T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTALARDA ETİYOLOJİ, SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ömer Faruk ALTUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANSLI HASTALARDA ETİYOLOJİ, SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Ömer Faruk ALTUN

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Asistan hekimlik yaptığım süre boyunca mesleki ve sosyal hayata dair bilgi ve tecrübelerinden her zaman faydalanmamı sağlayan, tez danışmanım olarak desteğini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'a;

Uzmanlık eğitimimde hekimlik sanatını bana öğreten, deneyimlerini aktaran ve asistanlık eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER'e, Doç. Dr. Burcu DOĞAN'a ve Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ'a;

Tez çalışmama katkı ve desteklerinden dolayı Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Turgay EBİLOĞLU'na ve değerli katkılarından dolayı Uzm. Dr. Şeyma Aliye KARA'ya;

3 yıl boyunca tanıma ve beraber çalışma şansına sahip olduğum bütün hekim arkadaşlarıma;

Bu dünyaya gözlerimi açtığım ilk andan bu satıları yazdığım ana kadar aldığım her nefeste sevgilerini hissettiğim, her zaman destekçim olan, oğulları olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli babam Halis ALTUN'a ve annem Zehra ALTUN'a;

Beni dünyanın en şanslı abisi yapan kardeşlerim Ahmet Tarık ALTUN'a ve Sevde ALTUN SİLİNGEÇ'e;

Hayatıma girdiği andan itibaren her anımı güzelleştiren, karşılaştığım her zorluğu aşmamı sağlayan, varlığı için her daim şükrettiğim hayat arkadaşım ve sevgili eşim Feyza Nur BALÇIN ALTUN'a ve cennet kuşumuz Zeynep'imize;

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ömer Faruk ALTUN

Ankara, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
SİMGELER VE KISALTMALAR iv
TABLOLAR LİSTESİ v
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANOTOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ 3
2.1.1 Mesane (Vesica Urinaria) 3
2.1.2 Üretra 4
2.1.3. Prostat 5
2.1.4. Pelvik Taban 6
2.1.5. Alt Üriner Sistemin ve Pelvik Tabanın Sinirsel Kontrolü 10
2.1.6. Üriner Sistem Fizyolojisi 10
2.2 ÜRİNER İNKONTİNANS 12
2.2.1. Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması 12
2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ve Epidemiyoloji 13
2.2.3. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirme 14
2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ 18
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ 18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 18
3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI 19
3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ 21
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ VE İDARİ İZİNLER 21

4. BULGULAR 22
5. TARTIŞMA 58
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ 64
7. SONUÇ VE ÖNERİLER 65
KAYNAKLAR 66
ÖZGEÇMİŞ 74
EKLER 76
EK-1. Etik Kurul Onayı 76
EK-2. Veri Toplama Formu 77
EK-3. Gönüllü Onam Formu 82
EK-4. Eğitim Planlama Kurulu Onayı 86

SİMGELER VE KISALTMALAR

C/S : Sezaryen Doğum

GEAH : Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ICIQ-SF : Uluslararası İnkontinans Sorgulama Anketi- Kısa Formu

ICS : Uluslararası Kontinans Derneği

I-QOL : Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

MUİ : Mikst Üriner İnkontinans

MUS : Mid-üretral slingler

SBÜ : Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SUİ : Stres Üriner İnkontinans

SVD : Spontan Vajinal Doğum

UUİ : Urgency Üriner İnkontinans

Üİ : Üriner İnkontinas

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 23
Tablo 2. Katılımcıların Ağırlık, Boy ve Vücut Kitle İndeksi Ölçüm Değerlerinin Dağılımı 24
Tablo 3. Katılımcıların Kronik Hastalık Özelliklerinin Dağılımı..... 24
Tablo 4. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumları 25
Tablo 5. Katılımcıların Genitoüriner Sistem Ameliyatı Geçirme Durumları 25
Tablo 6. Katılımcıların Üriner Sistemle Alakalı Bazı Hastalıkları Geçirme Durumları..... 26
Tablo 7. Katılımcı Kadınların Doğum Özellikleri..... 27
Tablo 8. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları 27
Tablo 9. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu'nda (ICIQ-SF) Yer Alan Üriner İnkontinans ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı 28
Tablo 10. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu'na (ICIQ-SF) Göre Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisinin Skor Dağılımı 29
Tablo 11. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile İlgili Durum Sorularının Dağılımı 30
Tablo 12. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Puan Dağılımı 31
Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Üriner İnkontinans Tedavi Özellikleri 31
Tablo 14. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Cevaplarının Dağılımı..... 32
Tablo 15. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve Alt Boyut Puan Dağılımı 33
Tablo 16. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve Alt Boyut Cronbach Alfa Değerleri 34
Tablo 17.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Dağılımı..... 35
Tablo 17.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Dağılımı..... 37

Tablo 18. Katılımcıların Bazı Özelliklerin Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile Korelasyonu 38
Tablo 19.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam Puan Dağılımı 40
Tablo 19.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam Puan Dağılımı 42
Tablo 20. Katılımcıların Bazı Özelliklerin Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ile Korelasyonu 43
Tablo 21.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut Puan Dağılımı 45
Tablo 22.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut Puan Dağılımı 49
Tablo 22.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut Puan Dağılımı 51
Tablo 23.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut Puan Dağılımı 53
Tablo 23.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut Puan Dağılımı 55
Tablo 24. Katılımcıların Yaş ve Vücut Kitle İndeksi Değerlerinin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Alt Boyut Puanları ile Korelasyonu 56
Tablo 25. Katılımcıların Kadınların Doğum Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı 57
Tablo 26. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam ve Alt Boyut Puanları Korelasyonu 57

ÖZET

Dr. Ömer Faruk ALTUN, "Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etiyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, Türkiye, 2024

Amaç: Üriner inkontinans, kişilerin hem kendilerine hem de yakınlarına önemli psikolojik, hijyenik ve sosyoekonomik etkileri olan bir sağlık sorunudur. Bu araştırmada, üriner inkontinansı olan hastalarda etiyoloji ve sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı araştırma olarak planlanan araştırmamıza, 01.05.2023-30.04.2024 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği Polikliniğe ayaktan başvuran veya Üroloji Kliniği'nde yatarak tedavi olan üriner inkontinanslı hastalar dahil edilmiştir. Araştırma için hazırlanan anket formunda; hastanın sosyodemografik özellikleri, tıbbi öz geçmişi ve üriner inkontinans etiyolojisine yönelik sorular, "Uluslararası İnkontinans Sorgulama Anketi- Kısa Formu" ('ICIQ-SF') ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) bulunmaktadır. Veriler, belirlenen takvim sürecinde dahil edilmesi planlanan örneklem sayısına ulaştığında IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 29.0) girilerek uygun testler ile analiz edilmiştir. $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 296 katılımcının yaş ortalamaları 61,2±14,5 yıldır. Katılımcıların %62,5'i (n=185)'ü kadındır. Herhangi bir işte çalışanlar %31,4'ünü (n=93) oluşturmaktadır. Katılımcıların %30,7'si (n=91) emekli, %43,6'sının (n=129) geliri giderine yakın olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %68,2'sinde (n=202) kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması 27,3±3,4 kg/m^2'dir. Araştırmaya katılan kadın hastaların ortalama yaptıkları doğum sayısı 2,8±1,6'dır. Katılımcıların %46,6'sı (n=138) genitoüriner sistem ameliyatı geçirdiğini, %39,5'i (n=117) yılda 2-3 kere üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir.

Sosyodemografik özelliklerin ve tıbbi geçmişin ICIQ-SF puan dağılımı ile ilişkisi incelendiğinde yaş ve VKİ ile pozitif ve düşük korele olduğu görülmüştür (sırasıyla; r=0,144 ve r=0,254). Medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir seviyesi gibi sosyodemografik özelliklerin ve üriner sistem enfeksiyonu geçirme, genitoüriner sistem ameliyatı geçirme, kronik hastalığa sahip olma gibi tıbbi geçmişin ICIQ-SF puan dağılımı ile istatiksel olarak anlamlı ilişkisi gözlemlenmiştir (sırasıyla; p=0,013, p=0,005, p<0,001, p=0,004, p<0,001, p=0,046, p<0,001).

Sosyodemografik özelliklerin ve tıbbi geçmişin I-QOL toplam puanı ve alt boyutlarının puan dağılımı ile ilişkisi incelendiğinde yaş ve VKİ ile pozitif ve düşük korele olduğu görülmüştür (sırasıyla; r=0,277 ve r=0,272). Medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir seviyesi gibi sosyodemografik özelliklerin ve üriner sistem enfeksiyonu geçirme, genitoüriner sistem ameliyatı geçirme, kronik hastalığa sahip olma gibi tıbbi geçmişin I-QOL toplam puanı ve alt boyutlarının puan dağılımı ile istatiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlenmiştir (sırasıyla; p=0,046, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,035, p<0,001).

Sonuç: Üriner inkontinans tanısı alan hastalar üzerinde yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde etiyoloji ve sosyodemografik özelliklerin üriner inkontinans şiddeti ve hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Aile hekimleri başta olmak üzere, toplumda sık görülen üriner inkontinansa sahip olan hastalar ile karşılaşan meslektaşlarımızın hastaya yaklaşım sırasında sosyodemografik özellikleri ve tıbbi geçmişi detaylı olarak incelemesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, etiyoloji, sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Dr. Ömer Faruk ALTUN "Etiology, Sociodemographic Characteristics and the Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Patients with Urinary Incontinence" Gulhane School of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Ankara, Türkiye, 2024.

Objective: Urinary incontinence is a health problem that has significant psychological, hygienic and socioeconomic effects on both people and their loved ones. This study aimed to determine the etiology and sociodemographic characteristics of patients with urinary incontinence and to reveal the effect of urinary incontinence on quality of life.

Materials and method: Our study, planned as a descriptive research, included patients with urinary incontinence who applied to the Polyclinic of Gülhane Training and Research Hospital Urology Clinic as an outpatient or received inpatient treatment in the Urology Clinic between 01.05.2023 and 30.04.2024. In the survey form prepared for the research; There are sociodemographic characteristics of the patient, medical history of the patients and questions regarding the etiology of urinary incontinence, International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (CIQ-SF) and Urinary Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL). When the survey form reached the number of samples planned to be included within the determined calendar period, it was entered into the IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS ver. 29.0) and analyzed with appropriate tests. Results for $p<0.05$ will be considered statistically significant.

Results: The average age of the 296 participants included in the study is 61.2±14.5. 62.5% (n=185) of the participants were women. It constitutes 31.4% (n=93) of those working in any job. 30.7% (n=91) of the participants stated that they were retired, and 43.6% (n=129) stated that their income was close to their expenses. 68.2% (n=202) of the participants had chronic diseases. The body mass index of the participants was 27.3±3.4. The average number of births of the women participating in the study was 2.8±1.6. 46.6% (n=138) of the participants stated that they had a genitourinary system

disease, and 39.5% (n=117) stated that they had a urinary system disease 2-3 times a year.

When the relationship between sociodemographic characteristics and medical history and ICIQ-SF score distribution was examined, it was seen that there was a positive and low correlation with age and BMI (r=0,144 and r=0,254). Sociodemographic characteristics such as marital status, educational status, employment status, income level, and medical history such as urinary tract infection, genitourinary system surgery, and chronic disease had statistically significant results with the ICIQ-SF score distribution (bu turns; p=0,013, p=0,005, p<0,001, p=0,004, p<0,001, p=0,046, p<0,001).

When the relationship of sociodemographic characteristics and medical history with the I-QOL total score and the score distribution of its subscales was examined, it was seen that there was a positive and low correlation with age and BMI (r=0,277 and r=0,272). Sociodemographic characteristics such as marital status, educational status, employment status, income level, and medical history such as urinary tract infection, genitourinary system surgery, and chronic disease yielded statistically significant results with the I-QOL total score and score distribution of its subdimensions (by turns; p=0,046, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,035, p<0,001).

Conclusion: When the data we obtained as a result of our study on patients diagnosed with urinary incontinence were evaluated, it was observed that etiology and sociodemographic characteristics had an impact on the severity of urinary incontinence and the quality of life of the patients. It is recommended that our colleagues, especially family physicians, who encounter patients with urinary incontinence, which is common in society, examine the sociodemographic characteristics and medical history in detail when approaching the patient.

Keywords: Urinary incontinence, etiology, sociodemographic characteristics, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üriner İnkontinans (Üİ), hastanın herhangi bir sağlık problemine bağlı olarak "istem dışı idrar kaçırma şikâyeti" olarak tanımlanmaktadır. Hijyenik ve sosyal sorunlar başta olmak üzere birçok soruna neden olan üriner inkontinans; alt üriner sistemin disfonksiyonunun en önemli semptomlarındandır (1).

Üriner inkontinans, hastalar üzerinde psikolojik, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olduğu kadar aileleri üzerinde de benzer etkilere neden olur. Sürekli bir ıslaklık hissi ve ciltte tahrişe yol açarak kişide rahatsızlık hissi uyandırırken, bu durum anksiyete seviyesini yükseltebilir, özgüven kaybına ve yetersizlik hissine neden olabilir. Bu süreç, zamanla depresyona kadar ilerleyebilen duygusal problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Üriner inkontinans, yaşamı tehdit etmese de bireyin sosyal yaşantısını etkileyen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan karmaşık bir sorundur. Üriner inkontinansa bağlı gelişen yakınmalar, bireyin kendini sosyal çevresinden bilinçli olarak uzaklaştırmasına, günlük etkileşimlerden kaçınmasına, fiziksel aktivitesini sınırlamasına ve hatta sıvı alımını kısıtlamasına neden olarak yaşam kalitesinde bozulmalara yol açabilmektedir (2).

Üriner inkontinans; her toplumda sık görülür. Yaşla birlikte her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmakla beraber kadın popülasyonda çok daha fazla görülmektedir. Prevalansı konusunda farklı çalışmalar olmakla birlikte; Türkiye'de Uluslararası İnkontinans Sorgulama Anketi- Kısa Formu (ICIQ-SF) kullanılarak 2007 yayınlanan bir çalışmada UI oranı %35,7 bulunmuş ve yaş ilerlemesiyle beraber üriner inkontinans görülme sıklığında anlamlı bir artış bulunmuştur (3).

Üriner inkontinansın bilinen birçok risk faktörü mevcuttur. Risk faktörlerinin hepsinin ayrı ayrı prevalansı toplandığında, üriner inkontinansın toplumda büyük bir kesimde problemlere neden olan bir sorun olduğu anlaşılmaktadır. Risk faktörlerinden bazıları; ileri yaş, kadın cinsiyet, postmenopozal dönem, birden çok vajinal doğum

yapmış olmak, obezite, diabetes mellitus, bazı nörolojik hastalıklar, diüretik ilaçlar, sık olarak üriner enfeksiyon geçirmek şeklinde tanımlanabilir (4).

Üriner inkontinans, hastalar tarafından genellikle önemsenmeyen ve hekimlerin de her zaman yeterince sorgulamadığı bir sağlık problemidir. Hastaların bu durumu yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul etmeleri ya da utanç duygusu nedeniyle paylaşmamaları, tedavi sürecini geciktirebilmektedir. Bu sebeple, üriner inkontinansa bağlı olarak yaşam kalitesi düşmektedir ve hastaların bazıları bu problem için sağlık hizmetlerini nasıl kullanacağını bilmemektedir. Hekimlerin, özellikle 40 yaş ve üzeri erişkinlerde bu durumu dikkate alarak her muayenede üriner inkontinansı araştırmaları gerekmektedir. Üriner inkontinansta etiyolojinin ve sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ortaya konulmasının hastaların hem tedavi hem de takibinde önemli olduğu düşünülmektedir (5).

Özellikler aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları hastaları yönlendirerek, toplumda sık olarak görülen ancak hastalar tarafından genellikle önemsenmeyen veya gizlenen üriner inkontinansın erken teşhisinde ve yönetiminde önemli bir rol oynayabilir. Aile hekimlerinin bütüncül ve hasta odaklı yaklaşımı, hastaların tedavi süreçlerinde güvenle ilerlemelerini sağlayıp üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini azaltabilir.

Bu araştırmada, üriner inkontinansı olan hastalarda etiyoloji ile sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi ve bu özelliklerin üriner inkontinansı olan hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANOTOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Üriner sistem, temel olarak iki ana bölümden oluşur: üst üriner sistem ve alt üriner sistem. Üst üriner sistem, böbrekler ve üreterlerden meydana gelirken; alt üriner sistem, mesane ve üretra tarafından oluşturulmaktadır. Böbrekler idrar oluşumunu sağlarken, üreter idrarın böbrekten mesaneye iletilmesinden, mesane idrarın depolanmasından ve üretra ile pelvik taban kasları yardımıyla idrarın vücuttan atılmasından sorumludur (2,6).

Mesane ve üretranın oluşturduğu alt üriner sistem; idrar depolama fonksiyonunu istem dışı yaparken idrarın vücuttan atılma fonksiyonunu istemli olarak yapmaktadır. Alt üriner sistem anatomisi, pelvik yapının ve üreme organlarının anatomik farklılıkları dolayısıyla erkek ve kadın cinsiyette farklılık gösterir (7).

2.1.1 Mesane (Vesica Urinaria)

Temel fonksiyonu böbreklerde oluşup üreterler ile kendisine iletilen idrarı depolamak ve sonrasında üretra aracılığıyla idrarı vücuttan uzaklaştırmak olan mesane dört ana bölümden oluşur: apex vesicae, corpus vesicae, fundus vesicae ve cervix vesicae. Apex vesicae mesanenin üst kısmı olup periton ile kaplıdır. Ayrıca kadın cinsiyette fundus uteri ile komşuluğu vardır. Fundus vesicae, arka-alt bölüm olup kadınlarda vajinanın anterior duvarı, cervix uteri ve her iki cinsiyette de üreterlerin son kısmı ile komşudur. Fundus ve apex vesicae arasındaki alan korpus vesicae olarak isimlendirilir. İdrarın temel olarak depolandığı ve miksiyon esnasında etkili olan detrüsör kasının yoğun olarak bulunduğu bölgedir. Mesanenin en alt ve dar kısmı ise cervix vesicae olarak isimlendirilir (8–10).

Mesanenin içerisinde Trigon (trigonum vesicae) isimli üçgen bir yapı mevcuttur. Üreterlerin mesaneye giriş yeri olan üreteral orifisler ve üretranın başlangıcı olan internal üretral orifis arasında bulunur. Trigonun fonksiyonları; idrar

depolama esnasında idrarın üretraya geçişini engellemek, miksiyon sırasında da idrarın üreterlere reflüsünü önlemektir (10).

Mesane mukozası değişici (transizyonel) epitel yapısındadır. Mesane içerisindeki detrüsör kas, yapısı itibariyle uzunlamasına ve dairesel katmanlar şeklinde pleksiform olarak düzenlenmiş bir düz kastır. Detrüsör kas lifleri, idrarın mesanede depolanma fazında boyunun yaklaşık dört katına kadar uzar. Bu sayede mesane toplam 400-500 mL kapasiteye kadar ulaşabilmektedir. Mesane temel olarak a. iliaca internanın dalları olan superior ve inferior vezikal arterlerden beslenir. Mesanenin parasempatik innervasyonu S_2-S_4 segmentinden olur. Sempatik lifler ise T_{10}-L_2 segmentinden gelir (7–10).

2.1.2 Üretra

Üretra, mesanedeki internal üretral orifis ile başlayıp vücuttaki sonlanım noktası olan eksternal üretral orifis ile biten bir organdır. Distal kısımda çok katlı yassı epitelden oluşurken proksimal kısımda değişici epitele dönüşür. Erkek ve kadın cinsiyette üriner ve genital anatomiye bağlı olarak farklılıklar gösterir. Yetişkin kadınlarda mesane boynundan başlayıp labium minuslar arasında vulvada sonlanır. Kadınlarda yaklaşık olarak 4-5 cm boyundadır. Yetişkin erkeklerde ise mesane boynundan başlayıp prostat bezinden geçerek penis boyunca uzanır ve penis ucundaki eksternal üretral orifiste sonlanır. Erkeklerde yaklaşık olarak 18-20 cm boyundadır. Kadınlarda sadece idrarın vücuttan atılmasını sağlarken, erkeklerde idrarın vücuttan uzaklaştırılmasının yanında ejekülasyon sırasında meninin de vücuttan atılmasını sağlar. Erkeklerde prostat bezinin içindeki bölümü olan prostatik, ürogenital membranın eksternal sfinkteri oluşturduğu membranöz, bulbar ve penil olmak üzere 4 bölümde incelenir. Kadınlarda ise temel olarak pelvik üretra, membranöz üretra ve perineal üretra olmak üzere 3 bölümden oluşur (8,11–16).

Mesaneden boşaltılan idrarın iletilmesinde üretrada bulunan m. sphincter urethra görev alır. İnternal sfkinteri oluşturan m. sphincter urethra internus ve ekternal sfinkteri oluşturan m. sphincter urethra externus bölümlerinden oluşur. İnternal

sfinkter, üretranın proksimal kısmında çevreler. Mesane fundusundan uzanan detrüsör kas tarafından oluşturulur ve düz kas içerir. Dolayısıyla kişinin istemsiz olarak kontinansını sağlar. Eksternal sfinkter ise çizgili kas yapısından olan pelvik taban kaslarından oluşur ve kişinin istemli kontinansını sağlar. Erkek cinsiyette üretranın membranöz bölümünü ve prostat apeksini tübüler olarak çevreler. Eksternal sfinkter, mesane kontraksiyonu sırasında kasılırsa miksiyonu engeller ve istemli kontinans sağlar. Her iki sfinkter de erkeklerde kadınlardan yaklaşık olarak iki kat daha güçlüdür. Çünkü internal ve eksternal sfinkter kadınlarda erkeklerde olduğu gibi tam bir sfinkter yapısından değildir. Özellikle kadınlarda, sfinkter yetersizliği olursa m. Levator ani miksiyon kontrolünü sağlar. Üretra, pelvik taban kasları, pelvik diyafram, pelvik ligamentler ve ürogenital diyafram tarafından ekstrensek olarak desteklenmektedir. İntrinsik olarak da üretranın duvarındaki düz ve çizgili kas tabakası, üretranın elastik yapısı gibi faktörler tarafından desteklenmektedir (13–16).

2.1.3. Prostat

Prostat, erkek ürogenital sisteminin en büyük glandüler organıdır. Mesane fundusundan hemen sonra prostatik üretrayı çevreler. Yaklaşık olarak 4x2x3 cm boyutlarındadır. Dört histolojik bölgeden oluşur; transizyonel zon, anterior fibromusküler stroma, santral zon ve periferal zon. Santral zor; ejakulatör duktusları ve proksimal üretrayı sarar. Periferal zor; prostatit, atrofi ve kanserin en sık olduğu bölümdür. Transizyonel zor ise Benign Prostat Hiperplazisinden en çok büyüyen bölümdür (15,16).

Bazal tarafta mesane fundusuna bitişiktir ve internal sfinkter ile komşuluğu vardır. Apekste ürogenital diyaframla komşudur. Lateralde m.levator ani ve endopelvik fasyayla bağlantılıdır. Posterior tarafta, Denonvillier fasyası ile rektumdan ayrılır. Seminal veziküller (SV) ve vas deferensin ampullası, prostat bezinin posterosüperior kısmında bulunur. Ön tarafta ise simfizis pubis, mesane ve prostat bezi arasında, Santorini ven pleksusu ve yüzeysel dorsal venleri içeren Retzius boşluğu yer almaktadır (15,16).

2.1.4. Pelvik Taban

Pelvis; sakrum, koksiks ve iki koksa tarafından oluşturulan leğen şeklinde bir kemik yapı bütünüdür. Pelvik taban, bu kemik yapı ve kemik yapı ile ilişkili bağ doku ve kasların hepsi ile oluşur. Hamak şeklinde bir yapıda olup erkek ve kadınlarda mesane, rektum, genital organlar ve bunlarla ilişkili damar ve sinir yapılarının korunmasını sağlar. Pelvik organların prolapsusunu önler. Ayrıca pelvik organlara, omurgaya, postüral pozisyona destek olur. Koruma ve destek görevlerinin yanında, pelvik taban içerisinde bulunan organların fonksiyonlarının (miksiyon, defekasyon, doğum, vb.) düzgün çalışmasında görev alır. İdrar ve gaz-gaita kontinansında görevlidir (16–18).

Pelvik taban temel olarak 3 yapıda incelenir. Bunlar pelvik fasya, pelvik diyafram ve perineumdur.

2.1.4.1. Pelvik Fasya

İnsan vücudunda genel olarak üç tip fasya bulunur. Bunlar kas yapıları saran fasia profunda, deri ile fasya profunda arasında bulunan fasya superfacialis ve anatomik boşluklarını örten fasya subserozadır (19).

Pelvik fasya, karın boşluğundaki fasya transversalis ile ilişkili olup pelvis girişinde kemik yapılar ile birliktelik gösterir. Promontoriumda periosteum ile ilişkilidir. Buradan inferiora doğru devam edip lig. Anococcygeum'a tutunur. Canalis analis ve prostatın visseral fasyası ile devam eder. Pelvik tabandaki kas, organ ve bağlar ile ilişkilidir (19,20).

Pelvis fasya dört fasyanın birleşiminden oluşur; M. levator ani ve m. coccygeusu superior tarafından örten fascia superior diaphragmatis pelvis, m. coccygeus ve m. levator aniyi inferior tarafından örten fascia inferior diaphragmatis pelvis, fascia superior diaphragma urogenitale ve fascia inferior diaphragma urogenitale. Fascia superior diaphragmatis pelvis, klinik anatomide endopelvik fasya olarak isimlendirilir. Endopelvik fasya ve periton arasında ölü boşluklar bulunur ve

klinik olarak komşulukları açısından önem arz etmektedir. Pelvik fasyalar kalınlaşarak ligamentleri oluşturur (16,21,22).

2.1.4.1.1. Lig. Pubovesicale (lig. Puboprostaticus)

M. levator aniyi superior tarafından örfen fasya superior diaphragmatis pelvisin kalınlaşması ile lateral ve medial bölümü olan bir ligament oluşur. Lateral bölüm erkekte lig. puboprostaticum kadında lig. laterale pubovesicale olarak isimlendirilir. Medial bölümü ise erkekte lig. pubovesicale kadında lig. mediale pubovesivale olarak isimlendirilir. Kadınlarda mesane boynunu, erkeklerde mesane boynu ve prostatı pubise sabitler. Aynı zamanda üretrayı sarar ve onun prolapsusunu önler (16,20,21,23,24).

2.1.4.1.2. Lig. Üretropelvica

Lig. üretropelvica, iki lameller yapıdan oluşur. Bir lameli periüretyal fasyadan oluşurken, diğer lameli endopelvik fasyadan oluşur. Üretra ve mesane boynu bu ligamentle beraber arcus tendineus facia pelvise tutunur. Bu sayede üretra ve mesane boynuna önemli bir fasyal destek oluşturur. Tendinöz arcusa tutunması sayesinde kontinans için önemli bir görev almış olur (16,20,21,23,24).

2.1.4.1.3. Arcus Tendineuslar

Obturator ve levator ani kaslarının fasyalarının kaynaşması ile oluşan güçlü anatomik yapıya arcus tendineus levator ani (ATLA) denir. Spina ischiadicalara ve pubise tutunur. Özellikler levator ani için bir destek görevi görür. Arcus tendineus fascia pelvis (ATFP) ise, pelvik diyaframın üst fasyası üzerinde bulunur. Simfizis pubisten spina ischiadicalara uzanır.

Özellikle mesane boynu ve üretranın lateral ve anterior desteğini sağlamada en önemli katkıyı üretropelvik, puboüretral ve vezikopelvik ligamentlerin arcus tendineus ve pubise bağlanması sağlar (16–18,20–24).

2.1.4.2 Pelvik Diyafram

Pelvik diyafram; m. levator ani ile m. coccygeus kaslarından ve onları saran fasyalardan oluşmaktadır. Pelvik organların altında bir hamak şeklinde bulunur. Perineal organlar ile pelvik organları birbirinden ayırır. İdrar ve gaita kontinansından sorumludur. Kadınlarda doğum sırasında etkili görev alır. Pelvik prolapsusu önlerler. Bu kasların çalışmasında oluşan bir sorun inkontinansa, prolapsusa veya diğer pelvik organ sorunlarına yol açar (25).

2.1.4.2.1 M. Levator Ani

Pubisin superior ramusu, arcus tendineus levator ani ve spina ischiadicadan başlar. Koksiks ve anüs arasındaki lig.anococcygeumda sonlanır. 3 kastan oluşur. İntraobdominal basınç artışında ve zorlu ekspirasyon gibi durumlarda kontraksiyon yaparak pelvik organları destekler ve onları yukarı doğru kaldırır. Anorektal bileşke ile ilişkilidir ve fekal kontinansın sağlanmasında önemlidir. Üretrayı baskılar ve üretral kontinansı sağlar. Dolayısıyla miksiyon ve defekasyonda görevlidir. Pudendal sinir tarafından $S_{2\text{-}4}$ sinirleri ile innerve olur (26,27).

Levator aninin, ön-iç kısmında bulunan kas yapısına m.pubococcygeus adı verilir. Pubisten ve arcus tendini levator aninin ön kısmından başlar. Üretra ve kadınlarda vajinanın etrafından geçer. Rektumun yanından geçerek arkasında dolanır ve rektumu sararak rektumun arkasında karşı taraf pubococcygeus kası ile birleşerek lig. anococcygeus üzerinde güçlü bir fibromusküler yapı oluştururlar. M. pubococcygeus erkekte prostat bezinin altından geçerek sonlanır. Prostat ile olan yakın komşuluklarından dolayı bu liflere m. levator prostatae'de denmektedir. Her iki taraf m. pubococcygeuslar kasılarak anorektal ve ürogenital hiatusları kapatırlar. Ürogenital hiatusu anterior kısmından sarmadıkları için anatomik bir zayıflık oluşur ve pelvik prolapsus bu zayıflık sebebiyle genellikle ürogenital hiatus kaynaklı olur. M. pubococcygeus, ürogenital ve anorektal hiatusları kapattığı için miksiyon ve defekasyonda görevlidir. Her iki cinsiyette orgazm sırasında kasılır ve erkek ejakülasyonunda görev alır. Doğum esnasında bebeğin pozisyonunu destekler (26–29).

Levator ani kası oluşturan ikinci kas, arvus tendineus levator aninin arka bölümü ve spina ischiadicalardan başlayıp coccyx ve lig. anorectaliste sonlanan m. illiococcygeustur ve destek görevi görür (26–29).

Levotor aniyi oluşturan üçüncü kas ise m. puborectalistir. Bu kas pubisten başlar, at nallı şeklinde anorektal hiatusu çevreler ve tekrar pubise dönüp sonlanır. Aslında m. pubococcygeusun bir parçasıdır. At nalı şeklindeki yapısı sayesinde askı görevi görür ve rektumu öne doğru çeker ve fekal kontinansın sağlanmasında göre alır. Gevşemesi durumunda rektum ile anüs arasındaki açı artar, iç ve dış sfinkterler gevşemesiyle defekasyon gerçekleşir. Vajen ve üretral hiatus ile ilişkilidir ve üriner kontinanstan da sorumludur (26–29).

2.1.4.2.2. M. Coccygeus

Spina ischiadica ve lig. sacrospinale'den başlar. Üçgen şeklindedir. Coccyx ve sakrumda sonlanır. Pudendal sinir tarafından innerve edilir. M. levator ani ile pelvik diyaframı oluştur. Pelvik diyaframın posterior kısmında bulunur. Pelvik organlara destek görevinde bulunur (26–29).

2.1.4.3 Perineum

Perine; pelvik diyafram ile deri arasında kalan, pelvik çıkışa yerleşmiş olan pelvik taban bölümüdür. Erkeklerde penis, scrotum ve anüs ile ilişkilidir. Kadınlarda üretra, vejina, labiumlar ve anüs ile ilişkilidir. Önce pubis, arkada coccyx ve yanlarda tuber ischiadicalar ile sınırlı olup eşkaner dörtgen şeklindedir. Tuber ischiadicumları birleştiren hayali bir horizontal çizgi ile trigonum ürogenitale ve trigonum anale isimli iki üçgene ayrılır (21,30–32).

M. Levator Ani'nin dış yüzünü örten fasyası (fasia inferior diaphragmatis pelvis), ürogenital üçgende 3'e ayrılır. En derin yaprağı olan fasia superior diaphragmatis urogenitale, m. transversus perinei profundus'un superior kısmını örter. Orta yaprağı olan fasia inferior diaphragmatis ürogenitale, m. transversus perinei profundus'un inferior yüzünü örter. En yüzeyel yaprağı ise fasia perinealis eksterna olarak isimlendirilir ve m. transversus perinei superficialisin inferior tarafında bulunur.

Bu fasyalar arasında derin ve yüzeyel perineal (spatium perineum superficialis ve spatium perineum profunda) boşluklar bulunur. Bu boşluklarda perineal alan ile ilgili kaslar bulunur. Erkekte yüzeyel perineal boşlukta m. transversus perinei superficialis, m. ischiocavernosus (m. erector penis), m. bulbospongiosus; derin perineal boşlukta ise m. sphincter urethra ve m. transversus perinei profundus yer alır. Kadında ise yüzeyel boşlukta m. transversus perinei superficialis, m. ischiocavernosus (m. erector clitoridis) ve m. bulbospongiosus (m. sphincter vagina) bulunurken, derin boşlukta m. sphincter urethra ve m. transversus perinei profundus bulunur (21,30–32).

Erkekte scrotum ile anüs ve kadınlarda vulva ile anüs arasında Centrum tendineum perinei isimli perineal cisim bulunur. Birçok perineal kasın ve levator aninin liflerinin kesiştiği yerdedir ve klinik anatomide komşulukları sebebiyle önem arz eder (30).

2.1.5. Alt Üriner Sistemin ve Pelvik Tabanın Sinirsel Kontrolü

Alt üriner sistem, parasempatik otonom sinir sistemi ile sempatik otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilir. Sempatik lifler, T_{10}-L_2 segmentinden köken alır. Lomber paravertebral sempatik ganglionda sinaps yaparlar. Gangliyondan nervus hipogastricusun alt hipogastrik plexusu yoluyla mesaneye ve üretraya gelerek reseptörleri ile sinaps yapar. Alfa reseptörleri ile üretra ve mesane boyun kaslarını kasar ve idrar çıkışını engeller. Beta reseptörleri ile detrusör kasını gevşetir ve mesanenin dolmasını sağlar. Parasempatik lifler ise $S_{2\text{-}4}$ segmentinden çıkar ve pelvik sinirler ile mesaneye ulaşır. Detrusor kasın kasılmasını ve internal sfinkterin gevşemesini sağlayarak miksiyonu gerçekleştirir (33,34).

Pudendal sinir; eksternal üriner sfinkterden, pelvik kasların bazılarının innervasyonundan ve perine duyusunundan sorumludur (34).

2.1.6. Üriner Sistem Fizyolojisi

Alt üriner sistemin iki ana işveli vardır. İlk fonksiyon olan depolama, kan yoluyla böbreklere getirilip süzülen bazı metabolik ürünlerin ve ilaç vb. gibi toksik

atıkların üreterler aracılığıyla mesaneye getirilip biriktirilmesidir. İkinci fonksiyonu olan miksiyon (işeme) ise depolanan idrarın nöronal uyarılar ile üretra aracılığıyla vücuttan uzaklaştırılma işlemidir (35-39).

Depolama anında mesanede kompliyas (uyum) mevcuttur. Kompliyans, mesane içindeki basıncın yükselmeden mesanede depolanan idrar miktarının artmasıdır. Detrusor kas yapısına bağlı olarak dört kata kadar esneyebilir ve bu durum sayesinde kompliyans gerçekleşir. Bireylerde 250-300 mL idrar biriktiğinde mesane duvarındaki reseptörler aracılığıyla afferent yollar ile kortekse dolum hissi iletilir. Kişi bu hissi pudendal sinir aracılığıyla istemli olarak bastırabilir ve mesane içi hacim yaklaşık 500cc'ye kadar arttırılabilir. Hipogastrik sinir ile mesaneye gelen T_{11}-L_2 sempatik lifleri depolama fazında beta reseptörler ile detrusor kasını gevşetir, alfa reseptörler ile internal sfinkteri kasar. Pudendal sinir aracılığıyla gelen $S_{2\text{-}4}$ somatik lifler ise eksternal sfinkteri kasar. Bu otonom sinirler pontin işeme merkezi tarafından kontrol edilir (35-39).

Öksürme, hapşırma, gülme gibi intrabdominal basıncı ani arttıran durumlarda mesane içi basınç artar ve mesane içi basınç reseptörleri uyarılır. Uyarı sonrası oluşan afferent sinyaller S_2'deki pudendal sinirin sakral kökenine ulaşır ve buradan çıkan efferent sinyaller pudendal sinir ile eksternal sfinkteri uyarır ve kontinansı korur. Bu reflekse "korunma refleksi" denir ve istem dışı, hızlı, etkin bir reflekstir (35-39).

Depolama fazının sonunda beyin sapındaki pontin işeme merkezinin uyarılmasıyla sempatik aktivite azalır ve parasempatik aktivite artar. Pelvik sinirler ile mesaneye gelen parasempatik lifler detrusor kasını kasar, internal sfinkteri gevşetir. Pudendal sinir ile pelvik kaslar ve eksternal sfinkter gevşer ve miksiyon gerçekleşir (35-39).

2.2 ÜRİNER İNKONTİNANS

Üriner inkontinans (Üİ); Uluslararası Kontinans Derneği (ICS)'nin tanımıyla bireyin hijyenik sıkıntılar, psikolojik etkiler ve sosyal problemler ön planda olmak üzere birçok sorununa neden olan, bireyin yaşam kalitesini azaltan, her türlü istem dışı idrar kaçırma olarak ifade edilir. Üriner inkontinans, hastalar üzerinde psikolojik, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olduğu kadar aileleri üzerinde de benzer etkilere neden olur. Sürekli bir ıslaklık hissi ve ciltte tahrişe yol açarak kişide rahatsızlık hissi uyandırırken, bu durum anksiyete seviyesini yükseltebilir, özgüven kaybına ve yetersizlik hissine neden olabilir. Bu süreç, zamanla depresyona kadar ilerleyebilen duygusal problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar (35,40-42).

2.2.1. Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması

Üriner inkontinans çok farklı etyolojik sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabildiği için birçok tipi mevcuttur. Üİ tedavisinin etkin bir şekilde yapılabilmesi için hastanın inkontinansının doğru bir şekilde sınıflandırılması önemlidir. Stres tip Üİ, urgency tip Üİ ve mikst tip Üİ en çok görülen tipleridir. Taşma tip Üİ, enürezis nokturna, fonksiyonel Üİ gibi daha az görülen tipleri de mevcuttur (40).

2.2.1.1. Stres Tip Üİ

Stres tip Üİ, intrensek veya ekstrensek sfinkter yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkar. Klinik olarak hastalar öksürme, gülme, hapşırma gibi karın için basıncı arttıran durumlarda veya yoğun egzersiz yapma gibi durumlarda üriner inkontinans ile karşılaşır. Kadın popülasyonda genç yaşlarda da tamamen sağlıklı olsalar da damlama şeklinde görülebilen stres tip Üİ görülme sıklığı özellikle 40-50 yaş kadınlarda zirve yapar ve sonrasında yavaş yavaş azalır. Bunun nedeninin sıkışma tipi Üİ'nin görülmesindeki artış veya yaşla birlikte azalan efor kapasite olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde özellikle prostata yapılan cerrahi müdahaleler sonrasında görülme sıklığı artmaktadır (43,44).

Stres tip Üİ iki teori mevcuttur. Bunlardan ilki pelvik operasyonlara, atrofiye, nörovasküler patolojilere (diyabetik nöropati vb.), pelvik radyoterapiye bağlı ortaya çıkan sfinkter yetmezliğidir. Yetmezliğe bağlı olarak normalde intrensik sfinkterin mevcut basıncını geçemeyecek bir mesane için basınç artışında bile inkontinans görülmektedir. İkinci teori ise hamak hipotezi olarak isimlendirilir. Mesane boynu ve üretranın sabitlenmesinde destek olan yapıların, doğum, obezite, kabızlık vb. durumlara bağlı olarak zayıflaması ve bunun sonucundan üretranın hipermobilite kazanmasıdır. Üretral hipermobiliteye bağlı olarak karın içi basınç artışında üretra sabit kalamayıp aşağı yönde hareket eder ve üretral basıncın mesane basıncına göre azalmasına sebep olur (43,44).

2.2.1.2. Urgency (Sıkışma) Tip Üİ

Bireyin ani olarak gelişen, yoğun bir idrar yapma hissinin ardından istemsiz olarak inkontinans gelişmesi olarak tanımlanır. Yaşla birlikte görülme sıklığı ciddi şekilde artar. Mesanenin aşırı duyarlılığı (üriner enfeksiyon, taş vb.), detrüsör kasının hiperaktivitesi gibi nedenlere bağlı olarak oluşur. Bireylerde sık idrara çıkma, gece idrara sık gitmek zorunda olma gibi şikayetler de olabilir (45,46).

2.2.1.3. Mikst Tip Üİ

Bireylerde stres tip Üİ ile urgency tip Üİ'nin beraber görülmesi durumudur. Geriatrik popülasyonda görülme sıklığı artmaktadır (45,46).

2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri ve Epidemiyoloji

Üriner inkontinans için kabul edilen bazı risk faktörleri; ileri yaş, kadın cinsiyet, hipoöstrojenemi, beyaz ırk, genetik faktörler, sigara kullanımı, normal doğum yapmış olma, doğum travması (kas hasarı, sinir hasarı, bağ doku hasarı, vb.), jinekolojik op öyküsü, fetal makrozomi doğum öyküsü, diabetes mellitus, obezite, nörolojik hastalıklar (Parkinson, demans vb.), diüretik ilaçlar, tekrarlayıcı üriner enfeksiyonlar, kronik öksürüğe sebep olan akciğer hastalıkları şeklindedir (47,48).

Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi Ajansı 2007 yılında yayınlanan bir raporunda, genç kadın popülasyonunun %25'inde, postmenopozal kadın popülasyonunun %44 ile

%57'sinde, bakımevinde kalan geriatrik kadın popülasyonun ise %75'inde üriner inkontinans görüldüğü bildirilmiştir (49). Ülkemizin çeşitli bölgelerinde yapılan araştırmalarda, üriner inkontinans oranının %20,9 ile %46 arasında değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir(2,50). Türkiye'de ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) ölçeği uygulanarak yapılan bir araştırmada Üİ görülme sıklığı %35,7 bulunmuştur (51).

2.2.3. Üriner İnkontinans Tanı ve Değerlendirme

Üriner inkontinans tanısında anamnez hekimin en önemli yardımcısıdır. Uluslararası kılavuzlar genel olarak, üriner inkontinans şikayeti olan hastada kanıt aranmaksınız detaylı anamnez alınmasını ve fizik muayene yapılmasını öneriyor. Hastanın tariflediği inkontinansın tipi ne zaman ve ne sıklıkla olduğu, provoke eden durumların varlığı (öksürük, gülme vb.), hayatını ne kadar etkilediği, geçirilmiş pelvik operasyon öyküsü, kadın cinsiyette yaptığı doğum sayısı ve doğum şekli, geçirilmiş üriner sistem hastalıkları (üriner taş, sık enfeksiyon, üriner ameliyat öyküsü vb.), ek hastalıkları (özellikle diabetes mellitus ve nörolojik hastalıklar, vb.) detaylı olarak sorgulanmalıdır. Gerekirse hastadan idrar analizi yapılmalıdır. Aşırı aktif mesane durumunda hastadan mesane günlüğü istenebilir. Uluslararası geçerlilik ve güvenilirliği ispatlanmış üriner inkontinans anketleri (ICIQ-SF, vb.) hastayı değerlendirmede yardımcı olabilmektedir. İşeme sonrası rezidü idrar miktarının ölçülmesi de temel değerlendirmede önerilenler arasındadır (52-54).

İleri değerlendirme gerektiren hastalarda ise ürodinamik inceleme ilk tercih olmalıdır. Özellikle birbiri ile uyumsuz semptomları ve bulguları olan hastalarda, üriner inkontinans tipi net olarak belirlenemeyen hastalarda, tedaviye yanıtsız hastalarda, daha önce antiinkontinans cerrahi tedavi olup şikayeti devam eden veya nörojenik alt üriner sistem bozukluğu olan hastalarda ürodinamik inceleme önerilmektedir. Bunun yanında USG, MRG ve sistoüretroskopi de ileri inceleme tercihleri arasındadır (54-56).

Özellikle ileri tetkik gerektirmeyen hastaların değerlendirilmesinde aile hekimleri önemli rol oynamaktadır. Aile hekimleri, detaylı anamnez ve fizik muayene ile hastaları değerlendirebilir, birinci basamakta uygulanabilir olan ölçekleri ve sorgulama formlarını kullanıp hastanın erken tanı almasında görev alabilir.

2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi

2.2.4.1. Konservatif Tedavi

Üriner inkontinans şikayeti ile başvuran her hastaya detaylı anamnez sonrasında üriner inkontinans tipinden bağımsız, mutlaka konservatif tedavi yöntemleri ilk olarak önerilmektedir. Konservatif yöntemlerde en azından bir ya da birkaçı hastanın Üİ tipine ve hasta tarafından uygulanabilirliğine göre seçilmeli; ileri tetkik ve tedavi öncesinde hastaya uygulanmalıdır (55).

Davranış tedavisi hem stres tip üriner inkontinansta hem de sıkışma tip üriner inkontinansta etkilidir. Yaşam tarzı değişikliği olarak tanımlayabileceğimiz davranış tedavisi, hastanın sıvı tüketiminin düzenlenmesi, vücut kitle indeksi yüksek ya da obez hastalarda kilo verilmesi, sigaranın bırakılması, bağırsak alışkanlıklarının düzenlenerek konstipasyonun önlenmesi vb. adımlardan oluşmaktadır. Mesane eğitimi ile özellikle sıkışma tip Üİ veya sıkışma tip ağırlıklı olan mikst tip Üİ'de hastanın düzenli ve hatta lüzumu halinde saatli işeme alışkanlığını kazanması ve buna en az 6 hafta kadar devam etmesi önerilmektedir (56-58).

Pelvik taban kas egzersizleri; pelvik tabanı güçlendirerek üretra ve mesaneye destek olmaktadır. Özellikle stres ve karışık tip üriner inkontinansta, hastanın şikayetlerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı kanıtlanmıştır. Sıkışma tipi Üİ'de de birinci basamak tedavi olarak en az üç ay uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. Yaşlı veya gebe kadınlarda da kolaylıkla yapılabilmesinden dolayı tercih edilebilir (56-58).

2.2.4.2. Tıbbi İlaç Tedavisi

Antimuskarinik tedavi; sıkışma tip Üİ tedavisinde birinci seçenek olarak öne çıkmaktadır. Oksibutinin, solifenasin, trospiyum, fesoterodin darifenasin ve propiverin

etken maddeleri antimuskarinik tedavi olarak kullanılmaktadır. Plaseboya göre etkinlikleri kanıtlanmış olmakla birlikte konservatif tedaviye ve birbirlerine karşı üstünlüklerini gösteren çalışmalar kısıtlıdır. Öncelikle düşük doz ve erken salınımlı preparatlar tercih edilmelidir. Tedavi en az 8-12 hafta devam etmelidir. Doz değişimi veya geç salınımlı antimuskarinik tedaviye geçiş ondan sonra yapılmalıdır. Hastalar, özellikle yaşlılar yan etki açısından takip edilmelidir. Aile hekimliği uzmanları tarafından reçete edilebilmesi sayesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda (aile sağlığı merkezleri, vb.) ileri tetkik ve tedavi gerektirmeyen hastalara, kontrendikasyon yoksa, konservatif tedavilere ek olarak ilaç tedavisi verilebilir ve hasta takibi yapılabilir (52,54,56,58-60).

Beta-adrenerjik ilaçlar; sıkışma tip Üİ'de ikinci basamak tedavi seçeneği olmakla beraber uzun süreli kullanımda ortaya çıkabilecek ilaç yan etkileri henüz bilinememektedir. Bu sınıfta yer alan mirabegron üzerinde yapılan bir çalışmada Üİ şikayetini iyileştirdiği ama kalıcı tedavi sağlamadığı gösterilmiştir (52,54,56,58-60).

Duloksetin; stres ve karışık tip Üİ'nin geçici tedavisinde önerilmektedir. Kür sağlamadığı ve yan etkisi olduğu için kür beklentisi olan hastalara verilmemelidir (52,54,56,58-60).

Östrojen ise vajinal atrofi sebebiyle Üİ yaşayan postmenopozal kadın hastalarda tedaviye eklenebilir (52,54,56,58-60).

2.2.4.3. İleri Tedavi

Konservatif ve tıbbi tedaviye yanıtsız hastalara uygulanması gereken işlemlerdir. Hastanın şikayetine, Üİ tipine ve ek durumlarına (daha önce anti-inkontinans cerrahi yapılmış olması, prolapsusunun ciddiyeti, vb.) tedavi seçeneğine karar verilir (56,61,62).

SÜİ şikâyeti olan ve cerrahi tedavi yapılacak olan verilen hastalar için ilk yöntem, sentetik mid-üretral slinglerdir (MUS). Transobturator ve retropubik olmak

üzere iki çeşit MUS operasyonu vardır. Birbirlerine karşı üstünlükleri hakkında hala çalışmalar yürütülmektedir. Subüretral fasiyal sling, laparoskopik (LS) kolposüspansiyon ve laparotomik (LT) kolposüspansiyon uygulamaları diğer benzer uygulamalardır (56,61,62).

Aşırı aktif mesanesi olup konservatif tedavilere dirençli sıkışma tip Üİ olgularında mesane duvarına botilinum toksin enjeksiyonu şikayetlerin iyileşmesinde fayda göstermiştir (56,61,62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Üroloji Polikliniği'ne ayaktan başvurup üriner inkontinans tanısı almış olan ve üriner inkontinans tanısı almış olup Üroloji Kliniği'nde yatarak tedavi alan, araştırmaya katılmak için gönüllü olan ve yazılı onam veren hastaların katılımıyla tamamlanmıştır. Tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Çalışmamız 01/05/2023-30/04/2024 tarihleri arasında SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği ve Üroloji Kliniği'nde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne ayaktan başvurup, üriner inkontinans tanısı alan veya Üroloji Kliniği'nde yatarak tedavi olan üriner inkontinanslı hastalar oluşturmuştur. Araştırma evreni hesabı için; Üroloji Polikliniği'ne bir senede başvuran yaklaşık 60.000 hasta olduğu bilgisi edinilmiştir. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü kullanılmıştır. %95 güvenilirlik, %5 örneklem hatası ile üriner inkontinans prevalansı %35,7 (3) olarak kabul edilmiş ve örneklem büyüklüğü en az 350 kişi olarak hesaplanmıştır. 350 katılımcıya ulaşılmış; anket formunda eksik ve hatalı veriler bulunan 54 katılımcının anket formları çalışmaya dahil edilmemiştir. 296 katılımcının anket formları çalışmaya dahil edilmiş, planlanan katılımcı sayısının %84,5'ine (gerçekleşme yüzdesi/katılım oranı) ulaşılmıştır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğine bağlı olarak sağlık hizmeti vermekte olan polikliniğe başvurmuş olmak veya klinikte yatış yapılarak tedavi almış olmak
2. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olmak
3. 18 yaşından büyük olmak

4. Üriner İnkontinans tanısı almış olmak

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. 18 yaşını doldurmamış olmak
2. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak
3. Anket veya ölçek formlarını eksik doldurmak

3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırma için veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmaya katılma konusunda onam veren hastalar için hazırlanan sorular anket formu ve uygulanan ölçekler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda 18 soru bulunmaktadır. Oluşturulan bu form ile hastaların sosyodemografik özelliklerine, özgeçmişine ve üriner inkontinans etiyolojisine yönelik bilgiler toplanmıştır.

Daha sonra katılımcılara sırası ile Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form-ICIQ-SF): Avery ve çalışma arkadaşları tarafından idrar kaçırma ve bu durumun gündelik hayata etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Çetinel ve ekibi tarafından Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. ICIQ-SF, kadın-erkek, genç-yaşlı gibi tüm gruplarda idrar kaçırma prevalansını, bireyin idrar kaçırma sıklığını, kaçırılan idrarın miktarını, idrar kaçırmaya neden olan durumları ve gündelik hayata olan etkisini değerlendirmek için kullanılabilir. Ölçek dört boyuttan oluşmaktadır. Birinci boyutta idrar kaçırmanın sıklığı, ikinci boyutta kaçan idrarın miktarı, üçüncü boyutta günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta ise bu duruma yol açan faktörler sorgulanmaktadır. İlk üç boyut puanlanırken, dördüncü boyutta verilen yanıtlar bireyin idrar kaçırma tipini belirlemede kullanılmaktadır. ICIQ-SF skoru için ilk üç boyutta alınan toplam puanın sekiz ve üzerinde olması rahatsızlık verici idrar kaçırma için sınır olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-21'dir; düşük puan, idrar

kaçırmanın bireyin gündelik yaşamına etkisinin az olduğunu, yüksek puan ise üriner inkontinansın bireyin gündelik yaşamına önemli ölçüde etkilediğini gösterir. Klovning ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ICIQ-SF'in üriner inkontinans şiddetini göstermek için kullanılabileceği gösterilmiş. Bu çalışmaya göre ölçekten alınan toplam puana göre hastalar dört şiddet kategorisine ayrılabilir: hafif (1-5), orta (6-12), şiddetli (13-18) ve çok şiddetli (19-21). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,71 olarak bulunmuş, çalışmamızda ise ICIQ-SF için Cronbach alfa değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır (63,64).

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life -I-QOL): Wagner ve çalışma arkadaşları tarafından üriner inkontinanslı bireylerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla 1996 yılında oluşturulmuştur. 1999 yılında Patrick ve ekibi tarafından gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması amacıyla psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi sonucu altı soru çıkartılarak toplam soru sayısı 22 olarak ayarlanmıştır. IQOL'in Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Özerdoğan ve Beji tarafından yapılmış olup, ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak tespit edilmiştir. Patrick ve arkadaşlarının araştırmasında I-QOL'ın genel Cronbach alfa değeri 0,95 olarak tespit edilmiştir. I-QOL, üç alt ölçekten oluşmaktadır: davranışların sınırlandırılması (1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. maddeler), psikososyal etkilenme (5., 6., 7., 9., 15., 16., 17., 21., 22. maddeler) ve sosyal izolasyon (8., 12., 14., 18., 19. maddeler). Ölçekte, yaşam kalitesini belirlemek için kullanılan bütün maddeler beşli likert tipi değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) ve verilen cevaplar sonrası alınan toplam puanın daha iyi değerlendirilebilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Ölçeğin alt boyut ölçeklerine de benzer uygulama yapılır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğu söylenebilir. Bu çalışmada I-QOL cronbach alfa değeri 0,88 olarak saptanmıştır (65,66).

Ayrıca hasta ile ilgili tanı ve tedavi sürecinde sorumlu hekimi tarafından istenmiş ve sonuçlanmış olan laboratuvar tetkikleri Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (FONET)'inden alınmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Veri analizi, IBM Statistics Package for Social Sciences (SPSS versiyon 29.0) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayılar ve yüzdelerle; dağılım istatistikleri ise standart sapma, ortalama, medyan, 1. ve 3. çeyrek ile en küçük ve en büyük değerler şeklinde sunulmuştur. Sürekli değişken olan verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiştir. Bazı verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiş olup, normal dağılıma uymayan sayısal verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi uygulanan verilerde istatistiksel farkın kaynaklandığı grup post-hoc test (Bonferroni düzeltmesi) ile elde edilerek sunulmuştur. Normal dağılıma uymayan iki sayısal verinin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler için Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmıştır. İstatistiksel veriler için $p<0,05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ VE İDARİ İZİNLER

Araştırma; planlama ve uygulama sürecinde bilimsel etik ilkeler esas alınarak yapılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü hastalara; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları belirtilmiş, çalışmaya özel kendi tedavileri dışında hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı, toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş gönüllü olur onamları alınmıştır.

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulu'nun 26.01.2023 tarihli ve 01 numaralı toplantısında çalışmamız incelenmiş ve araştırma izni verilmesi uygun görülmüştür. Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.04.2023 tarihli ve 2003/04 numaralı kurul toplantısında 2023-131 karar numarası ile çalışma için onay alınmıştır.

4. BULGULAR

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne kendi imkanları ile başvuran hastalar ile üriner inkontinans tanısı almış olan ve Üroloji Kliniği'nde yatan hastalardan elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Üriner inkontinansı bulunan hataların yaş ortalamaları 61,2±14,5 yıldır. Katılımcıların %62,5'i (n=185)'ü kadın, %68,6'sı (n=203) evli, %27,4'ü (n=81) lise mezunudur. Herhangi bir işte çalıştığını belirtenler, katılımcıların %31,4'ünü (n=93) oluşturmaktadır. Katılımcıların %30,7'si (n=91) emekli, %43,6'sının (n=129) geliri giderine yakın ve %73,3'ü (n=217) yaşadığı yerin il merkezi olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Parametreler (n=296)		
	n	**%**
Cinsiyet		
Kadın	185	62,5
Erkek	111	37,5
Medeni Durum		
Evli	203	68,6
Bekar	27	9,1
Dul-Boşanmış	66	22,3
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	18	6,1
Okur yazar	17	5,7
İlkokul mezunu	60	20,3
Ortaokul mezunu	61	20,6
Lise mezunu	81	27,4
Üniversite mezunu	59	19,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	93	31,4
Çalışmıyor	203	68,6
Yapılan İş		
Memur	47	15,9
İşçi	14	4,7
Esnaf	4	1,4
Emekli	91	30,7
Diğer*	140	47,3
Gelir-Gider Durumu		
Gelirim giderimden az	73	24,7
Gelirim giderime yakın	129	43,6
Gelirim giderimden fazla	94	31,8
Yaşadığı Yer		
İl	217	73,3
İlçe	51	17,2
Kasaba	9	3,0
Köy	16	6,4
Toplam	296	100,0

*Diğer: Öğrenci, Ev Hanımı, Serbest Meslek, vb.

Katılımcıların ağırlık ortalaması 75,2±9,7 kg, boy ortalaması 1,6±0,1 m ve vücut kitle indeksi ortalaması 27,3±3,4 kg/m^2'dir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Ağırlık, Boy ve Vücut Kitle İndeksi Ölçüm Değerlerinin Dağılımı

Ölçüm (n=297)	**Ortalama±SS**	**Ortanca**	**Min.-Maks.**
Ağırlık (Kilo) (kg)	75,2±9,7	75,0	52,0-96,0
Boy (m)	1,6±0.1	1,6	1,45-1,85
Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (kg/m^2)	27,3±3,4	27,3	19,2-38,7

SS: Standart sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Hastaların %68,2'sinde (n=202) kronik hastalık bulunmaktadır. Tüm katılımcılar içinde %40,2'sinin (n=119) hipertansiyonu, %34,1'inin (n=101) diabetes mellitusu ve %3,0'ının (n=9) konjestif kalp yetmezliği bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Kronik Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Özellik (n=296)	**n**	**%**
Kronik Hastalık		
Yok	94	31,8
Var	202	68,2
Hipertansiyon	119	40,2
Diabetes Mellitus	101	34,1
Kronik Kalp Yetmezliği	9	3,0
*Diğer**	141	47,6
Toplam	296	100,0

Birden fazla yanıt vardır; yüzdeler her bir yanıt için ayrı ayrı hesaplanmıştır.
*Diğer: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı, Benign Prostat Hiperplazisi, Onkolojik Hastalıklar vb.

Katılımcıların %66,2'si(n=196) düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların İlaç Kullanım Durumları

İlaç Kullanım (n=296)	**n**	**%**
Kullanıyor	196	66,2
Kullanmıyor	100	33,8
Toplam	296	100,0

Hastaların %46,6'sı (n=138) genitoüriner sistem ameliyatı geçirdiğini belirtmiştir. Genitoüriner sistem ile alakalı herhangi bir cerrahi işlem geçiren hastaları bu gruba dahil ettik. (Polipektomi, transüretral prostat rezeksiyonu, total abdominal histerektomi, sezaryen doğum, vb.) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Genitoüriner Sistem Ameliyatı Geçirme Durumları

Ameliyat Durumu (n=296)	**n**	**%**
Genitoüriner sistem ameliyatı geçirmiş	138	46,6
Genitoüriner sistem ameliyatı geçirmemiş	158	53,4
Toplam	296	100,0

Katılımcıların %39,5'i (n=117) yılda 2-3 kere üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir. Katılımcıların %76,0'sı (n=225) hiç üriner sistem taşı düşürmemiştir. Araştırmaya katılan hastaların %37,8'i (n=112) üriner sistem hastalığı geçirdiğini belirtmiştir. Tüm katılımcılar içinde böbrek yetmezliği (akut veya kronik) sıklığı %8,4'tür (n=25). Benign prostat hiperplazisi sıklığı sadece erkekler için %49,6 (n=56) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Üriner Sistemle Alakalı Bazı Hastalıkları Geçirme Durumları

Özellik (n=296)	**n**	**%**
Üriner Sistem Enfeksiyonu		
Haftada 1 veya daha fazla	17	5,7
Ayda 1-2 kere	48	16,2
Yılda 2-3 kere	117	39,5
Yılda 1 veya daha az	114	38,5
Üriner Sistem Taşı Düşürme		
Düşürmüş	71	24,0
Düşürmemiş	225	76,0
Üriner Sistem Hastalığı		
Geçirmemiş	184	62,2
Geçirmiş*	112	37,8
Böbrek Yetmezliği (Akut veya Kronik)	25	8,4
Polikistik Böbrek Hastalığı	11	3,7
*Benign Prostat Hiperplazisi** (n=113)*	56	49,6
Üriner Sistem Kanseri	9	3,0
Hidronefroz	-	-
*Diğer****	30	10,1
Toplam	296	100,0

*Birden fazla yanıt vardır; yüzdeler her bir yanıt için ayrı ayrı hesaplanmıştır.
**Sadece erkek katılımcılar için hesaplanmıştır.
***Diğer: At Nalı Böbrek, Sistosel, Üretral Darlık, Hipoplazik Böbrek, Aşırı Aktif Mesane vb.

Araştırmaya katılan kadın hastaların yaptıkları doğum sayısı için ortanca değer 3'tür, ortalama doğum sayısı 2,8±1,6'dır. Kadınların %77,3'ü (n=143) sadece Spontan Vajinal Doğum (SVD) yoluyla doğum yapmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcı Kadınların Doğum Özellikleri

Doğum Özellikleri* (n=185)	Ortanca	(Ortalama±SS)
Doğum Sayısı	3	2,8 ± 1,6
	n	**%**
Doğum Türü**		
Spontan Vajinal Doğum (SVD)	143	77,3
Sezaryen (C/S)	12	6,5
Spontan Vajinal Doğum + Sezaryen (SVD+C/S)	10	5,4

*Yüzdeler ve diğer tüm hesaplamalar yalnızca kadın hastalar için yapılmıştır.
**Doğum yapmayan 20 kadın katılımcı vardır.
SS: Standart sapma

Katılımcıların %52,0'ı (n=155) sigara, %17,6'sı (n=52) alkol kullanmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları

Özellik (n=296)	**n**	**%**
Sigara		
Kullanıyor	154	52,0
Kullanmıyor	142	48,0
Alkol		
Kullanıyor	52	17,6
Kullanmıyor	244	82,4
Toplam	296	100,0

Üriner inkontinans başlangıç yaşı ortalaması 57,2±13,9 yıldır. İnkontinans tipleri arasında en sık %37,8 (n=112) karışık tip inkontinans görülmektedir. Katılımcıların %35,5'inde (n=105) inkontinans sıklığı haftada 2-3 kezdir. Ayrıca hastaların %59,8'inde (n=177) az miktarda inkontinans mevcuttur (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu'nda (ICIQ-SF) Yer Alan Üriner İnkontinans ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellik (n=296)	n	%
Üriner İnkontinans Tipi		
Stres İnkontinans	52	17,6
Sıkışma İnkontinansı	108	36,5
Karışık Tip İnkontinans	112	37,8
Diğer*	24	8,1
Üriner İnkontinans Sıklığı		
Haftada 1 kez veya daha az	55	18,6
Haftada 2-3 kez	105	35,5
Günde 1 kez	62	20,9
Günde birkaç kez	67	22,6
Her zaman	7	2,4
Üriner İnkontinans Miktarı		
Az miktarda	177	59,8
Orta derecede	76	25,7
Çok miktarda	43	14,5
Toplam	296	100,0

*Diğer: Enürezis Nocturna, Aşırı Aktif Mesane Sendromu vb.

Hastaların %14,9'u (n=44) inkontinansın yaşam kalitesine etkisi skorunu 5 olarak beyan etmiştir. Skor ortalaması 5,2±2,9'dur (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu'na (ICIQ-SF) Göre Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisinin Skor Dağılımı

Özellik (n=296)	**n**	**%**
Skor		
0	11	3,7
1	25	8,4
2	30	10,1
3	28	9,5
4	26	8,8
5	44	14,9
6	23	7,8
7	22	7,4
8	41	13,9
9	9	3,0
10	37	12,5
Toplam	296	100,0
		Ortalama±SS
Skor Puan Dağılımı		5,2 ± 2,9

SS: Standart sapma

Katılımcıların %75,0'i (n=22) tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını, %44,3'ü (n=131) öksürürken veya hapşırırken idrar kaçırdığını ve %32,4'ü (n=96) hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırdığını belirtmiştir. Her zaman idrar kaçırdığını belirten %1,7 (n=5) katılımcı bulunmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile İlgili Durum Sorularının Dağılımı

Durum (n=296)	**n**	**%**
Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum		
Var	222	75,0
Yok	74	25,0
Öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum		
Var	131	44,3
Yok	165	55,7
Uyurken kaçırıyorum		
Var	11	3,7
Yok	285	96,3
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum		
Var	96	32,4
Yok	200	67,6
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum		
Var	74	25,0
Yok	222	75,0
Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum		
Var	21	7,1
Yok	275	92,9
Her zaman kaçırıyorum		
Var	5	1,7
Yok	291	98,3
Toplam	296	100,0

Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puan ortalaması 10,9±4,8'dir. Bu ölçek için hesaplanan Cronbach alfa değeri 0,715'tir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Puan Dağılımı

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) (n=296)			
Ortalama±SS	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.-Maks.**
10,9±4,8	11,0	7,0-14,0	3,0-21,0
Cronbach Alfa Değeri		0,715	

SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Hastaların %78,4'ü (n=232) üriner inkontinans tedavisi almıştır. Tüm katılımcılar içinde tedavi alanların sıklığı %78,4'tür (n=232) (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Üriner İnkontinans Tedavi Özellikleri

Özellik (n=296)	**n**	**%**
Tedavi		
Almamış	65	22,0
Almış*	232	78,4
Ameliyat	46	15,5
Tıbbi Tedavi	232	78,4
Kegel Egzersizi	38	12,8
Toplam	296	100,0

*****Birden fazla yanıt vardır; yüzdeler her bir yanıt için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Hastaların %17,2'si (n=51) 'Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum' önermesine 'çok fazla' yanıtını vermiştir. Katılımcıların %18,6'sı (n=55) 'Yaşlandıkça idrar kaçırma sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.' önermesine 'çok fazla' yanıtını vermiştir. Katılımcıların %42,9'u (n=127) 'Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.' önermesine 'hiç' yanıtını vermiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Cevaplarının Dağılımı

Önermeler (n=296)	**Çok fazla n (%)**	**Oldukça n (%)**	**Orta n (%)**	**Biraz n (%)**	**Hiç n (%)**
Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.	51 (17,2)	71 (24,0)	73 (24,7)	72 (24,3)	29 (9,8)
Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum.	22 (7,4)	54 (18,2)	48 (16,2)	53 (17,9)	119 (40,2)
Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.	9 (3,0)	33 (11,1)	60 (20,3)	84 (28,4)	110 (37,2)
İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.	22 (7,4)	61 (20,6)	81 (27,4)	76 (25,7)	56 (18,9)
Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.	16 (5,4)	24 (8,1)	52 (17,6)	93 (31,4)	111 (37,5)
Kendimi evimden uzun süre ayrılabilecek kadar özgür hissetmiyorum.	23 (7,8)	35 (11,8)	56 (18,9)	87 (29,4)	95 (32,1)
İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.	18 (6,1)	36 (12,2)	55 (18,6)	90 (30,4)	97 (32,8)
Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.	31 (10,5)	44 (14,9)	77 (26,0)	93 (31,4)	51 (17,2)
İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.	16 (5,4)	38 (12,8)	73 (24,7)	77 (26,0)	92 (31,1)
Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.	24 (8,1)	42 (14,2)	64 (21,6)	88 (29,7)	78 (26,4)
İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.	24 (8,1)	28 (9,5)	44 (14,9)	112 (37,8)	88 (29,7)
Yaşlandıkça idrar kaçırma sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.	55 (18,6)	62 (20,9)	65 (22,0)	72 (24,3)	42 (14,2)
Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.	22 (7,4)	31 (10,5)	38 (12,8)	78 (26,4)	127 (42,9)
İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.	28 (9,5)	49 (16,6)	75 (25,3)	92 (31,1)	52 (17,6)
İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.	26 (8,8)	34 (11,5)	44 (14,9)	95 (32,1)	97 (32,8)
İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.	16 (5,4)	32 (10,8)	40 (13,5)	94 (31,8)	114 (38,5)
İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.	9 (3,0)	41 (13,9)	47 (15,9)	95 (32,1)	104 (35,1)
Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.	33 (11,1)	75 (25,3)	53 (17,9)	80 (27,0)	55 (18,6)
İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.	28 (9,5)	66 (22,3)	61 (20,6)	69 (23,3)	72 (24,3)
İçtiklerimi takip etmek zorundayım.	11 (7,1)	40 (13,5)	30 (10,1)	109 (36,8)	96 (32,4)
İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.	18 (6,1)	34 (11,5)	42 (14,2)	93 (31,4)	109 (36,8)
Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.	14 (4,7)	25 (8,4)	48 (16,2)	53 (17,9)	156 (52,7)

I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puan ortalaması 28,4±7,4 (yüzdelik puana göre 71,2±18,5) şeklindedir. I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puan ortalaması 34,1±9,1 (yüzdelik puana göre 75,8±20,2) şeklindedir. I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puan ortalaması 16,0±5,6 (yüzdelik puana göre 64,1±22,6) şeklindedir. I-QOL toplam puan ortalaması 78,6±21,1 (yüzdelik puana göre 71,7±19,2) şeklindedir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve Alt Boyut Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)					
Boyutlar (n=296)	**Ortalama ±SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**
Davranışların Sınırlandırılması	28,4±7,4	29,0	24,0-34,0	8,0	40,0
*Yüzdelik Puana Göre**	*71,2±18,5*	*72,5*	*60,0-85,0*	*20,0*	*100,0*
Psikososyal Etkilenme	34,1±9,1	34,0	28,2-42,0	9,0	45,0
*Yüzdelik Puana Göre**	*75,8±20,2*	*75,5*	*62,7-93,3*	*20,0*	*100,0*
Sosyal İzolasyon	16,0±5,6	16,0	12,0-20,0	5,0	25,0
*Yüzdelik Puana Göre**	*64,1±22,6*	*64,0*	*48,0-80,0*	*20,0*	*100,0*
Ölçek Toplam Puan	78,6±21,1	79,0	66,0-97,0	22,0	110,0
*Yüzdelik Puana Göre**	*71,7±19,2*	*71,8*	*60,0-88,1*	*20,0*	*100,0*

*Hesaplanan puanların 100 (yüz) üzerinden oranlanarak, hesaplanmış halidir.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) 22 sorusu için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach Alfa Katsayısı 0,969 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları için de 0,888 ila 0,947 arasındadır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ve Alt Boyut Cronbach Alfa Değerleri

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)		
Alt boyutlar	**Soru sayısı**	**Cronbach Alfa**
Davranışların Sınırlandırılması	8	0,888
Psikososyal Etkilenme	9	0,947
Sosyal İzolasyon	5	0,932
Tüm boyutlar	22	0,969

Katılımcıların cinsiyete göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımında anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır (p=0,177). Medeni durumlarına bakıldığında Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,013). Bu fark evli ile dul-boşanmış gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi p=0,010). Öğrenim durumuna göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (p=0,005). Bu fark 'okuryazar-lise mezunu', 'ilkokul mezunu-lise mezunu', 'ilkokul mezunu-ortaokul mezunu' ve 'ilkokul mezunu-üniversite mezunu' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,035, p<0,001, p=0,018 ve p=0,012). Katılımcıların bir meslekte çalışma durumlarına bakıldığı zaman Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı incelendiğinde çalışan kesimin üriner inkontinans şiddetinin daha az olduğu görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların gelir ve gider özellikleri kıyaslandığında Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı incelendiğinde anlamlı bir farklılık izlenmiştir (p=0,004). Bu fark 'gelirim giderime yakın-gelirim giderimden fazla' ile 'gelirim giderimden az-gelirim giderimden fazla' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,025 ve p=0,001). Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre ICIQ-SF puanlarının dağılımına bakıldığında kronik hastalığı olanların daha şiddetli geçirdiği görülmüştür (p<0,001) (Tablo 17.1).

Tablo 17.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Dağılımı

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Cinsiyet						
Kadın	11,2±4,8	11,0	7,0-14,0	3,0	21,0	0,177[a]
Erkek	10,3±4,6	9,0	6,0-14,0	3,0	21,0	
Medeni Durum						
Evli	10,4±4,8	10,0	6,0-14,0	3,0	20,0	**0,013[b]**
Bekar	10,8±5,6	9,0	7,0-17,0	4,0	21,0	
Dul-Boşanmış	12,3±4,2	12,0	9,0-14,2	5,0	21,0	
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	11,8±4,5	14,0	7,0-14,5	5,0	18,0	
Okur yazar	12,1±4,4	14,0	8,0-15,5	6,0	19,0	
İlkokul mezunu	12,6±4,8	13,0	9,0-16,0	5,0	20,0	**0,005[b]**
Ortaokul mezunu	10,5±4,3	9,0	8,0-13,0	3,0	21,0	
Lise mezunu	9,7±5,2	9,0	5,0-13,0	3,0	21,0	
Üniversite mezunu	10,3±4,3	11,0	7,0-13,0	4,0	20,0	
Meslek						
Memur	9,6±4,4	9,0	5,0-13,0	3,0	18,0	
İşçi	8,6±5,3	5,5	4,0-14,0	4,0	18,0	**0,028[b]**
Esnaf	9,5±5,1	9,5	5,0-14,0	5,0	14,0	
Emekli	10,6±4,3	10,0	8,0-13,0	3,0	20,0	
Diğer**	11,7±5,0	11,0	7,2-16,0	3,0	21,0	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	9,4±4,7	9,0	5,0-13,0	3,0	21,0	**<0,001[a]**
Çalışmıyor	11,5±4,7	11,0	8,0-15,0	3,0	21,0	
Gelir-Gider Durumu						
Gelirim giderimden az	12,2±5,0	12,0	8,0-17,0	3,0	21,0	**0,004[b]**
Gelirim giderime yakın	11,1±5,1	11,0	7,0-15,5	3,0	21,0	
Gelirim giderimden fazla	9,5±3,8	9,0	6,0-12,0	3,0	20,0	
Kronik Hastalık						
Var	11,7±5,0	12,0	8,0-16,0	3,0	21,0	**<0,001[a]**
Yok	9,1±3,7	9,0	6,0-12,0	3,0	19,0	
Sigara						
Kullanıyor	10,8±4,9	10,5	6,0-14,0	3,0	20,0	0,796[a]
Kullanmıyor	10,9±4,6	11,0	7,7-14,0	3,0	21,0	
Alkol						
Kullanıyor	10,8±4,8	11,0	6,0-14,0	4,0	20,0	0,898[a]
Kullanmıyor	10,9±4,8	10,0	7,0-14,0	3,0	21,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Ev Hanımı, Öğrenci, Serbest Meslek vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Üriner sistem enfeksiyonu geçirme özelliklerine göre katılımcıların ICIQ-SF puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Bu fark 'yılda 1 veya daha az-yılda 2-3 kere', 'yılda 1 veya daha az-ayda 1-2 kere' 'yılda 1 veya daha az-haftada 1 veya daha fazla' ile 'yılda 2-3 kere-ayda 1-2 kere' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p<0,001ve p=0,012). Katılımcıların üriner sistem taşı düşürme duruma göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,027). Katılımcıların üriner sistem hastalığı geçirme durumlarına göre ICIQ-SF puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,983). Katılımcıların genitoüriner sistem ameliyatı geçirme durumuna göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,046). Katılımcıların üriner inkontinans tedavisi alma durumuna göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). Katılımcıların üriner inkontinans tiplerine göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,034). Bu fark sıkışma inkontinansı ile karışık inkontinans gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi p=0,004) (Tablo 17.2).

Tablo 17.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) Dağılımı

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Üriner Sistem Enfeksiyonu						
Haftada 1 veya daha fazla	14,8±4,6	13,0	12,0-19,5	5,0	20,0	
Ayda 1-2 kere	12,2±5,1	12,0	9,0-16,2	3,0	21,0	**<0,001[b]**
Yılda 2-3 kere	11,4±4,5	11,0	8,0-15,0	3,0	21,0	
Yılda 1 veya daha az	9,2±4,3	9,0	5,0-13,0	3,0	19,0	
Üriner Sistem Taşı Düşürme						
Düşürmüş	12,0±4,6	11,0	9,0-17,0	4,0	20,0	**0,027[a]**
Düşürmemiş	10,5±4,8	10,0	6,0-14,0	3,0	21,0	
Üriner Sistem Hastalığı						
Geçirmiş	10,9±4,9	11,0	6,0-14,0	3,0	20,0	0,983[a]
Geçirmemiş	10,8±4,7	10,5	7,0-14,0	3,0	21,0	
Ameliyat						
Geçirmiş	11,5±5,1	11,0	7,0-17,0	3,0	21,0	**0,046[a]**
Geçirmemiş	10,3±4,4	10,0	6,0-14,0	3,0	21,0	
Tedavi						
Almış	11,3±4,7	11,0	8,0-14,0	3,0	21,0	**0,003[a]**
Almamış	9,3±4,7	9,0	6,0-13,0	3,0	21,0	
İnkontinans Tipi						
Stres İnkontinans	10,8±4,5	11,0	6,0-14,0	4,0	21,0	
Sıkışma İnkontinansı	10,1±5,4	9,0	5,0-14,0	3,0	20,0	**0,034[b]**
Karışık Tip İnkontinans	11,7±4,0	11,5	9,0-14,0	4,0	21,0	
Diğer**	10,5±5,2	9,0	6,2-14,5	3,0	20,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Enürezis Nokturna, Aşırı Aktif Mesane Sendromu vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Katılımcıların yaş dağılımı ile Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur (p<0,001), pozitif ve düşük koreledir (r=0,144). Katılımcıların vücut kitle indeksi dağılımı ile

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı arasında anlamlı ilişki görülmüştür (p<0,001), pozitif ve düşük koreledir (r=0,254) (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Bazı Özelliklerin Göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile Korelasyonu

		Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)
Yaş (yıl)	Korelasyon katsayısı (r)	0,144
	p*	**0,013**
	n	296
VKİ (kg/m^2)	Korelasyon katsayısı (r)	0,254
	p*	**<0,001**
	n	296

*Spearman korelasyon testi

Hastaların cinsiyete göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p=0,512). Katılımcıların medeni durumlarına göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,046). Bu fark evli ile dul-boşanmış gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi p=0,019). Katılımcıların öğrenim durumuna göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı arasında bir anlamlı fark mevcuttur (p<0,001). Bu fark ‘okuryazar değil-ortaokul mezunu’, ‘okuryazar değil-lise mezunu’ ve ‘okuryazar değil-üniversite mezunu’ gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,043, p=0,026 ve p=0,035), ‘okuryazar-ortaokul mezunu’, ‘okuryazar-lise mezunu’ ve ‘okuryazar-üniversite mezunu’ (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,006, p=0,003 ve p=0,004) ve ‘ilkokul mezunu-ortaokul mezunu’, ‘ilkokul mezunu-lise mezunu’ ve ‘ilkokul mezunu -üniversite mezunu’ (post-hoc, bonferroni düzeltmesi hepsi p<0,001) gruplarından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çalışma durumuna göre I-QOL puanlarının dağılımı incelendiğinde çalışan grubun anlamlı bir fark oluşturacak şekilde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p<0,001). Çalışmaya katılanların gelir ve gider özelliklerine göre I-QOL puanlarının dağılımı arasında bir fark vardır (p<0,001). Bu fark ‘gelirim giderimden az-gelirim giderimden fazla’ gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi p=0,003).

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre I-QOL puanlarının dağılımına bakıldığında kronik hastalığa sahip olan bireylerin daha düşük puan aldığı görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların sigara ve alkol kullanımına göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel açıdan anlamlıdır (sırasıyla $p=0,047$ ve $p=0,015$) (Tablo 19.1).

Tablo 19.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Cinsiyet						
Kadın	78,3±20,0	79,0	65,5-96,0	22,0	109,0	0,512[a]
Erkek	79,1±23,0	79,0	66,0-103,0	22,0	110,0	
Medeni Durum						
Evli	79,8±22,1	81,0	66,0-100,0	22,0	110,0	**0,046[b]**
Bekar	80,7±23,0	79,0	71,0-101,0	22,0	110,0	
Dul-Boşanmış	74,1±16,7	74,0	63,7-86,2	22,0	103,0	
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	69,2±17,9	64,5	53,0-87,2	51,0	100,0	
Okur yazar	71,5±20,2	71,0	55,0-92,0	36,0	97,0	
İlkokul mezunu	67,9±20,2	67,0	51,5-81,0	22,0	110,0	**<0,001[b]**
Ortaokul mezunu	83,5±17,9	83,0	69,0-99,5	48,0	110,0	
Lise mezunu	82,5±24,2	92,0	69,0-102,0	22,0	110,0	
Üniversite mezunu	84,0±16,7	83,0	70,0-100,0	44,0	108,0	
Meslek						
Memur	85,8±18,3	89,0	70,0-104,0	22,0	108,0	
İşçi	90,5±17,1	97,0	74,7-105,0	60,0	108,0	**0,017[b]**
Esnaf	65,7±42,5	67,5	27,0-102,7	25,0	103,0	
Emekli	76,8±19,4	79,0	67,0-92,0	27,0	110,0	
Diğer**	76,6±22,0	77,0	60,2-96,7	22,0	110,0	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	88,0±19,2	93,0	72,0-105,0	22,0	110,0	**<0,001[a]**
Çalışmıyor	74,3±20,7	75,0	60,0-92,0	22,0	110,0	
Gelir-Gider Durumu						
Gelirim giderimden az	69,7±22,3	70,0	54,5-84,0	22,0	110,0	
Gelirim giderime yakın	78,5±20,9	79,0	64,5-97,5	22,0	110,0	**<0,001[b]**
Gelirim giderimden fazla	85,7±17,9	89,0	72,7-101,2	40,0	110,0	
Kronik Hastalık						
Var	75,1±21,2	76,0	61,7-93,0	22,0	110,0	**<0,001[a]**
Yok	86,2±19,0	90,5	70,7-103,2	22,0	110,0	
Sigara						
Kullanıyor	80,9±20,7	81,0	67,0-100,0	22,0	110,0	**0,047[a]**
Kullanmıyor	76,1±21,4	77,0	61,7-94,0	22,0	110,0	
Alkol						
Kullanıyor	84,7±20,2	91,5	72,7-102,0	31,0	109,0	**0,015[a]**
Kullanmıyor	77,3±21,2	77,5	64,2-94,0	22,0	110,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.

**Diğer: Ev hanımı, Öğrenci, Serbest Meslek vb.

SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Üriner sistem enfeksiyonu geçirme özelliklerine göre katılımcıların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur (p<0,001). Bu fark 'yılda 1 veya daha az-ayda 1-2 kere' 'yılda 1 veya daha az-yılda 2-3 kere', 'yılda 1 veya daha az-haftada 1 veya daha fazla' ve 'yılda 2-3 kere-ayda 1-2 kere' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p<0,001, p=0,001, p=0,003ve p=0,027). Katılımcıların taş düşürme duruma göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,997). Katılımcıların üriner sistem hastalığına sahip olma durumlarına göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,138). Katılımcıların genitoüriner sistem ameliyatı geçirme durumuna göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,035). Katılımcıların üriner inkontinans tedavisi alma durumuna göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Katılımcıların mevcut olan Üİ tiplerine göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Bu fark 'karışık tip inkontinans-sıkışma tip inkontinans', 'karışık tip inkontinans-diğer' ve 'stres tip inkontinans-diğer' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p<0,001, p<0,001 ve p=0,040) (Tablo 19.2).

Tablo 19.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Üriner Sistem Enfeksiyonu						
Haftada 1 veya daha fazla	71,5±14,7	77,0	58,0-80,0	48,0	92,0	
Ayda 1-2 kere	67,7±24,8	64,5	51,0-89,2	25,0	108,0	**<0,001[b]**
Yılda 2-3 kere	77,3±19,4	77,0	67,0-94,0	22,0	109,0	
Yılda 1 veya daha az	85,6±19,7	87,5	69,0-104,0	22,0	110,0	
Üriner Sistem Taşı Düşürme						
Düşürmüş	78,8±19,9	80,0	67,0-94,0	22,0	110,0	0,997[a]
Düşürmemiş	78,5±21,6	79,0	65,0-98,5	22,0	110,0	
Üriner Sistem Hastalığı						
Geçirmiş	76,4±21,6	74,5	63,2-95,5	25,0	110,0	0,138[a]
Geçirmemiş	79,9±20,8	82,0	67,0-97,5	22,0	110,0	
Ameliyat						
Geçirmiş	76,2±20,6	77,0	63,0-93,2	22,0	110,0	**0,035[a]**
Geçirmemiş	80,7±21,5	81,0	68,0-100,2	22,0	110,0	
Tedavi						
Almış	76,4±20,3	77,0	64,0-194,0	22,0	109,0	**<0,001[a]**
Almamış	86,4±22,3	92,0	69,5-106,5	22,0	110,0	
İnkontinans Tipi						
Stres İnkontinans	79,2±19,7	80,0	65,2-95,0	22,0	108,0	
Sıkışma İnkontinansı	83,2±19,9	83,0	67,5-102,7	40,0	110,0	**<0,001[b]**
Karışık Tip İnkontinans	72,0±20,3	71,0	62,0-84,7	22,0	107,0	
Diğer**	87,4±25,6	95,0	77,0-110,0	33,0	110,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Enürezis Nokturna, Aşırı Aktif Mesane vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Katılımcıların yaş dağılımı ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarını arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur (p<0,001), negatif ve düşük koreledir (r=0,277). Katılımcıların vücut kitle indeksi dağılımı ile Üriner İnkontinans

Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) puanlarının dağılımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,001), negatif ve düşük koreledir (r=0,272) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Bazı Özelliklerin Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) ile Korelasyonu

		Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği(I-QOL)
Yaş (yıl)	Korelasyon katsayısı (r)	-0,277
	p*****	**<0,001**
	n	296
VKİ (kg/m^2)	Korelasyon katsayısı (r)	-0,272
	p*****	**<0,001**
	n	296

*Spearman korelasyon testi

Hastaların cinsiyete göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımında bir farklılık izlenmemiştir (p=0,238). Katılımcıların medeni duruma göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak ortaya çıkan fark anlamlıdır (p=0,006). Bu fark 'evli-dul-boşanmış' ile 'bekar-dul-boşanmış' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla p=0,002 ve p=0,019). Katılımcıların öğrenim durumuna göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımı açısından bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça alınan puan artmıştır (p<0,001). Bu fark 'okuryazar değil-ortaokul mezunu', 'okuryazar değil-lise mezunu' ve 'okuryazar değil-üniversite mezunu' gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,002, p<0,001ve p<0,001), 'okuryazar-ortaokul mezunu', 'okuryazar-lise mezunu' ve 'okuryazar-üniversite mezunu' gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,026, p=0,015 ve p=0,008), 'ilkokul mezunu-ortaokul mezunu', 'ilkokul mezunu -lise mezunu' ve 'ilkokul mezunu -üniversite mezunu' (post-hoc, bonferroni düzeltmesi hepsi; p<0,001) gruplarından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çalışma durumuna göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımında çalışan kesimin puanları daha yüksek çıkmaktadır (p<0,001). Katılımcıların gelir ve gider özelliklerine göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması

alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında gelir seviyesi arttıkça alınan puanda artış izlenmektedir (p<0,001). Bu fark ‘gelirim giderimden az-gelirim giderimden fazla’ ve ‘gelirim giderime yakın-gelirim giderimden fazla’ gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi hepsi p<0,001). Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre incelendiğinde kronik hastalığa sahip olan grubun daha düşük puan aldığı gözlemlenmiştir (p<0,001). Katılımcıların sigara ve alkol kullanımına göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımında sigara ve alkol kullanan kesimin daha yüksek puan aldığı görülmüştür (sırasıyla ‘sınırda anlamlı p=0,056’ ve p=0,008) (Tablo 21.1).

Tablo 21.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut Puan Dağılımı

	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut					
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Cinsiyet						
Kadın	28,1±6,9	29,0	24,0-34,0	8,0	40,0	0,238[a]
Erkek	28,9±8,1	30,0	24,0-36,0	8,0	40,0	
Medeni Durum						
Evli	29,0±7,7	30,0	25,0-36,0	8,0	40,0	**0,006[b]**
Bekar	29,5±8,1	31,0	27,0-36,0	8,0	40,0	
Dul-Boşanmış	26,2±5,7	27,0	22,0-31,0	8,0	36,0	
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	23,4±7,1	20,0	18,0-31,0	16,0	37,0	
Okur yazar	25,7±6,0	27,0	21,0-31,0	15,0	34,0	
İlkokul mezunu	24,9±7,1	25,0	19,0-30,0	8,0	40,0	**<0,001[b]**
Ortaokul mezunu	30,1±6,9	29,0	25,5-36,0	15,0	40,0	
Lise mezunu	29,7±8,1	32,0	25,0-36,0	8,0	40,0	
Üniversite mezunu	30,9±5,4	31,0	27,0-36,0	16,0	39,0	
Meslek						
Memur	31,3±6,0	32,0	27,0-36,0	8,0	39,0	
İşçi	32,7±5,2	34,5	27,5-36,5	24,0	40,0	**0,006[b]**
Esnaf	25,7±14,2	27,0	12,2-38,0	11,0	38,0	
Emekli	27,8±6,6	28,0	25,0-32,0	11,0	40,0	
Diğer**	27,5±7,9	27,0	20,0-33,7	8,0	40,0	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	32,2±6,3	33,0	28,5-37,0	8,0	40,0	**<0,001[a]**
Çalışmıyor	26,7±7,2	75,0	22,0-32,0	8,0	40,0	
Gelir-Gider Durumu						
Gelirim giderimden az	25,4±7,4	25,0	19,5-30,5	8,0	40,0	**<0,001[b]**
Gelirim giderime yakın	28,1±7,5	28,0	23,0-35,0	8,0	40,0	
Gelirim giderimden fazla	31,4±6,0	31,5	27,7-36,0	14,0	40,0	
Kronik Hastalık						
Var	27,3±7,4	27,5	22,0-33,0	8,0	40,0	**<0,001[a]**
Yok	30,9±6,9	32,5	27,0-36,0	8,0	40,0	
Sigara						
Kullanıyor	29,2±7,3	30,0	25,0-35,0	8,0	40,0	**0,056[a]**
Kullanmıyor	27,6±7,4	28,0	22,0-33,0	8,0	40,0	
Alkol						
Kullanıyor	30,7±7,0	33,0	26,2-36,0	12,0	40,0	**0,008[a]**
Kullanmıyor	28,0±7,4	28,0	24,0-34,0	8,0	40,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Ev hanımı, Öğrenci, Serbest Meslek vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Katılımcıların üriner sistem enfeksiyonu geçirme özelliklerine göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında

enfeksiyon sıklığı arttıkça alınan puanda anlamlı bir azalma görülmüştür (p<0,001). Bu fark ‘yılda 1 veya daha az-haftada 1 veya daha fazla’ ‘yılda 1 veya daha az-yılda 2-3 kere’ ve ‘yılda 1 veya daha az -ayda 1-2 kere’ gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,002, p<0,001 ve p<0,001). Çalışmaya katılanların üriner sistem taşı düşürme duruma göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,513). Katılımcıların üriner sistem hastalığı geçirme durumlarına göre bakıldığında Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir fark ortaya çıkmamaktadır (p=0,213). Katılımcıların genitoüriner sistem ameliyatı geçirme durumuna göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımı arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiştir (p=0,071). Katılımcıların tedavi alma durumuna göre I-QOL Davranışların Sınırlandırılması alt boyut puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). Katılımcıların üriner inkontinans tipi açısından Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Bu fark ‘karışık tip inkontinans-sıkışma tip inkontinans’, ‘karışık tip inkontinans-diğer’, ‘stres tip inkontinans-sıkışma tip inkontinans’ ‘stres tip inkontinans-diğer’ gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p<0,001, p<0,001, p=0,023 ve p=0,008) (Tablo 21.2).

Tablo 21.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyut						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Üriner Sistem Enfeksiyonu						
Haftada 1 veya daha fazla	25,5±5,5	25,0	20,5-30,5	17,0	34,0	
Ayda 1-2 kere	25,1±8,1	25,0	18,2-31,7	11,0	39,0	**<0,001[b]**
Yılda 2-3 kere	27,7±7,0	29,0	24,0-33,0	8,0	39,0	
Yılda 1 veya daha az	31,1±6,9	31,0	27,7-36,0	8,0	40,0	
Üriner Sistem Taşı Düşürme						
Düşürmüş	28,0±7,0	28,0	23,0-34,0	8,0	40,0	0,513[a]
Düşürmemiş	28,6±7,5	30,0	24,0-35,0	8,0	40,0	
Üriner Sistem Hastalığı						
Geçirmiş	27,9±7,4	27,5	23,0-34,7	11,0	40,0	0,213[a]
Geçirmemiş	28,8±7,4	31,0	24,2-34,0	8,0	40,0	
Ameliyat						
Geçirmiş	27,7±7,1	28,0	23,0-33,0	8,0	40,0	0,071[a]
Geçirmemiş	29,1±7,6	30,0	24,0-36,0	8,0	40,0	
Tedavi						
Almış	27,9±7,1	29,0	24,0-33,0	8,0	40,0	**0,006[a]**
Almamış	30,5±8,2	32,0	25,0-37,5	8,0	40,0	
İnkontinans Tipi						
Stres İnkontinans	27,7±6,6	28,0	24,0-33,0	8,0	40,0	
Sıkışma İnkontinansı	30,4±6,9	31,5	25,0-36,0	14,0	40,0	**<0,001[b]**
Karışık Tip İnkontinans	26,1±7,2	27,0	20,2-31,0	8,0	39,0	
Diğer**	32,0±8,4	34,5	27,0-40,0	15,0	40,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Enürezis Nokturna, Aşırı Aktif Mesane vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Hastaların cinsiyete göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında erkek ve kadın cinsiyet arasında fark ortaya çıkmamıştır

(p=0,968). Katılımcıların medeni duruma göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir (p=0,084). Katılımcıların öğrenim durumuna göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça alınan puanda artış izlenmiştir (p<0,001). Bu fark 'okuryazar değil-ortaokul mezunu', 'okuryazar değil-lise mezunu' ve 'okuryazar değil-üniversite mezunu' gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,015, p=0,004 ve p=0,007), 'okuryazar-lise mezunu' ve 'okuryazar-üniversite mezunu' gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,027 ve p=0,041), 'ilkokul mezunu-ortaokul mezunu', 'ilkokul mezunu -lise mezunu' ve 'ilkokul mezunu -üniversite mezunu' (post-hoc, bonferroni düzeltmesi hepsi; p<0,001) gruplarından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çalışma durumuna göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılıma bakıldığında çalışan kesimin daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların gelir ve gider özelliklerine göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde gelir seviyesi arttıkça alınan puanlarda artış olabildiği görülmüştür (p<0,001). Bu fark 'gelirim giderimden az-gelirim giderimden fazla' ve 'gelirim giderime yakın-gelirim giderimden az' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi; hepsi p<0,001). Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında kronik hastalığa sahip kesimin daha düşük puan aldığı görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların sigara ve alkol kullanımına göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla 'sınırda anlamlı p=0,056' ve p=0,019) (Tablo 22.1).

Tablo 22.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut Puan Dağılımı

	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut					
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Cinsiyet						
Kadın	34,3±8,5	34,0	30,0-42,0	9,0	45,0	0,968[a]
Erkek	33,7±10,0	34,0	26,0-45,0	9,0	45,0	
Medeni Durum						
Evli	34,5±9,5	36,0	27,0-44,0	9,0	45,0	0,084[b]
Bekar	34,5±9,8	35,0	32,0-43,0	9,0	45,0	
Dul-Boşanmış	32,8±7,3	33,0	30,0-38,0	9,0	45,0	
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	30,8±7,1	30,0	23,0-38,5	23,0	42,0	
Okur yazar	31,6±9,3	33,0	24,5-40,0	15,0	44,0	
İlkokul mezunu	29,3±8,7	28,5	23,0-34,0	9,0	45,0	**<0,001[b]**
Ortaokul mezunu	36,0±7,5	37,0	31,5-43,5	21,0	45,0	
Lise mezunu	35,7±10,4	39,0	32,0-44,0	9,0	45,0	
Üniversite mezunu	36,5±7,2	36,0	33,0-44,0	18,0	45,0	
Meslek						
Memur	37,1±7,8	38,0	33,0-45,0	9,0	45,0	
İşçi	38,9±7,2	28,5	32,5-44,0	26,0	45,0	**0,016[b]**
Esnaf	27,7±19,9	38,0	9,7-45,0	9,0	45,0	
Emekli	33,3±8,4	34,0	30,0-40,0	11,0	45,0	
Diğer**	33,3±9,3	34,0	26,0-42,0	9,0	45,0	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	37,9±8,1	41,0	33,0-45,0	9,0	45,0	**<0,001[a]**
Çalışmıyor	32,4±9,0	33,0	26,0-40,0	9,0	45,0	
Gelir-Gider Durumu						
Gelirim giderimden az	29,4±9,8	31,0	23,0-34,5	9,0	45,0	**<0,001[b]**
Gelirim giderime yakın	34,6±8,6	36,0	29,0-42,5	9,0	45,0	
Gelirim giderimden fazla	37,1±7,6	39,0	33,0-44,0	16,0	45,0	
Kronik Hastalık						
Var	32,9±9,3	34,0	26,0-41,2	9,0	45,0	**<0,001[a]**
Yok	36,6±8,0	38,5	32,7-44,0	9,0	45,0	
Sigara						
Kullanıyor	34,9±9,0	35,0	30,0-44,0	9,0	45,0	**0,056[a]**
Kullanmıyor	33,2±9,1	33,5	27,0-41,0	9,0	45,0	
Alkol						
Kullanıyor	36,4±9,0	39,0	33,0-44,0	13,0	45,0	**0,019[a]**
Kullanmıyor	33,6±9,0	34,0	27,0-42,0	9,0	45,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Ev hanımı, Öğrenci, Serbest Meslek vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Üriner sistem enfeksiyonu geçirme özelliklerine göre katılımcıların I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde enfeksiyon sıklığı arttıkça ölçek puanında düşme görülmüştür ($p<0,001$). Bu fark 'yılda 1 veya daha az-haftada 1 veya daha fazla' 'yılda 1 veya daha az-yılda 2-3 kere' ve 'yılda 1 veya daha az -ayda 1-2 kere', 'yılda 2-3 kere-ayda 1-2 kere', 'yılda 2-3 kere -haftada 1 veya daha fazla' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,019$, $p<0,001$, $p=0,018$ ve $p=0,036$). Katılımcıların üriner sistem taşı düşürme duruma göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,941$). Katılımcıların üriner sistem hastalığı geçirme durumlarına göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,174$). Katılımcıların genitoüriner sistem ameliyatı geçirme durumuna göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde ameliyat öyküsü bulunan grubun daha düşük puanlar aldığı görülmüştür ($p=0,012$). Katılımcıların tedavi alma durumuna göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığı zaman tedavi alan ekibin daha düşük puan aldığı görülmüştür ($p=0,005$). Katılımcıların üriner inkontinans tiplerine göre I-QOL Psikososyal Etkilenme alt boyut puanlarının dağılımı istatistiksel olarak ortaya çıkan fark anlamlıdır ($p<0,001$). Bu fark 'karışık tip inkontinans-stres tip inkontinans', 'karışık tip inkontinans-sıkışma tip inkontinans' ve 'karışık tip inkontinans-diğer' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; $p=0,022$, $p<0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo 22.2).

Tablo 22.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut Puan Dağılımı

	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Psikososyal Etkilenme Alt Boyut					
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Üriner Sistem Enfeksiyonu						
Haftada 1 veya daha fazla	29,8±6,1	32,0	22,5-34,0	20,0	40,0	
Ayda 1-2 kere	29,4±10,9	29,0	22,2-38,7	9,0	45,0	**<0,001[b]**
Yılda 2-3 kere	34,3±8,2	34,0	31,0-42,0	9,0	45,0	
Yılda 1 veya daha az	36,5±8,6	39,0	30,0-45,0	9,0	45,0	
Üriner Sistem Taşı Düşürme						
Düşürmüş	34,4±8,4	34,0	30,0-42,0	9,0	45,0	0,941[a]
Düşürmemiş	34,4±9,3	35,0	27,0-42,5	9,0	45,0	
Üriner Sistem Hastalığı						
Geçirmiş	33,2±9,4	33,0	26,0-42,0	9,0	45,0	0,174[a]
Geçirmemiş	34,7±8,8	35,0	30,0-42,7	9,0	45,0	
Ameliyat						
Geçirmiş	32,9±9,0	33,0	26,0-40,5	9,0	45,0	**0,012[a]**
Geçirmemiş	35,2±9,0	36,0	31,0-43,0	9,0	45,0	
Tedavi						
Almış	33,4±9,0	34,0	27,0-42,0	9,0	45,0	**0,005[a]**
Almamış	36,5±8,8	38,0	32,0-45,0	9,0	45,0	
İnkontinans Tipi						
Stres İnkontinans	35,1±8,7	37,5	30,2-43,0	9,0	45,0	
Sıkışma İnkontinansı	35,5±8,8	38,0	30,0-44,0	16,0	45,0	**<0,001[b]**
Karışık Tip İnkontinans	31,7±8,8	33,0	27,0-39,0	9,0	45,0	
Diğer**	37,0±10,1	41,5	33,0-45,0	13,0	45,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Enürezis Nokturna, Aşırı Aktif Mesane vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Hastaların cinsiyete göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık izlenmemiştir (p=0,278). Katılımcıların medeni duruma göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının

dağılımında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,175). Katılımcıların öğrenim durumuna göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça alınan puanda anlamlı bir fark izlenmiştir (p=0,002). Bu fark 'okuryazar-ortaokul mezunu' ve 'okuryazar-lise mezunu' gruplarından (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p=0,042 ve p=0,045), 'ilkokul mezunu-ortaokul mezunu', 'ilkokul mezunu -lise mezunu' ve 'ilkokul mezunu -üniversite mezunu' (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; p<0,001, p<0,001 ve p=0,008) gruplarından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların çalışma durumuna göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında çalışan grubun daha yüksek puan aldığı görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların gelir ve gider özelliklerine göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılıma bakıldığı zaman gelir seviyesi arttıkça alınan puanda artış görülmektedir (p=0,023). Bu fark 'gelirim giderimden az-gelirim giderimden fazla' ve 'gelirim giderime yakın-gelirim giderimden fazla' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi; sırasıyla p=0,008 ve p=0,048). Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde kronik hastalığı bulunan grubun aldığı puanlarda anlamlı bir azalma görülmüştür (p<0,001). Katılımcıların sigara ve alkol kullanımına göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla p=0,024 ve p=0,033) (Tablo 23.1).

Tablo 23.1. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Cinsiyet						
Kadın	15,8±5,4	15,0	11,0-20,0	5,0	25,0	0,278[a]
Erkek	16,4±5,9	16,0	12,0-21,0	5,0	25,0	
Medeni Durum						
Evli	16,2±5,8	16,0	12,0-20,0	5,0	25,0	0,175[b]
Bekar	16,6±5,5	17,0	12,0-23,0	5,0	25,0	
Dul-Boşanmış	15,0±5,1	14,0	11,0-20,2	5,0	24,0	
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	14,9±4,6	13,5	10,0-19,2	10,0	23,0	
Okur yazar	14,1±5,5	13,0	10,0-19,5	5,0	24,0	
İlkokul mezunu	13,6±5,5	13,0	10,0-16,0	5,0	25,0	**0,002[b]**
Ortaokul mezunu	17,3±4,8	18,0	13,5-22,0	7,0	25,0	
Lise mezunu	16,9±6,3	19,0	12,0-22,0	5,0	25,0	
Üniversite mezunu	16,5±5,0	16,0	12,0-21,0	7,0	25,0	
Meslek						
Memur	17,4±5,3	19,0	12,0-21,0	5,0	25,0	
İşçi	18,8±5,3	19,0	15,2-25,0	9,0	25,0	0,083[b]
Esnaf	12,2±8,3	12,0	5,0-19,7	5,0	20,0	
Emekli	15,6±5,5	15,0	11,0-20,0	5,0	25,0	
Diğer**	15,6±5,6	15,0	11,0-20,0	5,0	25,0	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	17,9±5,5	19,0	13,5-22,5	5,0	25,0	**<0,001[a]**
Çalışmıyor	15,1±5,5	14,0	11,0-19,0	5,0	25,0	
Gelir-Gider Durumu						
Gelirim giderimden az	14,7±6,1	14,0	10,5-19,5	5,0	25,0	**0,023[b]**
Gelirim giderime yakın	15,8±5,6	15,0	11,0-20,0	5,0	25,0	
Gelirim giderimden fazla	17,2±5,1	19,0	13,0-21,2	6,0	25,0	
Kronik Hastalık						
Var	14,8±5,4	14,0	11,0-19,0	5,0	25,0	**<0,001[a]**
Yok	18,6±5,2	19,5	14,0-24,0	5,0	25,0	
Sigara						
Kullanıyor	16,6±5,5	17,0	13,0-20,2	5,0	25,0	**0,024[a]**
Kullanmıyor	15,3±5,7	14,0	11,0-20,0	5,0	25,0	
Alkol						
Kullanıyor	17,4±5,2	19,0	14,0-22,0	5,0	25,0	**0,033[a]**
Kullanmıyor	15,7±5,7	15,0	11,0-20,0	5,0	25,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Ev hanımı, Öğrenci, Serbest Meslek vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Üriner sistem enfeksiyonu geçirme özelliklerine göre katılımcıların I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir fark görülmüştür ($p<0,001$). Bu fark 'yılda 1 veya daha az-yılda 2-3 kere' ve 'yılda 1 veya daha az - ayda 1-2 kere', 'yılda 2-3 kere-ayda 1-2 kere' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p=0,032$). Katılımcıların üriner sistem taşı düşürme duruma göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımına bakıldığında iki grup arasında fark izlenmemiştir ($p=0,699$). Katılımcıların üriner sistem hastalığı geçirme durumlarına göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde anlamlı bir fark izlenmemiştir ($p=0,084$). Katılımcıların genitoüriner sistem ameliyatı geçirme durumuna I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,161$). Katılımcıların tedavi alma durumuna göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde tedavi alan grubun daha düşük puan aldığı görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların üriner inkontinans tiplerine göre I-QOL Sosyal İzolasyon alt boyut puanlarının dağılımında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Bu fark 'karışık tip inkontinans-stres tip inkontinans', 'karışık tip inkontinans-sıkışma tip inkontinans' ve 'karışık tip inkontinans-diğer' gruplarından kaynaklanmaktadır (post-hoc, bonferroni düzeltmesi sırasıyla; $p=0,042$, $p<0,001$ ve $p<0,001$) (Tablo 23.2).

Tablo 23.2. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut Puan Dağılımı

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Sosyal İzolasyon Alt Boyut						
Özellik (n=296)*	**Ortalama ± SS**	**Ortanca**	**Q_1-Q_3**	**Min.**	**Maks.**	**p değeri**
Üriner Sistem Enfeksiyonu						
Haftada 1 veya daha fazla	16,1±4,4	17,0	11,5-19,5	11,0	24,0	
Ayda 1-2 kere	13,1±6,3	11,5	9,2-19,0	5,0	25,0	**<0,001[b]**
Yılda 2-3 kere	15,2±5,0	15,0	12,0-19,0	5,0	25,0	
Yılda 1 veya daha az	17,9±5,4	19,0	14,0-23,0	5,0	25,0	
Üriner Sistem Taşı Düşürme						
Düşürmüş	16,3±5,7	17,0	11,0-22,0	5,0	25,0	0,699[a]
Düşürmemiş	15,9±5,6	16,0	12,0-20,0	5,0	25,0	
Üriner Sistem Hastalığı						
Geçirmiş	15,3±5,6	14,0	11,0-19,0	5,0	25,0	0,084[a]
Geçirmemiş	16,4±5,5	17,0	12,0-21,0	5,0	25,0	
Ameliyat						
Geçirmiş	15,5±5,5	14,5	11,0-20,0	5,0	25,0	0,161[a]
Geçirmemiş	16,4±5,7	16,5	12,0-21,0	5,0	25,0	
Tedavi						
Almış	15,0±5,1	15,0	11,0-19,0	5,0	25,0	**<0,001[a]**
Almamış	19,3±6,0	22,0	13,0-25,0	5,0	25,0	
İnkontinans Tipi						
Stres İnkontinans	16,2±5,6	17,0	11,0-21,0	5,0	25,0	
Sıkışma İnkontinansı	17,2±5,1	18,0	13,0-22,0	6,0	25,0	**<0,001[b]**
Karışık Tip İnkontinans	14,2±5,1	14,0	11,0-19,0	5,0	24,0	
Diğer**	18,3±7,4	20,0	12,5-25,0	5,0	25,0	

*Ölçek puanı toplamı normal dağılıma uygun değildir.
**Diğer: Enürezis Nokturna, Aşırı Aktif Mesane vb.
SS: Standart sapma, Q1-Q3: 1.ve 3. Çeyrek, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum
[a]Mann-Whitney U testi, [b]Kruskal-Wallis testi

Katılımcıların yaş dağılımı ile I-QOL alt boyutları olan Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon puanlarının dağılımı incelendiğinde yaş arttıkça ölçek alt boyutlarından alınan puanda anlamlı bir azalma görülmüştür (p<0,001). Tüm alt boyutlar için puanların dağılımı negatif ve düşük koreledir (sırasıyla; r=-0,294, r=-0,268 ve r=-0,234). Katılımcıların VKİ dağılımı ile I-QOL alt boyutları olan Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon puanlarının dağılımına bakıldığı zaman VKİ arttıkça alt boyutlardan alınan puanlarda anlamlı bir azalma görülmüştür (p<0,001). Tüm alt boyutlar için puanların dağılımı negatif ve düşük koreledir (sırasıyla; r=-0,300, r=-0,251 ve r=-0,208) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Yaş ve Vücut Kitle İndeksi Değerlerinin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Alt Boyut Puanları ile Korelasyonu

		Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Alt Boyutları		
		Davranışların Sınırlandırılması	**Psikososyal Etkilenme**	**Sosyal İzolasyon**
Yaş (yıl)	Korelasyon katsayısı (r)	-0,294	-0,268	-0,234
	p*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	n	296	296	296
VKİ (kg/m^2)	Korelasyon katsayısı (r)	-0,300	-0,251	-0,208
	p*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
	n	296	296	296

*Spearman korelasyon testi

Araştırmaya katılan kadınların doğum yapma durumlarına göre Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) toplam puan dağılımı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,489). Araştırmaya katılan kadın bireylerin doğum yapmış olma durumuna göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) toplam puanı ve alt boyut puanlarının dağılımı arasında anlamlı fark izlenmemiştir (sırasıyla p=0,898, p=0,621, p=0,947 ve p=0,989) (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Kadınların Doğum Yapma Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Doğum Yapan Kadın (n=165) Ortalama ± SS	Ortanca	Min.-Maks.	p değeri
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)	11,4±4,6	11,0	3,0-21,0	0,489*
Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)	78,7±18,8	79,0	22,0-109,0	0,989*
Davranışların Sınırlandırılması	28,2±6,6	29,0	8,0-40,0	0,898*
Psikososyal Etkilenme	34,6±7,9	34,0	9,0-45,0	0,621*
Sosyal İzolasyon	15,8±5,2	15,0	5,0-25,0	0,947*

*Cinsiyete göre tabakalı Mann-Whitney U testi
SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanlarının dağılımı ile I-QOL toplam puanı ve alt boyutları olan Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme, Sosyal İzolasyon puanlarının dağılımı incelendiğinde anlamlı bir ilişki görülmüştür (p<0,001). Tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puanı için dağılımlar negatif ve yüksek koreledir (sırasıyla; r=-0,753, r=-0,742, r=-0,718 ve r=-0,770) (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) Toplam ve Alt Boyut Puanları Korelasyonu

	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)			
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)	**Davranışların Sınırlandırılması**	**Psikososyal Etkilenme**	**Sosyal İzolasyon**	**Toplam**
Korelasyon katsayısı (r)	-0,753	-0,742	-0,718	-0,770
p*	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
n	296	296	296	296

*Spearman korelasyon testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız üriner inkontinans tanısı alan hastalar üzerinde yapılmış olup sosyodemografik özelliklerin ve etyolojinin üriner inkontinans şiddetiyle ilişkisi ve hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Ayrıca hastaların üriner inkontinans şikayetinin şiddeti ile hastaların yaşam kalitesi arasındaki ilişki de incelenmiştir.

Çalışmamızda ICIQ-SF puanlarının dağılımı ile I-QOL toplam puanının dağılımı ve I-QOL alt boyutları olan "Davranışların Sınırlandırılması", "Psikososyal Etkilenme" ve "Sosyal İzolasyon" puanlarının dağılımı istatiksel olarak anlamlıdır. Tüm alt boyutlar ve toplam ölçek puanı için dağılımlar negatif ve yüksek koreledir. Reus ve arkadaşları tarafından 2005-2018 yılları arasında yapılan bir retrospektif kohort çalışmasında ICIQ-SF ve I-QOL arasındaki korelasyon için çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Bireyin üriner inkontinanstan yaşadığı rahatsızlık arttıkça hastaların yaşam kalitesinde ciddi düşüş olduğu söylenebilir (67).

Üriner inkontinans, toplumda her yaşta görülebilen ve kişide çeşitli sosyal, psikolojik, davranışsal etkilere yok açan bir rahatsızlıktır. Literatür incelendiğinde üriner inkontinans kadınlarda erkeklerden daha çok görülmekle birlikte yaş arttıkça her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların %62,5'i kadındır ve hastalarımızın çoğunun kadın cinsiyet olması, kadınlarda daha sık üriner inkontinans görülmesi ile ilişkili olabilir. Bununla beraber çalışmamızda cinsiyet ile Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) puanları arasında istatiksel olarak anlamlı sonuç çıkmamıştır. Aynı şekilde cinsiyet ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmemiştir. Ceyhan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada cinsiyet ile ICIQ-SF puanı ve cinsiyet ile I-QOL puanı arasında, çalışmamıza benzer şekilde, istatiksel olarak anlamlı sonuç çıkmamıştır. Cinsiyetin, üriner inkontinans görülme sıklığı üzerinde anlamlı etkisi olmakla beraber; üriner inkontinans şiddeti ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı düşünülebilir (68-70).

Çalışmamıza katılan hastaların yaşı arttıkça ICIQ-SF puanlarının arttığı, dolayısıyla üriner inkontinans şiddetinde anlamlı bir artış olduğu izlenmiştir. Ayrıca yaş ile ICIQ-SF puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Yaş artışı ile üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini ölçtüğümüz I-QOL ve alt boyutlarının (Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon) puanındaki düşüş istatiksel olarak anlamlıdır, negatif koreledir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar görülmüştür. Özcan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ileri yaşın üriner inkontinans prevalansı ve şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ceyhan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yaş arttıkça I-QOL puanında düşüş olduğu görülmüştür. Yaşlanmanın, üriner inkontinanstan duyulan rahatsızlık ve bireyin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu söylenebilir (71-73).

Çalışmamızda vücut kitle indeksi (VKİ) ve ICIQ-SF arasında pozitif ve düşük bir korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların vücut kitle indeksi arttıkça üriner inkontinans şiddetinin anlamlı bir fark oluşturacak şekilde arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca vücut kitle indeksi ile I-QOL puanları arasında da istatiksel olarak anlamlılık vardır, negatif ve düşük koreledir. 2020 yılında Vaughan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada vücut kitle indeksinin artmasının üriner inkontinans için risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Monz ve arkadaşları tarafından 2003-2005 yılları arasındaki 15 Avrupa ülkesinde yapılan gözlemsel, çok merkezli bir çalışmada VKİ ile I-QOL arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif ilişki gözlemlenmiştir. VKİ artışı ile üriner inkontinansın bireyin gündelik hayatını daha çok etkilediği ve VKİ artışının yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürdüğü söylenebilir (74,75).

Öğrenim durumu ile ICIQ-SF arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların eğitim seviyesi arttıkça, üriner inkontinans şiddetinde anlamlı düşüş olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda ayrıca öğrenim durumları ile I-QOL arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça I-QOL toplam puanının anlamlı bir fark oluşturacak şekilde arttığı gözlemlenmiştir. I-QOL ölçeğinin alt boyutlarından (Davranışsal sınırlandırılma, Psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon) alınan puanların da anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. 2013 yılında Malatya'da Aylaz ve

ekibi tarafından yapılan bir araştırmada çalışmamıza uyumlu şekilde eğitim seviyesi arttıkça I-QOL ölçeğinden alınan puanlarda artış görülmektedir. Öğrenim seviyesinin, üriner inkontinanstan duyulan rahatsızlık ve hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu söylenebilir (76).

Bir meslekte aktif olarak çalışanlar ve çalışmayanlar (emekli/ev hanımı/öğrenci) olarak hasta popülasyonumuzu incelediğimizde; çalışmayan kesimin çalışan kesime göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ICIQ-SF puanlarında artış izlenmiştir. Benzer şekilde çalışmayan kesimin çalışan kesime göre I-QOL ölçeğinden ve alt boyutlarından alınan puanların anlamlı şekilde azaldığı izlenmiştir. Dinç ve arkadaşlarının 2016-2017 yılları arasında yaptığı tanımlayıcı nitelikli araştırmada çalışmamıza benzer şekilde çalışmayan kesimde üriner inkontinans görülme sıklığı artmıştır. Bu durum çalışmayan kesimin daha yaşlı olmasından veya üriner inkontinans sebebiyle bireylerin çalışmak istememesinden kaynaklanıyor olabilir (77).

Katılımcılarımızın gelir durumu arttıkça üriner inkontinans şiddetinde azalma görülmüş ve gelir durumu ile ICIQ-SF puan dağılımı arasında istatiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır. Yine gelir durumu arttıkça katılımcılarım I-QOL toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puanda artış görülmüştür ve sonuçlar istatiksel olarak anlamlıdır. Yılmaz ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada hastaların gelir seviyesi arttıkça I-QOL toplam puanlarının arttığı görülmüştür. Sundqvist ve arkadaşlarının 1997-2018 yılları arsındaki üriner inkontinanslı hastaları incelediği bir kohort çalışmasında gelir seviyesindeki artış ile üriner inkontinans şiddetinde azalma olduğu görülmüş. Benzer şekilde Kiyumi ve arkadaşlarının Ummanlı hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada gelir seviyesindeki artışla beraber üriner inkontinans görülme sıklığında azalma olduğu gözlemlenmiş. Literatürdeki diğer çalışmalar ile değerlendirildiğinde bu durumun gelir seviyesi arttıkça bireyin sağlık sistemine erişimin kolaylaşmasından veya maddi imkanlar sayesinde tedaviye ulaşımın kolaylaşmasından kaynaklanabildiği düşünülebilir (78-80).

Çalışmamıza katılan bireylerden en az bir kronik hastalığı olanların kronik bir hastalığı olmayan gruba göre ICIQ-SF ölçeğinden istatiksel açıdan anlamlı bir fark

oluşturarak daha yüksek puan aldıkları izlenmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin I-QOL toplam puanı ve alt boyut (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon) puanlarının, kronik hastalığı olmayan gruba göre istatiksel olarak anlamlı bir fark oluşturacak şekilde daha az olduğu görülmüştür. Yılmaz ve arkadaşlarının 2010 yılında Türkiye'de yaptığı araştırmada, çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalığa sahip bireylerin I-QOL toplam puanlarının kronik hastalığı olmayanlar bireylere göre anlamlı şekilde daha az olduğu görülmüş. Kronik hastalığı olan bireylerin üriner inkontinansı daha şiddetli yaşadıkları ve kronik hastalığa ek olarak Üİ olmasının hastanın yaşam kalitesinde daha azalmaya sebebiyet verdiği söylenebilir (80).

Katılımcılarımızın üriner sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı attıkça ICIQ-SF puanlarının anlamlı bir şekilde arttığı izlenmiştir. Daha önce üriner sistem taşı düşüren kişilerde ICIQ-SF puanlarının anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. I-QOL toplam puan ve alt boyut puanları ile üriner sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde, üriner sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı arttıkça I-QOL toplam puan ve alt boyut puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu izlenmiştir. Almutairi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptığı bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, ürogenital sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı arttıkça üriner inkontinans şiddetinde artma olduğu gözlemlenmiş. Batmani ve arkadaşlarının 2020 yılları arasında dünya çapında yayınlanan gözlemsel çalışmalar üzerinden yaptığı bir meta analizde, yaşlı kadınlarda üriner sistem enfeksiyonun üriner inkontinans sıklığı ve şiddeti üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuç sık üriner sistem enfeksiyonu geçirmenin Üİ'li hastalarda semptomların daha ağır görüldüğünü ve hastanın yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğunu göstermektedir (81,82).

Araştırmamıza katılan hastalarda üriner sistem hastalığı (böbrek yetmezlikleri, kistik böbrek hastalıkları, prostat hastalıkları, üriner sistem kanserleri, vb.) olanlar ile üriner sistem hastalığı olmayan hastalar arasında ICIQ-SF puanı açısından anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Benzer şekilde bu iki grubun I-QOL toplam puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı sonuç ortaya çıkmamıştır. Alonzy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üriner sistem hastalığına sahip olan bireylerde üriner inkontinans görülme

sıklığı artmış görülmektedir. Araştırmamızda anlamlı bir ilişki görülmeme sebebi çalışmanın üroloji kliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılıyor olmasından dolayı üriner sistem hastalıklarının teşhis ve tedavisinin daha erken ve etkin yapılabiliyor olması; bundan dolayı üriner sistem hastalığına sahip katılımcılarının hastalığa bağlı olarak üriner inkontinans şiddetinin ve yaşam kalitelerinin etkilenmiyor olması olabilir (83).

Çalışmamıza katılan 185 kadın hastadan 165 tanesi doğum yapmıştır. Çalışmamızda doğum yapma durumunun, yapmama durumuna kıyasla ICIQ-SF ve I-QOL ölçek puanlarının dağılımı ile anlamlı bir istatiksel sonuç çıkmamıştır. Onishi ve arkadaşlarının Japonya'da 2023 yılında yaptığı bir çalışmada sezaryen ile doğum yapanlarda üriner inkontinanslı hastalarda üriner inkontinans şiddetini ve prevalansını etkilemediği; spontan vajinal doğum yapanlarda ise üriner inkontinans şiddet ve prevalansında artış olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda anlamlı bir sonuç çıkmamasının sebebi hasta evrenimizin toplum tabanlı değil daha küçük ölçekli hastane tabanlı olmasından kaynaklanmış olabilir (84).

Genitoüriner sistem ile ilişkili tıbbi bir operasyon geçiren bireylerde ICIQ-SF puanlarının istatiksel olarak anlamlı biçimde arttığı görülmüştür. Benzer şekilde genitoüriner sistem ile ilişkili tıbbi bir operasyon geçiren bireylerin I-QOL toplam puanlarının anlamlı şekilde düştüğü görülmüştür. Fakat I-QOL alt boyutlarından psikososyal etkilenme puanının genitoüriner sistem ameliyatı geçiren bireylerde anlamlı bir şekilde azaldığı görüldüğü halde, davranışların sınırlandırılması ve sosyal izolasyon alt boyutları ile anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Alonezy ve arkadaşlarının Arabistan'da yaptığı bir çalışmada abdominal veya pelvik operasyon öyküsü olan hastalarda üriner inkontinans görülme sıklığı operasyon öyküsü olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Genitoüriner sistem ile alakalı bir ameliyat geçirmek, genitoüriner sistemin anatomik yapısını bozuyor, fonksiyon ve destek görevini azaltıyor, dolayısıyla Üİ semptomlarını arttırıp yaşam kalitesini etkiliyor denilebilir (83).

Çalışmamızdaki bireylerin üriner inkontinans şikâyeti için tedavi (Kegel egzersizi, ilaç tedavisi, tıbbi ameliyat tedavisi) alma durumuna bakıldığında, tedavi alan grubun ICIQ-SF ölçek puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedavi alan grubun I-QOL toplam puanında anlamlı şekilde azalma izlenmiştir. Dursun ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada üriner inkontinansa bağlı olarak kadınların utanma duygusundan dolayı üriner inkontinans semptomları şiddetlenene kadar hastaneye başvurmadıkları görülmüştür. Çalışmamızda üriner inkontinans tedavisi alan kesimin, tedavi almayan kesime göre ICIQ-SF puanının daha yüksek, I-QOL puanının daha düşük olmasının nedeni hastaların Üİ semptomlarının ağırlaşmadan sağlık kuruluşuna başvurmaması, dolayısıyla gündelik hayatı daha çok etkilenen grubun tedavi alıyor olması olabilir (85).

Katılımcılarımızı üriner inkontinans tipine göre incelediğimizde özellikle karışık tip üriner inkontinanslı hastaların ICIQ-SF puanlarının anlamlı bir fark oluşturacak şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. I-QOL toplam puanı açısından incelediğimizde üriner inkontinans tipleri arasında anlamlı istatiksel fark ortaya çıkmakta, özellikle karışık tip üriner inkontinanslı hastaların I-QOL toplam puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmektedir. Park ve arkadaşlarının Güney Kore'de 2014 yılında yaptığı bir çalışmada karışık tip üriner inkontinanslı hastaların I-QOL toplam puanlarının anlamlı biçimde diğer üriner inkontinans tiplerine göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Karışık tip Üİ'li hastalarda inkontinans görülen durumların diğer tiplerden daha çok olmasından dolayı semptom şiddetlerinin daha yüksek olduğu ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği söylenebilir (86).

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YÖNLERİ

Çalışmamız SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GEAH) Üroloji Kliniği'nin poliklinik ve yataklı servisine başvuran üriner inkontinans tanılı hastalar üzerinde yapılıştır. Sadece hastaneye başvuran üriner inkontinans tanısı almış sınırlı sayıda hasta araştırmaya katıldığı için elde edilen verilerin üriner inkontinanslı tüm hasta evrenine genellemek doğru bir yaklaşım olmayabilir.

Hastaların GEAH'a başvurmasının sebeplerinden biri mesafe olarak hastaneye yakınlıkları olabileceği düşünüldüğünde, sosyodemografik olarak toplumun tamamına değil de GEAH'a yakın yerleşim yerlerinde oturan belli bir kesimde yaşayan insanlara ulaşılabilmiş ve bu durum sosyodemografik sonuçları etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda kullandığımız ölçekler bireyin öznel değerlendirilmesi olduğu ve nesnel bir değerlendirme yapılamadığı için elde edilen veriler katılımcının yönlendirmesine maruz kalmış olabilir. Üriner inkontinanslı bireylerde utanma duygusunu ortaya çıkabildiğinden dolayı katılımcılar ölçek puanlarının yüksek çıkabilmesi için ölçek sorularına olduğundan daha fazla puan vermiş olabilir.

Çalışmamız tanımlayıcı tipte olup, hastalar ile sadece bir kere görüşme yapılmıştır. Katılımcılar uzun süreli takip edilmediği için sosyodemografik özelliklerin üriner inkontinanslı hastalarda semptomların şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun süreli etkisi değerlendirilemez. Hastaya verilen tedavi sonrası üriner inkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi üzerindeki değişim, dolayısıyla tedavinin etkinliği değerlendirilemez.

Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış birden çok ölçek bulunduğu için, kullanılan ölçeklerin literatür ile uyumlu sonuçlar vermesi önemlidir. Çalışmada kullandığımız ICIQ-SF ve I-QOL ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları literatür ile uyumlu gelmiş ve bu durum ölçeklerin çalışmamıza benzer araştırmalarda kullanılabilirliğini desteklemektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda görüldüğü üzere bireyin eğitim durumu, gelir seviyesi, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri kişinin üriner inkontinans şiddetini etkileyebilmektedir. Sosyodemografik özellikler kişinin yaşam kalitesini de etkileyebilmekte, kişinin davranış olarak sınırlandırılmasına, psikososyal olarak etkilenmesine ve sosyal izolasyonuna yol açabilmektedir. Üriner inkontinanslı hastalara yaklaşımda sosyodemografik özelliklerin üriner inkontinans şiddetinde ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda görüldüğü üzere kişinin kronik hastalık durumu, üriner sistem enfeksiyonu geçirme sıklığı, genitoüriner sistem ameliyatı geçirme öyküsü, üriner inkontinans tedavisi alma durumu ve bireydeki üriner inkontinans tipi gibi kişinin tıbbi öyküsü üriner inkontinans şiddetini ve kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Üriner inkontinanslı hastalar değerlendirilirken hastaların tıbbi geçmişine ve etyolojik özelliklerine dikkat edilmelidir.

Aile hekimliği, üriner inkontinans gibi toplumda sık görülen, ancak hastalar tarafından genellikle gizlenen sağlık sorunlarının tespitinde ve yönetiminde önemli bir rol oynayabilir. Aile hekimleri, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu durumu erken teşhis edebilir ve hastanın uygun danışmanlık ile erken tedaviye ulaşmasını sağlayabilir. Etyoloji ve sosyodemografik özelliklerin detaylı sorgulanması ile Üİ'nin hasta üzerindeki olumsuz etkileri minimal seviyeye getirilebilir. Aile hekimleri özellikle yaşam tarzı değişiklikleri, kegel egzersizleri ile mesane eğitimi ve ilaç tedavisi gibi konservatif yaklaşımları önerebilirler. Gerek durumlarda ikinci basamak sevkini gerçekleştirip hastanın ileri tedavi ve takibini sağlayabilirler. Aile hekimlerinin bütüncül ve hasta odaklı yaklaşımı, hastaların tedavi süreçlerinde güvenle ilerlemelerini sağlar. Böylece Üİ şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi düşürülebilir.

Çalışmamız üriner inkontinans ve sosyodemografik özellikler hakkında çalışma yapacak araştırmacılar için yol gösterici olabilir.

KAYNAKLAR

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2010 Jan 1;29(1):213–40.
2. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. Eur Urol. 2005 Oct 1;48(4):634–41.
3. Cetinel B, Demirkesen O, et al. 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.
4. Tikkinen KAO, Agarwal A, Griebling TL. Epidemiology of male urinary incontinence. Curr Opin Urol. 2013 Nov ;23(6):502–8.
5. Aşık Z, Demirel ES. Erişkinlerde Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri: Tabakalı Örneklemli Saha Çalışması (Urinary Incontinence in Adults and Its Effects on Quality of Life: A Stratified Field Study). Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021 Jan 15 ;29(6):422–30.
6. Semerciöz A, Ulukaradağ E. Miksiyonun Fizyolojisi ve Patofizyolojisi. Turkiye Klinikleri Urology - Special Topics 2009;2(1):8–12.
7. Keane DP, O'Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14(2):207–26.
8. Sağlık & Bilim 2022: Ebelik -IV - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2024 May 20]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=FiOnEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA21&dq=mesane+anatomisi&ots=28VC9R0QTd&sig=Iq-0yIwNJlylGjwcbajC-5GRgck&redir_esc=y#v=onepage&q=mesane%20anatomisi&f=false

9. Sivrioglu K. Mesane Anatomisi ve İseme Fizyolojisi. Bladder Anatomy and Physiology of Micturition. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005; 51 (Özel Ek A): A16-A18.
10. Hayta E, Dogan SC. Mesane Anatomisi ve Nörofizyolojisi. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon - Özel Konular. 2013;6(2):1–7.
11. T. M. Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia. Publications Oboolo [Internet]. 2007 Nov 26 [cited 2024 May 20]; Available from: https://www.oboolo.com/scientific-and-technologic-subjects/medical-studies/research-paper/anatomy-of-the-lower-urinary-tract-and-male-genitalia-599349.html
12. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007;1101:266–96.
13. Uysal FŞ. Üretra Anatomisi, Etiyoloji ve Sınıflandırılması. Türkiye Klinikleri Üroloji - Özel Konular. 2024;17(1):1–7.
14. Wei JT, De Lancey JOL. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clin Obstet Gynecol. 2004;47(1):3–17.
15. Chung BI, Sommer G, Brooks JD. Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia. Campbell-Walsh Urology. 2012;33-70.e2.
16. Derya Balbay M. Prostat. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara. 2008.
17. Yeniel AÖ, Ergenoglu AM, Yurttaş CS. Kadınlarda Pelvik Taban Anatomisi. Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics - Special Topics. 2009;2(2):1–7.
18. İstanbuloglu O. Pelvik Taban Anatomisi. Turkiye Klinikleri Urology - Special Topics. 2009;2(1):1–4.
19. Arıncı K, Elhan A. Anatomi 1.Cilt. Güneş Tıp Kitap Evi. Ankara. 2020
20. Strohbehn K. Normal Pelvic Floor Anatomy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998 Dec 1;25(4):683–705.
21. Bolatli G. Perine Fasyaları Anatomisi. Sakarya University Journal of Holistic Health. 2018 Dec 28;1(1):2–15.
22. Bharucha AE. Pelvic floor: anatomy and function. Neurogastroenterology & Motility. 2006 Jul 1;18(7):507–19.

23. Graziottin A, Gambini D. Anatomy and physiology of genital organs – women. Handb Clin Neurol. 2015 Jan 1;130:39–60.
24. Clement P, Giuliano F. Anatomy and physiology of genital organs – men. 2015 Jan 1;130:19–37.
25. Bharucha AE. Pelvic floor: anatomy and function. Neurogastroenterology & Motility. 2006 Jul 1;18(7):507–19.
26. Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2017 Aug 1;28(3):455–60.
27. Rossetti SR. Functional anatomy of pelvic floor. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia. 2016;88(1):28–37.
28. Kearney R, Sawhney R, DeLancey JOL. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. Obstetrics and Gynecology. 2004 Jul;104(1):168–73.
29. Betschart C, Singer A, Scheiner D. Female pelvic floor: anatomy and normal function. Ther Umsch. 2019;73(9):529–34.
30. Siccardi MA, Bordoni B. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Perineal Body. StatPearls [Internet]. 2023 Jul 24 [cited 2024 May 26]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537345/
31. Wood DN, Nethercliffe J, Andrich DE, Greenwell TJ, Mundy AR. Peritoneal and perineal anatomy and surgical approaches. BJU Int. 2004 Sep;94(5):719–37.
32. Woodman PJ, Graney DO. Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. Clinical Anatomy. 2002;15(5):321–34.
33. de Groat WC, Griffiths D, Yoshimura N. Neural control of the lower urinary tract. Compr Physiol. 2015 Jan 1;5(1):327–96.
34. Vodušek DB. Anatomy and neurocontrol of the pelvic floor. Digestion. 2004;69(2):87–92.
35. Chai TC. Continence and micturition: physiological mechanisms under behavioral control. Am J Physiol Renal Physiol. 2015 Jul 6;309(1):F33–4.

36. Sugaya K, Nishijima S, Miyazato M, Ogawa Y. Central nervous control of micturition and urine storage. Journal of Smooth Muscle Research. 2005;41(3):117–32.
37. Seth JH, Panicker JN, Fowler CJ. The neurological organization of micturition. Handb Clin Neurol. 2013 Jan 1;117:111–7.
38. Fowler CJ, Griffiths D, De Groat WC. The neural control of micturition. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2008 Jun 9 [cited 2024 May 26];9(6):453. Available from: /pmc/articles/PMC2897743/
39. Flores JL, Cortes GA, Leslie SW. Physiology, Urination. StatPearls [Internet]. 2023 Sep 13 [cited 2024 May 26]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562181/
40. Irwin GM. Urinary Incontinence. Prim Care. 2019 Jun 1;46(2):233–42.
41. Dökmeci F, Peker BH, Ugurlucan FG ve ark. Kadınlarda İzlenen Üriner İnkontinans: Uluslararası Kılavuzlar Işığında Güncel Yönetim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2017, 70 (3)
42. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçin Ö. Urinary incontinence: Its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2004;58(3):145–50.
43. Nygaard IE, Heit M. Stress urinary incontinence. Obstetrics and Gynecology. 2004 Sep;104(3):607–20.
44. Wu JM. Stress Incontinence in Women. N Engl J Med. 2021 Jun 24;384(25):2428–36.
45. Sussman RD, Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence in women. BJU Int. 2020 May 1;125(5):638–55.
46. Roberts K, Mahajan S. Management of Urgency and Mixed Urinary Incontinence. Clin Obstet Gynecol. 2021 Jun 1;64(2):306–13.
47. Tahra A, Bayrak Ö, Dmochowski R. The Epidemiology and Population-Based Studies of Women with Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review. Turk J Urol. 2022 Mar 1;48(2):155–65.
48. H T, A TRK. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. Ege Tıp Dergisi. 2013 Mar 1;52(1):15–9.

49. Yücel U, Hadimli A, Koçak YÇ, Başgün Ekşioğlu A, Sari D, Karaca Saydam B. Bornova'da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri Urinary Incontinence Prevelance and Risk Factors in Women at the Age of 20 and Over Living in Bornova. HSP. 2018;5 (3):414-423
50. Dursun P, Dogan NU, Kolusari A, Dogan S, Ugur MG, Komurcu O, et al. Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: analysis of 6,473 women. Urol Int. 2014 Feb ;92(2):209–14.
51. Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O, Kocak T, Senocak M, et al. 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.
52. Yalçın Ö, Delier H. Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu : Tanı ve Tedavi Seçimi, TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004;8:198-201
53. Dökmeci F, Seval MM. Kadınlarda Üriner İnkontinans Tanı ve Yönetimi. Turkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation - Special Topics. 2018;11(1):1–7.
54. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. Am Fam Physician. 2013 Apr 15;87(8):543–50.
55. Irwin GM. Urinary Incontinence. Prim Care. 2019 Jun 1;46(2):233–42.
56. Buran G, Gercek E. Kadında Üriner İnkontinansın Konservatif Tedavisinde Güncel ve Kanıta Dayalı Uygulamalar: Literatür İncelemesi Current and Evidence-Based Applıcations in Conservative Treatment of Urinary Incontinence in Woman:Literature Review. EGEHFD.2019;35(3):155-161
57. Weinberger MW. Conservative treatment of urinary incontinence. Clin Obstet Gynecol. 1995;38(1):175–88.
58. Parker WP, Griebling TL. Nonsurgical Treatment of Urinary Incontinence in Elderly Women. Clin Geriatr Med. 2015 Nov 1;31(4):471–85.

59. Humburg J. Female urinary incontinence: diagnosis and treatment. Ther Umsch . 2019 ;73(9):535–40.
60. Sühha Bostancı M, Özden S, Ünal O, Serhan Cevrioğlu A, Akdemir N, et al. Üriner İnkontinans Medikal Tedavisi. Journal of Human Rhythm. 2015 Dec 18;1(3):83–9.
61. Kobashi KC, Vasavada S, Bloschichak A, Hermanson L, Kaczmarek J, Kim SK, et al. Updates to Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence (SUI): AUA/SUFU Guideline (2023). J Urol. 2023 Jun 1 ;209(6):1091–8.
62. Cervigni M, Natale F. Surgical treatment of stress urinary incontinence. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 1999;85(1):63–70.
63. Çetinel B, Özkan B, Can G, et al. ICIQ-SF Türkçe Versiyonu Validasyon (Geçerlilik) Çalışması. Türk Üroloji Dergisi: 30 (3): 332-338, 2004
64. Klovning A, Avery K, Sandvik H, Hunskaar S. Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. Neurourol Urodyn. 2009 ;28(5):411–5.
65. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçin Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2004;58(3):145–50.
66. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, 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 Jan;53(1):71–6.
67. Reus C, Brattås I, Volz D, Sydén F, Grufman KH, Mozer P, et al. Evaluation of the 24-h pad weight test as continence rate assessment tool after artificial urinary sphincter implantation for postprostatectomy urinary incontinence: A Swedish retrospective cohort study. Neurourol Urodyn. 2021 Aug 1;40(6):1585–92.

68. Akın S. Yaşlılarda Üriner İnkontinans. Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni. 2015; 2: 49-54
69. Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milsom I, Kopp ZS, Chapple CR. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. Eur Urol. 2012;61(1):88–95.
70. Ceyhan Ö, Göriş S, Zincir H, et al. Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemşi Bir Problem: İnkontinans. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2018 ; 27 (1)
71. Griebling TL. Urinary incontinence in the elderly. Clin Geriatr Med. 2009 Aug;25(3):445–57.
72. Saboia DM, Firmiano MLV, Bezerra K de C, Neto JAV, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. Impact of urinary incontinence types on women's quality of life. Rev Esc Enferm USP. 2017;51.
73. Ozcan F, Özkürkçügil C, Etiler N. Urinary Incontinence in Women Aged 25-64 in Turkey: A Cross-Sectional Research. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2021 Dec 20;15(4):853–61.
74. Vaughan CP, Markland AD. Urinary Incontinence in Women. Ann Intern Med. 2020 Feb 4;172(3):ITC17–32.
75. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from Pure. Eur Urol. 2007 Apr 1;51(4):1073–82.
76. Aylaz R, et al. Üriner İnkontinansın 65 Yaş ve Üzeri Kadınların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5 (2): 19-25
77. Dinç A. Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi. GÜSBD 2019; 8(2): 1-9

78. Sundqvist C, Li X, Sundquist K, Jansåker F. Sociodemographic Disparities and Parity in Relation to Urinary Incontinence: A Nationwide Primary Healthcare Cohort Study (1997–2018). J Clin Med. 2022 Feb;11(3):496.
79. Al Kiyumi MH, Al Belushi ZI, Jaju S, Al Mahrezi AM. Urinary Incontinence Among Omani Women: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. Sultan Qaboos Univ Med J. 2020 Feb 1 ;20(1):e45–53.
80. Yilmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Quality of Life at Women with Urinary Incontinance. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt. 2014;2(2).
81. Almutairi S, Alobaid O, Al-Zahrani MA, Alkhamees M, Aljuhayman A, Ghazwani Y. Urinary incontinence among Saudi women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(20):6311–8.
82. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokaee S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. BMC Geriatr. 2021 Dec 1;21(1).
83. Alonezy MF, Metwally AS, Alhazmi OA, Alrehaili AO, Almohammadi AA, Aljuhani AS, et al. The Prevalence and Related Risk Factors of Urinary Incontinence Among Adult Women in Al Medina Al Munawara, Saudi Arabia. Cureus. 2024 Jul 20;16(7).
84. Onishi A, Shibata A. Prevalence and sociodemographic correlates of urinary incontinence in Japanese women: A web-based cross-sectional study. Womens Health (Lond). 2023 Jan 1;19.
85. Dursun P, Dogan NU, Kolusari A, Dogan S, Ugur MG, Komurcu O, et al. Differences in geographical distribution and risk factors for urinary incontinence in Turkey: analysis of 6,473 women. Urol Int . 2014 Feb;92(2):209–14.
86. Park E, Kang KJ. Factors affecting the incontinence-quality of life among women with urinary incontinence [Internet]. 2014 [cited 2024 Sep 24]; Available from: http://www.ripublication.com

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ömer Faruk ALTUN

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Niğde Fen Lisesi

Atatürk İlköğretim ve Orta Okulu

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Tıp Doktoru

Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniğinde Uzmanlık Öğrencisi

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar –

VI- Bilimsel İlgi Alanları –

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar: -

Ödüller: -

Projeleri: -

Verdiği konferans ya da seminerler: -

Katıldığı paneller (panelist olarak): -

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. İş Yeri Hekimliği Kursu

2. Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi

3. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi Birimi (UMKE) Temel Eğitimi

4. Sphere Eğitimi

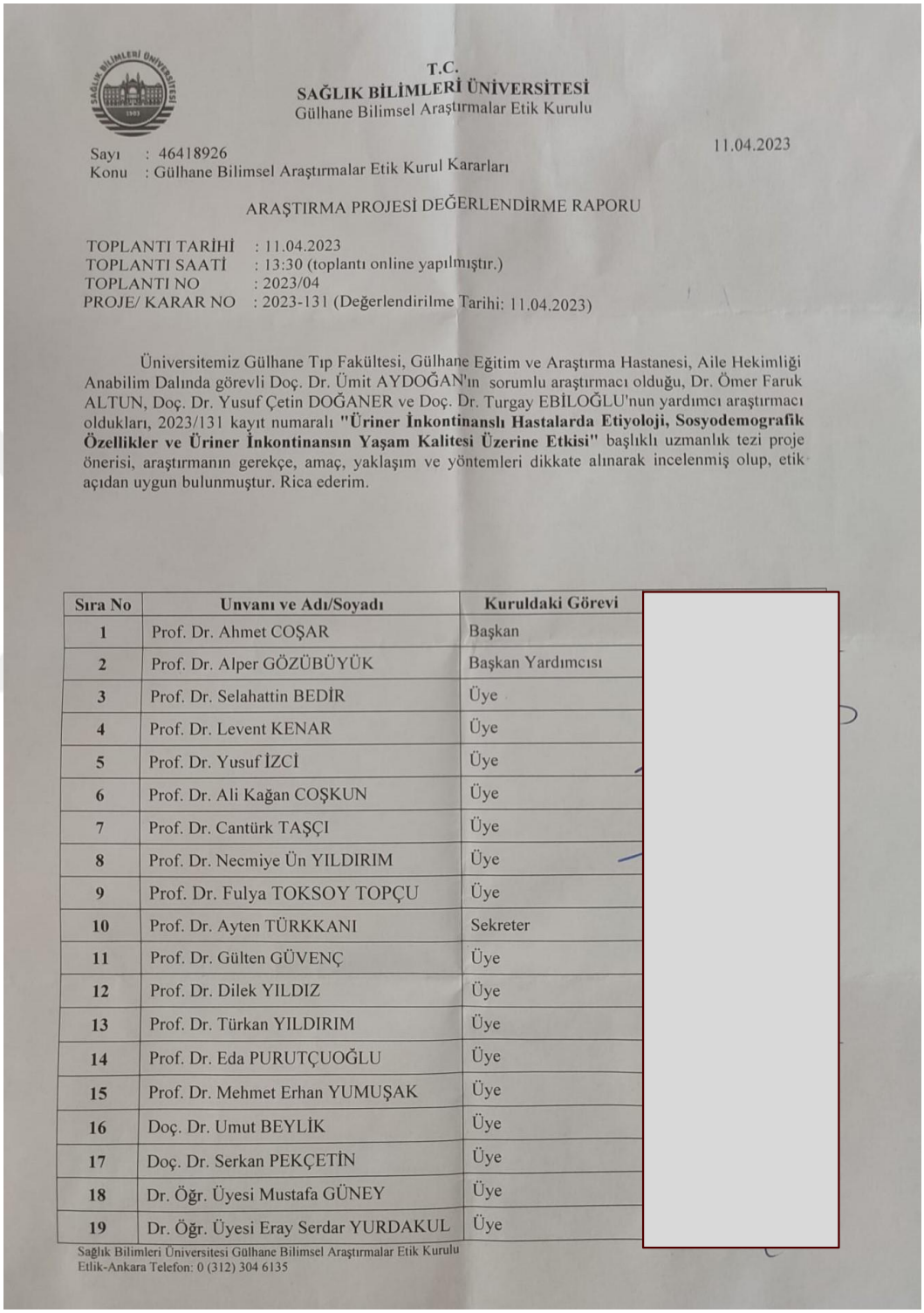
5. Evde Bakım Eğitimi

6. Alliance of International Doctors (AID) EMT Seviye 1 Eğitimi

7. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 1. Uluslararası Gülhane Sağlık Bilimleri Kongresi, 2024

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

11.04.2023

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 11.04.2023
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2023/04
PROJE/ KARAR NO : 2023-131 (Değerlendirilme Tarihi: 11.04.2023)

Üniversitemiz Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Ömer Faruk ALTUN, Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER ve Doç. Dr. Turgay EBİLOĞLU'nun yardımcı araştırmacı oldukları, 2023/131 kayıt numaralı **"Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etiyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"** başlıklı uzmanlık tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ	Üye
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye
7	Prof. Dr. Cantürk TAŞÇI	Üye
8	Prof. Dr. Necmiye Ün YILDIRIM	Üye
9	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye
10	Prof. Dr. Ayten TÜRKKANI	Sekreter
11	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye
12	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye
13	Prof. Dr. Türkan YILDIRIM	Üye
14	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye
15	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye
16	Doç. Dr. Umut BEYLİK	Üye
17	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye
18	Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNEY	Üye
19	Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Üye

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Etlik-Ankara Telefon: 0 (312) 304 6135

EK-2. Veri Toplama Formu

Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etiyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Dr. Ömer Faruk ALTUN'un uzmanlık tez çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı, hastaların idrar kaçırma (Üriner İnkontinans) şikayetlerinin sebebini ve sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. Araştırmaya gönüllü katılımcılar alınacaktır. Veri toplama süreci yaklaşık olarak 5-10 dakika sürecektir. Anket formuna verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı olup, özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmanın geçerliliği açısından cevaplarınızın doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir. Herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için size herhangi bir ücret ödemesi yapılmayacaktır. Bu çalışmanın hastalığınızın tanı ve tedavi sürecinde size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi değiştirmeyecektir.

1. **Ad Soyad:**
2. **Yaş:**
3. **Cinsiyet:** Kadın ( ) Erkek ( )
4. **Medeni Durum:**
   Evli ( ) Bekar ( ) Dul-Boşanmış ( )
5. **Eğitim Durumu:**
   Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlkokul mezunu ( )
   Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite ve üzeri ( )
6. **Çalışma durumu:**
   Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )
7. **Meslek:**
   Memur ( ) İşçi ( ) Esnaf ( ) Emekli ( ) Diğer (Lütfen Belirtiriniz):
8. **Aylık Gelir**
   Gelirim giderimden az ( ) Gelirim giderime yakın ( )
   Gelirim giderimden fazla ( )

9. Yaşadığı bölge:

İl ( ) İlçe ( ) Kasaba ( ) Köy ( )

10. Boy: cm **Kilo:** kg **VKİ:** kg/m^2

11. Kronik Hastalık:

Yok ( ) Var (Lütfen belirtiniz):

HT ( ) DM ( ) KKY ( ) Diğer (Lütfen belirtiniz):

…….

12. Düzenli kullanılan ilaç/ilaçlar:

1) 2) 3)

4)

Diğer (Lütfen belirtiniz):

13. Geçirdiği Ameliyatlar:

14. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme sıklığınız nedir?

Haftada 1 veya daha fazla ( ) Ayda 1-2 kere ( ) Yılda 2-3 kere ( )

Yılda 1 veya daha az( )

15. Üriner sistem taşı düşürme veya üriner sistem taşı için tedavi alma öykünüz var mı?

Hayır ( ) Evet ( ) Aldığım tedavi (Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz):

16. **Üriner sistem ile alakalı herhangi bir hastalığınız var mı?**

Hayır ( )

Böbrek Yetmezliği (Akut veya kronik) ( ) Hidronefroz ( ) Polikistik Böbrek Hastalığı ( ) Benign Prostat Hipertrofisi ( ) Üriner Sistem Kanseri ( )

Diğer(Lütfen Belirtiniz):

17. Doğum sayısı ve doğum şekli (Kadın Katılımcılar için)

0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Diğer:

Normal Doğum ( )……. Sezaryan ( )…….

18. Sigara, alkol veya diğer (belirtiniz) maddeleri kullanım durumu

Yok ( )

Var ( ) Sigara: paket/gün Kullanım süresi:

Alkol: kadeh/hafta Kullanım süresi:

19. Üriner İnkontinans Başlangıç Yaşı

20. Üriner İnkontinans Tipi

Stres İnkontinans ( ) Sıkışma İnkontinans ( ) Karışık Tip İnkontinans ( )

Diğer (Belirtiniz):

21. Üriner İnkontinas Sıklığı

Haftada 1 kez veya daha az ( ) Haftada 2-3 kez ( )

Günde 1 kez ( ) Günde birkaç kez ( )

Her zaman ( )

22. **Size göre ne kadar idrar kaçırıyorsunuz bilmek istiyoruz. Genelde ne kadar idrar kaçırıyorsunuz?**

Az Miktarda ( ) Orta Derecede ( ) Çok Miktarda ( )

23. İdrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? (Yuvarlak içine alınız)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Hiç) (Çok)

24. **Hangi durumda idrar kaçırıyorsunuz?**

Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum ( )

Öksürürken veya hapşırırken kaçırıyorum ( )

Uyurken kaçırıyorum ( )

Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum ( )

İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum ( )

Belirgin bir neden olmadan kaçırıyorum ( )

Her zaman kaçırıyorum ( )

25. Üriner İnkontinans için herhangi bir tedavi aldınız mı? Cevabınız "Evet" ise belirtiniz.

Hayır ( ) Evet ( ) Belirtiniz:

ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

1. Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

2. Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

4. İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

5. Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

6. Kendimi evimden uzun süre ayrılabilecek kadar özgür hissetmiyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

7. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

8. Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

9. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

10. Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.

☐1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

11. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

12. Yaşlandıkça idrar kaçırma sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

13. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

14. İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

15. İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığım hissini veriyor.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

16. İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

17. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

18. Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

19. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

20. İçtiklerimi takip etmek zorundayım.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

21. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

22. Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.

☐ 1 Çok Fazla ☐ 2 Oldukça ☐ 3 Orta ☐ 4 Biraz ☐ 5 Hiç

EK-3. Gönüllü Onam Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma projesinin adı: Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etiyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Sorumlu araştırmacının adı: Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Diğer araştırmacıların adı: Dr. Ömer Faruk ALTUN, Doç. Dr.Yusuf Çetin DOĞANER, Doç. Dr. Turgay EBİLOĞLU

"Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etiyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" adlı bir çalışmada yer almak üzere davet edilmektesiniz. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN ve uzmanlık öğrencisi Dr. Ömer Faruk ALTUN sorumluluğu altındadır.

1. **Araştırmanın amacı nedir?**

Bu araştırmada, üriner inkontinanslı hastalarda etiyoloji, sosyodemografik özellikler ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. **Gönüllünün sorumlulukları nedir?**

   Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket uygulanmaktadır.

3. **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler nedir?**

   Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

4. **Çalışmaya katılan gönüllülerin bilgilerinin gizliliği ve hakları nelerdir?**

   Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

   Çalışma yürütücüleri kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır, ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

5. **Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadar?**

   Araştırma 01.05.2023 – 30.04.2024 tarihleri arasında 12(on iki) ay sürecektir.

6. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı?

Çalışmaya en az 350 hastanın katılması beklenmektedir.

Uzmanlık öğrencisi Dr. Ömer Faruk ALTUN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumdan herhangi bir zarar görmeyeceğimi de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma hakkında herhangi bir sorum olduğunda; herhangi bir saatte Uzm. Öğr. Dr. Ömer Faruk ALTUN'u 0312 304 31 47'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı	Görüşme tanığı
Adı soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:
Tel no:	Tel no:
İmza:	
Tarih:	

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı soyadı, unvanı: Ömer Faruk ALTUN, Uzmanlık öğrencisi

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İmza:

Tarih:

EK-4. Eğitim Planlama Kurulu Onayı

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-208326374 31.01.2023
Konu : Araştırma İzni (Dr. Ömer Faruk ALTUN)

GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

"Üriner İnkontinanslı Hastalarda Etyoloji, Sosyodemografik Özellikler ve Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Eğitim Planlama Kurulunun 26.01.2023 tarih ve 01 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 26254380-36DA-4BB8-A116-99D6868F95DF Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

General Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:1 06010 Etlik/Keçiören/Ankara 06010
Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/
Kep Adresi:

Bilgi için: Meral AYDIN
Veri Hazırlama Ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 03123046106