



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÇALIŞAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME
SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

GİZEM BOZTAŞ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Z.Candan ALGUN

İSTANBUL-2016

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Tez Sahibi : Gizem BOZTAŞ
Tez Başlığı : Çalışan Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Üriner İnkontinans Görülme Sıklığının Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 23.12.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Candan ALGUN

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza



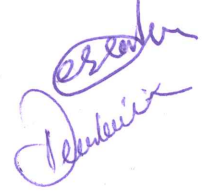
Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Esra ATILGAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. İlkşan DEMİRBÜKEN

Marmara Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 28./12./2016. tarih ve 2016.../...36... - 04... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgileri kaynak gösterdiğime ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığuma, yine tezin çalışmasının yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gizem BOZTAŞ



TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmamın planlanmasında, araŐtırılmasında, yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalıŐmamı bilimsel temeller ışığında Őekillendiren değerli danıŐmanım Prof. Dr. Z. Candan ALGUN'a

Tez süresince deneyimleriyle beni yönlendiren, yeni düşünceler ortaya koymanın ve araştırmanın mutluluğunu bana yaŐatan, verilerimin yorumlanması ve analizi süresince bana yardımlarına hiç esirgemeyen ve tezime anlam katan sayın danıŐmanım Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK'e

Bu sürecin her anını benimle yaşayan ve yürüdüğüm bu yolda beni bir an bile yalnız bırakmayıp yüreklendiren annem, babam ve kardeŐlerime sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR LİSTESİ

AAM: Aşırı Aktif Mesane

ATFP: Arcus Tendineus Fascia Pelvis

ICS: Uluslararası Kontinans Derneği

ICIQ -SF: İdrar kaçırma sorgu formu -Kısa Form

IIQ-7: İnkontinans Etki formu

IPAQ: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa formu

(n): Denek Sayısı

PTKE: Pelvik Taban Kas Egzersizi

SF-36: Kısa Form

SF-36/ MCS: Kısa form/ Mental Sağlık Skoru

SF-36/ PCS: Kısa form/ Fiziksel Sağlık Skoru

SİYK: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

SUİ: Stres Üriner İnkontinans

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

UDİ-6: Ürogenital Distres Envanteri

Uİ: Üriner İnkontinans

VKİ: Vücut Kütle İndeksi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Mesane yapısı.....	5
Şekil 4.2. İşeme Fazı.....	8
Şekil 6.1. Üriner İnkotinanslı kadınların inkontinans tiplerinin dağılımı.....	27



TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1. Çalışmamıza alınan kadınların demografik özellikleri.....	26
Tablo 6.2. IPAQ ile SF-36 skorlarının arasındaki ilişki	28
Tablo 6.3. Çalışmaya alınan kadınların ortalama IPAQ skorları.....	28
Tablo 6.4. ICIQ-SF ile SF-36 arasındaki ilişki.....	29
Tablo 6.5. Çalışmaya alınan kadınların ortalama ICIQ-SF skorları	29
Tablo 6.6. Çalışmaya alınan üriner inkontinanslı kadınların ortalama ICIQ-SF skorları.....	30
Tablo 6.7. Çalışmaya alınan kadınların ve üriner inkontinanslı kadınların ortalama SF-36/PCS skorları.....	30
Tablo 6.8. UDİ-6 ile SF-36 skorlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 6.9. IIQ-7 ile SF-36 skorlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 6.10. IPAQ ile ICIQ- SF skorlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 6.11. Gruplararası ICIQ-SF skorlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 6.12. Gruplararası UDİ-6 skorlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 6.13. Gruplararası IIQ-7 skorlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 6.14. ICIQ-SF ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi.....	33
Tablo 6.15. UDİ-6 ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi.....	34
Tablo 6.16. IIQ-7 ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi.....	34
Tablo 6.17. ICIQ-SF ile Eğitim durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi.....	34
Tablo 6.18. UDİ-6 ile eğitim durumu arasındaki ilişki.....	35
Tablo 6.19. IIQ-7 ile eğitim durumu arasındaki ilişki.....	35
Tablo 6.20. Menopoza giren kadınların sayısı ve yaş ortalaması.....	35

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
1- ÖZET.....	1
2- ABSTRACT.....	2
3- GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4- GENEL BİLGİLER.....	4-20
5- METOT VE MATERYAL.....	21-25
6- BULGULAR.....	26-36
7- TARTIŞMA	37-48
8- SONUÇ.....	49-50
9- KAYNAKLAR.....	51-70
10- EKLER.....	71-85
11- ETİK KURUL ONAYI.....	88-90
12-ÖZGEÇMİŞ.....	91

1.ÖZET

ÇALIŞAN KADINLARDA YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS GÖRÜLME SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışan kadınların fiziksel aktivite düzeyleri ile üriner inkontinans görülme sıklığının arasındaki ilişki, üriner inkontinans görülme sıklığı ile yaşam kalitesi, fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışmaya 460 çalışan kadın katıldı. Katılımcıların fiziksel aktivitelerini değerlendirmek için IPAQ-kısa formu, yaşam kalitelerini belirlemek için SF-36 üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde UDİ-6 (Ürogenital Distres Envanteri) ve IIQ-7 (İnkontinans Etki formu) ile üriner inkontinansın sorgulama formu ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) uygulandı. Veriler SPSS 18.0 paket programında analiz edildi. Çalışma grupları arasındaki korelasyon Pearson ve Spearman korelasyon analizi testleri ile test edildi. Çalışmaya alınan 17-63 yaşları arasında 460 kadından, % 42,6'sında sıklığı değişen idrar kaçırma olduğu görüldü. İdrar kaçırma şikayeti olan kadınların %67,34'ünde stres inkontinans belirlendi. 460 kadına uygulanan yaşam kalitesi sorgulama anketlerinden SF-36 ve inkontinansa yönelik yaşam kalitesi ölçekleri UDİ-6 ve IIQ-7 değerlendirmeye katıldığında idrar kaçırma ile kadınların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Bunun yanında SF-36/MCS ile UDİ-6 arasında da anlamlı bir ilişki görüldü ($p<0,05$). IIQ-7 açısından ise SF-36/PCS ile IIQ-7 arasında da anlamlı bir ilişki varken SF-36/MCS ve IIQ-7 arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Fiziksel aktivite düzeyi ile üriner inkontinans görülme olasılığı değerlendirmeye alındığında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı. VKİ (Vücut Kütle İndeksi) skorları ile inkontinans görülme sıklığı açısından anlamlı fark ortaya koyuldu.

Sonuç: Çalışan kadınların %42,6 üriner inkotinans görüldüğü ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve düşük olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, kadın, üriner inkontinans, yaşam kalitesi

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF QUALITY OF LIFE AND EVALUATION OF THE FREQUENCY OF URINARY INCONTINENCE IN WORKING WOMEN

The relationship between the physical activity levels and urinary incontinence frequency in working women, the relationship between urinary incontinence frequency and quality of life and between physical activity level and quality of life were evaluated. 460 working women participated in the study. IPAQ- short form was used for evaluating the physical activities of the participants, SF-36 was used for determining their quality of life, UDI-6 (Urogenital Distress Inventory) was used in the assessment of the quality of life of the women with urinary incontinence and IIQ-7 (Incontinence Impact Questionnaire) and urinary incontinence query form ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form) were applied. The data were analyzed in SPSS 18.0 package software. The correlation between the study groups was tested via Pearson and Spearman correlation analysis tests. Urinary incontinence with various frequencies was observed in 42,6% of the 460 women between the ages of 17-63 included in the study. Stress incontinence was detected in 67,34% of the women with urinary incontinence complaint. When SF-36 quality of life questionnaire and incontinence oriented quality of life scales UDI-6 and IIQ-7 were included in the assessment, a statistically significant relation was observed between urinary incontinence and quality of life was observed ($p < 0.001$). Moreover, a significant relation between SF-36/MCS and UDI-6 was also observed ($p < 0.05$). In terms of IIQ-7, while there was a significant relation between SF-36/PCS and IIQ-7, no significant relation was detected between SF-36/MCS and IIQ-7. However, no significant relation was detected when the physical activity level and urinary incontinence possibility were evaluated. A significant difference was revealed in terms of urinary incontinence frequency and BMI (Body Mass Index) scores. It was detected that urinary incontinence was observed in 42,6% of the working women and it affected their quality of life negatively and their quality of life was low.

Key Words: Physical activity, woman, urinary incontinence, quality of life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İstem dışı idrar kaçırma olan “inkontinans”, kadınlar için rahatsız edici ve günlük yaşamını olumsuz etkileyen bir semptomdur (1). Kadınlarda erkeklere oranla fazla görülmekle birlikte kişinin sosyal durumunu, cinsel aktivitesini etkileyen yaşla birlikte prevalansı artan bir durum olduğu ifade edilmektedir (3, 4).

Üriner inkontinans ile yaşam kalitesi arasında bağlantı kurabilmek adına bazı değerlendirmeler kullanılır. Üriner inkontinansta yaşam kalitesi kavramının boyutları da, çalışmalara göre farklılık göstermektedir (1, 4, 6).

Uluslararası Kontinans Derneği'ne (International Continence Society- ICS) göre; inkontinans “objektif olarak ortaya konabilen, sosyal ve/veya hijyenik sorunlara yol açacak sıklık ve miktarda istem dışı idrar kaçırma” olarak tanımlanmıştır (14). Ülkemizde ve dünyada sıklıkla görülen bu rahatsızlık önemli komplikasyonlara neden olmakla birlikte bu duruma gerekli önemin gösterilmediği ve yüksek derecede ihmal edildiği de bilinmektedir. Bilim insanları, gerçekleştirdikleri araştırmalar sonucunda üriner inkontinansın kadın yaşam kalitesini ciddi anlamda etkilediğini ortaya koymuşlardır. Bu sebeple konuya olan ilginin arttığı ve ilgili tarafların birçok araştırma gerçekleştirdiği gözlemlenmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında bilimler arası etkileşimin de önemli etkisi olduğu düşünülmektedir (22). Yapılan araştırmalar gösteriyor ki dünya üzerinde birçok kadın Üİ ile karşılaştığında yüksek oranda sağlık kurumlarına başvurmamaktadır (142). Bunun nedeni olarak ise kadınların üriner inkontinansı; sıradışı bir olgu olarak değerlendirmemeleri, konuyla ilgili olarak çekinceleri, doğum sebebiyle ortaya çıkan geçici bir durum olarak görmeleri ya da yaş sebebiyle ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirmeleridir. Böylece kadınlar bu durumu olağan bir durum olarak nitelendirebilmekte veya hastalığın muhtemel sonuçlarını önemsemediğinden dolayı ilgili kurum veya kuruluşlardan destek almayı planlamamaktadır (142, 143, 113).

Bu görüşler paralelinde çalışan kadınların yaşam kalitelerini, üriner inkontinans görülme sıklığını ve fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla bu araştırma yapıldı. Çalışmaya 460 kadın alındı. Üriner inkontinans görülme sıklığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi değerleri araştırıldı.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Üriner sistem

4.1.1. Alt üriner sistem anatomisi

İdrarın vücutta oluşturulmasını, biriktirilmesini ve atılmasını sağlayan yapıları içeren sistemdir.

4.1.1.1. Pelvik taban

Pelvik taban, arkada sakrum yanlarda spina iskiadikaların oluşturduğu önde ise symphysis pubis arasında kalan ve pelvis boşluğunu saran eşkenar dörtgene benzeyen tabakadır.

a. Pelvik kaslar

Pelvik kasları başlıca levator ani ve koksiks kas grubu oluşturmaktadır. Diğer kaslar ise pelvik taban yapıları arasında destek sağlamak üzere bulunan kaslardır. Bunlar ;

- M. Pubokoksigeus
- M. İliokoksigeus
- M. Pubovisseralis kaslarıdır.

b. Endopelvik fasya

İç organ ve vasküler yapıları çevreler ve pelvik organları dinamik olarak destekler (34). Bunlar parietal fasya, visseral fasya, arkus tendineus levatoris ani (ATLA), arkus tendineus fasya pelvis (ATFP) 'dir.

c. Ürogenital diyafram

Pelvisin ön tarafında levator ani kasının altında perine membranı adı verilen ve üretrayı çevreleyen üçgen şeklinde bağ dokusu katmanına, ürogenital diyafram denilmektedir (145).

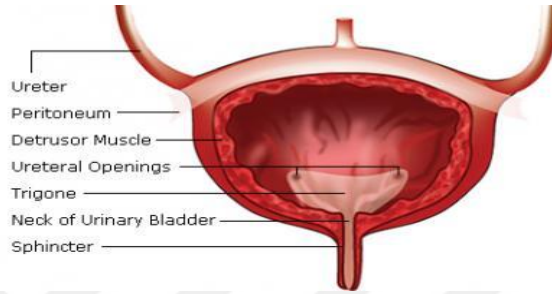
4.1.1.2. Mesane

Pelvis boşluğunda, kadınlarda vajen ve uterusun önünde konumlanmış ve üreter ile gelen idrarın depolandığı 300-500 ml hacimli retroperitoneal olan genişleyebilen bir kesedir (167). Trigon; mesane tabanında üçgen şekline benzer bir bölgedir. Üst arka köşelerinde üreterlerin açıldığı kısım, ön alt köşesinde üretranın açıldığı ostium

üretra internum yer alır. Trigonumun düz kasları üreter düz kaslarının uzantısıdır(11,17,18).

Trigon'un Görevleri:

- i. İdrarın çıkışının önlenmesi(depolama fazında),
- ii. Mesanenin tam olarak boşalmasına yardımcı olmak (işeme anında huni biçimini alarak)
- iii. İşeme eylemi sırasında vesikoüretal geri kaçmayı engellemek



Şekil 4.1. Mesane yapısı (204)

4.1.1.3. Üretra

Mesanede toplanan idrarın dışarı atılmasını sağlayan, kadında 3-5 cm uzunluğunda vajinaya paralel yerleşimli tüp şeklindeki yapıdır. Üretranın tüp şeklindeki yapısının bir ucu mesane ile bağlantılıdır buraya ostium üretra internum ve dışarıya idrarın atılmasını sağlayan açıklık ise ostium üretra externum'dur bu açıklıklardan idrarın dışarı atılmasını sağlayan muskuler yapılar sfinkter üretra internum ve sfinkter üretra externumdur. Sfinkter üretra internum düz kas yapısından oluşur ve istemsiz çalışır. Sfinkter üretra externum ise çizgili kas yapısındadır ve istemli olarak idrarın tutulması, uygun yer ve zamanda dışarı atılmasına yardımcı olur. Sfinkterlerin disfonksiyonunda değişen idrar kaçırma problemleri yaşanmaktadır.

4.1.2. Alt üriner sistem nörofizyolojisi

4.1.2.1. Merkezi sinir sistemi.

a. Serebral Korteks

Superior frontal lob ve parasantral lobül mesane fonksiyonlarını yürütür ve bu bölgeler detrusor kas üzerinde inhibitör etki gösterir.

b. Serebellum

Merkezi Sinir Sisteminin diğer bölgelerinden gelen uyarılara modulator etki yapar. Mesane ve pelvik tabandan gelen uyarıları alır. Buradan çıkan efferent impulslar pelvik taban tonusunun sürdürülmesinde, detrusor ve ürogenital sfinkterin koordinasyonunda önemlidir (8, 7, 20).

c. Pons

Ön bölgesinde 'pontine işeme merkezi' olarak adlandırılan bölge mesaneye giden impulsların çıkış bölgesidir. Serebellum, basal ganglion, talamus ve hipotalamus gibi beynin çeşitli bölgelerinden uyarı alan pontine mesensefalik gri madde detrusor kasa giden efferentlerin son geçiş yoludur (1,2,25).

d. Medulla Spinalis

S2-4 segmentinde bulunur ve mesanenin motor innervasyonu bu bölgeden yapılır. Pelvis, periüretal ve anal sfinkter çizgili kasların motor innervasyonu da bu bölgeden olmaktadır (21).

4.1.2.2. Periferik sinir sistem

Bu sistem alt üriner sistem açısından değerlendirildiğinde; Otonom Sinir Sistemi ve Somatik Sinir Sisteminden oluştuğu görülür.

a. Otonom sinir sistemi

Birbirine karşıt fonksiyon gösteren sempatik ve parasempatik bölümlerden oluşur (20).

Sempatik Sinir Sistemi

Sempatik sinir lifleri Th10-L2 segmentlerindeki gri cevherin intermediolateral kolonundaki otonom çekirdekten başlar. Postganglionik lifler mesane ve üretraya hipogastrik pleksus ile ulaşarak alfa ve beta adrenerjik reseptörleri uyarır, iç sfinkter kasılır ve idrarın depolanması sağlanır (167).

Parasempatik Sinir Sistemi

Mesaneye gelen parasempatik sinir lifleri S2-4 segmentlerindeki columna intermediomedialisten çıkar ve pelvik sinir ile mesaneye gelir, mesane duvarında sinaps yapar. Buradan çıkan postganglionik lifler kolinerjik reseptörlerine ulaşarak detrusoru kasar üretranın iç sfinkteri gevşeyerek mesanenin boşalmasını sağlar (167).

4.1.2.3. Kontinans mekanizması

İşeme, bireyin doğumunda kontrol edilmeyen detrusor reflekslerle oluşan bir mekanizmadır. Büyüme ile 12-24 ay arasında santral sinir sisteminin işeme üzerine etkinliğinde ve mesanenin dolum hacminde artma, işeme sıklığının azalması görülür. Normal gelişim evresinde olan bireyler, 36-60 aylık iken mesanenin dolumunu ve işeme hissini normal olarak algılamaya başlar. 15 yaşına kadar gelen bir bireyde işeme farkındalığının gelişmemesi ve üriner inkontinans görülme olasılığında büyük bir düşüş gözlenir (186). Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur (6). Kontinans mekanizması iki aşamada gerçekleşir:

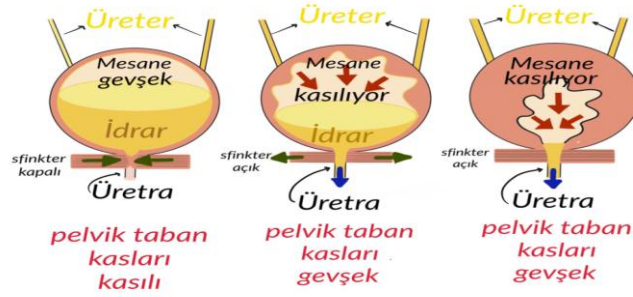
Depolama Fazı

İdrarın mesanede depolanabilmesi için üretral basınç mesane basıncından yüksek olmalıdır. Mesane içerisine idrarın dolmaya başlamasıyla trigon ve detrusor kas grubu gerginleşir, internal sfinkter kasılır. İdrarın ilk hissedilmeye başladığı zamanki hacmi 100-200 ml arasındadır. Normal idrar hissi 300 ml, sıkışma tipi idrar hissi ise 400-500 ml arasındadır. Mesanenin bu durumu komşulukta bulunduğu pelvik kas ve perine, sakral işeme merkezini uyarır. Uygun zaman ve yer bulana kadar idrar tutulmaya çalışılır (19, 20).

İşeme Fazı

Mesane kapasitesi belli bir miktar dolduğunda (mesane basıncı üretra basıncını geçtiğinde), uygun yer ve zaman oluştuğunda sfinkterlerin gevşemeye başlamasıyla birlikte detrusor kasılır ve işeme başlar. Mesane boşaldığında ise pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kasılır ve mesane boynu symphysise doğru yükselir ardından üretral basınç artar. β adrenejik sempatik reseptörler refleks olarak detrusor kası

gevşeterek depolama fazının yeniden başlamasını sağlar(187).



Şekil 4.2. İşeme Fazı(205)

4.1.3. Üriner inkontinans tipleri

Üriner inkontinans istemsiz idrar kaçırmadır ve birbirinden farklı şekillerde semptom ve bulgularla görülebilir. Bunlar başlıca ;

4.1.3.1. Detrusor instabilitesi ve Detrusor hiperrefleksi

Detrusor instabilitesi, mesane duvarını saran detrusor kasın mesane hacminin yeteri kadar idrarla dolmamasına rağmen detrusor kasın kontraksiyonlarıyla idrarın mesaneden atılmak istenmesi sonucu oluşan durumu ifade etmektedir. Bu durum mesane çıkış obstrüksiyonu, enfeksiyon, mesane taşları, mesane kanserleri gibi nedenlerle oluşabileceği gibi idiyopatikte olabilmektedir (31). Detrusor instabilitesinin kontrol edilmeyen kontraksiyon durumlarında inme, demans, MS, Parkinson veya spinal kord yaralanması gibi nörolojik bozukluklarda oluşmasına detrusor hiperrefleksi denilmektedir (74, 75).

4.1.3.2. Stres üriner inkontinans(SUİ)

Detrusor aktiviteye bağlı olmayarak karın içi basıncı arttığı gülme, öksürme, hapsirme, ıkınma gibi durumlarda intravezikal basıncın artarak üretral basıncı geçmesiyle meydana gelen üriner inkontinans tipidir (75). Üriner inkontinans oluşumunda başlıca 2 faktörün neden olduğu düşünülür. Bunlardan en baskın olarak anatomik desteğin yetersiz olması ve internal sfinkter yetmezliğidir (75).

SUİ nedenleri olarak; İntrabdominal basınçta artış(kronik konstipasyon, ağır kaldırma,abdomino-pelvik tümör,obesite),üretral yetersizlik(üretral hipermobilité,

intrinsik sfinkter hasarı, periüretal fibrozis, travmaya bağlı üretral yetersizlik), konjenital (kısa üretra gibi) oluşturabilir (6).

4.1.3.3.Sıkışma tip(urge) İnkontinans

Detrusor kasının aşırı kasılmasına bağlı olarak ortaya çıkan idrar kaçırmasıdır. Aniden ortaya çıkan sıkışma hissi ardından çoğunlukla büyük hacimli idrar kaçırma ile karakterizedir.

4.1.3.4. Miks tip inkontinans

Stres ve urge inkontinans semptomlarının birlikte görüldüğü inkontinans şekli olarak tanımlanır (52).

4.1.3.5. Overflow inkontinans(Taşma tip İnkontinans)

Mesanenin kapasitesi dolduğunda idrar hissi farkına varılmadan, mesane içi basıncın üretra içi basıncı geçerek detrusor kasında kontraksiyon olmaksızın meydana gelen idrar kaçırmasıdır (11).

4.1.3.5. Fonksiyonel tip inkontinans

Üriner sistemde anatomik veya nörolojik bir sorun olmaksızın genellikle fiziksel (mobilitateyi kısıtlayan durumlar) veya kognitif fonksiyonlara (depresyon,bağımlılık) bağlı olarak mesanenin doluluğunu hastanın farkına varamadığı durumlarda ortaya çıkan inkontinans tipidir (11, 24).

4.1.4. Üriner inkontinansın olası nedenleri

4.1.4.1. Yaş ve Cinsiyet

Mesanenin pozisyonunu koruyan yapıların zamanla zayıflaması sonucu mesane boynunun lokalizasyonundaki değişiklikler nedeniyle üriner inkontinans oluşabilmektedir (15, 26, 76, 84). Üriner inkontinansın yaş ortalaması 60 yaş altı bireylerde % 25 oranında görülürken, 60 yaş ve üstü bireylerde ise % 50' ye kadar yükseldiği belirtilmektedir (23, 24). Kadınlarda alt üriner sistem organlarının yakın yerleşimli olması, travma, doğum ve çeşitli operasyonlara bağlı olarak üriner inkontinansın risk oranı artarken, hormonal değişimlerde üriner inkontinans görülme sıklığını arttırmaktadır.

4.1.4.2. Seks hormonları

Üriner inkontinans kadınların postmenopozal dönemde karşılaştığı sık bir problem olmasına karşın östrojen replasman tedavisinin üriner inkontinansa etkisi kesinleşmemiştir; östrojen eksikliği ve vaginal floranın değişmesi ve Ph'da artma üriner inkontinans semptomlarında artma meydana getirir (47, 48).

SUI olan kadınlarla yapılan çalışmalarda ise östrojen uygulamalarının; maksimum üretra basıncında artış sağlayarak üriner inkontinansa azalma meydana getirdiği ifade edilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada Mohr and Rogers (168) sıkışma tip, SUI ve pollaiküri şikayeti olan kadınlarda oral, vaginal östrojen kullanımı ve kegel egzersizleriyle birlikte üriner inkontinans şikayetlerinde belirgin iyileşme olduğu görülmüştür. Östrojen alan ve almayan üriner inkontinanslı kadınların karşılaştırmasını yapan bir diğer çalışmada ise hormon tedavisi alan grubun üretral kapanma basıncında ve fonksiyonel üretra boyunda anlamlı bir fark bulunmamıştır (169).

4.1.4.3. Irk

İnkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinans gelişiminde rol oynadığını Çinli, Siyahi ve Eskimo ırkı kadınlarda prevalansın daha düşük olduğunu göstermiştir(17, 37, 48). Fenner DE ve arkadaşları 2008'de 35-64 yaş arası 2.824 kadında üriner inkontinans prevalansının beyaz kadınlarda, siyahi kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Beyaz kadınlarda üriner inkontinans prevalansını %33,1 siyahi kadınlarda ise %14,6 olarak bulmuşlardır.

4.1.4.4. Doğum

Üİ meydana gelişinin en önemli nedenlerinden biri de doğumdur. Bunun nedeni olarak başlıca; sayıca fazla doğum yapılması, ardı ardına yaşanan gebelikler, zorlu doğumlar, iri bebek doğumları gibi birden çok etken pelvik taban kaslarının deforme olmasına veya sınırlarda çeşitli hasarlar oluşumuna yol açabilmektedir (9, 13, 22, 26, 29, 30, 76, 82). Bunlardan dolayı parite sayısının artışı ile üriner inkontinansa artış görülmektedir. Araştırmalardaki bulgular da incelendiğinde Üİ'nin normal doğum yapan kadınlarda ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sezaryen ile doğum yapan kadınlara oranla, normal doğum yapan kadınların daha

zayıf pelvik taban kaslarına sahip oldukları bildirilmiştir. Böylece normal doğum yapan kadınların Üİ insidansları sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (6, 53). Ayrıca normal doğum yapan kadınlarda, nulliplarlara oranla neredeyse 2,5 kat fazla Üİ tespit edildiği de çalışmalarca desteklenmektedir (32).

4.1.4.5. Obezite

Artan kiloların birçok problemi beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bunlardan biri de fazla kilolu kadınlarda, mesane iç basıncının normalin üzerine çıkması ve abdominal basınçta önemli değişiklikler (artış) meydana getirmesidir. Yapılan çalışmalarda obezite ile SUI arasında belirgin ilişki bulunmuştur (58). Xinjiang Uygur'un Kashi şehrinde yaşayan yetişkin kadınların üriner inkontinans prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması için 20 yaş üstü 3403 kadın çalışmaya alınmış ve bu kadınların alt üriner sistem idrar kaçırma semptom sorunları(ICIQ-FLUTS) değerlendirilmiştir. SUI insidansının obezite ve obstetrik faktörlerle ilişkisi bulunmuştur (190).

4.1.4.6. Sigara

İnsan sağlığına birçok zararı bulunan sigaranın, Üİ konusunda da önemli etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Sigaranın hormonlara etki etmesi, kadınların östrojen düzeyini ciddi anlamda bozmaktadır. Bunun yanı sıra aşırı kiloda olduğu gibi sigara kullanımında mesane basıncında da önemli bir artış meydana gelmektedir. Sigara kullanımına bağlı oluşan yüksek şiddete sahip öksürükler sfinkterlerin fonksiyonunda bozulmaya neden olduğu çalışmalarda ortaya koyulmuştur. Gerçekleştirilen diğer araştırmalar ve ortaya konulan bu bilgiler ile, Üİ'nin neredeyse bütün tiplerinin ortaya çıkışında sigara kullanımının önemli etkileri olduğu tespit edilmiştir (6, 24, 48, 60, 62).

4.1.4.7. Geçirilmiş pelvik cerrahi ve Üriner Enfeksiyonu

Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vaginanın kısaltılması, trigonel yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu üriner inkontinans gelişebilmektedir (64).

Tekrarlayan üriyer enfeksiyonlar, menopoz ve katerizasyonda üriyer enfeksiyonların oluşmasına yardımcı olduğu görülmektedir(48).

4.1.4.8. Prolapsus ve Anterior Onarım /Genital Prolapsus

Dolu bir mesane üretro-vesikal bağlantı olarak karın içi yerleşim göstermektedir. Sistosel, rektosel, genital prolapsusu olan hastalarda bu bağlantı karın dışında yer alabilmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak gülmek, öksürmek veya hapşırarak gibi eylemlerde karın içi basıncı önemli düzeyde yükselmektedir. Artan bu basınç sebebiyle üretra, mesaneye yüksek basınç yapmaktadır. Sonuç olarak ise üretra içi basınç, mesane basıncının altında kalabilmektedir. Bu durumda idrar kaçırma ortaya çıkabilmektedir (12).

4.1.4.9. Radyoterapi

İnvazif mesane kanseri için uygulanan radyoterapi sonrası fibrotik mesane hasarı meydana gelir. Buna dış sfinkter denervasyonunun aşırı duyarlı hale dönüşmesi de eklenince, hastaların yaklaşık yarısında frequency, urgency ve stres üriyer inkontinans gelişmektedir (70).

4.1.4.10. Abdominal tümör

İntravesikal basıncı arttırarak üretral sfinkter kontrolünü yetersiz hale getirir bu da üriyer inkontinans oluşturur (21).

4.1.4.11. İlaçlar

Üretra için basınç daha çok üretra duvarındaki düz kasların tonusunun alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılması ile düzenlenmektedir. Bu dengenin bozulmasına neden olan ajanlar üriyer inkontinans oluşumunu destekler (12).

4.1.4.12. Nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları

Spinal kord yaralanmaları, multiple skleroz ve diyabetik nöropati gibi hastalıklar sinir sistemi hasarı yaptığı için pelvik bölgedeki sinir fonksiyonlarını bozabilmektedir (71, 1, 16).

4.1.5. Üriner İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi ve Tanı Yöntemleri

4.1.5.1. Anamnez

Hastadan anamnez alırken demografik bilgiler, üriner inkontinansın başlangıç öyküsü, sıklığı, kaçan idrar miktarı, ürolojik-jinekolojik-obstetrik varlığının sorgulanması, geçirilen operasyonlar, yaşam kalitesine etkisinin sorgulanması, genel sağlık durumu, nörolojik hastalık varlığı, kognitif fonksiyonu değerlendirilmeli, varsa kullandığı ilaçlarda sorgulamalıdır(3, 27).

4.1.5.2. Digital palpasyon ile pelvik taban kas gücünün değerlendirilmesi

Litotomi pozisyonunda bulunan hastanın vajinasını test eden kişi iki parmağını yerleştirip pelvik taban kaslarını gaz ve idrar çıkışı olmaksızın kasmaını ister. Bu yöntem pelvik taban kas gücünün manuel olarak subjektif değerlendirildiği bir yöntemdir (94).

4.1.5.3. Fizik muayene

Hastaya ait verilerin toplanması, sorunların belirlenmesi, genel sağlık durumu, metabolik, nörolojik, endokrin sistemlerin incelenmesi ve hastaya özel tedaviler belirlenir (9, 10, 12, 27).

4.1.5.4. Perineometre

Vagenin 3 cm içerisine yerleştirilen vaginal prob yardımıyla pelvik taban kaslarında gevşeme ve kasılmadaki durumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan objektif vaginal bir dinamometredir. Normal kişilerde 30-60 cmH₂O'luk bir basıncın elde edilmesi gereklidir. Pelvik döşeme kas zayıflığı olan hastalarda 0-5 cmH₂O'ya kadar basınç düşebilir. Biofeedback amacıyla kullanılır (94).

4.1.5.5. Üriner günlük

Bu yöntem Üİ tanısını tespit edebilmek için hastanın belirli bir süre izlenmesi esasına dayanmaktadır. Hastalığın tespitinde veya hastalık durumunda ise kişinin günlük olarak aldığı-çıkarttığı sıvı düzeyini, bu sıvıların miktar ve çeşitlerini, idrar yapma aralığını veya idrar kaçırma varsa bunun miktar ve zamanını ortaya koymaktadır. Böylece tüm veriler kaydedilerek inkontinansın türü ve derecesini tespit edilmektedir. Elde edilen veriler günlük normal değerler ile kıyaslanır ve bu değerlerin durumuna göre tespitlerde bulunulur. Günlük olarak normal değerler ise

yaklaşık olarak şu şekildedir; gün içerisinde bir kadının idrara çıkma sıklığı 4-6 arası değişmektedir. Gece ise idrar, bir veya iki kez çıkarılmaktadır. Bu sebeple belirtilen değerlerden daha fazla sayıda idrara çıkılması olağan dışı kabul edilmektedir (10, 12, 18, 27). Hastaların öncelikle üç günlük periyotta idrar çıkarma durumunu kaydetmesi gerekmektedir (180).

4.1.6. Üriner inkontinanstaki tedavi yöntemleri

Üriner inkontinansın semptom ve sorunlarına yönelik çeşitli tedaviler günden güne artış göstermektedir. Bu tedaviler başlıca konservatif, medikal ve cerrahi olmak üzere düzeltme potansiyeli ve eğer varsa riskleri hasta ile tartışarak tedavinin seyrine göre her hastaya özgü olarak oluşturulmalıdır.

4.2.6.1. Konservatif Tedavi

a. Davranışsal Tedavi

1. Mesane Eğitimi

2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE)

3. Diyet

b. Biofeedback

c. Tuvalet gitme programı

d. Vajinal Kon

e. Elektriksel Stimülasyon

4.2.6.2. Medikal tedavi

4.2.6.3. Cerrahi tedavi

4.2.6.1. Konservatif Tedavi

a. Davranışsal Tedavi

Davranışsal tedavinin amacı; mesanenin kapasite etkinliğini artırarak mesane kontrolünün kazanılmasını sağlamaktır. Üİ için davranışsal tedavi yöntemleri; diyet, mesane eğitimi ve pelvik taban kas eğitimidir (79). Üİ tedavisinde ilaç veya cerrahi tedavilerle beraber, davranışsal tedavi uygulamaları gereklidir. Davranışsal tedavi seçimi ve uygulamasında inkontinansın özellikleri, hastanın yakınmalarının şiddeti ve diğer kişisel özellikler dikkate alınmalıdır (171).

1. Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi özellikle sıkışma tip inkontinans, frequency ve nokturinin tedavisinde sıkça kullanılır. Hastaların idrarının gün içinde durumunu takip ederek sorunların saptanmasını ve hastaya ne kadar su içmesinden başlayıp ne zaman idrara çıkmasını bu programın ne kadar süreceği ve psikolojik olarak hazır hissetme ve programa sadık kalma gibi temel başlıklarla ele alınan konservatif bir tedavidir. Buna göre başta hastanın idrarını tutabilme süresinin ortalaması belirlenmeli, günlük olarak aldığı sıvı miktarı sınırlandırılmalı, idrar günlüğü tutmayı öğretilmeli, idrarını tutabilme saatlerine göre 0,5-1 saat eklenerek iki işeme arası sürenin 3-4 saate çıkarılması sağlanmalıdır. İdrarını istediği zaman durdurabileceği ve ikili işeme egzersizleri öğretilmeli(hastanın idrarını atımından sonra rezidüel hacmin varlığına karşın tekrar işemeyi başlattırmak istemesine dayanır), hastanın bunları en az 6-8 hafta düzenli bir şekilde yapmasına ikna edecek psikolojik destek verilmelidir (81, 91).

Mesane eğitimi 2 ana esasa dayanmaktadır. Bunlardan birincisi belirli periyotlarda düzenli olarak idrara çıkma ve bunun sonucu olarak mesanenin hacimce küçük seviyelerde tutulmasıdır. İkincisi ise hastalara verilecek egzersiz eğitim ile sıkışma hissinin bastırılmasıdır. Bu yöntem sayesinde, önemli sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu eğitim programında ilgili hastadan belirli zaman aralıklarında idrarını yapması istenmektedir. Kognitif olarak yetersiz hastalarda ise bir yakınının yardımıyla idrarını yapması sağlanabilir. hastanın uyanık olduğu saatlerde mesane kaydından faydalanılarak en kısa inkontinans periyodu temel alınarak veya 2 saatte bir idrar yapılması istenerek başlatılmaktadır. Bu zaman aralığından daha erken gelen işeme isteğinde ise çeşitli egzersizlerle giderilebilir. Bu egzersizler zihinsel egzersizler veya gevşeme egzersizleri olabilir. Pelvik taban egzersizlerinde ise, günde üç kez 8-12 defa ve 6-8 saniye süreyle pelvik kasların yavaş ama kuvvetli kasılması ve 4-6 saniye gevşemesi esasına dayanan son derece basit bir yöntemdir. Hasta tarafından kolaylık gerçekleştirilecek bu egzersizler sayesinde etkili sonuçlar alabilmek mümkün görünmektedir. Kolay uygulanabilmesinin yanında maliyetsiz olmaları sebebiyle sıklıkla tercih edilmektedir. Zaman zaman bu tedaviler için birkaç ay gerekebilir. Bu durumun normal olduğu ve doğal bir yöntem olması sebebiyle sonuç almanın biraz zaman alacağı hastaya iletilmelidir. Böylece hasta umutsuzluğa

kapılmayacak ve konsantrasyonun kaybetmeden ilgili egzersizleri uygulayacaktır (180).

2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE)

Pelvik taban kas egzersizlerinin amacı; intraabdominal basınç artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyon gücünü arttırmaktır. PTKE'nin alt üriner sistem kasları üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir; fakat pelvik taban kas tonusunu, anal sfinkter ve üretral kas kontraksiyonunu artırarak etkilediğine inanılmaktadır. PTE yan etkisinin olmaması, maliyetinin düşük olması ve hastanın kendi kendine yapabilmesi açısından avantajlı bir tedavi yöntemidir (102, 103). Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta sürdürülmeli ve belli bir tonusa ulaşmaya kadar ömür boyu devam edilmelidir. En önemli endikasyonlar prepartum ve postpartum dönemlerdir. PTKE' den en çok yaşlılar, uzun süre stres inkontinans hikayesi olanlar, vücut kütle indeksi (VKİ) yüksek olanlar ve ciddi inkontinansı olanlar faydalanır .

3. Diyet

Mesane günlüklerine uygun olarak üriner inkontinanslı hastalara diyet programı çizilir(171, 175). Üriner inkontinanslı hastalarda yaygın olarak görülen ilk yöntem sıvı alımının kısıtlanmasıdır. Sıvı alımının fazla kısıtlanması idrarın konsantrasyonunu artırarak idrar yolu enfeksiyonu, mesane mukozasında irritasyona bağlı sık idrara çıkma, aşırı aktif mesane oluşturabilir. Üİ hastalarda sıvı alımının gerekenden fazla olması da sık idrara çıkma ve aşırı aktif mesane semptomlarının oluşmasına neden olur(171, 176, 177). Üİ hastalarda ortalama 6-8 bardak sıvı alımı olmalı ve kafeinli, baharatlı, asitli, şekerli yiyecekler ile domates, bal, suni tatlandırıcılar, süt ve süt ürünleri gibi üriner inkontinans oluşumunu tetiklediği ortaya koyulan gıdaların tüketilmesi azaltılmalı veya kısıtlanmalıdır(171, 176, 177).

b. Biofeedback

Biofeedback, hastanın pelvik taban kaslarını farkına varmasını ve verilen komutlara bağlı olarak vagene veya anal bölgeye yerleştirilen sensörlerden alınan kontraksiyon ve gevşemeleri görsel ve işitsel uyarılara dönüştürerek monitörize eder, tedaviye uyumu kolaylaştıran bir metottur. Bu yöntem ilk kez Arnold Kegel tarafından kullanılmıştır. Kegel Kadınların %30'nun M.pubococcygeus kasını istemli olarak yeterli kasamadıklarını belirlemiştir(86). Bu yöntem kullanarak kadınların abdominal

kaslarından kontraksiyon meydana getirmeden pelvik taban kaslarını efektif olarak kasmalarına yardımcı olur(87, 88).

c. Tuvalate Gitme programı

Hastaların düzenli idrara gitme programı oluşturularak, hastanın düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gitmesi önerilir. Düzenli bir işeme programı oluşturularak hastanın idrar kaçırmasına engel olarak hastanın kuru kalmasını sağlar. Yaşlı, yatağa bağımlı hastalar ile Alzheimerlı hastalarda önerilir(91).

d. Vaginal Kon

Vaginal konlar, kasları kuvvetlendirmek ve bunu yaparkende hastanın kaslarını farkedebilmesi hedeflenir. İlk olarak Plewnick tarafından 1985'te geliştirilmiştir. Tedavinin asıl amacı hastada biofeedback oluşturmaktır. 20-90 gr ağırlığındaki konların vaginaya yerleştirilerek hastanın izometrik kontraksiyonlar yaratarak konu tutabilmesini sağlamalıdır(18, 32, 96). Zamanla pelvik kas kuvveti artarak hasta bu egzersizi günde 2 kez 20 dakika yapabilecek durumda geldiğinde ağırlıklar arttırılır tedavi süresi 4 haftadır(173). Doğum sonrası dönemde çok etkili bulunduğunu bildiren çalışmalar vardır(174).

e. Elektriksel stimülasyon

Üriner inkontinans problemi olan hastalarda pelvik taban kaslarını uyarmak veya kas grubu zayıflığına bağlı olarak daha çok 3/5 'in altında olan kaslarda kuvvetlendirme amacıyla ilk kez 1963 yılında Caldwell tarafından kullanılmıştır. Bu uygulama prob veya elektrotlar ile anal ve vaginal olarak uygulanabilmektedir. Elektrik stimülasyon uygulamasında daha çok orta frekanslı dokulara derin ve düzenli dağılım yapabilen interferensiyel akım kullanılmaktadır(81, 83). Urge inkontinans mesane inhibisyonu için ortalama 10 Hz, stres üriner inkontinans için ise 10-50 Hz arası üretra kontraksiyonu için önerilir, tedavi 6-8 hafta süre ile haftada 3 gün olmak üzere uygulanabilir. Menstrüasyon dönemlerinde uygulamaya ara verilir (81, 89, 174). Gebelik, vaginal enfeksiyon, ağır menstrüel kanama, kardiyak aritmi, kardiyak pacemaker, üriner retansiyon, vesiko üretral reflü, pelvik tabanda tam aksiyon kaybı ile olan denervasyon gibi durumlarda uygulama yapılmaz(188).

4.1.6.2. Medikal Tedavi

Medikal tedavinin, detrusor aşırı aktivitesi ve urge inkontinans, stres inkontinans, noktürnal enürezis, noktüri ve işeme disfonksiyonu gibi durumlarda önemli bir yeri vardır(112). Aşırı aktif mesane sendromunda, urge inkontinans ve mikst tip inkontinansında urge inkontinans ağırlıklı tiplerinde, yaşam tarzı değişikliği ve davranışsal tedavinin 3 ay süre ile uygulanması sonuçsuz kaldığında hastalara medikal tedavi denemeye gidilebilir. Medikal tedavi olarak ilk seçenek antikolinergik ilaçlardır(10, 11). Topikal östrojen tedavisi de kadınlarda urge inkontinans semptomlarını hafiflettiği bildirilmiştir(178, 179, 180). Bu ilaçlar mesane dolumu sırasında bazal asetilkolin salımını bloke ederek mesane kapasitesinin artırılması ve ani sıkışma hissini azaltarak etki eder. Tedavi yanıtını net olarak değerlendirebilmek için, 6 haftalık tedavi uygulanmış olmalıdır.(181). Stres inkontinans; birinci basamak tedavi, yaşam tarzı değişikliği ve davranışsal tedavidir. Bu tedavilere yanıt vermeyen hastalarda, medikal tedavide duloksetinin faydası olduğu görülmüştür. Duloksetin, sakral omurilikteki serotonin ve noradrenalin nörotransmitter düzeylerinde artış sağlar ve pudental sinir uyarımı ile üretral çizgili sfinkter kas tonusunda artış oluşturarak etki etmektedir(182). Mikst inkontinanslı hastalarda tedavi baskın olan inkontinans tipine göre düzenlenmelidir. Urge inkontinans semptomları baskın olan hastalar saf urge inkontinans gibi tedavi edilebilmektedir. Stres inkontinans daha ön planda ve diğer tedavilere yanıt yoksa, cerrahi tedavi alternatifleri hastaya göre değerlendirilmelidir. Taşma inkontinans; mesane disfonksiyonu veya mesane çıkış yolu obstrüksiyonu varlığı durumuna göre tedavi planlanmaktadır. Mesane çıkış yolu obstrüksiyonu varlığında; benign prostat hipertrofisi durumunda alfa-adrenerjik blokörler tedavide sık kullanılan ilaçlardır(183).

4.1.6.3. Cerrahi Tedavi

Medikal ve davranışsal tedaviler yetersiz kaldığında, cerrahi tedaviler seçilmiş hastalarda uygulanabilmektedir. Yaşlılarda cerrahi işlem kararı verilirken hastanın genel sağlık durumu, kendi isteği ve mental durumu kadar aile bireylerinin tercihleri de göz önüne alınmalı, amaç hastanın yaşam kalitesini en iyi düzeyde tutabilecek minimum invazif yöntemlerin seçilmesi olmalıdır(180, 184). İnkontinans tedavisinde cerrahi işlemler vaginal ya da abdominal olmak üzere 2 şekilde uygulanmaktadır(9, 24).

4.2. Yaşam kalitesi

4.2.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesinin kavramının temelleri Aristo ve daha öncesine dayanmaktadır(185). Thorndike tarafında ilk kez sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur(20).

4.2.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

a. İşlevsel durum: Bireyin temel gereksinimlerini sağlayabildiği, günlük faaliyetlerini iyilik ve sağlık halinde sürdürebilme yetisine sahip olma durumudur(21, 23).

b. Sağlık durum veya Sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir(21, 22).

c. Ruhsal durum: Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere verilen duygusal yanıtıdır(22, 24, 25, 26).

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır(27).

4.2.3. Üriner inkontinans ve yaşam kalitesi

Üriner inkontinans her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ya da hijyenik bir hastalıktır. Üİ değişik nedenlerden dolayı meydana gelen kompleks bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Üİ'li hastalar değerlendirilirken yaş, sosyal-kültürel durumlardaki ve genel sağlıktaki farklılıktan dolayı semptomlarını hafif ya da ciddi olarak tanımlarlar. Bu nedenle bu tür hastalar için hazırlanmış

standart bir form geliştirilmedikçe Üİ'nin yaşam kalitesine olan etkisi doğru bir şekilde saptanamaz. Yaşam Kalitesi Testleri Üİ'nin birey için sorun olma derecesini yansıtır(3). Yaşam kalitesini ölçen iki tür ölçek vardır.

- Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri
- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

4.2.3.1. Genel sağlığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri

Geniş bir alanda farklı gruplar ve klinik koşullarda uygulanabilir. Belirli bir hastalık, tedavi ya da yaş grubuna özgü değildir. Bu tür ölçekler farklı hasta grupları ve farklı şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak verir(77, 78). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan genel sağlığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında; Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili ve Kısa Form 36 (SF- 36) yer alır.

4.2.3.2. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri

Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesine olanak verir(77, 78). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan farklı sayıda hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri bulunmaktadır.

5. METOT VE MATERYAL

Bu çalışmaya, çalışan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun 460 kadın alındı. Katılan gönüllü bireylere çalışmanın amacı ve yapılacak değerlendirmeler hakkında bilgi verildi.

Bu tez çalışması, Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.12.2015 tarihli, 10840098-604.01.01-E.4722 sayılı toplantısında, 613 karar numarasıyla onay aldı.

Çalışmaya katılan kadınlara anketler hakkında bilgi verildi ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu " okutulup, imzaları alınmak suretiyle onayları alındı.(Ek-1).

Hastaların idrar kaçırma şikayeti olup olmadığı sorgulandı. Üriner inkontinans olanların inkontinans tipi doktor kontrolünde anamnez alınarak belirlendi. Üriner inkontinans tipleri urge, stress ve miks tip olarak sınıflandırıldı. Üİ olan hastaların bu şikayetle doktora başvurma, ilaç kullanma ve ilaç memnuniyet durumları sorgulandı. Doktora başvurmadığını söyleyen Üİ'li hastalarda ise başvurmama sebebi sorgulandı.

5.1. Olguların seçimi

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Çalışan kadın olması
- Okuma yazma bilmesi ve tam koopere olması
- Kognitif problemi olmaması
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Nörolojik hastalığa bağlı üriner inkontinans olması
- Mental probleme bağlı inkontinans olması
- Üriner inkontinans operasyonu geçirmiş olması

5.2. Uygulanan değerlendirmeler

Çalışmaya katılan tüm kadınlar aşağıdaki ölçeklerle yüz yüze anket uygulaması metoduyla değerlendirildi

5.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Çalışmamıza alınan kadınların kişisel ve hastalıkla ilgili bilgileri hazırlanan kişisel bilgi formu ile toplandı. Katılımcının adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, vücut kitle indeksi, eğitim durumu, meslek, adres, telefon bilgileri alındı ve çalışmamıza katılan 460 kadına yüz yüze uygulama metoduyla uygulama yapıldı(EK-2).

5.2.2. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi(IPAQ)

Çalışmamızda, kendi kendine uygulanabilen IPAQ-kısa form kullanıldı(101, 102). IPAQ'nın Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(103). IPAQ'da fiziksel aktivitelerin, tek seferde en az 10 dakika yapıyor olması ölçüt alındı. Anket ile son 7 gün içerisinde; Futbol, basketbol, aerobik, hızlı bisiklet çevirme, ağırlık kaldırma vb. gibi şiddetli fiziksel aktiviteler ve süresi, hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling, masa tenisi benzeri orta dereceli fiziksel aktiviteler ile süresi, yürüme ve bir günlük oturma süreleri sorgulandı. Şiddetli, orta dereceli aktivite ve yürüme süreleri aşağıdaki hesaplamalarla bazal metabolik hıza karşılık gelen MET'e çevrilerek toplam fiziksel aktivite skoru ($MET \times dk \times hafta$) hesaplandı(101).

- Yürüme skoru ($MET \times dk \times hf$) = 3,3 MET \times yürüme süresi \times yürüme günü
- Orta şiddetli aktivite skoru ($MET \times dk \times hf$) = 4 MET \times orta şiddetli aktivite süresi \times orta şiddetli aktivite günü
- Şiddetli aktivite skoru ($MET \times dk \times hf$) = 8 MET \times şiddetli aktivite süresi \times şiddetli aktivite günü
- Toplam Fiziksel Aktivite skoru ($MET \times dk \times hf$) = Yürüme+ Orta şiddetli aktivite + Şiddetli aktivite skorları.

Toplam fiziksel aktivite skoruna göre katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri “düşük, orta ve yüksek” biçiminde sınıflandırıldı.

Fiziksel Aktivite Düzeyleri (101)

- Düşük düzey: 600 MET \times dk \times hafta
- Orta düzey: 600-3000 MET \times dk \times hafta
- Yüksek düzey: 3000 MET \times dk \times hafta

- Çalışmamızdaki 460 kadının fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amacıyla IPAQ anketi uygulandı(EK-3).

5.2.3. SF-36

SF-36 yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (104). Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (105). SF-36 genel ve spesifik toplulukların karşılaştırılmasında, farklı tedavilerin sağlığa yararlarının gösterilmesinde, hastaların takip edilmesinde kullanılır. Toplam 36 maddeden oluşan SF-36’nın değerlendirmesinde son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır (106). SF-36 fiziksel ve mental sağlık sorgulamalarını içerir. Bunlar da toplam sekiz skala altında alt ölçeklere ayrılır (107).

A. Fiziksel Sağlık Grubu

1. Fiziksel fonksiyon
2. Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları
3. Ağrı
4. Sağlığın genel algılanması

B. Mental Sağlık Grubu

5. Enerji/vitalite
6. Sosyal fonksiyon
7. Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları
8. Mental sağlık

Alt ölçeklerden alınan yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Kadın ve erkeklerin fiziksel ve mental sağlık skorları, her bir grup için SF-36 alt ölçek puanlarının ortalamaları alınarak hesaplandı. Çalışmamızdaki 460 kadının yaşam kalitesini saptamak amacıyla uygulandı (EK-5).

5.2.4. Üriner İnkontinans Değerlendirme ve Soru Formu

Çalışmamıza alınan kadınların; Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, üriner inkontinansa yatkınlığı artıran bazı risk faktörlerini, üriner inkontinanslı kadınların

durumlarının farkındalıklarını, bilgi düzeylerini ve tedavi olma durumlarını belirlemek amacı ile literatür bilgilerine dayanarak araştırmacı tarafından geliştirilen 18 soruluk anket formu oluşturulmuştur. Anket formumuz 10 kişi üzerinde ön uygulama yapılarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra örneklem grubumuzda kullanılmaya başlanmıştır. Bu sorular ;

- Üriner inkontinans varlığı, doğum, doğum sayısı, doğum şekli ve menopoz faktörlerin sorgulanması
- Üriner inkontinansın aile öyküsünün sorgulanması
- Üriner inkontinans var ise duruma göre değişikliklerinin belirtilmesi
- Üriner inkontinansın sosyal yaşantıya etkisinin sorgulanması
- Üriner inkontinanslı katılımcının varsa aldığı tedavi ve tedaviyi seçme yöntemi
- Katılımcının tedavi aldıysa sağladığı yararın belirlenmesi
- Katılımcının iki işeme arasında geçen süresinin belirlenmesi
- Üriner inkontinans şiddetinin belirlenmesi
- Korunma için kullanılan ped sayısı
- Üriner inkontinans tipini belirlemeye yönelik sorular
- Geçirdiği hastalıklar ve düzenli kullandığı ilaçların sorgulanmasını içermektedir.

Bu anket çalışmamıza alınan 460 kadına uygulandı ve üriner inkontinansın tipi, nedenleri sorgulandı (EK-6).

5.2.5. ICIQ-SF-(Uluslararası İnkontinans Sorgulama ve Danışma İndeksi-Kısa Form)

Bu sorgulama formu idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığını, tipini ortaya koymakta ve idrar kaçırmanın kişinin yaşam kalitesini ne derece etkilediğini gösterebilmektedir. Bu form kısa, anlaşılabilir ve amaca yöneliktir. Ülkemizde 2004 yılında International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) Türkçe versiyonu geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. Çalışmamıza katılan 460 kadına uygulandı ve sonuçlar ile üriner inkontinans etki ve sonuçları değerlendirildi (EK-4).

5.2.6. Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6)

Kadınlardaki üriner disfonksiyonlara ait bulguları (stres üriner inkontinans, mesane dışı obstrüksiyonlar, detrusor overaktivitesi) saptamakta kullanılan bir ölçektir. UDI formunun 3 alt skalasının her birinden 2 madde alınarak oluşturulmuştur ve tek skala içermektedir. Ölçekte 0- 3 puan arasında skorlama yapılmaktadır. Puanlama arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir. Çalışmamıza katılan kadınlara üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini sorgulamak üzere uygulandı (EK-7).

5.2.7. İnkontinans Etki Formu (IIQ-7)

Üriner inkontinans ve pelvik organ prolapsusunda kullanılan anket seyahat, sosyal aktiviteler, fiziksel aktiviteler, duygular, ilişkiler, cinsel işlev ve gece mesane kontrolünü içeren 7 sorudan oluşmaktadır. Sorular 0 ile 3 arasında skor verilerek hesaplanmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınlara yüz yüze uygulama yöntemi ile uygulandı (EK-8).

5.3. İstatiksel analiz

Çalışmamızın veri analizi "Statiscal Package for Social Sciences" (SPSS) version 18.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma ve yüzde (%) şeklinde ifade edildi. Çalışma grupları arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizi testleri ile test edildi. Gruplar arasındaki fark Student's-*t* independent ile karşılaştırıldı. $P < 0.05$ olasılık değeri anlamlı kabul edildi.

6. BULGULAR

Analizler çalışmayı tamamlayan gönüllü 460 kadın ile yapıldı. Kadınların demografik özellikleri Tablo 6.1.'de gösterildi.

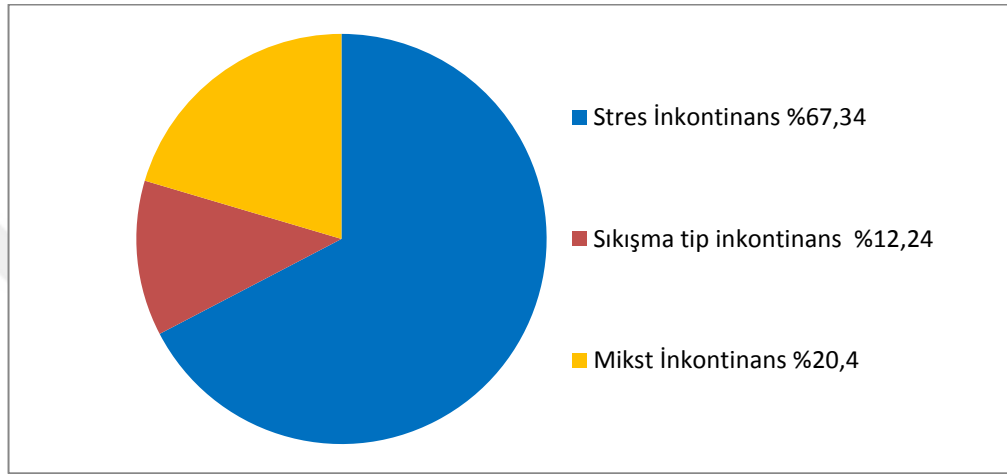
Tablo 6.1. Çalışmamıza alınan kadınların demografik özellikleri

Yaş (ortalama yıl)	38,20 ± std. sapma
Medeni hali <ul style="list-style-type: none">• Bekar, n(%)• Evli, n(%)	<ul style="list-style-type: none">• 308(66,96)• 152(33,04)
Eğitim durumu <ul style="list-style-type: none">• Lise mezunu, n(%)• Üniversite ve üstü, n(%)	<ul style="list-style-type: none">• 151(32,82)• 309(67,17)
Sigara/alkol veya ilaç bağımlılığı <ul style="list-style-type: none">• Evet, n(%)• Hayır, n(%)	<ul style="list-style-type: none">• 147(32)• 313(21,5)
VKİ (Vücut Kütle İndeksi) <ul style="list-style-type: none">• Zayıf, n(%)• Normal Kilo, n(%)• Fazla Kilo, n(%)• Obez, n(%)• Morbid Obez, n(%)	<ul style="list-style-type: none">• 17(3,69)• 314(68,26)• 48(10,43)• 63(13,69)• 18(3,93)
Üriner İnkontinans <ul style="list-style-type: none">• Var• Yok	<ul style="list-style-type: none">• %42,6 (196)• %57,4 (264)

Çalışmamıza alınan kadınların demografik özellikleri incelendiğinde deneklerin genelinin bekar, üniversite mezunu, sigara kullanmayan, normal kiloya sahip bir profil çizmesine karşın üriner inkontinans prevalansının %42,6'larda olması üriner inkontinans probleminin ne kadar yaygın bir problem olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza alınan kadınlar değişen faktörlere bağlı olarak üriner inkontinans ile ilgili sıkıntılarını ifade ettiler. Kadınların üriner inkontinans varlığı ve tipi ile ilgili yüzdelik dağılımları Şekil 6.1 'de verildi.

17-63 yaşları arasında 460 kadından % 42,6(n=196) kadında sıklığı değişen idrar kaçırma şikayeti görüldüğü belirlendi. İdrar kaçırma şikayeti %67,34(n=132) stres inkontinans, % 12,24(n=24 sıkışma tipi inkontinans ve mikst tip inkontinans %20,4 olarak belirlendi.



Şekil 6.1. Üriner İnkontinanslı kadınların inkontinans tiplerinin dağılımı

6.1. Fiziksel aktivite ile yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin belirlenmesi.

Çalışmamıza alınan kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi için IPAQ-kısa form ve yaşam kalitesi düzeyinin saptanması için SF-36 formları ile sorgulandı ve IPAQ-kısa form ve SF-36' da anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Katılımcıların fiziksel aktiviteleri incelendiğinde oldukça düşük olduğu görüldü; bundan dolayı üriner inkontinansa etkisi açısından önemli farklar yoktu. Çalışmamızın farklı fiziksel aktivite seviyesine sahip gruplarda uygulanmasının, fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi açısından daha sağlıklı olacağı düşünüldü.

Tablo 6.2. IPAQ ile SF-36 skorları arasındaki ilişki

Pearson Korelasyon	SF-36/PCS(n=460)	SF-36/MCS(n=460)
IPAQ-Short Form (n=460)	r= 0,014 p=0,770	r=0,001 p=0,990
Gruplararası ilişki	Anlamlı bir ilişki yok	Anlamlı bir ilişki yok

Çalışan kadınların fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Bu kadınların ortalama IPAQ skorlarına bakıldığında; orta şiddette fiziksel aktivite düzeyinde oldukları görüldü.

Tablo 6.3. Çalışmaya alınan kadınların ortalama IPAQ skorları

Ortalama IPAQ Skoru (n=460)	1,262 MET×gün×dakika
Ortalama Şiddetli Fiziksel Aktivite yapılan gün (n=460)	0,5 gün
Ortalama günde Şiddetli Fiziksel Aktivite yapılan dakika (n=460)	13,3 dakika
Ortalama Orta Derece Fiziksel Aktivite yapılan gün sayısı (n=460)	0,89 gün
Ortalama günde Orta Derece Fiziksel Aktivite yapılan dakika (n=460)	23,26 dakika
Ortalama en az 10 dakika yürünülen gün sayısı (n=460)	5,1 gün
Ortalama bir hafta içinde yürünülen dakika (n=460)	39,1 dakika

6.2. Üriner İnkontinans ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Çalışmamıza katılan kadınların üriner inkontinans varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki bağıntıyı saptamak için üriner inkontinans sorgu formu ICIQ-SF ve hekim

tanısı göz önüne alındı, yaşam kalitesi için SF-36 uygulandı. Sorgulama sonucunda üriner inkontinans görülen kadınlarda, üriner inkontinansın varlığı ve etkisine yönelik soruları yüksek, yaşam kalitesi skorları ise düşük olarak gözlemlendi. Yaşam kalitesi skoru kendi içerisinde incelendiğinde ise fiziksel sağlık skorunda üriner inkontinans ile düşme meydana getirirken, mental sağlık skorunda kadınlar arasında belirgin bir fark belirlenmedi. Katılımcılarda yüz yüze uygulanan anketlerde dernekler üriner inkontinans varlığının mental yaşam kalitesinde çok fazla etki yaratmadığını ifade ettiler.

Tablo 6.4. ICIQ-SF ile SF-36 arasındaki ilişki

Pearson Korelasyon	SF-36/PCS(n=460)	SF-36/MCS(n=460)
ICIQ-SF (n=460)	r= -0,172 p=0,000	r=0,055 p=0,235
Gruplararası ilişki	p<0,01 Negatif yönlü anlamlı bir ilişki var.	p>0,01 Anlamlı bir ilişki yok

Kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitelerine fiziksel olarak bir etki oluşturduğu belirlendi(p<0,01).

Tablo 6.5. Çalışmaya alınan kadınların ortalama ICIQ-SF skorları

Ortalama ICIQ-SF (n=460)	0
Ortalama İdrar Kaçırma Sıklığı (n=460)	Haftada bir veya daha seyrek
Ortalama İdrar Kaçırma miktarı (n=460)	Minimal İdrar Kaçırma
Ortalama İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi(0-10 arasındaki skala)	1,2

Çalışmaya alınan üriner inkontinanslı kadınların(n=196); ICIQ-SF üriner inkontinans sorgulama formu verileri alınarak, kadın topluluğuna etkisi Tablo 6.5.'de belirtildi.

Çalışmaya alınan kadınlardan rastgele alınan bir kadında üriner inkontinansın etkisini saptamak için, tabloyu incelediğimizde her hafta minimal idrar kaçırmayı olan bir kadının günlük yaşamında etkileniminin düşük olduğu görüldü.

Tablo 6.6. Çalışmaya alınan üriner inkontinanslı kadınların ortalama ICIQ-SF skorları

Ortalama ICIQ-SF (n=196)	0
Ortalama İdrar Kaçırma Sıklığı (n=460)	Haftada iki veya üç kez
Ortalama İdrar Kaçırma miktarı (n=460)	Az miktarda idrar kaçırmayı
Ortalama İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi(0-10 arasındaki skala)	3

Çalışmaya alınan üriner inkontinanslı kadınların ICIQ-SF'in ortalama değerleri alındığında ise skorunun yüksek olması beklenirken, ortalamanın 0 bulunması kadınların üriner inkontinans varlığını ifade etmek istememesi ve normal bir durum olarak algıladıkları sonucuna ulaşıldı.

Çalışmaya alınan kadınların yaşam kalitesi %100 iyilik hali üzerinden değerlendirildiğinde popülasyondaki SF-36 değişimleri verilmiştir.

Tablo 6.7. Çalışmaya alınan kadınların ve üriner inkontinanslı kadınların ortalama SF-36/PCS skorları

	SF-36/PCS Değerleri
Çalışmaya alınan kadınlar(n=460)	48,43(%)
Üriner İnkontinanslı kadınlar(n=196)	46,89(%)

Çalışmamıza alınan kadınların ortalama yaşam kalitesi değerleri ile sadece üriner inkontinanslı kadınların yaşam kaliteleri arasında belirgin bir fark gözlemlenmedi.

Çalışan kadınların üriner inkontinans problemlerinin genel yaşam kalitesine etkisini belirlemek üzere uyguladığımız UDİ-6 ile SF-36 arasındaki ilişki;

Tablo 6.8. UDİ-6 ile SF-36 skorlarının karşılaştırılması

Pearson Korelasyon	SF-36/PCS(n=460)	SF-36/MCS(n=460)
UDİ-6 (n=460)	r= - 0,225 p=0,000	r=-0,095 p=0,041
Gruplararası ilişki	p<0,001 Negatif yönlü anlamlı bir ilişki var.	p<0,05 Anlamlı bir ilişki var.

IIQ-7 ile SF-36 arasındaki ilişki;

Tablo 6.9. IIQ-7 ile SF-36 skorlarının karşılaştırılması

Pearson Korelasyon	SF-36/PCS(n=460)	SF-36/MCS(n=460)
IIQ-7 (n=460)	r= - 0,281 p=0,000	r=-0,074 p=0,112
Gruplararası ilişki	p<0,001 Negatif yönlü anlamlı bir ilişki var.	p<0,05 Anlamlı bir ilişki yok.

Üriner inkontinanslı kadınların, inkontinansa bağlı etkilenimleri artarken yaşam kalitelerinde belirgin bir düşme oldu.

6.3. Fiziksel Aktivite ile üriner inkontinans arasındaki ilişkinin belirlenmesi.

Çalışmaya alınan kadınların fiziksel aktivite düzeyleri ile üriner inkontinans varlığı arasında bir ilişki saptanmadı(p>0,05).

IPAQ ile ICIQ-SF;

Tablo 6.10. IPAQ ile ICIQ- SF skorlarının karşılaştırılması

Pearson Korelasyon	ICIQ-SF
IPAQ (n=460)	r= -0,10 p= 0,836
Gruplararası ilişki	p>0,05 Anlamlı bir ilişki yok.

6.4. 36-45 yaş ve 46-55 yaş aralığında bulunan kadınlarda üriner inkontinans prevelansının karşılaştırılması

İki farklı yaş grubundan randomize olarak seçilen kadınların ICIQ-SF skorları Independent Samples t-test ile karşılaştırıldı. İdrar kaçırmanın, sıklığının ve günlük yaşam etkileniminin sorgulanması sonucunda 46-55 yaş arası randomize olarak alınan kadınlarda, üriner inkontinans oranının yüksek olduğu belirlendi($p=0,024$)

Tablo 6.11. Gruplararası ICIQ-SF skorlarının karşılaştırılması

ICIQ-SF Skorlarının Karşılaştırılması	Çalışmaya alınan kadın sayısı	ICIQ-SF skorlarının ortalaması	Standart sapma	Standart hata
36-45 yaş arası	50	4,1600	4,23956	0,59956
46-55 yaş arası	50	2,4000	3,38665	0,47894

UDİ-6 skorları Independent Samples t-test ile karşılaştırıldı. Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesinde 2 grup arasında anlamlı fark bulundu. Buna göre 46-55 yaş arası kadınlarda UDİ- 6 skoru üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkileniminin daha yüksek olduğu belirlendi(UDİ-6 için, $p<0,001$)

Tablo 6.12. Gruplararası UDİ-6 skorlarının karşılaştırılması

UDİ-6 Skorlarının Karşılaştırılması	Çalışmaya alınan kadın sayısı	UDİ -6 skorlarının ortalaması	Standart sapma	Standart hata
36-45 yaş arası	50	11,40400	17,93089	2,53581
46-55 yaş arası	50	24,1000	26,28979	3,71794

IIQ-7 skorları Independent Samples t-test ile karşılaştırıldı. Üriner inkontinansı yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesinde 2 grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 6.13. Gruplararası IIQ-7 skorlarının karşılaştırılması

IIQ-7 Skorlarının Karşılaştırılması	Gruptaki kadın sayısı	IIQ-7 skorlarının ortalaması	Standart sapma	Standart hata
36-45 yaş arası	50	7,5164	20,20842	2,85790
46-55 yaş arası	50	12,0826	19,03383	2,69179

6.5. VKİ (Vücut Kütle İndeksi) ile üriner inkontinans prevalansının değerlendirilmesi

ICIQ-SF ile VKİ arasındaki ilişki; VKİ değeri yükseldikçe üriner inkontinans prevalansında yükselme olmaktadır ($p<0,01$).

Tablo 6.14. ICIQ-SF ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Spearman's Rank Order Korelasyonu	VKİ
ICIQ-SF (N=460)	$r=0,125$ $p=0,007$

UDİ-6 ile VKİ arasındaki ilişki, üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkilenimi ve VKİ (Vücut Kütle İndeksi) yükseldikçe artmaktadır. Bunun sonucunda aralarındaki ilişki anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Tablo 6.15. UDİ-6 ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Pearson Korelasyon	VKİ
UDİ-6	$r=0,135$ $p=0,004$
Gruplararası ilişki	$p<0,01$ Pozitif yönde anlamlı bir ilişki var.

IIQ-7 ile VKİ arasındaki ilişki; Üriner inkontinans VKİ (Vücut Kütle İndeksi) yükseldikçe artmaktadır. Buna göre aralarındaki ilişki anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Tablo 6.16. IIQ-7 ile VKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Pearson Korelasyon	VKİ
IIQ-7	r=0,093 p=0,047
Gruplararası ilişki	p<0,05 Pozitif yönde anlamlı bir ilişki var.

6.6. Eğitim durumu ile üriner inkontinans görülme olasılığının arasındaki ilişki

Eğitim durumu ile ICIQ-SF arasındaki ilişki; Eğitim durumu ile üriner inkontinans arasındaki bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 6.17. ICIQ-SF ile Eğitim durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Spearman's Rank Order Korelasyonu	Eğitim Durumu
ICIQ-SF	r= -0,051 p= 0,273
Gruplararası ilişki	p> 0,05 Anlamlı bir ilişki yok.

Eğitim durumu ile UDİ-6/ IIQ-7 arasındaki ilişki; eğitim seviyesi yükseldikçe üriner inkontinansın oluşturduğu etkilerin yaşam kalitesinde daha fazla düşme meydana getirdiği Tablo 6.18. ve Tablo 6.19.'da belirtildi($p<0,05$).

Tablo 6-18. UDİ-6 ile eğitim durumu arasındaki ilişki

Spearman's Rank Order Korelasyonu	Eğitim Durumu(n=460)
UDİ-6(n=460)	r= -0,117 p=0,012
Gruplararası ilişki	p<0,05 Negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 6.19. IIQ-7 ile eğitim durumu arasındaki ilişki

Spearman's Rank Order Korelasyonu	Eğitim Durumu(n=460)
IIQ-7(n=460)	r= -0,100 p=0,031
Gruplar arası ilişki	P<0,05 Negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

6.7. Üriner inkontinans ile menopoza girme durumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Çalışmamıza alınan kadınlardan %9,1'i (n=42) menopoza girdiğinin ifade etti. Menopoza giren kadınların yaş ortalaması 56,5 olarak belirlendi. Menopoza girmeyen kadınların yaş ortalaması ise 44,1 olarak bulundu.

Tablo 6.20. Menopoza giren kadınların sayısı ve yaş ortalaması

	Gruptaki kadın sayısı	Kadınların Ortalama yaşı	Standart sapma	Standart hata
Menopoza girmiş	42	56,57	7,51	1,15
Menopoza girmemiş	418	44,10	2,79	0,13

Çalışmamızda menopoza giren kadınların üriner inkontinans durumu değerlendirildiğinde anlamlı fark bulundu($p<0,0001$).

Menopoza giren kadınların üriner inkontinansa yönelik yaşam kalitesini değerlendirmek için kullandığımız UDİ-6 ve IIQ-7 testleri de anlamlı bulundu($p<0,0001$).

Buna göre çalışmamıza alınan menopozlu kadınlarda üriner inkontinans görülme yönünden bağıntı bulundu ve menopoza girmiş üriner inkontinanslı kadınların yaşam kalitelerinde düşme olduğu da belirlendi.

6.8. Üriner inkontinans ile doğum sayısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Çalışmamıza katılan kadınların doğum sayısı ile üriner inkontinans arasında %29,6'lık pozitif yönde ilişki saptandı($r=0,296$; $p=0,001$).

6.9. Üriner inkontinans ile doğum şekli arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Çalışmamıza katılan kadınların geçirmiş oldukları doğum şekline bağlı olarak vaginal doğum ile üriner inkontinans görülme oranı %17 olarak bulundu. Üriner inkontinans görülmesi ile doğum şekli arasındaki ilişkinin zayıf olduğu gözlemlendi($r=0,17$; $p=0,001$).

Doğum şekli ile doğum sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde %78,2'lik güçlü bir ilişki saptandı($r=0,782$; $p=0,001$).

7. TARTIŞMA

Üriner inkontinans herhangi bir yaşta kadını etkileyen, sosyal yönü olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. ABD’de sağlık harcamalarının yaklaşık %2’sini oluşturan maliyeti yüksek sosyal ve medikal bir problemdir(108). Erişkin çağdaki kadınların %17-45’ini etkiler(109). 65 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans %30-60 arasındadır. Kadınların prolapsus veya inkontinans için tüm yaşam boyunca cerrahi müdahaleye gereksinim duyma riski %11,1’dir(110).

Üriner inkontinansın oluşmasında etkili olan faktörler ulusal ve uluslararası çalışmalarca ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Üriner inkontinansın prevalansını ve olası oluşma nedenlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda; Bilgili ve ark.(46) 65 yaş üstü 543 kadında yaptığı çalışmada kadınların %43,6’sında üriner inkontinans olup bu kadınların %27,6’sında uzamış doğum eylemi, %28,9’unda uterus prolapsusu belirlenmiş ve kadınların üriner inkontinans görülme olasılığının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çocuk sayısı, ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, 4 kg ve üzeri ağırlıkta bebek doğurma, epizyotomi açılma durumu ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Akgün ve Kaplan(115) 40 yaş üstü 435 kadında üriner inkontinans prevalansını %48,3 olarak bulmuştur. Üriner inkontinansın kadınlarda yaş, doğum sayısı ve vücut kütle indeksindeki artışla birlikte yaşam kalitesi düzeylerinin anlamlı düzeyde düştüğü ifade etmişler ancak üriner inkontinans görülme olasılığının yaşam kalitesine pek etkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Işıklı ve ark.(116) 18 yaş ve üzeri 1023 kadında üriner inkontinans prevalansını %31,42 olarak belirlemişlerdir. Çalışmaya göre 50 yaş üzeridekilerde, vücut kütle indeksi 25 kg/m²den yüksek olanlarda, doğum sayısı 4 ve daha fazla olanlarda, vaginal doğum yapanlarda, menopoza girenlerde ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü olanlarda üriner inkontinans görülme olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Başak ve ark.(117) literatürde bulunan 16 çalışmayı inceleyerek Türk kadınlarında üriner inkontinans prevalansını; %16,4-%49,7 arasında bulmuştur. Bunun yanında üriner inkontinans görülme olasılığı açısından yaş, doğum sayısı, VKİ>25 üstü olması, üriner enfeksiyon, diyabet ve vaginal problemlerin oluşturduğu ve bu problemlerin yaşam kalitesine az veya orta seviyede etki ettiğini ifade etmişlerdir. Yılmaz ve ark.(122) üriner inkontinanslı 200 kadında yaşam kalitelerini orta düzeyde bulmuşlardır, üriner inkontinans oluşturan nedenler olarak; yaş,

menopoz, epizyotomiye belirtmişlerdir. Gözükara ve ark.(123) Şanlıurfa ilinde 15-49 yaş arası 300 kadının üriner inkontinans prevalansını %39,3 olarak bulmuşlardır ve üriner inkontinans görülme sıklığının kronik hastalıklar ile 1,8 kat, menopoz ile 2,7 kat, uterus prolapsusu ile 3,4 kat, sistosel ile 9,1 kat arttığını ortaya koymuşlardır. Güneş ve ark.(111); 20 yaş üstü 459 kadında üriner inkontinans görülme olasılığını %49,7 olarak bulmuşlardır ve üriner inkontinans görülmesi ile ilişkili olarak; menopoz durumu, doğum sayısı, kabızlık, şişmanlık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Çayan ve ark.(189) yapmış oldukları çalışmada 18 yaş üstü 1217 kadında üriner inkontinans prevalansını % 14,6 olarak bulmuşlar ve bu kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluğu da %52,5 olarak belirlemişlerdir. Bunlarla beraber üriner inkontinans görülen kadınlarda yüksek VKİ, düşük eğitim düzeyi, fiziksel aktivite düzeyinde düşüklük, düşük alkol ve sigara tüketim oranı olduğunu belirlemişlerdir. Xinjiang Uygur'un Kashi şehrinde yaşayan yetişkin kadınların üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörlerinin araştırılması için 20 yaş üstü 3403 kadın çalışmaya alınmış ve yapılan incelemeler sonucunda kadınlarda doğum süresinin uzunluğu, VKİ, doğum şekli, yanal epizyotomi açılması, menopoz, kronik pelvik ağrı, pelvik organ prolapsusu ve diğer obstetrik faktörler değerlendirilmiş ve SUI insidansını obezite ve obstetrik faktörlerle ilişkili olarak bulmuşlardır(192). Demircan ve ark.(170) hamilelikte olan üriner inkontinansın muhtemel nedenlerini belirlemek için 132 gebe kadın çalışmaya almışlar ve %42,4'ünde(n=56) üriner inkontinans saptamışlardır. Bu kadınlarda üriner inkontinansın predispozan faktörleri, gebelik sırasında üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkileri ve üriner inkontinans görülme sıklığını araştırmışlardır. Kadınların Üİ sıklığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve üriner inkontinans varlığında kadınlarda; ev dışı faaliyette bulunmaya etkisini %23,2, iş performansı ve arkadaşlık ilişkilerini etkilenmesin %8,9, günlük ev faaliyetlerinde %7,1, genel sağlık durumlarında %12,5, cinsel ilişkide %12,5, endişe %10,7 oranlarında etkilenmeler meydana getirdiğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca kadınların ped ve koruyucuya ihtiyaç duyma oranı da %25 olarak belirtilmiştir. Çalışmaya göre gebe Üİ'li kadınlarda; VKİ'nin yüksek olması, ev hanımı olmak, ilkökul mezunu olmak, paritenin yüksek olması, kırsal alanda yaşamak, düşük yapmak, anemi gibi faktörleri hamilelikte üriner inkontinans görülme olasılığını artıran nedenler olarak sıralamışlardır.

Çalışmalar incelendiğinde, üriner inkontinansın epidemiyolojik özellikleri tam olarak anlaşılammıştır. Çalışmamızda 17-63 yaş arası kadınların üriner inkontinans prevalansı %42,6 olarak bulundu. Yaş, yaşam kalitesi, VKİ, menopo, doğum sayısı, doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Eğitim durumu, fiziksel aktivite düzeyi ile üriner inkontinans arasında bir ilişki görülmedi.

Literatürde farklı yaş gruplarında üriner inkontinans prevalansı incelendiğinde ise; Ateşkan ve ark.(17) 65 yaş ve üstü 2000 kişide (1276 kadın- 724 erkek) yaptıkları çalışmada tüm grup içinde üriner inkontinans varlığı %44,2 iken kadınlarda (n=1276) % 57,1 ve erkeklerde (n=724) % 21,5 olarak belirlemişlerdir. Kadınların %12,6'sı erkeklerin ise %10,3'ü bu problem dolayısıyla doktora başvurmuşlardır. Ekin ve ark.(112) 20 yaş ve üzeri 1400 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansını %33,7 olarak bulmuşlar ve çalışmada üriner inkontinans prevalansının yaş almakla birlikte arttığını belirlemişlerdir. Filiz ve ark.(146) 17-65 yaş arası 650 kadının üriner inkontinans prevalansını %16,4 olarak belirlemişlerdir. Benlioğlu(136) 15 yaş üstü 4506 kadında üriner inkontinans prevalansını %19,2 olarak bulmuştur. Kocaöz ve ark.(118) 19 yaş ve üzeri 288 kadında üriner inkontinans prevalansını % 31,9 olarak bulmuşlardır. Öztürk ve ark.(119) 35 yaş üstü 201 kadında üriner inkontinans prevalansını %42,8 olarak bulmuşlardır. Akkoca ve ark.(121) 15-49 yaşları arasındaki 520 kadında üriner inkontinans prevalansını % 35 olarak ifade etmişlerdir. Özcan ve ark.(125) 40-65 yaş arası 55 kadın olgunun bulunduğu çalışmada üriner inkontinans prevalansını %34,5 bulmuşlardır. Van der Vaart et al(134) 45-70 yaşları arasındaki 1905 kadında üriner inkontinans prevalansının %57 olduğunu ifade etmişlerdir. Velazquez M et al.(135) 20-80 yaş arası 80 kadında, üriner inkontinans prevalansı % 46,5 olarak bulmuşlardır. Choo MS et al.(166) 30-79 yaş arasındaki 1303 kadında üriner inkontinans prevalansını %40,8 olarak bulmuşlardır. Kim MS and Lee(137) 65 yaş ve üstü 618 kişinin(472 kadın, 146 erkek) kadınlarda üriner inkontinans prevalansı % 64,6 iken erkeklerde üriner inkontinans prevalansı %65,1 olarak belirlemişlerdir. Grubun yaş ortalaması 79.9 +/- 8.4 grubun üriner inkontinans prevelansı ise %64,7 olarak bulmuşlardır. Markland AD et al.(138) ve arkadaşlarını 65 yaş ve üstü 421 kadının üriner inkontinans prevalansını %36,6 olarak ifade etmişlerdir. Goode PS et al.(139). arkadaşları 65 yaş ve üstü 986 kişide (490 kadın,496 erkek) kadınların üriner inkontinans prevalansını %41 olarak bulmuşlardır. Saxer S et al.(140) 65 yaş ve üstü

2719 kişiden oluşan çalışma grubundan kadınların üriner inkontinans prevalansını %51,5 olarak belirlemişlerdir. Hsieh CH et al.(141) 60 yaş üstü 1517 kadında yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansı %29,8 olarak bulmuşlardır. Lee KS et al.(147) arkadaşlarının 19 yaş ve üstü 13.484 kadında yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansını %24,4 olarak saptamışlardır. Zhu L et al.(148) 20 yaş ve üstü 5300 kadında yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansını %38,5 olduğunu ifade etmişlerdir. Wennberg et al(149) arkadaşlarının İsveç'te yapmış olduğu uzun periyodlu karşılaştırmalı araştırmalarda, 50-64 yaş aralığındaki kadınlarda idrar kaçırma oranı 1991'de %20 iken, 2007'de %32 bulunmuştur. Jahanlu et al.(150) Norveç'te yaptığı başka bir çalışmada üriner inkontinans oranı %28,9 olduğunu ifade etmişlerdir. Komesu et al.(191) arkadaşları yapmış olduğu çalışmada; orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda üriner inkontinans hikayesini ve inkontinans tipini tanımlamayı amaçlamışlardır. 2004-2010 yılları arasında yapılan çalışmaya 50 yaş üstü ortalama 63-66 yaşları arasında olan 10.572 kadın katılmış olup üriner inkontinansın insidansı ve remisyonu da belirlenmeye çalışılmıştır, üriner inkontinans tipi açısından değerlendirme yapıldığında miks tip, stres ve sıkışma tip inkontinansı saptamışlardır. Kadınlara 2 yıllık aralıklarla değerlendirmeleri yinelenmişler, remisyon ve insidans değişimlerini kontrol etmişlerdir. Üİ tiplerinin bu popülasyonda görülme olasılığı %8,9 ve remisyon sıklığı ise % 48,7'lerde olduğunu belirtmişlerdir. Özcan ve Özkürkçügil(125) arkadaşları aile sağlığı merkezine başvuran kadınlarda üriner inkontinans prevalansını belirlemek için yaptıkları çalışmaya 55 kadın katılmıştır. 46-65 yaşları arasında ortalama yaşları 53,6 olan popülasyonda kadınların %34,5'inde değişik düzeyde üriner inkontinans belirlenmiştir.

Çalışmamızda ise; 17-63 yaş arası 460 kadının üriner inkontinans prevalansı % 42,6 olarak bulundu. 40 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans prevalansına bakıldığında ise % 32,5 olarak belirlendi. Çalışmamıza alınan 36-45 ve 46-55 yaş arası kadınlar randomize olarak 50 kişilik gruplara ayrıldı ve üriner inkontinans görülme olasılığı değerlendirildi. 46-55 yaş arası kadınlarda 36-45 yaş arasındaki kadınlara göre üriner inkontinans görülme sıklığının daha yüksek olduğu görüldü(p<0,05).

Çalışmalardaki üriner inkontinans tiplerinin dağılımı incelendiğinde ise; Kök ve ark.(113) 20 yaş üstü doğum yapmış olan 229 kadında üriner inkontinans görülme oranı; %37,11 olarak, üriner inkontinans tiplerinin dağılımı ise % 40 stres inkontinans,

%36,47 miks tip, %15,29 sıkışma tip, diğer tipler ise % 8,23 olarak bulunmuştur. Özdemir ve ark.(114) 60 yaş üstü 2223 kadında yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansı % 4,5-44 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Bu kadınlardan %42,4'ünde anatomik stres inkontinans, %33,1'inde detrusor instabilitesi, %18,3'ünde miks inkontinans görüldüğü ifade edilmiştir. Başak ve ark.(117) yaptığı çalışmada 45-54 yaş arası kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %36,4 ve stres üriner inkontinans prevalansı %21,8, sıkışma tip inkontinans prevalansı %23,6 miks tip üriner inkontinans prevalansı %45,5 olarak bulmuşlardır. Ünsal ve ark.(120) 20 yaş üstü 500 kadında yaptığı çalışmada üriner inkontinans prevalansını % 41,4 olarak belirlemişlerdir. Üriner inkontinanslı olgularında %15,5 stres üriner inkontinans, sıkışma tip inkontinans % 48,8, miks tip % 35,7 olarak belirtmişlerdir. Durukan ve ark.(124) Mersin ilindeki randomize olarak seçilen 1320 kadında üriner inkontinans prevalansı % 21,3 olarak saptamışlardır. Üriner inkontinans tipleri ise % 8,6'sı stres inkontinans, %5,3 sıkışma tip inkontinans % 7,4'ü miks inkontinans olarak bulmuşlardır, yaş ile üriner inkontinans prevalansının arttığını ifade etmişlerdir. Koçak ve ark.(132) yaptıkları çalışmada kadınların %25,6'sında sıkışma tip inkontinans, %33,1'inde SUI ve %41,3'ünde miks tip üriner inkontinansın görüldüğünü ifade etmişlerdir. Kadınların yaşı ilerledikçe miks tip üriner inkontinans artışı olduğunu saptamışlardır. Foldspang and Mommsen(133) 30-59 yaşları arasında 2589 kadının katıldığı çalışma da üriner inkontinans prevalansı %17, stres inkontinans prevalansı %15, urge inkontinans %9, miks tip ise %7 olarak bulmuşlardır. Lawrence JM et al(151) 25-84 yaş arası 4103 kadında, stres üriner inkontinans prevalansı % 15, aşırı aktif mesaneyi % 13 ve pelvik organ prolapsusunu % 6, anal inkontinansı %25 oranında popülasyonda bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmamıza alınan kadınların üriner inkontinans tipleri incelendiğinde; üriner inkontinans prevalansı % 42,6 olan kadınların inkontinans tipleri % 67,34(n=132) stres inkontinans, % 12,24(n=24) kadında ise sıkışma tip inkontinans, miks tip %20,4 olarak bulunmuştur.Bu popülasyonda kadınların pelvik taban kaslarını efektif olarak kasamadıkları düşünüldü.

Üriner inkontinans prevalansının yaşa bağlı değişimlerinin incelendiği çalışmalarda; üriner inkontinansın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakla beraber, sadece yaşlı popülasyonda değil genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülebilmektedir. Yapılan

prevelans çalışmalarında inkontinans prevelansı 20-59 yaş arasında %39,6, 42-50 yaş arasında %58,4 ve 65 yaş üstünde %30-60 arasında olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmada 30 yaş altı grupta %13 ve 70 yaş ve üzerinde %30 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak inkontinans prevelansı tüm kadınlar için %25 olduğu bildirilmektedir(126, 127 ,128 ,109). Temll et al.(130) inkontinans prevelansını 20-29 yaş grubu kadında %4,1, 30-39 yaş grubunda %10.8, 40-49 yaş grubunda %22.9, 50-59 yaş grubunda %36.9 ve 70 yaş ve üzeri kadında %36 olarak bulmuşlardır. Yağcı ve ark.(131) 15-24 yaş grubu kadınlarda %44,2, 25-34 yaş grubunda %33,5, 35-44 yaş grubunda %17,7 ve 45 yaş ve üzeri grupta %4,5 oranında üriner inkontinansın görüldüğünü tespit etmişlerdir. 65 yaş altı kadınlarda stres inkontinans daha sık iken, 65 yaş üzerinde urge ve mikst inkontinans daha sık olarak belirlemişlerdir. Verdejo et al.(195) yaşlı kadınlarda ortaya çıkan alt üriner sistem disfonksiyonlarının ortaya çıkma nedenlerini incelediğinde, çoklu ilaç kullanımı, tıbbi ve psikolojik olarak yaşlılıkla oluşan birçok durumda üriner inkontinans oluşmasına zemin olmasına karşın bunun normal kabul edilmemesi ve değerlendirilirken mobilite düzeyi, duygusal problemlerinde değerlendirmeye katılmasının gerektiğini ifade etmişlerdir.

Bunlara göre çalışmamızda da 20-29 yaş grubunda üriner inkontinans prevelansı %46,1 30-39 yaş grubunda, %41.2, 40-49 yaş grubunda, %39,26, 50-59 yaş grubunda %60, 60 yaş ve üstü grupta ise 3 kadın olup hepsi üriner inkontinans problemi yaşadığını ifade etti.

Üriner inkontinansın prevelansının ırklara bağlı değişiminin saptanmasına yönelik çalışmalarda; Fenner DE et al.(152) 35-64 yaş arası 2824 kadında üriner inkontinans prevelansı beyaz kadınlarda, siyahi kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre beyaz kadınlarda üriner inkontinans prevelansı %33,1 ve siyahi kadınlarda ise %14,6 olarak bulunmuştur. Komesu et al.(191) yapmış olduğu çalışmada izleme alınan kadınlardan, beyaz kadınlar ile siyahi kadınlar karşılaştırıldığında, siyahi kadınların stres üriner inkontinans prevelansının azaldığı belirlenmiş, stres üriner inkontinansı olan hispanik kadınların ise Üİ remisyonunda azalma olmuştur.

Çalışmamızda kadınların ırkları bakımından tamamının beyaz ırktan oluşması dolayısıyla incelenemedi. Bu da çalışmamızı kısıtlayan bir kriterdir.

Üriner inkontinans ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmalarda; Ekin ve ark(112) arkadaşları normal populasyona göre, gerçek stres inkontinans ve detrusör instabilitesi olan kadınlarda, obeziteyi oldukça yüksek bulmuşlardır. Burgio et al(156)42-50 yaş arası üriner inkontinanslı kadınlarda yaptığı çalışmada vücut kitle indeksi yüksek olan kadınlarda üriner inkontinansla yüksek oranda karşılaşmışlardır. Özdemir ve ark(114) 140 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada ortalama VKİ indeksini 27,2 kg/m², üriner inkontinanslı olan kadınlarda 29 kg/m² ve olmayan kadınlarda 25,4 kg/m² olarak tespit etmişlerdir. Koçak ve ark.(132)18-92 yaş arası 1012 kadında, üriner inkontinanslı kadınların %31,3'ünün VKİ indeksini 25 kg/m² üzerinde ve %14,5'ininde VKİ indeksini 25 kg/m² altında olduğunu belirtmişlerdir. De Sam Lazoro S et al(153) VKİ indeksleri 35'den yüksek olan kadınlarda pelvik disfonksiyonu oluşturma olasılığı normal VKİ değerine sahip kadınlarla karşılaştırıldığında %32 olarak bulmuşlardır. Subak et al(154). randomize kontrollü bir çalışmada, 2 farklı zayıflama programından birine yerleştirilen 338 obez kadının, 6 ay sonunda üriner inkontinans %58 ve %33'lük anlamlı düşüşe uyan ortalama 8 ve 1,6 kg zayıfladıklarını bildirmişlerdir. Auwad et al(155) arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yaşam şekli değişikliği ile olan zayıflamanın olumlu etkileri ve total kilonun %5 fazlasını zayıflayan hastalarda SUI ve yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiğini ifade etmişlerdir. Burgio et al(156) arkadaşları 101 morbid obez hastada yaptıkları bariyatrik cerrahi ile operasyon öncesi %67 olan üriner inkontinans prevalansında operasyon sonrası 6.ayda %41'e ve 12.ayda %37'ye kadar düşüş olduğunu bildirmişlerdir. Davilla(8) yaptığı çalışmada morbid obez kadınlarda üriner inkontinansın rölatif riski, normal bir kiloda ki kadından 5 kat daha fazla çıkmış, % 10'luk kilo kaybının üriner sızıntı frekansını %50 azalttığını ifade etmişlerdir. Çayan ve ark.(189) obezite ile SUI arasındaki ilişkinin incelenmesinde, obez kadınlarda daha yüksek oranda SUI görülmekte olduğunu ifade etmişlerdir. Tedavi için öncelikle diyet ve egzersiz de içeren yaşam şekli değişiklikleri daha sonra ise, zayıflama girişimleri efektif olmayan obez hastalarda SUI için cerrahi tedavi seçeneklerini önermişlerdir. Komesu et al(191) yapmış olduğu çalışmada; orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda üriner inkontinans hikayesini ve inkontinans tipini tanımlamayı amaçlamışlardır. 80-90 yaş aralığındaki kadınlarda mikst inkontinans oranı yüksek ve bunun nedeni olarakta obezite olarak belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda; Zayıf(VKİ <18,5 kg/m²) kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %50, normal(18,5 kg/m²≤VKİ<24,9kg/m²) kadınlarda üriner inkontinans prevalansı % 37,6 fazla kilolu(25kg/m²≤VKİ< 29,9kg/m²) kadınlarda üriner inkontinans prevalansı % 65,3 obez(30kg/m²≤VKİ<39,9 kg/m²) kadınlarda üriner inkontinans prevalansı % 56,5 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel incelemede aradaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir(p<0,01). Elde edilen bu sonuç literatürle uyumludur.

Üriner inkontinans ile menopoza arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Şentürk ve Kara(158) 216 postmenopozal kadın ve ortalama menopoza yaşı 46,6 olan popülasyonda üriner inkontinans prevalansını %45,3 olarak bulmuşlardır ve en çok mikst tip üriner inkontinans görüldüğü ifade edilmiştir. Karan ve ark.(142) menopozda olan kadınlarda üriner inkontinans oranını % 50, menopozda olmayan kadınlarda ise % 21 olarak bulmuşlardır. Kocaöz(159) ise menopoza giren kadınlarda üriner inkontinans prevalansını % 60,6 menopoza girmeyenlerde ise % 38,6 olarak bulmuştur. Her iki çalışmada da menopoza girmenin üriner inkontinans prevalansını arttırdığı görülmüştür. Peyrat(160) ve Velazquez(135) arkadaşlarıyla yaptığı çalışmada menopoza ve üriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Gözükara ve ark.(123) yaptığı çalışmada menopozun üriner inkontinans prevalansını 2,7 kat arttırdığını ifade etmişlerdir. Premenopoz ve post menopoza döneminde olan 138 stres üriner inkontinanslı kadın ile yapılan çalışmada kadınlar arası hormonal ve biyokimyasal tetkikleri incelendiğinde 2 grup arasında değerler karşılaştırıldığında estrodiol azlığı postmenopozal kadınlarda üriner inkontinans oluşumunu ve gelişimin desteklediğini anlamlı bulmuşlardır(193). Nygaard et al.(196) pre ve postmenopozal üriner inkontinanslı olan 82 kadında pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğini belirlemek için yaptıkları çalışmada PTKE üriner inkontinans tipi ve menopozal durumu farketmeksizin, üriner inkontinans şikayetlerinde azalma meydana getirdiğini belirtmişlerdir. Trutnovsky et al(198) 382 stres üriner inkontinans ve urge inkontinanslı menopozlu kadınlarda hormon tedavisinin etkinliğini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada kadınların %62'sinin postmenopozal dönemde olduğunu belirlemişlerdir ve bu kadınların bazılarında lokal, bazılarında sistemik hormon tedavisi uygulamışlardır. Buna bağlı olarak hormon desteğinin üriner inkontinans ile arasında bir ilişkiye ulaşamamışlardır, menopoza girme yaşı ile sıkışma tip inkontinans görülmesi

arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, stres üriner inkontinans ile menopoza yaşı arasında ilişki saptanmamıştır. Özer ve Gözükara(38) arkadaşları Şanlıurfa ilinde yapmış oldukları menopoza girmiş 45-88 yaş arası 1001 kadın katılmış olup küme örneklem tekniği ile 300 kadını çalışmaya almışlardır. 300 menopoza kadının üriner inkontinans prevalansını %17,7 olarak belirlemişlerdir.

Çalışmamızdaki kadınların menopoza girme yaş ortalaması ise 56,5 olarak belirlendi. Bu sonuç ulusal verilerden yüksektir. Buna bağlı olarak çalışmanın yapıldığı popülasyonun kişi sayısı bakımından az olması düşünülebilir. Çalışmamızda menopoza giren kadınların menopozun başlama yaşları için kesin verilerin olmamasından dolayı ortalama menopoza yaşının sorgulanması da kısıtlanmaktadır.

Üriner inkontinans ile sigara arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Güneş ve ark. (111), Özerdoğan(163), Demirci ark. (162) sigara kullanımının üriner inkontinans ile arasında bir ilişkinin olmadığını saptamışlardır. Hsieh ve arkadaşlarının çalışmasında üriner inkontinanslı kadınların % 45,5'inin, Kocaöz'ün (159) çalışmasında ise % 39'u sigara kullandığını ifade etmişlerdir(141, 159). Akgün ve Kaplan(115) arkadaşları yaptığı çalışmada ise üriner inkontinanslı kadınlarda sigara kullanma oranını % 22,9 olarak bulmuşlardır. Hsieh et al(164) sigara kullanımının üriner inkontinans prevalansını arttırdığını üriner inkontinanslı kadınların %51,15'inde sigara ve/veya alkol kullandığını belirtmişlerdir. Madhu et al(197) arkadaşları sigara içen kadınlarda ürodinamik bulguların değerlendirilmesi ve rahatsız edici alt üriner sistem semptomlarının etkisinin belirlenmesi amacıyla Ocak 1991- Aralık 2009 tarihleri arasındaki 11.678 kadından 2.476(% 21,2) kadının sigara içtiğini ifade etmişlerdir. Bu kadınlar incelendiğinde AAM sendromunun bu kadınlarda daha fazla görüldüğünü bulmuşlar, SUI ile sigara arasında ise bir ilişki saptamamışlardır.

Çalışmamızda sigara, alkol ve ikisini de kullanan kadınlar popülasyonun %32'sini oluşturmaktadır. Bu kadınlarında %63,1'inde üriner inkontinans bulundu. Yalnızca sigara içen kadınlarda %61,9 oranında üriner inkontinans belirlendi. Yalnızca alkol kullanan kadınlar ise 8 kişi olarak belirlenmiş olup hepsi zaman zaman üriner inkontinansının olduğunu ifade etti. Sigara ve alkol bağımlılığı olan kadınlarda ise %63,8 oranında üriner inkontinans bulundu. Kadınların hiçbirisinde ilaç bağımlılığı görülmedi.

Eğitim ile őriner inkontinans prevelansının yanında tedavi olma arayışını literatürde incelediğimizde; Burgio et al(127) 42-50 yaşlarındaki 541 sağlıklı kadının %76.2 eğitim aldığını bunların da %97.2'sinin lise ve őreri eğitim aldıklarını, %58'inde ara sıra ve %30.7'sinde en az ayda bir kez idrar kaçırdıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma durumu, eğitim dőzeyi, őriner inkontinans ve tedavi olma isteği arasında bir ilişki bulamamışlardır. Gőler(165) 15-49 yaş arası 160 kadında eğitim durumuna göre őriner inkontinans dağılımına bakıldığında %35,1'inin ilköğretim, %28,8 lise ve dengi , % 21,9'unun őriversite ve %6,3'ünün okuryazar olmadıklarını tespit etmiştir. Ayrıca eğitim durumu arttıka kadınlarda miks tip inkontinansın görölme durumunun azalmakta olduğunu, stres inkontinans ise herhangi bir değişiklik olmadığını, urge inkontinans ise artma olduğunu bulmuştur. İstatistiksel değerlendirme sonucuna bakıldığında ise, eğitim durumu ile őriner inkontinans arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ifade etmiştir. Kök(144) ve Kocaöz'ün(159) yaptıkları prevelans çalışmalarında eğitim dőzeyi ile őriner inkontinans prevelansı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Akgőn ve Kaplan(115) arkadaşları çalışma popőlasyonunda bulunan kadınları eğitim durumları yönünden incelediğinde %88,5 gibi büyük bir oranın ilköğretim ve daha az dőzeyde eğitime sahip olduğunu, çoğunlukla ev hanımlarının oluşturduğunu gőrmiřlerdir. őriner inkontinans görülen ve gőrılmeyen kadınlara eğitim ve meslek durumları karşılaştırıldığında aralarında eğitim durumu ve meslek dağılımları açısından anlamlı bir farkın olmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızdaki kadınlara % 67,1'ini őriversite mezunu kadınlara oluşturmaktadır. őriversite mezunu kadınlara % 39,8'i őriner inkontinans problemi yaşamaktadır. Lise mezunu kadınlara őriner inkontinans prevelansı ise %47,6 olarak bulundu. Yalnız istatistiksel açıdan iki grup arasında eğitim seviyesi ile őriner inkontinans görölme olasılığı arasında bir ilişki bulunamadı.

Doğum ile őriner inkontinans arasındaki ilişkiyi literatürde incelediğimizde; Portekizde doğum sonrası őriner inkontinans oluşmasına yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi için yapılan çalışmada, doğum sonrası 90 günün içerisinde bulunan 344 kadında %45,5 oranında SUI belirlemişlerdir. Bunun nedenleri olarak doğum sırasında ve doğum sonrasında dahil olmak üzere başlıca; doğum yaşı, multiparite, 37 haftalık ve daha sonrası başlayan őriner inkontinans ve kabızlık

doğum sonrası görülen üriner inkontinansın risk faktörleri olarak tanımlamışlardır(194).

Çalışmamızda kadınların doğum sayısı, doğum şekli ile üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulundu ve yapılacak diğer çalışmalarda doğum sayısı ile doğum şeklinin incelenmesinin üriner inkontinansın olası nedenlerini belirlemeye yönelik olarak yardımcı olacağı düşünüldü.

Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesine yönelik literatür incelediğinde; Güney Kore'de yapılan işeme bozukluklarının incelendiği bir çalışmada sosyal statü yükseldikçe yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği sonucuna varmışlardır(199). Faraj et al (200) ABD'de yaşayan kadınlarda az aktif mesanenin etkilerinin sorgulanması, üriner inkontinans yaşam kalitesi soru formuna etkisi(QOL), üriner inkontinans farkındalığının ve üriner inkontinansın prevalansının belirlenmesini amaçlamışlardır. Çalışmaya da ABD'de yaşayan 60 yaş üstü 977 kişinin demografik bilgileri, AAM semptomları, idrar belirtileri ve yaşam kaliteleri değerlendirmişlerdir. Sonuç olarak artan AAM semptomları; sıkışma tip inkontinans, noktüri ve genel üriner durumla ilişkilendirmişler ve AAM'nin yaşam kalitesine önemli derece de etki ettiğini ifade etmişlerdir. İranda 2012'de yapılan çalışmada 45-60 yaş arası 313 üriner inkontinanslı kadının yaşam kalitesi düzeyi ile üriner inkontinans için bakım alma düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, üriner inkontinans diağnoz test(QUID), İnkontinans Şiddet İndeksi(ISI) ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Anketi (I-QoL) ile kadınlar değerlendirmeye alınmıştır. Bunun sonucunda kadınların sadece %27,3'ü Üİ için bakım talep etmiş, yaşam kalitesi ve destek isteme oranını düşük bulmuşlardır(201). Lai et al(202) AAM sendromu ile endişe arasındaki ilişkiyi saptamaya çalışmış, endişe arttığı zaman AAM sendromunun oluşturmuş olduğu üriner inkontinans semptomlarında ve yaşam kalitesinde düşme meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Kadınların psikolojik durumlarının inkontinans belirtileri üzerinde etkisini göstermişlerdir. İngiltere, Fransa, Almanya, Amerika da 2403 kadında yapılan çalışmaya yaşları 45-60 arası olan; 1203'ü üriner inkontinanslı ve 1200'ü üriner inkontinansı olmayan kadınlara Warwick-Edinburgh Mental Refah Ölçeğini(WEMWBS) uygulamışlardır. Yaşam kalitesi açısından Üİ'lı kadınların refah seviyesinde azalma olduğunu belirtmişlerdir(203).

Bizim alışmamızda ise eğitim kalitesinin yüksek olması, orta derece fiziksel aktivite düzeyi ve çalışan kadınlar olmasına karşın üriner inkontinansın yaşam kalitesini çok fazla etkilemediği görüldü. Bunun nedeni olarak ise popülasyonda üriner inkontinans varlığının saklanması veya normal kabul edilmesi olduğu düşünüldü. Üriner inkontinansı olan kadınlarda mental sağlıkta bir farkın saptanmaması da bu görüşü desteklemektedir.

Farklı parametrelerin değerlendirildiği çalışmamızda; kadınlarda üriner inkontinans konusunun daha içerikli ve farklı bir bakış açısıyla irdelenmesinin gerektiği sonucuna varılmıştır.



8. SONUÇ

Çalışan 460 kadın popülasyonunda üriner inkontinans, yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda sıralanmıştır;

Araştırma kapsamında kadınların çoğunluğu 30-39 yaşları arasında, % 67,1'i üniversite mezunu kadınlardan oluşmaktadır. Üriner inkontinans görülme oranları %42,62, tedavi alma oranları ise %5,1'dir.

Üriner inkontinanslı kadınların fiziksel sağlık skorları ile üriner inkontinans görülme olasılığı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Mental sağlık skoru ile üriner inkontinans arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,01$).

Kadınların fiziksel aktivite düzeyleri ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$).

36-45 ve 46-55 yaş arası gruplara randomize olarak seçilen 50 kadının üriner inkontinans prevalansı, 46-55 yaş arası grupta daha yüksek bulundu. Gruplar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Kadınların yüksek vücut kütle indeksi ile üriner inkontinansın görülme sıklığı arasındaki ilişki anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Menopozlu kadınların %57,8'inde üriner inkontinans görüldüğü belirlendi. Menopoz ile üriner inkontinans arasındaki ilişki anlamlı bulundu ($p<0,0001$).

Kadınların eğitim durumu ile üriner inkontinans görülme sıklığı arasında bir ilişki saptanamadı($p>0,05$).

Kadınların üriner inkontinans görülme sıklığı ile doğum sayısı arasında %29,6'lık pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p=0,001$).

Çalışmamıza alınan kadınların ve doğum şekilleri ile doğum sayısı üriner inkontinans görülme sıklığı arasındaki ilişki %78,2'lik olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0,001$).

Üriner inkontinanslı kadınların çoğunluğunun üriner inkontinans konusunda bilgi almadıkları, üriner inkontinansa neden olan faktörleri ve bilgi almak için nereye başvurmaları gerektiğini bilmedikleri belirlendi.

Üriner inkontinanslı kadınlar, idrar kaçırma problemini uzun yıllar yaşasalar ve tıbbi yardıma gereksinim duysalar da bu faktörlerin onların yaşam kalitelerini etkilemediği bulundu.



9. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the international continence society. *Urology*. 62: 37-49, 2003.
2. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology*. 51(3):355-61, 1998.
3. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*.93:324-30, 2004.
4. Balcı MCB, Akçetin Y Z. Üriner inkontinansın tanımı ve sınıflaması. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*.2(1);6-13, 2009.
5. Kızılcı S, “Kemoterapi Alan Kanseli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
6. Ertem G, Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 6(1): 178-187, 2009.
7. Norton PA, Prevalence and Social Impact of Urinary Incontinence in Women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*.33(2):295-297, 1990.
8. Davilla GW, Urinary Incontinence in Women. *Postgraduate Medicine*, 96(2);103-110,1994.
9. Locher JL, Burgio KL. Epidemiology of Incontinence, *Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice*. 4.bs.,69-73, 1996.
10. Mallett VT, Bump, RC. The Epidemiology of Female Pelvic Floor Dysfunction, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*.4(6):308-12, 1994.

11. Maral I, Özkardeş H, Peskircioğlu L, Bumin MA. Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study. *J Urol* .165:408-412,2001.
12. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*.58:145-150, 2004.
13. Arısan K, Kadın Hastalıkları. 3. bs., Çeltük Matbaacılık, İstanbul,1991.
14. Pernol ML, Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt II, Barış Kitabevi, İstanbul,1994.
15. Scott JR, Diasia PJ, Hammond CB, Specally WN. Obstetrik ve Jinekoloji. Ed. Prof. Dr. Selçuk Erez. 6. bs., Yüce Yayınları, İstanbul, 1992.
16. Gomel V, Munro MG, Rowe TC. Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Çeviren: Doç. Dr. N. Erkut Atar. Özışık Ofset Matbaacılık, 1995.
17. Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner inkontinans: Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatri* .3(2):45-50,2000.
18. Arslan H, Kömürcü N, Gençalp SN, Eryılmaz H, Engin F, Eksi Z ve ark. Üriner İnkontinanslı Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Bunlarla Başa Çıkma Yolları. I. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi Abstract Kitabı;17, İstanbul, 1997
19. Wagner TH, Economics Cost of Urinary Incontinence in 1995, *Urology*.51:127-28,1998.
20. Özkan S, Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji dergisi. 7(2):5-13,1999.
21. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are Quality of Life measurements measuring?. *BMJ*.316:542,1998.

22. Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA .273(1):59-65, 1995.
23. Leidy NK, Functional status and the forward progress of merry go-rounds. Toward a coherent analytical framework. Nurse Res.43:196,1994.
24. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; p.33,1996.
25. Anderson KL, The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Nurse Res Health.18(6): 547-56, 1995.
26. Moody L, McCormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. J Behav Med.13: 297, 1999.
27. Flanagan JC, A research approach to improving our quality of Life. Am Psychocol.33:138,1978.
28. Kelleher C, Quality of life and urinary incontinence.p: 47-58. Editörler: Cardoza L, Staskin D. Textbook of female urology and urogynecology, New York, 2001.
29. Kelleher C, Quality of life and urinary incontinence.p: 673-88. Editör: Cardoza L. Urogynecology ,New York, 1997.
30. Wei TJ, DeLancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clinical Obstetrics and Gynecology. 47:3-17,2004.
31. Sarıcı DY, Üriner inkontinans tedavisinde pelvik taban egzersizleri nöromodülasyon-biofeedback için evde egzersiz eğitim uygulaması kısa dönem sonuçları,İÜ, Uzmanlık Tezi, İstanbul,2009.
32. Lawson JO. Pelvic anatomy.I.Pelvic floor muscles.Ann R Coll Sur Engl. 54:244-252,1974.
33. Yalçın Ö. Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi. Ed:Güner H.,Ürojinekoloji, s.11-18, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.

34. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H.Ürojinekoloji, s.19 27, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.
35. Yalçın Ö.Ürojinekoloji. Ed: Kişnişçi H.Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi s. 730-747, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.
36. Raz S, Stothers L, Chopra A. Vaginal reconstructive surgery for incontinance and prolapse. in Walsh CP, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Ed:Campbell's Urology,7th Ed:USA Saunders Company.1060-1092,1998.
- 37.Wahle GR, Young GPH, Raz S. Anatomy and pathophysiology of pelvic support. Ed. Female Urology. 2nd Ed., Philadelphia: WB Saunders Company, 57- 72,1996.
38. Özer Ü,Gözükara F. Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi.3(1),2016.
39. Little NA, Juma S, Raz S. Female Urology. Campble's Urology,1996.
40. Arısan K. Propedötk,s.27-37, 2. baskı, Nobel Kitabevi,İstanbul,1997.
- 41.Coşkun A. Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed: Kızılkaya BN. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı.s.1-17,1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002.
42. Kişnişçi HA ve diğerleri, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996
43. Çayır G. Üriner İnkontinans Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalara Yönelik Yaklaşım. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı,s. 103-120 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002.
44. Yalçın Ö. Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat seçimi. Ed: Güner H., Ürojinekoloji, s. 62-76, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.
45. Yip SK, Cardozo L. Pyhological morbidity and female urinary incontinence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol,21:321-9,2007.
46. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve

Etkileyen Risk Faktörleri, Türkiye Klinikleri J Med Sci.28: 487-93,2008.

47. Dinç A. Beji KN. Üriner İnkontinans Tanılaması ve Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Bülteni, 11(45): 43-4,1997.

48. Yalçın Ö. Kızılkaya N. Üriner İnkontinans El Kitabı I. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi, İstanbul, 1997.

49. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fener D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol .187: 80-7,2000.

50. Sampselle MC, Wyman FJ, Thomas KK, Newman KD, Gray M, Dougherty M et al. Continence for Women: Evaluation of AWHONN's Third Research Utilization Project. JOGNN; Jan-Feb:9-17,2000.

51. Milsom I., The Prevalence of Urinary Incontinence. Acta Obstetrics and Gynecology. 79: 1056-1059,2000.

52. Fantl JA, Cardozo L, McClish DK. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in postmenopausal women: a metaanalysis. First report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. Obstet Gynecol.83:12-8,1994.

53. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Synder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen Progestin Replacement Study. Obstet Gynecol 97: 116-20,2001.

54. Kelleher C. Epidemiology and Classification of Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L,Urogynecology, New York; p. 3-23,1997.

55. Çoban A, Şirin A. Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Geriatri. 6(2):80-3,2003.

56. Karanisaoğlu H. Kadın Sağlığının Korunması ve Sürdürülmesinde Pelvis Destek Yapılarının Önemi. Hemşirelik Bülteni. 8(34): 37-9,1994.

57. Shah J, Leach G.(Çeviren Dursun NA). Üriner Kontinans. İstanbul; Şan Ofset.7-58,2001.
58. Kızılkaya N, Yalçın Ö, Döver Ş, Koyuncu E. Pelvik Kas Gücünün Değerlendirilmesinde Dijital Test Ve İdrar Akışını İstemli Olarak Durudurma Testinin Yeri. İstanbul Jin ve Obst Derg.1(3):137-42,1997.
59. Semeltzer CS, Bare GB. Medical Surgical Nursing. 9th edition. Philadelphia: Lippincott, 1083- 1100,2000.
60. Güner H. Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. 2. Baskı,Güneş Tıp Kitapevleri,Ankara, 2008.
61. Tetzchner T, Sorensen M, Jonson L, Lose G, Christiansen J. Delivery and Pudental Nerve Function. Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica, 76:324-31,1997.
62. Foldspang A, Mommsen S, Lam GW, Elvings L. Parite as a Correlate of Adult Female Urinary Incontinence Prevalence, Journal of Epidemiology and Community Health. 46(6):595-600,1992.
63. Skonner MM, Thomson WD,Caren VA. Factors Associated With Risk of Urinary Incontinence in Women,Nursing Research.43(5):301-6,1994.
64. Moller AL, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. Obstet Gynecol ;96:446-51,2000.
65. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women effect of surgically induced weight loss. Am J Obstet Gynecol.167:392-9,1992.
66. Bump RC,McClish DK. Cigarette Smoking and Urinary Incontinence in Women. American Journal Obstetrics and Gynaecology, 167: 1213-8,1992.
67. Getliffe K. Urinary Incontinence: Approaches to Care. Primary Halth Care. 6(9): 31-36,1996.
68. Bump RC. McClish DK. Cigarette Smoking and Pure Genuine Stress Incontinence of Urine: A Comprison of Risk Factors and Determinants Between

Smokers and Non-smokers, American Journal of Obstetric and Gynaecology.170:579-82,1994.

69. Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. Lancet.356:535-9,2000.

70. Long CY, Hsu SC, Wu TP, Fu JC, Su JH. Effect of laparoscopic hysterectomy on bladder neck and urinary ol.43;65-9,2003.

71. Contreras Ortiz O, Gutnisky R. Aspects of the bladder response in the Wertheim/Meigs operation. Gynecologic Urology Society Meeting, Palm Beach, Florida, USA, 1984.

72. Virtanen H, Makinen J,Tenho T,Kilholma P, HirvonenT. Effects of Abnormal Hysterectomy on Urinary and Sexual Symptoms. British Journal of Urology, 72(6):868-72,1993.

73. Vale JA,Trott KR, Withfield HH. Post-radiotherapy Bladder Dysfunction adeneration Disorder? .Neurology and Uradynam. 10 (4): 349-350,1991.

74. Atasü T. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Jinekoloji. İstanbul, 1996.

75. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. Scand J Urol Nephrol Suppl.114:5-19,1988.

76. Jerry GB, Lauri JR, Dianne MH. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment overview and nonsurgical management. In Walsh CP, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Eds. Campbell's Urology. 7th Ed., USA: Saunders Company. 1007-1036,1998.

77. Fantl JA, Newman DK, Coling J, DeLancey J, Keays C, Norton P et al. Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary Incontinence in Adults, Acute and Chronic management. US Public Health Service, 1996.

78. Ergen A, Arıkan N, Arslan M, Jinekolojik Üroloji, Ed:Anafarta K, Göğüş O,Bedük O, Arıkan N, Temel Üroloji. s. 409-446,Ankara Güneş Kitabevi,2000.

79. Malone L, Lower Urinary Tract Function in Late Life. Handbook of Neurourology. 349-368,1994.
80. Berek JS, Novak Jinekoloji.12.baskı Çeviren:Erk A, Nobel Kitabevleri, İstanbul, 1998.
81. Adams C, Frahm J, Genitourinary system. In Saunders Manuel of Physical Therapy Practice. WB. Sounders Company, Philadelphia, 459-504,1995.
82. Yalçın ÖT, Özalp S,Yıldırım A,Şener T.Kadınlarda Üriner İnkontinans Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni;1(6),1997.
83. Kışnişçi H. A. ve diğerleri. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Güneş Kitabevi, 1996.
84. Sherman RA, Davis GD, Wong MF. Behavioral Treatment of Exercises Induced Urinary Incontinence. J. Medicine ; 162(10): 690-94,1997.
85. Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. Int Urogynecol J. 6:282-291,1995.
86. Burns PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Hadley EC, Levy KJ, Ory MG. A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence in older community dwelling women. J Gerontology ;48: M167-74,1993.
- 87.Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. JAMA.265:609613,1991.
88. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. Am. J. Obstetrics and Gynaecology.56; 238-248,1948.
89. Wise B. Physiotherapy. Editör: Cardoza L, Urogynecology. p.583-594,1997.

90. Berghams LC, Frederics C, Smeets L, Janknegt RA, Efficiency of Biofeedback, When Included with Pelvic Floor Muscle Exercise Treatment, for Genuine Stress Incontinence. *Neurology Urology*; 15(1): 37-52,1996.
91. Susset J, Galea G, Manback K. A Predictive score index for the outcome of associated of biofeedback and vaginal electrical stimulation in the treatment of female incontinence. *J Urology* ; 153(5):1461-6,1995.
92. Burgio KL, Robinson JC, Engel BT. The role of biofeedback in Kegel exercise training for Stress Incontinence. *Am. Journal of Obstetrics and Gynaecology* ;154:58-64,1986.
93. Fantl J, Newman D, Colling J, De Lancey JOL, Keeys C, Loughery R. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Department of Health and Human Services,1996.
94. McClish DK, Fantl JA, Whyman JF, Pisani G, Bump RC, Bladder Training in Older Women with Urinary Incontinence. *Obstetrics and Gynecology*,77:281-86,1991.
95. Glavind K, Laursen B, Jaquet A, Efficacy of Biofeedback in the Treatment of Urinary Stress Incontinence. *Acta Obstetrics and Gynecology*,168(7): 3-11,1998.
96. Demirci H, Kızılkaya BN. Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulan Konservatif Tedavi Yöntemleri. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*.s.102-108.1. Baskı, Emek Matbaacılık ,İstanbul,2002.
97. Bo K, Talseth T, Holme I, Singe Blind, Randomised Controlled Trial of Pelvic Floor Exercises, Electrical Stimulation, Vaginal Cones and no Treatment in Management of Genuine Stress Incontinence in Women, *British Journal of Medicine*,318 (20): 487-93,1999.
98. Fall M, Erlandson BE, Carlsson CA. The Effect of Intravaginal Electrical Stimulation on the Urethra and Bladder. *Journal of Urology* ; 44:9-30,1977.

99. Nygaard IE, Kreder KJ. Pharmacologic therapy of lower urinary tract dysfunction. *Clinical Obstetrics and Gynecology* ;47:83-92,2004.
100. Pernol ML. Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. Cilt II, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994. 24. Atasü,T., ve diğerleri., Jinekoloji. İstanbul, 1996.
101. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 2003; 35: 1381-1395.
102. Hagstromer M, Oja P, Sjostrom M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ):a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutr* ; 9: 755-762,2006.
103. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi.H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
104. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptualframework and item selection. *Med Care*; 30: 473-483,1992.
105. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. SF- 36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1999.
106. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler.3.Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın; 346-353,2007.
107. Ware JE Jr. SF-36 health survey update. *Spine* ; 25:3130-3139,2000.
108. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol* ;149:1459-1462,1993.

109. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynecol*; 103:154- 161, 1996.
110. Van Kessel K, Reed S, Newton K. The second stage of labor and stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*; 184:1571-1575, 2001.
111. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Urinary incontinence prevalence among adult women in the area of yeşilyurt health center. *J Turgut Ozal Med Cent*. 7(1): 54-57. Turkish, 2000.
112. Ekin M, Karayalçın, R, Özcan U, Erdemlioglu, E. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Journal of Ankara Medical School*. Vol. 26 Issue 1, p21-25. 5p. 4 Charts, 2004.
113. Kök G, Şenel N, Akyüz A. Determination of the awareness level of the women over 20 years old who attended to GMMMA Gynecology Outpatient Clinics in terms of urinary incontinence *Gulhane Med J*; 48(3): 132-136, 2006.
114. Özdemir S, Çelebi İ, Nurullahoğlu N, Ark HC. Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı, *Genel Tıp Dergisi* ;16(2), 2006.
115. Akgün G, Kaplan PB. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2009.
116. Işıklı B, Yenilmez A. Kalyoncu C. Eskişehir Alpu ilçesi 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi, Bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Medicus*, 2011.
117. Başak T, Kök G, Guvenc G. Prevalence, risk factors, and quality of life in Turkish women with urinary incontinence : a synthesis of the literature, *International Nursing Review* 60, 448-460, 2013.

118. Kocaöz S, Talas M , Atabekoğlu S, Somer C. Urinary Incontinence Among Turkish Women: An Outpatient Study of Prevalence, Risk Factors, and Quality of Life- Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing; 39(4):431-439,2012.
119. Öztürk GZ , Toprak D, Basa E. The frequency and the affecting factors of urinary incontinence in women over 35 years old, SETB; 46(4): 170-176,2012.
120. Ünsal A, Tözün M., Arslantaş D. Urinary Incontinence, Related Factors and Depression among 20 Aged and Over Women in Beylikova District Centre in Eskişehir, TAF Prev Med Bull.;12(3): 231-242,2013.
121. Akkoca AN, Özdemir ZT, Kurt RK, Özler S, Günher SA, Özer C, Üriner İnkontinans Tarifleyen Kadınlarda Aile ve Enürezis Nokturna Öyküsü. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp dergisi; 5 (20) ,2014.
122. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , Cilt 2 , Sayı 2 ,2014.
123. Gözükara F, Koruk İ, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence, Tübitak Akademik Journals, 2015.
124. Durukan H, Celalettin E, Tok D, Aytan H. Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın prevalansı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı;46(1),2015.
125. Özcan F, Özkürkçügil C, Etiler N. Urinary incontinence frequency in women who applied to the family health center, Turkish Journal of Family Practice; 20(1):15-20, 2016.
126. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth and Obstetric Techniques. American Journal of Public Health; 89(2): 209-12,1999.

127. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, Incidence and Correlates of Urinary Incontinence in Healthy Middle -Aged Women. *Journal of Urology* ; 146: 1255-1259,1991.

128. Brown JS,Grady D,Herzog AR.,Varner RE, Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Postmenapausal Women. *Obstetrics and Gynecology*, 94:66-70, 1990.

129. Parazzini F, Colli E, Origgi G. Risk Factors For Urinary Incontinence in Women. *Eur Urol* ;37:637-643, 2000.

130. Temll C, Haidinger G,Schmidbauer J, Madersbacher S. Urinary Incontinence in both Sexes: Prevalence Rates and Impact on Quality of Life ad Sexual Life.*Neurology and Urodynamics*; 19:259-271, 2000.

131. Yağcı N,Can T, Özkan S, Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner Sistem Problemlerinin İncelenmesi: Ön Rapor, II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Poster, İstanbul, 2003.

132. Koçak I, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beser E. Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life ,*European Urology* 48; 634–641, 2005.

133. Foldspang A , Mommsen S. Overweight and urinary incontinence in women, *Institut for Epidemiologi og Social medicin, Aarhus Universitet*,157(42):5848-585, 1995.

134. Van der Vaart CH ,de Leeuw JR ve arkadaşları,Roovers JP,Heintz AP. The influence of urinary incontinence on quality of life of community-dwelling, 45-70 year old Dutch women, , 144(19):894-897, 2000.

135. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecol Obstet Mex*;75(6):347-56,2007.

136. Benlioğlu C, Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelans Çalışması.Sİ.Ü.Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş, 2006.
137. Kim MS, Lee SH. Prevelance Rate and Associated Factors of Urinary Incontinence among Nursing Home Residents. Korean Society Of Nursing Science ,2008.
138. Markland AD,Goode PS,Burgio KL,Redden DT,Richter HE,Sawyer P et al .Correlates of Urinary,Fecal ,and Dual Incontinence in Older African-American and White Men and Women,J Am Geriatric Soc 56:285-290,2008.
139. Goode PS,Burgio KL,Redden DT,Markland A,Richter HE,Sawyer P et al. Population Based Study of Incidence and Predictors of Urinary Incontinence in Black and White Older Adults, p:1149-1454 ,Volume 179, Issue 4,2008.
140. Saxer S,Bie RA, D Theo, Haffens RJ, Nurses knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care.28(8);926-934,2008.
141. Hsieh CH, Su TH, Chang ST, Lin SH, Lee MC, Lee MY. Prevelance of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women.100(2);171-174 ,2008.
142. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın Ö, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile ilişkisi. Geriatri; 3(3): 102-6,2000.
- 143.Williams K. Stress urinary incontinence: treatment and support. Nurs Stand.;18:45- 52,2004.
144. Kök G. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner inkontinans Görölme Sıklığı Ve Sosyal Yaşama Etkisinin İncelenmesi .GATA,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,Ankara, 2005.

145.Sarıcı DY. Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback için Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçlar.Uzmanlık Tezi,İstanbul,2009.

146. Filiz TM, Topsever P,Uludağ C,Görpelioglu S, Çınar N-Türk Kadınlarında Üriner İnkontinans Şiddeti Ve Yaşın Jenerik Yaşam Kalitesi Sf-36 Üzerine Etkileri. Turkiye Klinikleri J Med Sci ;27(2):189-94,2007.

147. Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS, Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. World J Urol. 26(2):179-85,2008.

148. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. 15(3):566-9,2008.

149. Wennberg AL, Molander U, Fall M, Edlund C, Peeker R, Milsom I. Lower urinary tract symptoms: lack of change in prevalence and help-seeking behaviour in two population-based surveys of women in 1991 and 2007. BJU Int.104(7):954-9, 2009.

150.Jahanlu D, Qureshi SA , Hunskaar S. The Hordaland Women's Cohort: A prospective cohort study of incontinence, other urinary tract symptoms and related health issues in middle-aged women. BMC Public Health; 8: 296,2008.

151. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Luber KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. Obstet Gynecol. 111(3):678-85,2008.

152. Fenner DE, Trowbridge ER, Patel DA, Fultz NH, Miller JM, Howard D et al. Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence. J Urol.179(4):1455-60,2008.

153. De Sam Lazaro S, Nardos R, Caughey AB. Obesity and Pelvic Floor Dysfunction: Battling the Bulge. *Obstet Gynecol Surv.*114-25,2016.
154. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* ;174:190-5,2005.
155. Auwad W, Steggle P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* ;19:1251-9, 2008.
156. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol* ;110:1034-40, 2007.
157. Akyol A, Mutlu S, Ark HC, Çelebi İ. Ürodinamik Tanı Dağılımlarının Doğum Şekli, Bebek Doğum Ağırlığı ve Menopoz Durumuyla İlişkisi .*Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*;17(4):276-82,2007.
158. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*: 17 (1): 7-11, 2010.
159. Kocaöz S. Etimesgut II No"lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi H.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
160. Peyrat L, Hailot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. *BJU Int* ; 89(1):61-6,2002.
161. Newman DK, Managing and Treating Urinary Incontinence. Health Professions Press, Baltimore ,2002.

162. Demirci F, Özden S, Yücel N, Yatlı S, Demirci E. Türkiyede Postmenopozal kadınlarda İnkontinans Prevalansı. İst Jin ve Obst Derg ;3:138-42,1999.

163. Özerdoğan NÖ. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2003.

164. Hsieh CH, Hsu CS, Su TH, Chang ST, Lee MC. Risk factors for urinary incontinence in Taiwanese women aged 60 or over. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct; 18(11):1325-9, 2007.

165. Güler TC, Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2006.

166. Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.; 18(11):1309-15, 2007.

167. Yıldırım M. İnsan Anatomisi, p.214, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti, 2004

168. Mohr JA, Rogers J. Stres urinary incontinence: A simple and practical approach to diagnosis and treatment. J Am Geriatr Soc. (31) : 476, 1992.

169. Fantl JA, Wyman JF. Postmenopausal urinary incontinence: comparison between non-estrogen supplemented and estrogen-supplemented women. Obstet Gynecol. (71) : 823, 1988.

170. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, Küçük H, Ata Ş, Harma M. What are the probable predictors of urinary incontinence during pregnancy. Peer J, 2016.

171. Demirci N, Coşar F. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 16(3): 35-40, 2009.

172. Dougherty MC, Walters MD. Genuine Stress İncontinence: Nonsurgical Treatment,Clinical Urogynecology p.163-181 ,Mosby Year Book,Toronto,1993.

173. Döver Ş. Fonksiyonel elektriksel stimölasyon ve pelvik taban kası egzerszilerinin stres inkontinansın tedavisinde etkinliği. İ.Ü,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1998.

174. Eski yurt N.Karan A.Üriner inkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ,Ürojinekoloji,p: 135-155,Atlas Kitapçılık,Ankara,2000.

175. Newman DK. Urinary İncontinence and Overactive Bladder: A Focus on Behavioral Interventions. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal.1(1),2011.

176. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract. 1122–3,2009.

177. Karan A. Üriner İnkontinansta Konservatif Tedavi Rehabilitasyon programları. In: Yalçın Ö. Editör. Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;s. 305-315,2009.

178. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. Eur Urol. 54(3): 543-62,2008

179. Novara G, Galfano A, Secco S, D'Elia C, Cavalleri S, Ficarra V, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with antimuscarinic drugs for overactive bladder. Eur Urol. 54(4): 740-63,2008.

180. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Cilt 2; Sayı 6; Haziran 2015.

181. Kessler TM, Bachmann LM, Minder C, Löhner D, Umbehre M, Schünemann HJ, et al. Adverse event assessment of antimuscarinics for treating overactive bladder: a network meta-analytic approach. PLoS One,2011.

182. Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R, Slack M, Wyndaele JJ, Yalcin I, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. *BJOG*.111(3): 249-57,2004.
183. Varlı M, Doğan AS, Atlı T. Urinary incontinence and treatment in the elderly. *Akad Geriatri*.1: 45-8,2009.
184. Wagg A. Recent advances in the treatment of urinary incontinence in older women. *Curr Opin Urol*. 18: 383-8,2008.
185. Edisan Z, Kadioğlu F, Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Lokman Hekim Journal*.3(3):1-4,2013.
186. <http://www.aydinuroloji.com/index.php/drar-kacirma/noeral-yollar-ve-eme-refleksi> (21.08.2016 Ulaşım Tarihi)
187. Gürgöze MK, Büyüyen çocukta işeme fizyolojisi, 2.PUADER Kongresi Sunumları, 2013.
188. Alptekin Özmen D, Üriner İnkontinans Rehabilitasyonunda Biofeedback tedavisi, Türk Jinekolojik ve Obstetrik Derneği.
189. Çayan S, Yaman Ö, Orhan İ, Usta M, Başar M, Resim S ve ark. Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,2016.
190. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ana Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013.
191. Komesu YM, Schrader RM, Ketai LH, Rogers RG, Dunivan GC, Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: the importance of incontinence history, *Int Urogynecol J*.27(5);763-72, 2016.
192. Wan XH, Ding Y, Abbaikeli G, Abudureyimu Z, Lin L, Tuerxun M. Epidemiologic study of the risk factors of the adult female urinary incontinence in Uygur of Kashi in Xinjiang. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zh*.48(12); 916-919, 2013.

193. Augoulea A, Sioutis D, Rizos D, Panoulis C, Triantafyllou N, Armeni E, et al. Stress urinary incontinence and endogenous sex steroids in postmenopausal women. *Neurourol Urodyn*, 2015.
194. Leroy Lda S, Lúcio A, Lopes MH. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 50(2):200-7, 2016.
195. Verdejo C, Méndez S, Salinas. Urinary tract dysfunction in older patients. *J. Med Clin (Barc)*.;7753(16)30077, 2016.
196. Nygaard CC, Betschart C, Hafez AA, Lewis E, Chasiotis I, Doumouchtsis SK. Impact of menopausal status on the outcome of pelvic floor physiotherapy in women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 24(12);2071-6, 2013.
197. Madhu C, Enki D, Drake MJ, Hashim H. The Functional Effects of Cigarette Smoking in Women on the Lower Urinary Tract. *Urol Int*. 95(4);478-82, 2015.
198. Trutnovsky G, Rojas RG, Mann KP, Dietz HP. Urinary incontinence: the role of menopause, *LWW j*.21(4);399-402, 2014.
199. Choi H, Bae JH. Overview of the Epidemiology of Lower Urinary Tract Dysfunction in South Korea. 20(2);91-100, 2016.
200. Faraj K, Doo F, Boura J, Vereecke A, Chancellor MB. A cross-sectional study in the USA of the epidemiology and quality of life of underactive bladder symptoms. *Int Urol Nephrol*.48(11);1797-1802, 2016.
201. Pakgohar M, Sabetghadam S, Vasegh Rahimparvar SF, Kazemnejad A. Quality of life (QoL) and help-seeking in postmenopausal women with urinary incontinence (UI): A population based study. *Arch Gerontol Geriatr*. 59(2);403-7, 2014.
202. Lai HH, Rawal A, Shen B, Vetter J. The Relationship Between Anxiety and Overactive Bladder or Urinary Incontinence Symptoms in the Clinical Population. *Urology*. 98;50-57, 2016.
203. Smith AP. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC Urol*. 16(1);22, 2016.
204. Samadi DB. <http://www.roboticoncology.com/>, 2008.
205. Dayanç M. Pekbay Y. <https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/Gunduz-cocuklarda-idrar-Kacirma>, 2016.

10. EKLER

EK. 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aşağıda bu araştırma ile ilgili detaylı bilgiler yer almaktadır, lütfen dikkatli bir şekilde tümünü okuyunuz.

ÇALIŞMAMIZ NEDİR?

Bu çalışma; çalışan kadınların fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesini ve üriner inkontinans sıklığının değerlendirilmesini ve bunların birbirleriyle ilişkilerinin karşılaştırılmasına dayanan bir araştırmadır.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı, toplumdaki kadınların fiziksel aktivite düzeyini saptamak, yaşam kalitelerini belirlemek ve üriner inkontinans görülme sıklığının saptanması için yapılan bir değerlendirme çalışmasıdır.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışan kadınların yaşam kaliteleri ,fiziksel aktivite kapasiteleri ve üriner inkontinansa yönelik değerlendirme anketleri uygulanarak kadınların öznel cevaplarına bağlı bir çalışmadır.

Bu uygulamanın süresi takribi olarak 10 dakika'dır.Uygulanacak olan testlerin herhangi olumsuz bir yan etkisi yoktur.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmamıza dahil olan kadınların değerlendirmelere uyum göstermeleri beklenmektedir. Bu koşullara uyulmadığı durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

ARAŞTIRMANIN DENEYSEL KISIMLARI

Araştırmamız deneysel bir çalışma değildir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER VEYA RAHATSIZLIKLAR NEDİR?

Bu çalışmada uygulanacak olan tedavi yaklaşımları hiçbir şekilde risk taşımamaktadır ve size rahatsızlık verecek herhangi bir etkisi yoktur.

KATILIMCILARIN ÇALIŞMAYA DAHİL OLMASI

Çalışma bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamayı amaçlamakta olup, araştırma boyunca yapılacak değerlendirmeler için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurulundan hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Size de bir ödeme yapılmayacaktır, bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

İLETİŞİM

Araştırma hakkında veya araştırma ile ilgili herhangi bir terslik olduğunda iletişim kurabileceğiniz kişi ve telefon numarası aşağıda verilmiştir:

Fzt. GİZEM BOZTAŞ

gboztas@hotmail.com.tr

0543 907 6494

ÇALIŞMANIN SÜRESİ

5 hafta'dır

BİLGİLERİM KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın sorumluları, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen fizyoterapist tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları

araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL.		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŐTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Gizem BOZTAŞ	
TARİH		

EK.2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad:.....

Soyad:.....

Doğum tarihi:

Doğum yeri:.....

Uyruk:.....

Boy:..... Kilo: VKİ(Vücut Kütle İndeksi):.....

Cinsiyet:.....

Medeni hali:.....

Eğitim durumu:

Meslek:.....

- Okuma -yazma yok :....
- İlköğretim:
- Lise mezun :.....
- Üniversite:.....
- Üniversite ve üstü:.....

Telefon numarası:.....E-posta:.....

Adres bilgileri:

.....

Sigara kullanımı(gün/paket)/alkol/ilaç bağımlılığı:

.....

EK.3

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ(IPAQ)

KISA FORM

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün.

Şiddetli fiziksel aktiviteler; zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım..... ->(3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün.

Orta dereceli aktivite; orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? (Yürüme hariç)

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım ->(5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığımız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim.....(7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

EK.4

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON) GİZLİ

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

1) Lütfen doğum tarihinizi yazınız: GÜN/ AY/ YIL (...../...../.....)

2) Cinsiyet Kadın Erkek

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

hiçbir zaman 0

haftada bir veya daha seyrek gibi 1

haftada iki veya üç kez 2

günde bir kez gibi 3

günde birkaç kez 4

her zaman 5

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz? Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) (Bir kutuyu işaretleyin)

hiç 0

az miktarda 2

orta derecede 4

çok miktarda 6

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç bir şekilde

çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5.....

6) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....

tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum...

öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum....

uyurken kaçırıyorum....

hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum.....

işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum....

belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum....

her zaman kaçırıyorum.....



EK.5

SF-36 (Short Form 36)

1- Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?
Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil).....

Kötü

2- Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi.....

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü.....

SAğLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3- Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			

Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4- Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5-Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

(Lütfen tek bir yanıt veriniz.)

Hiç etkilemedi

Çok az

Orta derecede

Epeyce

Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

(Lütfen tek bir yanıt veriniz.)

Hiç olmadı.....

Çok az.....

Az

Orta derecede

Çok

Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi

Biraz etkiledi

Orta derecede etkiledi

Epey etkiledi.....

Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

	Kesinlikle doğru	Kesinlikle yanlış	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum					
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım					

c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum					
d)Sağlığım mükemmel					

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi? Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)						

Yorum:

EK.6

ÜRİNER İNKONTİNANS DEĞERLENDİRME VE SORU FORMU

Ad: Soyad :

Doğum sayısı (varsa).....

Doğum şekli(Yok/Normal/Section/İkisinde).....

Menopoza girme(Evet/Hayır).....

1) İdrar kaçırmaya başlamanızı tetikleyen durum sizce ne olabilir ? (Varsa)

.....

2) İdrar kaçırmaya öyküsü ailenizden başka kimsede var mı?(Varsa).....

3) İdrar kaçırmaya miktarınızda zaman zaman değişiklikler oluyor mu ?

Oluyorsa ne olabilir ?(gülme ,spor ,ıkınma vb.)

Nedeniyle belirtiniz:.....

4) İdrar kaçırmaya sosyal yaşantınızı etkiliyor mu ? Evet : Hayır:

5) İdrar kaçırmaya için daha önceden bir hekime,fizyoterapist veya sağlık çalışanına ve/veya bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?

Evet ise kişi ve/veya kurumu belirtiniz

.....

Hayır :

6)İdrar kaçırmadan dolayı aldığınız tedavi yöntemini biliyorsanız yazınız.

.....

(6.soruyu yanıtladı iseniz 7.soruyu cevaplayınız.)

7)Gördüğünüz tedaviden yarar sağladınız mı?

Evet :gün/ay/yıl kadar önce

Hayır:

8)Gece ve gündüz işeme sıklığınız nedir ?

.....

9) İki işemeniz arasında geçen zaman ortalama olarak ne kadardır?

.....

10) Sık tuvalete gitme ihtiyacınız ani idrar hissiyle mi yoksa idrar kaçırma endişesiyle mi oluyor ?

.....

11) İdrar kaçırma şiddetiniz nasıl olmaktadır?

- Bir kaç damla
- İç çamaşırı değiştirecek kadar

12) Korunma için kullandığınız ped sayısı ?

.....

13) Ani idrar hissi sonrası fiziksel aktivitede idrar kaçırmanız oluyor mu bunu hissediyor musunuz yoksa habersiz olarak kendinizi idrar kaçırmış olarak mı buluyorsunuz?

- Evet kesinlikle öyle
- İdrar kaçırdığımı farkındayım,tuvalete yetişmeye çalışıyorum

14) Ani tuvalete gitme ihtiyacınız oluyor mu ?

Evet:

Hayır:

(Cevabınız "Evet" ise 16.soruyu da yanıtlayınız.)

15)Ani idrar hissi geldiğinde bunu ne kadar erteleyebiliyorsunuz?.....

16)İdrarı yapmayı başlatmakta zorluk çekiyor musunuz?

Evet:

Hayır:

17)İdrar yapma sonrası damlama kaçırma haliniz var mı ?

Evet:

Hayır:

AŞAĞIDAKİ HASTALIKLARDAN GEÇİRDİĞİNİZ VE MEVCUT DURUMDA OLAN HASTALIK VEYA HASTALIKLARINIZI İŞARETLEYİNİZ.

- Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAİ)
- Kronik konstipasyon
- Obesite
- Aşırı diürece yol açan Diabetes Mellitus (DM)
- Diabetes Insipitus (DI)
- Kalp yetmezliği
- Serebrovasküler olay(İNME,FELÇ)
- Parkinson
- Disk hernisi
- Multipl skleroz

AŞAĞIDAKİ İLAÇ GRUPLARINDAN DEVAMLI VEYA DÜZENLİ OLARAK ALDIĞINIZ **VARSA** GRUP VE/VEYA GRUPLARI İŞARETLEYİNİZ.

YOK:.....

İLAÇ ETKİ

- | | |
|---------------------------------------|---|
| • Diüretikler Poliüri, | Frequency, urgency |
| • Antikolinerjikler | İdrar retansiyonu , taşma inkontinansı |
| • Alkol | Sedasyon, mobilite bozukluğu, diürez |
| • Antidepresanlar | Antikolinerjik etkiler, sedasyon |
| • Antipsikotikler | Antikolinerjik etkiler, sedasyon |
| • Sedatif/hipnotikler | Sedasyon, kas relaksasyonu, konfüzyon |
| • Alfa adrenerjik antagonistler | Stres inkontinans |
| • Alfa adrenerjik agonistler | İdrar retansiyonu |
| • Beta adrenerjik agonistler | İdrar retansiyonu Kalsiyum kanal blokörleri |
| İdrar retansiyonu, taşma inkontinansı | |

EK.7

URINARY DISTRESS INVENTORY (UDI-6)

Eğer sizde varsa aşağıdakilerden ne kadar etkileniyorsunuz	Hiç	Az	Orta	Çok
1. Sık idrara çıkma?	0	1	2	3
2. Ani idrar hissine bağlı idrar kaçırma?	0	1	2	3
3. Fiziksel aktivite, öksürme veya hapşurmaya bağlı idrar kaçırma	0	1	2	3
4. Az miktarda idrar kaçağı?	0	1	2	3
5. Mesaneyi boşaltma zorluğu?	0	1	2	3
6. Cinsel bölge veya kasıkta rahatsızlık?	0	1	2	3

EK.8

INCONTINENCE IMPACT OUESTIONARIE (IIQ-7)

İdrar kaçırma şu durumlarda sizi nasıl etkiliyor?	Hiç	Az	Orta	Çok
1. Ev işlerini yapabilme?	0	1	2	3
2. Yürüme, yüzme, egzersiz?	0	1	2	3
3. Eğlence aktivitelerine (film gibi)	0	1	2	3
4. Araba ile 30 dak.dan fazla seyahat?	0	1	2	3
5. Ev dışı sosyal aktivitelere katılım?	0	1	2	3
6. Ruh sağlığı (sinirlilik, depresyon)?	0	1	2	3
7. Engellenme hissi?	0	1	2	3

11. Etik Kurul Onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İSKİ Genel Müdürlüğünde çalışan bayanlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi ve üriner inkontinans görülme olasılığının değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gizem Boztaş			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	08.12.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	08.12.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 613		Tarih: 09/12/2015			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.7857
Konu : Etik Kurulu Hk.

13/06/2016

Sayın Gizem Boztaş

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09/12/2015 tarihli 613 karar no ile onay verdiği "İSKİ Genel Müdürlüğünde çalışan bayanlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi ve üriner inkontinans görülme olasılığının değerlendirilmesi" isimli çalışmanızda çalışma adının "Çalışan kadınlarda yaşam kalitesinin belirlenmesi ve üriner inkontinans görülme sıklığının değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesi talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı:	Gizem	Soyadı:	BOZTAŞ
Doğum yeri :	İstanbul	Doğum tarihi:	08.04.1993

Eğitim Düzeyi

	Mezun olduğu kurumun adı	Mezuniyet yılı
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lise	Bayrampaşa Tuna Lisesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
1. Fizyoterapist	Kılavuz Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2015-2016 Mayıs
2.Fizyoterapist	Özel Çocuklarla Elele Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2016 Temmuz -Halen

Yabancı Dil

Yabancı dil	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi