

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

FARKLI AÇILARDAN ÜRİNER İNKONTİNANSA YAKLAŞIM

UZMANLIK TEZİ
DR. MİNEL FİŞEK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. KURTULUŞ ÖNGEL

İZMİR
EKİM-2019

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

FARKLI AÇILARDAN ÜRİNER İNKONTİNANSA YAKLAŞIM

UZMANLIK TEZİ
DR. MİNEL FİŞEK

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. KURTULUŞ ÖNGEL

İZMİR
EKİM-2019

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

FARKLI AÇILARDAN ÜRİNER İNKONTİNANSA YAKLAŞIM

TEZİ HAZIRLAYAN

Dr. Minel FİŞEK

Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kurtuluş Öngel
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Üye :
(Ünvanı-Adı Soyadı-Çalıştığı Üniversite)

Prof.Dr. Barış Önder Pamuk
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana ışık tutan, tez çalışmaları sürecinde bana yol gösteren ve yardımcı olan, tez danışmanım ve aile hekimliği anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, akademik ve manevi desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK ve Dr. Öğr. Üyesi Esra Meltem KOÇ'a,

Uzmanlık eğitimimde kıymetli tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Berna ERDOđMUŐ MERGEN'e,

Uzmanlık eğitimim sırasında tanıma fırsatı bulduğum, birlikte çalışmaktan keyif aldđım çok değerli arkadaşlarıma,

Hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen, bugünlere gelmemde büyük emeği olan çok değerli annem, babam ve kardeşime,

Bu zorlu süreçte desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Hüseyin FİŞEK'e teşekkür ederim.

Dr.Minel FİŞEK

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY.....	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi	3
2.1.1.Mesane.....	3
2.1.2.Üretra.....	4
2.1.3.Prostat.....	5
2.1.4.Pelvik Taban.....	6
2.1.4.1 Pelvik Ligamentler.....	6
2.1.4.2. Pelvik Diyafram.....	7
2.1.4.3. Pelvik Sinirler.....	8
2.2. İşeme Nörofizyolojisi.....	9
2.2.1.Merkezi Sinir Sistemi.....	9
2.2.2.Periferik Sinir Sistemi.....	9
2.2.3.İşeme Siklusu.....	10
2.3. Üriner İnkontinans Tanımı ve Sınıflaması.....	11

2.3.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans	12
2.3.2.Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans (Urge Incontinence)	12
2.3.3.Karışık (Miks) Tipte Üriner İnkontinans.....	12
2.3.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	13
2.4. Major Depresyon.....	15
2.4.1. Major Depresyon Tanımı ve Prevalansı.....	15
2.4.2. Major Depresyonda Belirti ve Bulgular.....	15
2.5. İdrar Kaçırmanın Yaşam Kalitesine Etkileri.....	16
2.5.1. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Çalışmanın Tasarımı.....	19
3.2.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.3.Çalışmanın Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri.....	19
3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	19
3.3.2. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	20
3.4.1. Sosyodemografik veri anketi (Ek -1).....	20
3.4.2. Zung Depresyon Ölçeği (Ek-2).....	20
3.4.3.Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Türkçe Versiyon (ICIQ-SF Türkçe versiyon)	21
3.4.4.King Sağlık Anketi.....	21
3.4.5. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)	22
3.5. İstatistiksel Analiz.....	22
4. BULGULAR.....	24

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	24
4.2.Üriner İnkontinans ile Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4.3.Zung Depresyon Ölçeği İstatistikleri.....	31
4.4.Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi.....	35
5. TARTIŞMA.....	37
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. ÖZET.....	44
8. SUMMARY.....	46
9.KAYNAKÇA.....	48
10.EKLER.....	60
Ek 1. Sosyodemografik veri anketi.....	60
Ek 2. Zung depresyon ölçeği.....	62
Ek 3. ICIQ-SF (Türkçe versiyon).....	63
Ek 4. King Sağlık Anketi.....	64
Ek 5. İnkontinans Yaşam kalitesi Ölçeği.....	66
Ek 6. Etik kurul karar formu.....	67
Ek 7. Hastane araştırma izin formu.....	69

KISALTMALAR

DM: Diyabetes mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form

ICS: International Continence Society (Uluslararası Kontinans Grubu)

I-QOL: International Quality of Life (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

Üİ: Üriner inkontinans

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Vücut Kitle İndekslerine göre Sınıflandırılmaları

Tablo 3. Katılımcılarda görülen kronik hastalık verileri

Tablo 4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Verileri

Tablo 5. Cinsiyete göre üriner inkontinans görülme sıklığı

Tablo 6. Yaş Gruplarına göre Üriner İnkontinans görülme sıklığı

Tablo 7. Egzersiz Yapma Durumu ile Üriner İnkontinans İlişkisi

Tablo 8. Vücut Kitle İndeksi ile Üriner İnkontinans İlişkisi

Tablo 9. Katılımcıların Üriner İnkontinans Tipleri

Tablo 10. Cinsiyete göre Üriner İnkontinans Tipleri

Tablo 11. Zung depresyon ölçeği sınıflandırması

Tablo 12. Üriner İnkontinansı olan ve olmayanlarda Zung depresyon ölçeği ortalama puanları

Tablo 13. Üriner İnkontinans ile Zung depresyon ölçeğine göre belirlenen depresif duygu durum sınıflarının ilişkisi

Tablo 14. İdrar kaçırma sıklığı

Tablo 15. İdrar kaçırma sıklığı ile ICIQ-SF skoru arasındaki ilişki

Tablo 16. İdrar kaçırma sıklığı ile toplam I-QOL puanı arasındaki ilişki

Tablo 17. ICIQ-SF Türkçe Versiyon yaşam kalitesi kesme puanına göre sınıflandırması

Tablo 18. Katılımcıların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği(I-QOL) ortalama değerinin altı ve üstündeki puanların sınıflandırması

Tablo 19. Katılımcıların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Puan Ortalamaları

Tablo 20. ICIQ-SF skoru ve I-QOL skorlarının ortalama puanları

Tablo 21. ICIQ-SF skoru ve I-QOL skorlarının Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmesi





1.GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner inkontinansı, Uluslararası Kontinans Grubu (ICS) her türlü istemsiz idrar kaçırmaya yakınması olarak tanımlamaktadır (1).

Üriner inkontinans kişileri psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur (2). Dünya çapında yaklaşık 250 milyon kişi idrar kaçırmaya problemi yaşamaktadır (3). Hastalar, çoğunlukla inkontinans şikayetiyle hastaneye başvurmadan utanmakta veya inkontinansın yaşlanmanın normal bir sonucu olduğu ve tedavisinin olmadığı düşüncesi ile hekimler sorgulamadıkça şikayet olarak ifade etmemekte, dolayısı ile tedavisiz kalmaktadır (4,5).

Bu sorunun büyüklüğü göz önüne alındığında, birinci basamakta çalışan hekimler, konunun değerlendirilmesi ve idrar kaçırmaya tedavisine katılmaya teşvik edilmelidir (6).

İdrar kaçırmaya görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda kadında %4.5-53, erkekte %1.6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir (7).

Üriner inkontinans ile ilgili literatürde pek çok risk faktörü saptanmıştır. Bu risk faktörleri arasında; yaş, ırk, parite, obezite, sigara, kahve, alkol tüketimi, kronik öksürük, kabızlık, menapoz, hormon replasman tedavisi, diabetes mellitus, hipertansiyon, geçirilmiş cerrahi operasyon ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları bulunmaktadır (8-11). Bu durum; bireyin sıvı alımını kısıtlamasına, sık tuvalete gitmesine, uykusunun azalmasına, ped/bez kullanmasına, libidosunda azalma olmasına, kötü kokma korkusuna, fiziksel ve sosyal aktivitelerden kaçınmasına, altta yatan psikiyatrik bozukluk olmaksızın duyu durum bozukluklarına sebep olabilmektedir (12-14).

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir semptom olmamasına rağmen; sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar nedeni ile bireyin yaşam kalitesini anlamlı ölçüde azaltmaktadır (15). Yüksek başarı oranı ile tedavi edilebilen üriner inkontinansın prevalansının ve risk faktörlerinin bilinmesi üriner inkontinansa yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesi ve bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunacaktır (16).

Bu çalışmada, aile hekimliği polikliniğine başvuran 40 yaş üstü bireylerde üriner inkontinans taraması yapılması, üriner inkontinans ile depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi

Üriner sistem alt ve üst olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Üst üriner sistem böbreklerden ve üreterlerden, alt üriner sistem mesane ve üretradan oluşur. İdrar oluşumundan böbrekler; idrarın depolanması ve atılmasından üreterler, mesane, üretra ve pelvik taban kasları sorumludur (17-19).

Üretra ve mesaneden oluşan alt üriner sistem; istemsiz olarak, üst idrar yollarında üretilen idrarın depolanması ve istemli olarak idrarın boşaltılması görevlerini üstlenmektedir. Üreme organlarının ve pelvik yapının anatomik farklılıkları nedeniyle, alt üriner sistem anatomisi de kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir. Erkeklerde prostat da sisteme eklenir (20).

2.1.1.Mesane

Mesane pelviste pubis kemiklerinin hemen arkasında yer alan idrarın biriktirildiği ve üretraya iletildiği; genişleyebilme özelliğine sahip bir organ olup erişkin bireyde kapasitesi 400-500 ml'dir (21,22). Mesanenin anatomik komşulukları; lateralinde rektovezikal fasya, ventralinde simfizis pubis, dorsalinde kadında uterovezikal periton erkekte periton şeklindedir. Mesane tabanının kadında serviks anteriorundaki bağ dokusu ve üst ön vajinal duvar ile; erkekte rektum, seminal vezikül, vaz deferensin ampullası ve terminal üreter ile komşuluğu bulunmaktadır (23).

Mesane korpus ve trigon olarak iki kısımdan oluşmaktadır. Mesane korpusu idrarın depolanması ve işeme esnasında etkili detrüsör kasının kasılmasından sorumludur. Trigon (trigonum vesicae) ise mesane tabanında bulunan, her iki üreteral orifisler ile internal üretral orifisin arasında üçgen şeklinde bir bölgedir. Trigonun başlıca fonksiyonları; idrar depolama fazında üretraya idrar kaçışını engellemek, işeme esnasında mesanenin boşalmasını kolaylaştırırken veziko-üretral reflüyü engellemektir (24).

Mesane boynu anatomik ve fonksiyonel olarak işeme fizyolojisinde önem arz etmektedir. Mesane boynu detrüsör kastan oluşur, 2-3 cm uzunluğundadır ve posterior üretranın bir bölümünü oluşturmaktadır (25). Detrüsör kasın dış

longitudinal kas tabakası önde mesane boynunu simfisis pubise bağlayan pubovezikal kasları oluşturarak mesane boynunu asar. İşeme esnasında pubovezikal kaslar kasılarak mesane boynunun açılmasını sağlar. Mesane boynunun arka bölümündeki longitudinal kas lifleri mesane boynunun kapanmasına yardımcı olmaktadır (24,26). Mesanenin sinirsel innervasyonu; parasempatikler S2-S4 segmentlerinden, sempatikler ise T10-L2 segmentlerinden gelirler (27).

2.1.2.Üretra

Kadınlarda üretra mesane boynundan başlar ve simfisis pubicanın arkasında vajinanın önünde vulvaya kadar uzanıp burada son bulan genellikle 4-5 cm uzunluğunda 8-9 mm çapta boru şeklinde bir organdır (28,29). Kadın üretrası pelvik, membranöz ve perineal olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Erişkin erkek üretrası ise, mesane boynundan başlayıp glans penis üzerindeki ostium üretra externum arasında olup yaklaşık 20 cm uzunluğundadır (30). Erkek üretrası prostatik, membranöz üretra, penil ve bulbar üretra olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır (31).

Üretranın dıştaki longitudinal düz kas tabakası işeme esnasında üretranın kısılmasını sağlamanın yanında kontinans fonksiyonu için de önemlidir. Alfa adrenerjik reseptörler üretra düz kasındaki belirgin sempatik sistem reseptörleridir ve üretral düz kas kasılması yanında submukozal damarlanma artışı da sağlayarak kontinansa katkıda bulunurlar (32).

Üretra içerisindeki basınç dengesi düz kas tonusu, duvar elastisitesi, periüretral çizgili kasların işlevi, üretranın kanlanması ve sağlıklı bir basınç dağılımı sayesinde korunmaktadır (33). Bu denge intraüretral basınç istirahat halinde, hareket halinde veya yüklenme durumunda intravezikal basınçtan fazla olması gerektiği için önem arz etmektedir. Üretra mesane boynu geçişinin intakt olması da bu dengenin korunmasını sağlamaktadır. İntraabdominal basıncın arttığı durumlarda periüretral kasların hızlı bir şekilde kontraksiyonu kontinansın korunmasında etkili olmaktadır.

Mesane boynunu ve üretrayı intrinsik ve ekstrinsek faktörler desteklemektedir. İntrinsik faktörler; üretra duvarının çizgili kasları, üretra elastikiyeti, submuköz pleksusun vasküler konjesyonu ve sempatik sinir sisteminin

alfa adrenerjik reseptörleridir. Ekstresek faktörler; pelvik taban kasları (pelvik diyafram-levator ani), perineal membran (ürogenital diyafram), bağ dokusundan oluşan pelvik ligamentlerdir. Pelvik tabanda hamak şeklinde bir yapı oluştururlar ve intraabdominal basınçtaki artışlarda kasılarak idrar kaçırmayı engellemektedirler (34-37). Bu faktörleri normal alt üriner sistem desteği ve normal sfinkter fonksiyonu olarak sıralayabiliriz (38). Üretranın sfinkterik aktivitesi 3 doku elemanından kaynaklanır; düz kas, çizgili kas ve vasküler elemanlar. Her biri üretranın istirahat kapanma basıncının yaklaşık üçte birini oluşturur (39,40).

Üretral sfinkter, internal ve eksternal sfinkter olmak üzere 2 kısımda incelenebilir. İnternal üretral sfinkter mesane boynunda üretral lümenin proksimal kısmının yanındadır. “U” şeklinde olan detrüsör kas halkası internal sfinkteri oluşturarak mesane boynunun anterior kısmını sarar ve mesane boynunun kapanmasını sağlar. Detrüsör kasının diğer kısmının farklı hareket etmesi lokalize alfa adrenerjik innervasyon ile sağlanmaktadır. Bu tabaka ile üretral lümen arasında elastinden oluşan trigon ve düz kas bulunmaktadır ve bu yapılar mesane boynunun kapanmasına yardımcı olmaktadır (41).

Eksternal üretral sfinkter üretrayı orta kısmından çevreleyen çizgili kas liflerinden oluşur, istemli işemede ve kontinansın sağlanmasında fonksiyon gösterir. Erkeklerde eksternal sfinkteri oluşturan pelvis tabanının çizgili kas lifleri membranöz üretranın neredeyse tamamını halka şeklinde sarmaktadır (42). Eksternal üretral sfinkterin distalindeki çizgili kaslar, kadınlarda ise pubik kemiğin arkusunun altında vajina ve perineal membran ile birleşir, böylece üretrovajinal sfinkteri ve kompresör üretrayı oluşturur. Bu kaslar üretranın istirahat tonusunun üçte birinden sorumludurlar ve daha fazla kapanma basıncı gerektiğinde aktivitede istemli artış sağlayarak yedek kontinans mekanizması oluşturmaktadırlar. Bu kaslar sürekli aktivite gösteren, yorgunluğa dirençli, yavaş kasılma gösteren liflerden oluşmaktadır (43,44).

2.1.3.Prostat

Erkeklerde alt üriner sistem organlarından biri de prostat bezidir. Büyüklüğü bireyler arasında farklılık göstermekle birlikte, yaklaşık 4 cm genişliğinde, 3 cm yüksekliğinde ve 2 cm kalınlığında, yaklaşık 18-20 gr ağırlığındadır. Prostat, tabanı

mesanenin hemen altında yer almakla birlikte, apeksi inferiorda ürogenital diyafragmanın süperior fasyasının üstünde uzanır, simfisis pubisin 2cm arkasında ve rektumun önünde yer alır (45-47).

2.1.4. Pelvik Taban

Kemik, bağ doku ve kas komponentlerinden meydana gelen, karın içi organlara destek oluşturan, idrar tutabilme ve işeme sırasında gevşeyerek koordinasyonu sağlama gibi görevleri olan dinamik bir yapıdır (48).

Pelvik taban kemik yapısı önde simfisis pubis, arkada sakrum, yanlarda spina ischiadikalardan oluşan eşkenar dörtgen biçimindedir. Eşkenar dörtgenin ortasında spina ischiadikalardan geçen bir hat ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır. Pelviste 4 ligament vardır.

2.1.4.1 Pelvik Ligamentler

Puboüretal Ligamentler: İnférieur pubisin iç yüzünü üretranın orta kısmına bağlayan levator fasyasının yoğunlaşmış şeklidir. Üretra ve ön vajinal duvarın bununla ilişkili olan kısmını stabilize eder ve destek görevi görür. Üretrayı proksimal üretra (intraabdominal bölgede) ve distal üretra (abdomen dışında kalan) şeklinde ikiye bölmektedir (49).

Üreteropelvik Ligamentler: Levator fasyasının yoğunlaşmasıyla 2 tabaka olarak oluşur. İlk tabakayı periüretal fasya, ikinci tabakayı ise üretranın abdominal kısmını kaplayan levator fasyası oluşturmaktadır. Periüretal ve levator fasyasının yanlara doğru olan bu bağlantısı mesane boynu ve proksimal üretraya kritik bir muskulofasyal destek görevi görmektedir. Bu sebeple, bu yapılar karın içi basıncın arttığı durumlarda pasif kontinansın sağlanmasında önemlidir (50).

Puboservikal Fasya: Kadınlarda mesane tabanında ve ön vajinal duvarın derin kısmında puboservikal fasya uzanmaktadır. Mesane duvarı ile vajina ön duvarı fasyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Bu bağın orta kısmı ön tarafta kardinal uterosakral bağ ile birleşmektedir. Erkeklerde bu görevi pubokoksigeal kas yapmaktadır (49).

Kardinal Sakrouterin Bağ Kompleksi: Kadınlarda uterusun her iki yanında istmus ve serviks seviyesinden başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasyanın yoğunlaşması ile oluşur. Uterus ve vajina apeksine destek görevi gören en önemli bağdır (49).

Rektovajinal Septum: Douglas boşluğında aşığıya doğru genişleyen rektovajinal septum adı ile bilinen fasiyal bir uzantı şeklinde devam eder ve proksimalde kardinal sakrouterin bağ kompleksiyle birleşerek vajina arka apeksine destek sağlamaktadır (50). Erkeklerde bu desteği rektovezikal septum sağlamaktadır (51).

2.1.4.2. Pelvik Diyafram

Levator ani kas grubu ve koksigeus kasından meydana gelmektedir. Pelvik tabana aktif destek sağlamaktadır.

M. Koksigeus: Spina ischiadika ile sakrokoksigeal bölge arasında uzanır. Kasın origo ve insersiyosu hareketsizdir. Arka pelvik segmente destek sağlamaktadır. Koksigeus kası levator ani kasının bir parçası değildir, orijini ve fonksiyonu farklıdır; sinirsel innervasyonu S3-S4 sinirleri tarafından yapılmaktadır (43,52).

M. Levator Ani: Pelvik taban desteğinde en önemli role sahip olan kas grubudur. Pelvis tabanının ürogenital açıklık dışında kalan kısmında hamak şeklinde saran, pubisten koksikse kadar devam eden bir diaframdır. Levator ani kasları fasiyal tabakanın altında yer alır. Levator ani kasının üst kısmını örten fasiyal tabakaya levator aninin superior fasiyası ve alt kısmını örten fasiyaya levator aninin inferior fasiyası adı verilir. Bukas ile fasiya tabakalarının tamamına pelvik diyafram denir. Pelvik tabanın en zayıf bölümü olan, levator ani kasları arasında bulunan rektum, vagina ve üretranın geçtiği boşluğa ürogenital hiatus adı verilir (53). Ürogenital hiatus anteriorunda pubik kemikler ve levator ani kasları ile, posteriorunda ise perineal cisim ve eksternal anal sfinkter ile desteklenmektedir. Levator ani kasının normal bazal aktivitesi ile ürogenital hiatusu kapatarak üretra, mesane ve vaginaya indirekt ve rektum direkt destek sağlar. Levator ani kası bu şekilde tonik kasılmaları ile horizontal bir tabaka halini alır, pelvik taban ile organları sefalik yöne doğru çeker. Böylelikle karın içi basıncı mesane ve üretraya eşit olarak yansıtarak

istemli ve istemsiz idrar kaçırmaya engel olmaktır (20,43,54). Levator ani kası üç kısımdan oluşmaktadır: İleokoksigeus, pubokoksigeus ve pubovisseralis.

M.Pubokoksigeus: Kalın bir kas olup pubis kemiğinin iç kısmından başlayarak vagina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Anüs içinde internal ve eksternal sfinkterler arasında sonlanır. Fonksiyonuhorizontal planda rektum, vagina ve üretrayı desteklemek ve mesaneye destek sağlamaktır. Bu kasın kontraksiyonu ile fekal ve üriner kontrol sağlanır (20).

M. İleokoksigeus: M.Pubokoksigeus'a göre daha ince ve kas yaprağı şeklindedir (20).

M. Pubovisseralis (m. puborektalis): Ürogenital hiatus etrafında U şeklinde bir askı oluşturur. Rektum, vajina, mesane ve üretraya destek sağlayan levator ani kasıdır. Direkt vajinal duvara tutunarak mesane boynunun ve anterior vajinal duvarın kaldırılmasını sağlar. Kasın kasılması ürogenital hiatusu kaldırır ve kapatır (20).

Levator ani kasının innervasyonu pudental sinir aracılığıyla S2-S3-S4 sinirleri tarafından sağlanır.

2.1.4.3. Pelvik Sinirler

Alt üriner sistem lokal innervasyonu temel olarak periferik somatik motor ve duyu sistemleri ile, parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi aracılığı ile olmaktadır (52). Pelvik taban çizgili kaslarının motor inervasyonu S2-S4 segmentlerinden kaynaklanan pudental sinir yolu ile olmaktadır. Sempatik sinir sisteme ait alfa adrenerjik reseptörler, üretra düz kaslarında kontraksiyon yaparak mesanenin dolumunu sağlarken, beta adrenerjik reseptörler ise detrüsör kasın dilatasyonu sağlamaktadır. Mesane beta adrenerjik, üretra ise alfa adrenerjik organdır.

Mesanenin parasempatik sinir lifleri, S2-4 segmentinden çıkarak pelvik sinir ile detrüsör kasına ulaşır. Mesanenin motor kontrolü (kontraksiyon ve boşalma) bu sistem tarafından sağlanır. Parasempatik sinirlerin uyarılması ile detrüsör kası kontrakte olur, sfinkter gevşer ve mesane boşalır (55,56).

2.2. İşeme Nörofizyolojisi

İdrar oluşumundan böbrekler; idrarın depolanması ve etkili boşaltımından ise mesane, üreterler, üretra ve pelvik taban kasları sorumludur.

Alt üriner sistem sempatik, parasempatik ve somatik sinir sistemini içeren kompleks bir innervasyon ağına sahiptir. İdrar depolanmasını otonom sinir sisteminin sempatik lifleri, idrarın boşaltımını parasempatik lifleri sağlamaktadır. Somatik sinir sistemi ise pelvik taban çizgili kaslarını ve eksternal üretral sfinkterin innervasyonunu sağlamaktadır (57,58).

2.2.1. Merkezi Sinir Sistemi

Serebral kortekste superior frontal lob ve parasantral lobül detrüsör kası üzerinde inhibitör etki oluşturur. Serebellum ise, merkezi sinir sisteminin diğer bölümlerinden gelen uyarılara modulatör etki yapar. Mesane ve pelvik tabandan gelen uyarıları alır. Serebellumdan çıkan efferent impulslar pelvik taban tonusunun devam ettirilmesinde, detrüsör ve ürogenital sfinkterin koordineli çalışmasında önemli rol oynar. Ponsun ön kısmında bulunan pontin işeme merkezinden mesaneye giden impulsların çıkar (59,60). Spinal kord işemefizyolojisindeki en önemli ileti noktasıdır. Mesane ile beyin arasındaki iletişim spinak kord aracılığıyla sağlanır. Spinal işeme merkezi (S2-S4 segmentleri) ile mesanenin motor innervasyonu sağlanır. Periüretral, anal sfinkter ve pelvis çizgili kasların motor innervasyonu da S2-S4 segmentleri ile olmaktadır. Detrüsör kası ve ürogenital sfinkterden çıkan uyarılar sakral segmente ve sonrada pontin işeme merkezine gider. Pudental refleks organizasyonu spinal düzeyde meydana gelir. Bebeklik döneminde mesane dolumu sonrası pudental sinirin spina düzeyindeki refleks organizasyonu ile işeme gerçekleşir. Erişkinlerde afferent impulslar, sakral bölgeden spinal korda girer. Bir kısmı pudental sinir nöronları ile sinaps yapar, diğer kısmı pontin işeme merkezine çıkar (35).

2.2.2. Periferik Sinir Sistemi

Alt üriner sistem innervasyonu açısından değerlendirildiğinde periferik sinir sistemi, otonom sinir sistemi ve somatik refleks yol olmak üzere 2 kısımdan oluşmaktadır.

Otonom sinir sistemi birbirine zıt etki oluşturan sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinden oluşur. Sempatik sistem idrar depolamasından sorumlu iken, parasempatik sistem idrar boşaltılmasından sorumludur (35).

Somatik refleks yol ise pelvik taban kaslarının bir kısmı ve eksternal üretral sfinkterin kontrolünden sorumludur. Sempatik sistem, spinal kordun T10-L2 bölgesinden orijin alır, innervasyonda etkin nörotransmitter noradrenalindir. Alfa ve beta reseptörler üzerine etki eder. Detrüsör kasın gevşemesi ve sfinkter tonusunun artışıdan sorumlu olup idrarın depolanmasını sağlar. Alfa reseptörler mesane boynu ve üretrada bulunur, uyarılmasıyla sfinkter tonusu artar ve kapanma sağlanır. Mesanenin diğer kısımlarında ise beta reseptörleri çoğunluktadır, detrüsör kasın gevşemesini sağlayarak mesanenin tonusunu azaltır. Parasempatik sistem, sakral spinal kordun S2-S4 bölgesinden orijin alır, innervasyonda etkin nörotransmitter asetilkolindir. Parasempatik sistem detrüsör kasın kasılmasıyla mesanenin boşaltımından sorumludur.

Somatik sinir sistemi lifleri, sakral spinal kordun S2-S4 bölgesindeki ön boynuzda Onuf çekirdeğinden orijin alırlar. Somatik uyarı, eksternal üretral sfinkter ve pelvik taban çizgili kaslarının bir kısmının kontrolünü sağlar (61).

2.2.3.İşeme Siklusu

İşeme, dolma/depolama ve kontraksiyon/boşaltma olmak üzere başlıca iki aşamadan oluşur.

Depolama Fazı: Mesane duvarındaki proprioseptif gerilme reseptörlerinin afferent uyarıları S2-4 üzerinden subkortikal merkezlere gider ve burada detrüsör kasın aktivitesi otonomik olarak baskılanır. Mesanenin dolum fazı sırasında mesane içindeki idrar miktarı artarken mesane içi basınçta artış olmaz, buna kompliyans denilir. Bunun sebebi mesane duvarındaki düz kaslar ve bağ dokusunun viskoelastik yapıda olmasıdır, dolum esnasında bu kas liflerinin uzunlukları normalin 4 katına kadar artabilir, bu duruma da akomodasyon adı verilir. Mesane hacmi ortalama 300 ml'ye ulaştığında bu durum basınç reseptörleri aracılığıyla kortikal olarak hissedilir ve ilk idrara çıkma isteği duyulur. İdrarı mesanede depolayabilme yeteneğine kontinans denir. Mesanenin daha fazla dolması ile kontinansı sürdürmek için

sempatik uyarılarda artış olur, sempatik sinir sisteminin alfa adrenerjik reseptörleri üretra içi basınçta artış ve internal sfinkterde kasılmaya sebep olur. Beta adrenerjik reseptörler detrüsör kasının gevşemesini sağlar ve mesane kontraksiyonlarını önler. Eksternal üretral sfinkterin istemli kontrolü n.pudendalisin uyarılması ile koruyucu refleksi ve üretra içi basıncı daha fazla artırır. Mesane distansiyonunda artış ile ortaya çıkan duyuşsal uyarılar, uygun zaman ve ortam sağlandığında istemli işemeye yol açar (62-65).

İşeme Fazı: Mesane hacmi 300-400 ml'yi aştığında intravezikal basınç artışıyla mesane distansiyonu olur ve işeme fazını başlatır. Mesane distansiyonu ile afferent uyarılar, mesaneden pelvik sinir ile supraspinal işeme merkezine ulaşır. Pontin işeme merkezinden gelen uyarıların, S2-4 segmentlerinden gelen parasempatik uyarıların ve serebral inhibitör uyarıların sakral işeme merkezine etkilerinin baskılanmasıyla efferent parasempatik uyarı oluşur. Periferik asetilkolinin etkisiyle detrüsör kası kasılmaya başlar, beraberinde sempatik sinir aktivitesinde azalma parasempatik uyarıların aktive olmasına izin verir ve somatik baskılanma ile istemli eksternal sfinkterde direnç azalır (66-68). Mesane boynu ve üretranın proksimali huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilerek üretravezikal açıyı düzleştirir ve idrar akışı başlar. İşeme fazı sonlandığında üretral çizgili kaslar ve pelvik taban çizgili kasları kasılır. Mesane boynu, simfizis pubise doğru yükselir. Üretra içi basınç artar. Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrüsör kasını gevşetir. Spinal işeme merkezinin istemsiz baskılanması ile depolama fazı tekrar başlar (69,70).

2.3. Üriner İnkontinans Tanımı ve Sınıflaması

Uluslararası Kontinans Derneği, üriner inkontinansı her türlü idrar tutamama şikayeti olarak tanımlamaktadır. Üriner inkontinans bir hastalık değil semptomdur ve pek çok patolojiye bağlı olarak ortaya çıkabilir (71,72). Üriner inkontinans yakınmaları neden, tip, şiddet, sıklık, predispozan faktörler, sosyal etki, hijyen ve yaşam kalitesine etkisi açısından da değerlendirilerek tanımlanmalıdır (73).

Üriner inkontinans tiplerini şu şekilde sınıflandırılabiliriz:

2.3.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans

Hapşırarak, öksürmek, gülmek gibi karın içi basıncı artıran aktiviteler, ani pozisyon değişikliği veya fiziksel bir egzersiz ile ortaya çıkan idrar kaçırma durumudur (74,75). Genç kadınlarda en sık görülen inkontinans tipidir. Yaşlı hastalarda ikinci sıklıktadır. Erkeklerde sık görülmeyp daha çok transüretal ya da radikal prostatektomi sonrası görülebilir (76). Pelvik taban kaslarının zayıflığı ile ortaya çıkan mesane çıkışı ve üretranın hiperbilitesi en sık görülen sebeplerdir. Bir diğerk sebep ise intrensek sfinkter yetmezliğı olup kontinansın olması için üretranın ideal şekilde kapanması için yeterli yumuşaklıkta olması gereklidir, intrensek sfinkter yetmezliğı olan bireylerde üretral travma, skar dokusu veya mukozal atrofi olduğundan sfinkter tam kapanamaz ve stres tipi üriner inkontinans gelişir. Östrojen eksikliği, geçirilmiş pelvik ameliyatlara ve sık vajinal doğum, sfinkteri zayıflatarak stres tipi üriner inkontinansa sebep olabilmektedir (77). Hastalar karın içi basıncı artıracak egzersizler yapmadıklarında ve mesanelerinin boş olduğu zamanlarda şikayetleri gerilediğinden, sık idrara çıkarak mesanelerini boş tutmaya çalışmaktadırlar (78).

2.3.2. Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans (Urge İnkontinans)

Acil idrara sıkışma hissi ile birlikte veya sıkışma hissini takiben gelişen idrar kaçırma durumudur. Detrüör kasın aşırı aktivitesi sonucunda ortaya çıkar. Detrüör hiperaktivitesi duyusal ve nörolojik sebeplerle oluşabilmektedir. Duyusal sebepler; alt üriner sistem enfeksiyonu, lokal irritasyona sebep olan taş, yabancı cisim vb olmasıdır. Nörolojik sebepler; serebral inhibisyonun kalkmasıyla detrüör kasın aktivitesini artıran Alzheimer, Parkinson, spinal kord tümörleri gibi hastalıklardır (79). Sık idrara çıkma, gece idrara çıkma gibi semptomlar da eşlik edebilmektedir (74).

2.3.3. Karışık (Miks) Tipte Üriner İnkontinans

Hem sıkışma hem de stres tipi idrar kaçırma biçimlerinin bir arada bulunması durumudur (74). Tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte geriatrik popülasyonda sıklığı artmaktadır.

2.3.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Yaş ve Cinsiyet: İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Prevalans yaşla birlikte artar. Bu nedenle birçok hasta idrar kaçırmayı yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul eder. Yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinde, mesane kompliyansında (idrar yapmayı erteleme yeteneğinde) ve idrar akım hızında azalma olur. Ayrıca inhibe edilemeyen mesane kasılmaları ve işeme sonrası reziduel idrar miktarı, yaşlanmayla birlikte artmaktadır (80). Kondo ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınlarda stres tip üriner inkontinansın 50'li yaşlardan sonra azaldığını, sıkışma tipi UI sıklığının yaşla birlikte arttığını tespit etmişlerdir (81).

İrk: Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinans ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Eskimo'lar, Çin halkı ve Afrika kökenli halkta, kadınlarda Üİ prevalansı daha düşük saptanmıştır. Siyah ırka stres inkontinans daha az sıklıkta, sıkışma inkontinans ise daha sık görülmektedir (82).

Seks hormonları ve Menopoz: Üriner sistem ile embriyolojik olarak aynı kökenden gelişen genital organlarla yakın ilişki içindedir. Vajina ile aynı embiyolojik kökenden gelişen pelvik taban kasları, üretra ve mesanede östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Menopozla östrojen üretiminde azalma ve dokularda gelişen atrofik değişiklikler sonucu dizüri, nokturi ve üriner inkontinans gibi semptomların görülme sıklığı artar (69). İlerleyen gebelik haftalarında uterusun mesaneye baskı yapması sonucupollaküri ve stres tip üriner inkontinans görülebilir. Genellikle doğumdan sonra şikayetler gerilemektedir (83).

Doğum: Doğumun pelvik taban kaslarındaki gevşeme sonucu alt üriner sistem organlarının yapı ve pozisyonunda bozulmaya; pelvik sinirlerin epizyotomi, vakumla çekme, forseps kullanılması veya iri bebek doğumu gibi sebeplerle hasar görmesine; eksternal sfinkter hasarına bağlı olarak üriner inkontinansa sebep olabileceği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan kadınlarda pelvik taban kasları daha güçlüdür ve normal doğum yapanlara göre daha üriner inkontinans insidansı daha düşük saptanmıştır (83).

Sigara: Sigara kullanımı ile mesane içi basınç artar, kollajen sentezi azalır, östrojen seviyesi azalır. Sigara kullanımına bağlı şiddetli öksürmenin etkisiyle sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonu bozulur. Üriner inkontinansın tüm tiplerinin ortaya çıkmasına sebep olduğu bildirilmektedir (84).

Obezite ve Kronik Kabızlık: Karın içi basıncın kronik olarak artmasına neden olan her durum, üriner inkontinansın oluşmasına ve semptomların artmasına sebep olmaktadır. Vücut kitle indeksi, daha çok stres inkontinansla ilişkili olmakla birlikte sıkışma tipi inkontinansa da sebep olabilmektedir. Bir çalışmada, VKİ 25-30 arasında olanlarda üriner inkontinans olasılığı 1,3 iken, VKİ 40'ın üzerinde ise 3,29 saptanmıştır (85). Kronik konstipasyon, pelvik duvarı gererek ve pelvik taban kaslarının kasılmasını önleyerek stres tipi üriner inkontinansa sebep olabilmektedir.

Histerektomi: Histerektomi sırasında kas ve fasya hasarlanmaları, pelvik sinir ve pelvik destek yapıların yaralanmaları, vajinanın kısaltılması, östrojen eksikliği üriner inkontinansa sebep olabilmektedir (86).

Pelvik Organ Prolapsusu: Stres tipi üriner inkontinans ile pelvik organ prolapsus genellikle pelvik taban yetmezliğinden kaynaklanmaktadır, bu sebeple birlikteliği de sıklıkla görülmektedir (87).

Radyoterapi: İnvaziv mesane kanseri tedavisinde radyoterapi uygulanan hastalarda; mesanede fibrozis gelişmesi ve sinirsel iletimin hipersensitivitesi ile pollaküri, sıkışma semptomları ve üriner inkontinans görülebilmektedir.

Spinal Kord Yaralanmaları ve Nörolojik Hastalıklar: Spinal kord yaralanmaları, multipl skleroz, anterior spinal arter sendromu ve diyabetik nöropati gibi hastalıklarda Üİ görülebilir. Multiple skleroz ve diyabetik nöropati sinir sistemi hasarına neden olduğundan, pelvik sinir hasarı ile Üİ görülebilir. Spinal kord yaralanmalarında en sık detrüsör kasta instabiliteye bağlı Üİ yapar.

İdrar Yolu eEksiyonu: Yetersiz sıvı alımı, üriner sistemde taş, diyabetes mellitus, geçici ya da kalıcı kateterizasyonlar sık tekrarlanan üriner enfeksiyon yaparak mukozal inflamasyon oluşturmakta ve istemsiz olarak detrüsör kasın kontrakte olmasına yol açmaktadır (82).

İlaçlar: Üretra içi basıncı alfa adrenerjik etkili ilaçlar artırmakta, beta adrenerjik etkili ilaçlar ise azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan, alfa adrenerjik reseptör blokörler proksimal üretrayı gevşetir, üretral sfinkter yetmezliğine sebep olarak Üİ yapmaktadır. Ayrıca arasında diüretikler, narkotik analjezikler, alkol, Parkinson hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar, ankiyolitik ve antipsikotikler de Üİ'ye sebep olabilmektedir (9).

Aile Hikayesi: Birinci derece yakınlarında üriner inkontinans öyküsü olan bireylerde stres inkontinans gelişme riski daha fazladır ve semptomları daha şiddetli olmaktadır (88).

2.4. Major Depresyon

2.4.1. Major Depresyon Tanımı ve Prevalansı

Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları olan duygusal bir yaşantıdır. Çökkün duygulanım, enerjiazlığı, ilgisizlik, isteksizlik, zevk alamama, suçluluk duyguları, özgüven azalması, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlarla seyreden bir duygudurum bozukluğudur (89). Aile hekimliğine başvuran hastalarda, hipertansiyondan sonra en sık görülen hastalık major depresyondur. Türkiye Psikiyatri Derneği 2017 yılı verilerine göre birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda, %11,6 oranında depresyon görülmektedir (90). Major depresif bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19,6 oranındadır (91). Depresyon en sık 40-59 yaş arasında ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir (5).

Üriner inkontinans bireyin benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, kötü kokunun çevresi tarafından duyulması korkusu ile sosyal aktivitelerden kaçınma ve içe kapanma gibi olumsuz psikososyal etkiler oluşturmaktadır (92). Bu psikososyal etkiler uzun dönemde depresif semptomların oluşmasına sebep olmaktadır.

2.4.2. Major Depresyonda Belirti ve Bulgular

Major depresif bozukluk tanı ölçütlerine (DSM-V) göre; ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün, gününbüyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki

semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gereklidir. Semptomlardanbiri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmak zorundadır.

- Depresif ruh hali, üzüntü, çökkünlük, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- İştahta azalmaveya kilo değişikliği
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Düşük enerji
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Konsantrasyon eksikliği
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Ayrıca bu belirtilerin madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkileri ile oluşmaması gerekmektedir (19).

2.5. İdrar Kaçırmanın Yaşam Kalitesine Etkileri

DSÖ yaşam kalitesini "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültürve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" olarak açıklamaktadır (93). Üriner inkontinans bireylerin sosyal ilişkilerini sınırlandırmakta, başkalarına bağımlı hale gelmelerine sebep olmakta, depresyon anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (1).

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda erkeklerde %13-47, kadınlarda %16-37 yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (94-96).

2.5.1. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

- Klinik durum: hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar
- Sağlık bakımı: uygulanan tedaviler, önerilen uygulamalar
- Yaşam şekli: beslenme durumu, egzersiz, sigara-alkol kullanımı
- Yaşam Durumu: sosyal destek

- Demografik Özellikler: ırk, gelir durumu, eğitim düzeyi
- Ulaşım
- Kültür, alt başlıkları ile değerlendirilir (97,98).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri 2 sınıfa ayrılarak incelenebilir:

Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Sağlık problemlerinin toplumun tüm kesimlerinde yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek için kullanılan ölçeklerdir (99). Genel yaşam kalitesi ölçekleri üriner inkontinansı olan bireylere uygulandığında, ölçeğin duyarlılığı düşük olduğundan tedavi başarısını değerlendirmede yetersiz kalabilmektedir.

Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Hastalığa bağlı ortaya çıkan yaşam kalitesi değişikliklerini bulmak amacıyla oluşturulan ölçeklerdir (100). Üriner inkontinanslı bireylere uygulanan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları şunlardır;

- İncontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)
- Ürogenital Distres Envanteri
- Symptom Impact Questionnaire
- International Quality of Life (I-QOL),
- King Sağlık Anketi
- Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS)

Üriner inkontinansın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkileri;

- Semptomlar: işeme sıklığı, üriner inkontinansın şiddeti, noktüri olup olmaması
- Üriner inkontinansın tipi
- Ped kullanma gereksinimi olup olmaması
- Kendi ve baş etme becerileri hakkındaki duyguları
- Üriner inkontinansıyla ilişkili etiketlenme durumu ya da fobisinin varlığı
- Cinsel fonksiyon bozukluğu oluşturup oluşturmadığı sorgulanarak değerlendirilir.

Üriner inkontinansın sosyal yaşamdakısıtlanma, günlük aktivitelerde kısıtlanma, depresyon ve anksiyete gibi duygu durum bozuklukları, cinsel isteksizlik gibi etkileri sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri ile saptanabilmektedir (98).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Prospektif tipte düzenlenen bu tanımlayıcı, kesitsel çalışma 1 Aralık 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler ile yapılmıştır.

Katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştiren sosyodemografik verilere yönelik anket ve depresyon taramasına yönelik Zung depresyon ölçeği, idrar kaçırma yakınmasını değerlendirmek amacıyla ICIQ-SF (Türkçe versiyon) kullanılmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için King Sağlık Anketi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği 32 hastaya uygulanarak ön çalışma yapılmıştır. Faktör analizi yapılarak değerlendirilen anketlerden King Sağlık Anketi çalışmadan çıkarılarak yaşam kalitesini değerlendirmek için İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Anketler 1 Aralık 2018- 1 Şubat 2019 tarihleri arasında İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan tüm hastalara uygulanmıştır.

Örneklem sayısı; evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak %5 hata payı ile, kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %50,3, erkeklerde %20 alınarak hesaplandığında, 249 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir (101,102). Anketler 250 kişiye uygulanmıştır.

3.3.Çalışmanın Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- 1.Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamı alınmış olma
- 2.Herhangi bir sebeple İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvurmuş olma
- 3.40 yaş üstü çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireyler
- 4.Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olma

5.Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak

3.3.2. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri

1.Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

2.40 yaşından küçük olma

3.Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olmama

4.Dil bilmeme

5.El becerisi ile ilgili problemi olma

6.Anket formunu eksik doldurmuş olma

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri anketi

Sosyodemografik veri anketi araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, meslek, sigara kullanma durumu, boyu, kilosu, kronik hastalık varlığı, düzenli kullandığı ilaçları, geçirdiği ameliyatlara, fiziksel aktivite yapma durumu ve idrar kaçırma şikayetinin varlığının sorgulandığı 13 soruluk demografik veri anketi hastalardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğı ile araştırmacı tarafından katılımcılara uygulandı.

3.4.2. Zung Depresyon Ölçeğı

William W.K. Zung tarafından 1965 yılında oluşturulan Zung depresyon ölçeğinin 2001 yılında Başaran Gençdoğan tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek, yapılan tez çalışmasında depresyon taraması amacıyla kullanılmıştır. Ölçek 10 düz, 10 revers (ters yönde puanlanan ifadeler) olmak üzere 20 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde, dört seçenekli olup Likert tipi seçenekler ile (hiçbir zaman/ bazen/ sık sık/ her zaman) depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmektedir. Ölçekte 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 ve 19. maddeler düz; 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. maddeler revers olarak puan alır. Düz maddeler 1-2-3-4 şeklinde puan alırken, revers maddeler 4-3-2-1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük ham puan 20, en yüksek ham puan 80'dir. Ham puana göre kesme noktalarına bakıldığında, 40'ın altında normal, 40-47

arasında en hafif düzeyde depresyon, 48-55 arasında orta-belirgin düzeyde depresyon, 56 ve üzerinde şiddetli-en ileri düzeyde depresyon olarak tanımlanmaktadır (103).

3.4.3.Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Türkçe Versiyon (ICIQ-SF Türkçe versiyon)

Avery ve arkadaşları tarafından oluşturulan anketin, Bülent Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (104). Bu çalışmada, hastaların idrar kaçırma yakınmasını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu anket idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın algılanan nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. İdrar kaçırmanın ne sıklıkla olduğu, idrar kaçırmanın miktarı ve günlük yaşama etkisi ICIQ-skorunun hesaplanması için puanlanır. Ölçeğin idrar kaçırmaya neden olan durumları sorgulayan sorusu, idrar kaçırma tipinin belirlenmesi için kullanılır. Ölçekten alınabilecek puan 0-21 arasındadır. Çetinel ve ark.'nın yaptıkları farklı bir çalışmada, ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca ICIQ-SF skorunun yüksek olması yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilediğini göstermektedir (104,105).

Üriner inkontinans yakınması ICIQ-SF ölçeğinin dördüncü sorusu ile sınıflandırılmıştır. Öksürme ve egzersizle idrar kaçırma yakınması “stres tipi idrar kaçırma”, tuvalete yetişememe ile oluşan idrar kaçırma yakınması “sıkışma tipi idrar kaçırma”, her iki yakınmanın bir arada görüldüğü idrar kaçırma tipi “miks idrar kaçırma” olarak adlandırılmıştır (106).

3.4.4.King Sağlık Anketi

Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2011 yılında Akkoç ve ark. tarafından yapılan King Sağlık Anketi 8 başlıktan oluşup 20 soru içermektedir (107).

Bu çalışmaya başlarken 32 kişi ile yapılmış olan ön çalışmada İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve King Sağlık Anketi soruları karşılaştırılarak uygulanan faktör analizi sonucunda King Sağlık Anketi çalışmamızdan çıkarılmıştır.

3.4.5. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

Wagner ve arkadaşları tarafından Amerika'da 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçeğin, 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar düzenlenmesi ile Avrupa versiyonu oluşturulmuştur (108). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. Anket 22 maddeden oluşmaktadır.

Her bir madde, 5 seçenekli likert tipi (çok fazla/ oldukça/ orta düzeyde/ biraz/ hiç) ölçekle değerlendirilmektedir. Verilen cevaplar sırasıyla 1-2-3-4-5 olarak puanlanmaktadır. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği 3 alt boyuttan oluşmaktadır: davranışları sınırlama ve kaçınma (1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20. maddeler), psikolojik etkilenme (5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22. maddeler) ve sosyal yaşamı sınırlandırma (8.,12.,14.,18.,19. maddeler).

Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (37,109).

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences ver. 22.0 (SPSS) programına girildi ve istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı. Kişilerin sosyodemografik verilerini inceleyen anket sayısal ve yüzdesel olarak incelendi. Anket soruları kendi içerisinde istatistiksel anlamlılık için ki-kare testi ile değerlendirildi. İkinci olarak Zung depresyon ölçeği değerlendirildi. Buna göre çalışma grubu depresyon gruplarına ayrıldı. Ortalama standart sapma puanları saptandı. ICIQ-SF iki gruba ayrıldı. Ortalama puanlar ve tanımlayıcı istatistikler, sayı ve yüzde ile ifade edildi. Sosyodemografik veriler kendi içerisinde istatistiksel anlamlılıklarına bakılarak rakamsal veriler t testi ile rakamsal olmayan veriler ki-kare testi ile değerlendirildi. Her 3 test için ortalama kesme puanları da dikkate alınarak bu testlerin ortama skorları oluşturuldu ve kişilerin aldıkları puanlar

kendi arasında ortalama t testi ile istatistiksel anlamlılık açısından değerlendirildi. Sonuçlar %99 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Çalışma ile ilgili literatür taramasında; yaşam kalitesini değerlendirmek için King Sağlık Anketi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)'nin ağırlıklı olarak kullanıldığı gözlenmiştir. Çalışmada kullanılan anket sorularının fazlalığı da göz önüne alınarak; bu iki ölçekten sadece bir tanesinin kullanılmasının yeterli olacağı düşünülmüş; 32 hasta üzerinde anketler uygulanarak ön çalışma yapılmıştır.

Ön çalışmada; öncelikle King Sağlık Yaşam Anketi'ne verilen sorular için "Güvenirlilik analizi" bakılmıştır. Bu ankete göre çalışma grubunun Crohnbach alfa sayısı 0,953 ile "yüksek derecede güvenilir" bulunmuştur. Aynı analiz İnkontinans Yaşam Kalitesi ölçeği için tekrarlandığında; bu ölçek için de Crohnbach alfa sayısı 0,965 ile "yüksek derecede güvenilir" bulunmuştur. (Crohnbach alfa sayısı; 0.0 ile 0.4 arasında ise ölçek 'güvenilir değildir' ; 0.4 ile 0.6 arasında ise ölçek 'düşük derecede güvenilir' ; 0.6 ile 0.8 arasında ise ölçek 'Oldukça güvenilir' ; 0.8 ile 1 arasında ise arasında ise ölçek 'Yüksek derecede güvenilir').

Yüksek derecede güvenilir saptanan her iki anketten hangisinin kullanılacağına karar vermek için, faktör analizi uygulanmıştır. Her bir anketin bir faktörü temsil ettiği varsayımı üzerinden analiz gerçekleştirildiğinde; rotasyon analizinde her iki anketin bileşenlerinin eşit oranda temsil edildiği ve bileşenlerin her iki anketi de kapsadığı gözlenmiştir.

Güvenirlilik ve faktör analizi sonucu her ikisi de yüksek derecede güvenilir bulunan ve soru içeriği açısından birbirini kapsayan anketlerden; King Sağlık Anketi, çok fazla soru içermesi ve doldurulması güç olduğundan, çalışmadan çıkarılarak yaşam kalitesini değerlendirmek için İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) kullanılmıştır.

4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu çalışmaya İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğine başvuran 250 hasta katılmıştır. Katılımcıların 167'si (%66,8) kadın ve 83'ü (%33,2) erkektir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 56,16±11,54, erkek

katılımcıların yaş ortalaması 60,26±12,72 olarak saptandı. Katılımcılara ait diğer sosyodemografik veriler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Yaş	65 yaş altı	178	71.2
	65 yaş ve üstü	72	28.8
Cinsiyet	Kadın	167	66.8
	Erkek	83	33.2
Medeni Durum	Bekar	26	10.4
	Evli	156	62.4
	Dul/boşanmış	68	27.2
Öğrenim Durumu	Okuma-yazma bilmiyor	6	2.4
	Sadece okuma-yazma biliyor	29	11.6
	İlkokul	90	36
	Ortaokul	38	15.2
	Lise	45	18
	Üniversite	31	12.4
	Yüksek lisans	11	4.4
Meslek	Memur	32	12.8
	İşçi	38	15.2
	Emekli	43	17.2
	Esnaf	20	8
	İşsiz	6	2.4
	Ev hanımı	105	42
	Diğer	6	2.4
Gelir Durumu	0-1500 tl	78	31.2
	1500-3000 tl	80	32
	3000-4500 tl	42	16.8
	4500 tl üzeri	50	20
Sigara İçme Durumu	Hiç içmemiş	148	59.2
	Önceden içip, bırakmış	49	19.6
	Halen içiyor	53	21.2

Sosyodemografik veriler sonrası; katılımcılar vucüt kitle indekslerine göre sınıflandırıldı. Katılımcıların ortalama vucut kitle indeksi $28,92 \pm 5,82$ olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Vucut Kitle İndekslerine göre Sınıflandırılmaları

		Sayı	Yüzde
VKI	18,5 altı(zayıf)	2	0.8
	18,5-24,9 arası(normal)	62	24.8
	25-29,9 arası (fazla kilolu)	82	32.8
	30-34,9 arası (1.derece obez)	67	26.8
	35-39,9 arası (2. Derece obez)	27	10.8
	40 ve üzeri (morbid obez)	10	4

Katılımcıların %33,2'sinin (83 kişi) bilinen hastalığı yoktu. Katılımcılarda görülen kronik hastalıklar aşağıdaki tabloda açıklanmıştır (tablo 3). Diğer hastalıklar; Alzeihmer hastalığı, inme, KOAH, koroner arter hastalığı ve psikiyatrik hastalıklar (majör depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu) olup tek alt başlık altında toplanmıştır.

Tablo 3. Katılımcılarda görülen kronik hastalık verileri

	Sayı	Yüzde
Obezite	18	7.2
DM	40	16
Hipertansiyon	77	30.8
Hiperlipidemi	35	14
Diğer*	55	19.6

*Alzeihmer, İnme, Koroner arter hastalığı, KOAH, Psikiyatrik hastalıklar

Çalışmaya katılan bireylerin %33,6'sında (84 kişi) geçirilmiş ameliyat öyküsü vardı. Ameliyat öyküsü olan katılımcıların %39,3'ü (33 kişi) ürojinekolojik bir ameliyat geçirmiş olarak saptandı.

Bu çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumları aşağıdaki tabloda açıklanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Verileri

		Sayı	Yüzde
Egzersiz yapma durumu	Yapmıyor	129	51.6
	Nadiren	67	26.8
	Haftada 1-2 kez	39	15.6
	Haftada 3-4 kez	15	6

Sosyodemografik veriler kendi içerisinde değerlendirildiğinde istatistiksel anlamlılık saptanan bulgular şunlardır:

Cinsiyet ile gelir arasında istatistiksel anlamlılık vardır, kadınların gelirinin erkeklere göre daha az olduğu saptandı (p:0,001 r:0,172). Cinsiyet ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel anlamlılık vardır, kadınlar erkeklere göre daha az sigara kullanmaktadır (p:0,000 r:0,268). Cinsiyet ile üriner inkontinans arasında istatistiksel anlamlılık vardır, kadınlar erkeklere göre daha fazla üriner inkontinans yaşamaktadır (p:0,030 r:0,185).

Eğitim düzeyi ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel anlamlılık vardır, eğitim düzeyi arttıkça vücut kitle indeksi azalmaktadır (p:0,000 r:-0,284). Eğitim düzeyi ile egzersiz yapma sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık vardır, eğitim düzeyi arttıkça egzersiz yapma sıklığı artmaktadır (p:0,000 r:0,455)

Meslek grupları ile egzersiz arasında istatistiksel anlamlılık vardır; ev hanımı ve işsizler, işçi ve memurlara göre daha az egzersiz yapmaktadır (p:0,000 r:-0,270).

Üriner inkontinans ile vücut kitle indeksi arasında istatistiksel anlamlılık vardır, üriner inkontinansı olanlarda vücut kitle indeksi daha fazla saptandı (p:0,033 r:0,114).

4.2.Üriner inkontinans ile Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi

Katılımcıların 82'sinin (%32,8) üriner inkontinans yakınması olup 168'inin üriner inkontinans yakınması yoktu. Üriner inkontinansı olanların 65'i (%79,2) kadın, 17'si (%20,7) erkekti (Tablo 5).

Tablo 5.Cinsiyete göre üriner inkontinans görülme sıklığı

		Kadın	Erkek	Toplam
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Üriner İnkontinans	Evet	65 (%38.9)	17 (%20.5)	82 (%32.8)
	Hayır	102 (%61.1)	66 (%79.5)	168 (%67.2)
Toplam		167 (%100)	83 (%100)	250 (%100)

Katılımcıların medeni hali ile üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki yoktur (p:0,499).

Eğitim düzeyinin artması ile üriner inkontinans arasında istatistiksel anlamlılık vardır, eğitim düzeyi azaldıkça üriner inkontinans sıklığı artmaktadır (p:0,001 r:0,212).

Çalışmaya katılan 65 yaş üstü bireylerde, 65 yaş altı bireylere göre daha sık üriner inkontinans görülmektedir (Tablo 6) (p:0,013).

Tablo 6. Yaş Gruplarına göre Üriner İnkontinans görülme sıklığı

		65 yaş altı	65 yaş ve üzeri	Toplam
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)
Üriner İnkontinans	Evet	50 (%28.1)	32 (%44.4)	82 (%32.8)
	Hayır	128 (%71.9)	40 (%55.6)	168 (%67.2)
Toplam		178 (%100)	72 (%100)	250 (%100)

Haftada 3 gün ve üzeri egzersiz yapan katılımcılarda, egzersiz yapmayanlara göre üriner inkontinans daha az görülmektedir (p:0,008 r:0,187) (Tablo 7).

Tablo 7. Egzersiz Yapma Durumu ile Üriner İnkontinans İlişkisi

		Egzersiz				Toplam
		Yapmıyor	Nadiren	Haftada 1-2 gün	Haftada 3 gün ve üzeri	
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Üriner İnkontinans	Evet	55 (%42.6)	15 (%22.4)	8 (%20.5)	4 (%26.7)	82 (%32.8)
	Hayır	74 (%57.4)	52 (%77.6)	31 (%79.5)	11 (%73.3)	168 (%67.2)
Toplam		129 (%100)	67 (%100)	39 (%100)	15 (%100)	250 (%100)

Üriner inkontinans ile hipertansiyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık vardır, üriner inkontinansı olanlarda hipertansiyon sıklığı daha fazladır (p:0,011 r:0,161).

Üriner inkontinans ile diyabetes mellitus sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık vardır, üriner inkontinansı olanlarda diyabetes mellitus sıklığı daha fazladır (p:0,031 r:0,133).

Üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre vücut kitle indeksinin daha fazla olduğu saptandı (p:0,000 r:-0,222) (Tablo 8).

Tablo 8. Vücut Kitle İndeksi ile Üriner İnkontinans İlişkisi

Üriner inkontinans	Vücut Kitle İndeksine göre Kategoriler						
	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	1.derece obezite	2.derece obezite	Morbid obezite	Total
	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)
Evet	0 (%0)	18 (%29)	15 (%18.3)	24 (%35.8)	16 (%59.3)	9 (%90)	82 (%32.8)
Hayır	2 (%100)	44 (%71)	67 (%81.7)	43 (%64.2)	11 (%40.7)	1 (%10)	168 (%67.2)
Total	2 (%100)	62 (%100)	82 (%100)	67 (%100)	27 (%100)	10 (%100)	250 (%100)

Üriner inkontinans ile ürojinekolojik ameliyatlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p:0,97).

Üriner inkontinans ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (p:0,438).

Üriner inkontinans tiplerinin görülme sıklıkları aşağıdaki tabloda açıklanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Üriner İnkontinans Tipleri

	Sayı	Yüzde
Sıkışma tipi inkontinans	24	29.3
Stres tipi inkontinans	30	36.6
Miks tip inkontinans	28	34.1
Toplam	82	100

Üriner inkontinans tipleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p:>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyete göre Üriner İnkontinans Tipleri

	Kadın	Erkek	Toplam
	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)	Sayı (yüzde)
Sıkışma tipi inkontinans	19 (%29.2)	5 (%29.4)	24 (%29.3)
Stres tipi inkontinans	24 (%36.9)	6 (%35.3)	30 (%35.6)
Miks tip inkontinans	22 (%33.8)	6 (%35.3)	28 (%34.1)
Toplam	65 (%100)	17 (%100)	82 (%100)

4.3.Zung Depresyon Ölçeği İstatistikleri

Çalışmaya katılan tüm bireylere uygulanan Zung depresyon ölçeğine göre katılımcıların 169'unun (%67,6) psikopatolojik bulgusu yoktu (normal), 42 (%16,8) katılımcıda hafif depresyon, 28 (%11,2) katılımcıda orta şiddetli depresyon ve 11 (%4,4) katılımcının şiddetli depresyon semptomları gösterdiği saptandı (Tablo 11).

Çalışmaya katılan tüm bireylere uygulanan Zung depresyon ölçeği ile katılımcılar, psikopatolojik bulgusu olmayan (normal) ve depresyonun şiddetine göre yapılan sınıflama ile 4 gruba ayrılarak, aşağıdaki tabloda açıklanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Zung depresyon ölçeği sınıflandırması

	Sayı	Yüzde	Ortalama puan	St. Sapma
Normal	169	67.6	29.98	4.92
Hafif depresyon	42	16.8	43.92	2.41
Orta depresyon	28	11.2	50.14	2.33
Şiddetli depresyon	11	4.4	59.45	2.94
Toplam	250	100	35.88	10.01

Üriner inkontinansı olan katılımcıların ortalama Zung depresyon ölçeği puanı (39,23±10,83), Üİ olmayanların Zung depresyon ölçeği puanına (34,24±9,18) göre daha yüksek olarak saptanmış olup Tablo 12’de açıklanmıştır.

Tablo 12. Üriner İnkontinansı olan ve olmayanlarda Zung depresyon ölçeği ortalama puanları

		Sayı	Ortalama Zung Ölçeği Puanı	St. Sapma
Üriner İnkontinans	Evet	82	39.23	10.83
	Hayır	168	34.24	9.18
Toplam		250	35.88	10.01

Üriner inkontinansı olan katılımcıların Üİ şikayeti olmayanlara göre, Zung depresyon ölçeği ile değerlendirildiğinde depresyon şiddeti daha fazla olarak saptanmıştır (p:0,001 r:-0,194) (Tablo 13).

Tablo 13. Üriner İnkontinans ile Zung depresyon ölçeğine göre belirlenen depresif duygu durum sınıflarının ilişkisi

	Üriner İnkontinans		Toplam
	Evet	Hayır	
Zung Depresyon Ölçeğine göre;	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Normal	45 (%54.9)	124 (%73.8)	169 (%67.6)
Hafif depresyon	18 (%22)	24 (%14.3)	42 (%16.8)
Orta-belirgin depresyon	10 (%12.2)	18 (%10.7)	28 (%11.2)
Şiddetli depresyon	9 (%11)	2 (%1.2)	11 (%4.4)
Toplam	82 (%100)	168 (%100)	250 (%100)

Üriner inkontinansı olan hastalarda idrar kaçırma sıklığı aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. İdrar kaçırma sıklığı

	Sayı	Yüzde
Haftada bir ya da daha az	20	24.4
Haftada iki veya üç kez	19	23.2
Günde bir kez	14	17.1
Günde birkaç kez	22	26.8
Her zaman	7	8.5
Toplam	82	100

Üriner inkontinansı olan katılımcıların idrar kaçırma sıklığı arttıkça yaşam kalitesi (ICIQ-SF skoru ile değerlendirildiğinde) olumsuz etkilenmektedir ($p:<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. İdrar kaçırma sıklığı ile ICIQ-SF skoru arasındaki ilişki

	Sayı	ICIQ-SF skoru ortalaması	Standart sapma
Haftada bir ya da daha az	20	5.75	2.40
Haftada iki veya üç kez	19	8.74	3.34
Günde bir kez	14	9.79	2.77
Günde birkaç kez	22	12.91	4.20
Her zaman	7	17.00	4.28
Toplam	82	10.01	4.73

Üriner inkontinansı olan katılımcıların idrar kaçırma sıklığı arttıkça yaşam kalitesi (I-QOL toplam puanı ile değerlendirildiğinde) olumsuz etkilenmektedir ($p:<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 16. İdrar kaçırma sıklığı ile toplam I-QOL puanı arasındaki ilişki

	Sayı	Toplam I-QOL puanı	Standart sapma
Haftada bir ya da daha az	20	91.65	8.98
Haftada iki veya üç kez	19	78.42	17.23
Günde bir kez	14	73.78	18.44
Günde birkaç kez	22	52.59	21.09
Her zaman	7	44.71	13.19
Toplam	82	71.04	23.21

4.4.Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Üriner inkontinansı olan katılımcılara ICIQ-SF Türkçe versiyon ölçeği uygulanmış olup; ICIQ skoru, 48 (%58,5) katılımcıda 8 ve üzerinde saptanmıştır (Tablo 17).

Yaşam kalitesini değerlendiren ICIQ-SF skoru ile Zung depresyon ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak güçlü ilişki saptanmıştır (p:0,000 r:0,130).

Tablo 17. ICIQ-SF Türkçe Versiyon yaşam kalitesi kesme puanına göre sınıflandırması

ICIQ skoru	Sayı	Yüzde	Ortalama puan	St. Sapma
8'in altı	34	41.5	5.61	1.47
8 ve üzeri	48	58.5	13.12	3.63
Toplam	82	100	10.01	4.73

I-QOL skorunun standart kesme puan değeri olmayıp ölçeğin beklenen ortalama puanı, kesme puanı olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinansı olan bireylerin 66 kesme puanına göre I-QOL ortama puanları Tablo 18'de açıklanmıştır.

Tablo 18. Katılımcıların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği(I-QOL)ortalama değerinin altı ve üstündeki puanların sınıflandırması

I-QOL skoru	Sayı	Yüzde	Ortalama puan	St. Sapma
66'nın altı	51	62.2	45.06	11.37
66 ve üzeri	31	37.8	86.84	11.07
Toplam	82	100	71.04	23.21

Üriner inkontinansı olan katılımcıların I-QOL alt grup puan ortalamaları Tablo 19'da açıklanmıştır.

Tablo 19. Katılımcıların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Puan Ortalamaları

I-QOL	Ort. Puan	St. Sapma	Min.	Max.
Davranışları Sınırlama	24.46	8.79	9	38
Psikolojik Etkilenme	32.60	10.16	10	45
Sosyal Yaşamı Sınırlandırma	13.97	5.71	5	24
Toplam	71.04	23.21	25	106

Yaşam kalitesini değerlendiren ICIQ-SF (Türkçe versiyon) skoru ile I-QOL skorunun değerlendirilmesi için pearson korelasyon testi uygulanmış olup iki skorun arasında negatif güçlü ilişki saptanmıştır (p:<0,001 r:-0,652) (Tablo 20 ve Tablo 21).

Tablo 20. ICIQ-SF skoru ve I-QOL skorlarının ortalama puanları

	Ortalama Puan	St. Sapma	Sayı
ICIQ-SF skoru	10.01	4.73	82
I-QOL skoru	71.04	23.21	82

Tablo 21. ICIQ-SF skoru ve I-QOL skorlarının Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmesi

		ICIQ-SF skoru	I-QOL skoru
ICIQ-SF skoru	Pearson korelasyon	1	-0.652
	P değeri		0.000
	Toplam sayı	82	82
I-QOL skoru	Pearson korelasyon	-0.652	1
	P değeri	0.000	
	Toplam sayı	82	82

5.TARTIŞMA

Çalışmaya katılan 250 katılımcının 167'si (%66,8) kadın ve 83'ü (%33,2) erkek idi. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 56,16±11,54, erkek katılımcıların yaş ortalaması 60,26±12,72 olarak saptandı.

Katılımcıların yaş ortalaması 57,53±12,08 olarak saptandı. DSÖ yaş sınıflamasına göre genç- orta yaşlı/ yaşlı ayrımı esas alındığında, 65 yaş kesme puanı olarak belirlendi. 65 yaş üstü katılımcı oranı %28,8 (72 kişi), 40- 65 yaş arasındaki katılımcı oranı %71,2 (178 kişi) olarak saptandı.

Literatürde yaşla birlikte üriner inkontinans görülme sıklığında belirgin bir artış olduğu belirtilmektedir (110,111). Yapılan tez çalışmasında da üriner inkontinans görülme sıklığı 65 yaş üstü bireylerde, 40-65 yaş aralığındaki bireylere göre artmış olarak saptandı (p:0,013). Yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinin azalması, rezidü idrar miktarı artışı ve istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması, üriner inkontinans için kolaylaştırıcı sebeplerdir. Ayrıca kadınlarda menopoz sonrası azalan östrojen, vajinal atrofiye ve üretra çevresindeki destek dokuların azalmasına ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak inkontinans için eğilim yaratabilir. Bu sebeplerle yaş ilerledikçe Üİ sıklığının arttığı düşünülmektedir (90,112).

Bu çalışmada katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 6 kişi (%2,4) okuma-yazma bilmiyor, 29 kişi (%11,6) sadece okuma-yazma biliyor, 90 kişi (%36) ilkokul mezunu, 38 kişi (%15,2) ortaokul mezunu, 45 kişi (%18) lise mezunu, 31 kişi (%12,4) üniversite mezunu, 11 kişi (%4,4) yüksek lisans eğitimi almış olarak saptandı. TÜİK 2018 verilerine bakıldığında Türkiye'de eğitim düzeyi bu çalışmada saptanan veriler arasında benzerlik olduğu görülmüştür (113).

Katılımcıların %30,8'i (102 kişi) sigara kullanıyor, %59,2'si (148 kişi) hiç sigara kullanmamış veya bir dönem kullanıp bırakmış olarak bulundu. Benzer şekilde, Türkiye Sağlık Araştırması 2016 verilerine göre Türkiye'de tütün kullanımı %30,6 oranındadır (120).

Çalışmada katılımcıların %30,8'i (77 kişi) hipertansiyonu, %16'sı (40 kişi) diyabetes mellitusu, %7,2'si (18 kişi) obezitesi, %14'ü (35 kişi) hiperlipidemisi

olduğunu beyan etti. Katılımcıların %32,8'i (82 kişi) ise bilinen herhangi bir hastalığı olmadığını beyan etti.

Diyabetes mellitusu olan bireylerde üriner inkontinansı görülme sıklığı artmış olarak saptandı (p:0,03 r:0,133). Hipertansiyonu olan katılımcılarda üriner inkontinansı görülme sıklığı artmış olarak saptandı (p:0,011 r:0,161). Townsend ve ark. (2017) yaptıkları bir çalışmada, diyabetes mellitus ve hipertansiyonun üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (115).

Katılımcıların ortalama vücut kitle indeksi 28,92±5,82 olarak bulundu. Yapılan çalışmada obezite sıklığı %41,6 olarak saptandı. 2010 yılında yapılan TURDEP-II Çalışması'nda ise obezite sıklığı, genel toplumda %35 bulunmuştur. 1998 yılında yapılan TURDEP-I verilerine göre obezite prevalansı %22,3 olup, 12 yıl sonra %35'e yükseldiği görülmüştür. Bu veriler ışığında, son yapılan TURDEP-II çalışmasının üzerinden 9 yıl geçtiği ve toplumda bu süreçte obezite sıklığının artış gösterdiği düşünülmektedir (116). Ayrıca obezitesi olan katılımcıların %79,8'i (83 kişi) vücut kitle indeksi 30 ve üzerinde olmasına rağmen kendisini obez olarak tanımlamamıştır.

Yapılan tez çalışmasında üriner inkontinansı olanların, olmayanlara göre VKİ yüksek olarak saptandı (p:0,000 r:-0,222). Özer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da VKİ yüksek olanlarda üriner inkontinans sıklığı artmış olarak saptanmıştır (117).

Haftada 3 gün ve üzeri egzersiz yapan katılımcılarda, egzersiz yapmayanlara göre üriner inkontinans daha az görülmektedir (p:0,008 r:0,187). Literatürde de düzenli fiziksel aktivitenin üriner inkontinans riskini azalttığını destekleyen çalışmalar mevcuttur (118). Egzersizin, pelvik taban kasların kasılmasını artırarak pelvik tabanı güçlendirdiği ve inkontinans görülme sıklığını azalttığı düşünülmüştür.

Bu tez çalışmasında katılımcıların %32,8'inin (82 kişi) üriner inkontinans yakınması mevcuttu. Üriner inkontinansı olanların %79,2'si (65 kişi) kadın, %20,7'si (17 kişi) erkekti. Tüm kadın katılımcıların %38,9'unda, tüm erkek katılımcıların %20,4'ünde üriner inkontinans yakınması bulunmaktadır. Çetinel ve ark.'nın (2007) kadın katılımcılar ile yaptığı bir çalışmada üriner inkontinans prevalansı %35,7 olarak saptanmıştır (119). Harris ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada erkeklerde üriner inkontinans prevalansı %20 olarak saptanmıştır (120). Kırk sekiz

epidemiyolojik araştırmayı içeren bir metaanalizde kadınlarda üriner inkontinans prevalans oranlarının %12 ile %53 arasında değiştiği saptanmıştır (121). Erkeklerde idrar kaçırma prevalans oranlarının, uluslararası idrar kaçırma konsültasyonu raporuna göre %1 ile %39 arasında değiştiği belirtilmiştir (122). Yapılan tez çalışması da literatürdeki bu bulguları desteklemektedir.

Yapılan tez çalışmasında stres tipi üriner inkontinans %35,6, sıkışma tipi üriner inkontinans %29,3, miks tip üriner inkontinans %34,1 oranında saptanmıştır. iloğlu ve ark.'ının (2018) kadın ve erkek katılımcılar ile yaptığı çalışmada stres tipi İ %39,2, sıkışma tipi İ %26,7, miks tip İ %34,1 oranında saptanmıştır (123). etinel ve ark.'ının (2007) kadın ve erkek katılımcılar ile yaptığı çalışmada, stres tipi İ %39,8, sıkışma tipi İ %24,8, miks tip İ %28,9 oranında saptanmıştır (119). zdemir ve ark.'ının (2011) 20 yaş üstü kadınlara ile yaptığı bir çalışmada stres tipi İ %73,9, sıkışma tipi İ %8,7, miks tip İ %17,4 oranında saptanmıştır (124).

Kadınlarda İ'nin en sık rastlanılan nedenlerinden birinin stres tipi İ olduğu (125) ve miks tip üriner inkontinansın geriatrik populusyonda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (126).

Yapılan tez çalışmasında da katılımcıların en fazla stres tipi İ yakınması olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $57,53 \pm 12,08$ olduğundan miks tip İ oranı geriatrik populusyonda yapılan çalışmalara kıyasla daha düşük oranda (%34,1) saptanmıştır. Yapılan tez çalışmasında saptanan üriner inkontinans tipleri görülme oranları ile iloğlu ve ark.'ının (2018) kadın ve erkek katılımcılarla yaptığı çalışmada saptanan üriner inkontinans tipleri görülme oranı ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan tüm bireylere uygulanan Zung depresyon lğine göre katılımcıların %67,6'sının (169 kişi) psikopatolojik bulgusu yoktu (normal), %16,8'inde (42 kişi) hafif depresyon, %11,2'sinde (28 kişi) orta şiddetli depresyon ve %4,4'nde (11 kişi) şiddetli depresyon olduğu saptandı. Üriner inkontinansı olan katılımcıların ise %54,9'u normal olarak saptanmış olup %45,1'inde hafif, orta veya şiddetli depresyon saptanmıştır. Zung depresyon lği ile değerlendirildiğinde, üriner inkontinansı olan katılımcıların İ şikayeti olmayanlara göre depresyon sıklığı ve şiddeti daha fazla olarak saptanmıştır ($p:0,001$ $r:-0,194$). Sharpley ve ark.'ının

(2017) prostat kanseri sonrası oluşan üriner inkontinans şikayeti olan erkek katılımcılar ile yaptığı bir çalışmada, üriner inkontinansı olan bireylerin ortalama Zung depresyon ölçeği puanını, üriner inkontinansı olmayanların ölçek puanına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (125), bu da yapılan tez çalışmasını desteklemektedir.

Literatürde üriner inkontinansı olan kadın ve erkeklerden oluşan popülasyona uygulanmış Zung depresyon ölçeği ile yapılmış yeterli çalışma bulunmadığından, Beck depresyon ölçeği ile yapılmış olan çalışmaların sonuçları değerlendirilmiştir. Karaca ve ark.'ının (2019) yaptığı bir çalışmada üriner inkontinansı olan bireyler Beck depresyon ölçeği ile değerlendirildiğinde; katılımcıların %32,5'inin psikopatolojik bulgusu yok, %30'u hafif ruhsal sıkıntılı, %32,5'unun orta depresyonu olduğu saptanmıştır (127). Baraa ve ark.'ının (2019) üriner inkontinansı olan kadın katılımcılarla yaptığı bir çalışmada; Beck depresyon envanteri uygulayarak katılımcıların %86'sını normal, %14'ünü depresif olarak değerlendirilmiştir (128).

Üriner inkontinans ile ilişkili depresif duygu durumun yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biri olduğu düşünüldüğünde yaşam kalitesinin de olumsuz etkilenmesi beklenmektedir. Bu sebeple, yapılan tez çalışmasının Zung depresyon ölçeği ortalama puanları ile yaşam kalitesini değerlendiren ICIQ-SF skoru istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Ortalama Zung depresyon ölçeği puanı arttıkça, ICIQ-SF skoru da artmıştır (p:0,000 r:0,130). Baraa ve ark. (2019) yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan bireyler Beck depresyon envanteri ile taranarak saptanan depresif bireylerin ICIQ-SF skoru, depresyonu olmayan bireyler ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (128).

ICIQ-SF skorunun yükseliği, üriner inkontinansa bağlı yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren bir parametredir. Hem yapılan tez çalışmasında hem de literatürdeki çalışmalarda Üİ şikayeti olan bireylerin depresyon sıklığı ve şiddeti arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Yapılan tez çalışmasında ICIQ-SF skoru, 8'in üzerinde olan 48 (%58,5) katılımcı saptanmıştır. ICIQ-SF skoru ortalama $10,01 \pm 4,73$ olarak saptanmıştır. Kolkıran ve ark.'ının (2018) yaptığı bir çalışmada ICIQ-SF skoru $9,27 \pm 4,09$ olarak bulunmuştur (129). Nygaard ve ark.'ının (2018) üriner

inkontinansı olan kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada ICIQ-SF skoru 9.36 ± 4.9 olarak bulunmuştur (127). Yapılan tez çalışması ile literatür arasında benzerlik olduğu düşünülmüştür.

I-QOL skorunun kesme puan değeri olmayıp ölçeğin beklenen ortalama puanı, kesme puanı olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinansı olan 82 katılımcının 51'inin (%62,2) toplam puanı 66'nın altında saptanmıştır. I-QOL toplam skoru ortalaması $71,04\pm 23,21$ olarak bulunmuştur. Kolkıran ve ark.'nın (2018) kadın ve erkek katılımcılarla yaptığı bir çalışmada, I-QOL toplam skoru ortalaması $60,1\pm 14,95$ olarak bulunmuştur. Üriner inkontinansı olan bireylerde yaşam kalitesinin azaldığı şeklinde yorumlanmıştır (129). Karaca ve ark. (2019) kadın katılımcılar ile yaptığı çalışmada, I-QOL skoru 66,3 saptanmış olup yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilenmiş olarak değerlendirilmiştir (127). Özer ve ark.'nın (2017) kadın katılımcılarla yaptığı bir çalışmada, I-QOL toplam puan ortalaması 85.31 ± 9.97 olarak saptanmış, üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesini etkilemediği şeklinde yorumlamıştır (117,130). Demirci ve ark.'nın (2012) kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada; üriner inkontinansı olanlarda I-QOL skoru $85,30\pm 22,44$ saptanmıştır. Aynı çalışmada üriner inkontinansı olmayanlara da I-QOL ölçeği uygulanmış olup I-QOL toplam skoru $105,40\pm 15,06$ olarak saptanmıştır. Üriner inkontinansı olanların, olmayanlara göre yaşam kalitesinin azaldığı şeklinde yorumlanmıştır (131). I-QOL toplam skorunun standardize edilmiş bir kesme puanı olmadığından literatürdeki farklı çalışmalarda, benzer puanların yaşam kalitesinin etkileme durumları farklı şekillerde yorumlanmıştır.

Üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeği olan ICIQ-SF (Türkçe versiyon) skoru ile I-QOL toplam skoru pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. ICIQ-SF skorunun yüksekliği, I-QOL skorunun düşüklüğü yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. İki skor arasında güçlü negatif ilişki saptanmıştır ($p:0,000$ $r:-0,652$).

I-QOL toplam skoru ve alt grup skorlarının standardize edilmiş bir kesme puanı olmadığından farklı çalışmalarda üriner inkontinansı olan bireylerin I-QOL skorları farklı şekilde yorumlanmıştır. I-QOL skorunun yaşam kalitesinin etkilenme düzeyini belirlemede; tarama testi olarak kullanılması yerine, başvuru esnasında ve

tedavi sürecinde ölçeğin tekrarlayan kez uygulanması ve I-QOL skorundaki değişimin takip edilmesi, daha gözle görülür sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Bunun için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu tez çalışmasında 40 yaş üstü erişkinlerde üriner inkontinans %32,8 oranında görülmektedir. Kadınların erkeklere göre daha sık üriner inkontinans yakınması mevcuttur.
- Yaş arttıkça üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. Herhangi bir sebeple aile hekimine başvuran özellikle yaşlı popülasyon olmak üzere, tüm erişkin bireylerde üriner inkontinans varlığı sorgulanmalıdır.
- VKİ arttıkça üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. Düzenli egzersiz yapanlarda üriner inkontinans daha az görülmektedir.
- Bireylerin düzenli egzersiz yapması, hem obezitenin hem de üriner inkontinans yakınmasının sıklığının ve şiddetinin azaltılması amacı ile teşvik edilmelidir.
- Eğitim düzeyi azaldıkça üriner inkontinans sıklığı artmaktadır.Sağlık personelleri tarafından öncelikle eğitim durumu düşük bireylere, üriner inkontinansın önemli bir sağlık sorunu olduğu öğretilmeli, tüm bireylere üriner inkontinans hakkında eğitim ve danışmanlık yapılması sağlanmalıdır.
- Diyabetes mellitusu veya hipertansiyonu olan bireylerde üriner inkontinans daha sık görülmektedir.
- Üriner inkontinans depresyon sıklığı ve şiddetini artırmaktadır. Üriner inkontinansı olanların depresyon şiddeti arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir.
- Yaşam kalitesi üriner inkontinansı olanlarda azalmıştır. Üriner inkontinansı olan bireylerin sosyal yaşamının kısıtlanması veya sosyal izolasyonu, yaşam kalitesinin düşmesinde en etkili durumdur. Davranışlarını sınırlandırması da üriner inkontinansı olan bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.

7.ÖZET

Amaç: Aile hekimliği polikliniğine başvuran 40 yaş üstü bireylerde üriner inkontinans taraması yapılması, üriner inkontinans ile depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Prospektif tipte düzenlenen bu tanımlayıcı, kesitsel çalışmada Aralık 2018-1 Şubat 2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniklerine başvuran, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 250 kişi ile yapılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik verilere yönelik anket, Zung depresyon ölçeği, ICIQ-SF (Türkçe versiyon) ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 167'si (%66,8) kadın ve 83'ü (%33,2) erkektir. Yapılan çalışmada üriner inkontinans prevalansı %32,8 olarak saptanmıştır. Üriner inkontinansı olanların %79,2'si kadın, %20,8'si erkek idi. Altmışbeş yaş altı katılımcıların %28,1'inde üriner inkontinans görülürken, 65 yaş üstü katılımcılarda üriner inkontinans görülme oranı %44,4 olarak saptanmıştır (p:0,013). Üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre vücut kitle indeksinin daha fazla olduğu saptanmıştır (p:0,000 r:-0,222). Haftada 3 gün ve üzeri egzersiz yapan katılımcılarda, egzersiz yapmayanlara göre üriner inkontinans daha az görülmektedir (p:0,008 r:0,187). Üriner inkontinansı olan katılımcıların ortalama Zung depresyon ölçeği puanı (39,23±10,83), Üİ olmayanların Zung depresyon ölçeği puanına (34,24±9,18) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üriner inkontinansı olan katılımcıların Üİ şikayeti olmayanlara göre, depresyon sıklığı ve şiddeti daha fazla olarak saptanmıştır (p:0,001 r:-0,194). Yaşam kalitesini değerlendiren ICIQ-SF skoru ile Zung depresyon ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak güçlü ilişki saptanmıştır (p:0,000 r:0,130). Toplam I-QOL skoru ortalama puanı 71,04±23,21 olarak saptandı. Yaşam kalitesini değerlendiren ICIQ-SF (Türkçe versiyon) skoru ile I-QOL skorun arasında negatif güçlü ilişki saptanmıştır (p:0,000 r:-0,652).

Sonuç: Üriner inkontinans bireyleri sosyal, fiziksel ve ruhsal olarak etkileyen bir hastalıktır. Üriner inkontinansı olan bireylerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Birinci basamağa başvuran hastaları, üriner inkontinans açısından değerlendirerek

uygun tedaviyi almalarını sağlamak bireylerin yaşam kalitesini artıracak, depresyon sıklığını ve şiddetini azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Üriner inkontinans, üriner inkontinansın risk faktörleri, yaşam kalitesi, depresyon



8. SUMMARY

Objective: The aim of this study was to investigate urinary incontinence and to evaluate the relationship between urinary incontinence and depression and quality of life in individuals over 40 years old who applied to family medicine outpatient clinic.

Material and Method: This descriptive, cross-sectional study was conducted on 1 December 2018 - 1 February 2019 with 250 individuals who applied to İzmir Katip Çelebi University Atatürk Education and Research Hospital Family Medicine outpatient clinics and met the inclusion criteria. A sociodemographic questionnaire, Zung depression scale, ICIQ-SF (Turkish version) and Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) were administered to the participants.

Results: Of the 250 participants, 167 (66.8%) were women and 83 (33.2%) were men. The prevalence of urinary incontinence was %32.8. %79.2 of the patients with urinary incontinence are female and 20.8% are male. While urinary incontinence was seen in 28.1% of the participants under 65 years of age, the incidence of urinary incontinence was found to be 44.4% in participants over 65 years of age ($p: 0.013$). Body mass index was found to be higher in patients with urinary incontinence than those without urinary incontinence ($p: 0.000$ $r: -0.222$). Urinary incontinence is less common in participants who exercise 3 days or more a week compared to those who do not exercise ($p: 0.008$ $r: 0.187$). The mean Zung depression scale score (39.23 ± 10.83) of the participants with urinary incontinence was higher than the Zung depression scale score (34.24 ± 9.18) of the patients without UI. The incidence and severity of depression were higher in participants with urinary incontinence than those without UI ($p: 0.001$ $r: -0,194$). There was a strong correlation between ICIQ-SF score and Zung depression scale mean scores ($p: 0.000$ $r: 0.130$). The mean I-QOL score was 71.04 ± 23.21 . There was a strong negative correlation between ICIQ-SF (Turkish version) score and I-QOL score ($p: 0.000$ $r: -0.652$).

Conclusion: Urinary incontinence is a disease that affects individuals socially, physically and spiritually. The quality of life of individuals with urinary incontinence was adversely affected. Evaluating the patients who apply to primary care in terms of urinary incontinence and providing the appropriate treatment will increase the quality of life of individuals and decrease the frequency and severity of depression.

Key Words: Urinary incontinence, risk factors of urinary incontinence, quality of life, depression



9.KAYNAKÇA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Wein A, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society* 2002;21(2):167-78.
2. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. The frequency and the affecting factors of urinary incontinence in women over 35 years old. *STEB* 2012;46(4):170-6.
3. Beji KN, Özbaş A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan H. Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing* 2010;30(6):327-35.
4. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician* 2013;87(8):543-50.
5. Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adult and old age. *Am Geriatr Soc* 1990;38:374-8.
6. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in Women. *Lancet* 2006;367:57-67.
7. Çetinel B. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul. <http://turkishjournalofurology.com/Sayilar/33/Buyuk/246-2522.pdf> adresinden 28.08.19 tarihinde erişilmiştir.
8. Arısan K. Kadın Hastalıkları. 3. baskı. İstanbul, Çeltük Matbaacılık, 1991.
9. Gomel V, Munro MG, Rowe TC. Jinekoloji pratik yaklaşım. Çev: N. Erkut Atar. Özişik Ofset Matbaacılık, 1995.
10. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: Common problem among women over 45. *Canadian Family Physician* 2005;51:84-5.
11. 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. *Turk J Med Sci* 2015;45:931-9.

12. Balcı E, Gürlevik Ö, Gün İ, Günay O. The effects of urinary incontinence on the quality of life of Turkish women in the reproductive age group. *Turkish Journal of Medical Science* 2012;42(5):845-51.
13. Demirel T, Akın B. Kırsal alanda yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2014;17(4):379-88.
14. Adamczuk J, Szymona-Pałkowska K, Robak JM, Rykowska-Górnik K, Steuden S, Kraczkowski JJ. Coping with stress and quality of life in women with stress urinary incontinence. *Menopause Review* 2015;14(3):178-83.
15. Beji KN, Özbaş A, Aslan E, Bilgiç D, Erkan H. Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing* 2010;30(6):327-35.
16. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2008;28:487-93.
17. Ganong WF. Böbrek Fonksiyonları Ve İdrar Yapma. İçinde: *Ganong Tıbbi Fizyoloji*. Çeviren: Doğan A, Barış Kitabevi, İstanbul, 1995;785-822.
18. Balcı O, Çapar M. Pelvik taban yetmezliğinin epidemiyolojisi fizyolojisi etyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon* 2005;1(45):5-11.
19. Koçak İ, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life. *Eur Urol* 2005;48:634-41.
20. Keane DP, O'Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(2):207-26.
21. Wessells H, Peterson AC. Surgical procedures for sphincteric incontinence in the male: The artificial genitourinary sphincter and perineal sling procedures. In Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA (Eds.) *Campbell-Walsh Urology*, 10th Edition. Saunders, 2012;2290-300.

22. Sajadi KP. Artificial Urinary Sphincter Placement Treatment & Management. <http://Emedicine.Medscape.Com/Article/443737> adresinden 20.08.2019 tarihinde erişilmiştir.
23. Yates DR, Phé V, Rouprêt M, Vaessen C, Parra J, Mozer P. Robot-assisted laparoscopic artificial urinary sphincter insertion in men with neurogenic stress urinary incontinence. *BJU International* 2013;111(7):1175-9.
24. Emrullah H, Sevil D. Mesane anatomisi ve nörofizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics* 2013;6(2):1-7.
25. Gorsling JA, Dixon JS, Critchley HO, Thompson SA. A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *British Journal of Urology* 1981;53:35-41.
26. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SI. The standardization of terminology lower tract function. *Scand J Urology Nephrology* 1988;114:5.
27. Dere F. Mesane ve üretra anatomisinin kavranması, abdomino-pelvik organlar. *Anatomi* 1988;6:668-71.
28. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Brooks JD. Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia. In: *Campbell's Urology*. 8th Edition, Saunders, Philadelphia 2002;1:41-80.
29. Norton PA. Pelvic floor disorders: The role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:926-38.
30. Brooks JD. Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia. *Campbell-Walsh Urology* 2007;129.
31. Brooks JD. Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia. In: *Campbell's Urology*. Eds: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, 8th Edition, Saunders, Philadelphia 2002;1:41-80.
32. Huisman AB. Aspects on the anatomy of the female urethra with special relation to urinary continence. *Contrib Gynecol Obstet* 1983;10:1-31.
33. Huisman AB. Aspects on the anatomy of the female urethra with special relation to urinary continence. In *Female Stress Incontinence Vol*. Karger Publishers, 1983.

34. Pires M. Bladder Elimination And Continence. In: Rehabilitation Nursing. (Eds.) Hoeman SP, 2nd Edition, Mosby St Louis,1996;417-50.
35. Çoşkun A. Anatomi, AÜS & Mekanizması, Kızılkaya BN. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002;1-17.
36. Özerdoğan NÖ. Eskisehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yas ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri; 2003.
37. Berek JS. İnkontinans, prolapsus ve pelvis taban hastalıkları. İçinde: Novak Jinekoloji. (Çeviri Eds.) Erk A, 13.baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1998;619-77.
38. Delancey JO. Anatomy and Physiology of Urinary Continence. Clinical Obstetrics and Gynecology 1990;33(2):298-306.
39. Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Tıp Bülteni 2012;46(4):170-6.
40. Raz S. Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolapse. Campbell's Urology. 7th edition. 1998, 1060-92.
41. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. Urinary incontinence and depression. The Journal of Urology 1999;162:82-4.
42. Lai HH, Hsu EI, Teh BS, Butler EB, Boone TB. 13 years of experience with artificial urinary sphincter implantation at Baylor College of Medicine. The Journal of Urology 2007;177(3):1021-5.
43. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clinical Obstetrics and Gynecology 2004;47(1):3-17.
44. Stoker J. The Anatomy of the pelvic floor and sphincters. In: Imaging pelvic floor disorders. Baert Al, Sartor K (Eds), Springer Verlag, Berlin 2003;6.
45. Arıncı K, Elhan A. Ürogenital sistem anatomi, Ankara: Güneş Kitabevi, 2001; 334-6.
46. Hatipoğlu T. Üreme sistemi. Anatomi ve fizyoloji, 6. Baskı. Ankara, Hatioğlu Yayınevi, 2003;235-6.

47. Baydinç C. Ürogenital organların anatomik ve histolojik yapısı. Temel Üroloji, (Eds.) Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N. 1998;3-27.
48. Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Onwude J. Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. *International Urogynecology Journal* 2013;24(6):927-37.
49. Güner H. Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi. *Ürojinekoloji* 2000;6.
50. Strohbehn K. Normal pelvic anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:683-705.
51. Uroturk. <http://www.uroturk.org.tr/Urolojidata/Books/394/Uriner-İnkontinans-Tani-Ve-Tedavi.pdf>_ adresinden 10.09.2019 tarihinde erişim sağlanmıştır.
52. Walters MD, Karram MM. Neurophysiology of the lower urinary tract. *Clinical Urogynecol* 1993;2:17-9.
53. Benson JT, Walters MD. Neurophysiology of the lower urinary tract. In: *Urogynecology And Reconstructive Pelvic Surgery*. (Eds.) Walters MD, Karram MM, Mosby-Yearbook, St. Louis, Mo, 1999;31-43.
54. Berglas B, Rubin IC. Study of the supportive structures of the uterus by levator myography. *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 1953;97(6):677-92.
55. Bumsz 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. *Journal of Gerontology* 1993;48(4):167-74.
56. Patrick C, Walsh MD. Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy: The 15-year Johns Hopkins experience. *Urologic Clinics of North America* 2005;28(3):555-65.
57. Livingston BP. Anatomy and neural control of the lower urinary tract and pelvic floor. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2016;32(4):280-94.
58. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: The pelvic floor, supporting structures and pelvic organs. *Reviews In Urology* 2004;5:2-10.

59. Yalçın Ö. Ürojinekoloji. (Eds.) Kişnişçi H. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi, 2009;21-6.
60. Yalçın Ö. Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi. (Eds.) Güner H. Ürojinekoloji, Ankara. Atlas Kitapçılık. 2000;11-8.
61. Thor KB, Morgan C, Nadelhaft I, Houston M, De Groat WC. Organization of afferent and efferent pathways in the pudendal nerve of the female cat. Journal of Comparative Neurology 1989;288(2):263-79.
62. De Groat WC, Fraser MO, Yoshiyama M, Smerin S, Tai C, Chancellor Mb, et all. Neural control of the urethra. Scand J Urol Nephrol Suppl 2001;207(6):35-43.
63. Fry AWC. Visco-elastic properties of isolated detrusor smooth muscle. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology 1999;33(201):12-8.
64. Yalçın Ö. Pelvis Tabanı Anatomisi. Yalçın Ö (Eds). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2009;7-19.
65. Chancellor MB, Yoshimura N. Mesane ve üretranın fizyoloji ve farmakolojisi. In: Campbell's Urology. (Eds.) Patrick C, Walsh MD, 8. Baskı. Çeviri editörü: Tunç A, Demirkesen O, Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005;831-77.
66. Müftüoğlu YZ, Karaoğlan Ü, Özkardeş H. Ürogenital sistem fizyolojisi Anafarta K. Göğüş O, Nihat A, Bedük Y. Temel Üroloji 1998;37-70.
67. Kekul E. Alt üriner sistem ve pelvik taban fonksiyonel anatomisi ve nörojenik innervasyonu. Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi 2005;1;5.
68. Özyurt C, Şimşir A. Miksiyon nörofizyolojisi ve kontinans mekanizması. Yalçın Ö (Eds.). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009;21-6.
69. Yalçın Ö. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ürojinekoloji (Eds.) Kişnişçi H. Güneş Kitabevi, Ankara. 1996;730-47.
70. Çoşkun A. Alt üriner sistem anatomi ve fizyolojisi kontinans mekanizması. (Eds.) Kızılkaya BN. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002;1-17.

71. Sarkar PK, Ritch AE. Management of urinary incontinence. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2000;25(4):251-63.
72. Gallo JJ, Reichel W. (Eds.) *Reichel's care of the elderly: Clinical aspects of aging*. Lippincott Williams & Wilkins. 1999;90-383.
73. Nitti VW. Urinary incontinence: epidemiology, pathophysiology, evaluation, and management overview. *Cambell-Walsh Urology* 2007;2046-78.
74. Staskin D, Kelleher C, Avery K, Bosch R, Cotterill N, Coyne K, et al. Initial assessment of urinary and faecal incontinence in adult male and female patients. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence*. Paris, France: Health Publications. 2009;311-412.
75. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology* 2002;60:7-12.
76. Weiss BD. Diagnostic evaluation of urinary incontinence in geriatric patients. *American Family Physician* 1998;57:2675-94.
77. Kuyumcu ME, Yeşil UDY, Cankurtaran M. İç hastalıkları pratiğinde önemsenmeyen bir hastalık: Üriner inkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi* 2011;18;91-9.
78. Vogel SL. Urinary incontinence in the elderly. *The Ochsner Journal* 2001; 3(4):214-8.
79. Ouslander JG. Management of overactive bladder. *N Engl J Med* 2004;350: 786-99.
80. Ergen A, Arıkan N, Arslan M. *Jinekolojik Üroloji*. Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N (Eds.), *Temel Üroloji*. Ankara Güneş Kitabevi; 2000;409-46.
81. Kondo A, Kato K, Saito M, Otani T. Prevalence of urinary incontinence in females in comparison with stress and urge incontinence. *Neurology and Urodynamic* 1990;9:330-1.
82. Kelleher C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Cardoza L (Eds.) Urogynecology*, New York, 1997;3-23.
83. Metanyi S. Urinary incontinence in pregnancy and puerperium. *Orvosi Hetilap* 1992;133:2551-3.

84. Bump RC, McClish DM. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 170(2):579-82.
85. Dwyer PL, Lee ETC, Hay DM. Obesity and urinary incontinence in woman. *Br Obstet Gynecol* 1988;95:91-6.
86. Petri E. Bladder dysfunction after radical surgery. In: Ostergaard DR. *Gynecologic urology and urodynamics: theory and practice*. Baltimore, Williams And Wilkins, 1985:545-55.
87. Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104(5):982-88.
88. Hannestad Y, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community based epidemiological survey of female urinary incontinence. The Norwegian epincont study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
89. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2016;6(1);51-66.
90. Benlioğlu C. Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. *Uzmanlık Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 2006;35.
91. Türkiye Psikiyatri Derneği. Aile hekimleri için psikiyatri. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2017.
92. Erdogan NÖ. Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 13(51):87-94.
93. What quality of life? The Whoqol group. World Health Organization quality of life assessment. *Word Health Forum* 1996;17:354-6.
94. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et all. The burden of lower urinary tract symptoms: evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU International* 2009;103:4-11.

95. Ouslander JG, Abelson S. Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients. *The Gerontologist* 1990;30(3):369-72.
96. Wolin L. Stress in young healthy nulliparous female subjects. *Journals of Urology* 1999;101:545-9.
97. Demir S. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2012.
98. Sarı D. Pelvik taban kas egzersizlerinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir. 2007.
99. Müezzinoğlu T. Ürolojide sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birikim* 2006; 1(2):83-93.
100. Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. (Eds.) Cardoza L, Staskin D. *Textbook of female urology and urogynecology*, London, 2001:42-58.
101. Balcı MBC, Akçetin Z. Üriner inkontinansın tanımı ve sınıflaması. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics* 2009;2(1):13-6.
102. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, Kusek JW, McKinlay JB. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *The Journal of Urology* 2007;177(2):680-4.
103. Gençdoğan B, Ören N. Zung depresyon ölçeğinin lise ve üniversite öğrencileri için geçerlik ve güvenilirliği. *The International Journal of Research in Teacher Education* 1999;2(3):1-16.
104. Çetinel B, Özkan B, Can C. İcık-Sf Türkçe versiyon validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi* 2004;30:332-8.
105. Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F. İcık-Kısa form Türkçe, idrar kaçırın kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmekte yeterli mi? I-Qol formu ile karşılaştırma. *Türk Üroloji Dergisi* 2008;34(3):332-4.
106. Çetin C. Edirne ili merkezinde 20 yaş üstü popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve üriner inkontinansı etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi. TC. Trakya Üniversitesi, Edirne. 2010.

107. Akkoc Y, Karapolat H, Eyigor S, Yesil H, Yuceyar N. Quality of life in multiple sclerosis patients with urinary disorders: Reliability and validity of The Turkish version of King's Health Questionnaire. *Neurological Sciences* 2011;32(3):417-21.
108. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcın L, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (I-QoL). *Urology* 1999;53:71-6.
109. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):1-14.
110. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003;82(3):327-38.
111. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Lichtenstein MJ, Markides KP. Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly Mexican-American women. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003;51(11):1580-6.
112. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(3):231-42.
113. Ulusal İstatistik Veri Tabanı. http://www.tuik.gov.tr/pretablo.do?alt_Id=1018 adresinden 22.09.19 tarihinde erişim sağlanmıştır.
114. <https://havanikoru.saglik.gov.tr/Tutun-Hakkinda/Rakamlarla-Tutun-Gercegi.Html>. adresinden 22.09.2019 tarihinde erişim sağlanmıştır.
115. Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-K Hlmann A, López-Ridaura R, Rice MS. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *Int Urogynecol J* 2017;28(5):769-76.
116. Obezite TEMD grubu. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği* 2018;11-6.

117. Özer NE, Dinç A. Premenopoz ve menopozal dönemdeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(2):1-9.
118. Lee AH, Hirayama F. Physical activity and urinary incontinence in older adults: A community-based study. *Curr Aging Sci* 2012;5:35-40.
119. Çetinel B, Demirkesen O, Yalçın O, Koçak T, Senocak M, İtil I. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(6):659-64.
120. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, Kusek JW, Mckinlay JB. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *The Journal Of Urology* 2007;177(2):680-4.
121. Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thuroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997;32:3-12.
122. Milsom I, Altman D, Cartwright R. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein Aj, (Eds.) *Incontinence*, 5th Ed. Paris: International Consultation On Urological Diseases And European Association Of Urology 2013;17-107.
123. Çiloğlu D. Üriner inkontinanslı bireylerde başetme davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
124. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(4): 266-76.
125. Beji NK. Üriner inkontinans sorunu, epidemiyolojisi ve inkontinanslı hastanın tanı amacıyla değerlendirilmesi. *Hemşirelik Dergisi* 2003;13(50):29-43.

126. Güler T, Yağcı N. Urinary incontinence in women and physical therapy. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2006;11:205-18.
127. Karaca ŞB, Demir AN. Üriner inkontinansın kadın hastalarda yaşam kalitesi ve duygudurum üzerine etkisi ve hastaların egzersiz farkındalık düzeyleri. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2019;52(2);133-7.
128. Mazi B, Kaddour O, Al-Badr A. Depression symptoms in women with pelvic floor dysfunction: A case-control study. International Journal Of Women's Health 2019;11;143.
129. Kolkıran M. Birinci basamakta takip edilen yaşlı hastaların üriner inkontinans ile ilgili yaşadığı güçlükler ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2018.
130. Özer NE. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2017.
131. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012;7(19):12-13.

10.EKLER

EK-1

Farklı Açılardan Üriner İnkontinansa Yaklaşım

1-yaşınız:

2:cinsiyetiniz: a) kadın b)erkek

3-medeni haliniz: a)bekar b)evli c)boşanmış d)dul

4-eğitim durumunuz: a)okuma yazma bilmiyor b)okuma yazma biliyor c)ilkokul mezunu d)ortaokul mezun e)lise mezun f)üniversite mezun g)yüksek lisans

5-mesleğiniz: a)memur b) işçi c)emekli d)esnaf e)işsiz f)ev hanımı g)diğer.....

6-aylık gelir düzeyiniz: a)0-1500tl b)1500-3000tl c)3000-4500tl d)4500tl üzeri

7-sigara alışkanlığı? a)hiç içmemiş b)önceden içmiş, bırakmış c)halen içiyor

8 a)-vücut ağırlığımız:

b)-boyunuz:

9-Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için takip/tedavi yapılmakta mı?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

a)obezite

b)diyabet

c)hipertansiyon

d)hiperlipidemi

e)diğer.....

10-Raporlu olan veya düzenli kullandığınız ilaç/ilaçlar nelerdir? (varsa belirtiniz, yoksa sonraki soruya geçiniz)

11-Geçirdiğiniz ameliyatlar nelerdir?(varsa belirtiniz,yoksa sonraki soruya geçiniz)
.....
.....

12-fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

a) hayır

b) nadiren hafif yoğunlukta egzersiz yapıyorum

c) haftada 1-2 gün en az 20 dakika süreyle yoğun tempolu egzersiz (solunum- kalp hızında artış ve terlemeye sebep olacak şiddette)

d) haftada 3 gün en az 20 dakika süreyle yoğun tempolu egzersiz (solunum- kalp hızında artış ve terlemeye sebep olacak şiddette)

13-idrar kaçırma şikayetiniz var mı? a)evet b)hayır

(13. SORUYA CEVABINIZ HAYIRSA SONRAKİ SAYFADAKİ ZUNG TESTİNİ TAMAMLADIKTAN SONRA ANKETİMİZ TAMAMLANACAKTIR, CEVABINIZ EVET İSE ANKETİ SONUNA KADAR TAMAMLAYINIZ.)

EK-2

ZUNG DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda hemen herkeste görülebilecek bazı durumlar verilmiştir. Her bir cümleyi okuyup bu durumun sizde geçen hafta içinde ne oranda olduğunu en iyi belirten şıklardan birinin altındaki kutucuğu içine çarpı (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman veya çok ender	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla veya her zaman
1.Kendimi kırgın, kederli ve hüzünlü hissediyorum.				
2.Kendimi en iyi sabahları hissediyorum.				
3.Ağlama nöbetleri geçiriyorum veya kendimi ağlayacak gibi hissediyorum.				
4.Gece boyunca uyumakta güçlük çekiyorum.				
5.İştahım her zamanki gibi.				
6.Çekici kadınlarla/erkeklere bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum.				
7.Kilo kaybetmekte olduğumu fark ediyorum.				
8.Kabızlık çekiyorum.				
9.Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.				
10.Sebeatsız yere yoruluyorum.				
11.Zihnim her zaman olduğu kadar açık.				
12.Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapabiliyorum.				
13.Huzursuzum yerimde duramıyorum.				
14.Geleceğe ümitle bakıyorum.				
15.Her zamankinden daha tedirginim.				
16.Kolaylıkla karar verebiliyorum.				
17.İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum.				
18.Hayatım oldukça dolu.				
19.Ölseydim herkes için daha iyi olurdu.				
20.Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan hala zevk duyuyorum.				

13.SORUYA CEVABINIZ HAYIR İSE ANKETİMİZ SONA ERMİŞTİR, TEŞEKKÜR EDERİZ)

EK-3

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

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 minnettar oluruz.

1-Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir seçeneği işaretleyin)

- a) hiçbir zaman
- b) haftada bir veya daha seyrek gibi
- c) haftada iki veya üç kez
- d) günde bir kez gibi
- e) günde birkaç kez
- f) her zaman

2- Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz, bilmek istiyoruz?

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped/koruyucu bez kullanın veya kullanmayın)(Bir seçeneği işaretleyin)

- a) hiç
- b) az miktarda
- c) orta derecede
- d) çok miktarda

3-Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırmagünlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiçbir şekilde çok fazla

4-Hangidurumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- a) hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum
- b) tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum
- c) öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum
- d) uyurken kaçıyorum
- e) hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum
- f) işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum
- g) belirgin bir neden olmadan kaçıyorum
- h) her zaman kaçıyorum

EK-4

KING SAĞLIK ANKETİ

1-Şu anki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a)çok iyi
- b)iyi
- c)fena değil
- d)kötü
- e)çok kötü

2-İdrar keseniz ve işemeniz ile ilgili problemlerin hayatınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

- a)hiç etkilemiyor
- b)çok az
- c)orta
- d)çok etkiliyor

Aşağıda idrar kesenizle ve işemenizle ilgili problemlerinin etkileyebileceği bazı günlük aktiviteler sıralanmıştır. Sizin idrar kesesi ve işeme problemlerinizi sizi ne kadar etkiliyor?

Lütfen her soruyu size en uygun cevabı işaretleyerek yanıtlayınız:

3.Aktive Kısıtlamaları	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler evdeki işlerinizi engelliyor mu?(temizlik, yemek gibi)				
B.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler ev dışı veya iş yerinizdeki işlerinizi engelliyor mu?				

4.Fiziksel/sosyal kısıtlamalar	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler fiziki aktivitelerinizi engelliyor mu? (yürüyüş, koşu, spor gibi)				
B. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler yolculuğa çıkmanızı engelliyor mu?				
C. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler sosyal hayatınızı sınırlıyor mu?				
D. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler arkadaş ve dostlarınızı ziyaretlerinizi sınırlıyor mu?				

5.Özel hayata ait kısıtlamalar	0	1	2	3	4
--------------------------------	---	---	---	---	---

	Hiç	Hemen hiç	Hafif	Orta	Çok
A. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemlereşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?					
B. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler cinsel hayatınızı etkiliyor mu?					
C. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler aile hayatınızı etkiliyor mu?					

6.Duygular	1 Hiç	2 Hafif	3 Orta	4 Çok
A.İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler moralinizi bozuyor mu?				
B. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler sizi tedirgin ve sinirli yapıyor mu?				
C. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler kendinizle ilgili üzüntü duymanıza sebep oluyor mu?				

7.Uyku/Enerji	1 Asla	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Her zaman
A. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemleruykunuzu etkiliyor mu?				
B. İdrar keseniz ve işemenizle ilgili problemler kendinizi bitkin ve yorgun hissetmenize sebep oluyor mu?				

8. Aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz? Eğer yapıyorsanız hangi sıklıkta?				
	1 Asla	2 Bazen	3 Sıklıkla	4 Her zaman
A.Kuru kalmak için bez kullanır mısınız?				
B.Ne kadar su içtiğinize, sıvı aldığınıza dikkat eder misiniz?				
C.Islandığı için çamaşırlarınızı değiştirmek zorunda kalır mısınız?				
D.Koktuğunu düşünerek rahatsız olur musunuz?				

EK-5

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)	Çok Fazla	Oldukça	Orta düzeyde	Biraz	Hiç
1.Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.					
2.Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum.					
3.Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.					
4.İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.					
5.Kendimi bunalımda(depresif) hissediyorum.					
6.Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum.					
7.İdrar kaçırma sorunun yapmak istediklerimi engellediği için hayal kırıklığı yaşıyorum.					
8.Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.					
9.idrar kaçırma sorunun sürekli kafamı meşgul ediyor.					
10.Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.					
11.İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.					
12.Yaşlandıkça idrar sorununun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.					
13.Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.					
14.İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.					
15.İdrar kaçırma sorunun bana sağlıklı bir insan olmadığım hissi veriyor.					
16.İdrar kaçırma sorunun benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.					
17.İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.					
18.Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.					
19.İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum.					
20.İçtiklerimi takip etmek zorundayım.					
21.İdrar kaçırma sorunun giysi seçimimi sınırlıyor.					
22.Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.					

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Karar Formu

(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR)

Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

Karar No: 377
Tarih : 14.11.2018

KARAR

Farklı Açılardan Üriner İnkontinansa Yaklaşım adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP

Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

(T. Katılmadı)

Doç. Dr. Ashı BAYSAL
Üye

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Üye

Uzm. Dr. Ayşenur ATAY

Üye

Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR

Üye

Dr. Mehmet ERTAN

Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILICIOĞLU

Raportör Üye

KARŞI OY _____ :

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Kurtuluş ÖNGEL, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 14.11.2018
IRB # : 377

Study Title : Approaches to Urinary Incontinence with Different ways.

At its board meeting **14.11.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP



İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE
Tel: 0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234
Fax: 0 232 245 04 38
E-posta: ikcetik2@gmail.com

