotelyum) tarafından döşenmiştir. (18). Fundus bölgesinde, iki üreter orifisi ile iç üretra açıklığını sınırlandıran trigonum vesicae yer alır (17). Mesane fonksiyonları otonom sinir sistemi tarafından düzenlenir; parasempatik lifler miksiyonu başlatırken, sempatik innervasyon depolama fazının devamlılığını sağlar (19).

2.1.2. Üretra Anatomisi

Üretra, mesanede depolanan idrarın vücut dışına iletilmesini sağlayan tübüler bir yapıdır ve anatomik özellikleri cinsiyete göre farklılık gösterir (17).

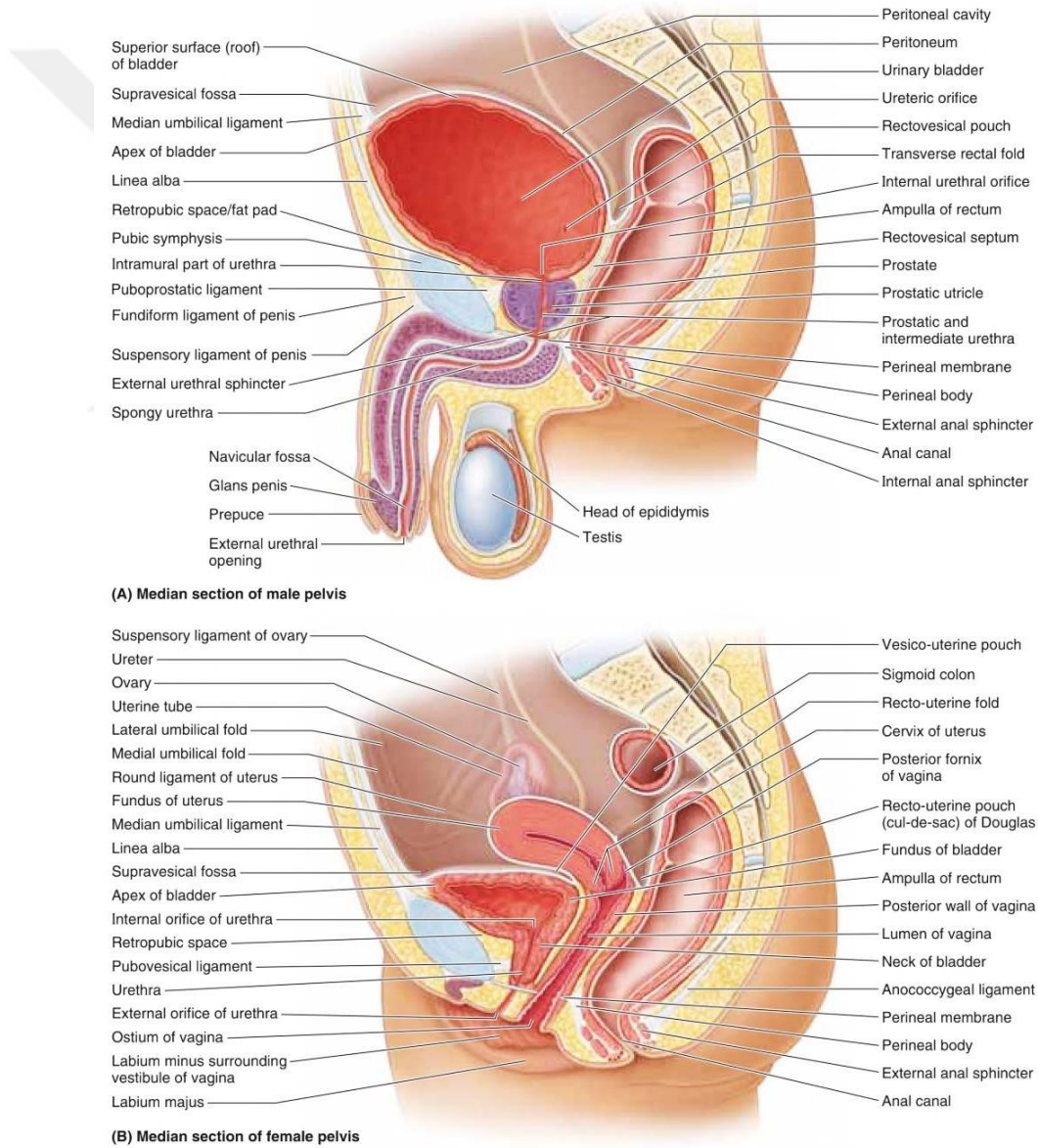
2.1.2.1. Kadın Üretrası

Kadın üretrası yaklaşık 3–4 cm uzunluğunda olup mesaneden başlayarak vajina ön duvarını kat eder ve dış üretra açıklığı ile sonlanır (17). Daha kısa ve geniş yapıda olması nedeniyle kadınlarda alt üriner sistem enfeksiyonları daha sık gözlenmektedir (20).

2.1.2.2. Erkek Üretrası

Erkek üretrası ortalama 18–20 cm uzunluğundadır ve prostatik, membranöz ve spongioz üretra olmak üzere üç ana bölüme ayrılır. Prostatik üretra, prostat bezinin içinden geçer; membranöz kısım diyafram ürogenitale içerisinde yer alır; spongioz üretra ise penis boyunca uzanır (17).

Üretral kontinans, internal ve eksternal sfinkter mekanizmaları ile sağlanır. İnternal sfinkter otonom sinir sistemi kontrolünde olup depolama fazında aktiftir; eksternal sfinkter ise çizgili kastan oluşur ve istemli kontinansı sağlar (19).



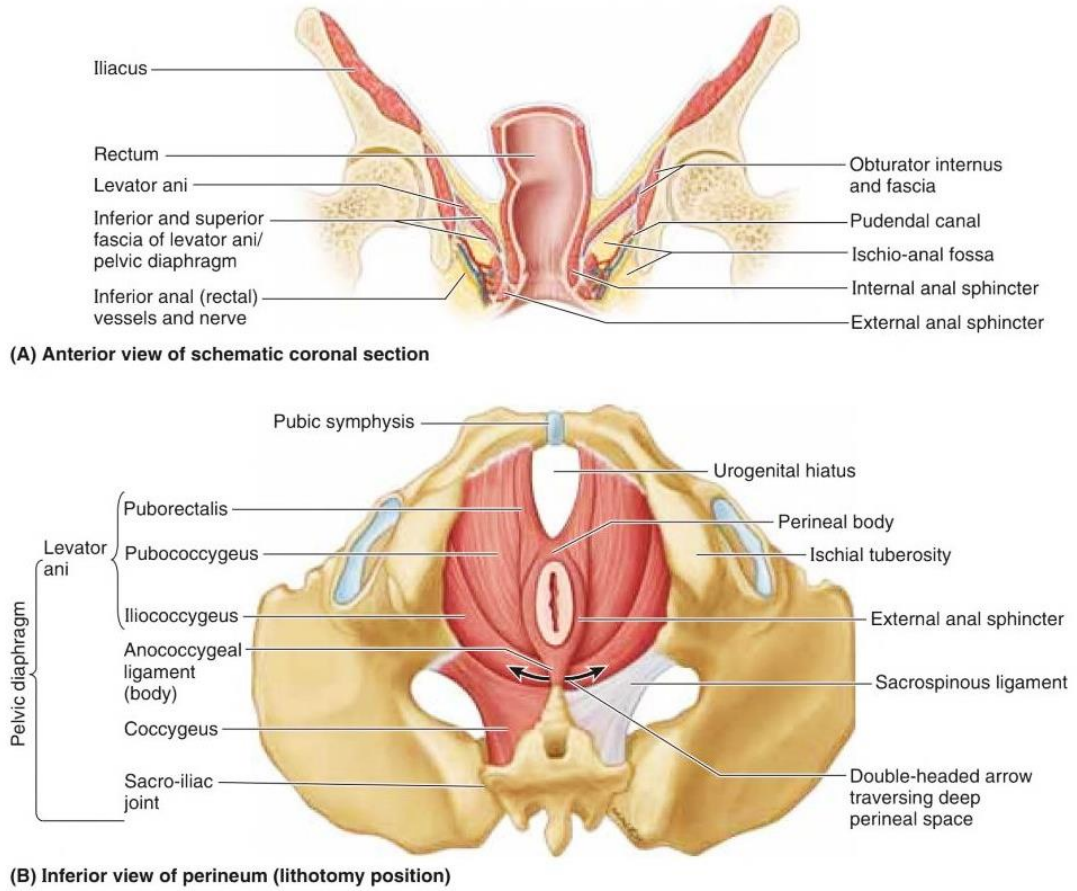
Şekil 1. Erkek ve Kadın Alt Üriner Sistem Anatomisi (17)

2.1.3. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik taban, alt üriner sistemin desteklenmesi, kontinansın korunması ve organların anatomik bütünlüğünün sürdürülmesi açısından kritik öneme sahip kas ve bağ dokusu kompleksidir. Pelvik tabanı oluşturan başlıca yapılar; levator ani kas grubu (pubococcygeus, puborectalis, iliococcygeus), coccygeus kası, endopelvik fasya ve çeşitli bağ dokusu elemanlarıdır (21).

Kadınlarda pelvik taban, mesane ve üretranın anatomik pozisyonunu korumada temel rol oynar. Pelvik taban kaslarının zayıflaması veya yapısal bütünlüğünün bozulması, özellikle stres üriner inkontinans için önemli bir risk faktörüdür (21).

Erkeklerde pelvik taban kasları, normal kontinansın korunmasında temel bir rol oynar; özellikle radikal prostatektomi gibi prostat cerrahileri sonrasında bu kasların güçlendirilmesi, kontinansın yeniden sağlanmasına önemli ölçüde katkı sağlar (22).



Şekil 2. Pelvik Diyafram Anatomisi (17)

2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROANATOMİSİ

Alt üriner sistemin temel işlevleri, mesane ve üretranın koordineli bir şekilde çalışmasıyla sağlanır. Cinsiyete bağlı anatomik farklılıklar bulunsa da idrarın depolanması ve boşaltılmasına ilişkin fizyolojik mekanizmalar her iki cinsiyette de büyük ölçüde benzerdir. Mesane, idrarın düşük basınç altında depolanmasını ve uygun zamanda etkin biçimde boşaltılmasını sağlayan dinamik bir organdır. Üretra ise idrarın dış ortama kontrollü olarak iletilmesinde rol oynar. Depolama ve boşaltım fazları arasındaki geçiş sempatik, parasempatik ve somatik sinir sistemlerinin oluşturduğu karmaşık bir nörolojik kontrol ağı tarafından düzenlenir. Depolama döneminde sempatik aktivite mesane gevşemesini ve üretral tonusun korunmasını desteklerken, parasempatik sistem miksiyon sırasında detrusor kasının kasılmasını sağlar. Somatik innervasyon ise dış üretral sfinkterin istemli kontrolünü mümkün kılar. Bu nörolojik yapı, kontinansın sürdürülmesi ve idrarın etkili şekilde boşaltılabilmesi için kritik öneme sahiptir (23).

Alt üriner sistemin nörolojik kontrolünde parasempatik, sempatik ve somatik sinir sistemleri farklı işlevlerden sorumludur. Parasempatik sistem, sakral spinal kordun S2–S4 segmentlerinden kaynaklanır ve mesanenin boşaltım fazından sorumludur; detrusor kasının kontraksiyonunu sağlayarak etkin idrar boşalımını mümkün kılar. Bu süreçte başlıca nörotransmitter asetilkolindir. Ayrıca perine ve üretra ile pelvik tabanın bazı kaslarının sensörinal ve motor kontrolü de bu segmentler üzerinden yürütülür. Sempatik sistem ise torako-lomber spinal kordun T11–L3 (bazı kaynaklarda T10–L2) segmentlerinden köken alır ve idrar depolama işlevinin yürütülmesinde görev yapar. Detrusor kasının gevşemesi ve internal üretral sfinkter tonusunun artışı, idrarın güvenli bir şekilde depolanmasını sağlar. Bu kontrol alfa (α) ve beta (β) adrenerjik reseptörler aracılığıyla gerçekleşir. Mesane boynu ve üretrada yoğun bulunan alfa reseptörlerin stimülasyonu sfinkter tonusunu artırarak kapanmayı sağlar; mesanenin diğer bölgelerindeki beta reseptörler ise kas tonusunu azaltarak mesanenin gevşemesini destekler. Somatik sinir sistemi, sakral spinal kordun S2–S4 segmentinde bulunan Onuf çekirdeğinden köken alır ve istemli olarak çalışan çizgili kas yapısındaki dış üretral sfinkter ile pelvik taban kaslarının bir kısmının kontrolünü sağlar (24).

2.3. ÜRİNER KONTİNANS FİZYOLOJİSİ

2.3.1. Dolum ve Depolama

Mesane, fizyolojik olarak yaklaşık 0,5–1 mL/dakika hızında dolmakta olup bu süreçte mesane içi basıncında yalnızca minimal bir artış meydana gelir. Artan hacme karşın intravezikal basıncın belirgin şekilde yükselmemesi, mesanenin komplians özelliği ile açıklanır. Dolum sırasında mesane duvarını oluşturan kas demetlerinde yeniden yapılanma gerçekleşir ve detrüsör kas hücrelerinin uzunlukları istirahat boyutlarının birkaç katına ulaşabilir (25).

Mesane kapasitesi dolmaya devam ettikçe belirli bir duvar gerilimi düzeyinde işeme isteği oluşur. Bu aşamada mesane duvarındaki mekanoreseptörler aktive olur ve oluşan afferent uyarılar parasempatik lifler aracılığıyla S2–S4 segmentlerine iletilir (26).

Dolum fazında üretranın kapanması; düz ve çizgili kasların aktif kasılması, elastik dokular ile üretral vasküler yapıların pasif katkıları sayesinde sağlanır (25).

Dolumun erken dönemlerinde mesane duvarındaki proprioseptif gerilme reseptörlerinden çıkan afferent sinyaller S2–S4 segmentleri üzerinden lateral spinotalamik yolla subkortikal merkezlere aktarılır ve burada detrüsör kası bilinç dışı bir mekanizma ile inhibe edilir (26).

Genellikle mesane hacmi 200–300 mL seviyesine ulaştığında idrar yapma isteği kortikal düzeyde algılanmaya başlar ve ilk sıkışma hissi ortaya çıkar (25,26). Bu hacim, yaklaşık olarak mesanenin fizyolojik kapasitesinin yarısına karşılık gelir (25).

Bu dönemde detrüsör kasının istemsiz kasılmaları kortikal merkezler tarafından baskılanır. Mesane dolmaya devam ettikçe, visseral afferent uyarılar sempatik lifler aracılığıyla T10–L2 düzeyinden supraspinal merkezlere iletilir ve idrar yapma isteği giderek artar (26).

Bu evrede kişinin kontinansı sürdürebilmesi için detrüsör kas aktivitesinin istemli olarak inhibe edilmesi ve üretral kapanmanın korunması amacıyla pelvik taban kaslarının istemli kasılması devreye girer (25,27).

Uygun zaman ve çevresel koşullar sağlandığında ise detrusor kasının koordineli kasılması ve sfinkterlerin gevşemesiyle işeme fazı başlar ve mesane boşaltılır (25,26).

2.3.2. İşeme Fazı

Miksiyon süreci ya istemli olarak ya da mesanenin aşırı dolması olarak miksiyonun artık engellenememesi durumunda başlamaktadır. Miksiyonun başlangıcında somatik motor nöronlar yolu ile eksternal üretral sfinkter istemli olarak gevşemekte, pontin miksiyon merkezinden gelen uyarılar ve S2-4'den gelen parasempatik uyarılar ile detrusor kasılmaktadır. Miksiyon sırasında sempatik efferent uyarılar inhibe edilmekte, böylece vezikal gangliondan çıkan parasempatik uyarılar ile mesane boynu açılmaktadır. Miksiyonun istemli olarak kesilmesi sırasında üretradaki çizgili kaslar ve pelvik taban kasılmakta, mesane boynu yükselmekte detrusor refleks olarak inhibe edilmekte ve mesane basıncı normale dönmektedir. Miksiyon süreci, ya istemli olarak başlatılır ya da mesanenin aşırı dolması nedeniyle istem dışı olarak gerçekleşir. Miksiyonun başlangıcında somatik motor nöronlar aracılığıyla eksternal üretral sfinkter istemli olarak gevşer. Aynı anda pontin miksiyon merkezinden gelen sinyaller ve S2-S4 segmentlerinden çıkan parasempatik uyarılar detrusor kasının kasılmasını sağlar. Bu sırada sempatik efferent uyarılar baskılanır ve vezikal ganglion üzerinden iletilen parasempatik aktivite ile mesane boynu açılır. Miksiyonun istemli olarak sonlandırılması ise üretradaki çizgili kasların ve pelvik taban kaslarının kasılmasıyla gerçekleşir. Bu kasılma mesane boynunun yükselmesine yol açar, detrusor kası refleks olarak inhibe olur ve mesane içi basınç normale döner (28).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS SINIFLAMASI

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society, ICS), üriner inkontinansı “istemsiz idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlamaktadır. Klinik pratikte üriner inkontinans; etiyoloji, klinik özellikler ve fizyopatolojik mekanizmalar dikkate alınarak çeşitli alt tiplere ayrılmaktadır (29).

2.4.1. Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinans (SÜİ), intraabdominal basınç artışına yol açan öksürme, hapşıрма, gülme veya fiziksel aktivite gibi durumlarda detrusor kas

aktivitesi olmaksızın meydana gelen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. SÜİ'nin temel mekanizması üretral hipermobilité ve/veya intrinsik sfinkter yetmezliği ile ilişkilidir. Pelvik taban kaslarının zayıflaması, üretra desteğinin azalması ve doğum travmaları patofizyolojik süreci destekleyen önemli faktörlerdir (30).

2.4.2. Urge (Sıkışma) Üriner İnkontinans

Urge inkontinans, ani ve güçlü bir işeme isteği ile birlikte görülen ve genellikle tuvalete yetişilemeden gerçekleşen istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum sıklıkla detrusor aşırı aktivitesi ile ilişkili olup aşırı aktif mesane sendromunun bir bileşenidir. Klinikte sıkışma hissi, sık işeme, noktüri ve aniden gelişen kaçırma epizodları ile karakterizedir (31).

2.4.3. Karma (Mixed) Üriner İnkontinans

Karma üriner inkontinans, aynı hastada hem stres hem de urge inkontinans bulgularının birlikte görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Kadınlarda en sık karşılaşılan inkontinans tiplerinden biridir. Patofizyoloji genellikle iki mekanizmanın bir arada bulunduğu karmaşık bir yapıya sahiptir (30).

2.4.4. Taşma (Overflow) İnkontinansı

Taşma inkontinansı, mesanenin kronik olarak aşırı dolu olması ve mesane çıkışındaki tıkanıklık veya detrusor kontraktilesindeki azalma sonucunda idrarın damlama tarzında veya sürekli olarak sızıntı şeklinde kaçması ile karakterizedir. En sık nedenleri mesane çıkım obstrüksiyonu (ör. benign prostat hiperplazisi) ve nörojenik detrusor yetmezliğidir (31).

2.4.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans, alt üriner sistem fonksiyonları normal olmasına rağmen hastanın fiziksel, kognitif veya çevresel nedenlerle tuvalete zamanında ulaşamaması sonucunda idrar kaçırmasıdır. Demans, ciddi mobilité kısıtlılığı, artrit ve çevresel engeller en sık karşılaşılan nedenlerdir (32).

2.4.6. Nörojenik Üriner İnkontinans

Refleks inkontinans, üst motor nöron lezyonları sonucu mesanenin kişinin isteğinden bağımsız olarak otomatik boşalması ile karakterizedir. Bu durum omurilik yaralanmaları, multipl skleroz veya nörojenik mesane ile ilişkili diğer nörolojik patolojilerde ortaya çıkmaktadır (33).

2.4.7. Sürekli Üriner İnkontinans

Sürekli inkontinans, kesintisiz idrar akışı ile karakterizedir ve genellikle anatomik bir bozukluğa, özellikle üriner fistüllere bağlı olarak ortaya çıkar. Vesikovajinal veya üreterovajinal fistüller en sık nedenler arasındadır. Ayrıca ektopik üreter gibi konjenital anomaliler de sürekli kaçırmaya yol açabilir (34).

2.4.8. Nokturnal Enürezis (Erişkin Tip)

Nokturnal enürezis, uykuda meydana gelen istemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanır. Çocukluk döneminde sık görülmekle birlikte erişkinlerde daha nadirdir. Erişkinlerde en yaygın nedenler aşırı aktif mesane, uyku bozuklukları ve geç saatlerde sıvı alımındaki artıştır (35).

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI

2.5.1. Erkeklerde Prevalans

Erkeklerde üriner inkontinansın toplumdaki görülme sıklığı, kullanılan tanım kriterlerine ve incelenen popülasyonun özelliklerine göre değişmekle birlikte, toplum temelli çalışmalarda genel prevalansın çoğunlukla %1–%11 aralığında bildirildiği görülmektedir. Bununla birlikte, özellikle ileri yaş gruplarında oranlar belirgin şekilde artmakta; yaşlı erkeklerin %11–%34’ünde idrar kaçırmaya görüldüğü ve yaklaşık %2–%11’inin bu durumu günlük olarak yaşadığı bildirilmektedir (36). Özellikle yerel popülasyon çalışmalarında daha yüksek ya da daha düşük değerler raporlanabilmekte; örneğin Türkiye’de yapılan geniş bir çalışmada erkeklerde toplam üriner inkontinans prevalansı %5.5 olarak bildirilmiştir (37).

2.5.2. Kadınlarda Prevelans

İrk ve etnik köken değişkenleri, kadınlarda üriner inkontinans prevalansının farklılık göstermesine neden olabilmektedir. Literatürde, Beyaz Amerikalı kadınlarda idrar kaçırma oranlarının Asya kökenli ve Afro-Amerikan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmektedir (38).

Ülkemizde yapılan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki 16 çalışmanın değerlendirildiği daha güncel bir derleme de benzer sonuçlara işaret etmektedir. Bu derlemede, Türkiye’de kadınlarda idrar kaçırma prevalansının %16.4 ile %49.7 arasında değiştiği rapor edilmiştir. Alt tipler açısından değerlendirildiğinde, karışık tip inkontinans oranlarının %7.8–%64, sıkışma tipinin %2.9–%43 ve stres tipinin %20.8–%68 arasında değiştiği görülmektedir. Çalışmalar genel olarak stres tipinin en yüksek prevalansa sahip olduğunu, bunu karışık tipin izlediğini ve sıkışma tipinin daha düşük oranlarda bildirildiğini ortaya koymaktadır (39).

2.6. ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ

2.6.1. Yaş ve Cinsiyet

Kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı, erkek popülasyonuna kıyasla belirgin derecede daha yüksektir ve genellikle iki ila üç kat daha fazla rapor edilmektedir (40). Milsom tarafından yürütülen ve toplam 17 epidemiyolojik çalışmanın değerlendirildiği kapsamlı meta-analiz, üriner inkontinans prevalansının yaşla birlikte anlamlı bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, yaşlanmanın idrar kaçırma gelişiminde önemli bir belirleyici olduğunu desteklemektedir (41).

2.6.2. İrk

Yapılan çalışma Kafkas kadınların stres tipi idrar kaçırma açısından anlamlı derecede daha yüksek risk taşıdığını göstermiştir. Çok değişkenli modellerde Kafkas ırkı, stres inkontinansının en güçlü bağımsız belirleyicisi olarak saptanmış ve bu durumun ortaya çıkma olasılığını anlamlı ölçüde artırmıştır.

Öte yandan Afro-Amerikan kadınlarda detrusör instabilitesinin daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Bu grupta detrusör aşırı aktivitesinin, özellikle diğer klinik ve demografik değişkenler kontrol edildiğinde, anlamlı bir risk faktörü olarak ön plana

çıkıldığı görülmüştür. Yani bu popülasyonda urge komponentinin baskın olduğu bir idrar kaçırma paterni mevcuttur.

Çalışma ayrıca idrar kaçırmanın gelişiminde rol oynayan klasik risk faktörlerinin (yaş, parite, vücut kitle indeksi vb.) ırklar arasında farklı biçimlerde etkili olabileceğini göstermiştir. Bu bulgu, değerlendirme ve tedavi süreçlerinde ırka bağlı değişkenliklerin dikkate alınmasının klinik açıdan önem taşıdığını düşündürmektedir (42).

2.6.3. Obstetrik Geçmiş

Üriner inkontinansın ortaya çıkmasında obstetrik öykü önemli bir belirleyici olup; parite, doğum şekli, çoğul gebelikler ve yüksek doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme gibi birçok faktör riskin artmasına katkıda bulunmaktadır. Thom ve çalışma arkadaşları, yaptıkları araştırmada doğum sayısındaki artışla birlikte üriner inkontinans görülme oranının da yükseldiğini ve bu iki değişken arasında doğrusal bir ilişki bulunduğunu göstermiştir (43). Deindl ve ekibinin yürüttüğü başka bir araştırma ise, travaysız sezaryen ile doğum yapan kadınlarda pelvik taban kas gücünün doğum sonrasında daha iyi korunduğunu ve bu grupta üriner inkontinansın daha düşük oranda görüldüğünü ortaya koymuştur (44).

2.6.4. Obezite ve Konstipasyon

Obezite, üriner inkontinans için en güçlü değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. VKİ'deki her artışın stres ve miks tip inkontinans riskini anlamlı şekilde yükselttiği büyük çaplı meta-analizlerle gösterilmiştir (45). Artmış abdominal basınç pelvik taban yapılarında kronik yüklenmeye neden olurken, obeziteye eşlik eden inflamasyon ve bağ dokusu değişiklikleri de mesane fonksiyonunu olumsuz etkileyebilmektedir(46) . Konstipasyon ise kronik rektal doluluk ve ıkınma nedeniyle pelvik taban kaslarında zorlanmaya yol açarak sıkışma hissi ve urge tipi inkontinansı artırmaktadır (47).

2.6.5. Menopoz

Menopoz döneminde östrojen düzeylerinin azalmasıyla birlikte üretral mukozada incelme, bağ dokuda elastikiyet kaybı ve mesane irritabilitesinde artış

görülür; bu değişiklikler özellikle stres tipi inkontinans riskini yükseltmektedir (48). Büyük kohort çalışmaları, menopoz sonrası kadınlarda Üİ prevalansının belirgin şekilde arttığını göstermektedir (49).

2.6.6. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı, hem mekanik hem de biyokimyasal mekanizmalar üzerinden Üİ gelişiminde etkili bir faktördür. Kronik öksürük pelvik tabana tekrarlayıcı yük bindirerek üretral desteği azaltır (50).

2.6.7. Üriner Sistem Enfeksiyonları (ÜSE)

Üriner sistem enfeksiyonları, üriner inkontinans gelişiminde ve mevcut semptomların şiddetlenmesinde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Özellikle tekrarlayan alt üriner sistem enfeksiyonları, detrüsor kasının aşırı aktivitesini tetikleyebilmektedir. Bu durum, sıkışma hissi, ani idrar yapma isteği ve urge tipi inkontinans semptomlarının ortaya çıkmasına ya da belirginleşmesine neden olmaktadır. Ayrıca enfeksiyon sırasında gelişen mesane irritasyonu, depolama fazının bozulmasına ve fonksiyonel mesane kapasitesinin azalmasına katkıda bulunarak inkontinans ataklarının sıklığını artırabilmektedir (51).

2.6.8. Aile Öyküsü ve Genetik Yatkınlık

İkiz ve aile çalışmaları, özellikle stres tipi üriner inkontinansın genetik yatkınlıkla ilişkili olduğunu ve aile öyküsü bulunan kadınlarda görülme riskinin arttığını göstermektedir (52). Genetik yatkınlığın bağ dokusu dayanımı, kolajen yapısı ve sinir iletim yollarındaki poligenik mekanizmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir (53).

2.6.9. Pelvik Organ Prolapsusu (POP)

POP, üretra ve mesane boynunun anatomik desteğini değiştirerek stres tipi inkontinansı artıran önemli bir risk faktörüdür (54).

2.7. ÜRİNER İNKONTİNANS TANI VE DEĞERLENDİRME

Üriner inkontinans tanısı, tek bir testten ziyade çok yönlü bir klinik değerlendirme sürecini içerir. Tanı koymada amaç, hastanın bildirdiği semptomların

altta yatan nedenini ortaya koymak, inkontinans tipini belirlemek ve uygun tedavi stratejisini planlayabilmektir. Uluslararası Kontinans Derneği, Üİ'yi "istemsiz idrar kaçırma" şeklinde tanımlamakta ve bir semptom olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle tanı süreci, hastanın öyküsü, semptom şiddeti, fonksiyonel durum ve olası risk faktörlerini kapsamlı şekilde ele alan aşamalı bir yaklaşımı gerektirir (55).

2.7.1. Anamnez

Tanının ilk ve en kritik adımı ayrıntılı anamnezin alınmasıdır. Anamnez kapsamında; idrar kaçırmanın başlangıç zamanı, sıklığı, miktarı, tetikleyici durumlar (öksürme, hapşıрма, fiziksel aktivite, ani sıkışma), gündüz ve gece işeme düzeni, pelvik cerrahi öyküsü, obstetrik öykü, kullanılan ilaçlar, idrar yolu enfeksiyonu geçmişi ve eşlik eden alt üriner sistem semptomları sorgulanmalıdır (56).

Ayrıca, hastanın inkontinansın günlük yaşamına etkisine, psikososyal yüküne ve yaşam kalitesindeki değişikliklere dair ifadeleri, tanı ve tedavi planlaması için değerlidir (57).

2.7.2. İşeme Günlüğü ve Semptom Değerlendirme Formları

İşeme günlüğü, tanıda semptomların objektifleştirilmesi açısından temel bir araçtır. En az üç günlük kayıt önerilmekte olup; sıvı alımı, işeme zamanları ve hacimleri, sıkışma epizotları, gece işemeleri ve kaçırma olayları ayrıntılı olarak dokümanite edilir. İşeme günlüğü, özellikle depolama ve boşaltma fonksiyon bozukluklarının ayırıcı tanısında, ayrıca tedavi etkinliğinin izlenmesinde yüksek değer taşır (58). Ayrıca Uluslararası Konsültasyon Sorgu Formları (ICIQ-SF vb.), semptom şiddeti ve yaşam kalitesi etkisini standardize biçimde değerlendirmek için kullanılmaktadır (59).

2.7.3. Fizik Muayene ve Temel Laboratuvar Değerlendirme

Fizik muayene; genel durum değerlendirmesi, abdominal palpasyon, pelvik organ prolapsusu, genital atrofi ve pelvik taban kas fonksiyonlarının incelenmesini içerir. Pelvik tabandaki zayıflık veya prolapsus, özellikle stres ve miks tip inkontinansla ilişkili olabilir (60).

Temel laboratuvar testleri arasında idrar analizi (üriner enfeksiyon, hematüri, glikozüri değerlendirmesi) yer alır. Üİ ile uyumlu semptomların eşlik ettiği enfeksiyon varlığında, öncelikle enfeksiyonun tedavisi önerilir. Post-voiding rezidü (PVR) hacmi, özellikle işeme sonrası tam boşalmama yakınması olan veya overflow inkontinans düşünülen hastalarda ultrasonografi ile ölçülmelidir (61).

2.7.4. Klinik Testler

2.7.4.1. Stres testleri

Dolu mesane ile öksürme veya valsalva manevrası sırasında idrar kaçırmının gözlenmesi esasına dayanır. Stres tipi inkontinansın doğrulanmasında basit ve güvenilir bir yöntemdir (61).

2.7.4.2. Ped testi

Belirli bir süre içerisinde kullanılan pedin ağırlık değişimini ölçerek kaçırmının objektif olarak nicel değerlendirilmesini sağlar. Özellikle tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalar için kullanılabilir (61).

2.7.5. Ürodinamik İnceleme ve İleri Tanı Araçları

Ürodinamik inceleme; detrüsor fonksiyonu, mesane kapasitesi, işeme fazı, sfinkter koordinesi ve üretral fonksiyonun ayrıntılı olarak değerlendirildiği kapsamlı bir testtir. Her olguda gerekli değildir. Rehberler yalnızca şu durumlarda önerir: komplike inkontinans, tedaviye yanıt alınamaması, cerrahi planlanan ancak semptom ve bulguları uyumsuz olan hastalar, nörojenik mesane şüphesi ve miks tip inkontinansın baskın bileşenin belirlenmesi. Basit stres tip inkontinanslı olgularda, cerrahi öncesi rutin ürodinami önerilmez (61).

2.7.6. Tanıda Kademeli Yaklaşım

Kılavuzlar tanıda aşamalandırılmış bir yaklaşımı önermektedir

2.7.6.1. Birinci Basamak

- a. Anamnez
- b. İşeme günlüğü
- c. Fizik muayene
- d. İdrar analizi
- e. Gerekirse PVR

2.7.6.2. İkinci Basamak

- f. Ped testi
- g. Stres testi

2.7.6.3. Üçüncü Basamak (gerekli hastada)

- h. Ürodinami
- i. Üretral basınç çalışmaları
- j. Elektromiyografi

Bu yaklaşım gereksiz invaziv testlerin önüne geçer, maliyet-etkinliği artırır ve tedavi için doğru hasta seçimini kolaylaştırır (61).

2.8. TEDAVİ

2.8.1. Konservatif Tedavi Seçenekleri

2.8.1.1. Yaşam Tarzı Değişikliği

2.8.1.1.1. Kilo Verme

Aşırı kilolu veya obez kadınlarda vücut ağırlığının azaltılması, idrar kaçırma ataklarında ve semptom sıklığında anlamlı azalma sağlar; bu nedenle kilo kaybı,

konservatif tedavinin temel parçalarından biri olarak önerilir. Pratik hedef olarak yeniden beslenme düzeni ve düzenli fiziksel aktivite ile %5–10 arası ağırlık kaybı çoğu olguda semptomlarda düzelme ile ilişkilendirilmektedir (62).

2.8.1.1.2. Sıvı tüketiminin düzenlenmesi

Aşırı sıvı kısıtlaması yapmadan, bireyin semptomlarına göre toplam günlük sıvı alımının ayarlanması tercih edilmelidir; gereğinden az içmek irritatif semptomları kötüleştirebilir, aşırı almak ise sık boşaltıma yol açar (63). Kafein ve gazlı/alkollü içeceklerin azaltılması, özellikle sıkışma ve sık idrara çıkma yakınması olan hastalarda semptomların iyileşmesine katkıda bulunabilir (63,64).

2.8.1.1.3. Diyetin düzenlenmesi

Yaygın öneriler arasında kafein, alkol, asidik meyve suları, baharatlı yiyecekler ve gazlı içeceklerin semptomları tetikleyebileceği için azaltılması yer alır; bununla birlikte beslenme ve mesane semptomları arasındaki ilişki için kanıt seviyesi sınırlıdır ve kişiselleştirilmiş öneri önemlidir (64).

2.8.1.1.4. Sigara bırakma

Sigara içimi bazı çalışmalarda üriner semptomlarla ilişkili bulunmuş; sigarayı bırakmanın hem genel sağlık hem de olası üriner yakınmalar üzerinde olumlu etkileri olduğundan, bırakma desteği konservatif yaklaşımın bir parçası olmalıdır (64).

2.8.1.2. Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi, bireyin idrar yapma aralıklarını bilinçli olarak kontrol etmesini ve sıkışma hissi oluştuğunda mesane kasılmalarını bastırmasını hedefleyen yapılandırılmış bir davranışsal yaklaşımdır (65,66). Programın temel bileşenleri; mesane günlüğü tutma, işeme zamanlamasının planlanması, dürtü kontrolü ve öz farkındalık teknikleridir. Hastaya, mesanenin çalışma prensipleri ve sıkışmayı artıran yaşam tarzı faktörleri hakkında bilgi verilerek farkındalık oluşturulur; ardından mevcut işeme alışkanlıklarını değerlendirmek için birkaç günlük mesane günlüğü tutulur (66). Elde edilen bilgiler doğrultusunda bireysel bir eğitim planı hazırlanır ve hastanın tualete gitme aralıkları kademeli olarak artırılır. Sıkışma hissi oluştuğunda dikkat dağıtma, derin nefes alma ve kısa süreli pelvik taban kas kasmaları gibi

teknikler uygulanır (65). Literatür, mesane eğitiminin hafif-orta dereceli idrar kaçırma ve aşırı aktif mesane semptomlarını azaltmada etkili olduğunu, yaşam kalitesini artırdığını ve tedavi süresince semptom şiddetinin belirgin şekilde düştüğünü göstermektedir (65,66). Mesane eğitimi, farmakolojik tedavilerden önce önerilen ilk basamak tedavi olarak kabul edilir ve pelvik taban kas egzersizi veya diğer davranışsal yaklaşımlarla kombine edildiğinde uzun dönemli etkinliği artmaktadır (65).

2.8.1.3. Pelvik Taban Kas Egzersizi

Hasta bacaklarını dizden bükülü pozisyonda tutar ve vajen ile anal kaslarını içeri doğru çekerek sıkıca kasar. Başlangıçta kasılma 3–4 saniye sürerken, ilerleyen uygulamalarda bu süre 10 saniyeye kadar artırılır. Kasılmanın ardından 8–10 saniyelik gevşeme dönemi uygulanır; bu süre boyunca kasların tamamen gevşediğini hissetmek, hastanın farkındalığını geliştirmeye yardımcı olur. Egzersizler günde en az 10 tekrar şeklinde yapılmalıdır; Dr. Kegel'in önerisine göre ideal olarak günde 300 tekrar hedeflenir. Uygulama sırasında karın kaslarının kasılmaması ve doğru nefes alıp verme, istenmeyen etkilerin önlenmesini sağlar. Hastaya, tekniği doğru kavradıktan sonra bu egzersizleri yaşam boyu sürdürmesi tavsiye edilir (67).

2.8.1.4. Vajinal Konlar

Vajinal konlar, kadına içeri yerleştirilen ve pelvik taban kaslarını kasarak tutmaya çalıştığı ağırlıklı cihazlardır. Amaç kasların izometrik ve refleksif aktivasyonunu arttırmak, kas tonusunu ve idrar tutma mekanizmasını güçlendirmektir. Randomize çalışmalar ve birleştirilen veriler, konların hiçbir tedaviye oranla (örneğin hiçbir işlem uygulanmayan kontrol grubu) daha iyi olduğunu; ayrıca PFMT (pelvik taban egzersizi) ve elektro-stimulasyon ile karşılaştırıldığında benzer etkinlik gösterebildiğini öne sürmektedir (68).

2.8.1.5. Biofeedback destekli pelvik taban kas eğitimi (Biofeedback + PFMT)

Biofeedback, pelvik taban kas aktivitesini (EMG veya manometrik ölçüm) görsel/işitsel olarak hastaya geri bildirim şeklinde sunar; bu sayede doğru kası tanıma, kasmayı öğrenme ve motivasyon artışı sağlanır. Sistemik incelemeler ve raddominize kontrollü çalışmaların büyük çoğunluğu, Pelvik taban kas eğitimine biofeedback eklenmesinin kas gücü, kas fonksiyon parametreleri, inkontinans şiddeti

ve yaşam kalitesi açısından çoğunlukla olumlu katkı sağladığını; özellikle başlangıç aşamasında ya da kas gücü çok düşük kadınlarda daha belirgin fayda getirebildiğini rapor etmiştir (69).

2.8.2. Farmakolojik Tedavi

2.8.2.1. Antimuskarinik ajanlar (antikolinerjikler)

Antimuskarinik ilaçlar (ör. oksibutinin, solifenasin) mesane detrusörünün M2/M3 reseptörlerine etki ederek detrusor kasının aşırı aktivitesini baskılar bunun sonucunda sıkışma hissi, sık işeme ve urge inkontinans epizodlarında azalma görülür (70).

2.8.2.2. β 3-adrenerjik agonistler (Mirabegron, Vibegron)

β 3-agonistler mesane düz kasında relaksasyon sağlayarak depolama kapasitesini artırır ve aşırı aktif mesane semptomlarını azaltır (71).

2.8.2.3. SNRI (Duloxetine)

Duloksetin, serotonin–norepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI) sınıfında yer alan bir ajandır ve santral sinir sistemi üzerinden üretral sfinkter kas aktivitesini artırarak stres tipi üriner inkontinansı olan hastalarda kaçırma epizotlarının azalmasına ve semptomlarda iyileşmeye katkı sağlayabilmektedir (72).

2.8.2.4. Desmopressin

Desmopressin (ADH analogu), gece idrar üretimini azaltarak nokturia ve buna bağlı uyku bozuklukları/inkontinans yakınmalarında fayda sağlar (73).

2.8.2.5. İntradetrusor botulinum toksin A

İntradetrusor onabotulinumtoxinA enjeksiyonları, aşırı aktif mesane ve refrakter urge inkontinanslı hastalarda etkili, kanıtlanmış bir tedavi seçeneğidir (74).

2.8.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, üriner inkontinans yönetiminde konservatif ve farmakolojik tedavilere yanıt vermeyen hastalarda gündeme gelir (75). Özellikle orta–ağır şiddette

stres tip üriner inkontinansı olan, pelvik taban egzersizleri, davranışsal tedaviler ve farmakoterapiye rağmen belirgin semptomları devam eden kadınlarda cerrahi girişimler birinci tercih haline gelebilir (61).

Cerrahi tedavinin temel amacı, üretral destek mekanizmasını güçlendirerek kontinansı yeniden sağlamak ve buna bağlı olarak semptom yükünü azaltıp hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir (76).

Doğru hasta seçimi; belirgin üretral hipermobilité, objektif olarak kanıtlanmış stres inkontinansı, konservatif tedavi başarısızlığı ve hastanın cerrahi motivasyonu gibi kriterlere dayanır (61). Aşırı aktif mesane veya sıkışma ağırlıklı inkontinans durumlarında ise cerrahi tedavi genellikle faydalı değildir; bu nedenle inkontinans tipinin doğru tanımlanması cerrahi kararının temelini oluşturur (75).

2.9. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri ve çevresel koşulları ile etkileşimi sonucunda, kendi yaşamını algılama ve değerlendirme biçimini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram yalnızca hastalık veya semptom varlığı ile sınırlı olmayıp, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme düzeyi, duygusal iyilik hali ve toplumsal katılımını da kapsamaktadır (77).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVREN

Çalışma türü kesitsel çalışma olup 15/08/2025-15/11/2025 tarihleri arasında 3 aylık süreçte Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş aralığında hastaların oluşturduğu 4500 kişilik evrende ortalama %20 prevalans %95 güven aralığı %5 hasta payı ve %10 veri kaybı ile çalışmamız için örneklem 260 olarak hesaplanmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Üriner inkontinansı olanlar
- 18-65 yaş
- Anketi uygulayacak bilişsel yeterliliğe sahip olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Üriner inkontinansı olmayan
- 18 yaş altı - 65 yaş üstü
- Ciddi psikiyatrik hastalık öyküsü olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ÖZELLİKLERİ

3.2.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Anketi

Bu ankette boy, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek ele alınmıştır.

Anket sonrası hastalara Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) uygulanmıştır.

3.2.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life Questionnaire, I-QOL), üriner inkontinansın bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, hastaya özgü bir ölçüm aracıdır. Ölçek, inkontinansın günlük yaşam, psikososyal durum ve sosyal ilişkiler üzerindeki yansımalarını bütüncül biçimde değerlendirmeyi hedeflemektedir. I-QOL, toplam 22 maddeden oluşmakta olup üç alt boyutu içermektedir: kaçınma ve sınırlamalar, psikososyal etkiler ve sosyal utanç. Maddeler beşli Likert tipi derecelendirme ile yanıtlanmakta, elde edilen puanlar 0–100 aralığına dönüştürülerek yorumlanmaktadır. Yüksek puanlar, daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçek, klinik uygulamalarda ve bilimsel çalışmalarda hem tedavi öncesi değerlendirmede hem de tedaviye yanıtın izlenmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (78).

I-QOL'un Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özerdoğan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Türk toplumunda kültürel olarak uyumlu olduğu, iç tutarlılık katsayılarının yüksek düzeyde bulunduğu ve test-tekrar test analizleriyle güvenilirliğinin doğrulandığı gösterilmiştir. Elde edilen bulgular, I-QOL'un Türkiye'de üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymuştur (79).

3.3. ETİK KURUL İZİNİ

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve 06.08.2025 tarihli 124-2025 sayılı karar numarası ile etik açıdan onay almıştır (Ek-1).

3.4. Araştırma Verisinin Toplanması

Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası üriner inkontinans hastalarının rızası alınarak anket çalışması yapılmıştır. Veriler kişisel olarak hazırladığım anketler aracılığıyla yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır.

3.5. İSTATİKSEL ANALİZ

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov - Simirnov, Shapiro-Wilk test ile ölçüldü. Dağılımı normal olmayan nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U test kullanıldı. Analizlerde SPSS 27.0 programı kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam **260 birey** dahil edilmiştir. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri Tablo 1 de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	178 (68,5)
	Erkek	82 (31,5)
Yaş Grubu	18-30	35 (13,5)
	31-45	79 (30,4)
	46-65	146 (56,2)
Medeni Durumu	Bekar	77 (29,6)
	Evli	183 (70,4)
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	20 (7,7)
	İlkokul	65 (25,0)
	Ortaokul	43 (16,5)
	Lise	55 (21,2)
	Lisans	55 (21,2)
	Yüksek lisans	22 (8,5)
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	72 (27,7)
	Gelir Gidere Eşit	131 (50,4)
	Gelir Giderden Fazla	57 (21,9)
Meslek	Çalışmıyor	85 (32,7)
	Emekli	53 (20,4)
	Esnaf	9 (3,5)
	İşçi	25 (9,6)
	Memur	40 (15,4)
	Diğer	48 (18,5)

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

	Medyan	Min-mak
Davranışları Sınırlama Puanı	75,0	25,0 - 100,0
Psikolojik Etkilenme Puanı	83,3	20,0 - 100,0
Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı	80,0	20,0 - 100,0
Toplam Puanı	80,5	24,5 - 100,0

Kadın ve erkekler arasında İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak sosyal yaşamını sınırlama puanı, erkeklerde kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p=0,006$) (Tablo 2).

Tablo 2. Cinsiyete göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Davranışları Sınırlama Puanı		Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı
	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max) p
Kadın (n:178)	77.5 (25-100)	0.318	86.7 (20-100)	0.091	84 (20-100)	0.006	83.6 (24.5-100) 0.084
Erkek (n:82)	65 (35-97.5)		71.1 (28,9-100)		64 (24-100)		68.6 (34.5-98.2)

Mann-Whitney U testi

Yaş gruplarına göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama puanları incelendiğinde, 18–30 yaş ve 31–45 yaş gruplarının medyan değerlerinin, 46–65 yaş grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). 18–30 yaş ile 31–45 yaş grupları arasında ise davranışları sınırlama puanlarının medyan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Yaş gruplarına göre psikolojik etkilenme puanları değerlendirildiğinde, 18–30 yaş ve 31–45 yaş gruplarının medyan psikolojik etkilenme puanlarının, 46–65 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). 18–30 yaş ile 31–45 yaş grupları arasında psikolojik etkilenme puanlarının medyan değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Sosyal yaşamını sınırlama puanları açısından yapılan karşılaştırmada, 18–30 yaş ve 31–45 yaş gruplarının medyan sosyal yaşamını sınırlama puanlarının, 46–65 yaş grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Buna karşın, 18–30 yaş ile 31–45 yaş grupları arasında sosyal yaşamını sınırlama puanlarının medyan değerleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı değerlendirildiğinde, 18–30 yaş ve 31–45 yaş gruplarının medyan toplam puanlarının,

46–65 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). 18–30 yaş ile 31–45 yaş grupları arasında toplam puanın medyan değerleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Yaş gruplarına göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Davranışları Sınırlama Puanı		Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı
	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max) p
¹ Yaş 18-30 (n:35)	77.5 (40-100)		93.3 (37.8-100)		88.0 (20-100)		84.5 (34.5-100)
² Yaş 31-45 (n:79)	85 (27.5-100)	<0.001	93.3 (20-100)	0.001	92.0 (24-100)	0.005	91.8 (25.5-100) <0.001
³ Yaş 46-65 (n:146)	70 (25-97.5)		78.9 (24.4-100)		76.0 (20-100)		72.7 (24.5-99.1)

Kruskal-Wallis Testi

Medeni duruma göre yapılan karşılaştırmada, bekâr ve evli bireyler arasında İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamını sınırlama ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Medeni duruma göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Davranışları Sınırlama Puanı		Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı
	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max)	p	Medyan (Min-max) p
Evli (n:183)	72.5 (27.5-100)	0.255	80 (20-100)	0.226	76 (20-100)	0.294	75.5 (25.5-100) 0.247
Bekar (n:77)	82.5 (25-100)		91.1 (24.4-100)		84 (20-100)		86.4 (24.5-100)

Mann-Whitney U testi

Eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylerin İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamını sınırlama ve toplam puanlarının, lise altı eğitim düzeyine sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Eğitim durumuna göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Davranışları Sınırlama Puanı		Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı
	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)
Eğitim Durumu <Lise (n:128)	70 (25-97.5)	<0.001	77.8 (20-100)	<0.001	76 (20-100)	0.021	72.7 (27.5-99.1)
Eğitim Durumu ≥Lise (n:132)	78.8 (32.5-100)		91.1 (28.9-100)		84 (20-100)		84.1 (31.8-100)

Mann-Whitney U testi

Gelir düzeyine göre yapılan analizde; geliri gidere eşit ve geliri giderden fazla olan bireylerin İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyut ve toplam puanlarının, geliri giderden az olan gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Geliri gidere eşit olan grup ile geliri giderden fazla olan grup arasında ise ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Gelir düzeyine göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanı

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Davranışları Sınırlama Puanı		Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı
	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)	P	Medyan (Min-max)
¹ Gelir Giderden Az (n:72)	55 (25-97.5)	<0.001	58.9 (20-100)	<0.001	54 (20-100)	<0.001	52.7 (24.5-99.1)
² Gelir Gidere Eşit (n:131)	77.5 (30-100)		88.9 (33.3-100)		84 (20-100)		86.4 (29.1-100)
³ Gelir Giderden Fazla (n:57)	82.5 (40-100)		93.3 (28.9-100)		92 (28-100)		86.4 (34.5-100)

Kruskal-Wallis Testi

Çalışma durumuna göre yapılan değerlendirmede, çalışan ve çalışmayan bireyler arasında İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme, sosyal yaşamını sınırlama ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışma durumuna göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği										
Davranışları Sınırlama Puanı			Psikolojik Etkilenme Puanı		Sosyal Yaşamını Sınırlama Puanı		Toplam Puanı			
Medyan (Min-max)			P	Medyan (Min-max)		P	Medyan (Min-max)		P	
Çalışıyor (n:175)	75 (30-100)	0.560		80 (28.9-100)	0.092		76 (20-100)	0.446	78.2 (29.1-100)	0.913
Çalışmıyor (n:85)	77.5 (25-97.5)			86.7 (20-100)			84 (20-100)		87.3 (24.5-99.1)	

Kruskal-Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada üriner inkontinansı olan bireylerin yaşam kalitesi İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak 260 hasta değerlendirilmiş ve yaşam kalitesinin çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Üriner inkontinans, yalnızca idrar kaçırma sorunu olarak değerlendirilmemesi gereken; bireyin günlük yaşam aktivitelerini, psikolojik durumunu, sosyal ilişkilerini ve toplumsal katılımını etkileyen çok boyutlu bir sağlık problemidir (78,80). Literatürde inkontinansın bireylerde utanç, kaygı, özgüven kaybı ve sosyal izolasyona yol açabildiği, bu durumun yaşam kalitesini belirgin biçimde düşürdüğü bildirilmektedir (81). Bu çalışmada elde edilen bulgular, inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaştığını, bazı değişkenler açısından ise benzer düzeylerde seyrettiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde, bireylerin inkontinans nedeniyle yaşamlarının çeşitli alanlarında sınırlanmalar yaşadığı görülmektedir. Uluslararası çalışmalarda inkontinansın bireylerin günlük planlarını tuvalet erişimine göre yapmalarına neden olduğu, sosyal ortamlardan kaçınma davranışını artırdığı ve yaşam doyumunu azalttığı bildirilmektedir (78,81). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da inkontinansın sosyal yaşamı ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediği, bireylerin yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açtığı ifade edilmiştir (82). Bu bulgular, çalışmamızda yaşam kalitesinin inkontinans varlığından olumsuz etkilendiğini gösteren sonuçlarla uyumludur.

Cinsiyet değişkenine göre yapılan değerlendirmede, kadın ve erkekler arasında davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme ve toplam yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde inkontinansın kadınlarda daha sık görüldüğü yaygın olarak bildirilmesine rağmen, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin her zaman cinsiyete göre farklılaşmadığı vurgulanmaktadır (83). Irwin ve arkadaşlarının toplum temelli çalışmasında, inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin kadın ve erkeklerde benzer düzeylerde algılanabildiği belirtilmiştir (83). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da cinsiyete göre yaşam kalitesi açısından anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir (84). Bu durum, inkontinansın yaşam

kalitesi üzerindeki etkisinin biyolojik cinsiyetten ziyade bireysel algı, baş etme mekanizmaları ve sosyal çevre ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte çalışmamızda sosyal yaşamını sınırlama boyutunda erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunması dikkat çekicidir. Literatürde erkek bireylerin inkontinansı toplumsal roller, erkeklik algısı ve damgalanma korkusu nedeniyle daha gizli yaşadıkları ve bu nedenle sosyal ortamlardan daha fazla kaçınabildikleri belirtilmektedir (85). Erkeklerin inkontinans sorununu dile getirme konusunda daha çekingen davranmaları, sosyal izolasyonun artmasına yol açabilmektedir (83). Türkiye’de erkek bireylerle yapılan çalışmalarda da inkontinansın sosyal yaşamı sınırlayıcı etkisinin belirgin olduğu bildirilmiştir (85). Bu bulgu, erkeklerde inkontinansın özellikle sosyal alanlarda yaşam kalitesini daha olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede, genç ve orta yaş gruplarının yaşam kalitesinin ileri yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uluslararası literatürde yaştan inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (86) . Yaş ilerledikçe inkontinans süresinin uzaması, eşlik eden kronik hastalıkların artması, fiziksel fonksiyonlarda azalma ve bağımsızlık düzeyinin düşmesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (87). Türkiye’de yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarda da ileri yaş grubunda inkontinansın sosyal izolasyon, depresif belirtiler ve yaşam doyumunda azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (88). Bu çalışmanın bulguları, yaşlanma sürecinin inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini artırdığını desteklemektedir.

Genç ve orta yaş grupları arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmaması, bu iki grubun fiziksel ve sosyal açıdan benzer özellikler göstermesiyle açıklanabilir. Literatürde genç ve orta yaş bireylerin inkontinansla baş etme stratejilerini daha etkin kullandıkları, sosyal rollerini sürdürme konusunda daha başarılı oldukları ifade edilmektedir (83). Buna karşın ileri yaş grubunda sosyal destek ağlarının zayıflaması, fiziksel kısıtlılıkların artması ve sağlık sorunlarının birikmesi yaşam kalitesini daha fazla olumsuz etkileyebilmektedir (87,89).

Medeni duruma göre yapılan değerlendirmede, evli ve bekâr bireyler arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde medeni durumun yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda evli bireylerin eř desteği sayesinde daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilirken (90), bazı çalışmalarda medeni durumun tek başına belirleyici olmadığı vurgulanmaktadır (83). Bu çalışmada fark bulunmaması, yaşam kalitesinin medeni durumdan ziyade algılanan sosyal destek ve bireysel baş etme becerileriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyi incelendiğinde, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık okuryazarlığını artırarak inkontinans belirtilerini daha erken fark etmelerini ve uygun sağlık hizmetlerine başvurmalarını kolaylaştırmaktadır (90). Literatürde eğitim düzeyi yüksek bireylerin inkontinansla baş etme stratejilerini daha etkin kullandıkları ve tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir (90,91). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (91). Bu bulgu, eğitimin inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıcı bir faktör olduğunu desteklemektedir.

Gelir düzeyine göre yapılan değerlendirmede, geliri giderden az olan bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Uluslararası literatürde düşük sosyoekonomik düzeyin, üriner inkontinansın yönetimini zorlaştırdığı, sağlık hizmetlerine ve tedavi olanaklarına erişimi kısıtladığı ve bu durumun inkontinansla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu bildirilmektedir. Sosyoekonomik koşulların ve tedaviye erişim olanaklarının, üriner inkontinansın yönetimi ve inkontinansla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu; bu bağlamda bireylerin baş etme stratejileri ve yaşam kalitesi düzeylerinin sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olabileceği bildirilmektedir (92).

Çalışma durumuna göre yapılan değerlendirmede, Literatürde alışma durumunun tek başına yaşam kalitesini belirlemediği; bunun yerine tıbbi, psikolojik ve sosyodemografik faktörlerin birlikte yaşam kalitesini etkilediği ifade edilmektedir(93) . Bu çalışmanın bulguları literatürle uyumludur.

Davranışları sınırlama boyutunda elde edilen bulgular, inkontinansın bireylerin günlük yaşam düzenini doğrudan etkileyen bir durum olduğunu ortaya koymaktadır. Bu boyut, bireylerin dışarı çıkma sıklığını azaltması, uzun süreli yolculuklardan kaçınması ve fiziksel aktivitelerini sınırlandırması gibi davranışsal değişiklikleri kapsamaktadır. Literatürde inkontinansı olan bireylerin, özellikle sosyal ortamlarda kontrol kaybı yaşama endişesi nedeniyle davranışlarını bilinçli olarak kısıtladıkları bildirilmektedir (81). Bu durum, çalışmamızda davranışları sınırlama puanlarının yaş, eğitim ve gelir düzeyine göre anlamlı biçimde farklılaşmasıyla örtüşmektedir.

İleri yaş grubunda davranışları sınırlama puanlarının daha düşük bulunması, yaşlı bireylerde inkontinansın daha uzun süredir var olması ve günlük yaşam düzeninin zaman içerisinde bu duruma göre şekillenmiş olabileceğini düşündürmektedir. Yaşlı bireylerin sosyal ve fiziksel aktivitelerinin genel olarak daha sınırlı olması, inkontinansın günlük davranışlar üzerindeki ek etkisinin daha az fark edilmesine yol açabilmektedir(86). Buna karşın genç ve orta yaş grubunda inkontinansın daha erken dönemde ortaya çıkması, bu durumun bireyler tarafından beklenmedik bir sağlık sorunu olarak algılanmasına ve davranışların daha belirgin biçimde sınırlandırılmasına neden olabilmektedir (86).

Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça davranışları sınırlama puanlarının daha yüksek bulunması, bu bireylerin yaşamdan beklentilerinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Sosyal yaşamı aktif olan bireylerde inkontinansın günlük planlamayı bozması, davranışsal kısıtlamaların daha belirgin algılanmasına yol açmaktadır (87).

Psikolojik etkilenme boyutu, inkontinansın bireylerin benlik saygısı, beden algısı ve duygusal iyilik hali üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. Çalışmamızda özellikle genç ve orta yaş grubunda psikolojik etkilenmenin daha belirgin olduğu görülmüştür. Literatürde inkontinansın beden imajı ve benlik saygısı üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve bu durumun psikolojik stres ve kaygı düzeyini artırdığı bildirilmektedir (94).

İleri yaş grubunda psikolojik etkilenmenin daha düşük bulunması, inkontinansın yaşlanmanın doğal bir parçası olarak algılanması ve sosyal normlarla

ilişkilendirilebilir; yaşlı bireylerde inkontinansın daha kabul edilebilir görülmesinin psikolojik yükün daha az hissedilmesine yol açabileceği ifade edilmiştir. Bununla birlikte literatürde, yaşlı bireylerde üriner inkontinansın psikolojik iyi oluşu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği; bu etkinin bireylerin duygusal tepkilerini ifade etme biçimleri ve inkontinansla uzun süreli baş etme süreçleriyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (95).

Eğitim ve gelir düzeyi yüksek bireylerde psikolojik etkilenmenin daha belirgin bildirilmesi, farkındalık ve semptom algısının artmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Coyne ve ark., üriner inkontinansın ruhsal iyilik hali üzerindeki etkilerinin, bireylerin semptomları algılama ve değerlendirme biçimlerinden etkilendiğini; sosyodemografik özelliklerin psikolojik yükün algılanması ve yaşam kalitesi değerlendirmesinde belirleyici rol oynadığını bildirmiştir (57).

Sosyal yaşamını sınırlama boyutu, inkontinansın bireylerin toplumsal katılımını nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda erkek bireylerin sosyal yaşamını sınırlama puanlarının daha düşük olması, erkeklerin inkontinansı daha fazla gizleme eğiliminde olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Literatürde erkek bireylerin yardım arama davranışlarının sınırlı olduğu, bu durumun sosyal izolasyonu artırdığı belirtilmektedir (96).

Yaş değişkeni açısından değerlendirildiğinde, genç ve orta yaş grubunda sosyal yaşamını sınırlamanın daha belirgin olması, bu bireylerin aktif sosyal rollere sahip olmalarıyla açıklanabilir. Genç bireylerde inkontinans, sosyal kimliği tehdit eden bir durum olarak algılanmakta ve sosyal ortamlardan kaçınmaya yol açmaktadır. İleri yaş grubunda ise sosyal etkileşimlerin zaten sınırlı olması, inkontinansın sosyal yaşam üzerindeki etkisini görece azaltmaktadır (97).

Eğitim ve gelir düzeyi yüksek bireylerde sosyal yaşamı sınırlama puanlarının daha yüksek bildirilmesi, bu bireylerin sosyal rollerine ve günlük aktivitelere verdikleri önemin artmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Coyne ve ark., üriner inkontinansın sosyal aktiviteler ve günlük yaşam katılımı üzerinde belirgin kısıtlayıcı etkilere yol açtığını ve bu etkilerin bireylerin yaşam tarzı ve sosyal işlevsellik düzeyine göre farklı algılanabildiğini bildirmiştir (57).

Davranışları sınırlama, psikolojik etkilenme ve sosyal yaşamı sınırlama alt boyutlarının birlikte değerlendirilmesi, inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin birbirini tetikleyen ve sürdüren bir süreç olduğunu düşündürmektedir. İnkontinansa bağlı kaçınma davranışlarının, utanç ve anksiyete gibi psikolojik etkilenmeyi artırdığı; artan psikolojik yükün ise sosyal geri çekilme ve izolasyonu derinleştirebildiği bildirilmektedir. Bu durum, inkontinansın yalnızca fizyolojik bir sorun olarak değil, biyopsikososyal bir durum olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın bulguları, inkontinans yönetiminde yalnızca semptomlara yönelik yaklaşımların yeterli olmadığını göstermektedir. Özellikle aktif sosyal rollere sahip bireylerde, psikolojik ve sosyal boyutlara yönelik davranışsal ve danışmanlık temelli girişimlerin tedavi sürecine entegre edilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca ileri yaş grubunda inkontinansın yaşlanmanın doğal bir parçası olarak algılanmasının, yardım arama davranışlarını azaltabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (98).

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIĞI

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Kesitsel tasarım nedeniyle nedensel ilişkiler kurulamaz. Ayrıca inkontinansın tipi ve süresinin değerlendirilmemiş olması, sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bununla birlikte çalışmanın güçlü yönleri arasında yeterli örneklem büyüklüğü, yaşam kalitesinin çok boyutlu değerlendirilmesi ve hem yerli hem de uluslararası literatürle sistematik biçimde karşılaştırılması yer almaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, üriner inkontinansın bireylerin yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hali üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular, üriner inkontinansın yalnızca fiziksel bir sağlık sorunu olmadığını; aynı zamanda bireylerin sosyal yaşamını, duygusal durumunu ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen çok boyutlu bir problem olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, üriner inkontinans yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde etkilendiği; özellikle fiziksel kısıtlılık, sosyal izolasyon ve duygusal stres alanlarında belirgin sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Psikolojik iyilik hali ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanması, inkontinansın ruhsal boyutunun göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmada kullanılan Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (IQO-L), inkontinansın birey üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmede etkili bir araç olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgular, literatürde yer alan benzer çalışmalarla uyumlu olup, üriner inkontinansın bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğünü ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediğini desteklemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve yönetiminde yalnızca semptomların değil, bireyin psikososyal durumunun da ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Sağlık kuruluşlarında yürütülen bakım ve danışmanlık hizmetlerinin, üriner inkontinansı olan bireylerin hastalıkla baş etme becerilerini destekleyecek ve yaşam kalitelerini artıracak şekilde yapılandırılması önerilmektedir. Klinik uygulamalarda bireylerin bu durumu ifade etmede yaşayabilecekleri çekingenlik ve damgalanma algısının azaltılmasına yönelik bilgilendirme ve farkındalık yaklaşımlarının benimsenmesi, tanı ve tedavi süreçlerine uyumu artırabilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin üriner inkontinansın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarına ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması, bütüncül klinik yaklaşımın geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, vd. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-Committee of International Continence Society. İçinde: Textbook of Female Urology and Urogynecology. 3. bs CRC Press; 2010.
2. Leanza V, Passanisi A, Leanza G. Urinary incontinence: quality of life and psychological aspects. *Urogynaecologia*. 28 Ekim 2013;27(1):3.
3. Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Urinary incontinence among the elderly people of Turkey: Prevalance, clinical types and health-care seeking. *Turk J Geriatr*. 2000;3(2):45-50.
4. Faltin DL. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 01 Aralık 2009;38(8, Supplement 1):S146-52.
5. Basak T, Uzun S, Arslan F. Incontinence Features, Risk Factors, and Quality of Life in Turkish Women Presenting at the Hospital for Urinary Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Şubat 2012;39(1):84.
6. Lamerton TJ, Torquati L, Brown WJ. Overweight and obesity as major, modifiable risk factors for urinary incontinence in young to mid-aged women: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2018;19(12):1735-45.
7. Yaz MP, Kurt S, Demirtaş Ö, Taşyurt A. Urinary incontinence and risk factors. *Cumhur Med J*. 16 Mart 2015;37(1):30.
8. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol*. 01 Ocak 2012;61(1):88-95.
9. Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of Urinary Incontinence and Effect on Quality of Life in Women by Incontinence Type. *Obstet Gynecol*. Mayıs 2013;121(5):1083.
10. Kazankaya F, Er Güneri S. Effect of symptom severity on the quality of life in women with urinary incontinence: a comparative study. *Anatol J Gen Med Res*. 2024;34(1):40-49.

11. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, vd. The “Costs” of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol.* Nisan 2006;107(4):908.
12. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011;108(7):1132-8.
13. Rashidi Fakari F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Predictors of help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: Based on Iranian women’s lens. *PloS One.* 2023;18(8):e0289785.
14. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA.* 24 Ekim 2017;318(16):1592-604.
15. Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, vd. The Impact of Urinary Urgency and Frequency on Health-Related Quality of Life in Overactive Bladder: Results from a National Community Survey. *Value Health.* 2004;7(4):455-63.
16. Morais ARM, Favorito LA, Sampaio FJB. Kidney collecting system anatomy applied to endourology - a narrative review. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol.* 2024;50(2):164-77.
17. Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented Anatomy. Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018. 1470 s.
18. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray’s Anatomy for Students Flash Cards E-Book: Gray’s Anatomy for Students Flash Cards E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019. 821 s.
19. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural Control of the Lower Urinary Tract. *Compr Physiol.* 2015;5(1):327-96.
20. Valiquette L. Urinary tract infections in women. *Can J Urol.* Haziran 2001;8 Suppl 1:6-12.
21. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, vd. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 01 Şubat 2017;28(2):191-213.

22. Suriyut J, Muro S, Baramée P, Harada M, Akita K. Various significant connections of the male pelvic floor muscles with special reference to the anal and urethral sphincter muscles. *Anat Sci Int.* 01 Haziran 2020;95(3):305-12.
23. Andersson KE, Arner A. Urinary Bladder Contraction and Relaxation: Physiology and Pathophysiology. *Physiol Rev.* Temmuz 2004;84(3):935-86.
24. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci.* Haziran 2008;9(6):453-66.
25. Partin AW, Kavoussi LR, Peters CA, Dmochowski RR. Campbell Walsh Wein Handbook of Urology - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2021. 898 s.
26. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural Control of the Lower Urinary Tract. *Compr Physiol.* 2015;5(1):327-96.
27. O'Connor E, Nic an Riogh A, Karavitakis M, Monagas S, Nambiar A. Diagnosis and Non-Surgical Management of Urinary Incontinence – A Literature Review with Recommendations for Practice. *Int J Gen Med.* 16 Ağustos 2021;14:4555-65.
28. Andersson KE, Arner A. Urinary Bladder Contraction and Relaxation: Physiology and Pathophysiology. *Physiol Rev.* Temmuz 2004;84(3):935-86.
29. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-178
30. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, vd. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.
31. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology E-Book: 4-Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2015. 5294 s.
32. Merel SE. Geriatric Medicine, An Issue of Medical Clinics of North America. Elsevier Health Sciences; 2015. 225 s.
33. Panicker JN, Fowler CJ, Kessler TM. Neurogenic lower urinary tract dysfunction. In: Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF, editors. *Handbook of Clinical Neurology.* Vol 110. Amsterdam: Elsevier; 2013. p. 209-220

34. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *The Lancet*. 30 Eylül 2006;368(9542):1201-9.
35. Yeung C k., Sihoe J d. y., Sit F k. y., Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. *BJU Int*. 2004;93(3):341-5.
36. Buckley BS, Lapitan MCM, Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children--current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology*. Ağustos 2010;76(2):265-70.
37. Yavuz M, Etiler N. Addressing urinary incontinence by gender: a nationwide population-based study in Türkiye. *BMC Urol*. 09 Aralık 2023;23(1):205.
38. Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. The incidence of urinary incontinence across Asian, black, and white women in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Nisan 2010;202(4):378.e1-378.e7.
39. Basak T, Uzun S, Arslan F. Incontinence Features, Risk Factors, and Quality of Life in Turkish Women Presenting at the Hospital for Urinary Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Şubat 2012;39(1):84.
40. Carlile A, Davies I, Rigby A, Brocklehurst JC. Age Changes in the Human Female Urethra: A Morphometric Study. *J Urol*. 01 Mart 1988;139(3):532-5.
41. Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(12):1056-1063
42. Graham CA, Mallett VT. Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 01 Temmuz 2001;185(1):116-20.
43. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 01 Aralık 2010;89(12):1511-22.
44. Deindl FM, Vodusek DB, Hesse U, Schüssler B. Pelvic floor activity patterns: comparison of nulliparous continent and parous urinary stress incontinent women. A kinesiological EMG study. *Br J Urol*. 1994;73(4):413-7.

45. Shang X, Fu Y, Jin X, Wang C, Wang P, Guo P, et al. Association of overweight, obesity and risk of urinary incontinence in middle-aged and older women: a meta-epidemiology study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1220551.
46. Capodaglio P, Lippi L, Folli A, Trotti G, Aspesi V, Turco A, vd. Rehabilitation combined with dietary intervention improve urinary incontinence in women with obesity: A proof-of-principle study. *Turk J Phys Med Rehabil*. 14 Aralık 2023;70(1):39-46.
47. Maeda T, Tomita M, Nakazawa A, Sakai G, Funakoshi S, Komatsuda A, vd. Female Functional Constipation Is Associated with Overactive Bladder Symptoms and Urinary Incontinence. *BioMed Res Int*. 2017;2017(1):2138073.
48. Allafi AH, Aljohani AS, Babukur RM, Fikri J, Alanazi RR, Ali SDMH, et al. The link between menopause and urinary incontinence: a systematic review. *Cureus*. 2024;16(10):e303319.
49. Șerbănescu L, Mirea S, Ionescu P, Petrica LA, Iorga IC, Surdu M, vd. Involuntary Urine Loss in Menopause—A Narrative Review. *J Clin Med*. Ocak 2025;14(21):7664.
50. Kawahara T, Ito H, Uemura H. The impact of smoking on male lower urinary tract symptoms (LUTS). *Sci Rep*. 19 Kasım 2020;10(1):20212.
51. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol*. 2015;193(5):1545-1553.
52. Breinbjerg A, Jørgensen CS, Walters GB, Grove J, Als TD, Kamperis K, et al. Exploring the genetic risk of childhood daytime urinary incontinence: a genome-wide association study. *J Urol*. 2024;212(6):1200-1208.
53. Minassian VA, Ghandour R, Hao L, Gabriel I. Genome-wide associations with urinary incontinence in women: case–control study. *Int Urogynecol J*. 2025
54. Tunn R, Baessler K, Knüpfer S, Hampel C. Continuing Medical Education. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women. *Dtsch Arztebl Int*. 03 Şubat 2023;120(5):71.

55. Doumouchtsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, vd. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *Int Urogynecology J*. 01 Ocak 2023;34(1):1-42.
56. Bt H. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:4-20.
57. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU Int*. 2011;108(9):1459-71.
58. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, de Heide M, vd. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 01 Temmuz 2022;82(1):49-59.
59. 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. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(4):322-30.
60. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, vd. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecology J*. 01 Şubat 2016;27(2):165-94.
61. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, de Heide M, vd. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms. Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. *Eur Urol*. 01 Temmuz 2022;82(1):49-59.
62. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, vd. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *N Engl J Med*. 29 Ocak 2009;360(5):481-90.

63. Park J, Lee H, Kim Y, Norton C, Woodward S, Lee S. Effectiveness of Fluid and Caffeine Modifications on Symptoms in Adults With Overactive Bladder: A Systematic Review. *Int Neurourol J.* Mart 2023;27(1):23-35.
64. Bradley CS, Erickson BA, Messersmith EE, Pelletier-Cameron A, Lai HH, Kreder KJ, vd. Evidence of the Impact of Diet, Fluid Intake, Caffeine, Alcohol and Tobacco on Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review. *J Urol.* 01 Kasım 2017;198(5):1010-20.
65. Lucas MG, Bosch RJJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, vd. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 01 Aralık 2012;62(6):1130-42.
66. Roe B, Ostaszkievicz J, Milne J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *J Adv Nurs.* 2007;57(1):15-31.
67. Castro RA, Arruda RM, Zanetti MRD, Santos PD, Sartori MGF, Girão MJBC. Single-Blind, Randomized, Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training, Electrical Stimulation, Vaginal Cones, and No Active Treatment in the Management of Stress Urinary Incontinence. *Clinics.* 01 Ağustos 2008;63(4):465-72.
68. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7):CD002114. doi:10.1002/14651858.CD002114.pub2.
69. Matsi AE, Billis E, Lampropoulou S, Xergia SA, Tsekoura M, Fousekis K. The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Exercise with Biofeedback in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Appl Sci.* Ocak 2023;13(23):12743.
70. Andersson KE. Antimuscarinics for treatment of overactive bladder. *Lancet Neurol.* 01 Ocak 2004;3(1):46-53.
71. Thiagamoorthy G, Kotes S, Zacchè M, Cardozo L. The efficacy and tolerability of mirabegron, a β_3 adrenoceptor agonist, in patients with symptoms of overactive bladder. *Ther Adv Urol.* 01 Şubat 2016;8(1):38-46.

72. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic Review: Randomized, Controlled Trials of Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Women. *Ann Intern Med.* 18 Mart 2008;148(6):459-73.
73. Yamaguchi O, Juul KV, Falahati A, Yoshimura T, Imura F, Kitamura M. Efficacy and safety of 25 and 50 µg desmopressin orally disintegrating tablets in Japanese patients with nocturia due to nocturnal polyuria: Results from two phase 3 studies of a multicenter randomized double-blind placebo-controlled parallel-group development program. *LUTS Low Urin Tract Symptoms.* 2020;12(1):8-19.
74. Chapple C, Sievert KD, MacDiarmid S, Khullar V, Radziszewski P, Nardo C, vd. OnabotulinumtoxinA 100 U Significantly Improves All Idiopathic Overactive Bladder Symptoms and Quality of Life in Patients with Overactive Bladder and Urinary Incontinence: A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Eur Urol.* 01 Ağustos 2013;64(2):249-56.
75. 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. *J Urol.* 2012 Dec;188(6 Suppl):2455-63.
76. Oliveira LM de, Dias MM, Martins SB, Haddad JM, Girão MJBC, Castro R de A. Surgical Treatment for Stress Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia.* 2018;40:477-90.
77. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 01 Kasım 1995;41(10):1403-9.
78. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DE. Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology.* 01 Ocak 1996;47(1):67-71.
79. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın Ö. Urinary Incontinence: Its Prevalence, Risk Factors and Effects on the Quality of Life of Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 07 Ekim 2004;58(3):145-50.
80. Ozerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;58(3):145-50.

81. 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 Int.* 2008;101(11):1388-95.
82. Al-Deges W. Pelvik taban sağılığı bilgi testi geliştirme, geçerlik ve güvenilirliği [yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
83. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, vd. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol.* 01 Aralık 2006;50(6):1306-15.
84. Başar F. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klin Doğum-Kadın Sağılığı Ve Hastalık Hemşireliği - Özel Konular.* 2021;7(4):15-21.
85. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology.* Mayıs 2016;91:83-9.
86. Tozun M, Ayrañci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67(4):241-9.
87. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US Women: A Population-Based Study. *Arch Intern Med.* 14 Mart 2005;165(5):537-42.
88. Şahin Onat S, Güzel Ö, Ünsal Delialioğlu S. Yaşlı hastalarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve depresyon ile ilişkisi. *Türk J Geriatr.* 2012;15(Suppl):59.
89. Yıldırım ÖÖ, Avcı İA. Factors Related to Quality of Life in the Older Adults: Urinary Incontinence, Comorbidity and Polypharmacy. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağılık Bilim Derg.* 31 Ağustos 2025;(26):489-99.
90. Berkman ND, Sheridan L, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med.* 19 Temmuz 2011;155(2):97-107.

91. Gül E. Yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığının yeme davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisinin incelenmesi [doktora tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2018.
92. 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 Int.* 2008;101(11):1388-95.
93. Pilarska B, Strojek K, Radzimińska A, Weber-Rajek M, Jarzowski P. Assessing Quality of Life Among Women with Urinary Incontinence—Medical, Psychological, and Sociodemographic Determinants. *J Clin Med.* Ocak 2025;14(14):4839.
94. Gümüşsoy S, Kavlak O, Dönmez S. Investigation of body image, self-esteem, and quality of life in women with urinary incontinence. *Int J Nurs Pract.* 2019;25(5):e12762.
95. Elsayed Mohammed R, Mahmoud Zaki M, Ahmed Mostafa H. Impact of Urinary Incontinence on Psychological Well-being and Quality Of Life among Elderly People. *Egypt J Health Care.* 01 Mart 2021;12(1):1046-62.
96. Berkman ND, Sheridan L, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med.* 19 Temmuz 2011;155(2):97-107.
97. Fultz NH, Herzog AR. Self-Reported Social and Emotional Impact of Urinary Incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49(7):892-9.
98. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *The Lancet.* 07 Ocak 2006;367(9504):57-67.