



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH
SULTAN MEHMET EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**KADINLARDA MENOPOZ DURUMUNA GÖRE ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIĞININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra BALCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL FATİH
SULTAN MEHMET EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ**

**KADINLARDA MENOPOZ DURUMUNA GÖRE ÜRİNER
İNKONTİNANS SIKLIğININ VE İLİşKİLİ FAKTÖRLERİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esra BALCI

Danışman: Prof. Dr. Berrin TELATAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve deneyimlerini büyük bir içtenlik ve sabırla benimle paylaşan; akademik ve mesleki gelişimime sunduğu kıymetli katkılar nedeniyle F.S.M. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölüm Başkanı, değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Berrin Telatar’a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte manevi desteklerini daima yanımda hissettiğim, birlikte çalışmaktan ve yol arkadaşlığı yapmaktan büyük mutluluk duyduğum değerli arkadaşlarım Betül Çoban, Ceren Tuncel, Büşra Yokarıbaş ve Fatma Gülşah Balaban Başcı’ya gönülden teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana güç veren, bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan sevgili annem Şükran Balcı’ya, babam Sinan Balcı’ya ve her zaman yanımda olan kardeşim Efe Balcı’ya minnettarım. Bu zorlu ve yoğun süreçte varlıkları, desteği ve sabırları benim için son derece kıymetliydi.

Bu tezin ortaya çıkmasında katkısı bulunan, emeği geçen herkese teşekkür ederim.

KISALTMALAR

Üİ: Üriner İnkontinans

ICS: International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form

PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizleri

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

DM: Diabetes Mellitus

KAH: Kronik Arter Hastalığı

MS: Multipl Skleroz

TVT: Tension-Free Vaginal Tape (Gerilimsiz Vajinal Bant)

TOT: Transobturator Tape (Transobturator Bant)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

IIQ-7: Incontinence Impact Questionnaire – 7

UDI-6: Urogenital Distress Inventory – 6

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Üriner İnkontinans Tanımı	2
2.2 Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi	2
2.2.1 Mesane	2
2.2.2 Üretra	3
2.2.3 Pelvik Diyafram ve Kasları.....	4
2.3 Üriner Kontinans Fizyolojisi	6
2.3.1 Depolama Fazı.....	6
2.3.2 İşeme Fazı	6
2.4 Üriner İnkontinansın Tanımı ve Epidemiyolojisi	7
2.4.1 Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı.....	7
2.5 Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri	8
2.5.1 Yaş ve Cinsiyetin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	9
2.5.2 Irkın Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	10
2.5.3 Sigaranın Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	10
2.5.4 Obstetrik Öykünün Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	11

2.5.5 Obezitenin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	12
2.5.6 Hormonal Değişikliklerin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	12
2.5.7 Menopozun Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi	13
2.5.8 Komorbiditeler ve Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi.....	13
2.6 Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması.....	14
2.6.1 Stres Tipi Üriner İnkontinans	15
2.6.2 Urge Tipi Üriner İnkontinans	15
2.6.3 Karma Tip Üriner İnkontinans	15
2.6.4 Taşma Tipi Üriner İnkontinans	15
2.6.5 Fonksiyonel Üriner İnkontinans	15
2.6.6 Geçici Üriner İnkontinans	16
2.7 Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi.....	16
2.7.1 Anamnez	16
2.7.2 İşeme Günlüğü ve Anketler	17
2.7.3 Fizik Muayene, Laboratuvar ve Görüntüleme	17
2.8 Üriner İnkontinansın Güncel Tedavi Yaklaşımları	19
2.8.1 Yaşam Tarzı Düzenlemeleri.....	19
2.8.2 Davranışsal ve Konservatif Terapötik Yöntemler.....	19
2.8.3 Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE)	20
2.8.4 Mesane Eğitimi (Bladder Training).....	20
2.8.5 Vajinal Konlar (Ağırlıklı Vajinal Araçlar)	21
2.8.6 Biyofeedback Yöntemi	21
2.8.7 Farmakolojik Müdahaleler	22
2.8.8 Cerrahi Müdahaleler	23

2.9 Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi	23
3 GEREÇ VE YÖNTEM	25
4 BULGULAR.....	29
5 TARTIŞMA.....	59
6 SONUÇLAR.....	70
7 ÖNERİLER.....	73
8 KAYNAKLAR.....	74
9 EKLER.....	84
9.1 Ek 1. Anket Formu	84

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerin dağılımları	29
Tablo 2. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların evlilik ve gebeliğe ilişkin bulgularının dağılımları	31
Tablo 3. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların klinik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı	32
Tablo 4. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların menopoza durumlarının dağılımları	33
Tablo 5. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların idrar kaçırmayla ilişkili değişkenlere verdikleri yanıtların dağılımları.....	34
Tablo 6. Niceliksel tanımlayıcı özelliklere göre üriner inkontinans durumunun karşılaştırılması.....	35
Tablo 7. Niteliksel tanımlayıcı özelliklere göre üriner inkontinans durumunun karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Menopoza giren katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 9. Menopoza giren katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 10. Menopoza girmeyen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Menopoza girmeyen katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması.....	45
Tablo 12. Menopoza girme durumuna göre inkontinans durumunun karşılaştırılması...	46
Tablo 13. Menopoza girmenin inkontinans üzerindeki etkisi	47
Tablo 14. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarının dağılımları	47
Tablo 16. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların niceliksel değişkenleri ile ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile ilişkisel analizi	48

Tablo 17. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması	49
Tablo 18. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların idrar yapmada şikayet türüne göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması	51
Tablo 19. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların klinik ve demografik özelliklerine göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
Tablo 20. Menopoza girme durumuna göre sağlık öyküsü değişkenlerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 21. Menopoza girme durumuna göre idrar yapmada şikayet türünün karşılaştırılması.....	54
Tablo 22. Menopoza girme durumuna göre idrar kaçırma sıklığının ve miktarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 23. Menopoza girme durumuna göre idrar kaçırma durumlarının dağılımları.....	55
Tablo 24. Menopoza girme durumuna göre ölçek sorularına verilen yanıtların puan ortalamalarının ve ICIQ-SF ölçeği puanının karşılaştırılması	56
Tablo 25. Menopoza girme durumuna göre kronik hastalıkların dağılımları	57
Tablo 26. Menopoza girme durumuna göre inkontinans şiddetinin karşılaştırılması	58

ÖZET

Amaç:

Bu çalışma, menopoz öncesi ve sonrası dönemde kadınlarda üriner inkontinans sıklığının ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma, 01 Kasım 2024 – 01 Ocak 2025 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 20–65 yaş arası kadınlar arasında yürütülmüştür. Toplam 1.310 kadından oluşan evrende, basit rastgele örnekleme yöntemi ile 297 kişi örneklem büyüklüğü olarak belirlenmiş, olası veri kayıplarına karşı hedef örneklem büyüklüğü 327 kişi olarak planlanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri içeren 26 soruluk anket formu ve üriner inkontinans şikayeti bildirenlere Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş ve normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Niceliksel veriler için minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için t-testi, ikiden fazla gruplu kategorik değişkenlerin niceliksel değişkenlerle karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, niceliksel değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Menopoz durumunun üriner inkontinans üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla binary lojistik regresyon analizi yapılmış, inkontinans şiddetini artırma olasılığı Odds Ratio analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya katılan 327 kadının %30,3'ünde son bir yılda idrar kaçırma şikayeti saptanmıştır. Menopoz grubunda çalışmama, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme ve

normal doğum; inkontinansla anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, bu grupta yaş, beden kitle indeksi, canlı doğum sayısındaki artış ve evlilik yaşının düşüklüğü inkontinans sıklığı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Menopoza girmeyen katılımcılarda ise eğitim durumu, çalışma durumu, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü, yaş ve beden kitle indeksi üriner inkontinans ile anlamlı ilişki göstermiştir. İdrar kaçıran bireylerin %84'ü az miktarda kaçırmakta, %68'i öksürme veya hapşırma sırasında bu durumu yaşamaktadır. ICIQ-SF ölçeğiyle yapılan değerlendirmede puan ortalaması $9,72\pm2,38$ olarak bulunmuştur. Kabızlık, inkontinans şiddetini anlamlı şekilde artırırken; eğitim düzeyi, medeni durum, sigara kullanımı, kronik hastalık öyküsü ve psikiyatrik hastalık geçmişiyle inkontinans şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Menopoz, inkontinans için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuş ve bu durumun üriner inkontinans riskini %31,3 oranında artırdığı belirlenmiştir.

Sonuç:

Çalışma bulguları, menopoz, yaş, obezite gibi faktörlerin kadınlarda üriner inkontinans gelişiminde önemli risk oluşturduğunu göstermektedir. Özellikle menopoz dönemindeki kadınlarda inkontinansın daha sık görüldüğü ve yaşam kalitesini belirgin biçimde olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopozdaki kadınlarda idrar kaçırmaya şikayetlerinin rutin olarak sorgulanması önerilmektedir. Ayrıca, henüz menopoza girmemiş ancak obezite ve çoklu doğum öyküsü gibi risk faktörlerine sahip kadınlarda da Üİ semptomlarının aktif şekilde değerlendirilmesi ve erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi, halk sağlığı açısından önemlidir. İdrar kaçırmaya bireylerin sosyal ve psikolojik yaşamı üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak, bireyselleştirilmiş tarama, değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarının uygulanması tavsiye edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Üriner İnkontinans, Menopoz, Kadın, Prevalans, Risk Faktörleri

ABSTRACT

Aim:

This study was conducted to evaluate the prevalence of urinary incontinence (UI) and its associated risk factors in women before and after menopause.

Materials and Methods:

The research was carried out between November 1, 2024, and January 1, 2025, among women aged 20–65 who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of the University of Health Sciences, Fatih Sultan Mehmet Training and Research Hospital. Among the universe of 1,310 women, a sample size of 297 was determined by simple random sampling, and a target sample size of 327 was planned considering possible data losses. A 26-item questionnaire addressing sociodemographic characteristics was administered to all participants, and the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) was applied to those reporting UI symptoms. Data were analyzed using SPSS 22.0 software. The normality of data distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test, and normal distribution was confirmed. For quantitative variables, minimum, maximum, mean, and standard deviation values were calculated; for categorical variables, frequencies and percentages were presented. Independent samples t-test was used for comparisons between two groups, and one-way analysis of variance (ANOVA) was applied to compare quantitative data across more than two categorical groups. Chi-square test was employed for comparisons of categorical variables, and Pearson correlation test was used to analyze relationships between quantitative variables. To determine the effect of menopausal status on urinary incontinence, binary logistic regression analysis was performed, and the likelihood of increased incontinence severity was evaluated using odds ratio (OR) analysis. A p-value of <0.05 was considered statistically significant in all analyses.

Results:

Urinary incontinence was detected in 30.3% of the 327 participating women within the last year. Among postmenopausal participants, not working, frequent urinary tract

infections (UTIs), and history of vaginal delivery were significantly associated with UI. Additionally, older age, higher body mass index (BMI), higher parity, and younger age at marriage were significantly associated with UI in this group ($p<0.05$). Among premenopausal women, educational level, employment status, history of frequent UTIs, age, and BMI were significantly associated with UI. Among incontinent participants, 84% reported small amounts of leakage and 68% experienced it during coughing or sneezing. The mean ICIQ-SF score was 9.72 ± 2.38 . Constipation was found to significantly increase incontinence severity, while no significant association was found between incontinence severity and education level, marital status, smoking, chronic illness, or psychiatric history ($p>0.05$). Menopause was identified as a significant risk factor for UI, increasing the risk by 31.3%.

Conclusion:

The findings indicate that factors such as menopause, aging, and obesity significantly contribute to the development of urinary incontinence in women. UI was found to be more prevalent and to have a significantly negative impact on quality of life among postmenopausal women. Therefore, it is recommended that urinary incontinence symptoms be routinely inquired about in primary healthcare services for menopausal women. Moreover, women who are not yet menopausal but have risk factors such as obesity or a history of multiple childbirths should also be actively evaluated for UI symptoms, and early intervention strategies should be developed as a public health priority. Considering the impact of UI on individuals' social and psychological well-being, the implementation of individualized screening, assessment, and treatment approaches is advised.

Keywords: Urinary Incontinence, Menopause, Women, Prevalence, Risk Factors

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinans (Üİ), kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, sosyal, hijyenik ve psikolojik sorunlara yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. İstemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanan bu durum, kadınların sosyal yaşamlarını, cinsel ilişkilerini, uyku düzenlerini ve psikolojik iyi oluşlarını derinden etkileyebilir (1, 2). Özellikle menopoz sonrası dönemde hormonal değişimlere bağlı olarak pelvik taban yapılarında meydana gelen zayıflama, Üİ riskinin artmasına neden olmaktadır (3).

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS), Üİ'yi "herhangi bir istemsiz idrar sızıntısı" olarak tanımlamakta ve semptomlara göre stres, sıkışma (urge), miks (karışık) gibi tipler altında sınıflandırmaktadır (4). Literatürde kadınlarda Üİ sıklığının yaşla birlikte belirgin şekilde arttığı ve postmenopozal dönemde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (5, 6). Risk faktörleri arasında yaş, obezite, doğum sayısı, doğum şekli gibi değişkenler yer almaktadır (7,8).

Ülkemizde yapılan araştırmalar da kadınlarda üriner inkontinansın önemli düzeyde görüldüğünü ve çoğu zaman utanma, damgalanma korkusu ya da farkındalık eksikliği nedeniyle bu sorunun sağlık hizmetlerine yansımadığını göstermektedir (9,10).

Bu bağlamda, bu çalışmanın amacı, aile hekimliği polikliniğine başvuran 20–65 yaş arası kadınlarda menopoz durumuna göre üriner inkontinansın sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini değerlendirmektir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Üriner İnkontinans Tanımı

Üriner inkontinans, mesanenin kontrolünü kaybetme ya da istemsiz şekilde idrar yapma durumu olarak tanımlanabilir (1). Uluslararası Kontinans Derneği'ne (ICS) göre, Üİ, bireylerde fiziksel, cinsel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlara neden olabilen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak açıklanmıştır (11). ICS'nin 2002 yılındaki standardizasyon raporunda ise Üİ, "her türlü istemsiz idrar kaçırma" olarak yeniden tanımlanmıştır. (4). Üriner inkontinans, doğrudan hayati tehlike oluşturmayan fakat kadınların aile içi ve sosyal hayatlarını hem bedensel hem de ruhsal açıdan önemli ölçüde etkileyen bir problemdir (2). Alt üriner sistemin anatomisi, fizyolojisi ve kontinans mekanizmaları hakkında bilgi sahibi olmak, Üİ'a yol açabilecek faktörleri daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

2.2 Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi

Alt üriner sistem, üretra ve mesaneden oluşarak, üst idrar yollarında üretilen idrarın depolanması ve isteğe bağlı olarak idrarın boşaltılması işlevini yerine getirir. Kadınlar ve erkekler arasındaki üreme organları ve pelvik yapıların anatomik farklılıkları, alt üriner sistemin yapısını da etkilemektedir. Erkeklerde bu sisteme prostat da dahil olur.

2.2.1 Mesane

Mesane, pelvis bölgesinde simfizis pubisin hemen arkasında, ekstrapéritoneal olarak yerleşen alt üriner sistemin önemli bir organıdır. Mesane kapasitesi yaklaşık 500 ml olmakla beraber, idrarı depolama ve boşaltma görevini üstlenir. Mesane doldukça anatomik pozisyonunda değişiklikler meydana gelir; dolan mesane karın içine doğru yükselir (12). Erkeklerde mesane, rektum, prostat ve seminal veziküllerle komşuluk yaparken, kadınlarda ise serviks ve vajinanın ön yüzüyle yakınlık gösterir (13). Mesane, içten dışa doğru mukoza, submukoza, kas tabakası ve seroza olmak üzere dört ana katmandan oluşur. Mukoza, çok katlı değişken epitel hücrelerinden oluşur ve etrafında gevşek bir submukozal areolar doku bulunur. Mesane, embriyonik gelişim sırasında

ürogenital sinüs ve çevresindeki mezodermden köken alır. Endodermal kaynaklı olan düz kas yapısındaki detrusör kasları, mesanenin tabanında yer alan mesodermal kaynaklı trigon kısmı ile birleşir. Detrusör kasları mesane duvarında üç farklı tabakadan oluşur: dışta uzunlamasına, ortada sirküler ve içte yine uzunlamasına kas lifleri bulunur. Bu kaslar mesane boynuna kadar devam eder ve burada iç sfinkteri oluşturur (12)

Trigonun üst kısmındaki iki köşe, üreterlerin açıldığı bölgeler olup, miksiyon sırasında trigonun kasılması ile üretra ve mesane boynu açılırken aynı zamanda üreter orifisleri aşağıya çekilir, bu sayede vesikoüreteral reflü engellenir (14). Mesane boynu, hem anatomik hem de fonksiyonel açıdan önemli bir bölgedir. Mesanenin tabanında, üretral lümenle trigon ve üretral meatus çevresindeki kalınlaşmış detrusör kasının geçtiği alan, mesane boynunu oluşturur (15).

Mesane boynunun yakınında gerçek bir sfinkter bulunmaz. Detrusör kasının spiral ve sirküler lifleri, mesane boynuna yapışarak burada bir kabartı meydana getirir. Miksiyon sırasında, detrusör kasının kontraksiyonu mesane boynunun açılmasına yardımcı olur (16). Mesane boynu pozisyonundaki değişiklik, işemenin başında mesane boynunun yer değiştirmesini sağlar. Bu hareket, plevikal ligamentlerin mesane boynunu anteriora doğru çekerek açılmasına neden olur (4).

Mesane, alt batin bölgesine yerleşmiş arterlerin dalları aracılığıyla kanlanır; başlıca A. vesica inferior ve superior bu dolaşıma katkı sağlar. Venöz dönüş iliak venöz plexus aracılığıyla olurken, lenfatik akım iliak ve paraaortik düğümlere yönelir. Otonomik sinir sistemi kontrolü altında çalışan mesane, parasempatik uyarılarını sakral S2-S4 segmentlerinden, sempatik iletimini ise L1–L3 düzeyinden alır (17).

2.2.2 Üretra

Üretra, istemsiz çalışan düz kas liflerinden meydana gelen, iç kısmı longitudinal, dış kısmı ise sirküler yönlü uzanan iki katmanlı bir yapıdır. (18) Kadınlarda, mesane boynundan başlayan üretra, symphysis pubica'nın arkasından ilerleyerek vulvada sonlanır. Genellikle 3-4 cm uzunluğunda olup, bazı durumlarda 8-9 cm'ye kadar

uzayabilir. Üretra 3 ana bölümden oluşmaktadır, bunlar; pelvik, membranöz ve perineal kısımlardır (18).

Erkek üretrası, yaklaşık olarak 20 cm uzunluğunda olup, serviks vesicadan başlayarak glans peniste bulunan dış üretra açıklığına kadar uzanır. Arka bölümde prostatik ve membranöz üretra yer almaktadır.Önde ise penil ve bulbar üretra bulunur. Spongiyöz dokudan geçen ön üretra, bazı durumlarda spongiyöz üretra olarak adlandırılır (19).İdrar tutma yetisi, alt üriner sistemin anatomik desteği ve sfinkter kaslarının işlevselliğine bağlıdır. Sfinkter sistemi iki ana bileşene ayrılır: internal ve eksternal sfinkter (20).

İdrar kontrolünü sağlayan sfinkter yapısı; düz kaslar, çizgili kaslar ve çevresel damar yapılarından oluşan kompleks bir sistemdir. Mesane boynu çevresinde yer alan iç sfinkter, detrusor kas liflerinin alfa-adrenerjik sinirler aracılığıyla sağladığı tonus sayesinde kapanmayı temin eder (21). Bu yapıya ek olarak, üretra çevresindeki elastik lifler ve düz kas dokuları da kontinansın sağlanmasına katkıda bulunur (21). Ayrıca, üretral lümen çevresinde bulunan elastin ve düz kas liflerinden oluşan trigon bölgesi, mesane boynunun stabilizasyonunu destekleyici bir rol oynar (22).

Eksternal sfinkter, çizgili kas liflerinden oluşur ve üretranın orta kısmını çevreleyerek idrarın istemli kontrolünü sağlar. Distal bölümde pubik kemiğin arkasında yer alır ve lifleri vajina ile perineal membranla birleşerek kompresör üretra ve vajinal sfinkter kaslarını oluşturur. Bu kaslar, üretral basıncı artırarak idrar tutmayı destekler ve üretranın istirahat tonusunun üçte birini sağlar. Büyük ölçüde yavaş kasılan liflerden meydana geldiği için uzun süre aktif kalabilir ve yorulmaya karşı direnç gösterir (20).

2.2.3 Pelvik Diyafram ve Kasları

Pelvik diyafram, pelvik organların anatomik yerleşimini ve fonksiyonel bütünlüğünü sağlayan kas ve bağ dokusu kompleksidir. Bu yapı, özellikle kontinans mekanizmaları, doğum süreci ve pelvik stabilizasyon açısından kritik öneme sahiptir (23).

M. Koksigeus:

Spina iskiadika ile sakrokoksigeal bölge arasında uzanan koksigeus kası, pelvik tabanın arka kısmına destek sağlar. Sakrum ve koksiksi stabilize ederek pelvik stabilitenin korunmasına katkıda bulunur. Levator ani kas grubuna dahil değildir ve S3–S4 spinal sinirlerinden innervasyon alır (23).

M. Levator Ani:

Levator ani, pelvik tabanın yapısal bütünlüğünü koruyan en önemli kas grubudur. Sürekli ve düşük şiddetteki kasılmaları ile iç organların yerinde kalmasını sağlar, aynı zamanda karın içi basınç artışlarına karşı direnç gösterir. Üriner ve rektal kontinans mekanizmalarının sürdürülmesinde etkindir (12, 23).

Bu kas grubu; pubokoksigeus, puborektalis (pubovisceralis olarak da anılır) ve ileokoksigeus olmak üzere üç ana bölümden oluşur. Pudental sinir aracılığıyla S2–S4 spinal segmentlerinden motor innervasyon alır (12).

a) M. Pubokoksigeus:

Pubis kemiği iç yüzeyinden başlayarak rektum ve vajina yan duvarlarına tutunur. Bu kas, mesane, vajina ve rektumun desteklenmesine katkı sağlar ve kontinansın korunmasında etkilidir (12).

b) M. Puborektalis (Pubovisceralis):

Ürogenital hiatus çevresinde U şeklinde bir halka oluşturur. Rektumun fleksiyon açısını korur, anal sfinkterle doğrudan ilişkilidir ve dışkı kontrolünde rol oynar. Doğum esnasında vajinanın genişlemesini kolaylaştırır ve mesane boynunu yukarı çekerek idrar kaçırmayı engelleyici etki sağlar (12).

c) M. İleokoksigeus:

Arkus tendineus fasiya pelvisten başlayarak sakrokoksigeal bölgeye uzanır. Doğum ve karın içi basınç artışı sırasında pelvik diyaframın esnekliğini artırarak destek sağlar. Rektum ve mesanenin yerinde tutulmasına yardımcı olur (12).

2.3 Üriner Kontinans Fizyolojisi

Üriner kontinans, mesane ve üretranın anatomik, fonksiyonel ve nörolojik bütünlüğü sayesinde idrarın istemsiz kaybının engellenmesini sağlayan karmaşık bir fizyolojik yetidir. Bu mekanizma, idrarın mesanede uygun hacme kadar güvenli biçimde depolanması ve uygun koşullar sağlandığında boşaltılması süreçlerini içerir (24).

2.3.1 Depolama Fazı

Depolama fazı sırasında mesane duvarı, artan idrar hacmine rağmen düşük basınçta kalarak esner; bu durum mesanenin kompliyans özelliğini yansıtır. Gerilme reseptörleri, mesane doldukça afferent sinyaller üretir ve bu sinyaller sakral (S2–S4) seviyedeki spinal kord segmentleri aracılığıyla beyin sapına, özellikle pontin miksiyon merkezine (PMC) iletilir (24). Ancak bu merkez, kortikal merkezlerden gelen sinyallerle baskılanır; böylece idrar yapma dürtüsü olsa bile istemsiz işeme engellenir. Bu kontrol süreci, prefrontal korteks ve anterior singulat girusun inhibisyonuna dayanır (25).

Mesanenin doluluğu ortalama 200–300 mL seviyesine ulaştığında bireyde ilk idrar yapma hissi oluşur. Ancak uygun olmayan koşullarda, dış sfinkter ve pelvik taban kaslarının istemli kasılması ile bu dürtü bastırılabilir. Bu dönemde sempatik sinir sistemi (özellikle hipogastrik sinir üzerinden) mesane kasılmasını engellerken, iç üretral sfinkter tonusunu artırır (26).

2.3.2 İşeme Fazı

İşeme fazı, mesane doluluğunun belirli bir eşiği aşmasıyla başlar. Afferent sinyaller supraspinal merkezlere ulaşarak pontin miksiyon merkezini aktive eder. Bu noktada parasempatik sinir sistemi (pelvik sinir aracılığıyla) devreye girer ve detrusor kasında kasılmayı başlatır. Aynı anda, sempatik ve somatik sinyaller baskılanır; böylece

iç ve dış sfinkterler gevşer (26). Bu koordinasyon sayesinde idrarın üretra aracılığıyla boşaltılması mümkün olur.

İşeme işlemi refleks olarak otomatikleşse de, başlatılması için serebral merkezlerin onayı gerekir. Bu durum, kontinansın sağlanmasında bilinçli kontrolün önemini gösterir (27).

2.4 Üriner İnkontinansın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Üriner inkontinansın tanımı, son on yılda önemli ölçüde evrim geçirmiştir. 1979'da Bates ve arkadaşlarının Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) adına yaptığı tanımda, üriner inkontinans, sosyal veya hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaybı olarak belirtilmiştir. Günümüzde ise ICS, üriner inkontinansı herhangi bir istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlamaktadır (28). Ayrıca, inkontinansın türü, şiddeti, predispozan faktörleri, sosyal etkileri, hijyen ve yaşam kalitesine olan etkileri, kişisel deneyimleri ve gerekirse destek gereksinimleri gibi ilgili faktörlerin de tanımlanması önerilmektedir.

2.4.1 Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı

Küresel düzeyde yaklaşık 250 milyon bireyin idrar kaçırma problemi yaşadığı bildirilmektedir ve bu durum, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (29). Araştırmalar, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda üriner inkontinans yaşadığını göstermektedir (5). Ancak erkeklerdeki idrar kaçırma vakalarının daha az raporlandığı ve mevcut epidemiyolojik çalışmaların büyük ölçüde kadınlara odaklandığı görülmektedir (30).

Çeşitli çalışmalara göre, kadınlarda idrar kaçırma sıklığı yaşla birlikte artmakta ve 80 yaşına kadar olan süreçte kadınlarda bu durumun erkeklere kıyasla 1,3 ila 2 kat daha yaygın olduğu bildirilmektedir (5). Buna karşın, 80 yaş ve üzerindeki bireylerde cinsiyete bağlı farkın azaldığı ve inkontinansın benzer oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (30). Ayrıca, erkeklerde en sık karşılaşılan inkontinans tipi sıkışma tipi iken, kadınlarda daha çok stres tipi inkontinans gözlenmektedir (30).

Yaşa bağılı olarak üriner inkontinans sıklığında belirgin bir artış gözlenmektedir. 65 yaşına kadar idrar kaçırma oranlarının kademeli olarak arttığı saptanmıştır (31). Yapılan meta-analiz çalışmalarında, 48 farklı epidemiyolojik araştırmanın incelenmesi sonucunda kadınlarda üriner inkontinans oranının %12 ile %53 arasında değiştiği bildirilmiştir (32).

Avrupa genelinde gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmada, yaşla birlikte üriner inkontinans prevalansının yükseldiği ve kadınlarda görülme oranlarının %16,1 ile %68,8 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada, 35 yaş ve üzerinde doğum yapmış olmak, gebelik, obezite, ailede idrar kaçırma öyküsü bulunması ve çok sayıda doğum yapmış olmak, üriner inkontinans için belirgin risk faktörleri arasında sayılmıştır (33).

Türkiye'de yapılan araştırmalar, kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) prevalansının uluslararası verilerle büyük ölçüde benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır (34). Ulusal düzeyde gerçekleştirilen bir çalışmada, 25–64 yaş arası kadınlarda Üİ prevalansı %47,4 olarak bildirilmiştir (34). Benzer şekilde, Eskişehir'de birinci basamak sağlık hizmeti veren bir aile hekimliğine kayıtlı 18–70 yaş arası kadınlar arasında yapılan bir çalışmada, Üİ prevalansı %41,8 olarak saptanmıştır (35). İzmit'te bir aile sağlığı merkezine başvuran 40–65 yaş arası kadınlar arasında gerçekleştirilen bir çalışmada ise Üİ sıklığı %34,5 olarak rapor edilmiştir (36).

Üİ'nin alt tiplerine bakıldığında, Türkiye'nin batısında 1012 kadınla yapılan bir çalışmada stres tipi inkontinansın %33,1, sıkışma tipi inkontinansın %25,6 ve karışık tip inkontinansın %41,3 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir (37). Bu veriler, Türkiye'deki kadınlar arasında hem Üİ sıklığının hem de alt tiplerinin dağılımının oldukça geniş bir varyasyon gösterdiğini ortaya koymaktadır (37).

2.5 Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri

Üriner inkontinans gelişimine katkıda bulunduğu düşünülen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında ileri yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, sigara kullanımı, doğum sayısı, seks hormonlarındaki değişiklikler, menopoz, ilaç kullanımı, geçirilmiş

pelvik operasyonlar, pelvik organ sarkmaları, obezite ve kronik kabızlık gibi unsurlar yer almaktadır (38).

2.5.1 Yaş ve Cinsiyetin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Üriner inkontinans, kadınlarda erkeklere kıyasla 2 ila 3 kat daha yaygın olarak görülmektedir (5). Bu fark özellikle 60 yaşın altındaki erişkinlerde daha belirgindir. Araştırmalar, yaş ilerledikçe inkontinans sıklığının arttığını göstermektedir (5).

İleri yaşla birlikte organ sistemlerinin fonksiyonel rezervlerinde azalma yaşanır. Mesanenin dolum kapasitesi, kompliyansı ve idrar akım hızı hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşlanmayla birlikte azalma eğilimi gösterir. Yaşlanmanın diğer etkileri arasında, kontrol edilemeyen mesane kasılmaları (inhibe edilemeyen kontraksiyonlar) ve işeme sonrası mesanede kalan idrar miktarında artış (postvoid rezidüel idrar hacmi) da yer almaktadır (39).

İlerleyen yaşla birlikte kadınlarda üretra üzerindeki kapanma basıncı azalmakta ve bu bölgenin uzunluğu işlevsel olarak kısalmaktadır. Bu fizyolojik değişim, üriner kontinans mekanizmasını olumsuz yönde etkileyebilir (40). Bu faktörler, idrar kaçırma riskinin ilerleyen yaşlarda daha fazla artmasına neden olmaktadır (6). Milsom'un gerçekleştirdiği meta-analiz çalışmasına göre, üriner inkontinansın görülme sıklığı yaş ilerledikçe artış göstermektedir (41).

Malone'un çalışmaları, yaşlı kadınlarda mesane kapasitesinde azalma, işeme sonrası idrar kalıntısında artış ve idrar akım hızında düşüş olduğunu ortaya koymuştur (42).

Toplum genelinde yaşlı kadınlarda üriner inkontinans oranının %30 ile %40 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Bu durum, yalnızca fiziksel sağlık açısından değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik boyutlarıyla da bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ouslander ve Abelson'un yaptığı bir araştırmada, ayakta tedavi gören üriner inkontinanslı yaşlı hastaların %37'sinin günlük aktivitelerinin inkontinanstan etkilendiği tespit edilmiştir (43).

2.5.2 Irkın Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Literatürde yapılan araştırmalar, ırkın üriner inkontinansın hem görülme sıklığı hem de tipi üzerinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar, Afrika kökenli Amerikalı kadınlar, Afrika kıtasında yaşayan kadınlar ve Çinli kadınlarda idrar kaçırma oranlarının diğer ırklara kıyasla daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (44).

İrksal değişkenlik, üriner inkontinans tipleri açısından da kendini göstermektedir. Beyaz kadınlarda stres tipi inkontinansın daha sık, siyah kadınlarda ise sıkışma tipi inkontinansın daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (45). Örneğin, 200 kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, stres tipi inkontinans beyaz kadınlarda %61 oranında görülürken, siyah kadınlarda bu oran %27'ye düşmüştür. Buna karşın, sıkışma tipi inkontinans siyah kadınlarda %56 iken, beyaz kadınlarda %28 oranında saptanmıştır (46).

Benzer sonuçlar, Graham ve ekibinin yaptığı çalışmada da elde edilmiştir. Siyah kadınlarda sıkışma tipi inkontinansın baskın olduğu, beyaz kadınlarda ise stres tipi inkontinansın daha yaygın olduğu belirlenmiştir (47).

İrkin tek başına üriner inkontinans için bağımsız bir belirleyici olmadığı; ancak yaş, obezite, hormonal değişiklikler, doğum öyküsü ve yaşam tarzı gibi diğer risk faktörleriyle birlikte değerlendirildiğinde önemli bir etmen haline geldiği belirtilmektedir (48). Özellikle stres tipi inkontinans için ırkın önemli bir belirleyici faktör olabileceği düşünülmektedir (49).

2.5.3 Sigaranın Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Sigara kullanımının üriner inkontinans (Üİ) riskini artırdığına dair çeşitli görüşler bulunmaktadır. Sigaranın neden olduğu kronik öksürük, pelvik taban kaslarında hasara ve karın içi basıncının artmasına yol açarak idrar kaçırmaya sebep olabilir (50). Ayrıca, sigaradaki zararlı maddelerin mesane üzerinde tahriş edici etkileri olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, bazı çalışmalarda sigara kullanımı ile Üİ arasında doğrudan bir ilişki saptanmamıştır. Sigara içmenin, mesane basıncını artırdığı, kollajen sentezini azalttığı ve östrojen seviyelerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (51, 52).

Ayrıca, şiddetli öksürük nedeniyle üretral sfinkterin anatomik ve nörolojik fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelebilir. Bazı çalışmalarda, hem aktif sigara içiminin hem de pasif sigara dumanına maruziyetin, erişkin bireylerde üriner inkontinans gelişiminde anlamlı bir rol oynadığı bildirilmiştir (53). Öte yandan, bazı araştırmalar sigara içme ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (35, 54). Şu an için, sigarayı bırakmanın inkontinansın düzelmesine katkıda bulunduğuna dair kesin bir veri bulunmamaktadır.

2.5.4 Obstetrik Öykünün Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Doğum süreci, pelvik taban kaslarının gevşemesine ve bu bölgedeki organların yapısal ve konumsal değişikliklerine yol açarak, pelvik sinirlerin ve eksternal sfinkterin hasar görmesine neden olabilir; bu durum, idrar kaçırma riskini artırmaktadır.

Üriner inkontinansın gelişiminde, doğum sayısı (parite), doğum şekli, zor doğum, yenidoğan ağırlığı ve çoğul gebelik gibi obstetrik risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Gebelik sırasında, maternal kilo artışı ve büyüyen uterusun mesane üzerine yaptığı baskı ile artan glomerüler filtrasyon hızı, stres üriner inkontinans gelişimine zemin hazırlamaktadır (55).

Gebelik ilerledikçe, fetüsün büyümesiyle birlikte uterus ve bebeğin ağırlığı, mesane ve üretrada anatomik değişikliklere neden olur. Ultrason görüntüleme teknikleriyle yapılan çalışmalarda, mesane boynu ile üretra arasındaki açının arttığı ve pelvik taban kompleksini etkileyen hormonal değişiklikler nedeniyle mesane hareketliliğinin arttığı gösterilmiştir. Ayrıca, büyüyen uterusun etkisiyle artan karın içi basınç, pelvik organların aşağıya itilmesine ve pelvik taban kaslarının sürekli stres ve zorlanmaya maruz kalmasına neden olmaktadır (56).

Birçok çalışma, müdahaleli vajinal doğum yapan kadınlarda üriner inkontinans riskinin arttığını göstermektedir. Doğum ağırlığının 4000 gramın üzerinde olması, epizyotomi, vakum ve forseps uygulamaları, üriner inkontinans riskini artırmaktadır (57). Sezaryen ile doğum yapan kadınların doğum sonrası pelvik taban kasları daha güçlüdür ve bu kadınlarda daha az üriner inkontinans görülmektedir.

2.5.5 Obezitenin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Obezite, vücutta sağlığı olumsuz etkileyecek derecede anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır. Artan vücut kitle indeksi, pelvik taban kasları ve sinirleri üzerinde baskı oluşturarak gerilme, zayıflama ve işlev kaybına yol açabilir (58). Bunun sonucunda üretra esnekliğini kaybeder, mukozal yapıda bozulmalar meydana gelir ve kollajen miktarındaki azalma dokuların direncini düşürerek üriner sistemin işlevselliğini olumsuz etkiler (59).

Obezitenin idrar kaçırma üzerindeki etkisi yalnızca fizyolojik değişikliklerle sınırlı değildir; psikososyal sonuçları da oldukça belirgindir. Fazla kilo nedeniyle pelvik taban ve mesane üzerinde artan basınç, idrar tutma mekanizmasını zorlaştırarak stres üriner inkontinansa zemin hazırlar. Bunun yanı sıra, sık idrara çıkma, noktüri ve ani idrar hissi gibi semptomlar, bireyin sosyal yaşamını kısıtlayarak günlük aktivitelerini zorlaştırır ve yaşam kalitesini düşürür (7).

Obez bireylerde karın içi basıncın yükselmesi, mesane üzerindeki yükü artırarak idrar kaçırma olasılığını yükseltir (8). Ancak yapılan araştırmalar, vücut ağırlığında azalma sağlandığında inkontinans semptomlarında da belirgin bir iyileşme görüldüğünü göstermektedir (7). Bu nedenle, sağlıklı kilo yönetimi, pelvik taban sağlığını korumanın ve üriner inkontinansı önlemenin temel yollarından biri olarak değerlendirilmektedir (59).

2.5.6 Hormonal Değişikliklerin Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Östrojen ve progesteron, reproduktif dönem boyunca alt üriner sistem fonksiyonlarının düzenlenmesinde önemli bir rol oynar (60). Bu hormonların vajina, üretra, mesane ve pelvik taban kaslarında yoğun şekilde bulunan reseptörleri, idrar tutma mekanizmasının sağlıklı işleyişine katkıda bulunur (61). Menopoz sonrası azalan östrojen düzeyleri, mesane ve üretra epitellerinde incelmeye, kollajen kaybına ve doku damarlanmasının azalmasına neden olarak inkontinans mekanizmasını zayıflatmaktadır (60). Bu değişiklikler, kadınlarda stres ve urge tipi idrar kaçırma, noktüri ve sık idrara çıkma gibi alt üriner sistem semptomlarının ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir (62).

Ayrıca, hormonal eksiklik nedeniyle mesane mukozasının savunma özellikleri azalmakta ve bu durum tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlığı artırabilmektedir (60).

Gebelik döneminde artan progesteron seviyeleri, pelvik taban kaslarında gevşemeye neden olarak idrar tutma işlevini zayıflatabilir (63). Buna ek olarak, büyüyen uterusun mesane üzerine baskısı, mesane kapasitesinde azalmaya ve idrar kaçırma riskinde artışa yol açabilir (64). Gebelik sürecinde başlayan bu semptomların çoğu doğum sonrasında gerilese de, bazı kadınlarda kalıcı üriner inkontinans gelişme riski devam etmektedir (64).

2.5.7 Menopozun Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Menopoz, kadın yaşamının fizyolojik bir evresidir ve bu süreçte östrojen düzeylerinin düşmesi, ürogenital yapı üzerinde hem anatomik hem de işlevsel değişiklikler yaratarak üriner inkontinans gelişme olasılığını artırmaktadır (65). Hormon seviyelerindeki bu azalma, özellikle üretra mukozasının incelmeye ve mesane boynunu destekleyen bağ dokusu ile kas yapısında zayıflamaya yol açarak kontinansın korunmasında rol oynayan mekanizmaları zedeleyebilir (3). Aynı zamanda, östrojen eksikliğine bağlı olarak pelvik taban kaslarının gücünde azalma görülmesi, stres tipi inkontinans semptomlarının daha sık yaşanmasına neden olabilir (3). Tüm bu fizyolojik değişiklikler, menopoz dönemindeki kadınların günlük yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve yeterince ele alınmayan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak dikkat çekmektedir (65).

2.5.8 Komorbiditeler ve Üriner İnkontinans Üzerindeki Etkisi

Üriner inkontinans (Üİ), nörolojik bozukluklar, metabolik hastalıklar, solunum sistemi rahatsızlıkları ve ruhsal durumlarla sıkı bir ilişki içerisinde. Özellikle multipl skleroz (MS) ve Parkinson hastalığı gibi merkezi sinir sistemini etkileyen durumlar, mesane kontrolünde ciddi bozukluklara neden olur. Bu hastalıklarda, sinir iletimi aksadığı için detrusor kaslarının koordinasyonu bozulur ve bu da istemsiz idrar sızıntılarına yol açabilir (66, 67).

Diyabetes mellitus (DM), özellikle diyabetik nöropati gelişen hastalarda mesane kaslarının motor ve duyuşal kontrolünü zayıflatır. Bu bozulmalar, boşaltım fonksiyonunu etkileyerek sıkışma tipi veya taşma tipi inkontinansa zemin hazırlar. Aynı zamanda diyabette sık rastlanan tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları da mesane mukozasında irritasyona neden olarak semptomların şiddetlenmesine katkı sağlar (68, 69).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi kronik solunum problemleri, pelvik taban kasları üzerine binen basıncı artırır. Sürekli öksürük ve artan abdominal basınç, bu kasların zayıflamasına yol açarak stres tipi inkontinansı tetikler (70, 71). Benzer şekilde, pelvik organ prolapsusu ve irritabl bağırsak sendromu gibi pelvik taban disfonksiyonları da idrar tutma mekanizmalarını zayıflatır (72).

Psikolojik bozukluklar, özellikle depresyon, Üİ ile çift yönlü bir ilişki içerisinde. Depresyon, mesane farkındalığını ve kontrolünü olumsuz etkileyerek semptomları artırabilir. Tersine, tekrarlayan idrar kaçırmalar bireylerde depresif belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilir (73, 74).

Ek olarak, postmenopozal dönemdeki hormonal değişiklikler, nörolojik komorbiditeler ve yaşlanma gibi faktörler de üriner sistemin işlevlerini doğrudan etkileyerek inkontinans riskini artırmaktadır (75).

2.6 Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması

Üriner inkontinans (Üİ), istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanır ve bireyin yaşam kalitesini hem fiziksel hem psikososyal düzeyde olumsuz etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur. Bu durumun sistematik bir biçimde değerlendirilmesi için Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından belirlenen sınıflandırma sistemine başvurulur. Klinik yaklaşım açısından değerlendirildiğinde üriner inkontinans; stres, urge, karma, taşma, fonksiyonel ve geçici inkontinans olmak üzere altı alt başlıkta incelenmektedir (76).

2.6.1 Stres Tipi Üriner İnkontinans

Stres tipi inkontinans, genellikle karın içi basıncının ani artış gösterdiği öksürme, hapşıрма, egzersiz ya da gülme gibi durumlarda istemsiz idrar kaybı ile kendini gösterir. Bu tipte üretra kapak mekanizmasının yetersizliği ya da pelvik taban kaslarının zayıflığı ön plandadır. Kadınlarda doğum, menopoz sonrası hormonal değişiklikler ve yaşlanma ile birlikte sıklığı artmaktadır (76, 77).

2.6.2 Urge Tipi Üriner İnkontinans

Bu alt tipte en belirgin özellik, ani gelişen güçlü bir idrara çıkma hissinin ardından bireyin tualete ulaşmadan idrar kaçırmasıdır. Detrusor kasının istemsiz kasılması bu tipin temel fizyopatolojik mekanizmasını oluşturur. Nörolojik hastalıklar, mesane irritasyonu veya yaşlanma ile birlikte görülen değişiklikler urge inkontinansın altında yatan etkenler olabilir (76, 78).

2.6.3 Karma Tip Üriner İnkontinans

Karma tip üriner inkontinans, stres ve urge inkontinans semptomlarının aynı kişide birlikte görüldüğü bir durumdur. Klinik olarak hem ani idrara sıkışma hissi hem de karın içi basınçla idrar kaçırma mevcuttur. Bu durum genellikle yaşlı kadınlarda yaygındır ve tedavi yaklaşımı, bireyde baskın olan tipin tedavisine öncelik verilerek planlanır (76, 79).

2.6.4 Taşma Tipi Üriner İnkontinans

Taşma inkontinansı, mesanenin dolmasına rağmen boşaltılamaması sonucu idrarın damla damla sızması ile karakterize bir durumdur (76). Genellikle mesane çıkışını engelleyen obstrüktif patolojiler, diyabetik nöropati veya spinal kord hasarı gibi nedenlerle detrusor kontraktilesinde azalma görülür. Erkeklerde benign prostat hiperplazisi, bu tip inkontinansın sık nedenlerinden biridir (80).

2.6.5 Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans, üriner sistemin anatomik ve fizyolojik olarak sağlam olduğu bireylerde, tuvaleti zamanında kullanamama sonucu ortaya çıkar (76). Altta yatan nedenler arasında bilişsel bozukluk (örneğin demans), motor kısıtlılık (inme

sonrası), çevresel engeller (tuvalet uzaklığı), görme bozuklukları gibi faktörler bulunabilir. Özellikle yaşlı bireylerde görülme oranı yüksektir (81).

2.6.6 Geçici Üriner İnkontinans

Geçici inkontinans, geri dönüşlü nedenlere bağlı olarak gelişen ve neden ortadan kalktığında düzelen bir inkontinans türüdür. Enfeksiyonlar, akut konfüzyon, kullanılan ilaçlar (diüretikler, antidepresanlar), aşırı sıvı alımı ve immobilité gibi faktörler sorumlu olabilir (76). Bu nedenle ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır .

2.7 Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

2.7.1 Anamnez

Üriner inkontinans (Üİ), yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp sosyal, duygusal ve psikolojik yönleri de etkileyen kapsamlı bir klinik durumdur. Bu nedenle, hastanın ilk değerlendirme sürecinde alınan ayrıntılı bir tıbbi öykü, tanı sürecinin temelini oluşturur (82). Anamnezde, semptomların ne zaman başladığı, sıklığı ve yoğunluğu, özellikle hangi durumlarda (örneğin egzersiz, öksürme) ortaya çıktığı dikkatle sorgulanmalıdır. Ek olarak, idrar kaçırmanın günlük yaşam üzerindeki etkileri, kullanılan ped sayısı gibi bilgiler de semptomların ciddiyetini anlamada yardımcı olur.

Hastaya yöneltilmesi gereken sorular arasında idrar yapma şekli, gece ve gündüz idrara çıkma sayısı, ani sıkışma hissi, akım gücü, sonrasında damlama olup olmadığı ve işeme sırasında zorlanma da yer almalıdır. Bu bilgiler sayesinde üriner inkontinansın tipi ayırt edilebilir ve altta yatan patolojilere dair fikir edinilebilir (82).

Kadın hastalarda, doğum öyküsü, menopoz durumu ve hormon kullanımı gibi jinekolojik detaylar, inkontinansın değerlendirilmesinde önemli yer tutar. Menopoz sonrası östrojen eksikliği, özellikle vajinal veya üretral atrofiye bağlı olarak inkontinansı tetikleyebilecek geri dönüşümlü bir durumdur (83).

Ayrıca, hastanın özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar da değerlendirmeye dahil edilmelidir. Diüretikler gibi ilaçlar ya da pelvik cerrahiler, radyoterapi öyküsü ve sistemik hastalıklar

(ör. KOAH, diabetes mellitus, Parkinson hastalığı) inkontinansın gelişimine katkıda bulunabilir. Nörolojik değerlendirme de, özellikle multipl skleroz veya spinal travmalar gibi durumların dışlanması açısından kritik önemdedir (83).

2.7.2 İşeme Günlüğü ve Anketler

Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde kullanılan temel yöntemlerden biri işeme günlüğüdür. Hastadan genellikle 3 ila 7 gün süreyle, gün içinde aldığı sıvı miktarını, idrara çıkış zamanlarını, idrar hacmini ve varsa kaçırma olaylarını kaydetmesi istenir. Bu günlükler, hem tanı koyma sürecinde hem de uygulanan tedavinin etkisini izlemek amacıyla pratik, düşük maliyetli ve değerli bilgiler sağlar (84). Semptomların daha objektif değerlendirilmesi için standardize edilmiş anket formları da sıkça kullanılmaktadır. Bu anketler, hem semptom şiddetini hem de hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemede klinik olarak yararlıdır. International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF), dünya genelinde en yaygın kullanılan anketlerden biridir ve Türkçe versiyonunun geçerlilik-güvenirlilik çalışması da yapılmıştır (85). Bunun yanında, Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7), özellikle kadın hastalarda idrar kaçırmanın yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek için tercih edilen güvenilir ölçeklerdir (86). Bu iki ölçeğin Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirliği 2007 yılında Çam ve Aydın Avcı tarafından yapılan çalışma ile doğrulanmıştır (87).

2.7.3 Fizik Muayene, Laboratuvar ve Görüntüleme

Üriner inkontinans şikâyetiyle başvuran hastalarda fizik muayene, alta yatan nedenlerin belirlenmesi ve doğru tedavi planının oluşturulması açısından ilk adımdır. Bu muayene abdominal bölge, pelvik organlar, nörolojik sistem ve rektal alanı kapsamalıdır. Özellikle pelvik organ prolapsusu, vajinal atrofi ve nörolojik defisitler bu aşamada değerlendirilmektedir (88).

2.7.3.1 Stres Testi

Stres inkontinansını değerlendirmek için kullanılan bu basit yöntemle, dolu mesane ile öksürme veya Valsalva manevrası sırasında gözle görülen idrar kaçağı

izlenir. Eğer bu sırada gözle görülür şekilde idrar kaçağı oluşursa, stres tipi inkontinans olasılığı güçlenir. Testin doğruluğu, hastanın ayakta ya da litotomi pozisyonunda olmasıyla artırılır (89).

2.7.3.2 Ped Testi (Pet Yöntemi)

Kaçırma şiddetinin objektif olarak ölçülmesini sağlayan bu testte hastaya belirli miktarda sıvı içirilir (genellikle 500 mL) ve ardından fiziksel aktiviteler yaptırılır (örneğin, öksürme, merdiven çıkma, oturma-kalkma). Başlangıçta tartılmış olan ped, bir saat sonra tekrar tartılarak idrar kaybı gram cinsinden hesaplanır. <2 gram: normal; 2–10 gram: hafif; 10–50 gram: orta; >50 gram: şiddetli inkontinans olarak değerlendirilir (90).

2.7.3.3 Q-Tip Testi

Üretrovezikal bileşkenin hareketliliğini ölçmek amacıyla kullanılan bu testte, hasta litotomi pozisyonundayken steril pamuklu bir çubuk üretradan mesaneye doğru yerleştirilir. Hastanın hem istirahat hâlinde hem de ıkınma sırasında çubuğun yatay düzlemle yaptığı açı ölçülür. Eğer bu açı 30 dereceden büyükse, üretral hipermobilité varlığı düşünülür ve bu durum stres tipi üriner inkontinans lehine yorumlanır (91).

Laboratuvar testleri arasında tam idrar tahlili ve gerekirse idrar kültürü yapılmalıdır. Ayrıca, sistemik nedenleri ekarte etmek amacıyla kan biyokimyası, glukoz ve renal fonksiyon testleri yapılmalıdır (1).

Temel laboratuvar testleri (tam idrar tahlili, idrar kültürü ve biyokimya) enfeksiyon veya metabolik bozuklukları dışlamak için gereklidir. Ultrason ile postmiksyonel rezidü idrar ölçümü yapılabilir; ancak manyetik rezonans gibi ileri görüntüleme yöntemleri sadece gerekli durumlarda tercih edilmelidir (88).

2.7.3.4 Ürodinamik İnceleme ve Üretrosistoskopi

Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde, özellikle karmaşık semptomları olan veya konservatif tedavilere yanıt vermeyen olgularda ürodinamik testler önerilir. Bu testler sayesinde detrüsor aşırı aktivitesi, mesane dolum kapasitesi ve işeme sırasındaki basınç gibi mesane işlevleri objektif olarak değerlendirilebilir (92). Ancak, Ulusal Kılavuzlara

göre bu testler, basit stres inkontinansı gibi komplikasyon içermeyen olgularda ilk değerlendirme sırasında rutin olarak önerilmemektedir (93).

Aynı şekilde, üretrosistoskopi de sadece özel durumlarda –örneğin anatomik anormallik şüphesi, intravezikal lezyonlar veya rekürren üriner enfeksiyon varlığı gibi durumlarda– kullanılmalıdır. Rutin tarama aracı olarak kullanılması önerilmez (88).

2.8 Üriner İnkontinansın Güncel Tedavi Yaklaşımları

Üriner inkontinansın (Üİ) tedavisindeki öncelikli hedef, istemsiz idrar kayıplarını azaltarak bireyin yaşam kalitesini artırmak ve sosyal izolasyonu önlemektir. Uygulanacak tedavi planı yalnızca klinik bulgulara değil, aynı zamanda hastanın kişisel tercihlerine ve yaşam biçimine göre bireyselleştirilmelidir (75). Hastaya tüm müdahaleler hakkında bilgilendirme yapılmalı, tedavi süreci karşılıklı onama dayalı olarak planlanmalıdır.

2.8.1 Yaşam Tarzı Düzenlemeleri

Üriner inkontinansın tüm alt tiplerinde yaşam tarzına dair düzenlemeler tedavinin temelini oluşturur. Sıvı alımının denetlenmesi, alkol ve kafein tüketiminin azaltılması, kabızlığın önlenmesi, sigaranın bırakılması ve kilo kontrolü gibi alışkanlık değişiklikleri mesane fonksiyonlarının iyileştirilmesine katkı sağlar (75). Özellikle obezite, inkontinans için bağımsız bir risk faktörü olduğundan, kilo kaybı ciddi klinik fayda sağlayabilir (7). Ayrıca, çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) gözden geçirilmesi ve eşlik eden hastalıkların kontrolü de tedavi başarısını artırır (93).

2.8.2 Davranışsal ve Konservatif Terapötik Yöntemler

Davranışsal tedaviler, farmakolojik ve cerrahi yöntemlere başlamadan önce denenmesi önerilen, noninvaziv ve düşük maliyetli girişimlerdir. Bu yöntemler ile mesanenin kapasitesi ve kompliyansı artırılmakta; özellikle stres tipi inkontinans olgularında üretral destek güçlendirilerek idrar tutma işlevi iyileştirilmektedir. Bu

yöntemler arasında mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE), vajinal kon uygulamaları ve biofeedback yer almaktadır (75, 92).

2.8.3 Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE)

Özellikle stres tipi Üİ’de önerilen PTKE, pelvik taban kaslarının bilinçli şekilde kasılması ve gevşetilmesi esasına dayanır. Düzenli uygulanan egzersizler, üretral destek yapılarının güçlenmesini sağlayarak idrar tutma fonksiyonunu belirgin şekilde artırabilir (92). Günde ortalama 30–40 kasılma hedeflenmekte, egzersizler oturur, yatar ve ayakta pozisyonlarda uygulanabilmektedir. Uygulama sıklığı bakımından, NICE (2013) kılavuzu haftada birkaç gün, günde üç kez olmak üzere yaklaşık 8–12 hafta süreyle egzersiz yapılmasını önermektedir (93). Bu pozisyon çeşitliliği, mesane boynu ve üretranın daha stabil kalmasına katkı sağlar PTKE, gerek monoterapi olarak gerekse diğer yöntemlerin destekleyicisi olarak kullanılabilir ve hastaların semptomlarında anlamlı azalma sağlar (75). Uygulamada rehberlik için fizyoterapist eşliğinde eğitim, biofeedback cihazları veya vajinal ağırlıklar gibi yardımcı araçlar tercih edilebilir (92). Özellikle düzenli uygulamayı sürdüren hastalarda 5 yıl sonrası takiplerde bile semptomların azaldığı görülmektedir (95).

2.8.4 Mesane Eğitimi (Bladder Training)

Sıkışma tipi veya mikst tip Üİ’de tercih edilen bu yöntemde, hastadan idrar yapma aralıklarını bilinçli şekilde uzatması ve işeme kontrolünü artırması beklenir. Tedavi başlangıcında idrar günlüğü tutulur ve belirlenen zaman aralıkları ile mesanenin boşaltılması önerilir (94). Bu aralıklar, haftalık olarak 15–30 dakika artırılarak hedeflenen 3–4 saatlik boşaltım periyoduna ulaşılmaya çalışılır. Bu şekilde mesane kompliyansı artırılır ve inkontinans atakları azaltılır (94).

Randomize çalışmalarda, mesane eğitimi ve PTKE gibi davranışsal yaklaşımların inkontinans semptomlarında %50’den fazla azalma sağladığı gösterilmiştir (94). Bu yöntemler, özellikle yaşlı ve cerrahiye uygun olmayan hastalar için ilk basamakta etkili ve güvenlidir (92). Tedavi sonrasında kazanılan işeme alışkanlıklarının sürdürülebilirliği, uzun vadeli başarı için belirleyicidir. Bu nedenle mesane eğitimi,

yalnızca kısa vadeli semptom kontrolü değil, aynı zamanda kalıcı davranışsal değişim sağlamayı hedefler.(94)

2.8.5 Vajinal Konlar (Ağırlıklı Vajinal Araçlar)

Vajinal konlar, stres tipi üriner inkontinansın konservatif tedavisinde kullanılan, farklı ağırlıklarda üretilen koni biçimindeki araçlardır. Vajina içine yerleştirildiklerinde düşmemeleri için pelvik taban kaslarının istemli olarak kasılması gerekir. Bu yöntem, dirençli kas çalışması prensibine dayanır ve kas gücünü artırmayı hedefler (96). Genellikle hafif ağırlıklı konlarla başlanır ve kas gücüne bağlı olarak daha ağır olanlara geçilir. Egzersizler günlük olarak uygulanmakta ve başlangıçta 10 dakika olan süre zamanla 20 dakikaya çıkarılmaktadır (96).

Vajinal kon uygulamaları yalnızca pelvik taban kaslarını güçlendirmekle kalmaz, aynı zamanda konunun düşme riski üzerinden biyolojik geri bildirim de sağlar. Bu durum, doğru kas gruplarının aktive edilmesini kolaylaştırır. Vajinal konların stres tipi üriner inkontinansın yönetiminde etkili olduğu ve pelvik taban kas egzersizlerine benzer ölçüde fayda sağladığı, sistematik bir derlemede bildirilmiştir (96).

2.8.6 Biyofeedback Yöntemi

Biyofeedback yöntemi pelvik taban kas fonksiyonlarının öğrenilmesi ve geliştirilmesine yönelik cihaz destekli bir eğitim yaklaşımıdır. Bu yöntemde pelvik bölgeye yerleştirilen sensörler aracılığıyla kas aktivitesi ölçülür ve kullanıcıya görsel veya işitsel geri bildirim sağlanır. Böylece birey, abdominal ya da gluteal kasları kullanmadan yalnızca pelvik taban kaslarını aktive etmeyi öğrenebilir (97).

Biyofeedback destekli egzersizlerin, yalnız başına yapılan pelvik taban kas egzersizlerine göre daha fazla gelişim sağladığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bu teknik özellikle kas gruplarını ayırt etmekte zorlanan ya da motivasyonu düşük olan bireylerde fayda sağlamaktadır. Ayrıca, düzenli olarak gözlemlenen gelişmeler, hasta uyumunu artırmaktadır (97). Ancak bazı araştırmalar, bu yöntemin uzun vadede yaşam kalitesi gibi bazı çıktılarda anlamlı fark yaratmadığını da ortaya koymuştur (97).

Biyofeedback yöntemi, genellikle stres tip inkontinans tedavisinde kullanılmakla birlikte, sıkışma (urgency) ve mikst tip inkontinansı olan hastalarda da pelvik taban kas farkındalığını artırarak semptom kontrolüne destek sağlayabilir (98). Klinik uygulamalarda biyofeedback seansları çoğunlukla haftalık veya iki haftada bir olmak üzere yaklaşık 8-12 hafta boyunca uygulanmaktadır. Hastaların önemli bir kısmında yaklaşık üç aylık düzenli kullanım sonrasında tatmin edici iyileşme sağlandığı belirtilmektedir.

2.8.7 Farmakolojik Müdahaleler

Konservatif tedavi yaklaşımlarına rağmen semptomların kontrol altına alınamadığı olgularda, farmakolojik müdahaleler önemli bir alternatif sunmaktadır. Özellikle sıkışma tipi ve mikst tip üriner inkontinans vakalarında, tedavinin temel hedefi mesane duvarındaki detrusor kasının aşırı kasılmalarını baskılamak ve böylece istemsiz işeme ataklarını azaltmaktır (99).

Bu amaçla en sık başvuru alan ajanların başında antimuskarinik ilaçlar gelmektedir. Bu ilaçlar, mesane düz kasında bulunan M3 muskarinik reseptörlerini bloke ederek istemsiz kasılmaları azaltır ve mesane dolum fazını uzatır. Ancak bu ilaçlar aynı zamanda sistemik muskarinik reseptörler üzerinde de etkili oldukları için, ağız kuruluğu, kabızlık, baş dönmesi ve bulanık görme gibi yan etkilerle ilişkilendirilmiştir. Bu advers etkiler, tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmekte ve bazı hastalarda ilacın bırakılmasına yol açabilmektedir (99).

Alternatif olarak geliştirilen mirabegron, β_3 -adrenerjik reseptörlere yüksek özgüllükle bağlanarak mesane detrusor kasının gevşemesini sağlar. Bu etki, mesane kapasitesinin artmasına, dolum fazının uzamasına ve acil işeme hissinin azalmasına olanak tanır. Park ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği çok merkezli, prospektif bir çalışmada, 12 hafta süreyle mirabegron kullanan aşırı aktif mesane hastalarında işeme sıklığında, acil işeme hissinde ve idrar kaçırma epizotlarında anlamlı düzeyde azalma sağlandığı gösterilmiştir (100). Ayrıca, katılımcıların büyük bir kısmında tedaviye bağlı ciddi advers etki görülmemiş ve ilacın iyi tolere edildiği bildirilmiştir (100).

Farmakolojik tedaviden yeterli yanıt alınamayan ya da yan etkilere bağılı olarak ilaç tedavisini sürdüremeyen bireyler için, intravezikal onabotulinum toksin A enjeksiyonu önerilen ileri düzey tedavi seçeneklerinden biridir. Botulinum toksin, detrusor kasına enjekte edilerek asetilkolin salınımını inhibe eder ve bu sayede istemsiz kasılmaları azaltır (100). Park ve arkadaşları (2024), bu yöntemin üç ila altı ayda bir tekrarlanabileceğini ve semptomların kontrol altına alınmasında etkili olduğunu vurgulamaktadır (100).

2.8.8 Cerrahi Müdahaleler

Üriner inkontinansın tedavisinde cerrahi yöntemler, genellikle diğer tedavi seçeneklerinin etkisiz kaldığı durumlarda gündeme gelir. Bu müdahalelerin temel amacı, pelvik destek yapılarını yeniden düzenleyerek özellikle stres tipi inkontinansın nedenlerini ortadan kaldırmaktır (93).

En sık uygulanan cerrahi teknikler arasında gerilimsiz vajinal bant (TVT), transobturator bant (TOT) ve Burch kolposüspansiyon yer alır. Cerrahi yöntemin seçiminde hastanın pelvik anatomik yapısı ve geçmişteki cerrahileri göz önünde bulundurulmalıdır (101).

Ayrıca, ileri yaş, menopoz sonrası dönem, obezite ve pelvik organ sarkmaları gibi faktörler cerrahinin başarısını etkileyebilir. Bu nedenle, her hasta için bireysel değerlendirme yapılarak, uzun vadeli etkinliği ve düşük komplikasyon riski olan yöntem tercih edilmelidir (102).

2.9 Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi

Üriner inkontinans, kadınlarda daha sık gözlemlenmesine rağmen, hem kadın hem erkek bireylerde yaşam kalitesini belirgin şekilde düşüren önemli bir sağlık sorunudur. Bu durum, sosyal ilişkilerde kısıtlanmaya, uyku düzeninin bozulmasına, iş performansında düşüşe ve cinsel yaşamda olumsuzluklara yol açabilmektedir (9).

İdrar kaçırma yaşayan bireyler sıklıkla sosyal izolasyon hisseder; dışarı çıkma, seyahat etme ve toplum içinde bulunma gibi gündelik aktivitelerden kaçınarak psikososyal işlevselliklerini sınırlandırır (103).

Erkek bireylerde yapılan araştırmalar, özellikle karma ve sıkışma tipi inkontinansa sahip olanlarda depresyon ve anksiyete seviyelerinin anlamlı düzeyde arttığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, inkontinansın erkeklerde de ciddi psikolojik sonuçlara neden olabileceğini göstermektedir (103).

Kadınlarda ise üriner inkontinansın cinsel yaşam üzerinde belirgin etkileri olduğu; bu durumun özellikle cinsel istekte azalma ve ilişki sırasında özsaygı kaybına yol açtığı belirtilmiştir (104). Ayrıca gece uykusunun sık sık bölünmesi, yetersiz ve kalitesiz uyku gibi sorunlar da inkontinans yaşayan bireylerde yaygın olarak görülmekte; bu da gündüz performansını ve genel iyilik halini olumsuz etkilemektedir (9).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Genel Özellikleri

Bu çalışma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 20 ila 65 yaş aralığındaki kadın bireylerde üriner inkontinansın (Üİ) görülme sıklığını, alt tiplerini ve bu duruma eşlik eden etkenleri incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup, kesitsel ve tanımlayıcı araştırma niteliği taşımaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın hedef evrenini, 01 Kasım 2024 ile 01 Ocak 2025 tarihleri arasında T.C. SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 20–65 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Bu tarih aralığında polikliniğe toplamda 3.028 hasta başvurmuş olup, bu grubun 1.310'u ilgili yaş aralığında olan kadınlardan oluşmaktadır.

Örneklem büyüklüğü, Salant ve Dillman (1994) tarafından önerilen basit rastgele örnekleme formülü dikkate alınarak hesaplanmıştır. Hesaplamada şu formül kullanılmıştır:

$$n = N \cdot t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

Bu formülde;

- **N:** Evren büyüklüğü (1.310),
- **t:** 1,96 (güven düzeyi %95 için Z değeri),
- **p:** Olayın varsayılan prevalansı (0,5),
- **q:** 1 – p (0,5),
- **d:** Kabul edilen örnekleme hatası (0,05)

olarak alınmıştır. Bu değerlere göre yapılan hesaplama sonucunda, örneklem büyüklüğü 297 olarak bulunmuş, olası kayıplar ve eksik veri riskine karşı %10'luk pay eklenerek hedef örneklem büyüklüğü 327 olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan toplam 330 katılımcıdan 100'ünde (%30,3) idrar kaçırma şikâyeti tespit edilmiş olup, çalışma bu katılımcılarla tamamlanmıştır.

3.3. Katılım ve Dışlama Ölçütleri

Dahil Edilme Ölçütleri:

- SBÜ Fatih Sultan Mehmet EAH Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü onam vermiş olan,
- 20–65 yaş aralığında ve kadın cinsiyette olan,
- Sağlıklı iletişim kurabilecek düzeyde bilişsel yeterliliğe sahip bireyler.

Hariç Tutulma Ölçütleri:

- Bilişsel bozukluğu bulunan,
- Anket formundaki tüm soruları eksiksiz yanıtlamayan,
- Nörolojik nedenlere bağlı olarak gelişmiş üriner inkontinansı bulunan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulama Süreci

Veri toplama sürecinde katılımcılara iki bölümden oluşan yapılandırılmış anket formu uygulanmıştır:

- Birinci bölüm, katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim seviyesi gibi sosyodemografik niteliklerini değerlendiren, araştırmacı tarafından geliştirilmiş

26 maddelik bir sorgulama formudur. Bu bölüm, çalışmaya dahil edilen tüm bireylere uygulanmıştır.

- İkinci bölümde ise, yalnızca son bir yıl içerisinde üriner inkontinans şikayeti bildiren bireylerle sınırlı olarak Uluslararası Üriner İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) uygulanmıştır.

Söz konusu ölçek, 2004 yılında Çetinel ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir (85). Dört sorudan oluşan bu formda, ilk üç soru puanlanarak toplamda 0 ile 21 arasında bir skor elde edilirken, dördüncü madde puan içermemekle birlikte tip tanımlamasında klinik rehberlik sağlamaktadır. Literatürde ≥ 8 puan, klinik olarak anlamlı inkontinans şikayetini tanımlamak için kesme noktası olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılığını yansıtan Cronbach Alfa katsayısı 0,879 olarak hesaplanmıştır.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi. Verilerin normal dağılım analizi Shapiro-Wilk testi ile yapıldı ve verilerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Niceliksel veriler için minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde analizleri yapıldı. Niceliksel değişkenlerin karşılaştırılmaları Pearson korelasyon testi ile, kategorik değişkenlerin karşılaştırmaları Ki-Kare testi ile, kategorik değişkenler ile niceliksel değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda ikili gruplar için bağımsız değişkenler t testi, ikiden fazla gruplu kategorik değişkenlerin niceliksel değişkenlerle karşılaştırılması tek yönlü varyans (ANOVA) testi ile analiz edildi. Menopoz durumunun inkontinans üzerindeki etkisini saptamak amacıyla Binary lojistik regresyon analizi yapıldı. Menopozun inkontinans şiddetini artırma olasılığı Odds Ratio analizi ile hesaplandı. Analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Ölçek Cronbach Alpha Katsayısı: 0,879

3.6. Etik Uygunluk

Çalışmaya başlamadan önce, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 28.01.2025 tarihli ve 2024/18/946-1022 sayılı onay alınmıştır. Ayrıca tüm katılımcılardan, araştırmanın kapsamı ve amacı hakkında bilgilendirme yapılarak yazılı gönüllü onam formları temin edilmiştir.



4 BULGULAR

Katılımcılar arasında son 1 yıldır idrar kaçırma şikayeti olduğunu belirtenlerin oranı %30,3 (n=100) olarak bulunmuştur. Herhangi bir idrar kaçırma şikayeti bildirmeyenlerin oranı ise %69,7 (n=230) olarak tespit edilmiştir.

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların yaş ortalamasının 52,71±10,76 yıl, boy ortalamasının 161,5±5,84 cm, kilo ortalamasının 71,97±12,38 kg, vücut kitle indeksi (VKİ) ortalamasının ise 27,68±5,01 kg/m² olduğu; %52'sinin üniversite mezunu, %66'sının çalışmadığı, %50'sinin gelirinin giderine eşit, %64'ünün evli, %61'inin cinsel olarak aktif olduğu; %66'sının hiç alkol kullanmadığı, %57'sinin sigara kullanmadığı ve %37'sinin günde bir fincan kahve tükettiği saptandı. (Tablo 1).

Tablo 1. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerin dağılımları

	Min.-Maks.	Ort.±SS
Yaş	22-65	52,71±10,76
Boy	150-176	161,5±5,84
Kilo	48-112	71,97±12,38
BKİ	18,68-42,68	27,68±5,01
	n (100)	%
Eğitim Durumu		
Okuryazar	3	3
İlkokul	14	14
Orta okul	9	9
Lise	22	22
Üniversite	52	52
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	66	66
Bedensel iş	11	11

Masa başı iş	23	23
Gelir Durumu		
Gelir giderin altında	35	35
Gelir gidere eşit	50	50
Gelir giderden fazla	15	15
Medeni durum		
Bekar	10	10
Evli	64	64
Dul/Boşanmış	26	26
Cinsel olarak aktiflik durumu		
Evet	61	61
Hayır	39	39
Alkol kullanımı		
Hiç kullanmamış	66	66
Sosyal içici	24	24
Haftada 1 kadeh	6	6
Ayda 1-2 kadeh	4	4
Sigara kullanımı		
Yok	57	57
Günde 0-10 adet arası	15	15
Günde 11-20 adet arası	8	8
Günde bir paketten fazla	3	3
Bırakmış	17	17
Kahve kullanımı		
Yok	13	13
Haftada 1-3 fincan arası	25	25
Günde 1 fincan	37	37
Günde 1 fincandan fazla	25	25

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların evlilik yaşı ortalamasının $23,41\pm5,24$ yıl, toplam gebelik sayısı ortalamasının $2,78\pm1,61$, canlı doğum sayısı ortalamasının $2,1\pm1,11$, küretaj sayısı ortalamasının $1,54\pm0,94$, düşük sayısı ortalamasının $1,3\pm0,48$ ve ölü doğum sayısı ortalamasının 1 olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların evlilik ve gebeliğe ilişkin bulgularının dağılımları

	Min.-Maks.	Ort.±SS
Evlilik yaşı (n=69)	14-35	23,41±5,24
Toplam gebelik sayısı (n=89)	1-9	2,78±1,61
Canlı doğum sayısı (n=87)	1-8	2,1±1,11
Küretaj sayısı (n=33)	1-5	1,54±0,94
Düşük sayısı (n=10)	1-2	1,3±0,48
Ölü doğum sayısı (n=2)	1-1	1

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %89'unun idrar kaçırma ameliyatı öyküsünün olmadığı, %88'inin üriner sistemde taş öyküsünün olmadığı, %69'unun sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsünün olmadığı, %31'inin idrar yapmada şikayet türünün Pollaküri (sık idrara çıkmak) olduğu, %73'ünün kabızlık şikayetinin olmadığı, %90'ının psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı, %61,6'sının normal (vajinal) doğum yaptığı ve %39,5'inin ilk doğum yaşının 26-30 yaş arası olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların klinik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı

	n (100)	%
İdrar kaçırma ameliyatı öyküsü		
Var	11	11
Yok	89	89
Üriner sistemde taş öyküsü		
Var	12	12
Yok	88	88
Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü		
Var	31	31
Yok	69	69
İdrar yapmada şikayet türü		
Pollaküri (sık idrara çıkmak)	31	31
Noktüri (gece idrara çıkmak)	12	12
Poliüri (fazla miktarda idrar yapmak)	9	9
Dizüri (ağrılı idrar yapmak)	3	3
Yok	45	45
Kabızlık şikayeti		
Var	27	27
Yok	73	73
Psikiyatrik hastalık durumu		
Var	10	10
Yok	90	90
Doğum şekli		
Normal (Vajinal)	53	61,6
Sezaryen	33	38,4

İlk doğum yaşı

20 yaş ve altı	16	18,6
21-25 yaş arası	32	37,2
26-30 yaş arası	34	39,5
36 yaş ve üzeri	4	4,7

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %66'sının menopoza girdiği ve menopoza girme yaşı ortalamasının $45,72 \pm 4,41$ yıl olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların menopoz durumlarının dağılımları

	n (100)	%
Menopoza girme durumu		
Evet	66	66
Hayır	34	34
	Min.-Maks.	Ort.±SS
Menopoza girme yaşı	37-54	$45,72 \pm 4,41$

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %51'inin haftada 1 veya daha seyrek şekilde idrar kaçırdığı, %84'ünün az miktarda idrar kaçırdığı ve %68'inin öksürürken veya hapşırırken idrar kaçırdığı saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların idrar kaçırmayla ilişkili değişkenlere verdikleri yanıtların dağılımları

	n (100)	%
İdrar kaçırma sıklığı		
Günde birkaç kez	8	8
Günde 1 kez gibi	8	8
Haftada 2-3 kez gibi	29	29
Haftada 1 veya daha seyrek	51	51
Her zaman	4	4
İdrar kaçırma miktarı		
Az miktarda	84	84
Orta derecede	16	16
İdrar kaçırma durumları*		
Öksürürken veya hapşırırken idrar kaçırıyorum	68	68
Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum	50	50
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum	16	16
Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum	13	13
İşemeyi bitirip giyinirken kaçırıyorum	8	8
Uyurken kaçırıyorum	3	3
Her zaman kaçırıyorum	2	2

Niceliksel tanımlayıcı özelliklere göre üriner inkontinans durumunun karşılaştırılmasında; yaş, kilo, BKİ, Evlilik yaşı, toplam gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yaş, kilo, BKİ, toplam gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı değişkenlerinde üriner inkontinansı (Üİ) olan katılımcıların ortalamaları yüksek bulunmuşken, evlilik yaşı değişkeninde Üİ olmayan katılımcıların ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Niceliksel tanımlayıcı özelliklere göre üriner inkontinans durumunun karşılaştırılması

	Üriner İnkontinans	n	Ort.±SS	t	p
Yaş	Yok	230	44,64±12,06	-6,033	<0,001
	Var	100	52,71±10,76		
Boy	Yok	230	162,68±5,92	1,696	0,091
	Var	100	161,5±5,84		
Kilo	Yok	230	66,86±12,73	-3,374	0,001
	Var	100	71,97±12,38		
BKİ	Yok	230	25,32±4,96	-3,967	<0,001
	Var	100	27,68±5,02		
Evlilik yaşı	Yok	146	25,37±5,58	2,467	0,014
	Var	69	23,41±5,24		
Toplam gebelik sayısı	Yok	154	2,3±1,47	-2,434	0,016
	Var	89	2,78±1,61		
Canlı doğum sayısı	Yok	148	1,68±0,76	-3,398	0,001
	Var	87	2,1±1,11		
Küretaj Sayısı	Yok	43	1,86±1,82	0,905	0,368
	Var	33	1,54±0,93		
Düşük Sayısı	Yok	15	1,2±0,56	-0,461	0,649
	Var	10	1,3±0,48		
Menopoza girme yaşı	Yok	87	46,4±4,12	0,973	0,332
	Var	66	45,72±4,41		

Bağımsız değişkenler t testi

Niceliksel tanımlayıcı özelliklere göre Üİ durumunun karşılaştırılmasında; eğitim, çalışma, gelir durumu, alkol kullanma durumu, medeni durum, doğum şekli, idrar

kaçırma ameliyatı öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve idrar yapmada şikayet durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Bonferroni), inkontinansı olan katılımcılar arasında çalışmayan, geliri giderinin altında olan, hiç alkol kullanmayan, dul veya boşanmış olan, normal doğum yapmış, idrar kaçırma ameliyatı geçirmiş, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan, pollaküri veya poliüri şikayeti olan katılımcıların oranı anlamlı yüksek bulunurken; eğitim durumu değişkeninde üniversite mezunu olan katılımcılarda, çalışma durumu değişkeninde masa başı çalışanlarda, gelir durumu değişkeninde geliri giderinden fazla olanlarda, alkol kullanımı açısından sosyal içici ve ayda 1-2 kadeh kullanan katılımcılarda, medeni durum değişkeninde bekar olanlarda ve idrar yapmada şikayeti olmayanlarda inkontinansı olmayan katılımcıların oranı inkontinansı olanlardan anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Niteliksel tanımlayıcı özelliklere göre üriner inkontinans durumunun karşılaştırılması

	Üriner İnkontinans			
	Yok	Var	X	p
Eğitim Durumu				
Okuryazar	3 (%1,3)	3 (%3)		
İlkokul	22 (%9,6)	14 (%14)		
Orta okul	10 (%4,3)	9 (%9)	10,617	0,031
Lise	34 (%14,8)	22 (%22)		
Üniversite	161 (%70)	52 (%52)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	101 (%43,9)	66 (%66)		
Bedensel iş	35 (%15,2)	11 (%11)	13,885	0,001
Masa başı iş	94 (%40,9)	23 (%23)		

Gelir Durumu				
Gelir giderin altında	54 (%23,5)	35 (%35)		
Gelir gidere eşit	113 (%49,1)	50 (%50)	7,969	0,019
Gelir giderden fazla	63 (%27,4)	15 (%15)		
Alkol kullanımı				
Hiç kullanmamış	105 (%45,7)	66 (%66)		
Sosyal içici	82 (%35,7)	24 (%24)	13,681	0,003
Haftada 1 kadeh	14 (%6,1)	6 (%6)		
Ayda 1-2 kadeh	29 (%12,6)	4 (%4)		
Sigara kullanımı				
Yok	137 (%59,6)	57 (%57)		
Günde 0-10 adet arası	43 (%18,7)	15 (%15)		
Günde 11-20 adet arası	12 (%5,2)	8 (%8)	2,254	0,689
Günde bir paketten fazla	4 (%1,7)	3 (%3)		
Bırakmış	34 (%14,8)	17 (%17)		
Kahve içme durumu				
Yok	27 (%11,7)	13 (%13)		
Haftada 1-3 fincan arası	51 (%22,2)	25 (%25)	5,055	0,168
Günde 1 fincan	66 (%28,7)	37 (%37)		
Günde 1 fincandan fazla	86 (%37,4)	25 (%25)		
Medeni durum				
Bekar	65 (%28,3)	10 (%10)		
Evli	127 (%55,2)	64 (%64)	14,383	0,001
Dul/Boşanmış	38 (%16,5)	26 (%26)		
Doğum şekli				
Normal(vajinal)	54 _a (%37,2)	53 _b (%61,6)	12,911	<0,001*
Sezaryen	91 _a (%62,8)	33 _b (%38,4)		

İdrar kaçırma ameliyatı öyküsü				
Var	4 (%1,7)	11 (%11)	13,777	0,001*
Yok	226 (%98,3)	89 (%89)		
Üriner sistemde taş öyküsü				
Var	18 (%7,8)	12 (%12)	1,469	0,158*
Yok	212 (%92,2)	88 (%88)		
Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü				
Var	29 (%12,6)	31 (%31)	15,847	<0,001*
Yok	201 (%87,4)	69 (%69)		
İdrar yapmada şikayet durumu				
Pollaküri (sık idrara çıkmak)	16 _a (%7)	31 _b (%31)	54,688	<0,001
Nöktüri (gece idrara çıkmak)	17 (%7,4)	12 (%12)		
Poliüri (fazla miktarda idrar yapmak)	3 _a (%1,3)	9 _b (%9)		
Dizüri (ağrılı idrar yapmak)	6 (%2,6)	3 (%3)		
Yok	188 _a (%81,7)	45 _b (%45)		
Kabızlık şikayeti				
Var	58 (%25,2)	27 (%27)	0,116	0,416*
Yok	172 (%74,8)	73 (%73)		
Psikiyatrik hastalık durumu				
Var	15 (%6,5)	10 (%10)	1,204	0,19
Yok	215 (%93,5)	90 (%90)		

χ^2 : Ki-Kare testi, *Fisher's exact test

Menopoza giren katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılmasında çalışma durumu, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumu, doğum şekli durumu, medeni durumları ve alkol kullanma durumları değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Bonferroni), inkontinansı olan katılımcılar arasında çalışmayan, sık idrar yolu

enfeksiyonu geçiren ve normal doğum yapanların oranı anlamlı yüksek bulunurken; medeni durum değişkeninde bekar katılımcılarda inkontinansı olmayanların oranı inkontinansı olanlardan anlamlı yüksek olduğu; alkol kullanımı açısından ise hiç kullanmayanlarda inkontinansı olanların oranı inkontinansı olmayanlardan, sosyal içici olanlarda ise inkontinansı olmayanların oranı inkontinansı olanlardan anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 8)

Tablo 8. Menopoza giren katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması

	İnkontinans durumu			
	Yok	Var	X ²	p
Eğitim Durumu				
Okuryazar	3 (%3,4)	2 (%3)	0,943	0,918
İlkokul	11 (%12,6)	12 (%18,2)		
Orta okul	6 (%6,9)	4 (%6,1)		
Lise	20 (%23)	15 (%22,7)		
Üniversite	47 (%54)	33 (%50)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	50 (%57,5)	50 (%75,8)	9,129	0,01
Bedensel iş	18 (%20,7)	3 (%4,5)		
Masa başı iş	19 (%21,8)	13 (%19,7)		
Gelir Durumu				
Gelir giderin altında	19 (%21,8)	22 (%33,3)	3,203	0,202
Gelir gidere eşit	46 (%52,9)	33 (%50)		
Gelir giderden fazla	22 (%25,3)	11 (%16,7)		

Cinsel olarak aktiflik durumu				
Evet	47 (%54)	35 (%53)	0,015	*0,516
Hayır	40 (%46)	31 (%47)		
Üriner sistemde taş öyküsü				
Var	8 (%9,2)	7 (%10,6)	0,084	0,489
Yok	79 (%90,8)	59 (%89,4)		
Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü				
Var	14 (%16,1)	23 (%34,8)	7,201	*0,006
Yok	73 (%83,9)	43 (%65,2)		
Kabızlık şikayeti				
Var	27 (%31)	16 (%24,2)	0,857	*0,229
Yok	60 (%69)	50 (%75,8)		
Doğum şekli				
Normal (Vajinal)	32 (%43,2)	42 (%67,7)	8,162	0,004
Sezaryen	42 (%56,8)	20 (%32,3)		
İlk doğum yaşı				
20 yaş ve altı	9 (%12,2)	13 (%21)	6,122	0,106
21-25 yaş arası	22 (%29,7)	26 (%41,9)		
26-30 yaş arası	36 (%48,6)	19 (%30,6)		
36 yaş ve üzeri	7 (%9,5)	4 (%6,5)		
Medeni durum				
Bekar	14 _a (%16,1)	3 _b (%4,5)	6,805	0,033
Evli	55 (%63,2)	41 (%62,1)		
Dul/Boşanmış	18 (%20,7)	22 (%33,3)		
Alkol kullanımı				
Hiç kullanmamış	42 _a (%48,3)	47 _b (%71,2)	8,158	0,043
Sosyal içici	35 _a (%40,2)	15 _b (%22,7)		
Haftada 1 kadeh	2 (%2,3)	1 (%1,5)		

Ayda 1-2 kadeh	8 (%9,2)	3 (%4,5)		
Sigara kullanımı				
Yok	52 (%59,8)	40 (%60,6)		
Günde 0-10 adet arası	14 (%16,1)	9 (%13,6)		
Günde 11-20 adet arası	3 (%3,4)	4 (%6,1)	1,561	0,816
Günde bir paketten fazla	1 (%1,1)	2 (%3)		
Bırakmış	17 (%19,5)	11 (%16,7)		
Kahve kullanımı				
Yok	10 (%11,5)	9 (%13,6)		
Haftada 1-3 fincan arası	25 (%28,7)	21 (%31,8)	1,861	0,602
Günde 1 fincan	28 (%32,2)	24 (%36,4)		
Günde 1 fincandan fazla	24 (%27,6)	12 (%18,2)		
Cinsel olarak aktiflik durumu				
Evet	47 (%54)	35 (%53)	0,015	0,516*
Hayır	40 (%46)	31 (%47)		

*X²: Ki-Kare testi, *Fisher's Exact test*

Menopoza giren katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılmasında yaş, BKİ, evlilik yaşı ve canlı doğum sayısı değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). İnkontinansı olan katılımcıların yaş, BKİ ve canlı doğum sayısı değişkenlerinin ortalaması daha yüksek bulunurken, evlilik yaşı değişkeninde inkontinansı olmayan katılımcıların yaş ortalaması daha yüksek bulundu. (Tablo 9)

Tablo 9. Menopoza giren katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması

	İnkontinans durumu	n	Ort.±SS	t	p
Yaş	Yok	87	56,24±5,7	-2,572	0,011
	Var	66	58,63±5,71		
BKİ	Yok	87	26,82±4,23	-2,009	0,046
	Var	66	28,31±4,96		
Evlilik yaşı	Yok	63	25,06±5,46	2,083	0,04
	Var	44	22,88±5,11		
Toplam gebelik sayısı	Yok	77	2,44±1,7	-1,685	0,094
	Var	63	2,93±1,76		
Canlı doğum sayısı	Yok	75	1,76±0,76	-2,608	0,011
	Var	62	2,22±1,22		
Menopoza girme yaşı	Yok	87	46,4±4,12	0,973	0,332
	Var	66	45,72±4,41		

t: Bağımsız değişkenler t testi

Menopoza girmeyen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılmasında; eğitim durumu, çalışma durumu ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Bonferroni) eğitim durumunda inkontinansı olan katılımcılarda ortaokul mezunlarının, çalışma durumunda çalışmayanların, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirenlerin oranı anlamlı yüksek bulundu. İnkontinansı olmayan katılımcılarda ise üniversite mezunlarının ve masa başı çalışanların oranı anlamlı yüksek bulundu. (Tablo 10)

Tablo 10. Menopoza girmeyen katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması

	İnkontinans durumu			
	Yok	Var	X	p
Eğitim Durumu				
Okuryazar		1 (%2,9)		
İlkokul	11 (%7,7)	2 (%5,9)		
Orta okul	4 (%2,8)	5 (%14,7)	16,766	0,002
Lise	14 (%9,8)	7 (%20,6)		
Üniversite	114 (%79,7)	19 (%55,9)		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	51 (%35,7)	16 (%47,1)		
Bedensel iş	17 (%11,9)	8 (%23,5)	6,613	0,037
Masa başı iş	75 (%52,4)	10 (%29,4)		
Gelir Durumu				
Gelir giderin altında	35 (%24,5)	13 (%38,2)		
Gelir gidere eşit	67 (%46,9)	17 (%50)	5,063	0,08
Gelir giderden fazla	41 (%28,7)	4 (%11,8)		
Cinsel olarak aktiflik durumu				
Evet	91 (%63,6)	26 (%76,5)	2,019	*0,11
Hayır	52 (%36,4)	8 (%23,5)		
Üriner sistemde taş öyküsü				
Var	10 (%7)	5 (%14,7)	2,107	*0,135
Yok	133 (%93)	29 (%85,3)		
Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü				
Var	15 (%10,5)	8 (%23,5)	4,131	*0,046
Yok	128 (%89,5)	26 (%76,5)		

Kabızlık şikayeti				
Var	31 (%21,7)	11 (%32,4)	1,729	*0,138
Yok	112 (%78,3)	23 (%67,6)		
Doğum şekli				
Normal (Vajinal)	22 (%31)	11 (%45,8)	1,748	0,186
Sezaryen	49 (%69)	13 (%54,2)		
İlk doğum yaşı				
20 yaş ve altı	9 (%12,7)	3 (%12,5)	3,856	0,277
21-25 yaş arası	15 (%21,1)	6 (%25)		
26-30 yaş arası	37 (%52,1)	15 (%62,5)		
36 yaş ve üzeri	10 (%14,1)			
Medeni durum				
Bekar	51 (%35,7)	7 (%20,6)	3,537	0,171
Evli	72 (%50,3)	23 (%67,6)		
Dul/Boşanmış	20 (%14)	4 (%11,8)		
Alkol kullanımı				
Hiç kullanmamış	63 (%44,1)	19 (%55,9)	5,373	0,146
Sosyal içici	47 (%32,9)	9 (%26,5)		
Haftada 1 kadeh	12 (%8,4)	5 (%14,7)		
Ayda 1-2 kadeh	21 (%14,7)	1 (%2,9)		
Sigara kullanımı				
Yok	85 (%59,4)	17 (%50)	2,428	0,658
Günde 0-10 adet arası	29 (%20,3)	6 (%17,6)		
Günde 11-20 adet arası	9 (%6,3)	4 (%11,8)		
Günde bir paketten fazla	3 (%2,1)	1 (%2,9)		
Bırakmış	17 (%11,9)	6 (%17,6)		

Kahve kullanımı

Yok	17 (%11,9)	4 (%11,8)	2,134	0,545
Haftada 1-3 fincan arası	26 (%18,2)	4 (%11,8)		
Günde 1 fincan	38 (%26,6)	13 (%38,2)		
Günde 1 fincandan fazla	62 (%43,4)	13 (%38,2)		

Cinsel olarak aktiflik durumu

Evet	91 (%63,6)	26 (%76,5)	2,019	0,11*
Hayır	52 (%36,4)	8 (%23,5)		

χ^2 : Ki-Kare testi, *Fisher's Exact test

Menopoza girmeyen katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılmasında yaş ve BKİ değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). İnkontinansı olan katılımcıların yaş ve BKİ değişkenlerinin ortalaması daha yüksek bulundu.(Tablo 11)

Tablo 11. Menopoza girmeyen katılımcıların niceliksel değişkenlerine göre inkontinans durumlarının karşılaştırılması

	İnkontinans durumu	n	Ort.±SS	t	p
Yaş	Yok	143	37,58±9,07	-2,109	0,036
	Var	34	41,21±8,73		
BKİ	Yok	143	24,41±5,16	-2,109	0,036
	Var	34	26,47±4,97		
Evlilik yaşı	Yok	83	25,61±5,68	1,008	0,316
	Var	25	24,32±5,44		
Toplam gebelik sayısı	Yok	77	2,14±1,2	-1,05	0,296
	Var	26	2,42±1,1		

Canlı doğum sayısı	Yok	73	1,61±0,74	-1,084	0,281
	Var	25	1,8±0,71		

t: Bağımsız değişkenler t testi

Menopoza girme durumuna göre inkontinans durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Menopoza giren katılımcılardan inkontinansı olan katılımcıların oranı, inkontinansı olmayan katılımcıların oranından; menopozda olmayan katılımcılardan inkontinansı olmayan katılımcıların oranı, inkontinansı olan katılımcıların oranından anlamlı yüksek bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Menopoza girme durumuna göre inkontinans durumunun karşılaştırılması

Menopoza girme durumu	İnkontinans durumu		X²	p
	Yok	Var		
Evet	87 (%37,8)	66 (%66)	22,247	<0,001
Hayır	143 (%62,2)	34 (%34)		

X²: Ki-Kare testi

Menopoza girmenin inkontinans üzerindeki etkisine yönelik ikili lojistik regresyon analizinde menopozun inkontinansı %9,3 ($R^2=0,093$) oranında anlamlı bir şekilde ($p<0,05$) etkilediği ve menopozun inkontinans riskini artırma olasılığının %31,3 ($OR=0,313$) olduğu saptandı (Tablo 13).

Tablo 13. Menopoza girmenin inkontinans üzerindeki etkisi

	B	R ²	p	OR
Sabit	,856	0,093	,000	,425
Menopoza girme durumu (Var)	1,160		,000	,313

Binary lojistik regresyon

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların “Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz” sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalamasının $3,35 \pm 0,97$, “Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz, genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz” sorusuna verdikleri yanıtların puan ortalamasının $2,32 \pm 0,73$, “Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor” sorusuna verdikleri yanıtları puan ortalamasının $4,1 \pm 2,08$ ve ICIQ-SF ölçeği puan ortalamasının $9,72 \pm 2,38$ olduğu saptandı (Tablo 14).

Tablo 14. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarının dağılımları

	Min.-Maks.	Ort.±SS
Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz?	1-5	$3,35 \pm 0,97$
Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz, genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz?	2-4	$2,32 \pm 0,73$
Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?	1-9	$4,1 \pm 2,08$
ICIQ-SF	4-16	$9,72 \pm 2,38$

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %88’inin inkontinans şiddetinin 8 ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo 15)

Tablo 15. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların ICIQ-SF ölçeği puan ortalamasına göre inkontinans şiddetinin dağılımları

	n	%
İnkontinans şiddeti		
<8	12	12
≥8	88	88

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların niceliksel değişkenleri ile ICIQ-SF ölçeği puan ortalamaları ile ilişkisel analizinde; ICIQ-SF ölçeği ile evlilik yaşı ile negatif yönde ve düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların niceliksel değişkenleri ile ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile ilişkisel analizi

		ICIQ-SF
Yaş	r	-,017
	p	,864
Boy	r	-,031
	p	,756
Kilo	r	,063
	p	,531
BKİ	r	,080
	p	,431
Evlilik yaşı	r	-,255*
	p	,035
Toplam gebelik sayısı	r	,059
	p	,580

Canlı doğum sayısı	r	-,017
	p	,878
Küretaj Sayısı	r	-,087
	p	,628
Düşük Sayısı	r	-,115
	p	,751
<i>Pearson korelasyon testi, *p<0,05</i>		

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasında; eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, alkol kullanma durumu, sigara içme durumu, kahve tüketim durumu ve ilk doğum yaşı değişkenlerine göre yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması

	n	Ort.±SS	F	p
Eğitim durumu				
Okuryazar	3	11,66±2,52	1,04	0,391
İlkokul	14	10±2,22		
Orta okul	9	9,77±2,64		
Lise	22	10,13±2,8		
Üniversite	52	9,34±2,17		
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	66	9,82±2,54	0,955	0,388
Bedensel iş	11	10,27±1,74		
Masa başı iş	23	9,17±2,13		

Gelir durumu				
Gelir giderin altında	35	9,62±2,7		
Gelir gidere eşit	50	9,98±2,32	0,885	0,416
Gelir giderden fazla	15	9,06±1,75		
Alkol kullanma durumu				
Hiç kullanmamış	66	9,61±2,34		
Sosyal içici	24	9,75±2,27	0,598	0,618
Haftada 1 kadeh	6	9,83±2,4		
Ayda 1-2 kadeh	4	11,25±3,95		
Sigara içme durumu				
Yok	57	9,87±2,48		
Günde 0-10 adet arası	15	9,26±2,57		
Günde 11-20 adet arası	8	9,87±2,64	0,923	0,923
Günde bir paketten fazla	3	9,66±0,58		
Bırakmış	17	9,53±2,1		
Kahve tüketim durumu				
Yok	13	10,07±2,87		
Haftada 1-3 fincan arası	25	8,76±1,48		
Günde 1 fincan	37	9,83±2,48	2,074	0,109
Günde 1 fincandan fazla	25	10,32±2,53		
İlk doğum yaşı				
20 yaş ve altı	16	10,31±2,47		
21-25 yaş arası	32	9,6±2,38		
26-30 yaş arası	34	9,38±1,86	1,146	0,336
36 yaş ve üzeri	4	11,25±5,18		

F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA testi)

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların idrar yapmada şikayet türüne göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde (Tukey), pollaküri (sık idrara çıkmak) şikayeti olan katılımcıların puan ortalamasının, idrar yapmada şikayeti olmayan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı yüksek bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların idrar yapmada şikayet türüne göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması

İdrar yapmada şikayeti türü	n	Ort.±SS	F	p
Pollaküri (sık idrara çıkmak)	31	10,67±2,41		
Noktüri (gece idrara çıkmak)	12	10±2,7		
Poliüri (fazla miktarda idrar yapmak)	9	10,33±2,7	3,066	0,02
Dizüri (ağrılı idrar yapmak)	3	9,33±0,58		
Yok	45	8,88±2,05		

F: Tek yönlü varyans analizi (ANOVA testi)

İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların cinsel olarak aktiflik durumu, medeni durumu, doğum şekli, idrar kaçırma ameliyatı öyküsü, üriner sistemde taş öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve psikiyatrik hastalık durumuna göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). ICIQ-SF puan ortalamalarının kabızlık şikayetine göre karşılaştırılmasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$) ve kabızlık şikayeti olan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek bulundu (Tablo 19).

Tablo 19. İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların klinik ve demografik özelliklerine göre ICIQ-SF ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	n	Ort.±SS	t	p
Cinsel olarak aktiflik durumu				
Evet	61	9,82±2,7	0,566	0,572
Hayır	39	9,56±1,82		

Medeni durum				
Bekar	10	10±2,98	0,215	0,83
Evli	64	9,81±2,5		
Doğum şekli				
Normal (Vajinal)	53	9,72±2,14	-0,019	0,985
Sezaryen	33	9,72±2,75		
İdrar kaçırma ameliyatı				
öyküsü				
Var	11	10,18±2,18	0,679	0,498
Yok	89	9,66±2,41		
Üriner sistemde taş				
öyküsü				
Var	12	9,08±2,43	-0,986	0,326
Yok	88	9,81±2,38		
Sık idrar yolu				
enfeksiyonu öyküsü				
Var	31	9,58±2,1	-0,39	0,697
Yok	69	9,78±2,51		
Kabızlık şikayeti				
Var	27	10,93±2,8	2,799	0,008
Yok	73	9,27±2,06		
Psikiyatrik hastalık				
durumu				
Var	10	10,3±2,58	0,81	0,42
Yok	90	9,65±2,36		

t: Bağımsız değişkenler t testi

Menopoza girme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; idrar kaçırma ameliyatı öyküsü , üriner sistemde taş öyküsü , sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü, kabızlık şikayeti ve psikiyatrik hastalık durumu değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 20).

Tablo 20. Menopoza girme durumuna göre sağlık öyküsü değişkenlerinin karşılaştırılması

	Menopoza girme durumu			
	Evet	Hayır	X ²	*p
İdrar kaçırma ameliyatı öyküsü				
Var	9 (%13,6)	2 (%5,9)	1,378	0,205
Yok	57 (%86,4)	32 (%94,1)		
Üriner sistemde taş öyküsü				
Var	7 (%10,6)	5 (%14,7)	0,357	0,383
Yok	59 (%89,4)	29 (%85,3)		
Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü				
Var	23 (%34,8)	8 (%23,5)	1,344	0,176
Yok	43 (%65,2)	26 (%76,5)		
Kabızlık şikayeti				
Var	16 (%24,2)	11 (%32,4)	0,749	0,263
Yok	50 (%75,8)	23 (%67,6)		
Psikiyatrik hastalık durumu				
Var	5 (%7,6)	5 (%14,7)	1,268	0,216
Yok	61 (%92,4)	29 (%85,3)		
X ² : Ki-Kare testi				

Menopoza girme durumuna göre idrar yapmada şikayet türünün karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Menopoza girme durumuna göre idrar yapmada şikayet türünün karşılaştırılması

İdrar yapmada şikayet türü	Menopoza girme durumu		X ²	p
	Evet	Hayır		
Pollaküri (sık idrara çıkmak)	20 (%30,3)	11 (%32,4)		
Nöktüri (gece idrara çıkmak)	7 (%10,6)	5 (%14,7)		
Poliüri (fazla miktarda idrar yapmak)	6 (%9,1)	3 (%8,8)	1,901	0,754
Dizüri (ağrılı idrar yapmak)	3 (%4,5)			
Yok	30 (%45,5)	15 (%44,1)		

X²: Ki-Kare testi

Menopoza girme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; idrar kaçırma sıklığı ve idrar kaçırma miktarı değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 22).

Tablo 22. Menopoza girme durumuna göre idrar kaçırma sıklığının ve miktarının karşılaştırılması

İdrar kaçırma sıklığı	Menopoza girme durumu		X ²	p
	Evet	Hayır		
Günde birkaç kez	4 (%6,1)	4 (%11,8)		
Günde 1 kez gibi	7 (%10,6)	1 (%2,9)		
Haftada 2-3 kez gibi	17 (%25,8)	12 (%35,3)	3,566	0,468
Haftada 1 veya daha seyrek	35 (%53)	16 (%47,1)		
Her zaman	3 (%4,5)	1 (%2,9)		

İdrar kaçırma miktarı

Az miktarda	57 (%86,4)	27 (%79,4)	0,807	0,267
Orta derecede	9 (%13,6)	7 (%20,6)		

χ^2 : Ki-Kare testi

Hem menopoza giren katılımcıların (%68,2) hem menopoza girmeyen katılımcıların (%67,6) en çok öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırdığı saptandı (Tablo 23).

Tablo 23. Menopoza girme durumuna göre idrar kaçırma durumlarının dağılımları

İdrar kaçırma durumları*	Menopoza girme durumu	
	Evet (n=66)	Hayır (n=34)
Öksürürken veya hapsirirken idrar kaçıyorum	45 (%68,2)	23 (%67,6)
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum	34 (%51,5)	16 (%47,1)
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum	10 (%15,2)	6 (%17,6))
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum	9 (%13,6))	4 (%11,8)
İşemeyi bitirip giyinirken kaçıyorum	3 (%4,5)	4 (%11,8)
Uyurken kaçıyorum	3 (%4,5)	
Her zaman kaçıyorum	1 (%1,5)	1 (2,9)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Menopoza girme durumuna göre ölçek sorularına verilen yanıtların puan ortalamalarının ve ICIQ-SF ölçeği puanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Menopoza girme durumuna göre ölçek sorularına verilen yanıtların puan ortalamalarının ve ICIQ-SF ölçeği puanının karşılaştırılması

	Menopoza girme durumu	n	Ort.±SS	t	p
Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz?	Evet	66	3,4±0,96	0,624	0,534
	Hayır	34	3,26±1,02		
Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz, genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz?	Evet	66	2,27±0,7	-0,893	0,374
	Hayır	34	2,41±0,82		
Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?	Evet	66	3,95±2,12	-0,637	0,526
	Hayır	34	4,23±2,01		
ICIQ-SF	Evet	66	9,62±2,46	-0,576	0,566
	Hayır	34	9,91±2,25		

t: Bağımsız değişkenler t testi

Menopoza giren katılımcılarda en çok (%61,9) hipertansiyon (HT), menopoza girmeyen katılımcılarda ise en çok (%38,5) hipotroidi olduğu saptandı (Tablo 25).

Tablo 25. Menopoza girme durumuna göre kronik hastalıkların dağılımları

Kronik hastalıklar*	Menopoza girme durumu	
	Evet (n=42)	Hayır (n=13)
HT	26 (%61,9)	1 (%7,7)
Hipotiroidi	13 (%31)	5 (%38,5)
DM	12 (%28,6)	4 (%30,7)
Kalp yetmezliği	4 (%9,5)	
HL	3 (%7,1)	
Meme Ca	3 (%7,1)	
İnsülin direnci	2 (%4,8)	
KAH	2 (%4,8)	
Depresyon	1 (%2,4)	
Lupus	1 (%2,4)	
Ülseratif kolit	1 (%2,4)	
Astım		1 (%7,7)
Bağırsak enfeksiyonu		1 (%7,7)
Bipolar bozukluk		1 (%7,7)
Migren		1 (%7,7)
Sedef hastalığı		1 (%7,7)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Menopoza girme durumuna göre inkontinans şiddetinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Menopoza girme durumuna göre inkontinans şiddetinin karşılaştırılması

İnkontinans şiddeti	Menopoza girme durumu		X^2	*p
	Evet	Hayır		
<8	10 (%15,2)	2 (%5,9)	1,826	0,152
≥ 8	56 (%84,8)	32 (%94,1)		

X^2 : Ki-Kare testi

5 TARTIşMA

Çalışmamızda, aile hekimliğı polikliniğıne başvuran kadınların %30,3'ünde üriner inkontinans (Üİ) saptanmıştır. Bu bulgu, çalışmamızın örnekleminde Üİ'nin halk sağlığı açısından dikkate değer bir prevalansa sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Türkiye'de yapılan çalışmalarda da Üİ prevalansının farklı oranlarda bildirildiğı görölmektedir. Bu farklar, örneklem gruplarının yaş aralıklarına, doğurganlık öykülerine, diğeri sosyodemografik faktörlere ve çalışmanın klinik ya da toplum temelli olmasına bağılı olarak değışkenlik gösterebilmektedir. Alkurt Narçičeğı ve arkadaşları (2021) tarafından yürütölen araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %17,5 olarak belirlenmiştir (105). İstanbul'da Kıskaç ve Kıskaç (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, 18 yaş ve üzeri 408 kadın üzerinde yapılan değıerlendirmede üriner inkontinans prevalansı %37,3 olarak rapor edilmiştir (106). Yıldız ve Ayrancı'nın (2024) Eskişehir'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 237 kadınla yürüttükleri çalışmada ise Üİ prevalansı %41,8 olarak saptanmıştır (35). Özkan ve Sapmaz'ın (2015) Elazığ'da reproduktif çağdaki kadınlar arasında yürüttükleri araştırmada üriner inkontinans prevalansı %31,4 olarak bildirilmiştir (108). Bornova ilçesinde yapılan toplum temelli Yücel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise üriner inkontinans prevalansı %29,7 olarak saptanmıştır (109).

Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda ise üriner inkontinans prevalansının yine geniş bir aralıkta değıştiğı görölmektedir. İngiltere'de Cooper ve arkadaşları (2015) tarafından toplum temelli bir araştırmada, 21 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans prevalansı %39,9 olarak rapor edilmiştir (110). Norveç'te yürütölen HUNT çalışmasında, 20 yaş üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans prevalansı %25 olarak bildirilmiştir (111) . Meksika'nın kuzeyinde García-Pérez ve arkadaşlarının (2013) gerçekleştirdiğı çalışmada ise, 25–64 yaş aralığında kadınlar arasında üriner inkontinans prevalansı %18,4 olarak bulunmuştur (112) . Orta Doğı verilerine bakıldığında, Katar'da Ghafouri ve arkadaşlarının (2014) epidemiyolojik çalışmasında üriner inkontinans prevalansı %20,7 olarak belirlenmiştir (29) . Güney Kore'de Lee ve

arkadaşları (2008) tarafından gerçekleştirilen ulusal temsili örneklem çalışmasında, 19 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans prevalansı %24,4 olarak bulunmuştur (113) . Japonya’da Onishi ve Shibata (2023) tarafından yürütülen toplum temelli çalışmada, 3.030 kadın arasında yapılan değerlendirmede, üriner inkontinans prevalansı %25,5 olarak saptanmıştır (114). Hindistan’ın Ahmedabad kentinde Sharma ve ark (2022) tarafından yürütülen toplum temelli çalışmada ise, 45 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %30 olarak rapor edilmiştir (115) . Bahreyn’de Abdulhusain ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği toplum temelli çalışmada, 20–70 yaş aralığındaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %24,8 olarak bulunmuştur (116). Portekiz’de Vilão ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği çalışmada ise, ülkenin farklı bölgelerinden katılan 342 kadında genel üriner inkontinans prevalansı %37,1 olarak tespit edilmiştir (117) . Bu sonuçlar, üriner inkontinans prevalansının hem Türkiye’de hem de uluslararası alanda çalışılan örneklem özelliklerine, yaş dağılımına, doğurganlık öyküsüne, beden kitle indeksine ve kullanılan veri toplama yöntemlerine göre farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda stres tipi üriner inkontinans, katılımcıların %68’inde öksürme veya hapsirme sırasında idrar kaçırma olarak tanımlanarak en sık gözlenen form olmuştur. Bu bulgu, hem menopoza giren (%68,2) hem de menopoza girmeyen (%67,6) kadınlar arasında benzer oranlarla gözlenmiştir. Bulgularımız, hem hastane temelli çalışmalarda (108, 118) hem de toplum temelli çalışmada (109) bildirilen oranlardan belirgin şekilde daha yüksektir. Stres tipi üriner inkontinansın bu denli yüksek oranda saptanması, örneklem grubunun yaş ortalamasının yüksekliği, doğum öyküsünün yaygınlığı ve beden kitle indeksinin artmış olması gibi risk faktörleriyle ilişkilendirilebilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda da stres tipi üriner inkontinans sıklıkla en yaygın form olarak bildirilmiştir. Özkan ve Sapmaz’ın (2015), Fırat Üniversitesi Hastanesi’nde yürüttükleri çalışmada, üriner inkontinansı bulunan kadınların %57’sinde stres tipi inkontinans saptanmıştır (108). Akpolat ve arkadaşlarının (2024) üniversite hastanesinde gerçekleştirdikleri araştırmada da benzer şekilde stres tipi inkontinans %53,8 ile en sık görülen formdur (118). Yücel ve arkadaşlarının (2018) Bornova’da gerçekleştirdiği

toplum temelli çalışmada ise bu oran %44,8 olarak raporlanmıştır (109). Çalışmamızda tespit edilen %68'lik oran, bu çalışmaların tamamından yüksektir. Bu farklılık, özellikle yaş ortalamalarıyla açıklanabilir; zira çalışmamızda üriner inkontinansı olan bireylerin yaş ortalaması $52,71 \pm 10,76$ yıl iken, Akpolat ve ark.'nın çalışmasında 35 ± 16 yıl, Yücel ve ark.'nın çalışmasında ise $43,25 \pm 1,51$ yıl olarak bildirilmiştir (109, 118). Özkan ve Salmaz'ın çalışması ise yalnızca reproduktif çağıdaki kadınları kapsadığından yaş ortalaması doğal olarak daha düşüktür (108). Yaşın ilerlemesiyle birlikte pelvik taban kaslarında zayıflama, bağ dokularda elastikiyet kaybı ve hormonal değişiklikler gibi etkenler stres tipi inkontinans riskini artırmaktadır (54, 120).

Uluslararası literatür incelendiğinde de benzer şekilde stres tipi üriner inkontinansın birçok ülkede en yaygın form olduğu görülmektedir. İngiltere'de Cooper ve arkadaşlarının toplum temelli çalışmasında stres tipi inkontinans %50,3 ile en sık görülen form olarak belirlenmiştir (110). Meksika'da García-Pérez ve arkadaşları %56,8 oranında stres tipi inkontinansı en yaygın form olarak saptamıştır (112). Orta Doğu'da Katar'da yürütülen bir çalışmada bu oran %44,5 olarak bildirilmiştir (29). Güney Kore'de Lee ve arkadaşları stres tipi inkontinans oranını %48,8 olarak belirtmiş (113), Japonya'da Onishi ve Shibata %57,4 ile benzer bir bulguya ulaşmıştır (114). Bahreyn'de Abdulhusain ve arkadaşlarının toplum temelli çalışmasında stres tipi inkontinans oranı %71 gibi oldukça yüksek bir düzeyde bulunmuştur (116). Avrupa'dan Portekiz'de yapılan bir çalışmada ise stres tipi üriner inkontinans %58 oranıyla en yaygın form olarak saptanmıştır (117). Buna karşın Hindistan'da Sharma ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği toplum temelli çalışmada en sık görülen tip %44,06 ile miks inkontinans olmuş; stres tipi inkontinans ikinci sırada yer alarak %30,07 oranında bildirilmiştir (115).

Çalışmamızda, üriner inkontinans (Üİ) şikayeti olan kadınların %66'sının menopoza girmiş, %34'ünün ise menopoza henüz girmemiş olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme durumu ile Üİ varlığı arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, menopozun Üİ gelişiminde etkili bir değişken olduğunu göstermektedir. Bu bulgumuz, Öztürk ve arkadaşlarının (2012) çalışmasıyla da

desteklenmektedir (119). Söz konusu çalışmada menopoza giren kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde, Allafi ve arkadaşlarının (2024) yürüttüğü sistematik derlemede de menopoza giren kadınların östrojen seviyelerinde meydana gelen düşüşün, mesane, üretra ve pelvik taban dokularının yapısal bütünlüğünü olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (120). Hormonal değişimin, bu bölgelerde atrofiye ve elastikiyet kaybına yol açarak hem stres tipi hem de urge tipi inkontinans gelişimine katkıda bulunabileceği vurgulanmıştır.

Çalışmamızda hem menopoza giren hem de menopoza girmemiş kadınlarda yaş ve beden kitle indeksi (BKİ) değişkenlerinin üriner inkontinans ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, yaşın ilerlemesi ve artan BKİ değerlerinin, menopoza giren kadınların inkontinans gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde, Alkurt Narçiçeği ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen çalışmada da yaş ve beden kitle indeksinin üriner inkontinans ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (105). Yine Katar'da Ghafouri ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, yaş ilerledikçe ve BKİ arttıkça üriner inkontinans riskinin anlamlı biçimde yükseldiği gösterilmiştir (29). Her iki çalışmanın sonuçları, yaşla birlikte pelvik taban kaslarının zayıflaması, mesane fonksiyonlarında azalma ve hormonal değişikliklerin inkontinans gelişimini kolaylaştırdığını; yüksek BKİ'nin ise abdominal basınç artışı yoluyla pelvik yapılar üzerine baskıyı artırarak üriner kontrolü zorlaştırdığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda; çalışma durumu, hem menopoza giren hem de girmeyen kadınlarda üriner inkontinans gelişimini etkileyen önemli bir sosyodemografik faktör olarak belirlenmiştir. Menopoza girmemiş kadınlar arasında inkontinansı olanların daha yüksek oranda çalışmadığı (%47,1) saptanmıştır. Benzer şekilde, menopoza giren kadınlarda da idrar kaçırma sorunu yaşayanların büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%75,8) görülmüştür. Fiziksel aktivite düzeyinin azalması, çalışmayan bireylerde inkontinans gelişimine katkıda bulunabilirken; çalışan bireylerde günlük hareketliliğin ve aktif yaşam tarzının pelvik taban sağlığını destekleyerek koruyucu bir etkisi olabileceği yönünde yorumlanabilir. Bu bulgular, literatürde yer alan bazı çalışmalarla da

desteklenmektedir. Chisholm ve ark. (2019) çalışmasında, orta düzeyde fiziksel aktivite yapan kadınlarda üriner inkontinans riskinin azaldığı gösterilmiştir (121) Bu bulgu, çalışmayan bireylerde fiziksel aktivite düzeyinin azalmasının inkontinans riskini artırabileceği yönündeki mevcut çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Öte yandan, Kim ve Kwak'ın (2017) yürüttüğü çalışmada, hizmet ve satış sektöründe çalışan kadınlarda üriner inkontinans riskinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (122). Araştırmacılar, bu durumu iş ortamındaki fiziksel zorluklar, hijyen koşullarının yetersizliği, ağır iş yükü ve stres gibi faktörlerin pelvik taban sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği şeklinde açıklamışlardır.

Çalışmamızda hem menopoza giren hem de menopoza girmemiş katılımcılarda sık idrar yolu enfeksiyonu (İYE) öyküsü ile üriner inkontinans (Üİ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kocak ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdikleri çalışmada da, üriner inkontinansın tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (37). Benzer şekilde, Sharma ve arkadaşlarının (2022) Hindistan'da yürüttükleri çalışmada, son bir yıl içinde geçirilen idrar yolu enfeksiyonu sayısının üriner inkontinans gelişimiyle anlamlı şekilde ilişkili olduğu ve İYE öyküsü arttıkça Üİ prevalansının belirgin şekilde yükseldiği gösterilmiştir (115). Bizim çalışmamızda menopoza giren katılımcılar özelinde değerlendirildiğinde, inkontinansı olan bireylerin %34,8'inde İYE öyküsü bulunmuştur. Tüm idrar kaçırma şikayeti olan katılımcılar arasında ise %31'inde sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttur. Ramejo ve arkadaşlarının (2024) Pakistan'da postmenopozal kadınlar üzerinde yürüttükleri araştırmasında, idrar kaçırma şikayeti olan grubun %46'sında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (İYE) varlığı saptanmıştır (123). Ayrıca, sıkışma tipi üriner inkontinans ile tekrarlayan İYE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Ramejo ve arkadaşları (2024) çalışmalarında, sıkışma tipi üriner inkontinansın ve idrar yolu enfeksiyonlarının birbirini karşılıklı olarak etkileyerek kısır bir döngü oluşturabileceğini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, hem tüm katılımcılar arasında hem de menopoza giren kadınlar özelinde yapılan analizlerde, evlilik yaşı ve canlı doğum sayısı değişkenleri ile üriner inkontinans

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Tüm katılımcılar ve menopoza giren kadınlar grubunda inkontinans olan bireylerin canlı doğum sayısı ortalamalarının daha yüksek, evlilik yaşı ortalamalarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, korelasyon analizinde de evlilik yaşı ile ICIQ-SF toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, erken yaşta evlenen bireylerde inkontinans semptomlarının daha şiddetli yaşandığını göstermektedir. Bu bulgu, daha erken yaşta evlenen kadınların doğurganlık sürelerinin uzaması ve dolayısıyla daha fazla sayıda doğum yapmalarıyla açıklanabilir. Çok sayıda doğum yapmak, pelvik taban yapılarında zayıflamaya ve mesane desteğinin azalmasına yol açarak inkontinans riskini artırabilmektedir. Literatürde de bu durumu destekleyen bulgular mevcuttur. Özcan ve arkadaşlarının (2021) Türkiye'de yürüttüğü çalışmada, üç ve daha fazla doğum yapan kadınlarda Üİ riskinin anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir (34). Ayrıca, İslam ve arkadaşlarının (2019) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, erken evlilik ve yüksek doğurganlık oranlarının pelvik taban bozuklukları, özellikle de üriner inkontinans gelişimi için önemli risk faktörleri olduğu vurgulanmıştır (124). Bu bulgular, çalışmamızda evlilik yaşının daha yüksek olduğu bireylerde inkontinans oranının daha düşük bulunmasını ve canlı doğum sayısındaki artışın inkontinans riskini artırmasını desteklemektedir. Benzer şekilde, Zhou ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği meta-analizde de doğum sayısındaki artışın Üİ riskini belirgin şekilde artırdığı ve bu etkinin özellikle stres tipi inkontinans üzerinde daha fazla etkili olduğu gösterilmiştir (125).

Çalışmamızda, hem tüm katılımcılar arasında hem de menopoza giren kadınlarda doğum şekli ile üriner inkontinans arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,005$). Vajinal doğum yapmış kadınlarda inkontinans görülme oranı, sezaryenle doğum yapanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Kısaç ve Kısaç (2024) çalışmasında da normal doğum yapmış kadınlarda üriner inkontinans sıklığının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (106). Uluslararası literatürde de vajinal doğumun üriner inkontinans riskini artırabileceğine ilişkin bulgular mevcuttur. Örneğin, Hannestad ve

arkadaşları (2003), elektif sezaryen doğumla karşılaştırıldığında, spontan vajinal doğumun postpartum dönemde stres tipi üriner inkontinans gelişme riskini anlamlı düzeyde artırdığını bildirmiştir (54). Çalışmada, vajinal doğum yapmış kadınların, sezaryenle doğum yapanlara göre stres tipi inkontinans geliştirme riskinin 2.4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu bulgu, vajinal doğumun pelvik taban yapılarında oluşturduğu mekanik zorlanmanın, özellikle stres tipi üriner inkontinans gelişimi açısından anlamlı bir risk faktörü olabileceğine işaret etmektedir. Aynı çalışmada, sezaryen doğumun da hiç doğum yapmamış kadınlara göre inkontinans riskini artırdığı, ancak vajinal doğumun oluşturduğu riskin bu durumdan daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Yine Abdulhusain ve arkadaşlarının (2024) Bahreyn’de gerçekleştirdiği bir çalışmada, son doğumunu vajinal yolla gerçekleştiren kadınlarda üriner inkontinans oranı %31,6 iken, sezaryenle doğum yapanlarda bu oran %20,7 olarak saptanmış ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (116).

Çalışmamızda, katılımcıların eğitim düzeyleri ile üriner inkontinans görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcılar dikkate alındığında, eğitim düzeyi yükseldikçe Üİ görülme oranının azaldığı gözlenmiştir. Özellikle üniversite mezunlarında Üİ olmayan bireylerin oranı %70 iken, Üİ olanlarda bu oran %52’ye düşmüştür ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde, sadece menopoza girmemiş kadınlar arasında yapılan alt grup analizinde de bu ilişki korunmuş; üniversite mezunu olan katılımcılar arasında Üİ görülme oranının anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Menopozda olmayan ve inkontinansı olmayan katılımcılar arasında üniversite mezunlarının oranı yüksek iken (%79,7), inkontinansı olan katılımcılarda bu oran daha düşük bulunmuştur (%55,9). Buna karşın, ortaokul ve lise mezunu bireylerde inkontinans oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin artmasının üriner inkontinans riskini azaltabileceğini düşündürmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık bilgisine daha fazla sahip olmaları, önleyici sağlık davranışlarına önem vermeleri, pelvik taban sağlığını koruma konusunda daha bilinçli olmaları ve idrar kaçırmaya yönelik erken müdahalede bulunmaları bu durumu açıklayabilir. Alkurt Narçiçeği ve arkadaşlarının

erişkin kadınlar üzerinde yürüttüğü çalışmada da düşük eğitim düzeyinin üriner inkontinans ile anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (105) . Ayrıca, Demirci ve arkadaşlarının Uşak il merkezinde 18 yaş üstü kadınlar arasında gerçekleştirdiği çalışmada eğitim düzeyi ile Üİ görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda Üİ prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (126).

Çalışmamızda idrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %51'inin haftada bir veya daha seyrek idrar kaçırdığı ve %84'ünün az miktarda idrar kaybı yaşadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Yücel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında haftada bir veya daha seyrek idrar kaçırma oranı %49,4, az miktarda idrar kaçırma oranı ise %74,7 olarak bulunmuştur (109). Her iki çalışmanın sonuçları, idrar kaçırmanın sıklık ve miktar açısından genellikle hafif düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bununla birlikte Yücel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, idrar kaçırma şikayeti olan kadınların ICIQ-SF puan ortalaması $7,67 \pm 4,28$ olarak bulunurken, çalışmamızda saptanan daha yüksek ICIQ-SF puan ortalaması ($9,72 \pm 2,38$), katılımcıların yaşam kalitesinin üriner inkontinans nedeniyle daha fazla etkilendiğine işaret etmektedir (109). ICIQ-SF ölçeğinde 8 ve üzeri puanlar, literatürde genellikle orta ve ileri düzeyde üriner inkontinans varlığını tanımlayan bir klinik eşik değeri olarak kabul edilmektedir. Çetinel ve arkadaşları (2004) tarafından yürütülen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da bu eşik, "rahatsızlık veren idrar kaçırma"yı tanımlamak için uygun bir cut-off değeri olarak belirlenmiş ve sonraki çalışmalarda referans alınmıştır (85). İki çalışma arasında ICIQ-SF puanı 8 ve üzeri olan bireylerin oranı açısından belirgin bir fark dikkat çekmektedir. Çalışmamızda bu oran %88 iken, Yücel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %42,5 olarak rapor edilmiştir (109). Katılımcılarımızın %66'sı menopoza girmiştir, yaş ortalamaları ise $52,71 \pm 10,76$ 'dır. Yücel ve ark. (2018) çalışmasında bu oran %37,5; yaş ortalaması ise $42,86 \pm 1,51$ 'dir. Bu bulgular, iki grup arasında yaş ve menopoz durumu açısından belirgin fark olduğunu göstermektedir. Bu durum, ICIQ-SF puan ortalamasının ve ≥ 8 puan alanların oranının çalışmamızda daha yüksek bulunmasına kısmen katkı sağlamış olabilir. Ancak çalışmamızda yaş ve menopoz durumu ile ICIQ-

SF puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin yalnızca biyolojik faktörlerle değil, aynı zamanda bireysel algılar, yaşam tarzı, eşlik eden kronik hastalıklar ve psikososyal etkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda, Yücel ve arkadaşlarının (2018) çalışması, Bornova ilçesinde ev ziyaretleri yoluyla yürütülen kesitsel, toplum temelli bir alan araştırmasıdır. Bu yönüyle, hafif düzeyde semptom yaşayan bireylerin de örnekleme dahil edilmesine olanak tanımış olabilir. Buna karşılık, çalışmamızın hastane temelli olması, semptom şiddeti daha yüksek olan bireylerin temsil edilme olasılığını artırmış olabilir.

Brezilya’da yürütülen ve doğum sonrası ilk 90 gün içindeki kadınları kapsayan bir başka çalışmada, ICIQ-SF skoru ortalaması $13,9 \pm 3,7$ olarak saptanmıştır (127). Bu skor, bizim çalışmamızda belirlenen ortalama puandan daha yüksektir. Söz konusu fark, doğum sonrası dönemin kendine özgü fizyolojik, hormonal ve özellikle psikososyal değişikliklerle karakterize olmasıyla açıklanabilir. Bu dönemde kadınların beden algısında, sosyal rollerinde ve emosyonel durumlarında meydana gelen dalgalanmalar, üriner semptomları daha rahatsız edici biçimde algılamalarına neden olabilir.

Ceyhan ve arkadaşlarının (2018) huzurevinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yürüttükleri bir başka çalışmada, bireylerin ICIQ-SF puan ortalaması $10,65 \pm 4,40$ olarak belirlenmiş; katılımcıların %80,9’unun rahatsızlık veren düzeyde idrar kaçırma yaşadığı rapor edilmiştir (128). Bu oran, bizim çalışmamızda elde edilen ICIQ-SF puanı ≥ 8 olan katılımcı oranı olan %88’e göre daha düşüktür. Ancak, Ceyhan ve arkadaşlarının çalışmasında puan ortalaması daha yüksektir. Bu fark, iki örneklem arasındaki sosyodemografik yapı ve eğitim düzeyindeki farklılıkların etkisiyle ortaya çıkmış olabilir. Bu değişkenler, bireylerin üriner semptomlara duyarlılığını ve bu durumun yaşam kalitesi üzerindeki algılanan etkisini şekillendirebilmektedir. Ceyhan ve arkadaşlarının çalışmasında örneklem kadın-erkek karışık (kadın %41,7; erkek %58,3) bireylerden oluşmakta, yaş ortalaması ise $75,49 \pm 8,62$ ’dir. Karşılaştırıldığında, bizim çalışmamız yalnızca kadın bireylerden oluşmakta olup yaş ortalaması daha düşüktür ($52,71 \pm 10,76$). Bir diğer dikkat çekici fark ise eğitim düzeyidir. Ceyhan ve

arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %60'ının örgün eğitim almadığı belirtilmiştir. Buna karşılık, bizim çalışmamızda yer alan kadınların %52'si üniversite mezunudur. Literatürde yüksek eğitim seviyesinin, hem sağlıkla ilgili belirtilere duyarlılığı artırdığı hem de hafif düzeydeki semptomların yaşam kalitesine etkisini daha belirgin kıldığı gösterilmiştir (129). Bir başka çalışma da buna örnek olarak verilebilir. Åström ve arkadaşları (2021) tarafından İsveç'te yürütülen bir çalışmada, e-sağlık uygulamaları aracılığıyla üriner inkontinans nedeniyle yardım arayan 496 kadında ICIQ-SF puan ortalaması $10,9 \pm 3,3$ olarak saptanmıştır (130). Åström ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, ICIQ-SF cut-off değeri olan ≥ 8 puana sahip bireylerin oranı doğrudan belirtilmemekle birlikte, semptom şiddeti dağılımı sunulmuş ve ICIQ-SF puanı ≥ 6 olan bireyler "orta ve şiddetli düzeyde üriner inkontinans" olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, stres üriner inkontinans grubundaki katılımcıların %95,5'i, sıkışma tipi ve mikst tip üriner inkontinans grubundakilerin ise %97,5'i, ICIQ-SF ölçeğinde 6 ve üzeri puan almış olup klinik olarak anlamlı düzeyde semptom yaşadığı kabul edilmiştir. Katılımcıların %80,6'sının üniversite mezunu olduğu dikkate alındığında, yüksek eğitim düzeyinin bireylerin semptom farkındalığını ve yaşam kalitesi üzerindeki algılanan etkileri artırabileceği; dolayısıyla semptom bildirim düzeylerini de doğrudan etkileyebileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda, idrar kaçırma şikayeti olan bireylerde idrar yapma semptomları ile ICIQ-SF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Özellikle pollaküri (sık idrara çıkma) ve poliüri (aşırı idrar yapma) şikayeti olan bireylerin ICIQ-SF puanlarının, bu şikayeti olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu ve bu bireylerin idrar kaçırmanın günlük yaşamlarını daha fazla etkilediği belirlenmiştir. Benzer şekilde, kabızlık şikayeti olan bireylerde de ICIQ-SF toplam puan ortalaması anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum, kabızlık yaşayan bireylerin üriner inkontinans semptomlarını daha yoğun yaşadığını ve bu semptomların günlük yaşam üzerindeki etkisinin daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, pelvik taban fonksiyonlarının bütünlüğünü etkileyebilecek olan kabızlığın, mesane stabilitesi ve işeme kontrolü üzerinde dolaylı etkiler oluşturabileceği yönündeki fizyopatolojik

açıklamalarla uyumludur. Rektal dolgunluk, artmış abdominal basınç ve defekasyon zorluğu gibi mekanizmalar, pelvik taban kaslarının zayıflamasına yol açarak kontinans mekanizmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, kabızlık mesane dolum hissi ve işeme fonksiyonu üzerinde baskı oluşturarak üriner semptomların artışına neden olabilir. Literatürde de kabızlık ile üriner semptomlar arasında anlamlı ilişkiler bildirilmektedir. Maeda ve arkadaşlarının çalışmasında, fonksiyonel kabızlık ile hem aşırı aktif mesane semptomları hem de idrar kaçırma arasında anlamlı ilişkiler saptanmış; kabızlık, üriner sistem üzerinde yarattığı fizyolojik etkiler nedeniyle semptom düzeyini etkileyebilecek bir faktör olarak ele alınmıştır (131). Araştırmada, kabızlığın mesane fonksiyonu üzerindeki dolaylı etkileri, özellikle rektal distansiyon ve artmış intraabdominal basınca bağlı olarak gelişen pelvik taban bozuklukları çerçevesinde değerlendirilmiştir.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, araştırmanın kesitsel tasarıma sahip olması nedeniyle elde edilen veriler genel Türk toplumuna genellenemez. Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri kendi beyanlarına dayanılarak elde edilmiştir. Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde ölçekler kullanılmış olmakla birlikte, katılımcılara ürodinamik ölçümler uygulanmamıştır. Ayrıca, verilerin katılımcıların kendi beyanlarına dayanılarak toplanması ve üriner inkontinansın bireyler açısından hassas ve mahrem bir konu olması, katılımcıların yaşadıkları sorunları olduğundan daha hafif ya da farklı şekilde aktarma eğilimini artırabilir. Bu durum, verilerin doğruluğunu ve çalışmanın bulgularının güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyebilecek önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır.

6 SONUÇLAR

Bu çalışma, bir aile sağığı merkezine başvuran 22–65 yaş arası kadınlarda idrar kaçırma (Üİ) sıklığını, ilişkili faktörleri ve Üİ şiddetini değerlendirmek amacıyla yapılmış olup, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Katılımcıların %30,3'ünün son bir yılda idrar kaçırma şikayeti yaşadığı belirlenmiştir.
- İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların yaş ortalaması $52,71 \pm 10,76$ yıl, BKİ ortalaması ise $27,68 \pm 5,01$ kg/m² olarak bulundu. Bu gruptaki katılımcıların %52'si üniversite mezunu, %66'sı çalışmıyor, %64'ü evli, %66'sı hiç alkol kullanmıyor, %57'si sigara içmiyor.
- Katılımcıların %66'sı menopoza girdiğini belirtti. Bu grubun ortalama menopoza giriş yaşı $45,72 \pm 4,41$ yıl olarak hesaplandı.
- İdrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların %51'inin haftada bir veya daha seyrek idrar kaçırdığı, %84'ünün az miktarda idrar kaçırdığı ve en yaygın inkontinans durumunun öksürme veya hapsirme sırasında olduğu belirlenmiştir (%68).
- Yaş, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), toplam gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı arttıkça üriner inkontinans (Üİ) görülme sıklığının arttığı; evlilik yaşı arttıkça ise Üİ sıklığının azaldığı saptandı .
- Eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, alkol kullanımı, medeni durum, doğum şekli, idrar kaçırma ameliyatı öyküsü, sık idrar yolu enfeksiyonu ve idrar yapmada şikayet türü ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu .
- Menopoza giren katılımcılarda yaş, beden kitle indeksi (BKİ) ve canlı doğum sayısı arttıkça inkontinans görülme olasılığı artmakta, evlilik yaşı ise inkontinansla ters yönde ilişki göstermektedir.
- Menopoza giren katılımcılar arasında çalışmama durumu, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme ve normal doğum yapmış olma durumlarının inkontinansla istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu saptandı. İnkontinansı olanlarda

çalışmayanların, sık idrar yolu enfeksiyonu geçirenlerin ve normal doğum yapmış olanların oranı anlamlı şekilde yüksek bulundu.

- Menopoza girmeyen grupta yaş ve BKİ değerlerinin inkontinansı olan katılımcılarda anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.
- Menopoza girmemiş katılımcılarda eğitim durumu, çalışma durumu ve sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsünün üriner inkontinans ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu saptandı. Ortaokul mezunu olan, çalışmayan ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren katılımcılarda inkontinans oranı daha yüksek bulundu.
- Menopoz, üriner inkontinans gelişimi üzerinde anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuş; menopozun üriner inkontinans riskini %31,3 oranında artırdığı tespit edildi.
- ICIQ-SF ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede, idrar kaçırma şikayeti olan katılımcıların toplam puan ortalaması $9,72 \pm 2,38$ bulundu, katılımcıların %88'inin inkontinans şiddeti ≥ 8 puan seviyesinde olduğu saptandı.
- ICIQ-SF toplam puanı ile evlilik yaşı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.
- Eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, kahve tüketimi, ilk doğum yaşı gibi değişkenlerle ICIQ-SF puanları arasında anlamlı fark bulunmadı .
- İdrar yapmada şikayet türüne göre ICIQ-SF puanlarında anlamlı fark bulundu. Pollaküri şikayeti olanların puan ortalaması, şikayeti olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı.
- Kabızlık şikayeti olan katılımcıların ICIQ-SF puan ortalamaları, kabızlık şikayeti olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, kahve tüketimi, ilk doğum yaşı, cinsel aktiflik, medeni durum, doğum şekli, idrar kaçırma ameliyatı öyküsü, taş öyküsü, sık enfeksiyon ve psikiyatrik hastalık öyküsü gibi değişkenler ile ICIQ-SF puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

- Menopoza giren katılımcılar ile menopoza girmeyen katılımcılar arasında inkontinans şiddeti açısından anlamlı fark bulunamamıştır.
- Menopoza giren katılımcılarda en sık görülen kronik hastalık Hipertansiyon (HT) (%61,9), menopoza girmeyenlerde ise Hipotiroidi (%38,5) olarak saptandı.



7 ÖNERİLER

Bu araştırmanın bulguları, menopoz, ileri yaş ve obezite gibi faktörlerin kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) gelişiminde etkili olduğunu ve Üİ'nin yaşam kalitesini belirgin biçimde olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu doğrultuda, özellikle menopoz dönemine giren kadınlarda idrar kaçırma semptomlarının rutin olarak sorgulanması önerilmektedir. Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadınlarda idrar kaçırma şikâyetlerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda ilgili uzmanlık alanlarına yönlendirme yapılması uygun olacaktır. Kadınların idrar kaçırma semptomlarını doğal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak algılayıp bu durumu gizleme eğiliminde olmaları nedeniyle, bu gruba yönelik farkındalık artırıcı bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması önemlidir. Bu amaçla, sade, anlaşılır ve görsel materyallerle desteklenmiş eğitim içerikleri hazırlanmalı; özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli bilgilendirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Araştırmada obezite ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki gözlemlendiğinden, yaşam tarzı değişikliklerini destekleyici programlar oluşturulabilir; bu kapsamda diyet ve egzersiz önerileri sunulabilir, gerekli görüldüğünde bireyler diyetisyen desteğine yönlendirilebilir. Kadınlara pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yönelik Kegel egzersizleri erken yaşlardan itibaren önerilmeli, bu egzersizlerin düzenli uygulanması teşvik edilerek bir yaşam alışkanlığı haline getirilmesi sağlanmalıdır.

8 KAYNAKLAR

1. Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., *et al.* (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4–20.
2. Ozerdoğan, N., Beji, N. K., & Yalçın, O. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 58(3), 145–150.
3. Robinson, D., Cardozo, L., & Terzidou, V. (2020). The effect of estrogen deficiency on pelvic floor function and stress urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 31(2), 215–223.
4. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., *et al.* (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37–49.
5. Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M. C., Nelson, R., Sillen, U., & Tikkinen, K. A. (2013). Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In *Incontinence* (pp. 17–107). International Consultation on Urological Diseases
6. Goode, P. S., Burgio, K. L., & Richter, H. E. (2010). Incontinence in older women. *JAMA*, 303(21), 2172–2181.
7. Subak, L. L., Wing, R., West, D. S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J. M., & Brown, J. S. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 481–490.
8. Danforth, K. N., Townsend, M. K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2009). Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 181(5), 219–226.
9. Tozun, M., Ayrancı, Ü., & Ünsal, A. (2009). Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 67(4), 241–249.
10. Zengin, N. (2010). Kadınlarda idrar kaçırma prevalansı ve risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 45–60.
11. Çetinel, B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2), 246–252.

12. Keane, D. P., & O'Sullivan, S. (2000). Urinary incontinence: Anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(2), 207–226.
13. Tanagho, E. A. (1986). Anatomy of the lower urinary tract. In P. C. Walsh, R. F. Gittes, A. D. Perlmutter, & T. A. Stamey (Eds.), *Campbell's Urology* (pp. 46–61). W. B. Saunders.
14. Snell, R. S. (2012). *Clinical anatomy by regions* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
15. Sivrioğlu, K. (2005). Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(A), A16–A18.
16. Gosling, J. A., Dixon, J. S., Critchley, H. O. D., & Thompson, S. A. (1981). A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *British Journal of Urology*, 53(1), 35–41.
17. Dere, F. (1988). Mesane ve üretra anatomisinin kavranması. *Anatomi*, 6, 668–671.
18. Adams, C., & Frahm, J. (1995). Genitourinary system. In R. S. Myers (Ed.), *Manual of physical therapy practice* (pp. 459–504). W. B. Saunders Company.
19. Brooks, J. D. (2002). Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia. In P. C. Walsh, A. B. Retik, E. D. Vaughan, & A. J. Wein (Eds.), *Campbell's Urology* (8th ed., Vol. 1, pp. 41–80). Saunders.
20. DeLancey, J. O. L. (1990). Anatomy and physiology of urinary continence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 33(2), 298–306.
21. Hinata N, Murakami G, Abe S, Shibata S, Morizane S, Honda M, et al. Coexistence of Elastic Fibers with Hyaluronic Acid in the Human Urethral Sphincter Complex: A Histological Study. *J Urol*. 2013;190(1):234–40.
22. Yang X, Wang X, Gao Z, Li L, Lin H, Wang H, et al. The Anatomical Pathogenesis of Stress Urinary Incontinence in Women. *Medicina*. 2023;59(1):5.
23. Wei, J. T., & DeLancey, J. O. L. (2004). Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(1), 3–17.
24. Fowler, C. J., Griffiths, D., & de Groat, W. C. (2008). The neural control of micturition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(6), 453–466.
25. Birder, L. A., & de Groat, W. C. (2007). Mechanisms of disease: involvement of the urothelium in bladder dysfunction. *Nature Clinical Practice Urology*, 4(1), 46–54.
26. de Groat, W. C., & Yoshimura, N. (2012). Mechanisms underlying the recovery of lower urinary tract function following spinal cord injury. *Experimental Neurology*, 235(1), 123–132.
27. Chancellor, M. B., & Yoshimura, N. (2004). Neurophysiology of stress urinary incontinence. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 3), S19–S28.

28. Abrams, P., & Artibani, W. (2004). Definitions, classification and types of urinary incontinence. In P. Abrams & W. Artibani (Eds.), *Understanding stress urinary incontinence* (pp. 19–21). Eli Lilly and Company & Boehringer Ingelheim.
29. Ghafouri, A., Alnaimi, A. R., Alhothi, H. M., Alroubi, I., Alrayashi, M., Molhim, N. A., & Shokeir, A. A. (2014). Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Arab Journal of Urology*, 12(4), 269–274.
30. Tikkinen, K. A. O., Agarwal, A., & Griebeling, T. L. (2013). Epidemiology of male urinary incontinence. *Current Opinion in Urology*, 23(6), 502–508.
31. Faltin, D. L. (2009). Epidemiology and definition of female urinary incontinence. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 38(Suppl 8), S146–S152.
32. Hampel, C., Wienhold, D., Benken, N., Eggersmann, C., & Thüroff, J. W. (1997). Prevalence and natural history of female incontinence. *European Urology*, 32(Suppl 2), 3–12.
33. Cerruto, M. A., D’Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urologia Internationalis*, 90(1), 1–9.
34. Özcan, F., Özkürkçügil, C., & Etiler, N. (2021). Türkiye’de 25-64 yaş arası kadınlarda idrar kaçırma: Kesitsel bir araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 853–861.
35. Sezer Yıldız, M., & Ayrancı, Ü. (2024). Birinci Basamakta Yetişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve İlişkili Faktörler. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 159–171.
36. Özcan, F., Taşdelen, T., & Durmuş, A. (2016). Aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda idrar kaçırma sıklığı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 20(1), 30–31.
37. Koçak, İ., Okyay, P., DüNDAR, M., Erol, H., & Beşer, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urology*, 48(4), 634–641.
38. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17042.
39. Siroky M. B. (2004). The aging bladder. *Reviews in urology*, 6 Suppl 1(Suppl 1), S3–S7.
40. Ergen, A., Arıkan, N., & Arslan, M. (2000). Jinekolojik Üroloji. In K. Anafarta, O. Göğüş, Y. Bedük, & N. Arıkan (Eds.), *Temel Üroloji* (pp. 409–446). Ankara: Güneş Kitabevi.
41. Milsom, I., Ekelund, P., Molander, U., Arvidsson, L., & Areskoug, B. (1993). The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on

- the prevalence of urinary incontinence in women. *The Journal of Urology*, 149(6), 1459–1462.
42. Malone-Lee, J., & Al-Buheissi, S. (2011). Urinary incontinence in elderly women: Pathophysiology and management. *International Urogynecology Journal*, 22(6), 701–709.
 43. Ouslander, J. G., & Abelson, B. (2019). The impact of urinary incontinence on quality of life in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(2), 201–212.
 44. Tennstedt, S. L., Link, C. L., Steers, W. D., & McKinlay, J. B. (2008). Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: The Boston Area Community Health (BACH) Survey. *American Journal of Epidemiology*, 167(4), 390–399.
 45. Fultz, N. H., Burgio, K. L., Diokno, A. C., Handa, V. L., Kinchen, K. S., & Nygaard, I. E. (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(5), 1275–1282.
 46. Markland, A. D., Goode, P. S., Redden, D. T., Borrud, L. G., & Burgio, K. L. (2010). Prevalence and risk factors for urine leakage in older African American and Caucasian women. *Journal of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(12), 1315–1322.
 47. Graham, C. A., & Mallett, V. T. (2001). Race as a determinant of urinary incontinence in women. *Urology*, 57(5 Suppl 1), 66–70.
 48. Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., ... & Whitehead, W. E. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*, 300(11), 1311–1316.
 49. Townsend, M. K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2007). BMI and risk of urinary incontinence in older women: A prospective study. *Obstetrics & Gynecology*, 110(2 Pt 1), 346–353.
 50. Yang, C., Feng, Z., Chen, Z., Xu, D., Li, Y., Lai, K., & Yi, F. (2022). The risk factors for urinary incontinence in female adults with chronic cough. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 276.
 51. Broderick, J. M. (2020). Smoking associated with increased incidence of OAB. *Urology Times*. <https://www.urologytimes.com/view/smoking-associated-with-increased-incidence-of-oab>
 52. Bump, R. C., & McClish, D. K. (1992). Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167(5), 1213–1218.
 53. Shi, C., Yang, L., Zeng, G., Cao, H., Yu, F., Sha, S., & Wang, Y. (2024). Association between serum cotinine levels and urinary incontinence in adults in the United States: A population-based cross-sectional analysis. *BMC Public Health*, 24, 2326.
 54. Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Daltveit, A. K., & Hunskaar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence?

The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 110(3), 247–254.

55. Rogers, R. G., & Leeman, L. L. (2007). Postpartum genitourinary changes. *Urologic Clinics of North America*, 34(1), 13-21
56. Mørkved, S., & Bø, K. (2014). The effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 299-310
57. Esen, C., & Oskay, Ü. (2022). Doğumdan sonra geçen sürenin üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 816–832.
58. Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (Eds.). (2017). *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence*. International Continence Society.
59. Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A. R., & Hjälmås, K. (2003). Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women. *Urology*, 62(4), 16–23.
60. Bodner-Adler, B., Alarab, M., Ruiz-Zapata, A. M., & Latthe, P. (2020). Effectiveness of hormones in postmenopausal pelvic floor dysfunction-International Urogynecological Association research and development-committee opinion. *International urogynecology journal*, 31(8), 1577–1582.
61. Robinson, D., & Cardozo, L. D. (2003). The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. *Urology*, 62(4 Suppl 1), 45–51.
62. Hanna-Mitchell, A. T., Robinson, D., Cardozo, L., Everaert, K., & Petkov, G. V. (2016). Do we need to know more about the effects of hormones on lower urinary tract dysfunction? *Neurourology and Urodynamics*, 35(2), 299–303.
63. Swift, S. E., & Ostergard, D. R. (1993). Effects of progesterone on the urinary tract. *International Urogynecology Journal*, 4(4), 232–236.
64. Sangsawang, B., & Sangsawang, N. (2013). Stress urinary incontinence in pregnant women: A review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal*, 24(6), 901–912.
65. Şentürk, Ş., & Kara, M. (2010). Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 17(1), 7–11.
66. Agrawal, S., Agrawal, R. R., & Wood, H. M. (2017). Establishing a multidisciplinary approach to the management of neurologic disease affecting the urinary tract. *Urologic Clinics of North America*, 44(4), 555–567.
67. Roy, H. A., Nettleton, J., Blain, C., Dalton, C., et al. (2020). Assessment of patients with LUTS where undiagnosed neurological disease is suspected. *Neurourology and Urodynamics*, 39(3), 945–954.
68. Yu, C. J., Hsu, C. C., Lee, W. C., Chiang, P. H., & Chuang, Y. C. (2013). Medical diseases affecting lower urinary tract function. *Urological Science*, 24(1), 1–8.

69. Lawrence, J. M., Lukacz, E. S., Nager, C. W., Hsu, J. W., & Luber, K. M. (2008). Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstetrics & Gynecology*, 111(3), 678–685.
70. Button, B. M., Holland, A. E., Sherburn, M. S., & Chase, J. (2019). Prevalence, impact and specialised treatment of urinary incontinence in women with chronic lung disease. *Physiotherapy*, 105(3), 308–315.
71. Burge, A. T., Lee, A. L., & Sherburn, M. S. (2017). Prevalence and impact of urinary incontinence in men with COPD: A questionnaire survey. *Physiotherapy*, 103(3), 324–330.
72. Patel, S., Denis, T., Gaba, F., Feustel, P., & De, E. J. B. (2025). High prevalence of coexisting pelvic symptomatology in patients with pelvic floor disorders. *Continence*, 4, 100111.
73. Scharp, D., Harkins, S. E., & Topaz, M. (2023). Comorbidities of community-dwelling older adults with urinary incontinence: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 50, 101–108.
74. Subak, L. L., Ragins, A. I., Thom, D. H., et al. (2008). Effects of urinary incontinence, comorbidity and race on quality of life outcomes in women. *The Journal of Urology*, 179(2), 651–655.
75. Lukacz, E. S., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary incontinence in women: A review. *JAMA*, 318(16), 1592–1604.
76. Öno1, F. F., & Tahra, A. (2015). Tanım ve sınıflama. In R. Onur & Ö. Bayrak (Eds.), *Üriner İnkontinans: Tanı ve Tedavi* (ss. 63–66). Türk Üroloji Derneği Yayınları. ISBN: 978-975-00112-5-2
77. DeLancey, J. O. L. (2010). Stress urinary incontinence: Where are we now, where should we go? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(5), 319–328.
78. Wein, A. J., & Rovner, E. S. (2002). Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology*, 60(5), 7–12.
79. Milsom, I., Abrams, P., Cardozo, L., Roberts, R. G., Thüroff, J., & Wein, A. J. (2001). How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? *BJU International*, 87(9), 760–766.
80. Andersson, K. E., & Wein, A. J. (2004). Pharmacology of the lower urinary tract: Basis for current and future treatments of urinary incontinence. *Pharmacological Reviews*, 56(4), 581–631.
81. Seçer, M. B., Çeliker Tosun, Ö., & Seçer, E. (2020). Yaşlılarda üriner inkontinansın fonksiyonel durum ve denge üzerine etkileri. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(1), 18–26.
82. Bayrak, Ö., & Onur, R. (2015). Üriner İnkontinans: Tanı ve Tedavi (pp. 145–152). Türk Üroloji Derneği Yayınları. [Erişim:

83. Altman, D., Ekström, A., Forsgren, C., & Falconer, C. (2008). Natural progression of urinary incontinence in women: A 5-year population-based study. *Obstetrics & Gynecology*, 112(2 Part 1), 308–315.
84. Drake, M. J., Bright, E., & Abrams, P. (2011). Urinary diaries: Evidence for the development and validation of diary content, format, and duration. *Neurourology and Urodynamics*, 30(5), 705–710
85. Çetinel, B., Taner, C. E., & Köktürk, F. (2004). Validity and reliability of the Turkish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. *Türk Üroloji Dergisi*, 30(3), 332–338.
86. Shumaker, S. A., Wyman, J. F., Uebersax, J. S., McClish, D., & Fantl, J. A. (1994). Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Quality of Life Research*, 3(5), 291–306.
87. Çam, O., & Aydın Avcı, İ. (2007). Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)'nin Türkçe versiyonlarının geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 10(1), 1–7.
88. Gleicher, S., & Ginzburg, N. (2023). Clinical Evaluation of the Female Lower Urinary Tract and Pelvic Floor. In *Female Genitourinary and Pelvic Floor Disorders* (pp. 115–132). Springer.
89. Ghoniem, G., Stanford, E., Kenton, K., Achteri, C., Goldberg, R., Hart, S., ... & Petri, E. (2008). Evaluation and outcome measures in the treatment of female urinary stress incontinence: IUGA guidelines. *International Urogynecology Journal*, 19(1), 5–33.
90. Mikos, T., Theodoulidis, I., Karalis, T., Zafrakas, M., et al. (2024). Instruments Used for the Assessment of SUI Severity in Urogynecologic Surgical Trials: A Scoping Review. *International Urogynecology Journal*.
91. Wu, C. J., Ting, W. H., Lin, H. H., & Huang, K. H. (2020). Clinical and urodynamic predictors of the Q-tip test in women with lower urinary tract symptoms. *International Neurourology Journal*, 24(1), 56–62.
92. de Vries, A. M., & Heesakkers, J. P. F. A. (2018). Contemporary diagnostics and treatment options for female stress urinary incontinence. *Asian Journal of Urology*, 5(3), 141–148.
93. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management (NG123)*.
94. Funada, S., Nakahara, K., & Gotoh, M. (2023). Bladder training for treating overactive bladder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(1), CD013571.

95. Bø, K., & Talseth, T. (1996). Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstetrics & Gynecology*, 87(2), 261–265
96. Herbison, P., & Dean, N. (2013). Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD002114.
97. Fernandes, A. C. N., Jorge, C. H., et al. (2025). *Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
98. Li, M., Qiu, K., Guo, H., Fan, M., & Yan, L. (2024). Conservative treatments for women with stress urinary incontinence: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 11, 1517962.
99. Laks, K. (2024). *Female Pelvic Conditions: Urinary Incontinence*. FP Essentials.
100. Park, J. S., Jang, W. S., Kim, J., & Park, M. H. (2024). Multi-center, prospective, non-interventional, observational study on the efficacy and safety of Mirabek® in adult patients with overactive bladder. *Investigative and Clinical Urology*, 65(1), 25–33.
101. Luo, C., Pang, K., Wei, D., & Niu, X. (2023). Surgical treatments (especially middle urethral suspension) for female stress urinary incontinence: A literature review. *Gynecology and Pelvic Medicine*, 6(1).
102. Richter, H. E., Albo, M. E., Zyczynski, H. M., Kenton, K., Norton, P. A., Sirls, L. T., ... & Urinary Incontinence Treatment Network. (2010). *Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence*. New England Journal of Medicine, 362(22), 2066–2076.
103. Coyne, K. S., Wein, A. J., Tubaro, A., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Kopp, Z. S., & Aiyer, L. P. (2009). The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression. *BJU International*, 103(Suppl 3), 4–11.
104. Başar, F. (2021). Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi. N. Demirci (Ed.), *Ürojinekoloji hemşireliğine güncel bakış* (1. baskı, s. 15–21). Türkiye Klinikleri.;
105. Alkurt Narçiçeği, B., Yakar, B., Narçiçeği, H. R., Önalın, E., & Pirinçi, E. (2021). Prevalence and associated factors of urinary incontinence among adult women in primary care. *Cukurova Medical Journal*, 46.
106. Kıskacı, N., & Kıskacı, M. (2024). Kadınlarda üriner inkontinans çeşitleri ve sıklığının belirlenmesi. *Bezmialem Science*, 12(2), 180–184.
107. Yıldız, M., & Ayrancı, Ü. (2024). Eskişehir’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda üriner inkontinans prevalansı. *Eskişehir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 65-70.
108. Özkan, Z. S., & Sapmaz, E. (2015). Reprodüktif çağıdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. *J Kartal TR*, 26(2), 101–106.

109. Yücel, U., Hadımlı, H., Çakır Koçak, Y., Ekşioğlu, A., Sarı, D., & Karaca Saydam, B. (2018). Bornova’da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 414-423.
110. Cooper, J., Annappa, M., Quigley, A., Dracocardos, D., Bondili, A., & Mallen, C. D. (2015). Prevalence of female urinary incontinence and its impact on quality of life in a cluster population in the United Kingdom (UK): A community survey. *Primary Health Care Research & Development*, 16(4), 377–382.
111. Ebbesen, M. H., Hannestad, Y. S., Midthjell, K., & Hunskaar, S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: Longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC Urology*, 13, 27.
112. Garcia-Perez, A., et al. (2015). Urinary incontinence in middle-aged women. *Medicina General y de Familia*, 4(1), 12–17.
113. Lee, K. S., Sung, H. H., Na, S., & Choo, M. S. (2008). Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. *World journal of urology*, 26(2), 179–185.
114. Onishi, A., & Shibata, A. (2023). Prevalence and sociodemographic correlates of urinary incontinence in Japanese women: A web-based cross-sectional study. *Women's health (London, England)*, 19, 17455057231207754.
115. Sharma, K., Khandhedra, P., & Dave, V. R. (2022). An epidemiological profile of women suffering from urinary incontinence residing at one of the cities of western India: A mixed method approach study. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 63(4), E557–E565.
116. Abdulhusain, J. A., Darraj, M. J., Alasbool, M. Y., Alasoomi, E. K., Altahoo, Y. A. J., Tadayyon, B. E., & Alawainati, M. A. (2024). Prevalence, characteristics, and risk factors for urinary incontinence among women attending Primary Healthcare Centers in Bahrain, 2023. *Journal of Family and Community Medicine*, 31(4), 313–320.
117. Vilão, S. R. S., Silva, P., Pocinho, M., & Rebelo, P. (2024). Prevalence of urinary incontinence and impact on quality of life in women from Seia, Portugal. *Saúde & Tecnologia*, 1(1), Article 803.
118. Akpolat, R., Şişman, H., & Alptekin, D. (2024). *Factors affecting urinary incontinence in women and its effect on quality of life. BAUN Health Sciences Journal*, 13(3), 728–736.
119. Öztürk, G. Z., Toprak, D., & Basa, E. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4), 170–176.

120. Allafi, A. H., Al-Johani, A. S., Babukur, R. M., et al. (2024). The link between menopause and urinary incontinence: A systematic review. *Cureus*, 16(10), e71260.
121. Chisholm, L., Delpe, S., Priest, T., & Reynolds, W. S. (2019). Physical Activity and Stress Incontinence in Women. *Current bladder dysfunction reports*, 14(3), 174–179.
122. Kim, Y., & Kwak, Y. (2016). Urinary incontinence in women in relation to occupational status. *Women & Health*, 57(3), 10.1080/03630242.2016.1150387.
123. Ramejo, B. B., Rajar, S., Siddiqui, S. A., Ara, C., Hamid, B. S., & Rauf, I. (2024). Urinary incontinence and urinary tract infection: Temporal relationships in postmenopausal women. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 31(7), 1637–1643.
124. Islam, R. M., Oldroyd, J., Rana, J., Romero, L., & Karim, M. N. (2019). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in community-dwelling women in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *International urogynecology journal*, 30(12), 2001–2011.
125. Zhou, H. H., Shu, B., Liu, T. Z., Wang, X. H., Yang, Z. H., & Guo, Y. L. (2018). Association between parity and the risk for urinary incontinence in women: A meta-analysis of case-control and cohort studies. *Medicine*, 97(28), e11443.
126. Demirci, N., Aba, Y. A., Süzer, F., Karadağ, F., & Ataman, H. (2012). 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19), 24–37
127. Leroy, L. da S., & Lopes, M. H. B. de M. (2012). Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 346–353.
128. Ceyhan, Ö., Görüş, S., & Zincir, H. (2018). Yaşlı bireylerde uykuyu etkileyen önemli bir problem: İnkontinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 29–35.)
129. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
130. Åström, Y., Askund, I., Lindam, A., & Sjöström, M. (2021). Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. *BMC women's health*, 21(1), 337.
131. Maeda, T., Tomita, M., Nakazawa, A., Sakai, G., Funakoshi, S., Komatsuda, A., Ito, Y., Nagata, H., Tsukada, N., & Nakamura, S. (2017). Female functional constipation is associated with overactive bladder symptoms and urinary incontinence. *BioMed Research International*, 2017, Article ID 2138073.

9 EKLER

9.1 Ek 1. Anket Formu

A-SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Yaş
Boy
Kilo
BKİ:
Eğitim Durumu a) Okuryazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üstü
Çalışma Durumu a) Çalışmıyor b) Masa başı iş c) Bedensel iş
Gelir Durumu a) Gelir giderin altında b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla
Alkol kullanımı a) Hiç kullanmamış b) Sosyal içici c) Ayda bir iki kadeh d) Haftada bir kadeh e) Günde bir iki kadeh
Sigara kullanımı a) Yok b) Bırakmış c) Günde 0-10 arası d) Günde 11-20 arası e) Günde bir paketten fazla
Kahve kullanımı a) Yok b) Haftada 1-3 fincan

c) Günde 1 fincan d) Günde 1 fincandan fazla
Son 1 yıldır üriner inkontinans şikayeti a- Var b- Yok
Cinsel olarak aktiflik durumu a) Evet b) Hayır
Evlilik yaşı ve durumu : a) Hiç evlenmemiş b) Evlenmiş-boşanmış
Obstetrik Öykü a) Yaşayan çocuk sayısı: b) Toplam doğum sayısı: c) Gebelik sayısı: d) Canlı doğum: e) Küretaj: f) Düşük (21 hafta altı) g) Ölü doğum
Eğer Doğum yaptıysanız ilk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? a) 20 yaş ve altı b) 21-25 yaş c) 26-30 yaş d) 31-35 yaş e) 36 yaş ve üzeri
Doğum şekli a) Sezeryan b) Normal (vajinal) doğum
Menopoza girdiniz mi? a) Evet Kaç yaşında menapoza girdiniz? : b) Hayır
İdrar kaçırma ameliyatı öykünüz var mı? a) Var b) Yok
Üriner sistemde taş öykünüz var mı? a) Var b) Yok

Sık üriner sistem enfeksiyon öykünüz var mı? (6 ayda 2’den daha fazla ya da 1 yılda 3’den daha fazla enfeksiyon öyküsü*) a) Var b) Yok
İdrar yapmada şikayetiniz mevcut mu? a) Yok b) Poliüri (fazla miktarda idrar yapmak) c) Pollaküri (sık idrara çıkmak) d) Dizüri (ağrılı idrar yapmak) e) Noktüri (gece idrara çıkmak)
Kabızlık şikayetiniz var mı? a) Var b) Yok
Bilinen kronik hastalıklarınız var mı ? Yanına kaç yıldır olduğunu belirtiniz. a) Yok b) Kalp yetmezliği ... c) Hipotiroidi .. d) Kanser ... e) Diabetes Mellitus ... f) Hipertansiyon ... g) Varsa diğer hastalıklar: ...
Kronik hastalıklarınız için kullandığınız ilaçlarınız nelerdir?
Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? a) Var : b) Yok
Nörolojik bir hastalığınız var mı? (Parkinson, inme...) a) Var : ... b) Yok

* Kayalı S. TEKRARLAYAN ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARINA NEDEN OLAN BAKTERİYEL ÜROPATOJENLERİN DAĞILIMI VE ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARI. ANKEM Derg. 2022;36(3):83-91.

B- ULUSLARARASI İNKONTİNANSI SORGULAMA KISA FORMU (ICIQ-SF)

Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettar olunuz.

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

- ☐ Hiçbir zaman (0)
- ☐ Haftada bir veya daha seyrek (1)
- ☐ Haftada iki veya üç kez (2)
- ☐ Günde bir kez gibi (2)
- ☐ Günde birkaç kez (4)
- ☐ Her zaman (5)

2) Genel olarak ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (Ped/koruyucu bez kullanın veya kullanmayın, bir kutuyu işaretleyiniz)

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

3) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (Hiçbir şekilde) ile 10 (Çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız.

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

4) Hangi durumlarda idrar kaırılıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz).

- ☐ Hiçbir zaman idrar kaırmıyorum
- ☐ Tuvalette yetişemedenden idrar kaçırıyorum
- ☐ öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum
- ☐ Uyurken kaçırıyorum
- ☐ Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum
- ☐ İşemeyi bitirip giyinirken kaçırıyorum
- ☐ Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum
- ☐ Her zaman kaçırıyorum