

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS VE BU
DURUMUN GENEL SAĞLIK, PSİKOSOSYAL VE
SEKSÜEL YAŞAM ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ**

DR.KÜBRA CAN
UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2016

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS VE BU
DURUMUN GENEL SAĞLIK, PSİKOSOSYAL VE
SEKSÜEL YAŞAM ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ**

DR.KÜBRA CAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

ÖNSÖZ

Tez çalışmam ve asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleğime duyduğum saygının en büyük nedenlerinden, çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a;

Uzmanlık eğitimim süresince bilimsel birikimlerini ve manevi desteklerini esirgemeyen, uzmanlık eğitimimde emeği geçen başta Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Dilek Güldal olmak üzere, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Mehtap Kartal, Doç. Dr. Tolga Günvar, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve Öğr. Gör. Uzm. Dr. Neslişah Gafuroğlu Tan'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca arkadaşlık ve dostluklarını esirgemeyen tüm DEÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemde çok büyük emek ve fedakarlıkları olan, varlıklarıyla ve sevgileriyle her zaman yanımda olup güven veren, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, kızları olmaktan gurur duyduğum, canım babam Sabahattin Güler, canım annem Aysel Güler; sevgi ve desteklerini esirgemeyen biricik ablam Ferda Taşova, eşi Ali Osman Taşova ve canım kardeşim Arif Güler'e; varlığıyla neşe ve mutluluk veren yeğenim Ali Mert Taşova'ya,

Her durumda yanımda olduğunu hissettiren, hayattaki en büyük desteğim, bana ve hayatıma anlam katan, dostum, sırdaşım, hayat arkadaşım, sevgili eşim Gökhan Can'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kübra CAN

İÇİNDEKİLER

TABLolar	III
ŞEKİLLER	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.ÜRİNER İNKONTİNANS	3
2.1.1.Üriner İnkontinansın Tanımı	3
2.1.2.Üriner inkontinans mekanizması.....	3
2.1.3.Üriner İnkontinans Prevelansı	4
2.1.4.Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.1.4.1.Genetik Faktörler.....	5
2.1.4.2.Yaş.....	5
2.1.4.3.Cinsiyet.....	6
2.1.4.4.Multiparite	6
2.1.4.5.Menopoz.....	6
2.1.4.6.Sigara.....	7
2.1.4.7.Obezite ve Kronik Konstipasyon	7
2.1.4.8.Kullanılan İlaçlar.....	7
2.1.4.9.İdrar Yolu Enfeksiyonları.....	7
2.1.4.10.Kronik Hastalıklar	8
2.1.4.11.Geçirilmiş Pelvik Cerrahi Operasyonlar	8
2.1.5.Üriner İnkontinans Tipleri.....	8
2.2.ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	9
2.2.1.Üriner İnkontinans Tanısı.....	9
2.2.1.1.Öykü Alma	10
2.2.1.2.Fizik Muayene.....	12
2.2.1.3. Tanıya yardımcı özel ürojinekolojik testler.....	13
2.2.1.4.Ürodinamik Testler	14

2.2.1.5.Alt Üriner Sistem Görüntüleme Yöntemleri	15
2.2.2.Üriner İnkontinans Tedavisi	16
2.2.2.1.Konservatif Tedavi	17
2.2.2.2.Medikal Tedavi	19
2.2.2.3.Cerrahi Tedavi	20
2.3.ÜRİNER İNKONTİNANSIN GENEL SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİ	
 ÜZERİNE ETKİSİ	20
2.4.ÜRİNER İNKONTİNANSIN CİNSEL YAŞAMA ETKİSİ	21
2.5.ÜRİNER İNKONTİNANS İÇİN TIBBİ YARDIM ARAYIŞI	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
4.BULGULAR	26
5.TARTIŞMA	50
6.SONUÇLAR	61
8.KAYNAKLAR	62
9. EKLER	72

TABLÖLAR

Tablo 1.Beden ölçüleri değerlendirmesi.

Tablo 2.Sosyodemografik Özellikler 1

Tablo 3.Sosyodemografik Özellikler 2

Tablo 4. Operasyon Öyküsü Değerlendirmesi

Tablo 5. Entorolojik Öykü Değerlendirmesi

Tablo 6. Enfeksiyon Öyküsü Değerlendirmesi

Tablo 7. Kronik Hastalık Öyküsü Değerlendirmesi

Tablo 8. Menapoz Değerlendirmesi

Tablo 9. İlaç Kullanma Durumu Değerlendirmesi

Tablo 10. Üriner İnkontinans Durumu Değerlendirmesi

Tablo 11. Üriner İnkontinansın Yaş ve VKİ ile arasındaki ilişki

Tablo 12. Üriner İnkontinansın Sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişki

Tablo 13. Üriner İnkontinansın Obstetrik Öykü ile arasındaki ilişki 1

Tablo 14. Üriner İnkontinansın Obstetrik Öykü ile arasındaki ilişki 2

Tablo 15. Üriner İnkontinansın Cerrahi Öykü ile arasındaki ilişki

Tablo 16. Üriner İnkontinansın Enterolojik Öykü ile arasındaki ilişki

Tablo 17. Üriner İnkontinansın Enfeksiyon Durumu ile arasındaki ilişki

Tablo 18. Üriner İnkontinansın Alışkanlıklarla arasındaki ilişki

Tablo 19. Üriner İnkontinansın Kronik Hastalık Öyküsü ile arasındaki ilişki

Tablo 20. Üriner İnkontinansın İlaç kullanımı ile arasındaki ilişki

Tablo 21. Üriner İnkontinansın Menapoz ile arasındaki ilişki

Tablo 22. İnkontinans Öz ve Soygeçmişine göre Grupların karşılaştırılması

Tablo 23. ICIQ-SF İdrar kaçırma ölçeği dağılımı

Tablo 24. FSFI Cinsel Fonksiyon Değerlendirme ölçeği dağılımı

Tablo 25. FSFI Alt ölçek ortalama puanları dağılımı

Tablo 26. EORTC-QLQ C30 Version 3.0 Skorları dağılımı

ŞEKİLLER

Şekil 1. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma sıklığı

Şekil 2. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma miktarı

Şekil 3. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma durumları



KISALTMALAR

ICIQ-SF: International Conculatation on Incontinence Questionnaire-Short Form

FSFI: Female Sexual Function Index

EORTC QLQ-C30: The European Organization for Research and Treatment of Cancer
Quality of Life Questionnaire

UI: Urinary Inkontinence

ICS: International Continence Society

SÜİ: Stres Üriner İnkontinans

UÜİ: Urge Üriner İnkontinans

MÜİ: Mikst tip Üriner İnkontinans

DM: Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

SAGEM: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

VLPP: Valsalva Leak Point Pressure

EMG: Elektromiyografi

IVP: İntravenöz Piyelografi

USG: Ultrasonografi

MRG: Magnetik Rezonans Görüntüleme

PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ASM: Aile Sağlığı Merkezleri

C/S: Sezaryen

GSS: Genel Sağlık Durumu Ölçeği

FS: Fonksiyonel Ölçek

SS: Semptom Ölçeği

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatiksel Paket

ÖZET

Giriş: Üriner inkontinans sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda sık görülen üriner inkontinans, yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmanın yanında cinsel ve sosyal olumsuzluklara da yol açar. Bu çalışmanın amacı birinci basamağa herhangi bir sebeple başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığını belirlemek, bu durumun genel sağlık, psikososyal ve cinsel yaşam üzerine olan etkilerini araştırmak ve hastaların doktora başvurmama sebeplerine dikkat çekmektir.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı çalışmamızda sosyodemografik özellikler ve ayrıntılı öykünün alındığı anketle birlikte idrar kaçırma şiddeti ve sıklığını saptamaya yönelik ICIQ-SF, cinsel fonksiyon bozukluklarını belirlemek amacıyla FSFI ve yaşam kalitesini belirlemek için EORTC QLQ-C30 anket formu kullanıldı. SPSS 15.00 kullanılarak tanımlayıcı istatistik analizler ki-kare, t testi ve ANOVA yapıldı.

Bulgular: Katılımcıların (N:422) yaş ortalaması $49,42 \pm 15,64$ tür. Olguların % 36'sının idrar kaçırma şikayeti vardır ve olguların % 50,5'i doktora başvurmuştur. ICIQ-SF ölçeği toplam puan ortalaması $12,20 \pm 4,71$; hastaların % 31,8' i "öksürürken/hapşırırken" idrar kaçırdığını bildirmiştir. İdrar kaçıranların yaş ortalaması $60,85 \pm 11,42$ iken idrar kaçırmayanların $42,99 \pm 13,93$ 'tür. Yaş arttıkça idrar kaçırma şikayeti oranı anlamlı düzeyde artmaktadır($p = 0,000$). Olguların normal doğum sayısı ile üriner inkontinans durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Karın içi basıncı artıran durumlardan öksürük şikayeti ve kabızlık ile idrar kaçırma şikayeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p = 0,000$, $p = 0,000$). İdrar kaçıran olguların genel sağlık skorları idrar kaçırmayanlardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur($p = 0,000$).

Sonuç: Birinci basamakta özellikle kadın hastaları değerlendirirken aile hekimlerinin bu konuya özen göstermeleri bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, kadın, sıklık

SUMMARY

Introduction: Urinary incontinence that leads to social and hygienic problem is defined as involuntary leakage of urine. The aim of this study was to determine the frequency of urinary incontinence in women applying to primary care for any reason, to investigate the effects on overall health, psychosocial and sexual life and to draw attention to the reasons for not seeking medical patients.

Methods: In this descriptive cross-sectional study general poll form, ICIQ-SF, FSFI and EORTC QLQ-C30 poll form were interrogated. In general poll form; detailed medical story was interrogated. Descriptive statistics was used to analyze the data. Afterwards, independent sample t-test, ANOVA and ki-square test were used to determine differences between two group means.

Results: Average age of participants (N:422) was $49,42 \pm 15,64$. Frequency of urinary incontinence was found 36.0 % and only 50.5% of UI subjects seek medical help. The mean points of ICIQ-SF was $12,20 \pm 4,71$; 31,8% of subjects reported that they had UI when they were coughing or sneezing. Average age of incontinent and continent subjects were $60,85 \pm 11,42$ and $42,99 \pm 13,93$, respectively. It was found out that frequency of UI increased by age($p=0,000$). A statistically significant relationship was found between the number of vaginal delivery with UI rate($p=0,000$). Also a statistically significant relationship was found between coughing and constipation with UI(respectively, $p=0,000$, $p=0,000$). EORTC QLQ-C30 general health scores were significantly lower for incontinent compared to continent ($p<0.000$).

Conclusion: Physicians should care incontinent women more in primary care to increase health quality.

Key Words: Urinary incontinence, female, frequency

1. GİRİŞ

Üriner inkontinans(Üİ), Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır(1-3). Yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olan tıbbi bir sorun olan üriner inkontinans, kadınlar arasında yaygın olarak görülmekte ayrıca sosyal olumsuzluklara da yol açmaktadır. Bu nedenlerle sosyal ilişkilerin bölünmesine, utanma ve hayal kırıklığına bağlı psikolojik sıkıntılara, cilt bütünlüğünün bozulmasına ve üriner enfeksiyonlara bağlı hastanede yatışlara sebep olabilir(4).

Üriner inkontinans kadınlarda doğrudan yaşamı tehdit etmemesine karşın, aile içi ve sosyal yaşantıda gerek fiziksel gerekse psikolojik açıdan önemli ölçüde etkileri olabilen multidisipliner yaklaşım gerektiren bir durumdur. Yaşanan rahatsızlığa bağlı olarak kadınlar çeşitli sorunlar yaşayabilmekte; kendine olan güvenleri azalmakta, kendilerini bir başkasına bağımlı olarak görmekte, günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkileri bozulabilmektedir(5).

Toplumda Üriner İnkontinansın gerçek sıklığını belirlemek pek kolay değildir. Çünkü birçok kadın yaşadığı bu sorunu doğumun ya da ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görüp tedavi için doktora başvurmamaktadır veya söylemeye utanmaktadır. Üriner İnkontinans yaşayan kadınların bu nedenle doktora başvurana kadar ortalama 9 yıl geçirdikleri belirlenmiştir(6). Çeşitli araştırmaların sonucuna göre kadınlarda Üriner İnkontinans sıklığı geniş bir aralıkta yer almaktadır. Genel Üriner İnkontinans sıklığını % 3 dolayında birleyen araştırmalar olduğu gibi, % 55 olarak ifade eden araştırmalar da vardır. Hatta bu oran huzurevinde kalan yaşlılarda % 60-70'i bulmuştur(7-9). Bu farklılıklar toplumlar arası farklılıklara, araştırma gruplarının yaş vb. özellikler açısından farklı olmasına ya da araştırma yöntemindeki farklılıklara bağlı olabilir. Üriner İnkontinans sıklığını yüksek olarak bildiren araştırmalar genellikle ileri yaşlardaki kadınlar arasında yapılan araştırmalardır. Üriner İnkontinans sıklığının ilerleyen yaşla birlikte arttığı bilinmekte, ortalama yaşam süresindeki uzama ve yaşlı nüfusta artma ile birlikte toplumda genel üriner inkontinans sıklığının da arttığı düşünülmektedir(10-11).

Üriner İnkontinans görülme oranına bakıldığında kadınlarda erkeklere göre 3-4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinsten de yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır(12). Üriner inkontinansın nedenleri ve sıklığını artıran pek çok neden tanımlanmıştır. Bunların başında ileri yaş, menapozla düşen östrojen düzeyleri, vajinal doğum, geçirilmiş histerektomi, pelvik cerrahi, pelvik travma, pelvik prolapsus, çeşitli ilaçlar (opioidler, alfa blokerler, dekonjestanlar, kalsiyum kanal blokerleri, fenotiazin, antispazmodik, antiparkinson,

antidepresan, antihistaminik, diüretik, benzodiazepin türevi, hipnotik sedatifler gibi), sigara içimi, alkol tüketimi, obezite, kabızlık, psikolojik (depresyon gibi), endokrin (diabetes mellitus gibi), nörolojik (multipl skleroz, spinal cord yaralanması gibi) ve allerjik hastalıklar ile mesleki faktörler (ağır kaldırma gerektiren meslekler vb.) gelir(13-15).

Klinik açıdan bakıldığında ciddi bir fiziksel engel olarak görünmese de üriner inkontinansın psikolojik etkileri büyük önem taşımaktadır. Bu konudaki literatür incelendiğinde kadınlar arasında inkontinansı olanların olmayanlara göre depresyona daha yatkın oldukları, anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca inkontinansı olanların kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona daha yatkın oldukları ifade edilmektedir. Yine yapılan çalışmalarda üriner inkontinansın utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle eş ve iş ilişkilerinde ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir(16-18).

Son yıllarda erkeklerde alt üriner sistem semptomları ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki üzerinde yoğun araştırmalar yapılmış, aralarındaki patofizyolojik ilişki ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Buna karşın Üriner İnkontinansın kadın cinsel sağlığına etkisi ile ilgili fazla literatür bilgisi bulunmamaktadır(5,19-20). Yapılan az sayıda araştırmada Üİ'ı olan cinsel aktif kadınlarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %21 ile %71 arasında değişmektedir ve sıkışma inkontinansı olan kadınlarda daha sık görülmektedir(21).

İnkontinanslı kişilerin bazıları üriner inkontinansla ilgili şikayetlerini zaman zaman doğal kabul edip bu sorunlarla beraber yaşamını sürdürür, bazıları da alışkanlıklarını değiştirebilir ya da sorunlarıyla baş etmek için yaşantısında düzenlemeler yapar. Bu kişilerin çoğunluğu da bilgisizlik ve utanma nedeniyle tedavi aramamaktadır. Literatüre bakıldığında kadınların sağlık kuruluşlarına başvurmama nedenleri arasında; utanmanın yanı sıra, sorunları doğum sonu ya da ilerleyen yaşla birlikte oluşan normal bir durum olarak algılama veya görülen inkontinans bulgularını önemsememe yer almaktadır(22-23). Kadınların kendilerini sıkıntıya sokan bu durumu mahrem kabul ederek sağlık kurumuna başvurmaması, üriner inkontinansın belirlenmesine yönelik olarak uygulamaya konulacak tarama programlarının önemini daha da artırmaktadır(24-27).

Tüm bu sebeplerden dolayı kadınlarda idrar kaçırma sıklığını belirlemek, bu durumun genel sağlık, psikososyal ve cinsel yaşam üzerine olan etkilerini araştırmak ve hastaların doktora başvurmama sebeplerine dikkat çekmek, yaşam kalitesini iyileştirmek ve idrar kaçırmanın gelişmesini, ilerlemesini engellemek amacıyla önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.ÜRİNER İNKONTİNANS

2.1.1.Üriner İnkontinansın Tanımı

Kontinans; sosyal olarak uygun olacak şekilde idrarı tutabilme, istemli olarak uygun zamanda ve uygun yerde idrarı yapabilme yeteneğiyken, inkontinans ise bu yeteneğin kaybedilmesidir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) üriner inkontinansı; objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik sorun yaratan, istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlamış olup 2002 yılında yaptığı bir çalışma sonucunda; üriner inkontinans ve tiplerini semptom, bulgu ve ürodinamik sonuçlar temelinde üç farklı kategoride toparlamıştır. Semptom olarak üriner inkontinans, miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti olarak ve bir muayene bulgusu olarak ta muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı şeklinde ifade edimiştir(28-32). Bu tanıma göre üriner inkontinansın bir teşhis değil semptom ya da bulgu olduğu vurgusu yapılmıştır(33-34).

2.1.2.Üriner inkontinans mekanizması

Normal üriner kontinans mekanizması incelendiğinde, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrüör kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin birbiriyle etkileşimine bağlı oluşan kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur(31).

Miksiyon siklusu:

Dolma – Depolama

Miksiyon siklusunda fizyolojik olarak mesane dolumu sırasında idrar volumu artarken intravezikal basınç artışı minimal veya sıfırdır. Akomodasyon olarak adlandırılan bu durum, mesane duvarında bulunan düz kas dokusuyla bağ dokusunun pasif viskoelastik yapıdaki özelliklerine bağlıdır. Mesan dolumu sırasında mesane duvarında yer alan kas demetleri reorganizasyona uğrayarak kas hücrelerinin uzunlukları normalin dört katına çıkar.

İşeme-Boşaltım

İşeme, parasempatik (S2-S4), sempatik (T10-L2) ve somatik sinirlerle birlikte beyin sapı, korteks gibi üst merkezlerin koordinasyonlu çalışması ile oluşan komplike bir olaydır. Bu süreçte sakral, pudental ve somatik sinirler, pelvis taban kaslarını ve eksternal uretral sfinkteri kontrol ederek kontinansın sağlanmasında rol oynar. Mesane dolumu fazında sempatik sistem aktif durumdayken, mesane kapasitesi maksimuma ulaştığında (400-500 mL) parasempatik sistem aktif hale gelir ve mesane kontraksiyonları başlar(35).

Normal işeme fonksiyonu, üretranın refleks olarak koordinasyon içinde relaksasyonu ile birlikte mesanenin kontraksiyonuyla oluşur. İdrar boşaltımı tamamlanana kadar süren istemli bir eylemdir. Miksiyon refleksinin istemli olarak kontrolünün sağlanması, frontal serebral korteksle pons arasındaki bağlantılar ile gerçekleştirilir. Eksternal üretral sfinkterin istemli kontrolünde, frontal korteks ile spinal korddaki pudendal nukleusu birbirine bağlayan kortikospinal yollar aracılık eder(1).

İlk doluluk: Mesane kapasitesinin yaklaşık %40'ı dolu olduğu durumdur. Bu aşama kişiyi çok rahatsız etmez ve göz ardı edilebilir.

İlk miksiyon hissi: Bu his mesanenin yaklaşık %60'ı dolu olduğunda oluşur. Bu durumda uygun ortamda miksiyon yapılır ancak istenirse miksiyon ertelenebildiği bir durumdur.

Kuvvetli miksiyon hissi: Kuvvetli olan bu his mesanenin %90'dan fazlasının dolduğunu ifade eder. Bu aşamada kaçırma korkusu olmaksızın devamlı bir işeme isteği hissedilir.

Fizyolojik açıdan idrarın başarılı şekilde depolanması, öncelikle mesanenin uygunsuz olarak kasılmamasına ve yanı sıra da sfinkter mekanizmasının kompetan olmasına bağlıdır. Pelvis kasları ve fasyalar da burada söz edilen iki önemli faktöre destek olarak üriner kontinans üzerinde etkili olmaktadır. Pelvis tabanındaki destek yapılar zor doğumlar, vajinal operasyon veya travmalardan etkilenir ve bu destek görevi zayıflar. Bu nedenle alt üriner sistem organları yer değiştirirler. ve buna bağlı olarak mesane ile üretranın fonksiyon dinamiği bozulur, sonuç olarak inkontinans ortaya çıkar(36).

İdrarın depolanması ve onun dışarı verilmesini yada miksiyonun sağlanması alt üriner sistemin temel iki fonksiyonudur. Fonksiyonel olarak üriner kontinans mekanizmasında normal koşullarda santral ve periferik sinir sistemi fonksiyonu ile mesane duvarı, detrusor kası, mesane boynu, üretra ve pelvis tabanı gibi tüm komponentler sağlam olmalıdır(37). Bu işlevsel yapılardan herhangi birindeki disfonksiyon idrarın depolanması ve boşaltılması aşamalarında sorunlara dolayısıyla üriner inkontinansa neden olacaktır(38).

2.1.3.Üriner İnkontinans Prevelansı

Üriner inkontinans, sadece gelişmiş ülkelerde değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde de sık görülen önemli bir sağlık problemidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı popülasyon ile yakın gelecekte üriner inkontinans prevalansının daha da artacağı beklenmektedir. Üİ, kadınlarda 80 yaşına kadar erkeklerden 3-4 kat daha sık görülürken, 80 yaşından sonra her iki cinsiyette benzer oranlarda görülmektedir(39). Çeşitli araştırmaların sonucuna göre kadınlarda Üriner İnkontinans sıklığı geniş bir aralıkta yer almaktadır. Genel

Üriner İnkontinans sıklığının % 3 dolayında bulunduğu araştırmalar olduğu gibi, % 55 rapor eden araştırmalar da vardır. Hatta bu oran huzurevinde kalan yaşlılarda % 60-70'i bulmuştur(7-9). Bu farklılıklar toplumlar arası farklılıklara, araştırma gruplarının yaş vb özellikler açısından farklı olmasına ya da yöntem farklılıklarına bağlı olabilir. Yüksek prevelans bildiren araştırmalar genel olarak ileri yaşlardaki kadınlar üzerinde yapılan araştırmalardır. Üriner İnkontinans sıklığı yaşla birlikte arttığı için ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artmasıyla toplumda genel üriner inkontinans sıklığının da gün geçtikçe arttığı düşünülmektedir(10-11).

Ülkemizde sıklığı belirlemek üzere yapılan bir çalışmada 18 ve üzeri yaş grubu kadınlarda, genel üriner inkontinans sıklığı %23,9 bulunmuştur(10). Yine Özkan ve ark.'larının 462 reproduktif çağıdaki kadın üzerinde yaptıkları araştırmada Üİ prevelansı % 31,4 bulunmuş olup, bu kadınların % 57'sinde stres üriner inkontinans(SÜİ), % 34'ünde urge üriner inkontinans(UÜİ) ve % 9'unda mikst tip üriner inkontinans(MÜİ) tespit edilmiştir(7). Çiftçi ve ark.'larının yaptığı 260 kişinin katıldığı bir diğer araştırmada ise Üİ sıklığı % 36,6 iken bu kadınların % 33,5'inde SÜİ, %26,8'inde UÜİ ve % 23,7'sinde MÜİ vardır(3).

2.1.4.Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalar ışığında pelvik taban kas hasarı, intra abdominal basınç artışı, mesane irritasyonu ve istemsiz detrusor kontraksiyonları yapabilecek her patoloji Üİ'ye sebep olabilmektedir. Bu durumlar ayrıntılı olarak aşağıda anlatılmıştır(40).

2.1.4.1.Genetik Faktörler

İrk ile Üİ arasında bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar özellikle Çinli, Eskimolu ve Siyah ırktan olan kadınlarda Üİ prevelansını daha düşük bulmuşlardır. Özellikle Çinli kadavralar üzerinde yapılan çalışmalarda, levator ani kas demetlerinin daha kalın olduğu ve arkus tendineus üzerinde daha laterale uzandığı belirlenmiştir.

Ayrıca birçok araştırma göstermiştir ki annede, birinci ve ikinci derece akrabalarda inkontinans olması durumunda üriner inkontinans oluşma ihtimali artmaktadır. Bu durumun genetik yatkınlık olarak vajen ve perine bağ dokusu zayıflığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir(41-43).

2.1.4.2.Yaş

Yaşla birlikte mesane pozisyonunu destekleyen bağlar zayıflar ve mesane boynunun duruşunda değişiklikler oluşur, bu değişikliklerle üriner inkontinansın gelişebileceği belirtilmektedir. Çoğu çalışma yaşla birlikte Üİ sıklığının arttığını göstermektedir(42,44-45).

Altınöz'ün 407 kişi ile yaptığı bir araştırmada 18-65 yaş arası Üİ sıklığı %16,3 iken >65 yaş için Üİ sıklığı % 52,4 olarak yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada işeme sıklığı

bakılmış yaşla birlikte işeme sıklığının da arttığı gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe mesane kapasitesinde düşüş, idrar akım hızında ve idrar yapmayı erteleme yeteneğinde azalma olur. Yine DM(Diyabetes Mellitus), idrar yolu enfeksiyonları, sedanter yaşam şekli, artmış ilaç kullanımı, nörolojik ve ürolojik hastalıkların yaşla beraber sıklığının artması da buna sebep gösterilebilir(43,46-47).

2.1.4.3.Cinsiyet

Üİ sıklığının kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu durum 60 yaş altı popülasyonda daha belirgindir. Kadınlarda daha fazla görülmesi yapılan araştırmalarda kadınların doğumla normal anatomilerinin bozulması ve pelvik taban kaslarının zayıflamasına, yine sıklıkla doğumla ilişkili olarak pudendal sinirin gerilme ya da laserasyonuna bağlı olarak gelişen sinir denervasyonuna, bağlanmaktadır(42,48).

İleri yaşlarda menopozun görülmesiyle azalan östrojen seviyeleri de mesane boynunun kontrolünü sağlayan kas ve ligamentlerin atrofisine yol açarak zayıflamasını sağlamaktadır. Bu da karın içi basıncını artıran durumlarda Üİ yaşanmasına sebep olmaktadır(49).

2.1.4.4.Multiparite

Vajinal doğum pelvik fasiyal desteği doğrudan etkileyerek hasar verir; pelvik taban ve üretra kaslarının parsiyel denervasyonuna yol açar. Aynı zamanda fonksiyonel üretral uzunluğun, üretra kapanma basıncı ve maksimal üretra basıncının azalmasına yol açar. Sezeryanla doğum yapan kadınlarda benzer hasarların görülmediği ve normal doğum yapanlara göre daha güçlü pelvik taban kaslarına sahip oldukları belirtilmektedir. Bu olgularda üriner inkontinans insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sebeplerden dolayı yapılan araştırmalarda da bununla uyumlu olarak doğum sayısının artmasıyla Üİ sıklığının arttığı gösterilmiştir. Tam tersi olarak tüm yaş gruplarına bakıldığında doğurmamış kadınlarda inkontinans görülme sıklığının daha az olduğu görülmüştür(50-52).

2.1.4.5.Menopoz

Menopozla birlikte genital sistemde anatomik ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelmekte ve bunlar alt üriner sistem fonksiyonunu da etkilemektedir. Bu durum hala kesinleşmemiş olsa da ovaryan fonksiyon yetersizliği sonucu endojen östrojen üretimindeki azalmaya bağlanmaktadır. Alt üriner sistemin kas dokuları ve vasküler yapılarında östrojen reseptörleri yer alır. Endojen estrojenin azalması sonucu ürogenital florada değişme ve vaginal pH'da artma, buna bağlı dizüri, nokturi, urgensi ve inkontinans gibi üriner semptomların görülme sıklığında bir artış meydana gelir(47,53-55).

2.1.4.6.Sigara

Sigara kullananlarda östrojen seviyesi azalır ve kollajen sentezi olumsuz yönde etkilenir. Kronik öksürükle ilişkili olan sigara dolaylı olarak karın içi basıncının artmasına sebep olarak Üİ gelişimini kolaylaştırır. Sonuç olarak sigara ile idrar kaçırmanın tüm tipleri arasında bir ilişki olduğu araştırmalarla gösterilmiştir(31,48,56).

2.1.4.7.Obezite ve Kronik Konstipasyon

Karın içi basıncı artıran her durum üriner inkontinansın oluşması veya ilerlemesi için zemin hazırlamaktadır. Özellikle SÜİ ile Obezite arasında belirgin bir ilişki söz konusudur. Vücut ağırlığının artması da, kronik konstipasyon da karın içi basıncın artmasına, bu da mesane içi basıncın artmasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalar obez olan kadınlarda Üİ prevalansının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Hatta kilo verdikten sonra idrar kaçırma şikayetlerinde azalma olduğu gösterilmiştir. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü(SAGEM)'nin 2014'te yaptığı araştırmaya göre kadınların % 48,55'i fazla kilolu ve obez sınıfına girmektedir. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı Obezite ile mücadele programları geliştirse de değişen beslenme alışkanlıkları ve artan sedanter yaşam oranı sonucu bu durumun artacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte Üİ prevalansının da artacağına inanılmaktadır(57-59).

2.1.4.8.Kullanılan İlaçlar

Üretra duvarında bulunan düz kasların tonusu üretra içinde bir basınç oluşturur. Bu tonus aktivitesinde alfa adrenerjik ajanlarla artma, beta adrenerjiklerle azalma sağlanmaktadır. Alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşeten antiipertansif ilaçlar üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine sebep olmaktadır. (33).

2.1.4.9.İdrar Yolu Enfeksiyonları

İdrar yolu enfeksiyonları kadınlarda sık görülen problemlerden biridir. Buna sebebiyet veren durumlar arasında menopoz, az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı diyafram kullanımı, üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar ve uzun süreli veya geçici kateterizasyon uygulanması sayılabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon sonucu istemsiz detrusor kontraksiyonları meydana gelir. Ayrıca enfeksiyon ajanlarının salgıladığı endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisinin bulunduğu ve bu nedenle de üretral sfinkterde yetmezlik gelişebildiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada idrar yolu enfeksiyonu olan kadınların %48,5'inde Üİ varken, idrar yolu enfeksiyonu olmayan kadınların sadece %22'sinde Üİ tespit edilmiştir(43-44,51).

2.1.4.10.Kronik Hastalıklar

Birçok kronik hastalık dolaylı olarak Üİ'a neden olabildiği gibi mevcut olan Üİ'in artmasına da sebep olabilir. Kardiyovasküler hastalıklardan Kalp Yetmezliği nokturnal poliüri yaparak, vasküler yetmezlik ise iskemik miyopati veya nöropatinin tetiklediği detrusor aktivitesinde azalma yaparak Üİ'a yol açabilir veya artırabilir. Metabolik hastalıklardan özellikle DM nöropatiden dolayı detrusor aktivitesinde azalma, osmotik diürezis ve hipo veya hiperglisemilerin tetiklediği mental durumda değişikliklerin olması sonucu Üİ'a yol açabilir. Nörolojik hastalıklardan serebrovasküler hastalıklar, deliryum ve demans bozulmuş fonksiyon ve kognisyon, üst motor nöron hasarı sonucunda detrusor aşırı aktivitesi sonucu Üİ'a yol açabilir. Parkinson hastalığı da pons işeme merkezine gelen inhibitör impulsların kaybı, kognisyonun bozulması ve konstipasyonun tetiklediği retansiyon ve taşma tipi Üİ'a yol açabilir. Pulmoner hastalıkların sebep olduğu kronik öksürük de karın içi basıncı artırmasından dolayı Üİ'a yol açabilir ve artırabilir. Bazı psikiyatrik hastalıklar da azalmış motivasyon ve kognisyon bozukluğu sonucu Üİ yapabilir(39).

2.1.4.11.Geçirilmiş Pelvik Cerrahi Operasyonlar

Geçirilmiş pelvik ve jinekolojik operasyonlar pelvis tabanındaki kaslarda zedelenme, skarlar ve sinir harabiyetine yol açabilmektedir. Vajinanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve histerektomi ya da östrojen eksikliği sonucu üriner inkontinans gelişebilmektedir(43,45).

2.1.5.Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinans patogenezi tiplerine göre değerlendirildiğinde;

Urge İnkontinans (Sıkışma İnkontinansı): Acil idrar yapma isteği oluşturacak şekilde istemsiz idrar kaçırma. Etyopatogenezi incelendiğinde dolum fazında detrusor kas aktivitesi üzerindeki istemli santral kontrolün kaybolması ve bunun sonucunda istemsiz detrusor kontraksiyonların geliştiği görülmektedir. Bu duruma pollaküri(sık idrar yapma isteği) ve noktüri(gece idrar yapma) gibi semptomlarda eşlik edebilir. Üriner enfeksiyon, mesane taşı, üretral sendrom, gebelik, bazı ilaçların kullanımı, diyabet, nörolojik bozukluklar ve fazla sıvı alımında görülebilir. Bazende; ısı değişimi, su sesi duyma ve cinsel ilişkide orgazmı beraber etkinleşebilir. Kaçırılan idrar miktarı mesanenin doluluğuna ve semptomların derinleşmesi ile ilgilidir(34,60-64).

Stres İnkontinans: Öksürme, gülme, hapşıрма, ağır kaldırma, egzersiz gibi nedenlerle intraabdominal basınç artışı durumunda idrar kaçağının olmasıdır. İntraabdominal basınç artışı, mesane boynu ve üretranın idrar tutucu gücünün aşılmasına ve inkontinansa yol açar. Doğum şekli ve sayısı, menopoz, obezite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH), kronik öksürük,

sigara kullanımı, genetik faktörler, önceden geçirilmiş operasyonlar nedeniyle de üriner sistem anatomisinde bozulmalar oluşur ve stres inkontinans gelişmesine neden olur. Üretra boyunun da yapısal olarak kısa olmasının stres inkontiansa zemin hazırlayabildiği düşünülmektedir(34,60-62).

Miks Tip İnkontinans: Stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü durumdur. Genç kadınlarda stres inkontinansın tek başına görülme durumuyla daha sık karşılaşılrken yaşlı kadınlarda miks inkontinans oranı daha yüksektir(60-61).

Fonksiyonel İnkontinans: Azalmış motilite ve iskelet-kas ağrısı gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Tuvelete yetişmeyi zorlaştıran veya tuvalet yapmayı zorlaştıran kognitif, psikolojik veya fiziksel bozukluklara bağlıdır ve ileri yaştaki kadınlarda daha sık görülür. Fonksiyonel inkontinansın olası nedenlerini hatırlamak için **DIAPPERS**(Deliryum, İnfeksiyon, Atrofi, Farmakoloji- Pharmacology, Psikoloji, Endokrinopati, Kısıtlı mobilite- Restricted mobility, Fekal tıkanıklık-Scool impaction) olarak kısaltılan aloritmadan yararlanılmaktadır(34,60-61).

Overflow(Taşma) İnkontinans: Kabaca dolup taşma şekline idrar kaçırmadır. Mesanenin büyük gevşek bir torba gibi olup, detrusor aktivitesinin hiç ya da çok az olmasıdır. Mesanenin aşırı dolması sonucunda belirli aralıklarla küçük miktarda istemsiz idrar kaçırılması durumudur. Mesane içi basınç üretra içi basıncı geçtiği zaman idrar kaçırmaya meydana gelmektedir. Diabetes mellitus, alt spinal kord yaralanmaları, pelvik kitleler, sistosel, uterus prolapsusu overflov inkontinans nedeni olabilir(62,65-66)

Enüresis Nokturna: Uyku sırasında idrar kaçırmadır. Bu durumun ani idrar yapma isteğiyle uykudan uyanıp tuvalete yetişememe (urge inkontinans) ile karıştırılmaması gerekmektedir. Bu inkontinans tipi iki şekilde görülür.

1. Primer enüresis nokturna; çocukluk çağında başlar ve erişkin dönemde devam eder.
2. Sekonder enüresis nokturna; çocukluk çağında ortadan kalkıp, erişkin dönemde tekrar ortaya çıkan şeklidir(61).

2.2.ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.2.1.Üriner İnkontinans Tanısı

Uluslararası Kontinans Derneği alt üriner sistem işlev bozukluklarını (işeme bozuklukları) semptom (yakınma), bulgu, ürodinamik gözlem veya bunların hepsinin birleştirilmesi sonucunda durum olarak tanımlanmasını önermektedir. İdrar kaçırmaya da bir işeme bozukluğu olduğuna göre aynı şekilde tanımlanmalıdır(67).

İdrar kaçırmaya şikayeti ile gelen hasta şu aşamalarla değerlendirilir:

1. Anamnez (hasta soru formu, idrar günlüğü, hasta görüşmesi)
2. Fizik muayene
3. Tanıya yardımcı özel ürojinekolojik testler
 - a. İdrar tetkiki ve idrar kültürü, Stres testi, Ped testi, Q tip testi, Pesser testi
4. Ürodinamik laboratuvar testler
 - Sistometri
 - i. Tek kanallı basit su seviyesi sistometrisi
 - ii. İki kanallı sistometri
 - Üretral basınç profili (Multikanallı sistoüretrometri)
 - Videoüretrosistometri
 - İkinme kaçak noktası basınç ölçümü (VLPP=valsalva leak point pressure)
 - Üriner inkontinansın varlığı ve şiddetini araştıran testler

Elektronik çiş bezi, Perineal ısı ölçümü, Üretral elektrik iletkenliği ölçümü

- Ambulatuvar ürodinami
- Sistoüretroskopi
- Nörofizyolojik testler (EMG, vb)
- İşeme sonrası rezidü idrar volumu ölçümü
- Üroflowmetri
- İşeme sistoüretrometrisi

5. Alt üriner sistem görüntüleme yöntemleri

Düz pelvi-abdominal grafi, İntravenöz pyelografi (IVP), Sistoüretrografi, Ultrasonografi, Magnetik rezonans görüntüleme (MRG)

Bu ileri değerlendirilmeyi birinci basamakta uygulamak elbette mümkün değildir. Birinci basamağa uygun daha basit aşamalara indirgersek, İdrar Kaçırma Kılavuzu'na göre;

- Hasta öyküsü ve semptomlarının değerlendirilmesi
- Semptomların ve bozuklukların klinik olarak değerlendirilmesi
- Hastalığın ve altta yatan patofizyolojinin belirlenmesi
- Başlangıç tedavisi ve uzmanlaşmış tedavi olarak ayrılan tedavi seçenekleri ile hasta değerlendirmesi yapılabilir.

2.2.1.1.Öykü Alma

Anamnezde demografik bilgiler ile idrar kaçırma sikayetinin başlangıcı, siddeti ve yaşam sekline olan etkisinin neler olduğu araştırılır. İdrar kaçırma patofizyolojisinde rol

oynayabilecek genito-üriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla ayrıntılı olarak obstetrik, jinekolojik ve ürolojik hikaye alınır. Değerlendirmeye yardımcı olabilecek sorular:

- Güldüğünüzde, hapsirdiğinizde veya öksürdüğünüzde idrar kaçırmıyorsunuz?
- Hiç tualete yetişmeden idrar kaçırdınız mı?
- Gün içerisinde kaç kez idrar yaparsınız?
- Yattıktan sonra gece kaç kez idrar yaparsınız?
- Geçtiğimiz yıl içerisinde hiç yatağınızı ıslattınız mı?
- Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında hiç idrar kaçırmıyorsunuz?
- İdrar kaçırmaya nedeniyle ped kullanma ihtiyacı duyar mısınız?
- Ne sıklıkla idrar kaçırmıyorsunuz?
- Hiç mesane, idrar yolu veya böbrek enfeksiyonu geçirdiniz mi?
- İdrar yaparken rahatsızlık ya da ağrı duyar mısınız?
- İdrarınızda hiç kan gördünüz mü?
- İdrar yapmaya başlarken zorlanır mısınız?
- İdrarınızı yapabilmek için kendinizi zorladığınız oluyor mu?
- İdrar yaptıktan sonra damlama ya da mesaneniz hala doluymuş hissi oluyor mu?(31,68)

Hastanın kullandığı ilaçlar da Üriner Sisteme olacak muhtemel etkilerinden dolayı mutlaka sorgulanmalıdır:

- Alkol: Sedasyon, diürez
- Antikolinerjikler: İdrar retansiyonu, taşma inkontinansı
- Antidepresanlar: Sedasyon, antikolinerjik etkiler
- Antipsikotikler: Sedasyon, antikolinerjik etkiler
- Alfa adrenerjik agonistler: İdrar retansiyonu
- Alfa adrenerjik antagonistler: Stres inkontinans
- Beta adrenerjik agonistler: İdrar retansiyonu

- Diüretikler: Poliüri, urgency
- Kalsiyum kanal blokerleri: İdrar retansiyonu, taşma inkontinansı(68)

Hasta üriner yakınmalarını her zaman doğru aktaramayabilir ve hekimi yanlış yönlendirebilir. İdrar günlüğü daha güvenilir bir kayıt sistemidir(69). Hastadan öykü alırken 24 saatlik bir idrar günlüğü tutması istenir. İdrar günlüğünde hasta aldığı çıkarttığı sıvı miktarını ve frekansını bir gün boyunca kaydeder. Ayrıca aldığı sıvının cinsini, kaçırma epizotlarını, iseme sıklığını ve idrar kaçırdığı andaki aktivitesini de saatleri ile birlikte kaydeder. Hastadan alınan bu günlük ile idrar volümü, iseme sıklığı, ne sıklıkta kaçırması olduğu ve idrar kaçırmayı artıran ve azaltan durumların ne olduğuna yönelik bilgiler elde edilir(70-71).

Bu sonuçlar ışığında daha doğru ve objektif bir değerlendirme yapılır.

2.2.1.2.Fizik Muayene

Hastalar alt üriner sistem disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden tam bir fizik muayene ile değerlendirilmelidir. Genel fizik ve mental durumlarının belirlenmesi ileride uygulanacak tedavi yöntemlerinin seçiminde yardımcı olacaktır. Fizik muayene sırasında mesane dolu olmalıdır. Aynı zamanda üriner inkontinans nörolojik bir hastalığın semptomu olabilir. Dolayısıyla idrar kaçırmanın nörolojik nedenlerini dışlamak için nörolojik muayene yapılmalıdır. Bazı nörolojik hastalıklar; senil, presenil demans, beyin tümörleri ve normal basınçlı hidrosefali gibi mental durum bozukluğu ile seyrederken üriner inkontinansa da sebep olur. Bu durumda mental durumun değerlendirilmesi gerekir. Mental durum; hastanın bilinç düzeyi, oryantasyonu, hafızası, konuşması ve anlamasını değerlendirmekle saptanır. Jinekolojik muayenede vulva inspeksiyonu ve spekulum muayenesi yapılmalı, rektosel, sistosel, üretrosel, üriner divertikül, fistül, pelvik relaksasyon, mesane boynu ve proksimal üretranın mobilitesi değerlendirilmelidir. İki refleksin muayenesi önemlidir: anal refleks ve bulbokavernoz refleks. Perianal cilt stimülasyonu ile anal sfinkter ve klitoris stimülasyonu ile bulbokavernoz kas kontraksiyonu kontrol edilir. Ancak bu refleksleri klinik olarak değerlendirmek zordur ve nörolojik olarak intakt kadınlarda bile bulunmayabilir. Vajinal muayene ve rektal tuşe ile anal sfinkterin ve pubokoksigeal kasın tonusu, perineal ve perianal bölgenin duyu fonksiyonu değerlendirilmelidir. Vulva inspeksiyonu sonrasında spekulum muayenesi yapılarak, vajende atrofi, ödem, eritem, akıntı, önceden geçirilmiş trauma ya da operasyon skarı ve özellikle fistül bulgusu olan posterior fornikte idrar göllenmesi araştırılır(67-68,72).

Bazı durumlarda sistemik fizik muayene ile idrar kaçırmanın altta yatan patolojik nedeni bulunamayabilir. Bu durumda kesin tanıya ulaşmak için klinik ve laboratuvar testlere gereksinim duyulmaktadır.

2.2.1.3. Tanıya yardımcı özel ürojinekolojik testler

İdrar Testi ve İdrar Kültürü

Sistit, üretrit gibi idrar yolu enfeksiyonları sık idrar yapma, dizüri, urgency, işeme güçlüğü ve idrar kaçırma gibi üriner sistem semptomlarına sebep olabilir. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon duyuşal uyarı artışı ile istemsiz detrusor kontraksiyonuna yol açarken, endotoksinlerin anti alfa adrenerjik etkisi üretral sfinkterik yetmezliğe yol açabilir(73).

Dolayısıyla idrar kaçırma şikayeti ile gelen hastada idrar yolu enfeksiyonu, üriner taş, böbrek fonksiyon bozukluğu, DM ve kanser açısından değerlendirmek için tam idrar tetkiki ve idrar kültürü mutlaka istenmelidir.

Stres Testi

Sadece stres tip üriner inkontinansın varlığını ve varsa şiddetini belirlemek amacıyla yapılır. Subjektif bir değerlendirme sunar. Tanısal amaçlı tek başına kullanılmaz, tanıya yardımcı test olarak kullanılmaktadır. Hastanın mesanesi dolu iken ayakta veya litotomi pozisyonunda yapılabilir. Hastadan öksürme, ıkınma gibi intrabdominal basıncı artıran hareketler yapması istenirken aynı zamanda eksternal üretral meatustan idrar kaçağı olup olmadığına bakılır(66).

Ped Testi

En objektif testlerden biri olan Ped testi, Üriner İnkontinansın varlığını gösterirken, hafif orta şiddetli olarak derecelendirmede de kullanılabilir. Uygulanma şekli Uluslararası Kontinans Birliği tarafından standartize edilmiştir. Önceden ağırlığı ölçülmüş pedi hasta yerleştirir ve sonrasında Na içermeyen 500 cc sıvıyı 15 dk içinde içer. 30 dk süresince hasta yürür, merdiven iner, çıkar. Kalan sürede; 10 kez oturup kalkma, 10 kez öksürme, 1 dk koşma, 5 kez yerden küçük cisimleri toplamak için eğilme ve 1 dk akan suda ellerini yıkama eylemlerini yapar. 1 saat sonrasında ped tartılır. Eğer uygunsa hasta işetilir ve idrar volümü ölçülür. Eğer uygun değilse 1 saat daha bu eylemler devam ettirilir. Ölçülen ağırlık <2 gr altında ise normal, ağırlık 2-10 gr arasında ise hafif, 10-50 gr arasında ise orta, >50 gr üstünde ise şiddetli üriner inkontinans diye değerlendirilir(75).

Q Tip Testi

Litotomi pozisyonunda pamuk uçlu bir çubuk üretradan mesaneye itilir, daha sonra yavaşça geri çekilir. Tam takılmanın olduğu bölge mesane boynudur. İstirahat halinde çubuk

ile horizontal düzlem arasındaki açı ölçülür. Daha sonra hastaya valsalva manevrası yaptırılır ve maksimum açı ölçülür. Bu değer mesane boynu ve proksimal üretra mobilitesini yansıtır. Kontinan kadınlarda üretral mobilite; yaş, parite ve ön vajen duvarının desteğiyle ilişkilidir. Asemptomatik, ortalama paritesi 2 ve ortalama yaşı 32 olan kadınlarda istirahat açısı 18 derece, maksimum açı 54 derece saptanmış. Gerçek stres inkontinanslı kadınların maksimum açısı 73 derece saptanmıştır(75-76).

Pesser Testi

Pelvik relaksasyonu olan tüm olgularda üriner inkontinans yakınması olmasa da maskelenen üretral sfinkterik yetmezliği belirleyebilmek için tüm ürojinekolojik değerlendirmenin Pesser (Packing) testi sonrası yapılması önerilir. Bu test sırasında mesane boynu elevasyonu yapmayacak şekilde üst vajen bölgesine uygun boyutta pesser ya da spançlar yerleştirilerek sistosel dahil tüm prolabe organlar redükte edilmekte ve diğer tüm testler bu aşamadan sonra yapılmaktadır(77).

2.2.1.4.Ürodinamik Testler

Ürodinamik testlerin temel prensibi; alt üriner sistemin zaman içinde değişen fonksiyonunu izlemektir. Sistometride; bir manometre mesane lümenine bağlanır, mesane içine yerleştirilen kısmı dolum kısmıdır ve buradan dolan idrar volümü ile intravezikal basınç ölçülür. Basitten karmaşığa kadar değişen metodları vardır. Ayrıca tek kanallı ve multi kanallı teknikleri vardır(78).

Üriner İnkontinans üretra içindeki basıncın mesane içindeki basıncı geçmesine bağlıdır ki; bu üretra basıncını ölçmede kullanılan farklı teknikler vardır. En sık kullanılanları; balon, membran kateter, perfüzyon tekniği ve mikrotransdüserlerdir. İntravesikal basınç mesane içinde ölçülen basınçtır. Üretral basınç kateter geri çekilirken ölçülen en yüksek basınçtır. Maksimum üretral kapanma basıncı intravesikal basınçtan üretral basıncın çıkarılması ile elde edilen basınç değeridir. Stres üretral kapanma basınç profili mesane ve üretrada iki ayrı sensör içeren kateterler aracılığı ile yapılır. Hasta öksürür ya da ıkınırken basınç değişiklikleri kaydedilir. Normal insanlarda üretral basınç değişikliği her zaman mesane basınç değişikliği ile eşit ya da daha fazla olmalıdır. Ancak stres inkontinansı olan kişilerde üretral basınç değişikliği genellikle mesane basınç değişikliğinden daha düşük bulunur. UPP klinik çalışmalarda yüksek hatalı pozitif ve hatalı negatif sonuçlar vermesi ve uygulanan tekniklerdeki farklılıklar nedeniyle normal değerlerin netleştirilememesi nedeniyle tartışmalı bir yöntemdir(79-80).

Video ürokinamide normal sistometri ekipmanının yanında görüntü güçlendiricisi, video kayıt cihazı ve kamera kullanılır. Floroskopi ile mesane boynunun hareketi, idrarın üretradan mesaneye kaçışı eşzamanlı basınç değışiklikleri kaydı ve görüntüleme ile saptanabilir. Videoürokinami endikasyonları tartışmalıdır ancak sıklıkla kompleks inkontinans vakalarında, obstrüksiyon şüphesi olanlarda ve nörolojik vakalarda kullanılmaktadır(81).

Valsalva ile idrar kaçırma tayininde ise; mesaneyi 200 ml doldurup hastadan valsalva manevrası yapması istenir. Kaçak olursa kaydedilir. Kaçak olmazsa aynı işlem 250 ml de tekrarlanır. Kompliansı normal olan bir mesanede abdominal basınç 250 cm suya kadar çıksa bile normal bir üretradan idrar kaçağı olmaması gerekir. Valsalva ile idrar kaçırma tayininde 90 cm su üzeri anatomik SUİ, 60 cm su altı sfinkter yetmezliği için güvenilir bir kriter olarak kabul edilmektedir.

Laboratuvar gözlemleri mesane ve üretranın fizyolojik davranışını her zaman doğru bir biçimde göstermez. Bazen hastanın semptomları laboratuvar koşullarında oluşturulamaz. Böyle durumlarda teorik olarak ambulatuvar monitör takibi endikedir. Devamlı ambulatuvar ürokinami takibi, standart sistometrogramlara göre daha yüksek detrusör instabilitesi insidansı saptar. Ambulatur ürokinami gelecekte daha popüler olacaktır(81).

Hematüri, anormal idrar sitolojisi, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, jinekolojik malignite evrelemesi, alt üriner sistem fistülü, üretra veya mesane divertikülü, ağrılı mesane sendromu, seçilmiş üriner inkontinans vakaları ki özellikle postoperatif nüks olması gibi durumlarda sistoüretroskopi yapılması endikedir(82).

İşeme esnasındaki çizgili kas fonksiyonu nörofizyolojik testlerden olan EMG ile gösterilebilir. Normalde işeme esnasında çizgili kastan oluşan sfinkterin aktivitesi tamamen kaybolur. Bunu takip eden detrusör basıncının artışıyla işeme tamamlanır. Detrusör kontraksiyonu esnasında çizgili sfinkter kasında istemsiz kontraksiyon olması durumuna detrusör sfinkter uyumsuzluğu denir ki bazı nörolojik hastalıklarda görülür. Bu durum EMG ile belirlenebilir(83).

2.2.1.5.Alt Üriner Sistem Görüntüleme Yöntemleri

Üriner sistem anomalilerinde, üriner taş ve yabancı cisimlerin gösterilmesinde, kemik yapı bozukluklarında, spina bifida gibi durumların gösterilmesinde Düz Pelvik-Abdominal Grafi kullanılabilir.

Üriner sistem travmalarında, üriner fistül, üriner taş, pelvik kitle, ektopik ureter, konjenital anomaliler ve mesane divertikülleri gibi durumlarda ise İntravenöz Piyelografi(İVP) kullanılır.

Sistoüretrografi mesanenin radyokontrast madde içeren sıvılarla doldurulduktan sonra ön-arka, oblik ya da yan filmlerinin çekilmesidir. Alt üriner sistemdeki divertikül, fistül, taş, yabancı cisim, kitle, trabekülasyon gibi yapısal anormallikler bu yöntemle gösterilebilir.

USG'nin yumuşak doku rezolusyonu iyi olduğu için istirahat anında alt üriner sistem, genital sistem ve çevre dokuların bir çok yapısal anomalileri gösterilebilir. Mesane içi idrar volümü hesaplanabilir ve bu şekilde kateter kullanılmadan işeme sonrası rezidü idrar volümü ölçülebilir.

Pelvik tabanı döşeyen tüm kas ve bağ dokusu hakkında ayrıntılı bilgi veren MRG kullanılarak tüm pelvik relaksasyon tipleri gösterilebilir(81).

2.2.2.Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans kişinin hayatını tehdit eden bir olay olmasa da hastaların cinsel yaşamları, günlük ev içi ve iş aktivitelerinin etkilendiğini, sosyal ve fizik aktivitelerinin kısıtlandığını ve hatta depresyona sebep olduğunu düşünürsek tedavisi çok önemli hale gelmektedir. Hayatları bir çok yönden olumsuz etkilenen kadınlar aynı zamanda inkontinansı bir kusur olarak gördükleri ve utandıkları için öncelikle ped kullanma, sık tuvalete gitme ve hatta az su içme gibi kendilerince önlemler alırlar ve hatta şikayetleri başedilemez boyuta gelmedikçe hekime başvurmazlar. Buda tedaviyi zorlaştırır ve kompleks tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulan bir tedavi süreci gerektirir. Üriner inkontinans tedavisi planlanırken, hastada mevcut inkontinansın şiddeti, eşlik eden pelvik relaksasyon olup olmadığı ve varsa bunun derecesi, daha önce geçirilmiş inkontinans operasyonu olup olmadığı, hastanın yaşı, medikal özgeçmişi, eğitim ve kooperasyon düzeyi, hastanın istekleri gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Tedavinin temelinde Üİ'yi ortaya çıkaran ya da tetikleyen; obez kadınların zayıflaması, sigara, kafein kullanımının azaltılması veya bırakılması gibi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması tedaviye büyük katkı sağlamaktadır.

Hasta uyumunu artırmak için uygulanacak tedavinin alternatifleri, riskleri ve beklenen sonuçları hastaya anlatılmalı ve tedaviye başlamadan bilgilendirme yapılmalı, hastanın istekleri ve beklentileri göz önünde bulundurularak hastanın tedaviye katılımı sağlanmalıdır(84-87).

Tedaviyi 3 ana başlık altında toplayabiliriz.

- Konservatif Tedavi
 - Davranışsal Tedavi
 - Elektriksel Stimülasyon
- Medikal Tedavi
- Cerrahi Tedavi

2.2.2.1.Konservatif Tedavi

2.2.2.1.a.Davranışsal Tedavi

Davranışsal tedavinin amacı; mesanenin kapasite etkinliğinin artırarak mesane kontrolünün geri kazanılmasını sağlamaktır. İstemli kortikal etki ile istemsiz detrüsör kontraksiyonlarının baskılanması esasına dayanır.

Davranışsal tedavi yöntemlerinin uygulanması doktor ve hasta arasında güvene dayalı pozitif ilişkiler ve devamlılık gerektirir. Bu iletişimle beraber hastanın motivasyonu, tüketilen sıvı gıda alımını azaltma, ilaç tedavisinde değişiklik, mevcut idrar yolu enfeksiyonunun tedavisi kronik solunum problemlerinin iyileştirilmesi, diyet ve kabızlık sorununa ilişkin çözümler de tedavi başarısını artıran faktörlerdendir(88-90).

➤ ***Pelvik Taban Kas Egzersizleri(Kegel Egzersizleri, PTKE):*** Arnold Kegel tarafından ilk kez 1948’de tanımlanan bu egzersizlerin amacı üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmek ve intraabdominal basınç artışı sırasında pelvik taban kaslarını güçlendirmektir. Egzersiz esnasında doğru kasların kasılıp gevşetilmesi, bunun içinde kasların yerinin ve kasılma şeklinin hastaya öğretilmesi önemlidir. Doğru kasların kasılmasını öğretebilmek için hastanın anlayış seviyesine göre bir anlatım kullanılmalıdır. Hastadan idrarını ve gaz çıkışını tutar gibi pelvik taban kaslarını sıkması, gevşeme için de idrar ve gaz çıkışını sağlar gibi kendini rahat bırakması istenir. Bu egzersizi yapacak kişi sırt üstü uzanarak bacaklarını bükmeli, ardından 10 sn. pelvik taban kaslarını kasıp, 10 sn. gevşetmelidir. Kasılma sırasında yalnızca pelvik taban kasları kasılmalı; gluteal, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Egzersiz öğrenildikten sonra oturken, yataarken, ayakta dururken de uygulanabilir. Pelvik taban kasları çok zayıf olan kişilerde kasma süresinin tamamında kasılı olmayabilir ve daha uzun bir dinlenme süresine ihtiyaç olabilir ancak zamanla kaslardaki güçlenmeye paralel kasılı kalma süresinin de uzadığı görülecektir. İyi sonuç alabilmek için egzersize en az 6– 8 hafta devam edilmeli, mümkünse tedavi süresi 6 aya uzatılmalıdır. Ama elbetteki tedavinin etkililiğini korumak için hayat boyu devam edilmesi önerilmektedir. Efektif bir tedavi için 10 yavaş kasılma ardından 10 kuvvetli kasılmanın yapılması ve bu setin günde 8-10 defa tekrar edilmesi ve her setin 20-30 dk sürmesi gerekir. Kegel egzersizleri aynı zamanda Egzersiz önce günde 3 kez tekrarlanarak başlanır. Ancak ulaşılması istenen günde 10 kez, 10 adet yavaş kasılmanın yapılması ardından 10 adet hızlı kasılma yapılmasıdır, bu bir set anlamına gelir. Kegele göre ise günde 300 tekrara ulaşılmalıdır. Egzersizin etkinliğinin ortaya çıkması için ise; 24 saatte 6 ya da 8 egzersiz set yapılmalı ve her setin 20-30 dk. Olması gerekmektedir. Kegel egzersizleri aynı zamanda orgazm ve bağırsak kontrolünü artırırken,

vajinal doğumlarda yırtık oluşması ve pelvik organ prolapsusu ihtimalini de azaltmaktadır(31,33,91-93).

➤ **Vajinal Kon:** Plewnick tarafından ilk kez 1985 yılında tanımlanmış olan bu yöntem, vajina içerisine yerleştirilen 20-100 gr arasındaki konların vajinal kaslarda pelvik taban kaslarında sürekli bir kasılma yaratmasıyla oluşan güçlenmeyi hedeflemektedir. Esas olarak PTKÉ öğrenmesi amacıyla kullanılmaktadır.

➤ **Biofeedback:** 1940 yılında ilk kez Arnold Kegel tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Anal kanal veya vajinal bölgeye sensör yerleştirilir, bu kasların kasılması monitörize edilerek görüntü ve seslerle hastanın anlaması sağlanır ve hastaya PTKÉ eğitimi verilmesinde kullanılır.

➤ **Mesane Eğitimi:** Jeffcook ve Francis tarafından 1966 yılında ilk kez uygulanmıştır. Sadece belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği ve kişinin idrar yapmayı baskılamayı öğrendiği bir yöntemdir. Her hafta baskılama süresi 15-20 dk artırılarak bu şekilde 6-12 hafta devam edilir. Hedef hasta idrar yapma süreleri arasında başarılı oldukça idrar yapma aralığını 3-4 saate çıkarmaktır. Amaç idrar yapma hissinin baskılanmasıyla mesane kapasitesini artırmaktır.

➤ **Tuvalete Gitme Programı Oluşturma:** Hastanın düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gitmesi sağlanarak ki tercihen 2-4 saatte bir, düzenli bir işeme programı oluşturulur ve hastanın kuru kalması sağlanır. Bu yöntem özellikle yaşlı, yatağa bağımlı hastalarda kullanılmaktadır.

➤ **Diyet:** Konstipasyon gelişmemesi için lifli gıdaların tüketilmesi sağlanır. Sıvı alımı günlük 1,5-2 lt olacak şekilde düzenlenir. Çünkü sıvı alımının çok kısıtlanması durumunda idrar yoğunluğunda artış olacağından bu durum mesane mukozasını daha çok irrite ederek Üİ'ye neden olabilir. Aşağıda verilen gıdaların da mesane irritasyonu yaparak Üİ'ı başlattığı veya artırdığı bilinmektedir:

- ❖ Alkol; likör, şarap, bira
- ❖ Kafein; kahve, çay, soda, çikolata, öksürük ilaçları
- ❖ Asitli içecekler ve meyve suları; kola, portakal, greyfurt
- ❖ Domates ve domatesli yiyecekler
- ❖ Baharatlı yiyecekler(94-99)

2.2.2.1.b.Elektriksel Stimülasyon

İlk kez 1963 yılında Caldwell tarafından uygulanmıştır. Vajinal ya da yüzeysel elektrotlar kullanılarak pelvik taban kaslarının elektriksel olarak uyarılması esasına dayanır.

Maksimum mukoza temasını sağladığı için günümüzde vajinal elektrot daha çok tercih edilmektedir. Endikasyonları; stres tip, urge tipi ve karışık tip idrar kaçırma ile detrüsör aşırı aktivitesi, sık idrara gitme ve nöropatik işeme disfonksiyonudur. Kontrendikasyonları; vajinal prolapsusu, kardiyak pacemaker, kardiyak aritmi, üriner retansiyon, periferik denervasyon ve menstrual dönemde olmaktır. Elektriksel Stimülasyon ile kas kontraksiyonu ile kas gücü artar, pudental sinirin direkt stimülasyonu ile üretral basınç artar, pelvik sinirin refleks stimülasyonu ile detrüser inhibe edilir, lokal dolaşım artar, kortikal bilinç artar, adrenerjik aktivite artar, kolinerjik aktivite azalır. Elektrikli stimülasyon yöntemi özel ve çok fonksiyonlu aletlerle hastane koşullarında uygulanabildiği gibi taşınabilir otomatik cihazlarla ev koşullarında da uygulanabilir(94,96,98,100).

2.2.2.2. Medikal Tedavi

Medikal tedavide amaç istemsiz gelişen detrüsör kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncında artış sağlamaktır. Bu amaçla farklı etki mekanizmasına sahip bir çok ilaç kullanılabilmektedir.

Spazmolitik ilaçlardan Oxybutinin 5-10 mg günde 2 kez, Flovaxate 100 mg günde 3 kez, Trisiklik antidepresanlardan İmipramine 25-50 mg günde 2 kez, Antikolinerjik ilaçlardan Propantheline 15-30 mg günde 3 kez, Dicyclomine 20 mg günde 3 kez, Kalsiyum kanal blokörlerinden Teradoline 12.5-25 mg günde 2 kez, Nifedipine 10-20 mg günde 2 kez şeklinde kullanılabilir.

Detrüser aşırı aktivitesinin tedavisinde ilk tercih edilen ilaçlar spazmolitik ajanlardır. Belirgin düz kas gevsetici etkisi yanında, zayıf antikolinerjik ve lokal analjezik etkisi vardır. Spazmolitik tedaviye beklenen yanıt alınamayan hastalarda tedaviye imipramin ya da kalsiyum kanal blokörleri eklenir. Antikolinerjik ve spazmolitik etki ile detrüsör kontraktilitesi azaltılırken uzun dönemde gelişen semptomimetik etkisi ile imipramin internal üretral sfinkter kontraktilitesini artırır. Ancak bu ilaçlara bağlı hastalarda ağız kuruluğu, bulantı, uykusuzluk ve hipertansiyon gibi yan etkiler görülebilmektedir(97,101).

Menopozda östrojen eksikliği sebebiyle üreter sfinkterini oluşturan kas ve dokular da atrofiye uğrar. Dolayısıyla üretral kapanma basıncı azalır. Premenopozal dönemdeki kadınlarda östrojenin total üretral dirence katkısı yaklaşık 1/3 oranındadır. Stres Üİ olan postmenopozal kadınlarda lokal veya sistemik Östrojen tedavisiyle idrar kaçırma % 40-50 azalma olduğu belirtilmiştir. Ellington ve ark. yaptığı bir araştırmada tek başına ve vajinal östrojenle kombine edilmiş toloderodinin 12 haftalık tedavi sonucunda anlamlı fark bulunmazken, uzun vadede 24 ve 52 haftalık sonuçlarda kombine tedavi anlamlı düzeyde olumlu fark yaratmıştır(54,94,102).

2.2.2.3.Cerrahi Tedavi

Şiddetli ve rekürren SÜİ olguları ile konservatif ve medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi tercih edilir. Son yıllarda üriner inkontinansın cerrahi tedavisi için çok fazla teknik öne sürülmüştür. Bu ameliyatların kısa dönem başarı oranları uygulanan tekniğe göre %73-96 arasında değişmektedir. Bir çok operasyonda olduğu gibi burada da ilk operasyonun başarı şansı daha yüksektir. Ayrıca perioperatif morbiditesi düşük postoperatif sekeli en az olan etkili yöntem seçilmelidir. Cerrahi başarıyı etkileyen faktörler arasında ileri yaş, postmenopozal durum, obezite ve genito-üriner prolapsus sayılabilir. Bu nedenle cerrahi öncesi hastanın doğru değerlendirilmesi ve hasta için uygun olan operasyon türünün seçilmesi önemlidir. Ameliyat tipinin seçiminde hastanın genel durumu, üretral mobilite, preoperatif ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve kullanılan tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır. Tabiki hastanın tercihi de yöntem seçiminde önemlidir.

2.3.ÜRİNER İNKONTİNANSIN GENEL SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Üriner inkontinans ileri yaş kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen her yaşta görülebilmektedir. Değişik nedenlere bağlı olarak görülen Üİ yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ve hijyenik bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) tanımına göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak ifade edilebilir. Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel ve bir bütün olarak “iyi olma” durumu için kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak kabul edilmedi. Ancak bu sadece yeterli fiziksel iyilik hali değildir. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir(103-105).

Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitesini etkileyen; utanma duygusu, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya yol açan ve ciddi anlamda ekonomik yük getiren, önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve iritasyona bağlı rahatsızlıklara yol açmakta, günlük ev ve iş aktivitelerini olumsuz etkilemekte ve sosyal izolasyon ve depresyona kadar varabilen birçok olumsuz sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır.

Üriner inkontinanslı kadınlar, özgürlük ve doğallıklarının kaybolduğunu düşünürler ve aktivitelerini kısıtladıkları için gerileme hissi duyarlar. Daha ciddi kısıtlamalarla karşılaşmaktan, utanç verici durumlara düşmekten, koruyucu önlemlerin işe yaramamasından, ve hasta bir kişi olarak görülmekten korku duyarlar. Üriner İnkontinanslı kadınlar yaşadıkları ıslaklık hissi, mesane kontrolü kaybı ve bu durumun farkedilmesi sonucu utanma, kırgınlık, damgalanma, beden imajında bozulma, anksiyete, depresyon, koku korkusu, toplumun alaycı tavrına karşı kızgınlık, sosyal izolasyon, kendini yetersiz ve kirli hissetme, inkar ve seksüel istekte azalma gibi bir çok olumsuz duygu içine girebilirler.

Yaşam kalitesi testleri idrar kaçırmanın birey için sorun olma derecesini yansıtır. Bu amaçla Üriner İnkontinansın hastaların günlük yaşamlarını ne kadar etkilediğini gösteren ICIQ-SF(International Concultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) ölçeği ve genel sağlık durumlarını gösteren EORTC-QLQ(The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) ölçeği kullanılan ölçeklerdendir. Sağlık bakımının amacı mevcut hastalığın kişinin günlük yaşam aktiviteleri ve psikososyal yaşamını kısıtlamasına engel olmaktır. Bu amaçla tedavi planları içinde yaşam kalitesini artırmak da hedeflerden biri olmalıdır(104,106-107).

2.4.ÜRİNER İNKONTİNANSIN CİNSEL YAŞAMA ETKİSİ

Bireylerin psikolojik ve bedensel katılımı ile gerçekleşen doyuma ve üremeye yönelik yaşantıların bütününe içeren cinsellik, hem kadın hem de erkek için yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir faktördür. Cinsel ilişki işte bu cinselliğin bir parçasıdır. Cinsel doyum ise bireyin cinsel ilişkiden duyduğu memnuniyet ve keyif olarak tanımlanabilir. Kadının cinsel uyarımında ve doyumunda pelvik taban kaslarının çok önemli görevleri vardır. Bu kasların istemli kasılmaları, kadının ve erkek partnerinin orgazmına katkı sağlar, orgazmın şiddetini artırır ve vajinal kavrama sırasında motor yanıtın ayarlanmasını sağlarlar. Hipertonik olması ve istemsiz kasılmaları ise vajinismus ile sonuçlanmakta veya dispareni ortaya çıkmaktadır. Hipotonik olmaları ise vajinal hissin azalmasına, koital anorgazmiye ve cinsel ilişki veya orgazm sırasında üriner inkontinansa yol açabilmektedir. Kadın cinsel sağlığındaki araştırmalar erkeklerden daha az olsa da cinsel işlev bozuklukları kadınlarda daha fazla görülmektedir. Cinsellik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar kadınlar tarafından çok fazla ifade edilmeyen, tabu olarak değerlendirilen, ve çoğu zaman da sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilen bir durumdur. Cinsel fonksiyon bozukluğu sık görülen, kadının yaşam kalitesini, özgüvenini azaltan, yalnızlık duygusuna neden olan ve kişiler arası ilişkilerini etkileyebilen genel bir sağlık sorunudur. Kadın cinsel işlev bozukluğu risk

faktörlerine bakıldığında yapılan araştırmalar ilk sırada Üİ ve pelvik organ prolapsusu olduğunu belirtmektedir(108-111).

Güler tarafından yapılan araştırmaya göre inkontinanslı kadınların %25'inin cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, Coyne ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise inkontinans sorunu olmayan kadınların inkontinans sorunu olanlara göre daha sık cinsel ilişkiye girdikleri (%91 - %50), kadınların cinsel isteklerinin inkontinansa bağlı olarak azaldığı, büyük çoğunluğunun inkontinans nedeni ile mahcubiyet hissettikleri ve beden imajlarında düşüklüğe neden olduğu belirtilmektedir. Chen su ve ark. yaptığı araştırmaya göre urge ve mixt tip Üİ olan kadınların cinsel fonksiyon skorları Üİ olmayan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

Yapılan başka çalışmalarda da cinsel yönden aktif olan ve üriner inkontinans bulunan kadınların %50'sinden fazlasında üriner semptomların bir sonucu olarak cinsel işlev bozukluğu bulunmuştur. Çoğu hasta cinsellikle ilgili konuşmaktan sıkıntı duyduğu için insidansın normalin altında olduğu düşünülmektedir(17,112).

Kadınların her yönden yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen üriner inkontinans sorununun ortaya çıkmadan koruyucu önlemlerle önüne geçilmeye çalışılması ve aynı zamanda erken dönemde saptanarak uygun girişimlerin planlanabilmesi, zamanında tedavi edilmesi kadın cinsel fonksiyonunun ve genel sağlığının geliştirilmesine önemli düzeyde fayda sağlayacaktır(18,113-115).

2.5.ÜRİNER İNKONTİNANS İÇİN TIBBİ YARDIM ARAYIŞI

Üriner inkontinansı olan kadınlar bu durumu kabullenip, saklamaya ve hayatlarını bu şekilde sürdürmeye yönelik davranışlar geliştirirler. Genellikle sağlık kurumuna başvurmak yerine idrar kaçırmalarını ped kullanarak engellemeye çalışırlar. Yaşamlarını bu duruma göre planlayarak bazı önlemler alırlar: Mesane boşaltımında obsesyonlar, rutin tuvalet planları, her yerde kolay bulunabilecek bir tuvalet kontrolü, evden dışarı çıkarken ya da aktiviteler sırasında idrar kaçağının olup olmadığının kontrolü, idrar kaçırma riski olan hareketlerden sakınma, sıvı alımını kısıtlama, ayakkabı, iç çamaşırı ya da giysi seçiminde sınırlama, yedek iç çamaşırı taşıma, mobilyaları koruma, kendisinde sürekli koku kontrolü yapma, vajinal deodorantlar ve deodorantlı pedler kullanma gibi davranış değişiklikleri geliştirerek kendilerini sürekli dikkatli davranmak zorunda hissederler.

Hastaların doktora başvurmayıp bu sorunla başa çıkmaya çalışmalarının çok çeşitli sebepleri vardır. Bunlar; olayı küçük bir problem olarak görme, olayın varlığını reddetme, utanma, olayı kadın ve yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görme, doktorun, problemin çok önemsiz olduğunu düşüneceği endişesi, tedavi yöntemlerinin varlığından

habersiz olma, herhangi bir müdahale yapılmadan iyileşme ümidi, operasyon korkusu, tedaviden ümitsizlik, çok meşgul olma, tedavinin maliyeti olarak sayılabilir.

Demir ve ark. yaptığı araştırma sonucu kadınların %33,6'sının üriner inkontinans şikayeti için doktora başvurduğu, %66,4'ünün doktora başvurmadığı belirtildi. Kwon ve ark. yaptığı araştırmada ise Üİ'ın yaşla arttığı ve buna paralel olarak sağlık arama davranışlarının da yaşla birlikte arttığı gösterildi(28,116-120).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Kadınlarda idrar kaçırma sıklığını belirlemek, bu durumun genel sağlık, psikososyal ve cinsel yaşam üzerine olan etkilerini araştırmak ve hastaların doktora başvurmama sebeplerine dikkat çekmek amacıyla planladığımız araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak düzenlenmiştir. Anket uygulanacak hasta sayısı % 50 prevalans ve % 5 hata payı alınarak evreni bilinen örneklem hesabı formülüne göre en az toplam 383 kadın olarak belirlenmiştir. Mart 2015-Mayıs 2015 tarihleri arasında İzmir ili Balçova ilçesi Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’ ne herhangi bir sebeple başvuran en az bir doğum yapmış 422 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden Balçova ilçesi ASM’ lerinde (Toplam 5 ASM ve 23 Aile Hekimliği Birimi) bulunan hastalardan veri toplamak üzere izin alınmış olup, her ASM’ de çalışan hekimlerden yazılı onam alınarak veriler toplanmıştır. Katılımcılardan sözel onam alınarak yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır.

Değerlendirmeye alınan kadın olguların yaş, boy, vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi gibi fiziksel özellikleri kaydedildikten sonra özgeçmiş, soy geçmiş, obstetrik-jinekolojik öykü, idrar kaçırma şekli, sıklığı ve süresi sorgulanmıştır.

Çalışmaya alınan kadın olguların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla “EORTC QLQ-C30 version 3.0”anket formu, idrar kaçırmadan dolayı oluşabilecek cinsel fonksiyon bozukluklarını belirlemek amacıyla FSFI(Female Sexual Function Index) anket formu ve olguların idrar kaçırma siddeti ve sıklığını saptamaya yönelik ICIQ-SF anket formu uygulanmıştır.

Hastaların yaşam kalitesini belirlemek için geniş alanda kullanılabilen EORTC QLQ-C30 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği Beser ve ark. tarafından yapılmıştır(121). Ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GSS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere 3 ana ve bu ana başlıklara ait alt başlıkların yer aldığı 30 sorudan oluşmaktadır. Fiziksel, ugras, kavrama, duygusal ve sosyal olmak üzere 5 fonksiyonel; yorgunluk, ağrı ve bulantı/kusma olmak üzere 3 semptom; bir global hayat ölçeği ve nefes darlığı, uykusuzluk, istah kaybı, konstipasyon, diyare, mali zorluklar olmak üzere 6 ayrı madde içerir.

15 sorudan oluşan fonksiyonel ölçekte; fiziksel fonksiyon (1–5), ugras fonksiyonu (6 ve 7), duygusal fonksiyon (21–24), kavrama fonksiyonu (20 ve 25), sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile temsil etmekte olup günlük hayatını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır. 13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), nefes darlığı (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17),

mali zorluklar (28) soruları ile araştırılmakta olup hastanın hayat kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir. Son iki soru (29,30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi hayat kalitesini değerlendirmesini gösterir. Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır. Genel sağlık ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır. Toplam skorlar uygun katsayı ile çarpılıp uygun formüller ile hesaplanarak elde edilmiş ve analizleri yapılmıştır. Genel Sağlık skorunda puan arttıkça yaşam kalitesi iyi olarak yorumlanırken, diğer skorlarda puan arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği yorumu yapılabilir.

İdrar kaçırmadan dolayı oluşabilecek cinsel fonksiyon bozukluklarını belirlemek amacıyla FSFI anket formu kullanılmıştır. FSFI'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır(122). Skala 6 ayrı başlıktan oluşmaktadır: arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı. Bu skalada her bir başlık 0 veya 1 ile 6 arasında skorlanmıştır. Tam skala skor aralığı 2 (en az skor) ile 36 (en fazla skor) arasındadır. Yüksek skor, daha iyi fonksiyona işaret eder. Rosen ve ark. tarafından yapılan çalışmada fonksiyonel durum FSFI skoru 30 puan ve üzeri ise iyi, 23-29 puan arası ise orta, 23 puandan az ise kötü olarak sınıflandırılmıştır.

İdrar kaçırmaya şiddeti, sıklığı ve idrar kaçırmamanın hayat kalitesi üzerine etkilerini saptamaya yönelik ICIQ-SF anket formu kullanılmıştır. Uluslararası idrar Kaçırmaya Danışma Kurulu tarafından geliştirilmiş olan ICIQ-SF(International Consultation on Incontinence Questionnaire) anketi bilimsel beklentilerle uygulanabilirlik arasında iyi bir uzlaşma sergilemektedir. Ölçek 6 sorudan oluşmaktadır ve idrar kaçırmamanın günlük yaşamı ne kadar etkilediğine dair hastaların 1'den 10'a kadar puanladığı bir soru içermektedir. European Association of Urology tarafından 2007'de düzenlenen İdrar Kaçırmaya Kılavuzu'nda karşılaştırma ve araştırma amaçlı, semptom skorları ve yaşam kalitesini değerlendiren anket olarak ICIQ-SF önerilmektedir; Türkçe kısa formunun geçerlilik ve güvenilirliği Çetinel ve ark. tarafından gösterilmiştir(123).

Çalışmada verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerin (Ortalama, Standart sapma(SD), frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi ve One-way ANOVA kullanılmıştır. Bağımsız sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisini göstermek için korelasyona bakılmış olup niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

ASM'ye herhangi bir sebeple başvuran 422 kadın olgunun anket sonuçlarına bakıldığında yaş ortalaması $49,42 \pm 15,64$, boy ortalaması $1,60 \pm 0,05$ cm (min:1,40, max:1,83), kilo ortalaması $71,04 \pm 12,47$ kg (min:45, max:110)'dır. Hesaplanan beden kitlesi indeksi(BKİ) ortalamalarına bakıldığında $27,60 \pm 5,27$ (min:17,58, max:44,44) olarak bulunmuştur. (Tablo 1)

Tablo 1.Beden ölçüleri değerlendirmesi.

	ORTALAMA	SD	MİN	MAX
YAŞ (yıl)	49,42	15,64	19,00	85,00
BOY (cm)	1,60	0,05	1,40	1,83
KİLO (kg)	71,04	12,47	45,00	110,00
BKİ (kilo/boy²)	27,60	5,27	17,58	44,44

Tablo 2.Sosyodemografik Özellikler 1

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER 1		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	13	3,0
	Okur Yazar	65	15,4
	İlk/Orta/Lisemezunu	229	54,3
	Üniversite mezunu	115	27,3
Meslek	Ev Hanımı	232	55,0
	Öğretmen	28	6,6
	Emekli	25	6,0
	Memur	13	3,1
	Diğerleri	124	29,3
Gelir Durumu	1000'den az	96	22,8
	1001-2000 TL	200	47,3
	2000 TL'den fazla	126	29,9
Medeni Durum	Evli	325	77,0
	Bekar/Eşi vefat etmiş	55	13,0
	Boşanmış	42	10,0
Yerleşim Yeri	Köy	6	1,4
	İlçe	47	11,1
	Şehir Merkezi	369	87,5
Toplam		422	100,0

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında, en fazla % 54,3'le ilk/orta/lise mezunu oluşturmaktaydı.

Katılımcıların mesleki dağılımında en fazla % 55'le ev hanımı bulunmaktaydı ve gelir durumları çoğunluğu % 47,3'le 1001-2000 TL arası gruptaydı.

Çalışmaya alınan kadınların % 77'si evli ve % 87,5'i şehir merkezinde yaşamaktaydı.

Sigara kullanma durumlarına bakıldığında % 55,2'si hiç sigara kullanmazken, kullananlar arasında % 14,2 ile en fazla grup günde 3-4 adet sigara içtiğini bildirdi. % 8,8'i ise sigarayı bıraktığını ifade etti.

Alkol kullanma durumlarına bakıldığında % 68'i alkol kullanmadığını belirtirken kullananlar arasında % 28,9'u haftada 1-2 kez alkol aldığını belirtti.

Katılımcıların günlük tükettikleri çay ve kahve miktarlarına baktığımızda % 48'i günde 5 fincan ve üzeri çay içtiğini söylerken, % 64,2'si günde 1-2 fincan kahve içtiğini ifade etti.

Katılımcıların tüm sosyodemografik özellikleri Tablo 2 ve Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3.Sosyodemografik Özellikler 2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER 2		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Sigara kullanma durumu	Hayır	233	55,2
	Günde 3-4 tane	60	14,2
	Günde yarım paket	47	11,1
	Günde 1 paket	30	7,1
	Günde 1 paketten fazla	15	3,6
	Bıraktım	37	8,8
Alkol kullanma durumu	Hayır	287	68,0
	Haftada 1-2 kez	122	28,9
	Haftada 4-5 kez ve daha fazla	13	3,1
Günlük tüketilen çay miktarı	Tüketmiyorum	13	3,1
	1-2 bardak	61	14,5
	3-4 bardak	145	34,4
	5 fincan ve üzeri	203	48,0
Günlük tüketilen kahve miktarı	Tüketmiyorum	122	28,9
	1-2 bardak	271	64,2
	3 bardak ve üzeri	29	6,9
Toplam		422	100,0

Katılımcıların obstetrik öyküleri değerlendirilmesinde; normal vajinal yolla doğum sayılarına baktığımızda en fazla yüzdeyle % 35,3'ü 2 defa doğum yaptıklarını, % 14,9'u ise hiç normal vajinal yolla doğum yapmadıklarını ifade ettiler. Sezaryen ile doğum sayılarına bakıldığında % 64,7'si hiç sezaryenle doğum yapmadıklarını, % 24,4'ü ise 1 kez sezaryen olduklarını belirttiler.

Çalışmamıza dahil edilen kadınların % 65,2'si hiç düşük yapmadığını, % 19,4'ü ise 1 düşük yaptığını belirtirken; küretaj sayılarına bakıldığında % 70,6'sı hiç küretaj olmadığını % 20,0'si ise 1 kez küretaj olduğunu belirtti.

Tablo 4. Obstetrik Öykü Değerlendirmesi

Obstetrik Değerlendirme		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Normal doğum sayısı	yok	63	14,9
	1	91	21,6
	2	149	35,3
	3	69	16,4
	4 ve üzeri	50	11,8
Sezaryen ile doğum sayısı	yok	273	64,7
	1	103	24,4
	2	41	9,7
	3	5	1,2
	4 ve üzeri	50	11,8
Düşük(Abortus) sayısı	Düşük yapmadım	275	65,2
	1	82	19,4
	2	39	9,2
	3 ve üzeri	26	6,2
Kürtaj sayısı	Kürtaj olmadım	298	70,6
	1	85	20,1
	2	29	6,9
	3 ve üzeri	10	2,4
İlk doğum yaşı	20 ve altı	135	32,0
	21-25 yaş arası	220	52,1
	26-30 yaş arası	59	14,0
	31-35 yaş arası	8	1,9
Evde doğum yapma durumu	Hayır yapmadım	363	86
	1	32	7,6
	2	18	4,3
	3 ve üzeri	9	2,1

4 kg ve üzeri bebek doğurma durumu	Evet	79	18,7
	Hayır	343	81,3
Doğumla sonuçlanan çoğul gebelik durumu	Yok	396	93,8
	Var	26	6,2
Toplam		422	100,0

Katılımcıların ilk doğum yaşlarına bakıldığında % 32,0'si ≤ 20 yaşta, % 52,1'i 21-25 yaş arası, % 14,0'ı 26-30 yaş arası ve % 1,9'u 31-35 yaş arasında ilk doğumlarını yaptıklarını ifade ettiler.

Evde doğum yapma durumları sorulduğunda % 86'sı hiç evde doğum yapmadığını bildirirken, %7,6'sı 1 kez evde doğum yaptığını, % 4,3'ü 2 kez evde doğum yaptığını, % 2,1'i ise 3 ve daha fazla kez evde doğum yaptığını ifade etti.

İri bebek doğurma öyküleri sorgulandığında % 18,7'si 4kg ve üzeri bebek doğurduğunu ifade etti.

Doğumla sonuçlanan çoğul gebelik durumları sorgulandığında ise sadece % 6,2'si çoğul gebeliğinin olduğunu belirtti.

Katılımcıların obstetrik öykü değerlendirmesi sonuçları Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Operasyon Öyküsü Değerlendirmesi

Operasyon Öyküsü		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Pelvik taban operasyon öyküsü	Hayır	369	87,4
	Jinekolojik	42	10,0
	Ürolojik	2	0,5
	Genel Cerrahi	9	2,1
Batın bölgesi operasyon öyküsü	Hayır	302	71,6
	Jinekolojik	42	10,0
	Ürolojik	3	0,7
	Genel Cerrahi	75	17,8
Toplam		422	100,0

Katılımcıların operasyon öyküsü sorgulandığında % 10,0'u pelvik jinekolojik operasyon geçirdiğini belirtirken, yine jinekolojik batin operasyonu geçiren katılımcıların da oranı % 10,0'du. Genel Cerrahi'de batin operasyonu geçiren katılımcıların oranı ise % 17,8'di.

Tablo 5. Entorolojik Öykü Değerlendirmesi

Enterolojik Öykü		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Kabızlık Durumu	Evet	100	23,7
	Hayır	322	76,3
İstem dışı dışkı kaçırma	Evet	14	3,3
	Hayır	408	96,7
İstem dışı gaz kaçırma	Evet	53	12,6
	Hayır	369	87,4
Basur(Hemoroid) durumu	Evet	89	21,1
	Hayır	333	78,9
Toplam		422	100,0

Araştırmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların % 23,7'si kabızlık yaşadığını, % 3,3'ü istem dışı dışkı kaçırmadan şikayetçi olduğunu, % 12,6'sı istem dışı gaz kaçırmaya şikayetinin olduğunu ve % 21,1'i ise basur(hemoroid) şikayeti olduğunu belirtti.

Katılımcıların entorolojik şikayet sorgulama sonuçları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 6. Enfeksiyon Öyküsü Değerlendirmesi

Enfeksiyon Durumu		SAYI (n)	YÜZDE (%)
İdrar yolu iltihabı geçirme durumu	Hiç	250	50,2
	Yılda 1-2 kez	147	34,8
	Yılda 3 ve üzeri	25	5,9
Vajinit olma durumu	Hiç	279	66,1
	Yılda 1-2 kez	134	31,8
	Yılda 3 ve üzeri	9	2,1
Toplam		422	100,0

İdrar yolu enfeksiyonu sorgulandığında katılımcıların % 50,2'si hiç idrar yolu enfeksiyonu olmadıklarını belirtirken, % 34,8'i yılda 1-2 kez ve % 5,9'u yılda 3≤ kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdiklerini bildirdi.

Vajinit olma durumları sorgulandığında % 66,1'i hiç vajinit olmadığını belirtirken, % 31,8'i yılda 1-2 kez ve % 2,1'i yılda 3≤ kez vajinit olduğunu ifade etti.

Katılımcıların bir yılda geçirdikleri idrar yolu enfeksiyonu ve vajinit durumları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 7. Karınıçi basıncı artıran durumlardan Kronik Öksürük Değerlendirmesi

Karınıçi basıncı artıran durum	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Sürekli öksürük şikayeti olma durumu	43	10,2
	379	89,8
Toplam	422	100,0

Katılımcıların sadece % 10,2'si sürekli öksürük şikayeti olduğunu belirtti.

Karınıçi basıncı artıran durumlardan kronik öksürük değerlendirilmesi Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Kronik Hastalık Öyküsü Değerlendirmesi

Hastalık öyküsü	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Var	61	14,5
DM	107	25,4
HT	108	25,6
Bel fıtığı	11	2,6
Ac hastalığı	58	13,7
Varis	6	1,4
Nörolojik	23	5,5
Demans	54	12,8
Psikiyatrik	73	17,3
Diğer	234	55,5
Toplam	188	44,5
Yok	422	100
Toplam	422	100

Katılımcıların kronik hastalıklar öyküsü sorgulamasında hastalar birden fazla cevabı işaretleyebiliyordu. Kronik hastalığım var diyenler katılımcıların % 55,5'ini oluşturmaktaydı. En yüksek oranla % 25,6'sı bel fıtığı, % 25,4'ü HT ve % 14,5'i DM'i olduğunu ifade etti. (Tablo 7)

Tablo 8. Menapoz Değerlendirmesi

Menapoz Durumu		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Menapoza girdiniz mi?	Evet	214	50,7
	Hayır	208	49,3
Toplam		422	100,0

Araştırmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların % 50,7'si menapoza girdiğini ifade etti. (Tablo 8)

Tablo 9. İlaç Kullanma Durumu Değerlendirmesi

İlaç Durumu	Kullanma	SAYI (n)	YÜZDE (%)
Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Varsa sayısı kaç?	Evet	196	46,4
	(en çok 1 tane	78	18,5
	verilen 3 2 tane	54	12,8
	cevap) 3 tane	41	9,7
	Hayır	226	53,6
Toplam		422	100,0

Katılımcıların ilaç kullanım durumları sorgulandığında % 53,6'sı ilaç kullanmadığını belirtirken, % 18,5'i 1 tane ilaç, % 12,8'i 2 tane ilaç ve % 9,7'si ise 3 tane ilaç içtiğini belirtti. (Tablo 9)

Tablo 10. Üriner İnkontinans Durumu Değerlendirmesi

Üİ sorgulaması		SAYI (n)	YÜZDE (%)
Ailede idrar kaçırın	Evet	102	24,2
yakın olması	(en çok Anne	60	14,2
durumu	verilen 3 Kızkardeş	17	4,0
Ve	cevap) Teyze	7	1,7
Varsa kim	Hayır	219	51,9
	Bilmiyorum	101	23,9
Çocukluk	Evet	35	8,3
döneminde idrar	Hayır	387	91,7
kaçırma durumu			
Çocukluk sonrası	Evet	152	36,0
idrar kaçırma	Üİ olup		
durumu	da	Doktora başvuran	77(%50,5)
(Üİ olanlar)		Doktora başvurmayan	75(49,5)
	Hayır	270	64,0
Toplam		422	100,0

Çalışmamıza dahil edilen kadınların yakınlarında idrar kaçırma durumu sorgulandığında % 24,2'si ailede idrar kaçırın yakınlarının var olduğunu bildirdi. Kim oldukları sorulduğunda ise en fazla anne(% 14,2), kız kardeş(% 4,0) ve teyze(% 1,7) cevabı verildi.

Katılımcıların idrar kaçırma durumları sorgulandığında Üİ'ı olma sıklığı % 36,0 bulundu ve bu kadınların sadece % 50,5'i doktora bu sebeple başvurdıklarını bildirdi.

Hastaların doktora başvurmama sebebi soruldu ve hastalar bu soruya sözel olarak cevap verdiler. En fazla verilen cevaplar şu şekildeydi:

- Gerek duymadım, normal olduğunu düşündüm.
- Fırsat bulamadım.
- Utandım.
- Vakit bulamadım.
- Yeni başladı zaten.

- Az olduğu için önemsemedim, rahatsız olmadım.
- Hastaneye götürecek kimsem yoktu.
- Hastalık olarak düşünmedim, çevremde idrar kaçıran çok var zaten.
- İhmal ettim.
- Daha fazla ilaç içmek istemediğim için.

Bu aşamadan sonra katılımcılar Üİ olanlar ve olmayanlar diye 2 gruba ayrılarak bağımsız değişkenlerle arasındaki ilişkiye bakıldı.

Tablo 11. Üriner İnkontinansın Yaş ve VKİ ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar Ort±SD	Üİ olmayanlar Ort±SD	p değeri
Yaş	≤44 yaş	15(%8,6)	160(%91,4)	<0,001
	45-54 arası	27(%35,5)	49(%64,5)	
	55-64 arası	49(%55,7)	39(%44,3)	
	≥65 yaş	61(%73,5)	22(%26,5)	
VKİ		30,32±4,82	26,07±4,89	<0,001

İdrar kaçıran ve kaçırmayan olguların yaş dağılımı ve VKİ ortalamaları Tablo 11’de görülmektedir. Tablodan görüldüğü gibi ilerleyen yaşla birlikte idrar kaçırmaya oranları artmaktadır. (p<0,001)

İdrar kaçıran olguların VKİ ortalaması 30,32±4,82 iken idrar kaçırmayan olguların VKİ ortalaması 26,07±4,89 bulunmuştur. İdrar kaçıranların VKİ kaçırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. (p<0,001)

Tablo 12. Üriner İnkontinansın Sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Gelir Durumu	1000TL'den az	50(%52,1)	46(%47,9)	0,001
	1001-2000TLarası	62(%31,0)	138(%69,0)	
	2000TL'den fazla	40(%31,7)	86(%68,3)	
Medeni Durum	Evli	107(%32,9)	218(%67,1)	<0,001
	Bekar/eşi vefat etmiş	35(%63,6)	20(%36,4)	
	Boşanmış	10(%23,8)	32(%76,2)	
Yerleşim Yeri	Kırsal Kesim	23(%43,4)	30(%56,6)	0,232
	Şehir Merkezi	129(%35,0)	240(%65,0)	

Gelir düzeyi düşük olan kadınların Üİ oranı gelir düzeyi orta ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$)(Tablo 12).

Üİ ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında Bekar/Eşi vefat etmiş olan grupta Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$)(Tablo 12).

Katılımcıların yaşadığı yerleşim yeri ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,232$)(Tablo 12).

Tablo 13. Üriner İnkontinansın Obstetrik Öykü ile arasındaki ilişki 1

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Normal doğum sayısı	yok	8(%12,7)	55(%87,3)	<0,001
	1	13(%14,3)	78(%85,7)	
	2	53(%35,6)	96(%64,4)	
	3	40(%58,0)	29(%42,0)	
	4 ve üzeri	38(%76,0)	12(%24,0)	
C/S ile doğum sayısı	yok	116(%42,5)	157(%57,5)	0,001
	1	25(%24,3)	78(%75,7)	
	2 ve üzeri	11(%23,9)	35(%76,1)	
Düşük(abortus) sayısı	Yok	62(%22,5)	213(%77,5)	<0,001
	1	40(%48,8)	42(%51,2)	
	2	29(%74,4)	10(%25,6)	
	3 ve üzeri	21(%80,8)	5(%19,2)	
Küretaj sayısı	Yok	90(%30,2)	208(%69,8)	<0,001
	1	36(%42,4)	49(%57,6)	
	2	18(%62,1)	11(%37,9)	
	3 ve üzeri	8(%80,0)	2(%20,0)	

Katılımcıların normal doğum sayısı arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı($p<0,001$)(Tablo 13).

C/S ile doğum sayılarına bakıldığında C/S arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktaydı($p=0,001$)(Tablo 13).

Düşük ve küretaj sayıları arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı($p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 13).

Tablo 14. Üriner İnkontinansın Obstetrik Öykü ile arasındaki ilişki 2

Bağımsız Değişkenler	Gruplar		Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Evde Doğum yapma durumu	Yok		107(%29,5)	256(%70,5)	<0,001
	1		26(%81,3)	6(%18,8)	
	2 ve üzeri		19(%70,0)	8(%30,0)	
Doğumda müdahale durumu	Bilmiyor	Var	54(%51,4)	51(%48,6)	<0,001
		Yok	98(%30,9)	219(%69,1)	
	Müdahale	Var	42(%41,2)	60(%58,8)	0,213
		Yok	110(%34,4)	210(%65,6)	
	Epizyotomi	Var	44(%34,1)	85(%65,9)	0,588
		Yok	108(%36,9)	185(%63,1)	
	Yırtık	Var	37(%67,3)	18(%32,7)	<0,001
		Yok	115(%31,3)	252(%68,7)	
İlk doğum yaşı	20 yaş ve altı		78(%57,8)	57(%42,2)	<0,001
	21-25 yaş		59(%26,8)	161(%73,2)	
	26 yaş ve üzeri		15(%22,4)	52(%77,6)	
4 kg ve üzeri bebek doğurma durumu	Var		50(%63,3)	29(%36,7)	<0,001
	Yok		102(%29,7)	241(%70,3)	
Doğumla sonuçlanan çoğul gebelik durumu	Yok		145(%)	251(%)	0,319
	İkiz		7(%26,9)	19(%73,1)	

Evde doğum yapma ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında evde doğum yapmayanlarda Üİ olma oranı evde doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü($p<0,001$)(Tablo 14).

Doğumda herhangi bir müdahale yapıldığını bilmeyenlerde Üİ oranı daha yüksek bulundu($p<0,001$)(Tablo 14). Doğum esnasında yırtık gelişen kadınlarda Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti($p<0,001$)(Tablo 14).

Epizyotomi yapılması ve doğum esnasında müdahale edilmesi(forceps uygulama, zor doğum vb.) ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p=0,588$, $p=0,213$)(Tablo 14).

Üİ olan kadınların ilk doğum yaşları değerlendirildiğinde ilk doğum yaşı küçüldükçe Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı($p<0,001$)(Tablo 14).

İri bebek doğuran kadınların Üİ oranı iri bebk doğurma öyküsü olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti($p<0,001$)(Tablo 14).

Doğumla sonuçlanan çoğul gebelik öyküsü ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı($p=0,319$)(Tablo 14).

Tablo 15. Üriner İnkontinansın Cerrahi Öykü ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Pelvik taban operasyon öyküsü	Yok	127(%34,4)	242(%65,6)	0,071
	Var	25(%47,2)	28(%52,8)	
Batın bölgesi operasyon öyküsü	Yok	83(%27,5)	219(%72,5)	<0,001
	Jinekolojik ve ürolojik	34(%75,6)	11(%24,4)	
	Genel Cerrahi	35(%46,7)	40(%53,3)	

Katılımcıların geçmiş operasyon öyküsü ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında; pelvik taban operasyonu olanlarda Üİ oranı daha yüksek bulundu ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi($p=0,071$)(Tablo 15). Batın bölgesinden jinekolojik ve ürolojik operasyon geçiren kadınların Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti($p<0,001$)(Tablo 15).

Tablo 16. Üriner İnkontinansın Enterolojik Öykü ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Kabızlık Durumu	Evet	50(%50,0)	50(%50,0)	0,001
	Hayır	102(%31,7)	220(%68,3)	
İstem dışı dışkı kaçıрма	Evet	5(%35,7)	9(%64,3)	0,981
	Hayır	147(%36,0)	261(%64,0)	
İstem dışı gaz kaçıрма	Evet	26(%49,1)	27(%50,9)	0,034
	Hayır	126(%34,1)	243(%65,9)	
Basur(Hemoroid) durumu	Evet	43(%48,3)	46(%51,7)	0,007
	Hayır	109(%32,7)	224(%67,3)	

Karın içi basıncını artıran durumlardan olan kabızlık şikayeti olan kadınların % 50,0'ı Üİ'dan da şikayetçiydi ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı(p=0,001)(Tablo 16). Kabızlıkla birliktrliği yüksek olan Hemoroid olma durumuna bakıldığında ise Hemoroid şikayeti olanlarda Üİ şikayeti de anlamlı olarak yüksekti(p=0,007)(Tablo 16).

İstem dışı dışkı kaçıрма şikayeti olma durumuyla Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı(p=0,981)(Tablo 16). İstem dışı gaz kaçıрма şikayeti olanlarda ise Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti(p=0,034)(Tablo 16).

Tablo 17. Üriner İnkontinansın Enfeksiyon Durumu ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu	Hiç	102(%40,8)	148(%59,2)	<0,001
	Yılda 1-2 kez	31(%21,1)	116(%78,9)	
	Yılda 3-4 kez	19(%76,0)	6(%24,0)	
Vajinit olma durumu	Hiç	121(%43,4)	158(%56,6)	<0,001
	Yılda 1-2 kez	26(%19,4)	108(%80,6)	
	Yılda 3 ve daha fazla	5(%55,6)	4(%44,4)	
Sürekli öksürük şikayeti olma durumu	Evet	29(%67,4)	14(%32,6)	<0,001
	Hayır	123(%32,5)	256(%67,5)	

Katılımcılarda enfeksiyon durumu ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında yılda 3-4 kez idrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınların % 76,0'ı Üİ'dan şikayetçi olurken, yılda 3-4 kez vajinit olan kadınların ise % 55,6'sı Üİ'dan şikayetçi olduğunu bildirdi(p<0,001, p<0,001)(Tablo 17).

Bir enfeksiyon bulgusu olabildiği gibi reflü gibi farklı sebeplere bağlı da gelişebilen ve karın içi basıncını artıran öksürük şikayetleri ile Üİ değerlendirildiğinde, Öksürük şikayeti olan kadınlarda Üİ oranı daha yüksek bulundu(p<0,001)(Tablo 17).

Tablo 18. Üriner İnkontinansın Alışkanlıklarla arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Sigara kullanma durumu	Hayır	107(%45,9)	126(%54,1)	<0,001
	Günde 3-4 tane	17(%28,3)	43(%71,7)	
	Günde yarım paket	6(%12,8)	41(%87,2)	
	Günde 1 paket ve fazlası	5(%11,1)	40 (%88,9)	
	Bıraktım	17(%45,9)	20(%54,1)	
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	138(%48,1)	149(%51,9)	<0,001
	Kullanıyor	14(%10,4)	121(%89,6)	
Günlük tüketilen çay miktarı	Tüketmiyorum	2(%15,4)	11(%84,6)	0,001
	1-2 bardak	32(%52,5)	29(%47,5)	
	3-4 bardak	60(%41,4)	85(%58,6)	
	5 bardak ve üzeri	58(%28,6)	145(%71,4)	
Günlük tüketilen kahve miktarı	Tüketmiyorum	68(%55,7)	54(%44,3)	<0,001
	Tüketiyorum	84(%28,0)	216(%72,0)	

Sigara içmeyen ve sigarayı bırakan katılımcıların Üİ olma oranları içenlere göre daha yüksekti($p<0,001$)(Tablo 18). Alkol kullanmayanlarda Üİ olma oranları daha yüksek bulundu($p<0,001$)(Tablo 18).

Günlük tüketilen çay ve kahve miktarları değerlendirildiğinde; çay tüketmeyenlerde Üİ oranı daha düşükken, 1-2 bardak tüketenlerde Üİ oranı en yüksek bulundu($p<0,001$)(Tablo 18). Kahve tüketmeyenlerde Üİ oranı ise tüketenlere göre daha yüksekti($p<0,001$)(Tablo 18).

Tablo 19. Üriner İnkontinansın Kronik Hastalık Öyküsü ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar	Üİ olmayanlar	p değeri	
		n (%)	n (%)		
Hastalık öyküsü	Var (Birden fazla cevap işaretlene biliyordu)	DM	41(%67,2)	20(%32,8)	<0,001
		HT	68(%63,6)	39(%36,4)	<0,001
		Bel fıtığı	51(%47,2)	57(%52,8)	0,005
		Varis	36(%62,1)	22(%37,9)	<0,001
		Demans	15(%65,2)	8(%34,8)	0,003
		Psikiyatrik	25(%46,3)	29(%53,7)	0,092
		Toplam	120(%51,3)	114(%48,7)	<0,001
	Yok	32(%17,0)	156(%83,0)		

Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında DM'i olanlarda olmayanlara göre Üİ daha yüksekti($p<0,001$)(Tablo 19). HT'u olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksekken, bel fıtığı olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha düşüktü($p<0,001$, $p=0,005$)(Tablo 19).

Varisi olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksekken, demansı olanlarda da olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksek bulundu($p<0,001$, $p=0,003$)(Tablo 19).

Psikiyatrik hastalık olma durumu ile Üİ oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı($p=0,092$)(Tablo 19).

Mevcut hastalığın ne olduğuna bakmaksızın herhangi bir kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksek bulundu($p<0,001$)(Tablo 19).

Tablo 20. Üriner İnkontinansın İlaç kullanımı ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Sürekli kullanılan ilaç Ve Varsa sayısı	Evet*	102(%52,0)	94(%48,0)	<0,001*
	(en 1	28(%35,9)	50(%64,1)	
	çok 2	33(%61,1)	21(%38,9)	
	verilen 3	27(%65,9)	14(%34,1)	
	cevap Hayır*	50(%22,1)	176(%77,9)	

İlaç kullanan kadınlarda Üİ oranı kullanmayanlara göre daha yüksekti($p<0,001$) (Tablo 20).

Tablo 21. Üriner İnkontinansın Menapoz ile arasındaki ilişki

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Menapoza girme durumu	Evet	125(%58,4)	89(%41,6)	<0,001
	Hayır	27(%13,0)	181(%87,0)	

Menapoza giren kadınlarda Üİ oranı girmeyenlere göre % 58,4 ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti($p<0,001$)(Tablo 21).

Tablo 22. İnkontinans Öz ve Soygeçmişine göre Grupların karşılaştırılması

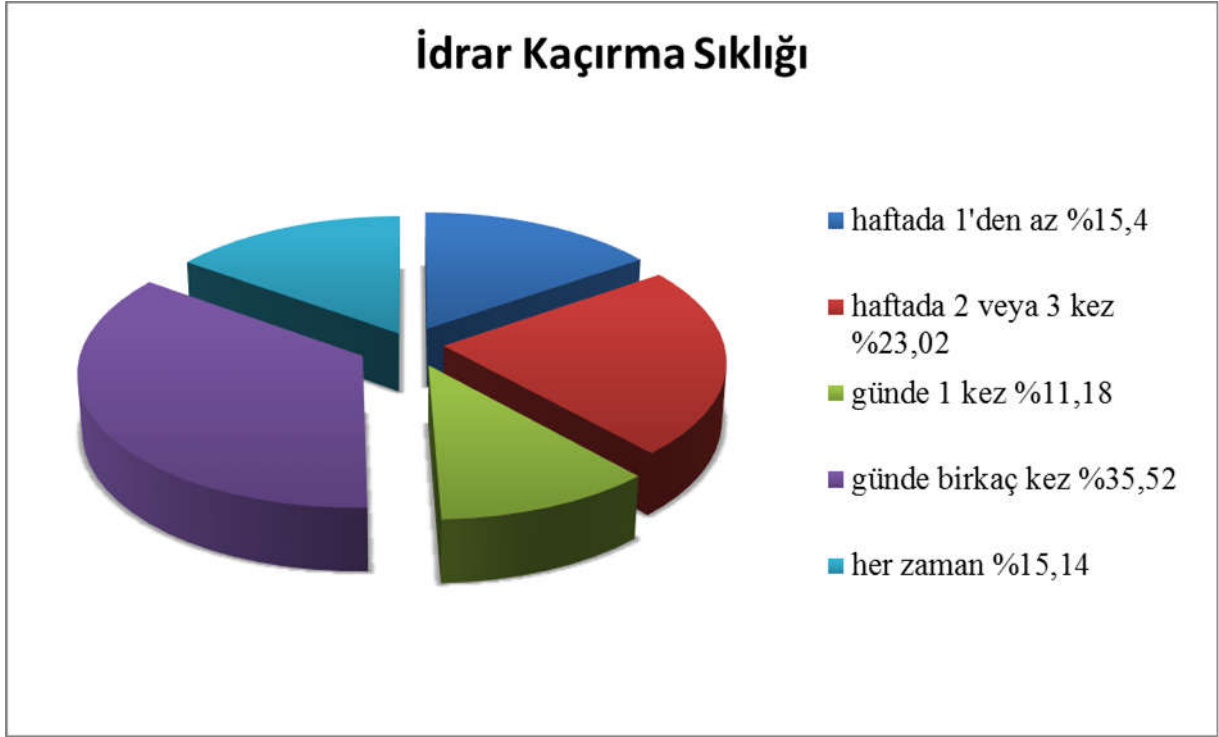
Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Ailede idrar kaçıran yakın olması durumu Ve Varsa kim	Evet*	62(%60,8)	40(%39,2)	<0,001*
	(en Anne	33(%55,0)	27(%45,0)	
	çok verilen Kızkardeş	13(%76,5)	4(%23,5)	
	3 Teyze	3(%42,9)	4(%57,1)	
	cevap			
	Hayır*	40(%18,3)	179(%81,7)	
	Bilmiyorum*	50(%49,5)	51(%50,5)	
Çocukluk döneminde idrar kaçırmama durumu	Evet	14(%40,0)	21(%60,0)	0,608
	Hayır	138(%35,7)	249(%64,3)	

Katılımcılardan ailesinde idrar kaçıran yakını olanlarda Üİ oranı olmayanlara göre daha yüksekti($p<0,001$)(Tablo 22). Ancak çocukluk döneminde idrar kaçırmama durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı($p=0,608$)(Tablo 22).

Tablo 23. ICIQ-SF İdrar kaçırmama ölçeği dağılımı

ICIQ-SF ANKETİ	Min-Max	Ort±SD
DAĞILIMI		
İdrar kaçırmamanın günlük yaşama etkisi	0-10	6,26±2,80
ICIQ-SF Toplam Skor	4-20	12,20±4,71

ICIQ-SF idrar kaçırmama anketinde Üİ'nin günlük yaşama etkisi değerlendirildi. İdrar kaçırmamanın günlük yaşama etkisi ortalama puanları 6,26±2,80(min=0, max=10) olarak ortalamanın üstündeydi. ICIQ-SF toplam skorlarının alınan ortalaması ise 12,20±4,71(min=4, max=20) yine ortalamanın üstünde bulundu(Tablo 23).



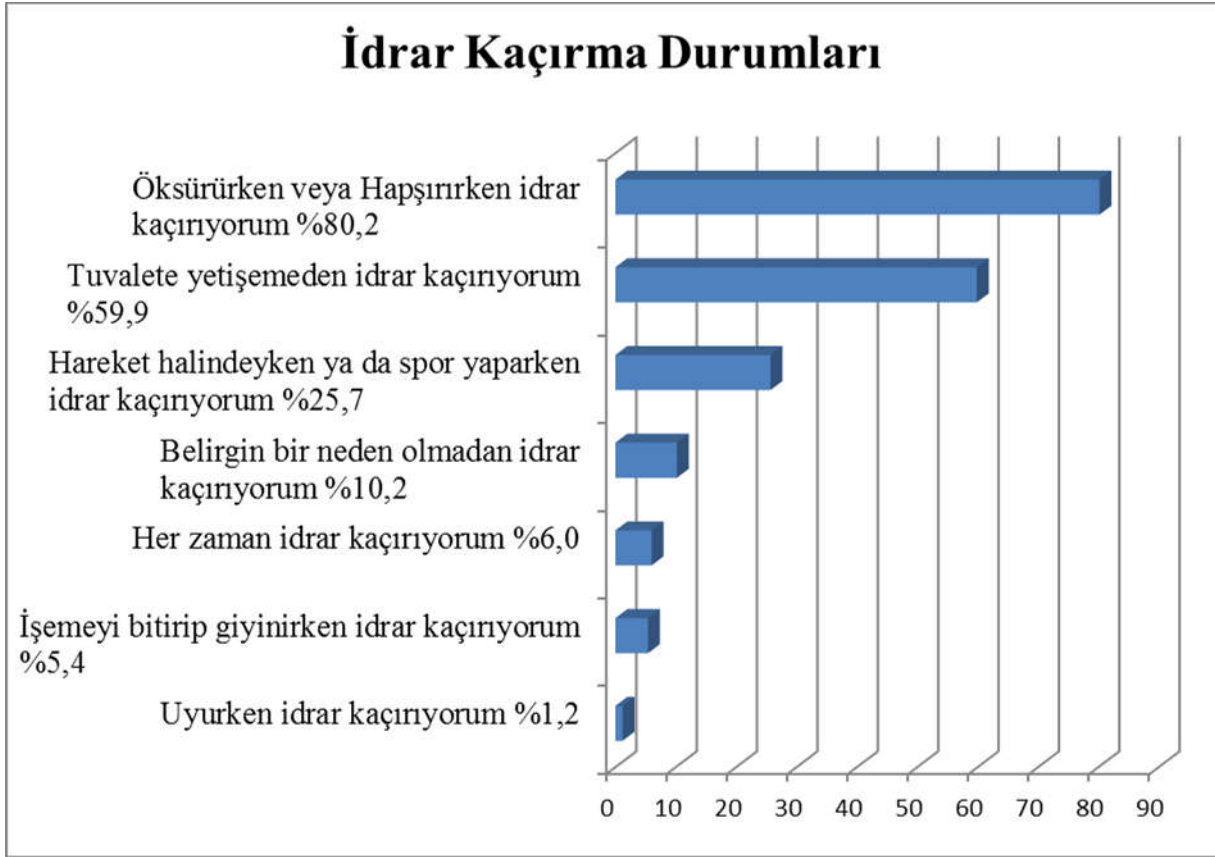
Şekil 1. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma sıklığı

ICIQ-SF anketine göre belirlenen idrar kaçırma sıklığına göre katılımcılar en fazla % 35,52 ile günde birkaç kez idrar kaçırdıklarını belirttiler. % 23,02 ile haftada 2 veya 3 kez , % 15,40 haftada 1'den az , % 15,14 her zaman ve % 11,18 günde 1 kez idrar kaçırdıklarını ifade ettiler(Şekil 1).



Şekil 2. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma miktarı

ICIQ-SF anketine göre belirlenen idrar kaçırma miktarlarına bakıldığında Üİ'lı kadınların %58,1'i az miktarda , % 34,1'i orta derecede ve % 7,8'i çok miktarda idrar kaçırdıklarını ifade ettiler(Şekil 2).



Şekil 3. ICIQ-SF anketine göre katılımcıların idrar kaçırma durumları

Katılımcıların hangi durumlarda idrar kaçırdıkları Şekil 3’de verilmiştir. En fazla % 80,2 ile öksürürken veya hapşururken idrar kaçırdıklarını belirttiler. En düşük ise % 1,2 ile uyurken idrar kaçırdıklarını ifade ettiler(Şekil 3).

Tablo 24. FSFI Cinsel Fonksiyon Değerlendirme ölçeği dağılımı

Cinsel Fonksiyon Değerlendirmesi	Üİ olanlar n (%)	Üİ olmayanlar n (%)	p değeri
Cinsel Fonksiyonu kötü(<23)	119(%78,3)	137(%50,7)	<0,001
Cinsel Fonksiyonu orta(23-29)	24(%15,8)	63(%23,3)	
Cinsel Fonksiyonu iyi(>29)	9(%5,9)	70(%25,9)	
Toplam	152(%100)	270(%100)	

Üİ olan kadınların FSFI cinsel fonksiyon değerlendirme ölçeğine verdikleri cevaplara göre % 78,3'ünün cinsel fonksiyonu kötü, % 15,8'inin cinsel fonksiyonu orta ve sadece % 5,9'unun cinsel fonksiyonu iyi sınıftaydı. Üİ olmayan katılımcıların ise % 50,7'si cinsel fonksiyonu iyi, % 23,3'ünün cinsel fonksiyonu orta ve % 25,9'unun cinsel fonksiyonu iyiydi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeydeydi($p<0,001$)(Tablo 24).

Tablo 25. FSFI Alt ölçek ortalama puanları dağılımı

FSFI alt ölçek ort puanları	Üİ olanlar Ort±SD	Üİ olmayanlar Ort±SD	p değeri
İstek	1,77±1,05	3,04±1,35	<0,001
Uyarılma	1,22±1,78	2,77±2,09	<0,001
Lubrikasyon	1,53±2,23	3,18±2,41	<0,001
Orgazm	1,47±2,17	3,13±2,35	<0,001
Doyum	4,35±1,53	4,38±1,50	0,804
Ağrı	1,69±2,39	3,40±2,54	<0,001
FSFI Toplam Skor	12,04±9,42	19,92±10,64	<0,001

FSFI cinsel fonksiyon alt ölçekler değerlendirildiğinde İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm ve Ağrı alt ölçek puan ortalamaları Üİ olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$)(Tablo 25). Doyum alt ölçek puan ortalamalarında ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu($p=0,804$)(Tablo 25).

Tablo 26. EORTC-QLQ C30 Version 3.0 Skorları dağılımı

EORTC-QLQ C30 Version 3.0 Skorları	Üİ olanlar Ort±SD	Üİ olmayanlar Ort±SD	p değeri
Genel Sağlık Skoru	55,48±24,09	65,21±22,11	<0,001
Fonksiyonel Skor	2,67±18,07	8,93±16,09	<0,001
Semptom Skoru	26,88±16,67	20,99±11,20	<0,001
Sosyal Fonksiyon Skoru	82,12±25,59	80,18±28,44	0,486
Yorgunluk Skoru	47,14±23,95	41,93±21,02	0,021

Olguların EORTC-QLQ C30(version 3.0) ölçek skorlarına bakıldığında Üİ olanların Genel sağlık durumu skoru ortalaması $55,48 \pm 24,09$ (min = 0,00 ve max = 100,00) iken Üİ olmayanların Genel sağlık durumu skoru ortalaması $65,21 \pm 22,11$ (min = 0,00 ve max = 100,00) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yani Üİ olanların genel sağlık değerlendirmeleri daha kötüydü($p<0,001$)(Tablo 26).

Gruplar arasında Semptom ve Yorgunluk Skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı($p<0,001$, $p<<0,001$, $p=0,021$)(Tablo 26). Her ikisinde de Üİ olanların yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha kötü olarak yorumlanabilir. Sosyal Fonksiyon Skorlarına bakıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu($p=0,486$)(Tablo 26).

5.TARTIŞMA

İstemsiz idrar kaçırmaya olarak tanımlanan Üriner İnkontinans(Üİ) kadınlarda yaygın olarak görülür ve yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olan tıbbi bir sorun olmanın yanında sosyal olumsuzluklara da yol açar. Sonuç olarak sosyal ilişkilerin bölünmesine, utanma ve hayal kırıklığına bağlı psikolojik sıkıntılara ve üriner enfeksiyonlara bağlı hastaneye yatışlara sebep olabilir(4).

Üriner inkontinans doğrudan kadın yaşamını tehdit etmemesine rağmen, kadının aile içi ve sosyal yaşantısını fiziksel ve psikolojik yönden önemli derecede etkileyen çok yönlü bir durumdur. Yaşanan rahatsızlığa bağlı olarak kadınlar çeşitli sorunlar yaşayabilmekte; kendine olan güvenleri azalmakta, kendilerini bir başkasına bağımlı olarak görmekte, günlük ev ve iş aktiviteleri, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkileri bozulabilmektedir(5).

Üriner İnkontinans kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinsten de yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir. Çeşitli araştırmaların sonucuna göre kadınlarda Üriner İnkontinans sıklığı geniş bir aralıkta yer almaktadır. Genel Üriner İnkontinans sıklığının % 3 dolayında bulunduğu araştırmalar olduğu gibi, % 55 rapor eden araştırmalar da vardır. Hatta bu oran huzurevinde kalan yaşlılarda % 60-70'i bulmuştur(7-9).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 18 ve üzeri yaş grubu kadınlarda, genel üriner inkontinans sıklığı %23,9 bulunmuştur(10). Çiftçi ve ark.’larının yaptığı 260 kişinin katıldığı bir diğer araştırmada Üİ sıklığı % 36,6 iken bu kadınların % 33,5’inde SÜİ, %26,8’inde UÜİ ve % 23,7’sinde MÜİ vardır(3). Terzi ve ark ise 18 yaş üstü 555 kadınla yaptıkları çalışmada Üİ sıklığını %44,8 olarak belirlemişlerdir(4). Yine Özkan ve ark.’larının 462 reproduktif çağıdaki kadın üzerinde yaptıkları araştırmada ise Üİ prevalansı % 31,4 bulunmuş olup, bu kadınların % 57’sinde SÜİ, % 34’ünde UÜİ ve % 9’unda MÜİ tespit edilmiştir(7). Ardila’nın 2015’de İspanya’da 30 yaş üzeri 289 kadında yaptığı bir çalışmada Üİ prevalansı % 62,2 olarak bulunmuştur(40).

Biz yapmış olduğumuz bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir sebeple başvuran en az bir doğum yapmış 422 kadında Üİ sıklığını % 36,0 olarak saptadık. Bu oran toplum kökenli çalışmalarla paralellik göstermekte olup yapılan araştırmalara geçmişten yakın tarihe doğru bakıldığında Üİ sıklığının giderek arttığı gözlenmektedir. Bu durumun yaşlı nüfusun artmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir(10-11).

Yapılan çalışmalarda Üİ sıklığının yaş arttıkça arttığı gösterilmiştir. Daha çok ileri yaş rahatsızlığı olarak görülse de genç yaşta ki kadınlarda da görülebilmektedir. Terzi ve ark. yaptığı çalışmada 18-40 yaş arası Üİ prevalansı %22,3, 40 yaş üzeri %70,3 olarak tespit

edilmiştir(4). Sensoy ve ark. 20-80 yaş arası 1050 kadında yapmış olduğu çalışmada da yaş arttıkça Üİ prevelansının da arttığı gösterilmiştir(105). Liu ve ark. 20-100 yaş arası kadınlarda yapmış olduğu Üİ prevelans çalışmasında yaşla birlikte üriner inkontinans sıklığının arttığı gösterilmiştir(124). Özkan ve ark. yapmış olduğu çalışmada 17-30 yaş arası Üİ prevelansı %23,9, 31-45 yaş arası %32,9 ve 45 yaş üzeri kadınlarda ise %58,1 olarak gösterilmiştir(7).

Biz yaş aralıklarını Türkiye'deki kadınların menapoz ortalaması ve yaşlılık sınırını baz alarak sınıflandırdık. Buna göre çalışmamızda yaş aralıklarına göre Üİ sıklığına baktığımızda ≤ 44 yaş altında %8,6, 45-54 yaş arasında % 35,5, 55-64 yaş arası % 55,7 iken ≥ 65 yaş üzerinde Üİ sıklığı % 73,5 olarak saptadık. Benzer çalışmalara paralel olarak bizim araştırmamızda da yaş arttıkça Üİ prevelansı artmaktadır. Özellikle 55 yaş üzerinde kadınların yarısından fazlası Üİ'dan şikayetçi denilebilir.

Literatürde çok sayıdaki araştırma VKİ yüksek olan kadınlarda Üİ sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırmada BKİ 18.5-25.0 aralığında olan normal kilolu kadınlarda Üİ sıklığı % 29 iken, 30'un üzerinde olanlarda ise %62.3 olarak tespit edilmiştir(4). Yine Özkan ve ark. da VKİ 18.5-25.0 aralığında olan normal kilolu kadınlarda Üİ sıklığını %24,6, 26-30 arasında %35 ve VKİ 30'un üzerinde olan morbid obezlerde ise Üİ sıklığını %47,9 olarak bulmuşlardır(7). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde idrar kaçırıcı olguların VKİ ortalaması $30,32 \pm 4,82$ iken idrar kaçırmayan olguların VKİ ortalaması $26,07 \pm 4,89$ bulunmuştur. İdrar kaçırıcıların VKİ kaçırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir($p < 0,001$).

Kwon ve ark. yapmış olduğu araştırmada gelir düzeyi ile Üİ oranları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını söylemişlerdir(120). Yine Korur A. çalışmasında gelir düzeyi ile Üİ arasında anlamlı ilişki saptamamıştır(125).

Bizim çalışmamızda bunlardan farklı olarak gelir düzeyi orta olan kadınların Üİ oranı gelir düzeyi düşük ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,001$).

Sensoy ve ark. yapmış olduğu çalışmada boşanmış/dul olanlarda idrar kaçırıcıların yüzdesini kaçırmayanlara göre daha yüksek bulmuşlardır. Üİ oranını ise en yüksek evli grupta tespit etmişlerdir(105).

Yapılan çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızda da Üİ ile medeni durum arasındaki ilişkiye bakıldığında 'Bekar/Eşi vefat etmiş' olan grupta Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$)(Tablo 12). Bu grupta Üİ sıklığının yüksek olması eşi vefat etmiş ileri yaş kadınların çoğunluğunun bu grupta olduğunu

düşündürmektedir. Yaşla birlikte Üİ sıklığının arttığı bilinmektedir. Dolayısıyla ‘Bekar/Eşi vefat etmiş’ grupta da Üİ’nin sıklığının yüksek olması beklenebilir bir durumdur.

Çiftçi ve ark. yaptığı çalışmada kentsel yerleşimli olanlarda Üİ sıklığını anlamlı düzeyde yüksek bulmuşlardır(3). Ancak Korur A. Araştırmasında yerleşim yeri ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir(125).

Kentsel yerleşimli kadınlarda belirgin risk faktörlerinden zor doğum, evde doğum ve çok doğum sayısı daha az görülen bir durumdur. Böyle düşünüldüğünde kırsal kesimde Üİ sıklığının daha fazla olması beklenilebilir. Ancak araştırmaların daha çok şehir merkezleri ve merkezi ilçelerde yapılması bu konuda yeterli bilgi toplanılamamasına sebep olmaktadır. Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaşadığı yerleşim yeri ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum daha çok kırsal kesimde yaşayan katılımcıların sayısının belirgin düzeyde düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Vajinal doğum pelvik üretral dokuya hasar verdiğinden Üİ için risk faktörü olduğu kabul edilen bir durumdur. Yapılan araştırmalar doğumun Üİ için belirgin risk faktörü olduğunu kanıtlar niteliktedir(125). Terzi ve ark. araştırmasında doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının arttığını göstermiştir(4). Ardila’nın yapmış olduğu araştırmada gebelik sayısı arttıkça Üİ sıklığı artmakta olup yine aynı şekilde en az bir normal vajinal yolla doğum yapanlarda, hiç doğum yapmayanlara ve sezaryenle doğum yapanlara göre Üİ sıklığı daha yüksek raporlanmıştır(40). Özkan ve ark. da normal vajinal yolla doğum ve sezaryenle birlikte normal vajinal yolla doğum yapanlarda nulliparlara göre Üİ riskinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir(7). Yine yapılan bir başka araştırmada da normal doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının arttığı, doğum şekillerinden de normal vajinal yolla doğumun hiç doğum yapmamışlara ve sezaryenle doğum yapmışlara göre Üİ’nin ciddi farkla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir(51). Yapılan bazı çalışmalarda sezaryen ile doğumun stres tip idrar kaçırmaya karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu da bildirilmiştir(125).

Bizim popülasyonumuzda da katılımcıların normal doğum sayısı arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı. Biz de normal vajinal yolla doğum yapanlarda C/S ile doğum yapanlara göre Üİ sıklığının daha fazla olduğunu tespit ettik. C/S ile doğum sayılarına bakıldığında C/S arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktaydı.

Düşük ve küretaj ile Üİ arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı araştırmalar arada anlamlı ilişki gösterirken bazıları aralarında ilişki olmadığını söylemişlerdir. Sensoy ve ark. yaptıkları araştırmada düşük yapan veya küretaj olan kadınlarda Üİ sıklığının daha fazla olduğunu ifade ederken, Çiftçi ve ark aralarında anlamlı bir ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir(105,3).

Bizim popülasyonumuza baktığımızda ise düşük ve küretaj sayıları arttıkça Üİ oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı. Gebelikler doğum ile sonuçlanmasa bile hormonal dengeyi değiştirdiğinden, bu durumun pelvik kas ve bağlarda oluşturduğu relaksasyon ile Üİ’ a sebep olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Yapılan birçok çalışma uzun ve zor doğum eyleminin, doğum esnasında epizyotomi açılmasının, normal vajinal doğum esnasında gelişebilecek komplikasyonların, çoğul veya kilolu bebek doğumu gibi obstetrik travmaların Üİ gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir(125). Çiftçi ve ark. Üİ ile zor doğum eylemi arasında ilişki saptayamadıklarını belirtmişlerdir(3). Korur A. evde doğum yapma, epizyotomi açılması, forseps ve vakum uygulama ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ifade etmişlerdir(125).

Biz çalışmamızda evde doğum yapma ve doğum esnasında yırtık gelişmesinin Üİ gelişimine etkisi olduğunu saptadık. Doğum sırasında müdahale edilmesi(forseps uygulama, zor doğum vb.) ve epizyotomi açılması ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki saptayamadık. Özellikle ileri yaş kadınlarda doğum eylemleri unutulmuş olaylar olduğu ve bilgi edinme yolu subjektif değerlendirme ile olduğundan, zor doğum eyleminin ve doğum esnasındaki müdahalenin Üİ’ a etki ettiği beklenen bir durum olmasına rağmen bizim araştırmamızda ilişki saptayamamamızın nedeni olabilir. Diğer taraftan yeni yayınlarda ilişki gösterilememesinin bir diğer nedeni artık gelişen teknoloji ile zor doğum gibi durumların pek karşılaşılmayan durumlar olması olabilir.

Sensoy ve ark. ilk doğum yaşı küçüldükçe Üİ sıklığının arttığını özellikle 20 yaş altında Üİ sıklığının % 49’ la çok yüksek olduğunu belirtmiştir(105). Korur A. İlk doğum yaşı ile Üİ arasındaki ilişkiye bakmış ve 20 yaş altı doğum yapan kadınlarda Üİ sıklığını daha yüksek bulmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı görememiştir(125).

Bizim çalışmamızda ise ilk doğum yaşı küçüldükçe Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktaydı. Bu durumun erken yaşta çocuk doğuran kadınlarda pelvik yapıların daha erken travmaya bağlı değişikliklere maruz kalmasına bağlı olabileceğini düşünüyoruz. Aynı zamanda erken yaşta doğum yapan kadınların genellikle doğum sayılarının da fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Yapılan bazı çalışmalar ikiz veya kilolu bebek doğumu gibi obstetrik travmalara yol açabilecek durumların idrar kaçırma da rol oynadığını göstermektedir. Bu araştırmalardan bir tanesi Korur A.’nın yaptığı Üİ prevelans çalışmasıdır. Bu çalışmada 4kg üzeri bebek doğuran kadınlarda Üİ sıklığının arttığı gösterilmiştir. Buna karşılık çoğul gebelik öyküsü ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir(125). Yine Sensoy ve ark. iri bebek doğuran kadınlarda Üİ sıklığının daha yüksek olduğunu, iri bebek doğurmanın Üİ için bir risk faktörü

olduğunu belirtmişlerdir(105). Ancak Ardila ve ark. yaptığı araştırmada 3 kg altında doğum yapan, 3-4 kg arasında doğum yapan ve 4 kg üzeri doğum yapan kadınları karşılaştırdıklarında Üİ açısından anlamlı bir fark olmadığını söylemişlerdir(40). Bilgili ve ark. ile Çiftçi ve ark. da iri bebek doğurma ile Üİ arasında ilişki olmadığını ifade etmişlerdir(3,126).

Bizim çalışmamızda ise iri bebek doğuran kadınların Üİ oranı iri bebek doğurma öyküsü olmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Ancak biz de doğumla sonuçlanan çoğul gebelik öyküsü ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu durumun doğumla sonuçlanan çoğul gebelik öyküsü olan katılımcıların sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Korur A. Geçirilmiş operasyon ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir(125). Sensoy ve ark. operasyon öyküsü olarak sadece histerektomi sorgulamış ve histerektomi geçiren kadınlarda Üİ sıklığını yüksek bulmuştur(105).

Bizim çalışmamızda da katılımcıların geçmiş operasyon öyküsü ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında; pelvik taban operasyonu ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Batın bölgesinden sezaryen dışı jinekolojik ve ürolojik operasyon geçiren kadınların Üİ oranları ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bu sıklığın yüksek bulunması Üİ sebebiyle de ürolojik operasyon geçiren kadınların sıklığı yükseltmiş olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Bir çok araştırmada karın içi basıncı artıran durumlardan olan kabızlığın mesane içi basıncı artırmasına bağlı olarak Üİ'nin risk faktörlerinden olduğu gösterilmiştir. Sensoy ve ark. yapmış oldukları araştırmada konstipasyonu olan kişilerde Üİ sıklığını %54,1 ile anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır(105). Çiftçi ve ark. da benzer şekilde kabızlığı olan kadınların %49,5'inde Üİ olduğunu gösterip, aralarındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır(3). Liu ve ark.'da benzer şekilde konstipasyon olan kadınlarda Üİ sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermişlerdir(124).

Bizim çalışmamızda da karın içi basıncını artıran durumlardan olan kabızlık şikayeti olan kadınların % 50,0'ı Üİ'dan da şikayetçiydi ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Kabızlıkla birlikteliği yüksek olan hemoroid olma durumuna bakıldığında ise hemoroid şikayeti olanlarda Üİ şikayeti de anlamlı olarak yüksekti.

Birçok araştırma istemsiz dışkı ve gaz kaçırma ile Üİ birlikteliğini göstermiştir. Korur A. yaptığı araştırmada istemsiz dışkı kaçırma ve istemsiz gaz kaçırma ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir(125).

Bizim araştırmamızda ise istem dışı dışkı kaırma şikayeti olma durumuyla Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bu durumun istem dışı dışkı kaırıcı katılımcı sayısının azlığından kaynaklandığı düşünölmektedir. İstem dışı gaz kaırma şikayeti olanlarda ise Üİ oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Yaşla birlikte pelvik kas yapısının bozulması ve yeterli çalışmamasına bağlı olarak bu iki durumun birlikteliği beklenen bir durumdur.

İdrar yolu enfeksiyonu geçici olarak Üİ'a yol açan etmenlerden biridir.Yapılan bir araştırmada tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonunun Üİ riskini 2 kat artırdığı gösterilmiştir(10). Yine Korur A. alışmasında idrar yolu enfeksiyonu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki saptadığını ancak vajinit ile arasında bir ilişki saptamadığını ifade etmiştir(125). Işıklı ve ark. da sık idrar yolu enfeksiyonu geçirenlerde Üİ sıklığını anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmişlerdir(51).

Bizim alışmamızda da katılımcılarda enfeksiyon durumu ile Üİ arasındaki ilişkiye bakıldığında yılda 3-4 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirenlerde Üİ sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde yılda 3-4 kez vajinit olan kadınların da anlamlı düzeyde yüksek bir oranı Üİ'dan şikayetçi olarak bulunmuştur. İdrar yolu enfeksiyonunun Üİ'a yol açtığı bilinen ve beklenen bir durumdur. Vajinitle Üİ birlikteliğinde ise Üİ'ın da vajinite yol açabileceği de düşünölmektedir.

Kronik öksürük mesane basıncını artırıp, üretral sfinkter mekanizmasında yetmezlige neden olarak Üİ'a zemin hazırlamaktadır. Korur A. yapmış olduğu çalışmasında öksürük ile Üİ arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptamıştır(125). Benzer şekilde yapılan diğer bir araştırmada da öksürük şikayeti olanlarda Üİ sıklığı daha yüksek bulunmuştur(105).

Yapmış olduğumuz bu çalışmada da öksürük şikayeti olan kadınlarda Üİ oranı daha yüksek bulundu. Bu durum karın içi basıncın artması sonucu oluşan beklenen bir durumdu.

Sigara kullanımı ile kollajen sentezinin bozulması ve ayrıca kronik öksürük yaparak karın içi basıncın artması sonucu Üİ'a yol açtığı yapılan araştırmalarla gösterilse de, halen bazı araştırmalar sigara ve alkol kullanımı ile Üİ arasında ilişki olduğunu söylerken, bazı araştırmalar ise aralarında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Bu konuda hala zıt düşünceler birbirini takip etmektedir. Koçak ve ark. alışmalarında sigara ve alkol kullanımı ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki gösterememişlerdir(10). Korur A.'nın da çalışmasında aynı şekilde sigara ve alkol ile Üİ ilişkisi gösterilememiş olup bunun o popölasyondaki sigara ve alkol kullanımı oranının çok düşük olmasından kaynaklanabileceğini düşündüklerini belirtmiştir(125).

Bizim çalışmamızda ise sigara içenlerde, içmeyenlere ve bırakanlara oranla Üİ sıklığı daha yüksekti. Aynı şekilde alkol kullanmayanlarda Üİ olma oranları daha yüksek bulundu. Bu durumun ileri yaşlarda Üİ sıklığı daha yüksekken, buna karşılık sigara ve alkol kullanım oranlarının daha düşük olmasına bağlı olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca bu durum bizim popülasyonumuzda sigara ve alkol kullanım oranının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çay ve özellikle kahve alımı idrar yapma ihtiyacını artırdığından urgensiye sebep olur. Üİ'a sebep olmasından daha çok mevcut Üİ'in bulgularını artıran faktörler olarak görülmektedir(3). Baek ve ark. yapmış oldukları çalışmada fazla kahve tüketen Kore'li kadınlarda Üİ prevelansını daha yüksek bulmuşlardır(127). Akkus ve Pinar yapmış oldukları araştırmada kafein ve Üİ arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir(128). Gleason ve ark. günlük 204 mg ve üzerinde kafein tüketiminin Üİ'ı yaklaşık bir buçuk kat artırdığını söylemişlerdir(129).

Bizim çalışmamızda günlük tüketilen çay ve kahve miktarları değerlendirildiğinde; çay tüketmeyenlerde Üİ oranı daha düşükken, 1-2 bardak tüketenlerde Üİ oranı en yüksek bulundu. Kahve tüketmeyenlerde ise Üİ sıklığı tüketenlere göre daha yüksekti. Bu farklılığın ileri yaşlardaki kadınların ek kronik hastalıkları sebebiyle çay ve kahveyi daha az tüketmelerinden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz. Bizim çalışmamıza paralel olarak Townsend ve ark. 21,564 kadını dahil ederek yaptıkları çalışmada uzun süreli kafein tüketimi ile Üİ arasında ilişki bulamadıklarını, bu durumun popülasyonlarındaki kahve tüketiminin az olmasına ve Üİ düzeylerinin orta düzey olmasına bağladıklarını belirtmişlerdir(130).

Diyabetes Mellitusa bağlı nöropatiden dolayı detrusor aktivitesinde azalma, osmotik diürezis ve hipo veya hiperglisemilerin tetiklediği mental durumda değişikliklerin olması sonucu Üİ gelişebilir(39). Koçak ve ark. DM ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulamadıklarını ifade etmişlerdir(10). Liu ve ark. diğer etkileyecek faktörler dışlandığında tek başına DM'in Üİ'ı 1,6 kat artırdığını önemli bir risk faktörü olduğunu söylemişlerdir(124). Çiftçi ve ark. DM'li kadınlarda Üİ sıklığını anlamlı düzeyde daha yüksek bulduklarını ifade etmişlerdir(3). Kwon ve ark. DM ile Üİ arasında ilişki tespit edemediklerini bunun sebebinin Üİ'in alt tiplerinin analize dahil edilmemesine bağladıklarını ifade etmişlerdir(120).

Biz çalışmamızda ise DM'i olanlarda olmayanlara göre Üİ anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bu durum kaynaklara göre beklenen bir sonuçtu.

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetirken, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine sebep olmaktadır. HT'a bağlı Üİ olgusu literatürde belirtilmemiştir. Ancak HT tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı oluşabileceği bildirilmiştir(33). Kwon ve ark. yapmış oldukları araştırmada HT ile Üİ

arasında ilişki olmadığını, bu durumu Üİ'nin tiplendirilerek analiz edilmemesine bağladıklarını ifade etmişlerdir(120). Koçak ve ark. HT'un Üİ için bir risk faktörü olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durumun sebebini bilmediklerini HT'a bağlı ilaç kullanımından kaynaklanabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir(10).

Bizim çalışmamızda da HT'u olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksekti. Bu durumun HT'a bağlı kullanılan ilaçlara bağlı oluşabileceğini düşünüyoruz. Bizim çalışmamızla paralel doğrultuda HT'un Üİ için risk faktörü olduğunu destekleyen başka çalışmalar da vardır(125,131-133). Yine beklendiği gibi bizim çalışmamızda mevcut hastalığın ne olduğuna bakmaksızın herhangi bir kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre Üİ oranları daha yüksek bulundu.

Bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak mesane içi basınç artışı, mesane çıkımında direnç düşüşü ve poliüri gelişebilir ve bunlara bağlı Üİ oluşabilir, mevcut olan Üİ ilerleyebilir(134). Korur A. çalışmasında ilaç kullanımı ile idrar kaçırma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu söylemiştir(125).

Bizim çalışmamızda da ilaç kullanan kadınlarda Üİ oranı kullanmayanlara göre daha yüksekti. Bu durumu ilaçların yan etki mekanizmalarına bağlı olabileceğini düşündük.

Yapılan bir çok çalışma postmenapozal kadınlarda idrar kaçırma şikayetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumun da düşük kan östrojen seviyesiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir(51). Terzi ve ark. menapozla giren kadınlarda Üİ sıklığını % 78,8 ile anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır(4). Sensoy ve ark. da menapozla Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu söylemişlerdir(105).

Biz de çalışmamızda menapozla giren kadınlarda Üİ oranını girmeyenlere göre %58,4 ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Bu durumun östrojen seviyesinin düşmesiyle beraber aynı zamanda ileri yaştaki Üİ sıklığının özellikle Türkiye'deki ortalama menapoz yaşı olan 45 yaş üstünde yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşündük.

Ailede birinci ve ikinci derece akrabalarda Üİ varlığı yapısal ve fonksiyonel benzerliklere bağlı olarak idrar kaçırma riskini artırmaktadır(41-42). Sensoy ve ark. yapmış oldukları çalışmada ailede idrar kaçırma varlığında Üİ sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu göstermişlerdir(105). Akkus ve Pinar çalışmalarında ailede Üİ öyküsünün Üİ'ı 4,5 kat artırdığını söylemişlerdir(128).

Bizim çalışmamızda katılımcılardan ailesinde idrar kaçıran yakını olanlarda Üİ oranı olmayanlara göre daha yüksekti. Bu durumun aile bireylerinde pelvik kas yapılarının, hijyenik alışkanlıklar ve eğitim durumunun benzer olmasından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Yapılan çok sayıdaki araştırma çocukluk çağında görülen nokturnal enürezis ile Üİ arasında korelasyon olduğunu göstermektedir(135). Abdelwahab ve ark. nokturnal enürezis ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu özellikle de mixt tip Üİ'nin riskini artırdığını söylemişlerdir(136). Koçak ve ark. da nokturnal enürezis ile Üİ arasında bir ilişki bulduklarını belirtmişler ancak sebebinin tam olarak bilinmediğini ifade etmişlerdir(10). Korur A. çalışmasında nokturnal enürezis ile Üİ arasında bir ilişki olmadığını ifade etmiştir(125).

Bizim çalışmamızda da çocukluk döneminde idrar kaçırma durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu durumun nokturnal enürezis şikayeti olan katılımcı sayısının az olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Koçak ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada kadınların idrar kaçırma sıklığına baktığımızda; %45.9' unda haftada birden az, %17.4' ünde haftada iki veya üç kez, %9.9'unda günde bir kez, % 13.2' sinde günde birkaç kez ve %13.6' sında ise her zaman idrar kaçırmanın olduğu tespit edilmiştir. idrar kaçırmanın şiddeti incelendiğinde; %79.8' inde hafif, %15.7' sinde orta şiddette ve %4.5' inde de şiddetli idrar kaçırmanın olduğu saptanmıştır(10). Korur A. yapmış olduğu çalışmada popülasyonunun %54.2' sinde haftada birden az, %24.5' inde haftada iki veya üç kez, %11.5' inde günde bir kez, %7.8' inde günde birkaç kez ve %2.1' inde ise her zaman idrar kaçırmanın olduğunu; idrar kaçırma şiddeti açısından ise %73.4' ünde hafif, %21.9' unda orta derecede ve %4.7' sinde şiddetli idrar kaçırmanın olduğunu ifade etmiştir(125).

Yaptığımız çalışmada katılımcıların en fazla oranla % 35,52'sinin günde birkaç kez idrar kaçırdıklarını , % 23,02'sinin haftada iki veya üç kez , % 15,40'ının haftada birden az , % 15,14'ünün her zaman ve % 11,18'inin günde bir kez idrar kaçırdıklarını tespit ettik. ICIQ-SF anketine göre belirlenen idrar kaçırma miktarlarına bakıldığında Üİ'li kadınların %58,1'i az miktarda , % 34,1'i orta derecede ve % 7,8'i çok miktarda idrar kaçırdıklarını ifade ettiler. Bu sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Şiddetin bizim araştırmamızda biraz daha yüksek olması sübjektif bir değerlendirme sonucu olduğundan hastaların algısına bağlı olmuş olabilir. Aynı zamanda yaşam süresinin artması ile ileri yaşlarda Üİ şiddet ve sıklığının da daha fazla olması beklenebilir.

Korur A.'nın araştırmasında idrar kaçırmanın günlük yasama etkisi ortalama puanı 3.18 ± 2.43 'dür. ICIQ-SF toplam skoru ortalaması ise 7.56 ± 4.11 puandır(125).

Bizim çalışmamızda ise idrar kaçırmanın günlük yasama etkisi ortalama puanı $6,26 \pm 2,80$ olarak ortalamanın üstündeydi. ICIQ-SF toplam skorlarının alınan ortalaması ise $12,20 \pm 4,71$ yine ortalamanın üstünde bulundu. Diğer araştırmalara göre bizim çalışmamızdaki katılımcıların Üİ'a bağlı olarak yaşamlarının daha fazla etkilendiğini söyleyebiliriz. Bu

durumun gün geçtikçe farkındalığın artmasından ve kadınların subjektif yanıtlar vermesine bağlı daha fazla etkilendiklerini ifade etmelerinden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Hastaların Üİ'a bakış açısı, hastalık algısı ve yaşamlarının etkilene düzeyi doktora başvurmalarını etkilemektedir. Çiftçi ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada Üİ'lı kadınların %48,5'i doktora başvurmuşlar(3). Kwon ve ark. çalışmalarında Üİ'lı kadınların sağlık arama davranışı oranının Üİ prevelansından anlamlı düzeyde düşük olduğunu belirtmişlerdir(120). Demir ve ark. yaptığı araştırma sonucunda ise kadınların %33,6'sının üriner inkontinans şikayeti için doktora başvurduğu, %66,4'ünün doktora başvurmadığı belirtildi(119).

Bizim çalışmamızda ise Üİ'ı olan kadınların %50,5'i doktora idrar kaçırma şikayetiyle başvurduklarını bildirdi. Doktora başvurmama sebepleri arasında en çok verilen 3 cevap ise hastaların yardım arayışını gerekli görmedikleri, fırsat bulamadıkları ve utandıkları için doktorla paylaşamadıkları idi. Üİ sıklığına göre bu şikayetle doktora başvuru sıklığı ve başvurmama sebepleri yapılan diğer araştırmalarla paralellik göstermektedir.

Kadınların yarısından fazlasında seksüel disfonksiyon görülebilmekte, her dört kadından birinde de ilişki sırasında inkontinans sorunu yaşanmaktadır. Bir çoğu bu problemlerinin konuşulmasından rahatsızlık duyduğu için insidans normalin altında çıkmaktadır. Üriner inkontinans sebebiyle seksüel siklusun herhangi bir fazı etkilenebilir, kadında özgüven azalması, libido kaybı ve anksiyete görülebilir. Arzu ve istek kaybı nedeni ile cinsel aktivite sıklığında azalma da olabilir. Güler C. tarafından yapılan araştırmaya göre Üİ'ı olan kadınların %25'inin cinsel fonksiyonlarının etkilendiği, bu durumun Üİ'ı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir(18). Korur A. yapmış olduğu çalışmada idrar kaçırmayı olan kadınların %56,8'inde cinsel fonksiyon bozukluğu olduğunu, bu durumun idrar kaçırmayan grupla kıyaslandığında anlamlı fark oluşturduğunu belirtmiştir(125). Coyne ve ark. Üİ ve seksüel disfonksiyonla ilgili yaptıkları araştırmanın sonucunda Üİ'ı olmayan kadınların Üİ'ı olanlara göre daha sık cinsel ilişkiye girdikleri, kadınların cinsel isteklerinin inkontinansa bağlı olarak azaldığını, büyük çoğunluğunun inkontinans nedeni ile mahcubiyet hissettikleri ve beden imajlarında düşüklüğe neden olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir(113).

Bizim çalışmamızda ise Üİ'ı olan kadınların %78,3'ünün cinsel fonksiyonu kötü, %15,8'inin cinsel fonksiyonu orta ve sadece %5,9'unun cinsel fonksiyonu iyi sınıftaydı. Üİ'ı olmayan kadınlarla kıyaslandığında aradaki fark anlamlı düzeydeydi. Alt ölçekler değerlendirildiğinde ise İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm ve Ağrı alt ölçek puan ortalamalarını Üİ olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulduk. Literatürle paralellik göstermesine rağmen bizim çalışmamızda Üİ'lı kadınların cinsel fonksiyonlarının

daha kötü olarak sonuçlanması ileri yaştaki kadınların cinsel ilişki sıklıklarının az/hiç olmasından ve skorlarını düşürmesinden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve iritasyona bağlı rahatsızlıklara yol açmakta, yaşam kalitesini düşürmekte, günlük ev ve iş aktivitelerini olumsuz etkilemekte, sosyal izolasyon ve depresyona kadar varabilen birçok olumsuz sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır. Koçak ve arkadaşları 18 yaş üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada 242 (%23.9) kadında üriner inkontinans tespit etmişler ve üriner inkontinanslı 211 (%87,2) kadında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu etkilenmenin sıklıkla hafif (%31.8) ve orta derecede (%36) olduğunu belirtmişlerdir(10).

Korur A.'nın çalışmasında Üİ olanların genel sağlık değerlendirmelerinin Üİ olmayanlara göre daha kötü olduğu ifade edilmiştir(125). Işıklı ve ark. yapmış oldukları çalışmada Üİ'ı olan kadınlarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini ve en fazla karışık tip Üİ'da etkilenmenin olduğunu belirtmişlerdir(51). Kwon ve ark. QOL yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada Üİ'ın her alanda kadın yaşamını etkilediğini vurgulamışlardır(120).

Bizim çalışmamızda Genel sağlık skorlarına bakıldığında Üİ'ı olanların genel iyilik halinde olmayanlara göre anlamlı derecede düşüş saptadık. Semptom ve yorgunluk skorları da aynı şekilde Üİ'ı olanlarda anlamlı düzeyde daha kötüydü. Fonksiyonel skor ve sosyal fonksiyon skorlarında beklenen sonuç elde edilemedi. Kadınların Üİ'ı artık yaşamlarının normal bir parçası olarak görmelerinden ve ped kullanımının yaygın olmasından dolayı sosyal ve fonksiyonel yönden etkilenmediklerini düşünüyoruz.

6.SONUÇLAR

Sonuç olarak araştırma grubunda Üİ sıklığı %36,0 olarak bulunmuş olup kadınların üçte birinin idrar kaçırmadan yakındığını söyleyebiliriz. Bu kadınların sadece yarısının doktora bu şikayetle başvurduğu, bir çok kadının bu durumu normal ya da ileri yaşın bir sonucu olarak algıladığı ve bu durumdan rahatsızlık duymadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda Üİ'ın genel sağlık, psikososyal ve cinsel yaşam üzerine olan olumsuz etkilerini bu çalışmanın sonucunda gösterdik. Bu sonuçlar göstermiştir ki toplumda bu probleme daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda Üİ için risk faktörleri belirlenmiş olup risk altındaki kişilerin bilgi düzeyini artırarak doktora başvurmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.

Fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkisiyle kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen üriner inkontinans risk faktörlerinin bilinmesi, hastaların bu konuda bilgilendirilmesi ve erken yapılacak konservatif tedavi uygulamaları ile üriner inkontinans gelişimi azaltılacak, ilerlemesi durdurulacak ve kişilerin genel sağlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri de arttırılacaktır.

Tüm bu sebeplerden dolayı aile hekimlerine herhangi bir sebeple başvuran tüm kadınlarda Üİ varlığının mutlaka sorgulanması ve kadınların Üİ bulguları, risk faktörleri, korunma ve tedavi gibi konularda bilgilendirilmesi, tedavi edilmesi ve gerekirse ileri tetkik ve tedavi için yönlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamız İzmir ili Balçova ilçesinde yapıldığından tüm popülasyonu kapsamaması kısıtlılıklarından sayılabilir. Aynı şekilde bazı bağımsız değişkenlerin pozitif olduğu katılımcı sayısının azlığından o değişkenlerle Üİ arasındaki ilişki net ortaya koyulamamıştır.

8.KAYNAKLAR

1. Abrams P, Blavias JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. Scand J Urol Nephrol 1998;114(Suppl):5-19
2. Ertem G: Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009; 6:1
3. Çiftçi Ö, Günay O: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler: Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2011; 33(4):301-308
4. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi 2013;52(1):15-19
5. Aydınoglu E, Bal K, Özçift B, Bölükbaşı A. Üriner inkontinans ve/veya alt üriner sistem semptomlarının kadın cinsel sağlığı üzerine etkisi, Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology 2012;7(1): 33-41
6. Çiftçi Ö, Günay O. 2009: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler: Yüksek Lisans Tezi. Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kayseri.
7. Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. J Kartal TR 2015;26(2):101-106
8. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. JAMA 2004;291(8):986-95
9. Theodore M, Johnson II, Joseph G. Ouslander. Urinary incontinence. New York: Informa Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 2009;717-730
10. Koçak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beşer E, Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. 2005; 48(4):634-41
11. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. Int Urogynecol J 2000;11:301-19
12. Melville, J.L., Katon, W., Delaney, K., Newton, K. Urinary Incontinence In US Women. Arch Intern Med. 2005;165:537-542
13. Öztürk Z.G, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(4):170-176.
14. Arıkan E, Özcan E, Bardak A, Ketenci A. Huzurevinde yaşayan bir grup kadında üriner enkontinans. Geriatri 2002;5 (1):7-10

15. Adams C, Fram H: Genitourinary system . Adams C, Fram H (Eds): Saunders Manual of Physical Therapy Practice . W. B. Saunders Company. Philadelphia. 1995;459-554
16. Güdücü N. 2014. Üriner inkontinanslı hastaların ruhsal durumlarının ve cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
17. zdemir E. 2009. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve zeri Evli Kadınlarda riner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon zerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir
18. Güler TC. 2006. Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi zerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Denizli
19. Dalpiaz O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, Strasser H. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. BJU Int. 2008;101(6):717-721
20. Amasyalı AS, Kazan E, Erol H. Üriner İnkontinans ve Kadın Cinsel Sağlığı, Journalagent, Kadın Cinsel Sağlığı 2015;17(61):140-143
21. Fields M, Hilton P. The prevalence of sexual problems in women attending for urodynamic investigation. Int Urogynecol J 1993;4(4): 212-215
22. Fultz HN, Herzog R. Self reported social and emotionel impact of urinary incontinence. J Am Geriatr Soc 2001;49:892-899
23. zdemir S, Çelebi İ, Nurulloğlu N, Ark. C. rojinekoloji kliniğimize başvuran Üriner inkontinans olgularının dağılımı Genel Tıp Dergisi 2006;16(2):49-52
24. Kök G, Şenel N, Akyüz A. Gata Jinekoloji Polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların riner İnkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:132-136
25. zerdoğan N, Beji KN, Yalçın . Urinary Incontinence: its prevelance, risk factors, effects on the quality of life in Turkey, Gynecol Obstet Invest 2004;58:145-150
26. Yeşiltepe, Oksay . Üriner İnkontinans nlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi; Kadınlarda riner İnkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Yayını 5.baskı 2002;61-68
27. Williams K. Stress Urinary Incontinence: treatment and support. Nurs stand. 2004;18:45-52

28. Kurul Ş. 2013. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası dönemde Objektif ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir
29. Abrams, P., Cordazo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A. at Wein, A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, *Neurology and Urodynamics*, 2002;21:167-178
30. İtil İM. Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar. *Ürojinekoloji. Atlas Kitapçılık*, Ankara. 2000;29-36
31. Yalçın Ö. Üriner inkontinanslılara genel bakış. *Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık*. Ankara. 2000;19-28
32. Wood L.N, Anger J.T. Urinary incontinence in women. *BMJ* 2014;349:g4531
33. Sucuoğlu Aksu Ş. 2014. Genç kızlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul
34. Attar E, Ata B. Gomel" in Jinekolojisi. İçinde: *Ürojinekoloji. Nobel Matbaacılık*, İstanbul. 2007;427-440
35. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. *BMJ* 2010;341:c3835
36. Norton PA. Pelvic floor disorders: the role of the fascia and ligaments. *Clin Obstet. Gynecol* 1993;36:926-938
37. Walters MD. Mechanism of continence and voiding, with International Continence Society classification of dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:773-785
38. Sancak P. 2008 Pelvik Organ Prolapsusu ve/veya inkontinansı olan kadınlarda cinsel disfonksiyon ve pelvik organ prolapsusu/idrar inkontinans cinsel fonksiyon sorgulaması (PISQ-12) formunun validasyonu. *Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul
39. Akın Sibel. Yaşlılarda Üriner İnkontinans. *Kontinans ve Nöroloji Bülteni* 2015;2:49-54
40. Rincón Ardila O. Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care. *Rev Med Chil*. 2015;143(2):203-12
41. Milsom I. The Prevalance of Urinary Incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:1056-1059.
42. Fine PM, Antonini TG, Appell R. Clinical Evaluation of Women with Lower Urinary Tract Dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*, 2004;47:44–52

43. Bektaş AH. 2007. Emek Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Kadınlarda stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas
44. Benlioğlu C. 2006. Kahramanmaraş İl Merkezli On Beş Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş
45. Ekin M, Karayalçın R, Özcan U. The Prevalence of Urinary Incontinence and Its Influence on The Quality of Life in Women of Reproductive and Postmenopausal Age Groups. *Jornal Of Ankara Medical School*. 2005;26:21-25
46. Altınöz E. 2014 İstanbul İli Pendik İlçesi'nde Aile Sağlığı Birimleri'ne Kayıtlı 18 Yaş ve Üzeri Bireylerde Aşırı Aktif Mesane ve Üriner İnkontinans Prevalansı. Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İstanbul
47. Yalçın ÖT. Menapozun alt üriner sisteme etkileri. *Aktüel Tıp Dergisi*. 2000;2(5)
48. Siddighi S, Hardesty SJ (2007) Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Temel Bilgiler. 1.Baskı, Çeviren: Yalçın Ö., Türkiye Klinikleri, Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık, Ankara.
49. Gomel V, Munro MG, Rowe TC (1995) Jinekoloji Pratik Yaklaşım, Çeviren: Attar NE, Özışık Ofset Matbaacılık.
50. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int* 2013;90:1–9
51. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma. *Nobel Medicus* 2013;7(2):34-39
52. Lin KL, Shen CJ, Wu MP, Long CY, Wu CH, Wang CL. Comparison of low urinary tract symptoms during pregnancy between primiparous and multiparous women. *Biomed Res Int*. 2014;2014:303697.
53. Thom D: Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: Effects of differences in definition, population characteristics and study type. *Journal of American Geriatrics Society* 46:473-80, 1998.
54. Griebing TL, Nygaard IE: The role of estrogen replacement therapy in the management of urinary incontinence and urinary tract infection in postmenopausal women. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 26:347-60, 1997.

55. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Synder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2001;97:116-20.
56. Virtuoso JF, Menezes EC, Mazo GZ. Risk factors for urinary incontinence in elderly women practicing physical exercises. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015 Feb;37(2):82-6.
57. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf, 2014
58. Moller AL, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol* 2000;96:446-51
59. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:392-9
60. Rojas F, Cundiff GW.. The Johns Hopkins Review of Gynecology and Obstetrics. In: *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*. John Hopkins Jinekoloji Ve Obstetri El Kitabı. İçinde: Ürojinekoloji Ve Rekonstrüktif Pelvik Cerrahi. Eds: Fortner KB, Szymanski LM, Wallach EE, Çeviren: Oral E. Güneş Tıp Kitapevi. Ankara. 2008;327- 339
61. Berek SJ Berek&Novak Jinekoloji. İçinde: Alt Üriner Sistem Bozuklukları. Eds: Nygaard I, Menefee SA, Wall LL, Çevirenler: Demirtürk F, Çalışkan AC, Nobel Matbaacılık. İstanbul. 2011;852-859
62. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji İçinde: Üriner inkontinans. Nobel Matbaacılık, İstanbul. 2001;596-598
63. Pernol ML. 1994. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. 2.Cilt, Barış Kitabevi, İstanbul
64. Yaman LS, Göğüs D, Müftüoğlu YZ, Küpeli S, Anafarta K, Şafak SM, Arıkan N. 1990. Üroloji. 1.Baskı. Güneş Kitabevi. Ankara
65. Arısan K. 1991. Kadın Hastalıkları. 3.Baskı, Çeltük Matbaacılık, İstanbul
66. Kişnişçi HA. 1996. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi. Ankara
67. Çetinel B: İdrar Kaçırma(Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*: 2005;31(2):246-252.
68. Mutlu S. 2005. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Anamnez ile Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul

69. Wyman JF,Choi SC,Harkins SW,et al :The urinary diary in evaluation of incontinent women:a test-retest analysis,Obstet Gynecol 1988;71:812
70. Yalçın ÖT, Özalp S, Yıldırım A, Sener T. Kadınlarda üriner inkontinans. Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni, 1997;1(6)
71. Berek JS: Novak Jinekoloji. (Çev: Ahmet Erk). 12. bs. Nobel Kitabevleri, İstanbul 1998
72. Hilton P,Stanton SL:Algorithmic method for assesing urinary incontinence in elderly women.Br Med J 1981;282:940
73. Boscia JA,Kobasa WD,Abrutyn E,et al. Lack of association between bacteriuria and symptoms in the elderly.Am J Med 1986;81:979
74. Sutherst JR,Brown MC,Shawer M Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads ,Lancet 1981;1(8230):1128
75. Bergman A,McCarthy TA,Ballard CA,et al.Role of the Q-tip test in evaluating stress urinary incontinence ,J Reprod Med 1987;32:273
76. Karram MM ,Narender N,Bhatia MD:The Q-tip test :standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence .Obstet Gynecol 1988;71:807
77. Richardson DA,Bent AE,Ostergard DR.The effect of uterovaginal prolapsa on urethrovesical pressure dynamics .Am J Obstet Gynecol 1983;146:901-905
78. Bhatia NN,Bradley WE,Haldeman S:Urodynamics:continous monitoring,J Urol 1982;128:963
79. Bradley WE,Timm GW,Scott FB:Cystometry:Cystometers Urology 1975;5:843
80. Bump RC The urodynamic laboratory Obstet Gynecol Clin North Am 1989;16:795
81. Barnick CG,CardozoLD,Benness C Use of routine videocystourethrography in the evaluation of female lower urinary tract dysfunction.Neourolog urodyn 1989;8:447
81. Nitti VW,Combs AJ Correlation of Valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women.J Urol 1996;155(1):286-7
82. Green LF,Khan AU.Cystourethroscopy in the female Urology 1977;10:461
83. Barnick CGW,Cardozo LD Denervation and re-innervation of the urethral sphincter in the aetiology of genuine stress incontinence:an electromyographic study.Br J Obstet Gynecol 1993;100:750-753
84. Kök G. 2005.Gata Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

85. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary Incontinence as A Worldwide Problem. *Int Gynecology Obstet*, 2003;82:327-338
86. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. 2011 TURDEP 2 Sonuçları. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı. İstanbul
87. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A ,eds..Incontinence.2nd ed.Plymouth, UK;Health Publication Ltd. 2002
88. Ballentyne M. 2002. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı (Editör: Nezihe Kızılkaya Beji). İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4338s.:123-128 Emek Matbaacılık. İstanbul
89. Erkan A. H. 2003. Acil İdrar Kaçırma Ve Sık İdrara Gitme Sorunu Olan Kadınlarda Mesane Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
90. Eric S Rovner. Treatment Options for Stress Urinary Incontinence *Rev Urol*. 2004;6(3):29-47.
91. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. *Am J Obstetrics and Gynaecology* 1948;56:238-48
92. Erkan HA. 2009. İdrar Kaçırmada Davranışsal Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. İstanbul
93. Karan A, Eskiurt N, Kızılkaya N, Yalçın Ö. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. 1998;3: 36-40.
94. Erkan A.H. Kadınlardaki Üriner İnkontans Tedavisinde Konservatif Tedavi Yöntemleri. *İstanbul Üni. F.N.H.Y.O. Dergisi* 2006;14:56
95. Jahromi M.K. Talebizadeh M. Mirzaei M. 2013. The Effect of Pelvic Muscle Exercises on Urinary Incontinency and Self-Esteem of Elderly Females With Stress Urinary Incontinency
96. Demirci N. Coşar F. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2009;16(3):35-40
97. Ergen A, Arıkan N, Arslan M. Jinekolojik Üroloji. Ed:Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N. *Temel Üroloji*. Ankara. Güneş Kitabevi. 2000;409-44

98. Demirci H, Kızılkaya B.N. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulan Konservatif Tedavi Yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul. 2002;102-108
99. Sacomori C, Berghmans B, Mesters I, Bie R, Cardoso F.L. Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. Journal of Physiotherapy 2015;61:190–198
100. Sarıcı D.Y. 2009. Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback için Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçları. Uzmanlık Tezi. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
101. Yıldız A, Onan M. 2000. Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi. Atlas Kitapçılık. Ankara
102. Ellington DR, Szychowski JM, Malek JM, Gerten KA, Burgio KL, Richter HE. 2016. Combined Tolterodine and Vaginal Estradiol Cream for Overactive Bladder Symptoms After Randomized Single-Therapy Treatment. Female Pelvic Med Reconstr Surg
103. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi. 2006;1:1-5
104. Demir S. 2012. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
105. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. Pak J Med Sci. 2013;29(3):818-22
106. Özcan H, Beji K.N. Üriner İnkontinanslı Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Önemli Bir Parameter: Yaşam Kalitesi. Göztepe Tıp Dergisi 2014;29(4):236-238
107. Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. Rev Assoc Med Bras. 2015;61(2):178-83
108. Berman JR, Adhikari S, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: Classification, evaluation, and treatment options. Eur Urol. 2000;38(1):20-9
109. Önem K, Ahmedov I, Kadioğlu A. Kadın cinsel fonksiyonun patofizyolojisi. Kadioğlu A, Başar M, Semerci B (ed): Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı. Türk Androloji Derneği Yayını. İstanbul. 2004

110. Tashbulatova D. 2007. İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler. Uzmanlık Tezi. Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı. Adana
111. Ege E, Akın B, Arslan SY, Bilgili N. Sağlıklı Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Sıklığı ve Risk Faktörleri. TÜBAV Bilim 2010;3(1):137-144
112. Kızılkaya Beji N, Yalçın Ö, Ayyıldız Erkan H, Kayır A. Effect of Urinary Leakage On Sexual Function During Sexual Intercourse. Urologia Internationalis, 2005;74:250-255
113. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? J Sex Med. 2007;4(3):656-66
114. Su CC, Sun BY, Jiann BP. Association of urinary incontinence and sexual function in women. Int J Urol. 2015;22(1):109-13
115. Topuz Ş. Üriner İnkontinans ve Cinsellik. Balıkesir Sağlık Bil.Dergisi 2015;4(1):60-64
116. Dinç A, Beji KN. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. 2008;16(62):143-149
117. Çetin Ç. Yaşam kalite testleri. Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;181-189
118. Aslan E. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Emek Matbaacılık. İstanbul. 2002;51-60
119. Demir S, Beji KN. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. F.N. Hem. Derg. 2015;23(1):23-31
120. Kwon CS, Lee JH. Prevalence, Risk Factors, Quality of Life, and Health-Care Seeking Behaviors of Female Urinary Incontinence: Results From the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI. Int Neurourol J 2014;18:31-36
121. Beser NG, Öz F. Kemoterapi alan Lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7(1):47-58
122. Öksüz E, Malhan S. Kadın cinsel fonksiyon endeksi geçerlilik ve güvenilirlik analizi. Sendrom Dergisi 2005;17:54-62
123. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe Validasyon (geçerlilik) Çalışması. Türk Üroloji Dergisi. 2004;30:332-338
124. Liu B, Wang L, Huang S, Wu Q, Wu D. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. Int J Clin Exp Med 2014;7(3):686-696

125. Korur A. 2008. Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel yaşam Üzerindeki Sonuçları. Uzmanlık Tezi. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. İstanbul
126. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Uriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:487-493
127. Baek J.M, Song J.Y, Lee S.J, Eun K.P, Jeung I.C, Kim C.J, Lee Y.S. Caffeine Intake Is Associated with Urinary Incontinence in Korean Postmenopausal Women: Results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Plos One* 11:e0149311. PMID 26901426 DOI:10.1371/journal.pone.0149311
128. 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. *Int Urogynecol J*. 2015 Dec 5. [Epub ahead of print] PMID:26638154
129. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women *Int Urogynecol J*. 2013 Feb;24(2):295-302. doi: 10.1007/s00192-012-1829-5. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22699886
130. Townsend MK, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine Intake and Risk of Urinary Incontinence Progression Among Women. *Obstet Gynecol*. 2012 May;119(5):950-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e31824fc604. PMID: 22525905
131. Zhu L, Lang JH, Wang H, Han SM, Liu CY: The study on the prevalence and associated risk factors of female urinary incontinence in Beijing women. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 86:728-31, 2006
132. Hsieh CH, Lee MS, Lee MC, Kuo TC, Hsu CS, Chang ST, Taiwan J: Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 20-59 years. *Obstet Gynecol* 47:197-202, 2008
133. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J: The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause* 15:566-9, 2008
134. Tsakiris P, Oelke M, Michel MC: Drug-induced urinary incontinence. *Drugs Aging* 2008;25:541-549
135. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol community health* 1999;53:453-8
136. Abdelwahab HA, Soltan EM, Metawee MA, Sherief MH, Metwally AH. Nocturnal enuresis in women and its relation to urinary incontinence *Arab Journal of Urology*. 2015;13:199-202.

9. EKLER

9.1. EK-1

Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/32-06	Tarih: 16.10.2014
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Bu Durumun Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerine Olan Etkileri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Işıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

9.2. EK-2

HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
(Giden Evrak)
31.10.2014 14:09:36 / **42378**
AR-GE Hizmetleri Birimi

Şube : AR-GE Hizmetleri Birimi
Sayı : 36026262.430.99 – 185
Konu : Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR'ın Araştırma İzni

Kayıt yapan : DUYGU UĞURLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi: a) 22/10/2014 tarih ve 605 sayılı yazınız.
b) 31.10.2014 tarihli dilekçe.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR sorumluluğunda yapılması planlanan **“Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Bu Durumun Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel Yaşam Üzerine Olan Etkileri”** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

“Birinci Basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uyulması gerekmektedir. Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair izin alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın ve yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalarda aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.”

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yer alan bu ilkelere bağlı kalarak, araştırmanın izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışmanın tamamlanması durumunda sonuç raporunun bir nüshasının Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir” denilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet Nil HİDİR
Halk Sağlığı Müdürü

31/10/2014 Sağ. Tek. D UĞURLU
31/10/2014 Dr. E. ÖZKAN
31/10/2014 Müd. Yard. Uz. Dr. C. GÜLBAYRAK

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü
123/11 Sok. Poligon Mah. Karabağlar / İZMİR

İletişim: Tel No: 0(232) 248 3310 (1208)
e-mail: ar-ge@ihsm.gov.tr

9.3. EK-3

ASM'DEN ALINAN İZİN ÖRNEĞİ

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan
Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'na

Araş. Gör. Dr. Kübra CAN tarafından İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'a sunulan 'Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Bu Durumun Genel Sağlık, Psikososyal ve Seksüel(Cinsel) Yaşam Üzerine Olan Etkileri' adlı araştırma tezinin İzmir Balçova İlçesi 2.nolu ASM'ne herhangi bir sebeple başvuran en az bir doğum yapmış kadınlarda yapılması uygundur.

Dr....
Dr. F. F. ÖZGÜR
35-02-009 Aile Hekimi
Dip.Tes.No: 38711
GKYŞ: 194718
Aile Hekimi

Dr. Suat CERBAN
Balçova 2 No'lu ASM
Dip.Tes.No: 38711
GKYŞ: 194718
Aile Hekimi

Dr. Remzi BÜYÜKYILMAZ
35.02.007 Aile Hekimi
Dip.Tes.No/Sertifika No: 38711/35.06.0707
GKYŞ Kodu: 194720

Uzm.Dr. L. Cengiz KAVAK
35.02.009
Dip.Tes.No/Sertifika No: 24041/35.06.1208

Dr. Cengiz SEMERCİ
35-02-009 Aile Hekimi
Dip.Tes.No/Sertifika No:
24041/35.06.1208

Uzm.Dr. Gamze Şenergil ULAS
35.02.0010 Aile Hekimi
Dip.Tes.No/Sertifika No:

9.4. EK-4

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı

Bu araştırma kadınlarda idrar kaçırma şikayeti durumunu ve bu durumun genel sağlık, psikososyal yaşam ve cinsel yaşam üzerine olan etkilerini saptamak amacıyla yürütülmektedir. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

- 1) Yaşınız :.....2) Boyunuz:.....3) Kilonuz:.....
- 4) Eğitim durumunuz?
 - ☐ Okur yazar değil
 - ☐ Okur yazar
 - ☐ İlk/Orta/Lise mezunu
 - ☐ Üniversite mezunu
- 5) Mesleğiniz:.....
- 6) Gelir durumunuz?
 - ☐ 500 YTL.* den az
 - ☐ 500-1000 YTL
 - ☐ 1000- 2000 YTL
 - ☐ 2000 YTL.* den fazla
- 7) Medeni durumunuz?
 - ☐ Evli
 - ☐ Bekar
 - ☐ Bosanmış
- 8) Yasadığınız yerleşim yeri?
 - ☐ Köy
 - ☐ İlçe
 - ☐ Şehir merkezi
- 9) Normal (vajinal) doğum sayınız kaçtır?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4 ve üzeri
- 10) Sezaryen ile doğum sayınız kaçtır?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4 ve üzeri
- 11) Düşük (abortus) sayınız kaçtır?
 - ☐ Düşük yapmadım
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3 ve üzeri
- 12) Kürtaj sayınız kaçtır?
 - ☐ Kürtaj olmadım
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3 ve üzeri
- 13) Hiç evde doğum yaptınız mı? Yaptıysanız kaç defa yaptınız?
 - ☐ Hayır yapmadım
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3 ve üzeri
- 15) Normal doğum yaptıysanız aşağıdakilerden hangi durumlarla karşılaştınız?(Birden fazla seçeneği seçebilirsiniz)
 - ☐ Hiçbir müdahale yapılmadı
 - ☐ Bilmiyorum
 - ☐ Yırtık
 - ☐ Makasla kesilip dikilme (Epizyotomi)
 - ☐ Müdahale (Karından bastırma, vakum, forseps)
- 16) İlk doğumda yaşıınız kaçtı?
 - ☐ 20 ve altı
 - ☐ 21-25
 - ☐ 26-30
 - ☐ 31-35
 - ☐ 36 ve üzeri
- 17) 4 kg üzeri bebek doğurdunuz mu?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet
- 18) Doğumla sonuçlanan çoğul gebeliğiniz var mı?
 - ☐ Hayır
 - ☐ İkiz
 - ☐ Üçüz
- 19) Daha önce makat veya vajina (pelvik taban) bölgesinden operasyon öykünüz var mı?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Jinekolojik
 - ☐ Ürolojik
 - ☐ Genel cerrahi
- 20) Daha önce karın (batın) bölgesinden operasyon öykünüz var mı? (Sezaryen dışında)
 - ☐ Hayır
 - ☐ Jinekolojik(Kadın Doğum servisinde)
 - ☐ Ürolojik (Üroloji servisinde)
 - ☐ Genel cerrahi (Genel Cerrahi servisinde)
- 21) Kabızlık şikayetiniz var mı?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet
- 22) İstem dışı diskı kaçırma şikayetiniz var mı?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet

- 23) İstem dışı gaz kaçırma şikayetiniz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 24) Basur (hemoroid) şikayetiniz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 25) Ne sıklıkla idrar yolu iltihabı geçirirsiniz?
☐ Hiç ☐ Yılda 1-2 kez ☐ Yılda 3-4 kez ☐ Yılda 5 ve üzeri
- 26) Ne sıklıkla hazinede(vajinada) iltihap (vajinit) geçirirsiniz?
☐ Hiç ☐ Yılda 1-2 kez ☐ Yılda 3-4 kez ☐ Yılda 5 ve üzeri
- 27) Sigara kullanıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Günde 3-4 tane ☐ Günde yarım paket
☐ Günde bir paket ☐ Günde bir paketten fazla ☐ Bıraktım
- 28) Sürekli öksürük şikayetiniz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 29) Alkol kullanıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 4-5 kez ☐ Her gün
- 30) Günlük tükettiğiniz çay miktarı nedir?
☐ Tüketmiyorum ☐ 1-2 bardak ☐ 3-4 bardak ☐ 5 bardak ve üzeri
- 31) Günlük tükettiğiniz kahve miktarı nedir?
☐ Tüketmiyorum ☐ 1-2 fincan ☐ 3-4 fincan ☐ 5 fincan ve üzeri
- 32) Aşağıdaki hastalıklardan hangileri sizde mevcut?
☐ Hiçbirisi ☐ Seker hastalığı (Diyabet) ☐ Hipertansiyon
☐ Bel fıtığı ☐ Akciğer hastalığı (Bronsit, amfizem) ☐ Varis
☐ Nörolojik (MS, parkinson, felç) ☐ Hafıza zayıflığı, unutkanlık (Demans)
☐ Psikiyatrik ☐ Diğer.....
- 33) Menopoza girdiniz mi?
☐ Hayır ☐ Evet
- 34) Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
☐ Hayır ☐ Evet İsimleri nelerdir?.....
- 35) Ailenizde idrar kaçırma öyküsü olan yakınınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet Varsa kim?.....
☐ Bilmiyorum
- 36) Çocukluğunuzda idrar kaçırma şikayetiniz var mıydı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 37) Çocukluk döneminden sonra idrar kaçırma şikayetiniz oldu mu?
☐ Hayır ☐ Evet
- 38) Olduysa bu şikayetle hiç doktora başvurdunuz mu?
☐ Hayır ☐ Evet

39) Bu şikayetle doktora başvurmadıysanız başvurmama nedeninizi yazar mısınız.

.....

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Geçen hafta boyunca	HİÇ	ÇOK AZ	EPEYCE	ÇOK FAZLA
1. Bavul gibi ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
Geçen hafta boyunca	HİÇ	ÇOK AZ	EPEYCE	ÇOK FAZLA
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. A nılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

29. Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7
Çok kötü Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7
Çok kötü Mükemmel

FSFI (Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi) Anket Formu

Aşağıdaki sorularda size uygun cevapları işaretleyiniz.

- 1) Son 1 ay içinde ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?
A. Her zaman B. Çogu zaman C. Bazen
D. Birkaç kez E. Hemen hemen hiç
- 2) Son 1 ay içindeki cinsel isteginizin derecesi nedir?
A. Çok yüksek B. Yüksek C. Orta
D. Düşük E. Çok düşük veya hiç
- 3) Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında ne sıklıkta tahrik oldunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Her zaman C. Çogu zaman
D. Bazen E. Birkaç kez F. Hemen hemen hiç veya hiç
- 4) Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında ne derecede tahrik oldunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Çok yüksek C. Yüksek
D. Orta E. Düşük F. Çok düşük veya hiç
- 5) Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasında tahrik olma konusunda kendinize olan güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Çok yüksek C. Yüksek
D. Orta E. Düşük F. Çok düşük veya hiç
- 6) Son 1 ay içinde cinsel ilişki esnasındaki tahrik olmanızdan ne sıklıkta memnun oldunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Her zaman C. Çogu zaman
D. Bazen E. Birkaç kez F. Hemen hemen hiç veya hiç
- 7) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ne sıklıkta ıslaklık hissettiniz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Her zaman C. Çogu zaman
D. Bazen E. Birkaç kez F. Hemen hemen hiç veya hiç
- 8) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ıslaklığın sağlanması konusunda ne kadar zorlanıyorsunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Hiç zorlanmıyorum C. Biraz zor
D. Zor E. Çok zor F. Asırı zor ya da imkansız
- 9) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı ne sıklıkta devam ettirebildiniz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Her zaman C. Çogu zaman
D. Bazen E. Birkaç kez F. Hemen hemen hiç veya hiç
- 10) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ilişkiniz tamamlanana kadar ıslaklığınızı devam ettirmede ne kadar zorlandınız?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Hiç zorlanmıyorum C. Biraz zor
D. Zor E. Çok zor F. Asırı zor ya da imkansız

- 11) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında ne sıklıkta tatmin oldunuz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Her zaman C. Çogu zaman
D. Bazen E. Birkaç kez F. Hemen hemen hiç veya hiç
- 12) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasında tatmin olmakta ne kadar zorlandınız?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Hiç zorlanmıyorum C. Biraz zor
D. Zor E. Çok zor F. Asırı zor ya da imkansız
- 13) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasındaki tatmin olma durumunuz ne kadar doyurucuydu?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Çok doyurucu C. Orta derecede doyurucu
D. Biraz doyurucu E. Biraz memnuniyetsizim F. Çok memnuniyetsizim
- 14) Son 1 ay içindeki cinsel ilişkileriniz esnasındaki siz ve esiniz arasındaki duygusal yoğunluktan ne kadar memnunsunuz?
A. Çok memnunum B. Orta derecede memnunum C. Biraz memnunum
D. Biraz memnuniyetsizim E. Çok memnuniyetsizim
- 15) Son 1 ay içinde esinizle olan cinsel hayatınızdan ne kadar memnunsunuz?
A. Çok memnunum B. Orta derecede memnunum C. Biraz memnunum
D. Biraz memnuniyetsizim E. Çok memnuniyetsizim
- 16) Son 1 ay içinde tüm cinsel hayatınızdan ne kadar memnunsunuz?
A. Çok memnunum B. Orta derecede memnunum C. Biraz memnunum
D. Biraz memnuniyetsizim E. Çok memnuniyetsizim
- 17) Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişi esnasında ne sıklıkta ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Hemen hemen hiç veya hiç C. Birkaç kez
D. Bazen E. Çogu zaman F. Her zaman
- 18) Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişinden sonra ne sıklıkta ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Hemen hemen hiç veya hiç C. Birkaç kez
D. Bazen E. Çogu zaman F. Her zaman
- 19) Son 1 ay içinde esinizin haznenize girişi esnasında ya da girişinden sonra ne düzeyde ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz?
A. Cinsel ilişki olmadı B. Çok düşük veya hiç C. Düşük
D. Orta E. Fazla F. Çok fazla

Eğer idrar kaçırma şikayetiniz varsa anketi yapmaya devam ediniz. Yoksa anketi bitirebilirsiniz. Teşekkür ederiz.

ICIQ-SF (İdrar Kaçırma Anket Kısa Formu)

Aşağıdaki soruları **SON BİR AY BOYUNCA** ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz çok seviniriz.

1) Doğum tarihi: GÜN / AY / YIL (...../...../.....)

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

- ☐ Hiçbir zaman..... 0
- ☐ Haftada birden az 1
- ☐ Haftada iki veya üç kez..... 2
- ☐ Günde bir kez 3
- ☐ Günde bir kaç kez..... 4
- ☐ Her zaman..... 5

3) Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

- ☐ Hiç..... 0
- ☐ Az miktarda..... 2
- ☐ Orta derecede..... 4
- ☐ Çok miktarda..... 6

4) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

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

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Hiçbir şekilde Çok fazla

ICI-Q skoru (Toplam skor 2+3+4)=

5) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- ☐ Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum.
- ☐ Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum.
- ☐ Öksürürken veya hapsirirken idrar kaçıyorum.
- ☐ Uyurken idrar kaçıyorum.
- ☐ Hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçıyorum.
- ☐ İsemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum.
- ☐ Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıyorum.
- ☐ Her zaman idrar kaçıyorum.

Anketimiz bitmiştir. Bilime yapmış olduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.