T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

EDİRNE İLİ MERKEZİNDE 20 YAŞ ÜSTÜ POPÜLASYONDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANSI VE ÜRİNER İNKONTİNANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Cem ÇETİN

EDİRNE-2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Anabilim dalı başkanı ve tez danışmanım Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora'ya TÜTF'nin diğer anabilim dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma tüm desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ..... 1
GENEL BİLGİLER..... 3
ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ..... 3
İDRAR YAPMA VE KONTİNANS MEKANİZMASI..... 7
İDRAR KAÇIRMA..... 9
AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YÖNETİMİ..... 15
GEREÇ VE YÖNTEMLER..... 20
BULGULAR..... 28
TARTIŞMA..... 63
SONUÇLAR..... 71
ÖZET..... 74
SUMMARY..... 75
KAYNAKLAR..... 76
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BDÖ-BB **:** Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği

ICS **:** International Continence Society (Uluslararası Kontinans Derneği)

ICIQ-SF **:** International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (Uluslar arası inkontinans sorgulama kısa formu)

I-QOL **:** Incontinence Quality of Life (İnkontinans Yaşam Kalitesi)

TNSA **:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TURDEP **:** Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

VAS **:** Vizüel Analog Skala

VKİ **:** Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında 200 milyondan fazla kişi idrar kaçırma problemi ile yaşamaktadır. Bu bozukluğun büyüklüğü göz önüne alındığında, birinci basamak hekimleri, konunun değerlendirilmesi ve idrar kaçırma tedavisine katılmaya teşvik edilmelidir. İdrar kaçırma sıklıkla orta yaştan itibaren oluşur ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir (1).

İdrar kaçırma yaşamı tehdit eden bir durum değildir; ancak idrar kaçırma sorunu olanların profesyonel yardım almak yerine sıvı alımını azaltma, sık tuvalete gitme, ped kullanma, sosyal aktivitelerden kaçınma vb. gibi etkisiz başa çıkma yöntemleri ile kendi kendilerine çözmeye çalıştıkları; idrar kaçırma korkusu, tuvalet bulamama, kötü kokma vb. kaygılarla sosyal katılımdan kaçındıkları, toplumdan kendilerini izole ettikleri, giderek yalnızlaştıkları, tüm bunların bireyin rahatını (konforunu), fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını ve sonuçta yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (2-8).

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (12-14). Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür.

Yaşam kalitesinin değerlendirildiği ilk araştırmalar 1973'de yayınlanmış, son yıllarda ise başta yeni programların ve tedavilerin maliyet kullanım analizlerinde olmak üzere, sayıları giderek artmıştır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (9-11).

Pek çok çalışma; idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkileyen geniş sosyal sonuçları olduğunu göstermiştir (15). İdrar kaçırmanın yol açtığı hijyenik problemler ve utanç; sosyal

izolasyon ve depresyona neden olabildiğinden sosyal etkisi büyüktür ve Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society, ICS) inkontinansın tanımı içerisine dahil etmiştir (16).

Uluslararası Kontinans Derneği'nin temelleri, 20. yüzyılın ilk yarısında mesane ve anorektal fonksiyon/disfonksiyona artan ilgiyle beraber, terminoloji üzerindeki anlaşmazlıkları gidermek, standardizasyonu sağlamak, diğer tıp disiplinleriyle işbirliğini güçlendirmek amacıyla 1971 yılında atılmıştır. Bugün 80 farklı ülkeden, farklı disiplinlerden birçok bilim adamının katılımıyla güçlenen dernek, düzenlediği bilimsel toplantı ve kurslarla, bilimsel yayınlarla faaliyetlerini sürdürmektedir (17).

Uluslararası Kontinans Derneği'nin 1979 yılındaki terminoloji standardizasyon raporunda idrar kaçırma 'sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali' olarak tanımlanmaktaydı. Halbuki ICS'nin en son terminoloji standardizasyon raporunda ise idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar kaçırma) 'her türlü idrar tutamama yakınması' olarak tanımlanmaktadır (18).

İdrar kaçırmanın algılanması, tanımlanması, çeşitli aktivitelerle ilgisi, yaşam kalitesi üzerine olan etkileri toplumdan topluma, eğitim düzeyine ve çeşitli kültürel faktörlere göre değişmektedir. (19) İdrar kaçırmanın görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda kadında %4,5-53, erkekte %1,6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir. Görülme sıklığının bu kadar geniş bir aralıkta verilmesinin nedeni çeşitli çalışmalarda idrar kaçırmanın değişik şekilde tanımlanmasından kaynaklanmaktadır (18).

Edirne şehir merkezinde idrar kaçırma prevalansı ve idrar kaçırmayı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planladığımız bu çalışmada, kullandığımız anketlerin dünya standartlarına uygun olmasına ve anket verilerinin doğru yorumlanmasına dikkat ettik.

Çoğu kez tedavi edilebilir olmasına rağmen, hastaların doğal bir süreç olarak kabul ettikleri idrar kaçırma yakınmalarını hekime bildirmekte çekinceli davranmaları, hekimlerin anamnez sırasında idrar kaçırma ile ilgili sorgulamayı ihmal etmeleri ya da yüzeyel şekilde yapmaları ve konu hakkında toplumsal bilinçlenmenin henüz tam olarak yerleşmemiş olması nedenleriyle, sorunun çözümünde yeterli başarı hala sağlanamamış görünmektedir. Bu nedenle idrar kaçırma nedeniyle tıbbi yardım arama sıklığını arttırma stratejileri de geliştirilmelidir. Çalışmamızın ülkemizde bu yönde uygun girişimler için fikir sağlayacağı kanaatindeyiz.

GENEL BİLGİLER

İdrar kaçırma nedenlerini iyi tanımlayabilmek için alt üriner sistemin anatomisini anlamak oldukça önemlidir (20).

ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Üriner sistem alt ve üst olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Üst üriner sistem böbreklerden ve üreterlerden, alt üriner sistem mesane ve üretradan oluşur. İdrar oluşumundan böbrekler, idrarın depolanması ve atılmasından üreterler, mesane, üretra ve pelvik taban kasları sorumludur (21-24).

Mesane (vesica urinaria), böbreklerden gelen idrarı belirli bir süre depolayan, üretraya ileten, genişleyebilme özelliğine sahip, kapasitesi 400–500 ml olan ve düz kaslardan oluşan içi boş bir organdır. Mesane idrarın toplandığı temel bölüm olan gövde ve gövdenin huni şeklinde uzantısı olan boyundan oluşur. Mesane gövdesinde detrüsör ve trigon olmak üzere dikkat çeken iki yapı vardır. Detrüsör, mesane gövdesini oluşturan, mesane boynu dışında belirli bir bölgede katmanlaşma göstermeyen, düzensiz, her yöne uzanan, birbiri ile bağlantılı çizgisiz kas lifleridir. Detrüsör kasıldığında mesane iç basıncı 40–60 mmHg'ya kadar yükselir ve böylece mesane boşalır. Trigon (trigonum vesicae), tabanı mesane gövdesinde, tepesi mesane boynunda yer alan, iki üreteral orifis ve internal üretral orifis arasında küçük üçgen bölgedir. Trigon bölgesinin en alt ucu mesane boynuna açılır, iki üreter ise mesaneye trigonun üst iki köşesinden girer. Trigon, idrarın depolanma sürecinde kaçışını önler, boşaltım fazında ise huni biçimini alarak boşalmasını kolaylaştırır ve idrar yapma esnasında vesiko-üreteral reflüye engel olur (25-34). Mesane boynu 2-3 cm uzunluğunda posterior üretranın bir bölümü

olup; detrüsör kastan oluşmaktadır. Bu bölgede içte ve dışta longitudinal, ortada sirküler olmak üzere üç kat kas tabakası vardır (25,27,31,35-37). Mesane boynunun yapısı kadın ve erkekte farklıdır. Erkeklerde radiyal olan iç longitudinal fibriller üretrada iç longitudinal düz kas tabakası ile devamlılık gösterip internal meatustan geçerler. Orta tabaka mesane boynu seviyesinde sirküler preprostatik sfinkteri oluşturur ve bu tabaka kontinanstan sorumludur. Dış longitudinal lifler mesane tabanında en arkada en kalındır. Kadındaki mesane boynunda iç longitudinal lifler radial bir şekilde üretranın iç longitudinal katını oluşturmak için aşağıya doğru uzanırlar. Orta sirküler tabaka erkekte olduğu gibi güçlü değildir. Ayrıca kadın mesane boynunun sfinkterik fonksiyonu kısıtlı olduğundan, kadınların %50'sinde idrar öksürme esnasında proksimal üretraya kaçar (38).

Üretra, mesanede biriken idrarı dışarı taşıyan, kadında simfizis pubisin arkasında, 3–4 cm uzunluğunda ve ortalama 6 mm çapındadır. Vajinanın ön tarafında mesane ile vestibül arasında uzanır. Erkek üretrası ise yaklaşık 20 cm uzunluğunda olup serviks vesicadan glans penis üzerideki ostium üretra eksternuma kadar uzanır. Düz ve çizgili kas katmanlarından oluşan üretrada internal ve eksternal olmak üzere iki sfinkter mekanizma bulunur. İnternal ya da proksimal sfinkter mekanizma, mesane boynunun üretra ile birleştiği bölgede oblik, longitudinal yapıda detrüsör düz kasları, trigon ve üretradan oluşmakta olup; fizyolojik bir sfinkterdir. Longitudinal kaslar idrar yapma esnasında üretral lümeni kısaltıp genişletmekte, oblik kaslar ise ürogenital sfinkter kas ile birlikte üretral direnci desteklemektedir. İnternal sfinkter mekanizma mesane gövdesinde basınç eşik değerin üstüne çıkıncaya kadar doku tonusunu yükseltir ve idrar kaçışını önler. Eksternal ya da distal sfinkter mekanizma distal üretranın düz ve çizgili ürogenital sfinkter kaslarından oluşur. Eksternal sfinkter bilinçli ve refleks olarak üretrayı kapalı tutan yardımcı kontrol mekanizmasıdır. Sinir sisteminin istemli kontrolü altındadır ve istemsiz idrar kaçışını engeller (25,27,31,36,37,39).

Normal üretral kapanma, mesane ve üretranın sağlıklı bir şekilde desteklenmesine bağlıdır. Üretra ve mesane boynuna intrinsik ve ekstrensek faktörler destek sağlar. İntrinsik faktörler; üretra duvarının çizgili kasları, submuköz pleksusun vasküler konjesyonu, üretra elastikiyeti ve sempatik sinir sisteminin alfa adrenerjik reseptörleridir. Ekstrensek faktörler; pelvik taban kasları (pelvik diyafram-levator ani), perineal membran (ürogenital diyafram), bağ dokusundan oluşan pelvik ligamentlerdir. Bu destek yapı pelvik tabanda hamak şeklinde bir yapı oluşturur ve karın iç basıncındaki artışlara gerili kalarak cevap verir ve böylece idrar kaçırma engellenir (20,26,27,36,40).

Pelvik taban kasları abdominal – pelvik kaviteye primer destek sağlayan çizgili kas tabakasıdır. Pelvik taban kasları; gerginliklerini sürekli ayarlayarak prolapsusu önler,

kontinansı sağlar, idrar yapma ve defekasyonu kolaylaştırır, doğum kanalının bir parçası olarak işlev görür ve kadın cinsel aktivitesinde rol oynar (24,36,40-42).

Pelvik taban kasları koksigeus ve levator ani kas gruplarından ve bunları örten fasyalardan oluşur. Pelvik organları desteklemede en önemli rolü üstlenen, pubisten koksikse pelvik kaviteyi çaprazlayan levator ani kas grubu; pubokoksigeus (puboviseral), iliokoksigeus ve puborektalis olmak üzere üç parçadan oluşan geniş kas tabakasıdır. Levator ani kas grubunun en önemli kası pubokoksigeus olup; pubik kemikten başlayan, vajina ve rektumun yan duvarına bağlanan kalın "U" şeklinde kas bandından oluşur. Bu kas kasıldığında rektum, vajina ve üretrayı öne doğru çekerek bu organların lümeninde daralma oluşturur, intraabdominal basınç artışına hızla cevap verir (fast-twitch fibers) ve dinlenme anında üretranın tonüsüne, desteğine katkıda bulunur ve böylece üretral kapanmayı sağlar (slow-twitch fibers). Bu özellik istemli idrar yapma ve genital organlara destek sağlamada temel mekanizmadır (20,27,29,36).

Perineal membran (ürogenital diyafram) pelvis ön yarısında sık fibromüsküler dokudan örtülü üçgen biçiminde bir tabakadır. Transversus perinei superfisialis, bulbospongiosus, iskiokavernousus, transversus perinei profundus ve sfinkter üretra olmak üzere beş çift çizgili kastan oluşur ve içinden geçen vajina ve üretraya destek verir (27,29,36).

Bağ dokusu vücutta farklı bölgelerde ve yapılarda organların yapısal bütünlüğünü sağlar, kasları saran fasyayı ve birbirine bağlayan ligamentleri oluşturur. Pelvik ve pelvik tabanın bağ dokusu pelvik organlara destek veren karmaşık bir yapıdır. Değişik anatomik şekillerde ve seviyelerde organize olarak karmaşık bir destek yapı oluşturur. Sınırları belirli, konnektif bağ dokusundan oluşan, pelvik tabanı örten kas ile desteklenen pelvik ligamentler endopelvik fasya, uterus, vajina, mesane ve üretrayı pelvik duvarlarına bağlar, puboüretral ve uteropelvik ligamentler olarak ikiye ayrılır. Puboüretral ligamentler pubis kemiğinin inferior yüzeyinden iki taraflı olarak üretraya uzanırlar, vajina ön duvar desteğini sağlar, istemli ve istemsiz idrar yapmadan sorumludur. Uteropelvik ligamentler mesane boynu, proksimal üretra ve vajina ön duvarına destek olur. İntraabdominal basınç artışında aktif ve pasif kontinansın sağlanmasında önemli roller üstlenir (29,30,42).

Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistem, merkezi sinir sistemi kontrolü altında, otonom sinir sistemi ve somatik sinir sistemi tarafından innerve edilir. Sempatik sinir sistemi mesanenin dolumunu, parasempatik sinir sistemi boşalmasını sağlarken, somatik sinir sistemi pelvik taban ve eksternel üretral sfinkter mekanizmanın innervasyonu ile periferik bir rol oynar. Alt üriner sistem otonom sinir sistemi tarafından uyarılmasına rağmen istemli kontrol altında çalışan nadir organlardan oluşmuştur (22,27,29,40,43,44).

Merkezi sinir sisteminde serebral korteks, serebellum, pons, medulla spinalis alt üriner sistemin çalışmasında etkili rol oynayan alanlardır. Bu bölgeler ve görevleri aşağıda belirtilmiştir.

• Serebral kortekste bulunan frontal lob ve parasantral lobül idrara çıkmak için uygun bir ortam buluncaya kadar detrüsör kas üzerine inhibitör etki gösterir, idrar yapma esnasında sfinkter ve mesanenin koordinasyonundan sorumlu olan pontin idrar yapma merkezini engeller.

• Serebellum pelvis taban relaksasyonu, detrüsör kontraksiyonunda hız, kuvvet ve sıra koordinasyonunda görev alır. Merkezi sinir sisteminin diğer bölümlerinden aldığı uyarılara modülatör etki yapar.

• Ponsun önünde bulunan pontin idrar yapma merkezi, idrar yapma refleksini kontrol eden merkezdir. Detrüsör ve sfinkter aktivitelerini koordine eder, mesanenin dolma ve depolama fonksiyonları üzerine etkilidir. Bu bölge "sfinkter koordinasyon merkezi" olarak da adlandırılır. Pontin idrar yapma merkezi bütün mesane motor efferent nöronları için ortak son yoldur.

• Medulla spinalis alt üriner sistem yolları ile beyin arasında iletişimi sağlar. Periferik sinir sisteminden somatik duyu afferent ve motor efferent liflerle temas eden fonksiyonel parçalara sahiptir. Mesanenin motor innervasyonunu sağlayan spinal idrar yapma merkezi S2-S4 segmentinde bulunur (27,28,34,37,40,43,45).

Parasempatik ve sempatik sinir sistemi olarak ikiye ayrılan otonom sinir sistemi, istemsiz fonksiyon yapan genel motor efferent ve duyusal afferent liflerden oluşur (27). Sempatik sinir sistemi, spinal kordun T10-L2 segmentleri arasından çıkar, hipogastrik sinir aracılığıyla taşınır (20,26,28,34,36,43).

Sempatik sinir sisteminde asetilkolin ve norepinefrin olmak üzere iki nörotransmitter bulunmaktadır (29,40). Norepinefrin üretra ve mesane boynunda yer alan alfa ve mesanede bulunan beta reseptörler üzerinde etki gösterir. Alfa reseptörler üretral tonusu artırır, kapanmasını sağlar, beta reseptörler ise mesane tonusunu azaltır (26,28,29,36). Sempatik

sinirlerin uyarılması ile renal pelvisten mesaneye idrarın taşınmasında yavaşlama, detrüsörde gevşeme ve idrarın depolanmasında artma, internal sfinkterde kontraksiyon meydana gelir (26).

Parasempatik sinir sistemi spinal kordun S2-S4 segmentleri arasından çıkan, duyusal afferent ve motor efferent lifleri içeren pelvik sinirler ile taşınır. Parasempatik lifler mesanenin gövdesini (detrüsör), tabanını (trigon), boynunu ve üretrayı innerve eder (25-28,43). Bu liflerin uyarılması sonucu muskarinik reseptör üzerinde etkili olan nörotransmitter asetilkolin salgılanır ve kolinerjik reseptörler uyarılır. Bu uyarılma renal pelviste biriken idrarın üreterler aracılığıyla mesaneye taşınmasını, detrüsörün kontraksiyonunu, internal sfinkterin gevşemesini (mesane boynunun hunileşmesini) ve mesanenin boşalmasını sağlar (26,28,29,34,43).

Somatik sinir sistemi pudental ve pelvik sinirlerin duyu afferent ve motor efferent dalları ile etkilidir (27,29).

Motor lifler S2–S4 segmentinden çıkar, pudental sinir yolu ile pelvik taban kaslarını ve eksternal sfinkteri inerve eder. Eksternal sfinkter kontraksiyonunu sağlar, idrarın akışını engelleyerek mesanenin dolmasını ve aynı zamanda eksternal sfinkteri gevşeterek idrar akışını sağlar (26,28,43).

Somatik sinir sisteminin duyu afferent lifleri mesaneden çıkar ve pelvik (parasempatik) ve hipogastrik (sempatik) sinirler yoluyla ilerler, mesanenin istemli kontrolünü yönetir (26,27).

İDRAR YAPMA VE KONTİNANS MEKANİZMASI

Dolma/depolama, kontraksiyon/boşaltma olmak üzere başlıca iki evreyi içeren normal idrar yapma (miksiyon), mesane, detrüsör, üretra ve üretral sfinkterin refleks ve de istemli kontrolü ile gerçekleşir. Mesane volümü yaklaşık 400 ml'ye ulaştığında mesane duvarındaki basınç reseptörleri beyne mesaj gönderir ve boşaltım için bir uyaran mesaneye geri döner. Detrüsör kasılır ve üretral sfinter mekanizma idrarın çıkmasına izin verir. Ancak birey idrar yapmak için uygun bir yer buluncaya ya da idrar yapmak isteyinceye kadar istemli olarak kontrol edilebilir. Bu süreç herhangi bir noktada kesintiye uğrarsa idrar kaçırma gerçekleşir (46).

İdrar yapmanın istemli olarak gerçekleştirildiği dönemlerde, idrarı mesanede depolayabilme yeteneğine kontinans denir. Kontinansın kontrolü için merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi ve nöral merkezler arasında uyum ve bütünlüğün sürdürülmesi, mesane

ve pelvik taban kaslarının yapısal özelliklerinin tam ve nöral geçişlerinin uyum içinde olması gerekir (47).

Kontinans üretra iç basıncının mesane iç basıncından yüksek olması ve idrar depolama sürecinde bu dengenin sürdürülebilmesi ile devam eder (37,43-45).

Üretra içi basıncının oluşturulmasında eksternal ve internal üretral sfinkter mekanizma aktiviteleri, retropubik pozisyon, üretral duvarın elastikiyeti, vaskülaritesi ve pelvik taban kaslarının normal tonusu etkilidir (22,26,27,43,44).

Mesane iç basıncının düşük tutulmasında ise, mesane boynunun büyük hacim değişikliklerine rağmen düşük basınç göstermesine neden olan mesane akomodasyonu etkilidir. Akomodasyon detrüsör kasın istemli kortikal aktivite ile gevşek tutulmasına ve mesane duvarının pasif viskoelastik yapısına bağlı olarak gerçekleşir (22,26,27,37,43, 44,48,49).

Depolama evresinde mesane basıncı yavaşça yükselir ve internal üretral sfinkter kontinansı sürdürür. Mesane volümü eşik değere ulaştığında basınç artar, kişi sıkışıklık hisseder, kontinansı sürdürmek için sempatik uyarılar artar. Sempatik sinir sisteminin alfa adrenerjik reseptörleri üretral dirençte artma, internal sfinkterde kontraksiyon yaparken, beta adrenerjik reseptörler detrüsör aktivitesini bastırır ve mesane kontraksiyonlarını engeller. Eksternal üretral sfinkterin istemli kontrolü pudendal sinirlerin uyarılması ile gerçekleşir. Bu reaksiyon, koruyucu refleksi ve üretral direnci daha fazla artırır. Mesane distansiyonunda artma sonucu gelişen duyusal uyarılar, istemli koordine idrar yapmaya yol açar (22,26,37).

Boşaltım evresinde mesane iç basıncının üretra iç basıncını aşması, başka bir deyişle üretral kapanma basıncının negatif değerlere ulaşması gerekir. Boşaltım evresinde somatik uyarıların istemli inhibisyonu ile eksternal sfinkterde direnç azalır. Sempatik sinir aktivitesinde gelişen azalma, parasempatik uyarıların aktif olmasına izin verir. Aktifleşen parasempatik uyarım mesane boynunu açar ve mesane kasılmalarını kolaylaştırır. Detrüsör kontrakte olurken, mesane boynu gevşer, mesane iç basıncı artar, üretral direnç azalır ve normal idrara çıkma gerçekleşir. Boşaltım için detrüsörün uygun, şiddetli, sürekli, koordine kontraksiyonu, internal ve eksternal sfinkterde eş zamanlı direnç azalması, anatomik obstruksiyonun olmaması gerekir (26,28,37).

İDRAR KAÇIRMA

Dünyada milyonlarca kişiyi etkileyen, medikal, hijyenik ve sosyal bir problem olan idrar kaçırma istem dışı idrar akmasıdır. Bu semptom yalnızca alt üriner sisteme ait bir bozukluk olmayıp, birçok nedenle ortaya çıkabilen karmaşık, multifaktöriyel bir durumdur (45,50).

Tanımı

Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society [ICS]) idrar kaçırmayı 1979 yılında "objektif olarak gözlenebilen, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan istem dışı idrar kaybı" olarak tanımlamıştır (51). Bu tanımda hastaların idrar kaçırmayı ciddi bir problem olarak algılama zorunluluğu vurgulanırken, şiddeti ve nedenleriyle ilgili herhangi bir sınırlama yapılmamıştır (16). Bu tanım epidemiyolojik araştırmalar için uygun olmadığından, araştırmalarda farklı idrar kaçırma tanımları kullanıldığından ve araştırma sonuçlarının karşılaştırılmasında çeşitli güçlükler yaşandığından ICS 2002 yılında idrar kaçırmayı yeniden tanımlamıştır (16,23,33). Bu tanıma göre idrar kaçırma "her türlü idrar tutamama ya da istem dışı idrar kaybı şikayeti" şeklinde tanımlamış; neden, tip, sıklık, şiddet, hijyen, sosyal yaşam ve yaşam kalitesini etkileme durumuna göre daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (23,33,52).

İdrar Kaçırma Tipleri

İdrar kaçırmayı ICS depolama semptomları altında, stres tipi (stress urinary incontinence), sıkışma tipi (urge incontinence), mikst tip (mixed incontinence), uykuda (nocturnal enuresis), sürekli (continuous urinary incontinence) ve diğer idrar kaçırma tipleri olarak altı başlıkta toplamış ve tanımlamıştır (23,52,53).

Stres tipi idrar kaçırma "öksürme, hapşırma veya fiziksel egzersiz sırasında yaşanan istemsiz idrar kaybı yakınması" şeklinde tanımlanmıştır. Stres tipi idrar kaçırmada, detrüsör kontraksiyonu olmaksızın, intraabdominal basınç artışına bağlı, mesane iç basıncı, üretral basıncın üstüne çıkar ve böylece idrar kaçırma meydana gelir (18,33,51,54-59). Stres tipi idrar kaçırma, üretral mobilite, internal sfinkter yetmezliği ya da her iki durumun bir arada olmasına bağlı gelişmektedir (20,22,44,49,60,61).

Sıkışma tipi idrar kaçırma "sıkışma hissi ile birlikte ya da sıkışma hissinden hemen sonra oluşan istemsiz idrar kaybı yakınması" olarak tanımlanmıştır. Sıkışma tipi idrar kaçırmada, sık idrara çıkma (frequency) ve sıkışma hissi (urgency [aniden ortaya çıkan, engellenmesi güç ve şiddetli idrar yapma gereksinimi]) ile birlikte az miktarda ya da mesanenin tamamının boşaldığı aşırı miktarda idrar kaçırma görülebilmektedir

(23,26,50,55,57,62,63). Sıkışma tipi idrar kaçırma detrüsör kasın aşırı aktivitesine bağlı gelişmekte olup; nörojenik ve idiyopatik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (22,23,26,50,51,64,65). Nörojenik detrüsör aşırı aktivitesi (hiperrefleks mesane) Alzheimer, serebrovasküler ateroskleroz, multiple skleroz, Parkinson, spinal kord tümörleri, servikal spondiloz gibi üst motor nöron hastalıklarında ortaya çıkmaktadır (23,26,50,51,54). İdiyopatik detrüsör aşırı aktivitesi (detrüsör instabilitesi) mesanenin dolum fazında, dinlenme anında detrüsör üzerinde istemli kortikal kontrolün kaybolması ile birlikte gelişen, inhibe edilemeyen detrusör kas kontraksiyonu sonucunda oluşur. Çoğunlukla neden taş, yabancı cisim, enfeksiyon, tümör ya da belirlenemeyen faktörlerdir. İdrar kaçıran olgularının %10'undan sorumlu olan idiyopatik detrüsör aşırı aktivitesi özellikle pediatrik ve yaşlı popülasyonda yaygındır (22,54).

Mikst tipi idrar kaçırma sıkışma ve stres tipi idrar kaçırma yakınmalarının bir arada bulunmasıdır. Semptom olarak hem öksürme, hapşırma, fiziksel egzersiz hem de sıkışma hissi ile birlikte olan istemsiz idrar kaybı şikayetidir (22,26,51,54,55,63).

Uykuda idrar kaçırma uykuya daldıktan sonra idrar kaçırma şikayetinin olmasıdır (33,51).

Sürekli idrar kaçırma sürekli idrar kaçırma şikayetidir. Fiziksel stres durumu olsun ya da olmasın devamlı istemsiz idrar kaçırma şikayetidir. Üriner sfinkterin cerrahi müdahale sonucunda zarar görmesi, internal sfinkter yetersizliği, vezikovajinal/vezikorektal fistüller sonucu gelişir (23,51).

Diğer idrar kaçırma tipleri değişik ortamlarda ortaya çıkan idrar kaçırma şikayetidir. Hasta cinsel ilişki, gülme ya da hiçbir şey duymadan, herhangi bir zorlama olmadan idrar kaçırdığından yakınır (18,51,57).

İdrar Kaçırma Prevalansı

İdrar kaçırma ile ilgili prevalans oranları, çalışmalarda farklı tanımların kullanılması, ele alınan popülasyonun yaş, cinsiyet ve diğer özellikler açısından farklı olması, veri toplamadaki farklı metotlar nedeniyle oldukça geniş bir dağılım aralığındadır (23). Bu da bulguların belirleyiciliği ve duyarlılığı konusunda problemlere yol açmaktadır. Özellikle kadınlarda idrar kaçırma üzerine çok sayıda epidemiyolojik çalışma yayınlanmıştır. Bunlardan bazıları ise belirli bir yaş veya hamileler gibi özel grupları kapsayan çalışmalardır. Kadınlarda tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansı % 9–72 olup; bu oran yaşlı kadınlarda %12-58 arasında değişmektedir. Yurt içinde yapılan prevalans çalışmalarında sonuçlar yutdışında yapılan çalışmalarla paralel olup; 15-70 yaş ve üzeri kadınlarda tipine bakılmaksızın idrar

kaçırma prevalansı geniş bir dağılım aralığı göstermektedir (%16,4-68,8). Erkeklerde de prevalans oranları %1,6-24 gibi geniş bir aralıkta verilmektedir (66).

Risk Faktörleri

1. Yaş ve cinsiyet: İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir (67,68). Prevalans yaşla birlikte artar. Bu nedenle birçok kadın idrar kaçırma bir hastalık olarak değil, yaşlılığın doğal bir parçası olarak kabul eder. Yaşlanmayla birlikte mesane kapasitesinde, idrar akım hızında ve idrar yapmayı erteleme yeteneğinde azalma olur. Nörolojik, ürolojik, renal problemler, azalmış hareketlilik, ilaç kullanımı, östrojen eksikliği, diyabet ve idrar yolu enfeksiyonu gibi durumlar da idrar kaçırma gelişimine zemin hazırlar (69-72). Milson 17 adet epidemiyolojik çalışmayı incelemiş ve prevalansın yaşla birlikte doğru orantılı olarak arttığını bildirmiştir (73). Malon yaşlı kadınlarda işeme sonrası rezidü idrar miktarında artış, idrar akım oranında ve mesane kapasitesinde azalma olduğunu saptamıştır (74). Kondo ve arkadaşları 1105 Japon kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada stres tip idrar kaçırmanın 50'li yaşlardan sonra azaldığını, buna karşın sıkışma tipi idrar kaçırma insidansının yaşla birlikte arttığını tespit etmişlerdir (75). İdrar kaçırma genç yaşlarda da görülmektedir. Walin 17-25 yaş arası sağlıklı 4211 öğrencide yaptığı araştırmada %51'inde kaçırma tespit etmiştir. %16'sında kaçırmanın günlük yaşamı etkilediğini saptamıştır (76).

2. Irk: İdrar kaçırma prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar ırkın idrar kaçırma gelişiminde rol oynadığını, Çinli, Zenci ve Eskimo kadınlarda prevalansın daha düşük olduğunu göstermiştir (69-72).

3. Seks hormonları: Üriner sistem, embriyolojik olarak aynı kökenden gelişen genital organlarla yakın ilişki içindedir. Gebelik ve menopozal dönemde genital sistemde gelişen anatomik ve fonksiyonel değişiklikler alt üriner sistem fonksiyonunu da etkilemektedir. Alt üriner sistemin kas dokuları (pelvik taban kas) ve vasküler (vajina-üretra-mesane) yapılarında östrojen reseptörleri yer alır. Menopozla ilişkili olarak over fonksiyon yetersizliği, östrojen üretiminde azalma ve dokularda gelişen atrofik değişiklikler sonucu dizüri, nokturi, sıkışma ve idrar kaçırma gibi üriner semptomların görülme sıklığı artar (71,77,78).

Gebelik döneminde progesteronun etkisiyle mesane kapasitesi, kompliyansı ve damarlanması artar. Üretranın ve mesanenin kas tonusu azalmaktadır. Bu değişiklikler menstrual siklusun luteal fazında da gözlenmiştir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında uterus

mesaneye baskı yapar. Bunun sonucunda sık idrara gitme ve stres tip idrar kaçırma görülebilir (79,80). Literatürde, gebelik esnasında idrar kaçırma prevalansı %30-59 arasında olduğu bildirilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan kaçırma, genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır (81). Bennes ve ark. postmenopozal dönemde östrojen ve progesteron alan kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, özellikle progesteron alan kadınlarda stres tip idrar kaçırma semptomlarının kötüleştiği ve pozitif ped testi insidansının arttığını tespit etmiştir (82).

4. Doğum: İdrar kaçırma gelişiminde gebelik, doğum, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır. Bu faktörlerin idrar kaçırma sıklığını artırdığına dair araştırma sonuçları çelişkilidir.

Bazı çalışmalarda, vajinal doğumu takiben sinir hasarı ve pelvik taban kaslarda güç kaybı-zedelenme geliştiği, postpartum dönemde kas fibrillerinde değişiklik olduğu saptanmıştır (83-86). Sinir hasarının forseps kullanımı, vakumla çekme veya fazla doğum ağırlığı nedeniyle pudental sinir hasarına neden olduğu bulunmuştur (84,87,88). Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan kadınlarda benzer hasarların görülmediği ve normal doğum yapanlara göre daha güçlü pelvik taban kaslarına sahip oldukları belirlenmiş, idrar kaçırma insidansının daha düşük olduğu saptanmıştır (54,72,84). Victurp ve ark. yapmış oldukları çalışmada vajinal doğum esnasında açılan epizyotomi ile erken dönemde gelişen stres tip idrar kaçırma arasında önemli ilişki olduğunu belirlemişlerdir (89). Öztaç yaptığı çalışmada idrar kaçırma sıklığı ile parite arasında doğrudan ilişkinin olduğunu ve doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma görülme sıklığının da doğrusal olarak arttığını bulmuştur. Aynı çalışmada vajinal yolla doğum yapanlarda idrar kaçırma görülme oranı %29, sezaryen ile doğum yapanlarda idrar kaçırma görülme oranı %14,5 olarak tespit edilmiştir. Vajinal doğum sonrası üretral basınç profili incelemelerinde maksimal üretral kapanma basıncı ve maksimal üretral basınç düşük, fonksiyonel üretra uzunluğu kısa bulunmuştur. Sezaryen ile doğum yapanlarda bu değişikliklere rastlanmamıştır (72). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise paritenin kaçırmayı etkilemediği tespit edilmiştir. Folspang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada idrar kaçırma prevalansı nulliparlarda, multiparlara göre düşük bulunmuş ancak 1, 2 veya 3 vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırma prevalansında farklılık tespit edilmemiştir (87). Skonner ve ark. yapmış oldukları çalışmada parite ile kaçırma arasında ilişki bulamamıştır (90).

5. Bağ dokusu: Pelvik taban çeşitli tipteki kollajenden oluşmaktadır. Tip 1 kollajen kalın ve sert fibrillerden oluşmuştur. Tip 3 kollajen ince, zayıf ve izole fibrillerden meydana gelmiştir. Keane ve arkadaşları ürodinamik incelemeyle stres tip idrar kaçırma varlığı saptanmış ve hiç doğum yapmamış 30 kadın hastaya periüretral biyopsi yaparak tip 1 ve tip 3 kollajen miktarlarını incelemiştir. Sonuçta tip 1 ve tip 3 kollajen miktarlarını karşılaştırdıklarında tip 1 kollajen miktarını düşük olarak bulmuşlardır. Aynı zamanda kaçırması olan kontrol grubuna göre gerçek stres tip idrar kaçırması olan grupta total kollajen miktarını daha düşük bulmuşlardır (91).

Yapılan çalışmalarda pelvik taban yetmezliği ve stres tip idrar kaçırma olan kadınlarda, olmayanlara göre bağ dokusundaki kollajen oranlarında düşme olduğu ve bu düşmenin kaçırma üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (72,92).

6. Sigara, obezite ve kronik konstipasyon: İntraabdominal basıncın kronik olarak artışına neden olan her durum idrar kaçırma gelişimi veya artışı için risk faktörü oluşturmaktadır. Obezite, kronik konstipasyon ve sigara kullanmanın stres tip idrar kaçırma için predispozan faktörler olduğu ileri sürülmektedir (72,93,94).

Sigara kullanımına bağlı olarak mesane içi basıncı artar, kollajen sentezi azalır, östrojen seviyesi olumsuz yönde etkilenir. Sigara kullanımı ile birlikte şiddetli öksürmenin de etkisiyle sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonu bozulur. Sigara içmenin idrar kaçırmanın bütün şekillerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (54,72,94-96).

7. Histerektomi: Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vajinanın kısaltılması, trigonal yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu idrar kaçırma gelişebilmektedir (77,97). Brown ve ark. 11 epidemiyolojik çalışmayı içeren incelemelerinde, histerektomi geçiren kadınlarda idrar kaçırma sıklığını %40 olarak belirtmişlerdir (98). Virtanen ve ark. ise yapmış oldukları çalışmada histerektomi sonrası idrar kaçırma ve cinsel problemlerin istatistiksel olarak önemli şekilde azaldığını bulmuşlardır (99).

8. Prolapsus ve anterior onarım: Dolu bir mesane üretro-vezikal bağlantı olarak karın içi yerleşim göstermektedir. Sistosel, rektosel, genital prolapsusu olan hastalarda bu bağlantı karın dışında yer alabilmektedir. Bunun sonucunda öksürme, hapşırma ve gülme gibi karın içi basıncın yükseldiği durumlarda mesaneye üretradan daha fazla basınç iletilmektedir. Bu

durumda mesane içi basıncın üretra içi basıncı aştığı zaman idrar kaçırma görülmektedir (100).

Genital prolapsus ile idrar kaçırma sık görülen şikayetler olup aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. Rozenweig ve ark. yaptıkları çalışmada ağır genital prolapsusu olan ancak idrar kaçırma semptomları olmayan kadınların %60'ında ürodinamik yöntemlerle gizli idrar kaçırmanın olduğunu saptamışlardır (101). Grady ve ark. yaptıkları çalışmada sistoseli olan kadınların %30' unda yapılan ürodinamik tetkikler sonucunda mesane kasında instabilite olduğu, yapılan cerrahi onarımdan sonra 54 kadından 51'inde ortadan kaybolduğu saptanmıştır (102).

9. Abdominal tümör: Abdominal tümörler intravezikal basıncı direk olarak arttırır. İntravezikal basıncın göreceli olarak artması üretral sfinkter kontrolünü göreceli olarak yetersiz hale getirir (103).

10. Radyoterapi: İnvaziv mesane kanseri için uygulanan radyoterapi sonrası fibrotik mesane hasarı ve kısmen denervasyonunun aşırı duyarlı hale dönüşmesi ile hastaların yaklaşık olarak %50'sinde sık idrara gitme ve sıkışma semptomları gelişmektedir (104).

11. Spinal kord yaralanmaları: Spinal kord yaralanmaları, multipl skleroz ve diyabetik nöropati gibi hastalıklar sinir sistemi hasarı yaptığı için pelvik bölgedeki sinir fonksiyonlarını bozabilmektedir (73,79,80). Spinal kord yaralanmalarında en sık detrüsör instabilite görülmektedir.

12. İdrar yolu enfeksiyonu: Mesane enfeksiyonları kadınlarda genellikle sık görülen problemlerdendir. Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, menopoz (östrojen eksikliği sonucu ürogenital flora değişir ve vajinal pH artar), az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar ağır ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına yol açmaktadır (72,80,103). Enfeksiyon mukozal inflamasyon oluşturmakta ve bu durumda istemsiz detrüsör kontraksiyonlarına yol açmaktadır. Yine enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endotoksinlerin alfa adrenerjik etkisi ile üretral sfinkterde yetmezlik geliştirebilmektedir.

13. İlaçlar: Üretra içindeki basınç daha çok üretra duvarında bulunan düz kasların tonusuna bağlıdır. Tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle

azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik resptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır (100).

AİLE HEKİMLİĞİNDE ÜRİNER İNKONTİNANS VE YÖNETİMİ

Uluslararası Kontinans Derneği (International Contınence Society-ICS)'nin tanımına göre "üriner inkontinans", sosyal ya da hijyenik açıdan sorun olan, nesnel olarak gösterilebilir istemsiz idrar kaçırma durumudur (51). Sebep olduğu sosyal ve ekonomik problemlerle yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Sanıldığının aksine sadece yaşlıları değil, her yaş grubu kadında görülebilen önemli bir sağlık sorunudur (105).

Çoğu kez tedavi edilebilir olmasına rağmen, hastaların doğal bir süreç olarak kabul ettikleri idrar kaçırma yakınmalarını hekime bildirmekte çekinceli davranmaları, hekimlerin anamnez sırasında inkontinans ile ilgili sorgulamayı ihmal etmeleri ya da yüzeyel şekilde yapmaları ve konu hakkında toplumsal bilinçlenmenin henüz tam olarak yerleşmemiş olması nedenleriyle, sorunun çözümünde yeterli başarı hala sağlanamamış görünmektedir. Bu nedenle inkontinans nedeniyle tıbbi yardım arama sıklığını arttırma stratejileri de geliştirilmelidir. (106-108).

Üriner inkontinansın belki de en önemli olarak değerlendirebileceğimiz sonuçları, psikolojik ve sosyal komplikasyonlarıdır. Basit utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında, kendine olan güvenin azalması, sonucunda sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyon, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (109).

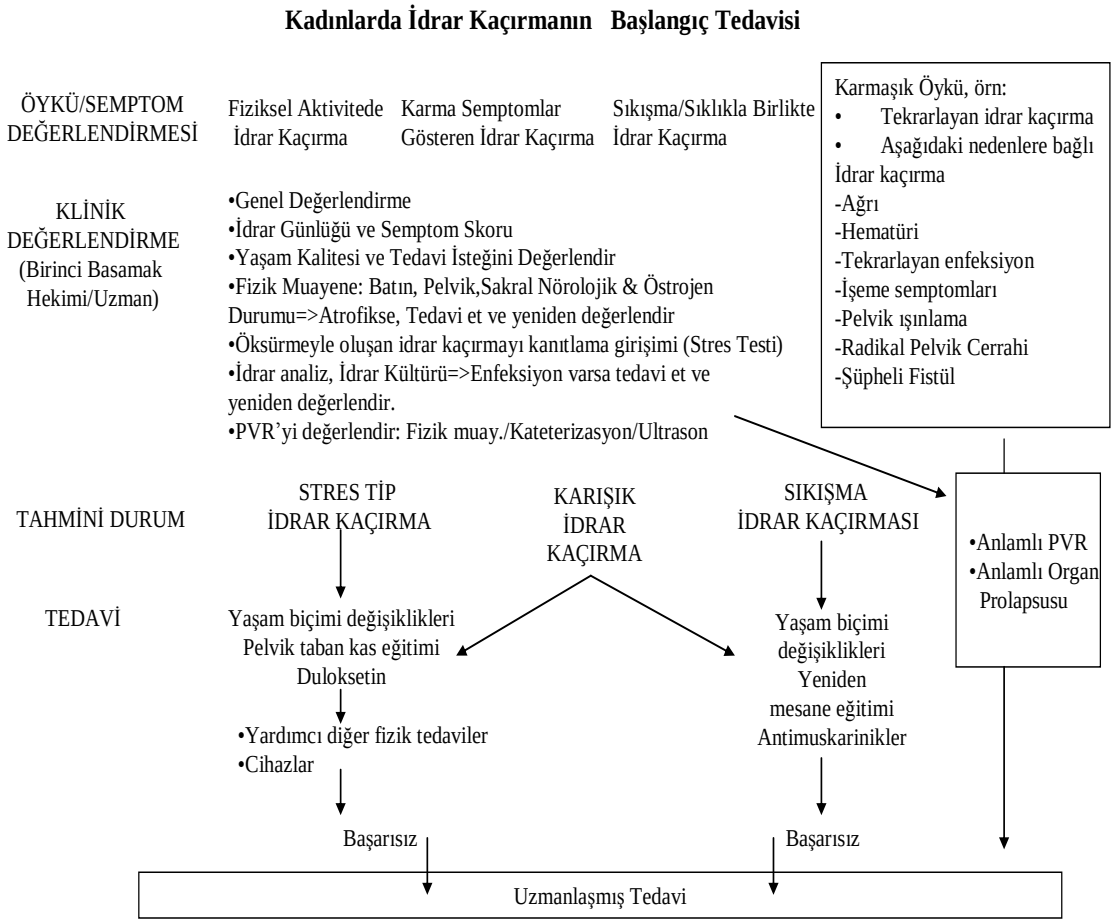
Üriner inkontinans sadece semptom değil, aynı zamanda kişinin tüm sosyal hayatını etkileyebilecek bir olgudur. Değerlendirme yapılırken hastanın semptomlarının, hayat kalitesini ne düzeyde etkilediğine önem verilmelidir. Ayrıca hastanın idrara gitme sıklığı, şikayetlerinin ciddiyeti, risk faktörleri ve tedavi isteyip istememesi değerlendirilmelidir (51). Aile hekimleri inkontinans problemi olan hastaları doğru olarak ayırt etmeli, tanımalı ve tedavi etmelidir. İnkontinans hastalarının çok büyük bir bölümü aile hekimleri tarafından birinci basamakta tanınabilir ve etkili olarak tedavi edilebilir (108).

Hasta hekime ilk başvurduğunda öncelikle basit tanı testlerine ve fizik muayeneye odaklanılmalı, hasta öyküsü dikkatli biçimde değerlendirilmelidir, çünkü bu yaklaşım her zaman kolayca elde edilebilir. Hastalığın doğru tanısı daha ileri incelemeler gerektiriyorsa (örn. nöropatik mesane gibi karmaşık durumlar) veya ilk tedavi başarısız olmuşsa, bu konuda

uzmanlaşmış tanı ve alt grup tedavi seçenekleri gerekli olabilir. Her bir tanı algoritması kronolojik olarak yapılandırılmıştır ve aşağıdaki özellikleri içermektedir:

1. Hasta öyküsü ve semptomlarının değerlendirilmesi
2. Semptomların ve bozuklukların klinik olarak değerlendirilmesi
3. Hastalığın ve altta yatan patofizyolojinin belirlenmesi
4. Başlangıç tedavisi ve uzmanlaşmış tedavi olarak ayrılan tedavi seçenekleri

Erkek ve kadınlar için tanı algoritması, başlangıç ve uzmanlaşmış tedavi akışı Şekil 1, 2, 3 ve 4'te özetlenmiştir.



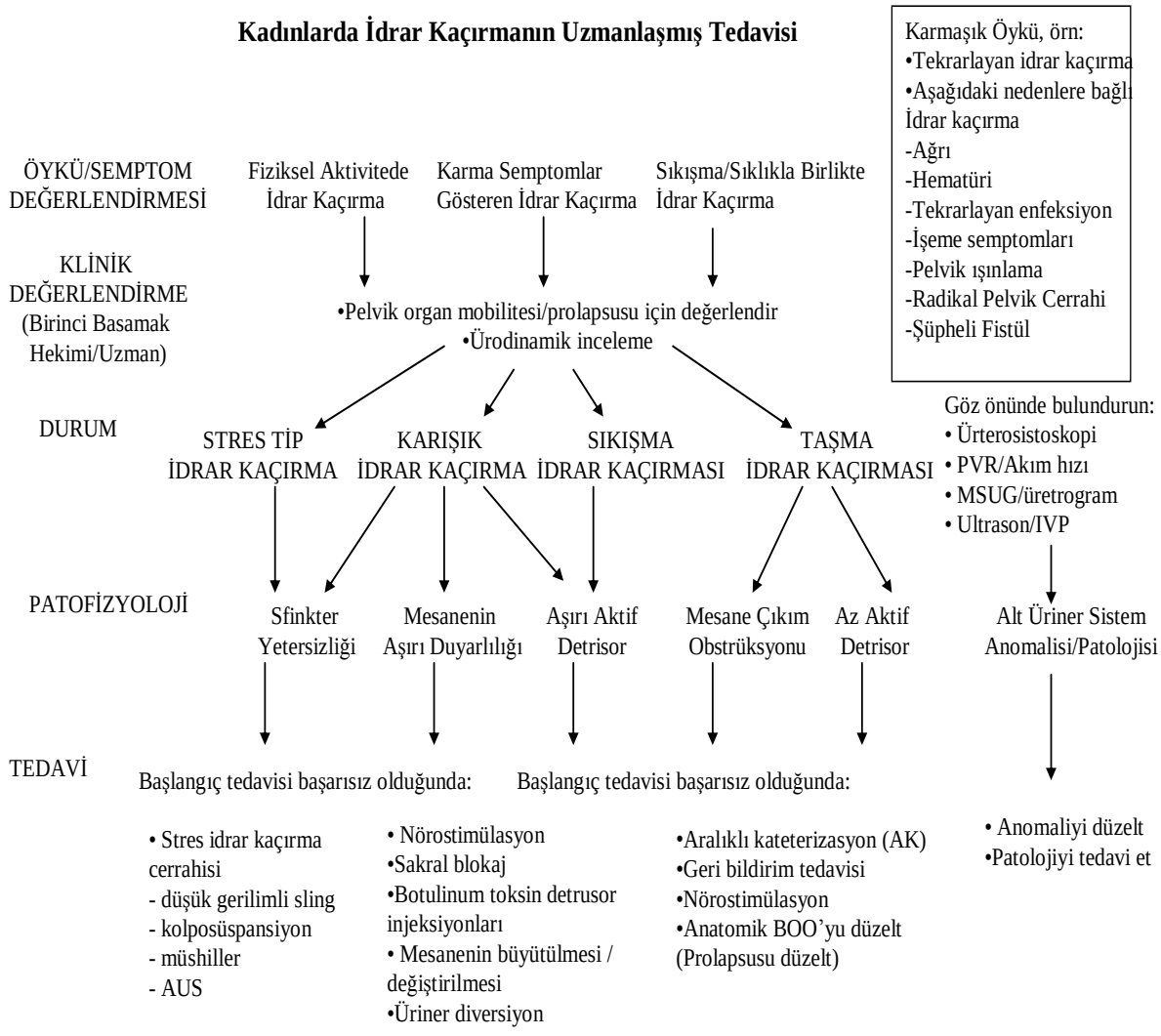
PVR: İşeme sonrası rezidüel idrar hacmi (postvoid residual urine volume)

Şekil 1. Kadınlarda idrar kaçırmanın başlangıç tedavisi (110)

Dengeli serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörü duloksetin kadınlarda idrar kaçırma tedavisinin konservatif tedavi biçimini zenginleştirmiştir. Pelvik taban egzersizleriyle birleştirildiğinde yararlı etkisi özellikle daha fazla umut vericidir.

Karışık tip idrar kaçırma bulunan hastalarda, öncelikle baskın olan durum tedavi edilmelidir.

Karmaşık öyküsü olan ve işeme sonrası rezidüel idrar hacmi mesane kapasitesinin %10'unu aşan kadınlarda uzmanlaşmış tedavi gereklidir. Buna ek olarak, önemli derecede pelvik organ prolapsusu bulunan ve/veya başlangıç tedavisinin başarısız olduğu hastalar acilen ilgili uzmanlara sevk edilmelidir.



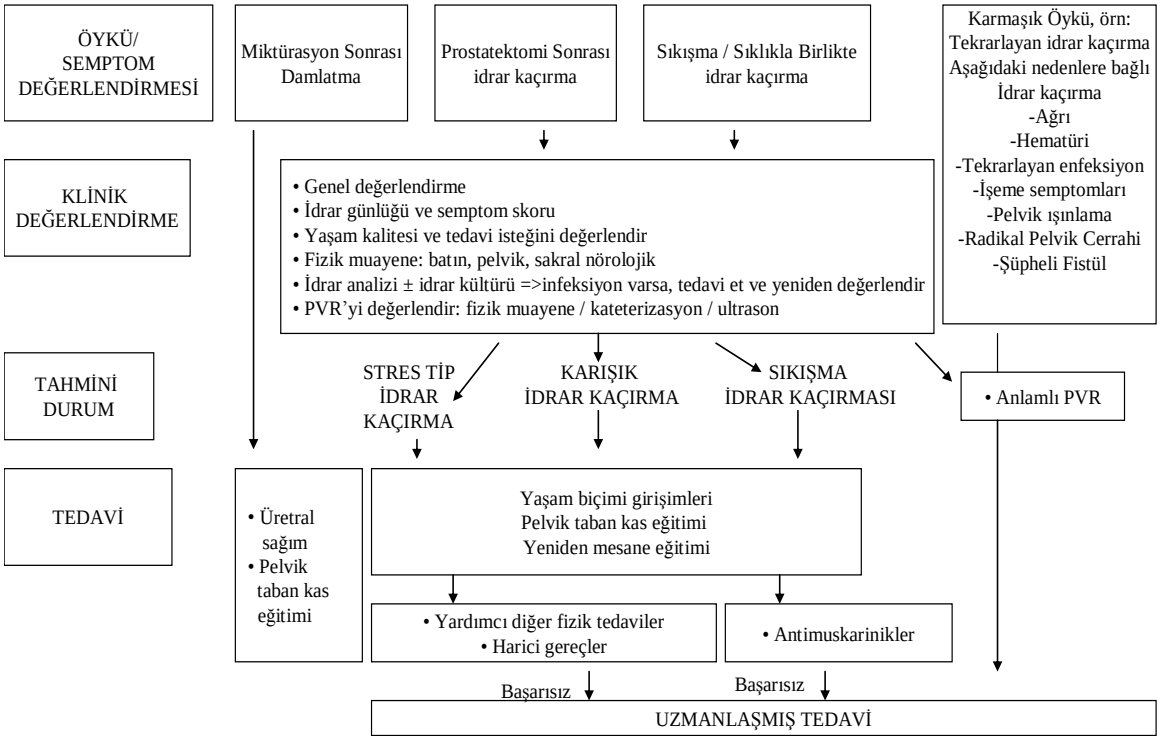
VCG: İşeme sistoüretrogramı (Voiding cystourethrogram), IVP: İntravenöz piyelografi, AUS: Yapay üriner sfinkter (Artificial urinary sphincter), BOO: Mesane çıkım obstrüksiyonu (Bladder outlet obstruction), MSUG: Miksiyon sistoüretrografisi,

Şekil 2. Kadınlarda idrar kaçırmanın uzmanlaşmış tedavisi (110)

Sıkışma idrar kaçırmasını düşündüren semptomların bulunduğu hastalarda motor urge (aşırı aktif detrüsör) ve sensory urge (mesanenin aşırı duyarlılığı) sadece sistometriyle ayırt edilebilir.

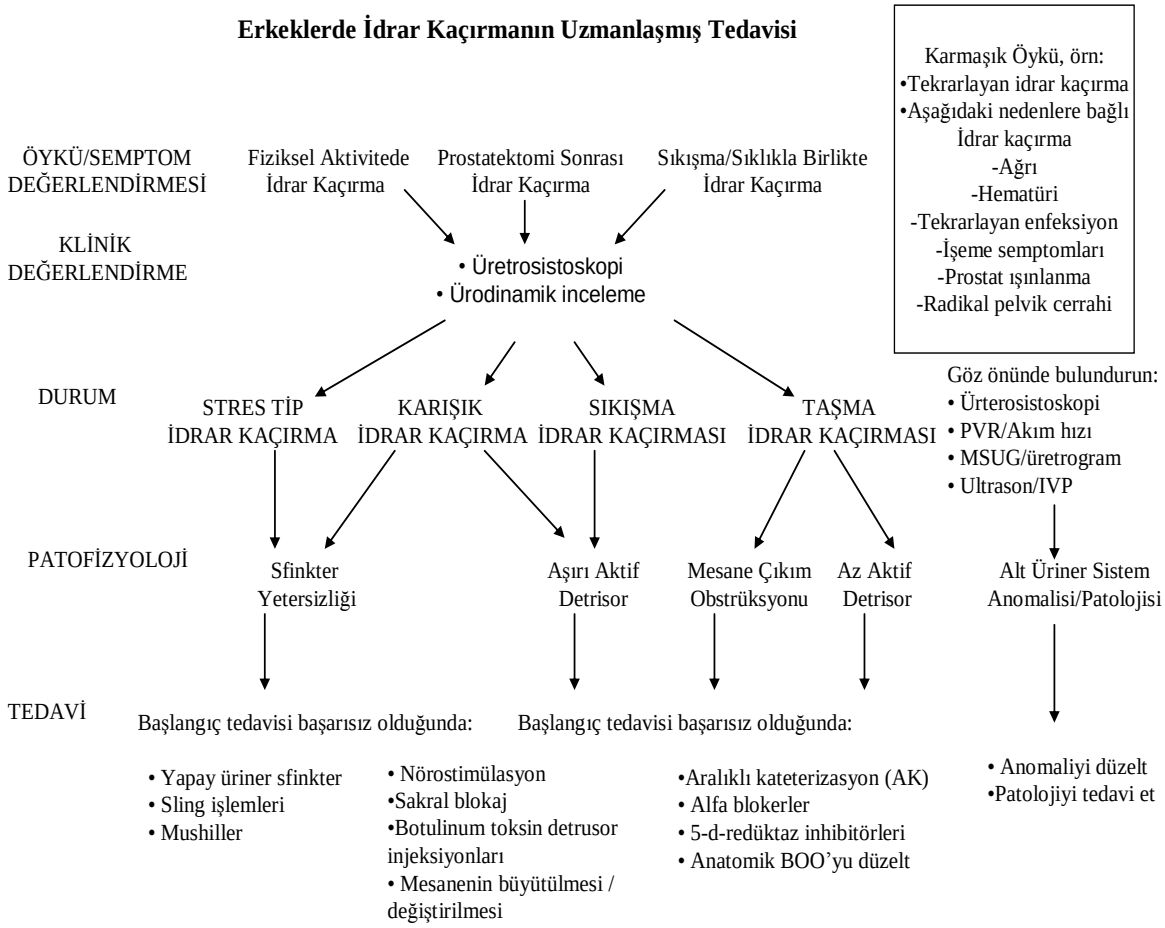
Yakın tarihli çalışmalar sıkışma idrar kaçırma tedavisinde botulinum toksin A injeksiyonlarına ilişkin sonuçların umut verici olduğunu göstermiştir. Botulinum toksini bu endikasyon için onaylanmadığından tedavi sadece uzman merkezlerle sınırlandırılmalıdır.

Erkeklerde İdrar Kaçırmanın Başlangıç Tedavisi



PVR: İşeme sonrası rezidüel idrar hacmi (postvoid residual urine volume)

Şekil 3. Erkeklerde idrar kaçırmanın başlangıç tedavisi (110)



PVR: İşeme sonrası rezidüel idrar hacmi (postvoid residual urine volume), MSUG: Miksiyon sistoüretrografisi, IVP: İntravenöz piyelografi, BOO: Mesane çıkım obstrüksiyonu (Bladder outlet obstruction),

Şekil 4. Erkeklerde idrar kaçırmanın uzmanlaşmış tedavisi (110)

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki 20 yaş üzeri popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Araştırma Edirne şehir merkezinde gerçekleştirilmiştir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen 2008 yıl ortası nüfus verilerine göre hedef nüfus 159461 kişiden oluşmuştur.

Çalışma evreni Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerdir. Evreni temsil edecek örneklem 2008 yıl ortası nüfusa dayanarak belirlenmiştir. Örneklem hazırlandığı sırada hazır olan en son veriler olduğundan 2008 yıl ortası nüfus verileri kullanılmıştır. Edirne Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen 39 Aile Hekimliği biriminin şehir merkezindeki nüfus ve coğrafi alanları, kümeleri oluşturmaktır. Nüfusu en az kümeden 7'nin üzerinde katılımcı seçilerek başlanıp, her kümeden nüfuslara göre ağırlıklı sayılarda katılımcı örnekleme dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen kişiler belirlenmiş kümelere ait coğrafi bölgelerden araştırmacı tarafından rastlantısal olarak seçilmiştir. Küme nüfuslarının birbirine yakın olmasına çalışılmıştır.

Çalışma evreni 116033 kişidir. Araştırma örneklemi 1810 kişidir. Örneklem kişi sayısı üzerinden belirlenmiştir ve evrenin %1,55'ini oluşturmaktadır. Çalışmada kullanılan kümelerle bunların örneklemde temsil edilen sayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Edirne şehir merkezindeki 39 aile hekimi bölgesinin örnekleminde yer alan birey sayısı

Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem
1	**KADIN**	22	**11**	**KADIN**	23
	ERKEK	27		**ERKEK**	24
2	**KADIN**	25	**12**	**KADIN**	23
	ERKEK	27		**ERKEK**	23
3	**KADIN**	24	**13**	**KADIN**	22
	ERKEK	23		**ERKEK**	21
4	**KADIN**	24	**14**	**KADIN**	25
	ERKEK	23		**ERKEK**	23
5	**KADIN**	25	**15**	**KADIN**	28
	ERKEK	28		**ERKEK**	19
6	**KADIN**	22	**16**	**KADIN**	26
	ERKEK	24		**ERKEK**	22
7	**KADIN**	23	**17**	**KADIN**	26
	ERKEK	25		**ERKEK**	23
8	**KADIN**	22	**18**	**KADIN**	24
	ERKEK	26		**ERKEK**	23
9	**KADIN**	24	**19**	**KADIN**	21
	ERKEK	24		**ERKEK**	22
10	**KADIN**	18	**20**	**KADIN**	18
	ERKEK	21		**ERKEK**	21

Tablo 1. (devam) Edirne şehir merkezindeki 39 aile hekimi bölgesinin örnekleminde yer alan birey sayısı

Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem
21	**KADIN**	20	**31**	**KADIN**	25
	ERKEK	23		**ERKEK**	26
22	**KADIN**	18	**32**	**KADIN**	27
	ERKEK	22		**ERKEK**	27
23	**KADIN**	20	**33**	**KADIN**	27
	ERKEK	21		**ERKEK**	26
24	**KADIN**	21	**34**	**KADIN**	22
	ERKEK	20		**ERKEK**	23
25	**KADIN**	23	**35**	**KADIN**	22
	ERKEK	24		**ERKEK**	25
26	**KADIN**	25	**36**	**KADIN**	21
	ERKEK	24		**ERKEK**	18
27	**KADIN**	28	**37**	**KADIN**	15
	ERKEK	27		**ERKEK**	19
28	**KADIN**	27	**38**	**KADIN**	22
	ERKEK	22		**ERKEK**	22
29	**KADIN**	22	**39**	**KADIN**	27
	ERKEK	22		**ERKEK**	25
30	**KADIN**	24	**TOPLAM**	**KADIN**	901
	ERKEK	24		**ERKEK**	909

Araştırmacı tarafından rastgele seçilen kişilere gerekli açıklama yapıldıktan sonra sözlü onayları istenmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak dâhil olmayı kabul eden 20 yaş üstünde tüm erişkinlerle yaşam ya da çalışma yerlerinde yapılan yüz yüze görüşmelerde anketler kendisi ve/veya araştırmacı tarafından doldurulmuş olup gerekli hallerde görüşmeyi tamamlamak için farklı zamanlarda birden fazla ziyaret gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyenlerin

yerine aynı bölgeden başka gönüllüler seçilmiştir.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Trakya Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışından gelen farklı sosyoekonomik düzeylerden 20 kadın ve erkeğe deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

Çalışmaya alınan kişilerden yazılı onay alınmamıştır. Gönüllülere sözlü açıklama yapılmış ve soruları yanıtlamaları onay verdiklerinin delili olarak kabul edilmiştir. Başlangıçtaki açıklamaya olumlu yanıt vermelerine rağmen sorular tamamlanmadan devam etmek istemediklerini belirten gönüllüler, çalışmadan çıkarılmış ve yerlerine başka gönüllüler alınmıştır.

Çalışmanın planlama aşaması Nisan-Temmuz 2008 tarihlerinde tamamlanmıştır. Bu sürede çalışma için literatür araştırmaları yapılmış, örneklem seçimi ile ilgili veriler toplanmış ve anketin hazırlanması ile ilgili işler tamamlanmıştır. Temmuz 2009- Aralık 2009 tarihleri arasında 5 ayda veriler toplanmıştır. Aralık 2009-Ocak 2010 tarihlerinde ise verilerin analizi yapılmış ve tez yazılmıştır. Çalışma yaklaşık 22 ay sürmüştür.

VERİ TOPLAMA ARACI

Verilerin toplanması amacıyla bu araştırma için araştırmacı ve danışman tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, idrar kaçırma cinsi ve miktarını, idrar kaçırmada yaşam kalitesini, sigara ve alkol alışkanlığını sorgulayan kadınlar için toplam 84, erkek için toplam 65 soru içermektedir. Anket formunun örneği Ek 1'de gösterilmiştir.

Her bir katılımcıya ait demografik ve sosyodemografik bilgilerle, tıbbi öykü ve yaşam tarzını sorgulayarak anket formu doldurulmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi, okur-yazar olma durumuna ve en son mezun oldukları okula göre belirlenmiştir.

Kullanılan değişkenlerden vücut kitle indeksi (VKİ), bilgisayar yardımı ile kg/m^2 formülü ile hesaplanmıştır. Vücut kitle indeksi; $<18,5$ kg/m^2 düşük kilolu, 18,5-24,9 kg/m^2 arası normal kilolu, 25-29,9 kg/m^2 arası fazla kilolu, 30-34,9 kg/m^2 arası sınıf I obez, 35-39,9 kg/m^2 arası sınıf II obez, ≥ 40 kg/m^2 aşırı obez (sınıf III obez) olarak değerlendirildi (111).

ULUSLARARASI İNKONTİNANS SORGULAMA KISA FORMU (INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT FORM)

Uluslararası idrar kaçırma ile ilgili konsültasyon toplantılarının birincisinde araştırmalarda kullanılmak üzere idrar kaçırmanın her yönü ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili ayrıntılı bir sorgulama formu ile klinik pratikte ve tüm çalışmalarda kullanılabilecek kısa bir ölçek oluşturulması kararı alınmıştır. Bu tip ölçekler tedavi öncesi ve tedavi sonrasını değerlendirmede standardizasyon sağlanması için gereklidir. Bu amaç doğrultusunda Avery ve ark. tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) geliştirilmiştir (112).

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu; kadın-erkek, genç-yaşlı, gelişen-gelişmekte olan bütün gruplarda idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın algılanan nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılabilmektedir. Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır.

Değerlendirmede her bir alt boyutun puanı ayrı ayrı değerlendirilebilir, idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede üç boyutun puanı toplanır. Puanlamadaki genel eğilim, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (19,112).

Avery ve ark. (112) tarafından yapılan standart psikometrik değerlendirmede, ölçeğin duyarlılık, güvenirlik ve geçerliğinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin kapsam (content), yapı (construct), yakınlaşım (convergent) ve ayrışım (discriminant) geçerliği incelenmiş, bu parametrelerin kabul edilebilir düzeyde ve uygun olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısının 0,92, zamana göre değişmezliğinde test-retest korelasyon katsayısının r=0,83 olduğu görülmüştür (112).

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, Çetinel ve ark. (19) tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmış; Cronbach alfa katsayısının 0,71 ve zamana göre değişmezliğinde her bir ifade için test-retest korelasyon katsayılarının r=0,97- r=0,98 arasında değiştiği saptanmıştır. Çetinel ve ark.'nın (33) farklı bir çalışmasında ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,61 olarak bulunmuştur. Çalışmada ICIQ-SF için kesme noktası 8 ve üzeri olarak alınmış, alınan 8'in altındaki puanlar idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkilemediği, 8 ve üzeri puanlar ise etkilediği şeklinde yorumlanmıştır (33).

Ön görüşme sonrası olguların idrar kaçırma tipi hasta yakınmasına temellendirilmiş olup; tanılama ICIQ-SF'in dördüncü ifadesi ile yapılmıştır. Öksürme, ağır kaldırma ve egzersizle idrar kaçırma yakınması "stres tipi idrar kaçırma", sıkışıklık hissi ile birlikte gelen idrar kaçırma yakınması "sıkışma tipi idrar kaçırma", her iki yakınmanın bir arada görüldüğü idrar kaçırma tipi "miks idrar kaçırma" olarak adlandırılmıştır.

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ (INCONTINENCE QUALITY OF LIFE)

Ülkemizde, geçerlilik ve güvenirliği Özerdoğan (113) tarafından yapılan İnkontinans Yaşam Kalitesi (I-QOL); Wagner ve ark. tarafından 1996 yılında idrar inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür (114). I-QOL üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; 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 izolasyondur (8., 12., 14., 18., 19. maddeler). I-QOL'da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan, daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam

kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (113).

FAGERSTRÖM NİKOTİN BAĞIMLILIK TESTİ

Sigara alışkanlığı için, sigaraya başlama yaşı ve miktarı sorulmuş, halen sigara içmekte olanlara Fagerström (115) tarafından oluşturulup ülkemizdeki geçerliliği Uysal ve arkadaşları (116) tarafından yapılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulanmıştır. Nikotin bağımlılık düzeyi, erkek anketinde 53.-60. sorular, kadın anketinde 72.-79. sorular ve cevapların yanında belirtilen puanlar kullanılarak, Fagerström skorlamasına göre hesaplanmıştır (115,116). Alınan puanlara göre nikotin bağımlılık düzeyi Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Nikotin bağımlılık düzeyi (115,116)

Fagerström Skoru	Bağımlılık Derecesi
0-2 puan	Çok az
3-4 puan	Az
5 puan	Orta
6-7 puan	Yüksek
8-10 puan	Çok yüksek

ALKOL BAĞIMLILIĞI TESTİ

Alkol kullanımı sorularak, halen içmekte olanlardan Ewing (117) tarafından oluşturulup, Bush tarafından klinik kullanıma (118) uyarlanan dört soruluk CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) tarama anketi kullanılarak CAGE skorları hesaplanmıştır. Bu skorlama hesaplanırken erkek anketinde 61.-65. sorular, kadın anketinde 81.-84. sorular kullanılmıştır. "Hayır" cevabı için 0, "evet" cevabı için 1 puan verilmiştir. CAGE skoruna göre 2 veya daha fazla puan alınması, alkol kötüye kullanımı veya alkol bağımlılığı ile ilişkilidir (117,118).

DESTEK VE İZİNLER

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Ek 2)

İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilip, STATISTICA 7,0 istatistiksel paket programı (Lisans No: AXF507C775406FAN2) kullanılarak uygun istatistiksel analizler yapıldı. Sonuçların oluşturulmasında frekans tabloları ve çapraz tablolar yanında Pearson Ki kare (Pearson χ^2), parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma evreni çalışma amaçları ile uygun belirlenmiş olsa da, araştırmanın en büyük sınırlılığı sadece Edirne şehir merkezini temsil edebilmesidir.

Kişilerin tercihlerinin sorularla belirlenmesinin yapısal bazı kısıtlılıkları vardır. Aynı kişilerin tutumları verdikleri cevaplarla örtüşmeyebilir. Ancak davranışların verilen cevaplarla ne kadar örtüştüğünü saptamak bu çalışmanın olanaklarının ötesindedir.

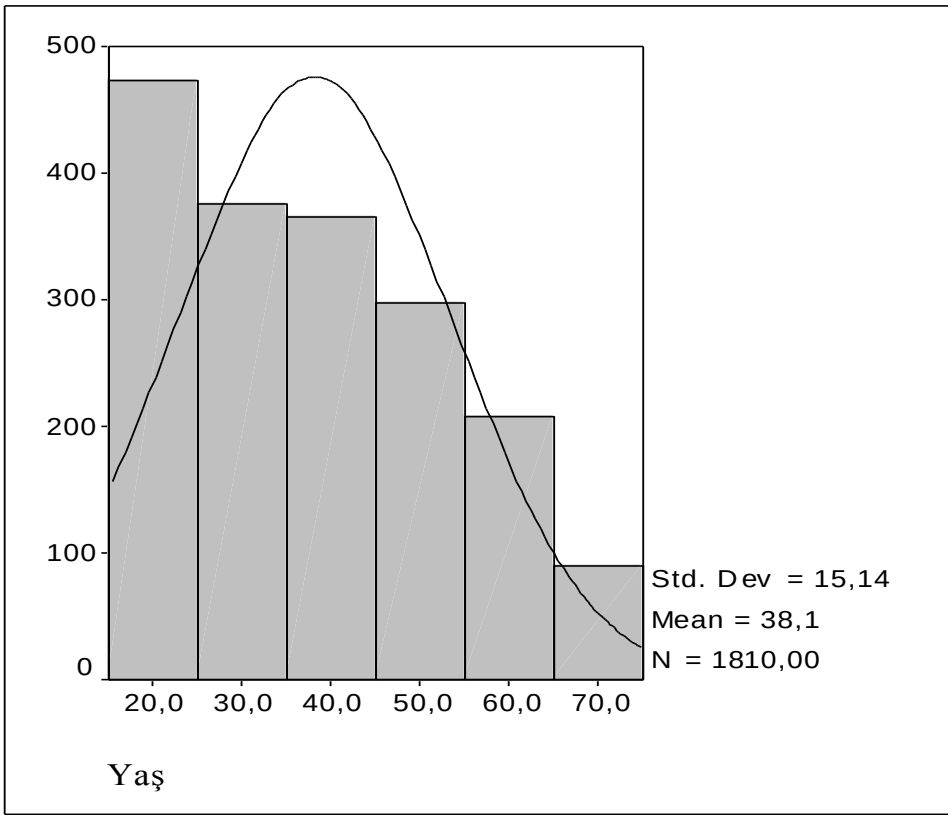
Araştırmada verilerin toplanması, çalışmanın gerektirdiği işgücünün fazlalığı nedeniyle uzun sürmüştür. Bu süre içinde çalışmanın yapıldığı evrende araştırılan veriler açısından bir değişiklik olmayacağı kabulü ile çalışma yürütülmüştür.

BULGULAR

Araştırma sonunda 1810 kişiye ait verilerin analizi yapıldı.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların yaş ortalaması 38,1±15,14'tür. Erişkinlerin yaş dağılımı 20-87 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Yaş değişkeninin histogram grafiği

Katılımcılarının yaşlarının sınıflandırılması Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Yaş sınıflandırması

Yaş	Kişi sayısı	Yüzdesi
20-29 yaş	473	26,1
30-39 yaş	375	20,7
40-49 yaş	366	20,2
50-59 yaş	298	16,5
60-69 yaş	208	11,5
70 yaş ve üzeri	90	5,0
Toplam	1810	100,0

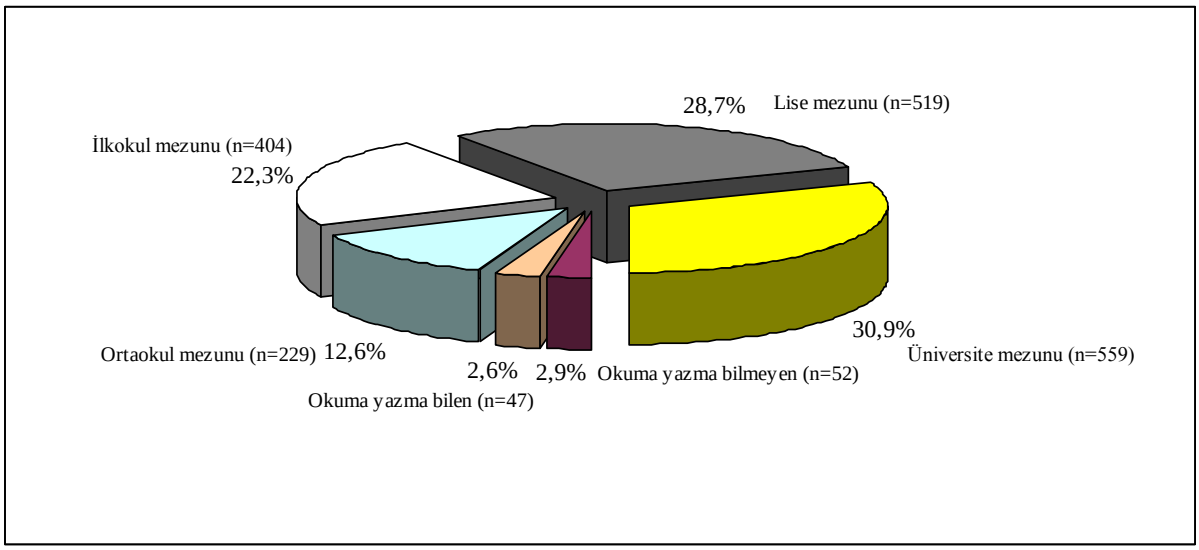
Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde (n=1810) bunun %49,8'inin (n=901) kadın, %50,2'sinin (n=909) erkek olduğu tespit edildi.

Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %95,5 (n=1728) olarak bulundu. Kişilerin sosyal güvenlik durumları ayrıntıları ile Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.Katılımcıların sosyal güvenlik durumları

Sağlık güvencesi	Kişi sayısı	Yüzdesi
Emekli Sandığı	644	35,6
SSK/Bağ-Kur	920	50,8
Özel Sigorta	22	1,2
Yeşil Kart	129	7,2
Yok	82	4,5
Diğer	13	0,7
Toplam	1810	100,0

Eğitim durumlarına bakıldığında (n=1810) %2,9'unun (n=52) okuma yazma bilmediği, %2,6'sının (n=47) okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi. %22,3'ünün (n=404) ilkokul, %12,6'sının (n=229) ortaokul, %28,7'sinin (n=519) lise, %30,9'unun (n=559) üniversite mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların eğitim durumu Şekil 6'da gösterilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde (n=1810), %29,1'i (n=526) işsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli olduğu saptandı. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 5'te ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların meslek dağılımı

Meslek	Kişi sayısı	Yüzdesi
İşsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli	526	29,1
Sağlık çalışanı	127	7,0
Memur	350	19,4
İşçi	187	10,3
Serbest meslek sahibi	178	9,8
Özel sektör	156	8,6
Diğer	286	15,8
Toplam	1810	100,0

Katılımcıların (n=1810) %74,6'sı (n=1351) evli, %17,9'u (n=324) bekâr, %7,5'i (n=135) dul/boşanmış olarak bulundu.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre medeni durumları değerlendirildi. Cinsiyete göre medeni durumlar Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Cinsiyete göre medeni durumlar

Katılımcıların medeni durumu	Katılımcıların cinsiyet durumu		Toplam
	Kadın	Erkek	
Evli	670 (%74,3)	681 (%74,9)	1351 (%74,6)
Bekar	143 (%15,9)	181 (%19,9)	324 (%17,9)
Dul/Boşanmış	88 (%9,8)	47 (%5,2)	135 (%7,5)
Toplam	901 (%100)	909 (%100)	1810 (%100)

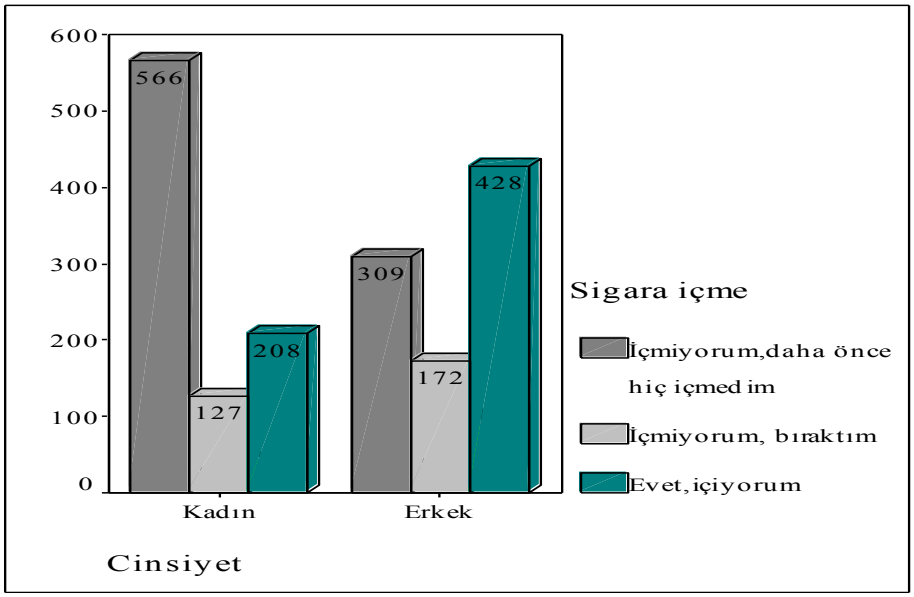
Katılımcıların (n=1810) %74,6'sının (n=1350) çocuğu vardı, çocuk sayısı ortalaması 2,00±0,99'dur. Katılımcıların cinsiyete göre çocuk sayısı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların çocuk sayısı

Katılımcıların cinsiyeti	Çocuk sayısı				Toplam
	1	2	3	4 ve üzeri	
Kadın	242 (%34,5)	307 (%43,8)	106 (%15,1)	46 (%6,6)	701 (%100)
Erkek	203 (%31,3)	289 (%44,5)	107 (%16,5)	50 (%7,7)	649 (%100)
Toplam	445 (%33,0)	596 (%44,1)	213 (%15,8)	96 (%7,1)	1350 (%100)

Sigara ve alkol kullanımı

Katılımcıların (n=1810) sigara kullanım durumları incelendiğinde %48,4'ünün (n=875) hiç sigara içmediği, %16,5'inin (n=299) sigarayı bıraktığı, %35,1'inin (n=636) sigara içtiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara kullanımı erkekler arasında, kadınlara kıyasla daha fazla olarak saptandı (Pearson χ^2=158,326; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları

Sigarayı bırakmış ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=935) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,64±4,52; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) sigara kullanmaya

başlama yaşı ortalaması 18,57±4,64; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=299) başlama yaşı ortalaması 18,79±4,26; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 42) yıl olarak bulundu.

Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) günlük ortalama içtikleri sigara miktarları 16,65±8,88 ortancası 17,50 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=299) 16,36±11,27; ortancası 15 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu.

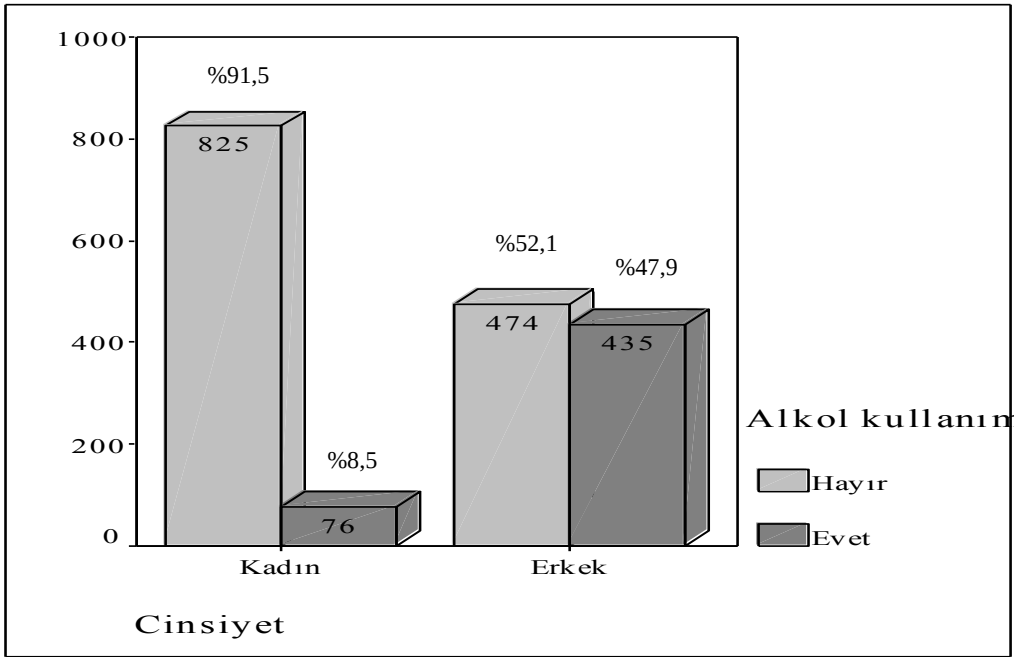
Fagerström nikotin bağımlılık testinden halen sigara kullanmakta olan katılımcılar ortalama 4,15±2,51 puan almışlardır (en az 0, en çok 10 puan). Erkek katılımcılarda Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı, kadınlardan daha yüksek olarak bulundu (Pearson χ^2=66,206; p<0,001). Halen sigara içenlerde Fagerström nikotin bağımlılık testinin cinsiyetler açısından sonuçları Tablo 8'de gösterilmektedir. Sigara kullanan katılımcılarımızın (n=636) %58,8'i (n=374) çok az ve az bağımlı bulunmuştur.

Tablo 8. Cinsiyet açısından halen sigara içenlerde Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçları

Bağımlılık derecesi	Katılımcıların cinsiyeti		Toplam
	Kadın	Erkek	
Çok az bağımlı (0-2 puan)	111 (%53,3)	92 (%21,5)	203 (%31,9)
Az bağımlı (3-4 puan)	35 (%16,8)	136 (%31,8)	171 (%26,9)
Bağımlı (5 puan)	17 (%8,2)	49 (%11,4)	66 (%10,4)
Yüksek bağımlı (6-7 puan)	28 (%13,5)	89 (%20,8)	117 (%18,4)
Çok yüksek bağımlı (8-10 puan)	17 (%8,2)	62 (%14,5)	79 (%12,4)
Toplam	208 (%100)	428 (%100)	636 (%100)

Pearson χ^2=66,206; p<0,001

Katılımcıların (n=1810) alkol kullanım durumları incelendiğinde %71,8'inin (n=1299) alkol kullanmadığı, %28,2'sinin (n=511) alkol kullandığı tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara oranla istatistiksel olarak daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahipti (Pearson χ^2=347,028; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları Şekil 8'de verilmiştir. Sigara kullananların daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahip oldukları saptanmıştır (Pearson χ^2=227,820; p<0,001).



Şekil 8. Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları

Alkol kullanan katılımcıların (n=511) CAGE alkol bağımlılık riski testine göre %85,1'inde (n=435) risk olmadığı, %14,9'unda (n=76) alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık riski olduğu saptandı. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı riski Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı riski

Katılımcıların cinsiyeti	Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı		Toplam
	Risk yok	Risk var	
Kadın	74 (%97,4)	2(%2,6)	76(%100)
Erkek	361(%83,0)	74(%17,0)	435(%100)
Toplam	435(%85,1)	76(%14,9)	511(%100)

Pearson χ^2=10,567; p=0,001

Katılımcıların vücut kitle indeksleri incelendiğinde (n=1810) %2,3'ünün (n=42) düşük kilolu, %42,8'inin (n=774) normal kilolu, %39,0'ının (n=705) fazla kilolu, %12,8'inin (n=231) sınıf I obez, %2,5'inin (n=46) sınıf II obez, %0,7'sinin (n=12) aşırı (sınıf III) obez olduğu bulundu. Kadın katılımcıların vücut kitle indeksi değerleri erkek katılımcılarım vücut kitle indeksi değerlerinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Pearson χ^2=50,971; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksleri dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksi dağılımı

Cinsiyet	Vücut Kitle İndeksi sınıflaması (kg/m^2)						Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	≥ 40	
Kadın	31 (%3,4)	404 (%44,8)	290 (%32,2)	133 (%14,8)	34 (%3,8)	9 (%1,0)	901 (%100)
Erkek	11 (%1,2)	370 (%40,7)	415 (%45,7)	98 (%10,8)	12 (%1,3)	3 (%0,3)	909 (%100)
Toplam	42 (%2,3)	774 (%42,8)	705 (%39,0)	231 (%12,8)	46 (%2,4)	12 (%0,7)	1810 (%100)

Pearson χ^2=50,971; p<0,001

Katılımcıların (n=1810), kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre yapılan incelemede, %40,6'sının (n=734) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %59,4'ünün (n=1076) kronik bir hastalığı olmadığı kendi ifadelerine göre tespit edilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalık öyküsü incelendiğinde %16,9'unda (n=306) hipertansiyon, %6,8'inde (n=123) mide/barsak/karaciğer hastalığı, %6,5'inde (n=117) diabetes mellitus, %5,6'sında (n=101) hiperlipidemi, %5,4'ünde (n=98) bir eklem hastalığı, %4,5'inde (n=82) bir psikiyatrik hastalık, %4'ünde (n=73) kalp hastalığı, %4'ünde (n=73) solunum hastalığı, %1,2'sinde (n=22) kanser ve %7,5'inde (n=136) bu kategoriler altında sınıflandırılmayan diğer hastalıklardan biri olduğu öğrenildi. Tablo 11'de katılımcıların kronik hastalık öyküsüne ait verileri gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılarda kronik hastalık öyküsü

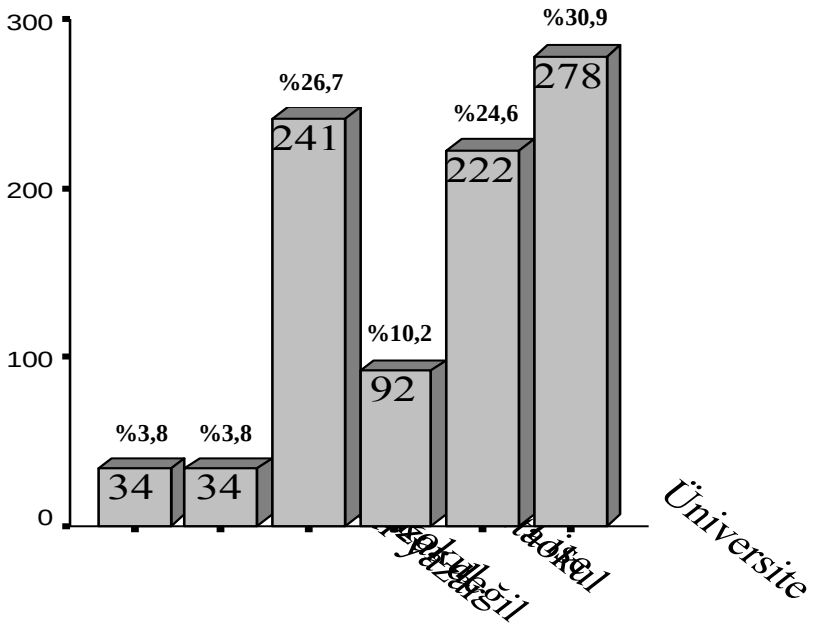
Hastalık	Hayır		Evet	
	Kişi sayısı	Yüzdesi	Kişi sayısı	Yüzdesi
Hipertansiyon	1504	83,1	306	16,9
Diyabet	1693	93,5	117	6,5
Hiperlipidemi	1709	94,4	101	5,6
Kalp hastalığı	1737	96,0	73	4,0
Solunum hastalığı	1737	96,0	73	4,0
Mide/barsak/karaciğer hastalığı	1687	93,2	123	6,8
Eklem hastalığı	1712	94,6	98	5,4
Kanser	1788	98,8	22	1,2
Psikiyatrik hastalık	1728	95,5	82	4,5
Diğer	1674	92,5	136	7,5

Kronik hastalığı olan katılımcıların (n=734) %22,2'si (n=163) hastalıkları ile ilgili ilaç kullanmazken; %77,8'i (n=571) hastalıkları ile ilgili en az bir ilaç kullanmaktaydı.

KADIN KATILIMCILARA YÖNELİK ANALİZLER

Çalışmaya dâhil edilen tüm kadın katılımcıların (n=901) yaş ortalaması 42,77±15,06 olup, minimum yaş 20 maksimum yaş 87'dir.

Kadın katılımcıların eğitim durumları Şekil 9'da ayrıntıları ile gösterilmektedir.



Şekil 9. Kadın katılımcıların eğitim durumları

Medeni durumları incelendiğinde %74,3'ü (n=670) evli, %15,9'u (n=143) bekâr, %9,8'i (n=88) dul/boşanmış olarak saptandı.

Kadın katılımcıların, meslek durumları incelendiğinde; %48,7'sı (n=439) çalışmıyor, %8,5'i (n=77) sağlık çalışanı, %15,2'si (n=137) memur, %5,7'si (n=51) işçi, %4,6'sı (n=41) serbest meslek sahibi, %5,2'si (n=47) özel sektör çalışanı, %12,1'i (n=109) diğer olarak sınıflanmıştı.

Çocuk sahibi olan kadın katılımcıların (n=701) ilk doğum yaşı ortalaması 23,1±4,29 yıl ortancası 23 yıl (minimum 14 yıl, maksimum 41 yıl) olarak bulundu.

Gebe kalan katılımcıların (n=713), gebelik sayısı ortalaması 2,30±1,03'dür. Kadın katılımcıların toplam gebelik sayısı Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 12. Kadın katılımcıların toplam gebelik sayısı

Gebelik sayısı	Kişi sayısı	Yüzdesi
1	182	25,5
2	259	36,3
3	150	21,1
4 ve üzeri	122	17,1
Toplam	713	100,0

Gebe kalan katılımcıların (n=713) doğum sayısı ortalaması 1,96±0,92'dür. Kadın katılımcıların toplam doğum sayısı Tablo 13'te gösterilmektedir.

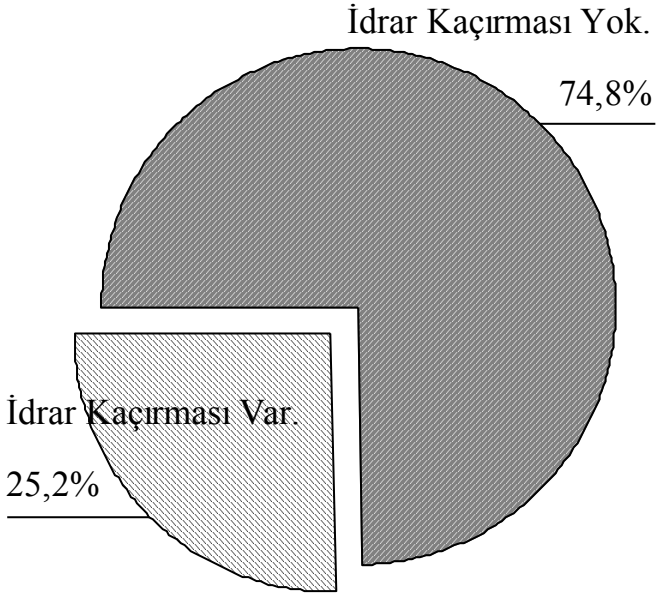
Tablo 13. Kadın katılımcıların toplam doğum sayısı

Doğum sayısı	Kişi sayısı	Yüzdesi
0	12	1,7
1	228	32,0
2	302	42,3
3	119	16,7
4 ve üzeri	52	7,3
Toplam	713	100,0

Kadın katılımcıların (n=901) %66,6'sı (n=600) halen adet görmekteydi. %32,1'i (n=289) menopozda, %1,3'ü (n=12) gebe/lohusaydı.

Katılımcılardan menopoza girmiş olanların (n=289) menopoza girme yaş ortalaması 47,29±5,01 yıl olarak bulundu.

Anket verileri değerlendirildiğinde tüm kadın katılımcıların (n=901); % 25,2'sinin (n=227) idrar kaçırma problemi olduğu saptandı. İdrar kaçırma problemi olan kadın katılımcıların tüm kadın katılımcılarla olan ilişkisi Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları

Tüm kadın katılımcılar (n=901) arasında yapılan analizde idrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227) yaş ortalaması 51,58±15,27 (Minimum 20, maksimum 87); idrar kaçırmayan kadın katılımcıların (n=674) yaş ortalaması 39,80±13,80 (Minimum 20, maksimum 79) saptanmıştır.

Tüm kadın katılımcıların (n=901), yaş gruplarına göre idrar kaçırma oranları incelendiğinde; 20-29 yaş arası kadınların (n=239) % 10,9 'unun (n=26), 30-39 yaş arası kadınların (n=183) % 15,3 'ünün (n=28), 40-49 yaş arası kadınların (n=181) %24,3'ünün (n=44), 50-59 yaş arası kadınların (n=143) %34,0'ının (n=50), 60-69 yaş arası kadınların (n=121) %47,1 'inin (n=57), 70 yaş ve üzeri kadınların (n=34) %64,7 'sinin (n=22) idrar kaçırdığı bulunmuştur.

İdrar kaçıran kadın katılımcılarda idrar kaçırma sıklığının, ileri yaşa bağlı olarak artış gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson χ^2=101,805; p<0,001). İdrar kaçıran kadın katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. İdrar kaçıran kadın katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	Kişi sayısı	Yüzdesi
20-29 yaş	26	11,5
30-39 yaş	28	12,3
40-49 yaş	44	19,4
50-59 yaş	50	22,0
60-69 yaş	57	25,1
70 yaş ve üzeri	22	9,7
Toplam	227	100,0

Pearson χ^2=101,805; p<0,001

Kadın katılımcılarda (n=901) idrar kaçırmanın olası risk faktörlerine yönelik yaptığımız değerlendirmelerde; tüm kadın katılımcılarda eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır (Pearson χ^2=48,125; p<0,001). Tablo 15'te kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve eğitim durumu arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 15. Kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve eğitim durumu

Eğitim durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Okur-yazar değil ve ilkokulu bitirmemiş	33 %48,5	35 %51,5	68 %100,0
İlköğretim mezunu	228 %68,5	105 %31,5	333 %100,0
Lise/Üniversite mezunu	413 %82,6	87 %17,4	500 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=48,125; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları medeni durumlarına göre incelendiğinde; medeni durum ve idrar kaçırma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Pearson χ^2=45,143; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 16'da gösterilmektedir.

Tablo 16. Tüm kadın katılımcıların medeni durumları ve idrar kaçırma durumları

Medeni durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Evli	502 %74,9	168 %25,1	670 %100,0
Bekâr	128 %89,5	15 %10,5	143 %100,0
Boşanmış/Dul	44 %50,0	44 %50,0	88 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=45,143; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları çalışma durumlarına göre incelendiğinde; çalışmayan grupta, çalışan gruba göre idrar kaçırma anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=23,651; p<0,001). Ayrıntılar Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Tüm kadın katılımcıların çalışma durumlarına göre idrar kaçırma

Çalışma durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Çalışmıyor	379 %69,2	169 %30,8	548 %100,0
Çalışıyor	295 %83,6	58 %16,4	353 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

durumları

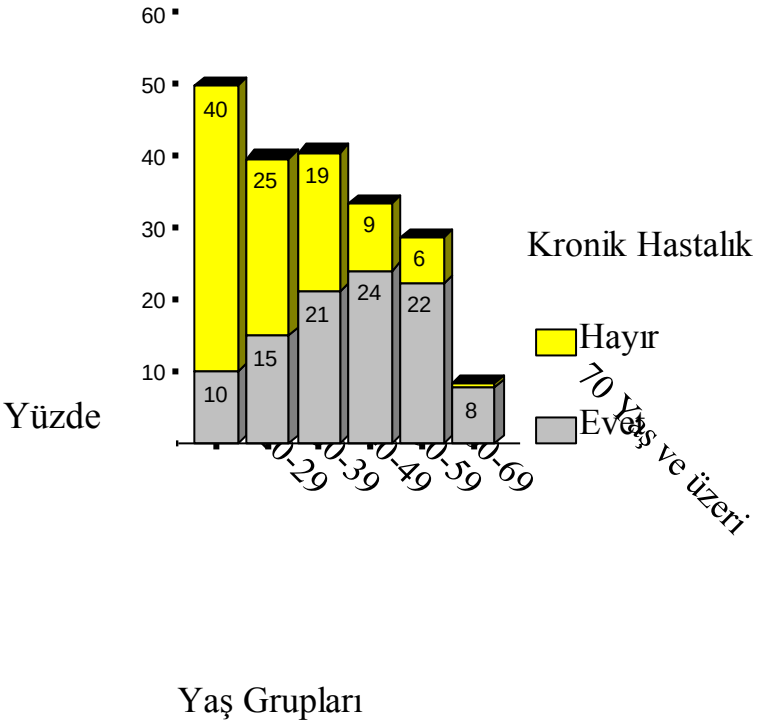
Pearson χ^2=23,651; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, kronik hastalık bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde, kronik hastalığı bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=89,417; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 18'de gösterilmektedir. Ayrıca kadın katılımcıların yaş gruplarına göre kronik hastalık dağılım durumu da Şekil 11'de gösterilmektedir.

Tablo 18. Tüm kadın katılımcılarda kronik hastalık ve idrar kaçırma durumu

Kronik hastalık	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Var	238 %59,5	162 %40,5	400 %100,0
Yok	436 %87,0	65 %13,0	501 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=89,417; p<0,001



Şekil 11. Kadın katılımcıların yaş gruplarına göre kronik hastalık dağılım durumu

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunup bulunmama durumlarına göre incelendiğinde, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=124,337; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 19'da gösterilmektedir.

Tablo 19. Tüm kadın katılımcılarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü idrar kaçırma ilişkisi ve

Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	656 %79,8	166 %20,2	822 %100,0
Var	18 %22,8	61 %77,2	501 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=124,337; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=63,954; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 20'de gösterilmektedir.

Tablo 20. Tüm kadın katılımcılarda çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Çocuklukta gece idrar kaçırma	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	654 %77,9	185 %22,1	839 %100,0
Var	20 %32,3	42 %67,7	62 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=63,954; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, konstipasyon öyküsü bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde konstipasyon öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=139,062; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Tüm kadın katılımcılarda konstipasyon öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Konstipasyon	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	622 %82,3	134 %17,7	756 %100,0
Var	52 %35,9	93 %64,1	145 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=139,062, p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, fekal inkontinans öyküsü bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde fekal inkontinans öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=13,038; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Tüm kadın katılımcılarda fekal inkontinans öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Fekal inkontinans	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	660 %75,8	134 %24,2	871 %100,0
Var	14 %46,7	16 %53,3	30 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=13,038; p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları, adet görme durumlarına göre incelendiğinde adet görmeyen grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=102,298; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Tüm kadın katılımcılarda adet görme durumu ve idrar kaçırma ilişkisi

Adet görme durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Evet	511 %85,2	89 %14,8	600 %100,0
Hayır	163 %54,2	138 %45,8	301 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=102,298, p<0,001

Tüm kadın katılımcıların idrar kaçırma durumları vücut kitle indeksi durumlarına göre incelendiğinde vücut kitle indeksi 25 ve üzeri olan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=67,742; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Tüm kadın katılımcılarda vücut kitle indeksi ile idrar kaçırma ilişkisi

Vücut Kitle İndeksi	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
<25 kg/m^2	379 %87,1	56 %12,9	435 %100,0
≥25 kg/m^2	295 %63,3	171 %36,7	466 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=67,742; p<0,001

Tüm kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pearson χ^2=2,342; p=0,126). Ayrıntıları Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Tüm kadın katılımcılarda sigara içme durumu ve idrar kaçırma ilişkisi

Sigara kullanma durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Hayır	510 %73,6	183 %26,4	693 %100,0
Evet	164 %78,8	44 %21,2	208 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

Pearson χ^2=2,342; p=0,126

Tüm kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson χ^2=0,002; p=0,967). Ayrıntıları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Tüm kadın katılımcılarda alkol kullanma durumu ve idrar kaçırma ilişkisi

Alkol kullanma durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Hayır	617 %74,8	208 %25,2	825 %100,0
Evet	57 %75,0	19 %25,0	76 %100,0
Toplam	674 %74,8	227 %25,2	901 %100,0

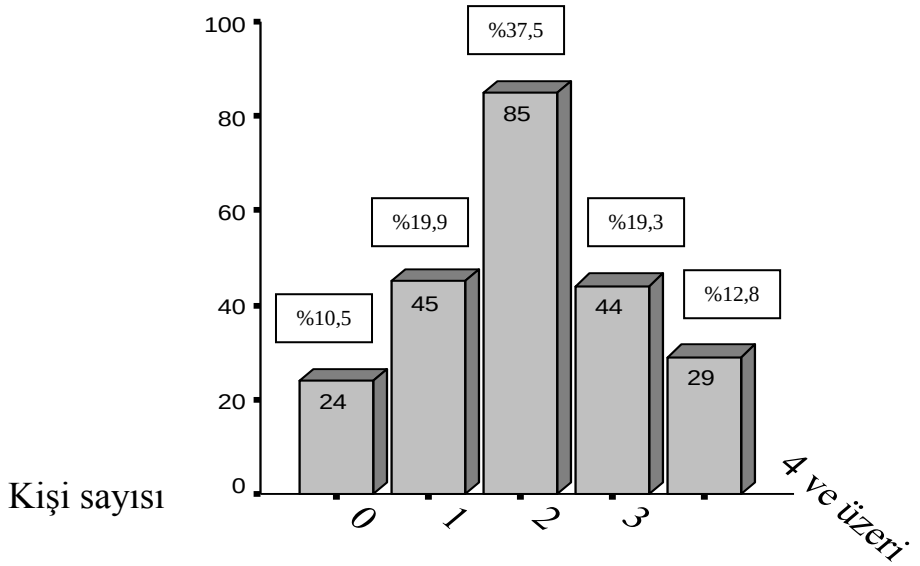
Pearson χ^2=0,002; p=0,967

Kadın katılımcılarda doğum sayısı ile idrar kaçırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Pearson χ^2=58,029; p<0,001). Doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak artmaktadır. Ayrıntılar Tablo 27'de gösterilmiştir. İdrar kaçıran kadın katılımcılarda toplam doğum sayısı dağılımı da Şekil 12'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Tüm kadın katılımcılarda toplam doğum sayısı dağılımı ve idrar kaçırma ilişkisi

İdrar kaçırma durumu	Toplam doğum sayısı					Toplam
	0	1	2	3	4 ve üzeri	
İdrar kaçırması yok	176 %26,1	183 %27,2	217 %32,2	75 %11,1	23 %3,4	674 %100,0
İdrar kaçırması var	24 %10,6	45 %19,8	85 %37,4	44 %19,4	29 %12,8	227 %100,0
Toplam	200 %22,2	228 %25,3	302 %33,5	119 %13,2	52 %5,8	901 %100,0

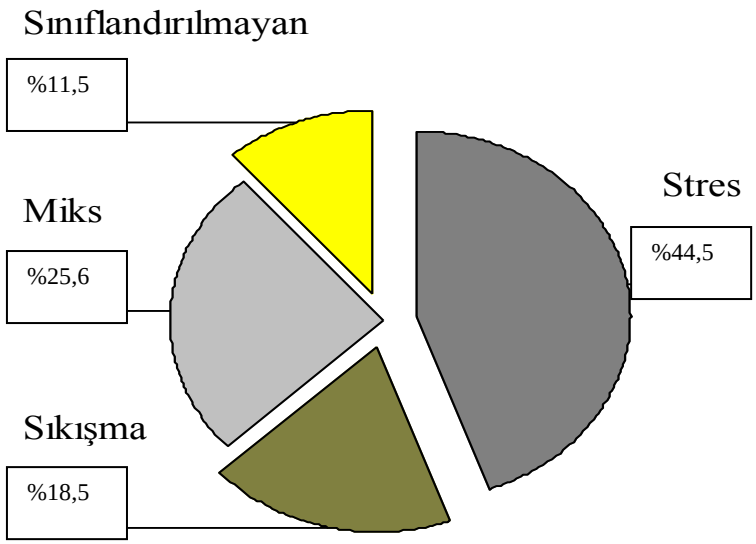
Pearson χ^2=58,029; p<0,001



Şekil 12. İdrar kaçıran kadınlarda toplam doğum sayısı dağılımı

Tüm kadın katılımcılar (n=901) üzerinde yapılan analizde, %11,2'sinin (n=101) stres tipi, %4,7'sinin (n=42) sıkışma tipi, %6,4'ünün (n=58) miks tip, %2,9'unun (n=26) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırdığı bulunmuştur.

İdrar kaçıran kadın katılımcılar (n=227) idrar kaçırma tiplerine göre değerlendirildiğinde, %44,5'inin (n=101) stres, %18,5'inin (n=42) sıkışma, %25,5'inin (n=58) miks, %11,5'inin (n=26) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma problemi olduğu bulunmuş ve Şekil 13'de gösterilmiştir.



Şekil 13. İdrar kaçıran kadın katılımcıların idrar kaçırma tipleri.

İdrar kaçıran kadınların yaş ortalaması 51,58±15,27 (Minimum:20, Maksimum:87) olarak saptanmış olup, idrar kaçırma tiplerine göre yaş ortalamaları Tablo 28'da ayrıntıları ile gösterilmektedir.

Tablo 28. İdrar kaçıran kadın katılımcıların idrar kaçırma tiplerine göre yaş ortalamaları

İdrar kaçırma Tipi	Yaş ortalaması	Standart deviyasyon	Minimum yaş	Maksimum yaş
Stres	49,65	13,90	20	80
Sıkışma	52,95	17,12	22	83
Miks	55,48	15,35	21	87
Sınıflandırılmayan	48,11	15,82	26	77
Toplam	51,58	15,27	20	87

Tüm idrar kaçırma problemi olan kadın katılımcılar (n=227) yaş gruplarına göre, idrar kaçırma tipi açısından değerlendirildiğinde; 20-29 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=26) %46,2'sinin (n=12), 30-39 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=28) %46,4'ünün (n=13), 40-49 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=44) %50,0'ının (n=22), 50-59 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=50) %48,0'ının (n=24), 60-69 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=57)

%49,1'inin (n=28), 70 yaş ve üzeri idrar kaçıran kadınların (n=22) %9,1'inin (n=2) stres tipi idrar kaçırdığı saptanmıştır.

20-29 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=26) %19,2'sinin (n=5), 30-39 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=28) %21,4'ünün (n=6), 40-49 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=44) %13,6'sının (n=6), 50-59 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=50) %18,0'ının (n=9), 60-69 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=57) %14,0'ının (n=8), 70 yaş ve üzeri idrar kaçıran kadınların (n=22) %36,4'ünün (n=8) sıkışma tipi idrar kaçırdığı saptanmıştır.

20-29 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=26) %15,4'ünün (n=4), 30-39 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=28) %17,9'unun (n=5), 40-49 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=44) %25,0'ının (n=11), 50-59 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=50) %24,0'ının (n=12), 60-69 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=57) %28,1'inin (n=16), 70 yaş ve üzeri idrar kaçıran kadınların (n=22) %45,4'ünün (n=10) miks tip idrar kaçırdığı saptanmıştır.

20-29 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=26) %19,2'sinin (n=5), 30-39 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=28) %14,3'ünün (n=4), 40-49 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=44) %11,4'ünün (n=5), 50-59 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=50) %10,0'ının (n=5), 60-69 yaş grubu idrar kaçıran kadınların (n=57) %8,8'inin (n=5), 70 yaş ve üzeri idrar kaçıran kadınların (n=22) %9,1'inin (n=2) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırdığı saptanmıştır.

Tüm idrar kaçırma problemi olan kadın katılımcıların (n=227) yaş gruplarına göre idrar kaçırma tipi açısından değerlendirmesi Tablo 29'da ayrıntılarıyla gösterilmektedir.

Tablo 29. Tüm idrar kaçırma problemi olan kadın katılımcıların yaş gruplarının, idrar kaçırma tipleri açısından değerlendirilmesi

Yaş grupları	İdrar kaçırma tipleri				Toplam
	Stres	Sıkışma	Miks	Sınıflandırılmayan	
20-29 yaş	12 %46,2	5 %19,2	4 %15,4	5 %19,2	26 %100,0
30-39 yaş	13 %46,4	6 %21,4	5 %17,9	4 %14,3	28 %100,0
40-49 yaş	22 %50,0	6 %13,6	11 %25,0	5 %11,4	44 %100,0
50-59 yaş	24 %48,0	9 %18,0	12 %24,0	5 %10,0	50 %100,0
60-69 yaş	28 %49,1	8 %14,0	16 %28,1	5 %8,8	57 %100,0
70 ve üzeri	2 %9,1	8 %36,4	10 %45,4	2 %9,1	22 %100,0
Toplam	101 %44,5	42 %18,5	58 %25,5	26 %11,5	227 %100,0

İdrar Kaçıran Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Skorlarının Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227), yaşam kalitesinin de değerlendirildiği ICIQ-SF formunun ilk 3 sorusunun toplanması ile elde edilen Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) skoru incelendiğinde; dağılımda en yüksek puan 21, en düşük puan ise 3 olarak saptanmıştır. İdrar kaçıran kadın katılımcılar (n=227) arasından en yüksek puanı %1,3 'lük oranla 3 katılımcı, en düşük puanı ise %7'lik oranla 16 katılımcı almıştır.

Grubun ICIQ-SF puan ortalaması 7,21±3,86 olup, ortanca değeri 6,0; tepe değeri 4,0'dır.

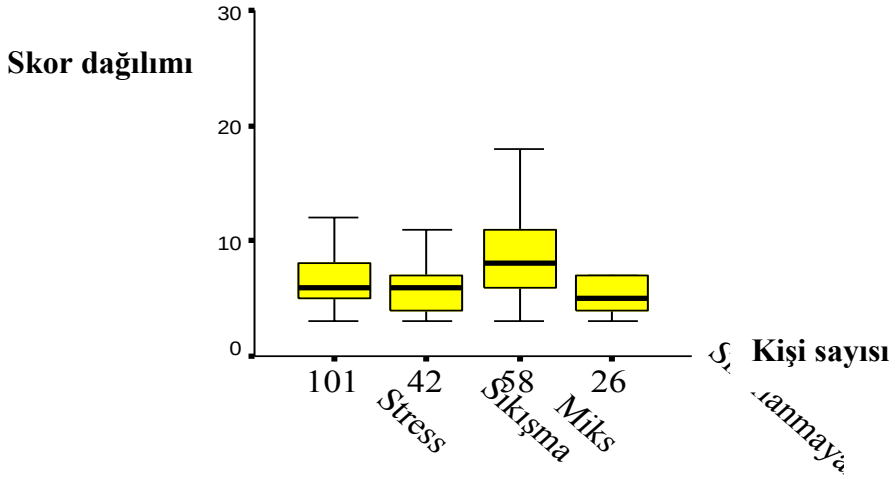
Stres tipi idrar kaçırması olan kadın katılımcıların (n=101) ortalama ICIQ-SF Skoru 6,72±3,39 (Minimum:3, Maksimum:19) bulundu.

Sıkışma tipi idrar kaçırması olan kadın katılımcıların (n=42) ortalama ICIQ-SF Skoru 6,33±2,85 (Minimum:3, Maksimum:17) bulundu.

Miks tip idrar kaçırması olan kadın katılımcıların (n=58) ortalama ICIQ-SF Skoru 8,41±3,74 (Minimum:3, Maksimum:18) bulundu.

Sınıflandırılmayan tip idrar kaçırması olan kadın katılımcıların (n=26) ortalama ICIQ-SF Skoru 7,84±6,12 (Minimum:3, Maksimum:21) bulundu.

İdrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227), idrar kaçırma tipine göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı Şekil 14'te gösterilmiştir.



İdrar Kaçırma Tipi

Şekil 14. İdrar kaçırma tipine göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı

İdrar kaçıran kadın katılımcıların yaş gruplarına göre ICIQ-SF skor dağılımı Tablo 30'da ayrıntılarıyla gösterilmiştir.

Tablo 30. İdrar kaçıran kadınlarda yaş gruplarına göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı

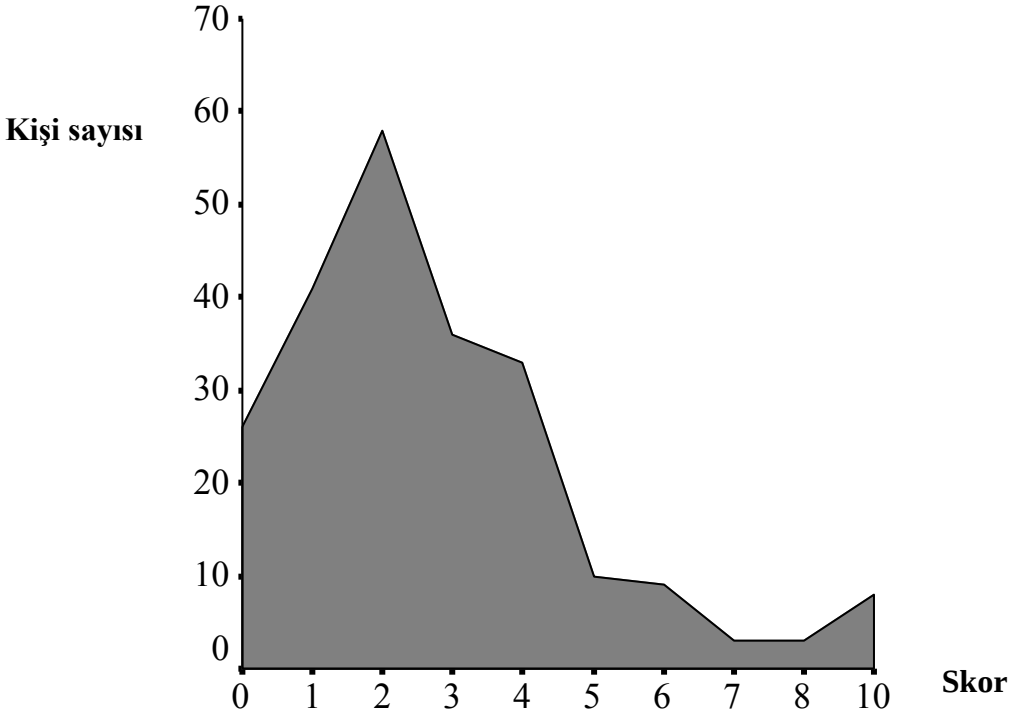
Yaş Grupları	Kişi sayısı (Yüzdesi)	Ortalama skor±Standart sapma
20-29 yaş	26 (%11,5)	5,46±2,53
30-39 yaş	28 (%12,3)	5,46±3,01
40-49 yaş	44 (%19,4)	6,81±2,93
50-59 yaş	50 (%22,0)	6,62±3,38
60-69 yaş	57 (%25,1)	8,82±4,55
70 ve üzeri yaş	22 (%9,7)	9,45±4,50
Toplam	227 (%100,0)	7,21±3,86

İdrar Kaçıran Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunda Vizüel Analog Skala ile Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran kadın katılımcılar (n=227), ICIQ-SF formu içinde yaşam kalitesini değerlendirme amacıyla kullanılan vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. İdrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227), ‘’Tümüyle bakıldığında idrar kaçırma her günkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor?’’ sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; VAS skoru ortalaması 2,76±2,22, ortanca 2,00 olarak saptandı. Kadın katılımcıların % 59,5'i (n=135) idrar kaçırma probleminin yaşam kalitesini ılımlı olarak etkilediğini, %11,5'i (n=26) önemsiz derecede etkilediğini, %3,5'i (n=8) çok ciddi derecede etkilediğini bildirmiştir. İdrar kaçıran kadınların VAS skor dağılımları ayrıntılarıyla Tablo 31'de ve Şekil 15'te gösterilmiştir.

Tablo 31. İdrar kaçıran kadınların uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu vizüel analog skala grup dağılımları

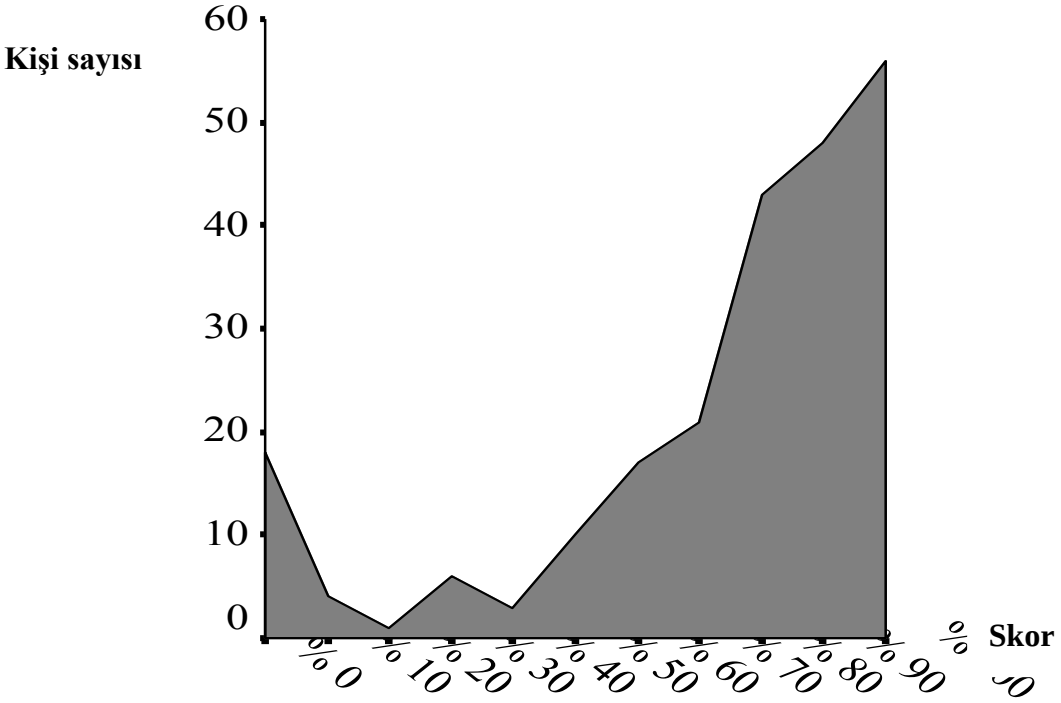
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Vizüel Analog Skala (Yaşam kalitesi) skor grupları	Kişi sayısı	Yüzde
Önemsiz derecede (0)	26	11,5
Ilımlı (1-3)	135	59,5
Orta (4-6)	52	22,9
Ciddi (7-9)	6	2,6
Çok ciddi derecede (10)	8	3,5
Toplam	227	100,0



Şekil 15. İdrar kaçıran kadınların uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu vizüel analog skala skor dağılımı alan grafiği

İdrar Kaçıran Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlarının Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227) hesaplanan İnkontinans Yaşam Kalitesi **(**I-QOL) Skor dağılımı incelendiğinde dağılımda en yüksek puan 110, en düşük puan ise 23 olarak saptanmıştır. Hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. İdrar kaçıran kadınların I-QOL skorlarının dağılımına ait alan grafiği Şekil 16'da gösterilmiştir.



Şekil 16. İdrar kaçıran kadın katılımcıların inkontinans yaşam kalitesi skorları dağılım alan grafiği

ERKEK KATILIMCILARA YÖNELİK ANALİZLER

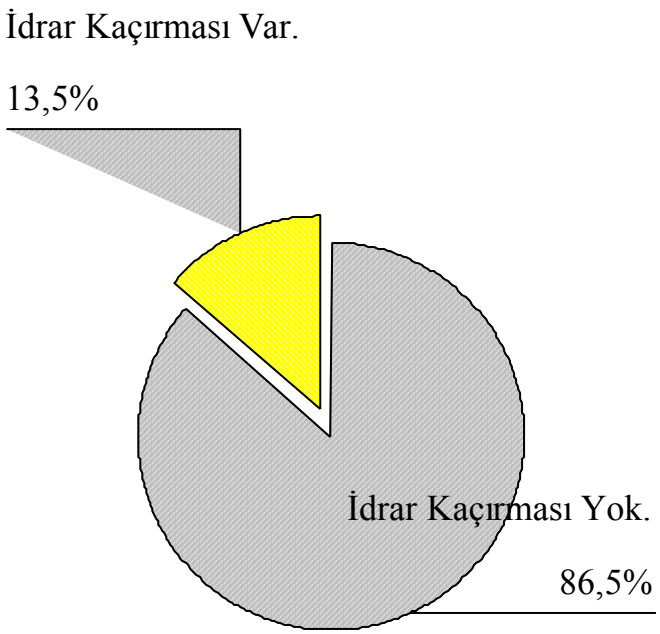
Çalışmaya dâhil edilen tüm erkek katılımcıların (n=909) yaş ortalaması 42,65±15,38 olup minimum yaş 20, maksimum yaş 84'dür.

Erkek katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %30,9'u (n=281) üniversite, %32,7'si (n=297) lise, %15,1'i (n=137) ortaokul, %17,9'u (n=163) ilkokul, %1,4'ü (n=13) okur-yazar, %2,0'ı (n=18) okur-yazar değil, olarak bulundu.

Medeni durumları incelendiğinde %74,9'ü (n=681) evli, %19,9'u (n=181) bekâr, %5,2'si (n=47) dul/boşanmış olarak saptandı.

Erkek katılımcıların %9,6'sı (n=87) çalışmıyor, %5,5'i (n=50) sağlık çalışanı, %23,4'ü (n=213) memur, %15,0'ı (n=136) işçi, %15,1'i (n=137) serbest meslek sahibi, %12,0'ı (n=109) özel sektör çalışanı, %19,5'i (n=177) diğer olarak sınıflanmıştı.

Tüm erkek katılımcıların (909), %13,5'inde (n=123) idrar kaçırma problemi olduğu tespit edildi. Şekil 17'de erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları görülmektedir.



Şekil 17.Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları

Tüm erkek katılımcılar arasında yapılan analizde idrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123) yaş ortalaması 51,40±17,50 (Minimum 20, maksimum 84); idrar kaçırmayan erkek katılımcıların (n=786) yaş ortalaması 41,28±14,57 (Minimum 20, Maksimum 84) saptanmıştır.

Tüm erkek katılımcıların (n=909) yaş gruplarına göre idrar kaçırma oranları incelendiğinde 20-29 yaş arası erkeklerin (n=234) % 6,0'ının (n=14), 30-39 yaş arası erkeklerin (n=192) %10,4'ünün (n=20), 40-49 yaş arası erkeklerin (n=185) %14,6'sının (n=27), 50-59 yaş arası erkeklerin (n=155) %13,5'inin (n=21), 60-69 yaş arası erkeklerin (n=87) %17,2'sinin (n=15), 70 yaş ve üzeri erkeklerin (n=56) %46,4'ünün (n=26) idrar kaçırdığı bulunmuştur.

İdrar kaçıran erkek katılımcılarda idrar kaçırma sıklığının, ileri yaşa bağlı artış gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Pearson χ^2=65,987; p<0,001). Tablo 32'de yaş gruplarına göre idrar kaçırma durumları gösterilmektedir.

Tablo 32. Tüm erkek katılımcıların yaş gruplarına göre idrar kaçırma durumları

	İdrar Kaçırma Durumu		Toplam
	İdrar Kaçırması Yok	İdrar Kaçırması Var	
20-29	220 (%94,0)	14 (%6,0)	234 (%100,0)
30-39	172 (%89,6)	20 (%10,4)	192 (%100,0)
40-49	158 (%85,4)	27 (%14,6)	185 (%100,0)
50-59	134 (%86,5)	21 (%13,5)	155 (%100,0)
60-69	72 (%82,8)	15 (%17,2)	87 (%100,0)
70 ve üzeri	30 (%53,6)	26 (%46,4)	56 (%100,0)
Toplam	786 (%86,5)	123 (%13,5)	909 (%100,0)

Pearson χ^2=65,987; p<0,001

Erkek katılımcılarda (n=909) idrar kaçırmanın olası risk faktörlerine yönelik yaptığımız değerlendirmelerde; tüm erkek katılımcılarda eğitim düzeyi arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktadır (Pearson χ^2=29,419; p<0,001). Tablo 33'te erkek katılımcılarda idrar kaçırma ve eğitim durumu arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Tablo 33. Erkek katılımcılarda idrar kaçırma ve eğitim durumu

Eğitim durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Okur-yazar değil ve ilkokulu bitirmemiş	21 %67,7	10 %32,3	31 %100,0
İlköğretim mezunu	240 %80	60 %20	300 %100,0
Lise/Üniversite mezunu	525 %90,8	53 %9,2	578 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=29,419; p<0,001

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları çalışma durumlarına göre incelendiğinde; çalışmayan grupta, çalışan gruba göre idrar kaçırma anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=9,250; p=0,002). Ayrıntıları Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34. Tüm erkek katılımcıların çalışma durumlarına göre idrar kaçırma durumları

Çalışma Durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Çalışmıyor	66 %75,9	21 %24,1	87 %100,0
Çalışıyor	720 %87,6	102 %12,4	822 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

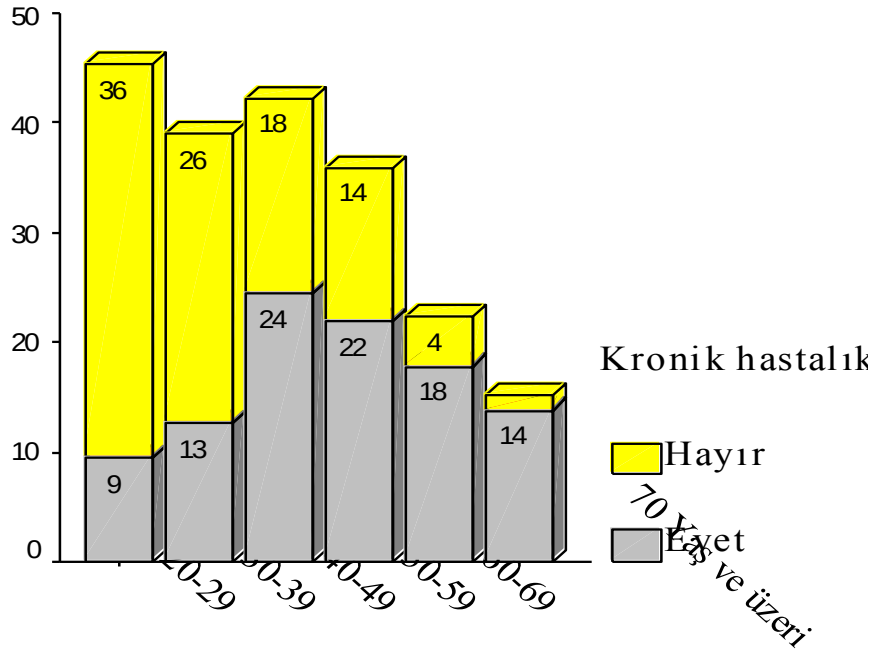
Pearson χ^2=9,250; p=0,002

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları, kronik hastalık bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde; kronik hastalığı bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=17,401; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 35'te gösterilmektedir. Ayrıca erkek katılımcıların yaş gruplarına göre kronik hastalık dağılım durumu da Şekil 18'de gösterilmektedir.

Tablo 35. Tüm erkek katılımcılarda kronik hastalık ve idrar kaçırma ilişkisi

Kronik hastalık	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Var	280 %80,5	68 %19,5	348 %100,0
Yok	506 %90,2	55 %9,8	561 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=17,401; p<0,001



Şekil 18. Erkek katılımcıların yaş gruplarına göre kronik hastalık dağılım durumu

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunup bulunmama durumlarına göre incelendiğinde, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=57,603; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 36'da gösterilmektedir.

Tablo 36. Tüm erkek katılımcılarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	762 %88,5	99 %11,5	861 %100,0
Var	24 %50,0	24 %50,0	48 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=57,603; p<0,001

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları, çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde; çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunan grupta idrar kaçırma sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Pearson χ^2=49,269; p<0,001). Ayrıntıları Tablo 37'de gösterilmektedir.

Tablo 37. Tüm erkek katılımcılarda çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Çocuklukta gece idrar kaçırma	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	726 %89,2	88 %10,8	814 %100,0
Var	60 %63,2	35 %36,8	95 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=49,269; p<0,001

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları, konstipasyon öyküsü bulunup, bulunmama durumlarına göre incelendiğinde; her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson χ^2=3,468; p=0,063). Ayrıntıları Tablo 38'de gösterilmiştir.

Tablo 38. Tüm erkek katılımcılarda konstipasyon öyküsü ve idrar kaçırma ilişkisi

Konstipasyon	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Yok	682 %87,3	99 %12,7	781 %100,0
Var	104 %81,3	24 %18,7	128 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=3,468; p=0,063

Tüm erkek katılımcıların idrar kaçırma durumları vücut kitle indeksi durumlarına göre incelendiğinde vücut kitle indeksi 25 kg/m^2 ve üzeri olan grup ile 25 kg/m^2'nin altı olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson χ^2=0,801; p=0,371). Ayrıntıları Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 39. Tüm erkek katılımcılarda vücut kitle indeksi ile idrar kaçırma ilişkisi

Vücut Kitle İndeksi	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
<25 kg/m^2	334 %87,7	47 %12,3	381 %100,0
≥25 kg/m^2	452 %85,6	76 %14,4	528 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=0,801; p=0,371

Tüm erkek katılımcılarda idrar kaçırma ve sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pearson χ^2=0,630; p=0,427). Ayrıntıları Tablo 40'da gösterilmiştir.

Tablo 40. Tüm erkek katılımcılarda sigara içme durumu ve idrar kaçırma ilişkisi

Sigara kullanma durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Hayır	420 %87,3	61 %12,7	481 %100,0
Evet	366 %85,5	62 %14,5	428 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=0,630; p=0,427

Tüm erkek katılımcılarda idrar kaçırma ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Pearson χ^2=0,049; p=0,825). Ayrıntıları Tablo 41'de gösterilmiştir.

Tablo 41. Tüm erkek katılımcılarda alkol kullanma durumu ve idrar kaçırma ilişkisi

Alkol kullanma durumu	İdrar kaçırma durumu		Toplam
	İdrar kaçırması yok	İdrar kaçırması var	
Hayır	411 %86,7	63 %13,3	474 %100,0
Evet	375 %86,2	60 %13,8	435 %100,0
Toplam	786 %86,5	123 %13,5	909 %100,0

Pearson χ^2=0,049; p=0,825

Tüm erkek katılımcılar (n=909) üzerinde yapılan analizde, %2,8'inin (n=25) stres tipi; %5,6'sının (n=51) sıkışma tipi; %0,9'unun (n=8) miks tip; %4,2'sinin (n=39) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırdığı bulunmuştur.

İdrar kaçıran erkek katılımcılar (n=123), idrar kaçırma tiplerine göre değerlendirildiğinde; %20,3'ünün (n=25) stres tipi idrar kaçırması, %41,5'inin (n=51) sıkışma tipi idrar kaçırması, %6,5'inin (n=8) miks tip idrar kaçırması, %31,7'sinin (n=39) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma problemi olduğu bulunmuştur.

İdrar Kaçıran Erkelerin Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Skorlarının Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123), yaşam kalitesinin de değerlendirildiği ICIQ-SF formunun ilk 3 sorusunun toplanması ile elde edilen Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) skoru incelendiğinde; dağılımda en yüksek puan 16, en düşük puan ise 0 olarak saptanmıştır. İdrar kaçıran erkek katılımcılar (n=123) arasından en yüksek puanı %2,4 'lük oranla 3 katılımcı, en düşük puanı ise %0,8'lik oranla 1 katılımcı almıştır.

Grubun ICIQ-SF puan ortalaması 5,76±2,86 olup, ortanca değeri 5,0; tepe değeri 4,0'dır.

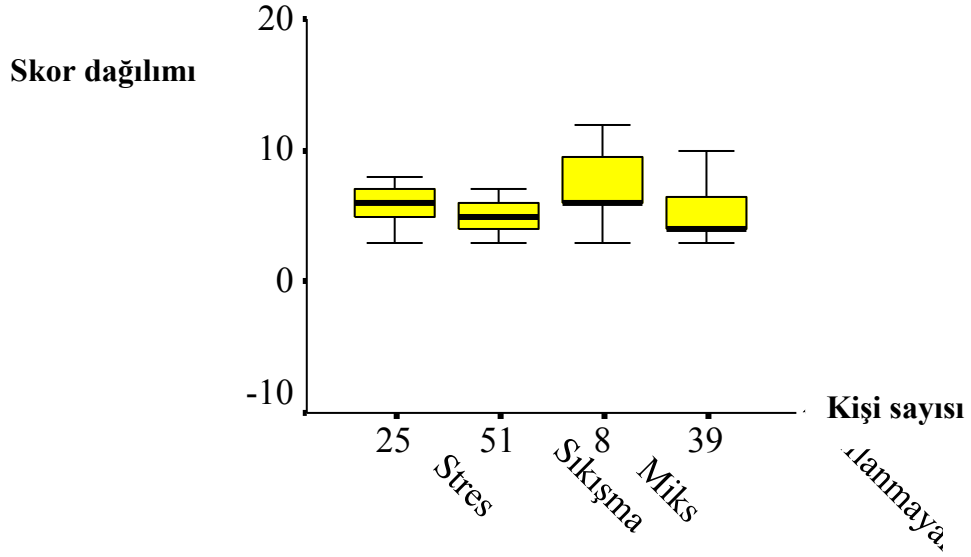
Stres tipi idrar kaçırması olan erkek katılımcıların (n=101) ortalama ICIQ-SF Skoru 6,52±3,28 (Minimum:3, Maksimum:16) bulundu.

Sıkışma tipi idrar kaçırması olan erkek katılımcıların (n=42) ortalama ICIQ-SF Skoru 5,70±2,91 (Minimum:0, Maksimum:16) bulundu.

Miks tip idrar kaçırması olan erkek katılımcıların (n=58) ortalama ICIQ-SF Skoru 7,62±3,88 (Minimum:3, Maksimum:15) bulundu.

Sınıflandırılmayan tip idrar kaçırması olan erkek katılımcıların (n=26) ortalama ICIQ-SF Skoru 4,97±1,93 (Minimum:3, Maksimum:10) bulundu.

İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123), idrar kaçırma tipine göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı Şekil 19'da gösterilmiştir.



Şekil 19. İdrar kaçırma tipine göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı

İdrar kaçıran erkek katılımcıların yaş gruplarına göre ICIQ-SF skor dağılımı Tablo 42'de ayrıntılarıyla gösterilmiştir.

Tablo 42. İdrar kaçıran erkeklerde yaş gruplarına göre uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu skor dağılımı

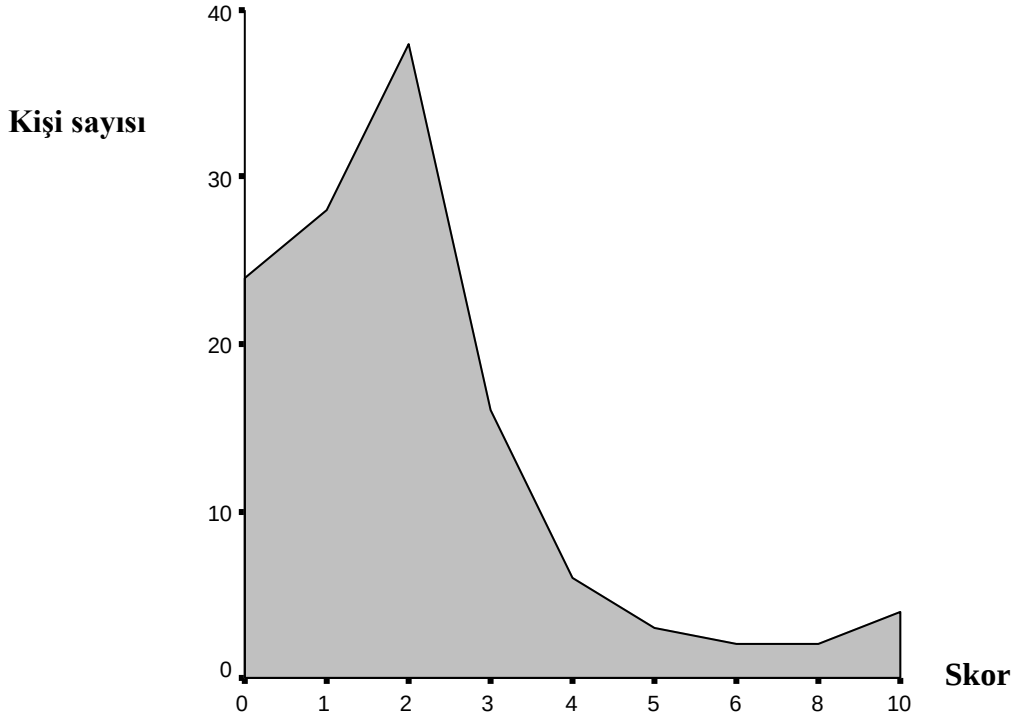
Yaş Grupları	Kişi sayısı (Yüzdesi)	Ortalama skor±Standart sapma
20-29 yaş	14 (%11,4)	5,78±4,09
30-39 yaş	20 (%16,3)	4,85±2,20
40-49 yaş	27 (%22,0)	5,92±2,89
50-59 yaş	21 (%17,0)	4,57±1,36
60-69 yaş	15 (%12,2)	6,66±2,91
70 ve üzeri yaş	26 (%21,1)	6,73±3,02
Toplam	123 (%100,0)	5,76±2,86

İdrar Kaçıran Erkeklerin Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formunda Vizüel Analog Skala ile Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran erkek katılımcılar (n=123), ICIQ-SF formu içinde yaşam kalitesini değerlendirme amacıyla kullanılan Vizüel Analog Skala ile değerlendirildi. İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123), ‘’Tümüyle bakıldığında idrar kaçırma her günkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor?’’ sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; VAS skoru ortalaması 2,11±2,12 olarak saptandı. Erkek katılımcıların %66,7’si (n=82) idrar kaçırma probleminin yaşam kalitesini ılımlı olarak etkilediğini, %19,5’i (n=24) önemsiz derecede etkilediğini, %3,3’i (n=4) çok ciddi derecede etkilediğini bildirmiştir. İdrar kaçıran erkeklerin VAS skor dağılımları ayrıntılarıyla Tablo 43’te ve Şekil 20’de gösterilmiştir.

Tablo 43. İdrar kaçıran erkeklerin uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu vizüel analog skala puan dağılımları

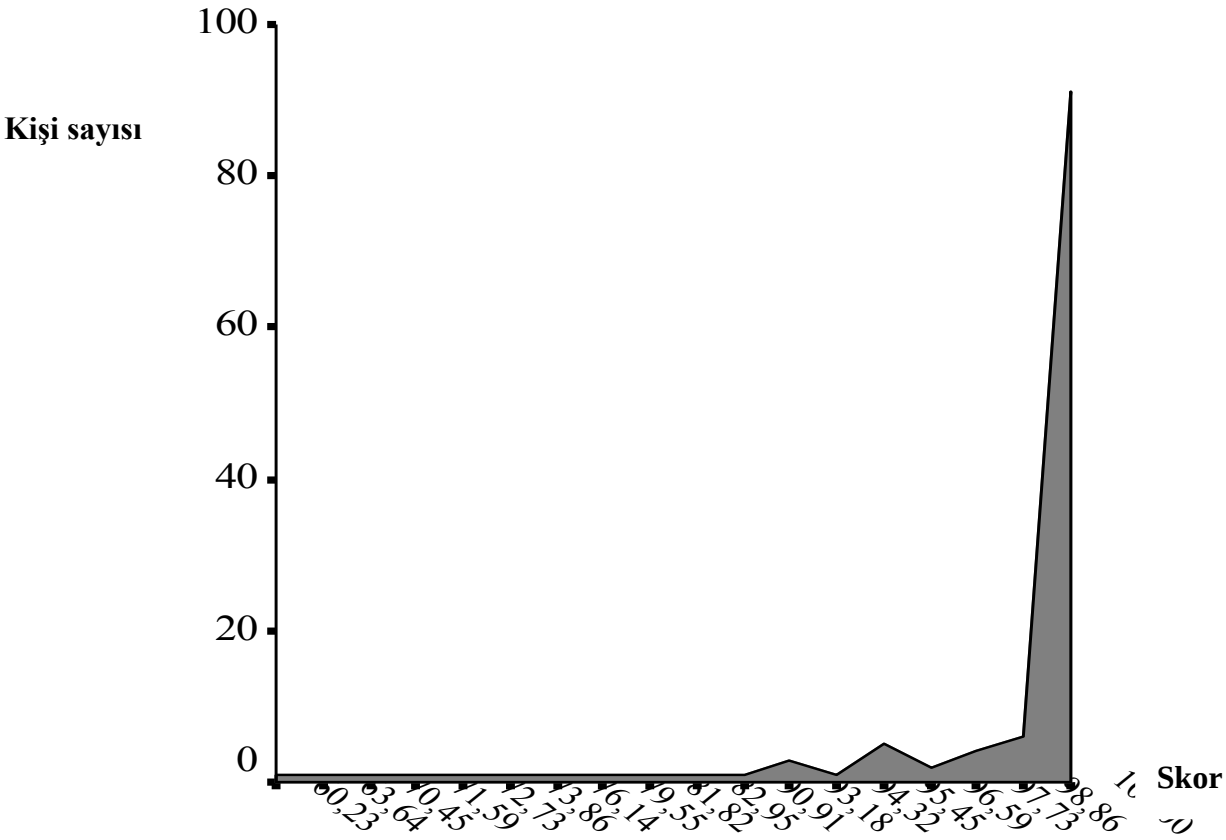
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Vizüel Analog Skala (Yaşam Kalitesi) Skor Grupları	Kişi sayısı	Yüzdesi
Önemsiz Derecede (0)	24	19,5
Ilımlı (1-3)	82	66,7
Orta (4-6)	11	8,9
Ciddi (7-9)	2	1,6
Çok Ciddi Derecede (10)	4	3,3
Toplam	123	100,0



Şekil 20. İdrar kaçıran erkeklerin uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu vizüel analog skala skor dağılımı alan grafiği

İdrar Kaçıran Erkeklerin İnkontinans Yaşam Kalitesi Skorlarının Değerlendirilmesi

İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123) hesaplanan İnkontinans Yaşam Kalitesi **(**I-QOL) Skor dağılımı incelendiğinde dağılımda en yüksek puan 110, en düşük puan ise 70 olarak saptanmıştır. Hesaplanan toplam puan, daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. İdrar kaçıran erkelerin I-QOL skorlarının dağılımına ait alan grafiği Şekil 21'de gösterilmiştir.



Şekil 21. İdrar kaçıran erkek katılımcıların inkontinans yaşam kalitesi skorları dağılım alan grafiği

İdrar kaçırması olan erkek ve kadın katılımcıların (n=350) aldıkları ICIQ-SF skorlarının birlikte değerlendirilmesinde; skoru 8 puan ve üzeri olan katılımcılar rahatsızlık veren idrar kaçırma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen grup olarak değerlendirilmiştir. İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123), %14,6'sı (n=18) ve idrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227), %31,7'si (n=72) rahatsızlık veren idrar kaçırma nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Tüm katılımcılarda (n=1810) bu oran %4,9'dur.

TARTIŞMA

Araştırmamızın Edirne ili kentsel kesimindeki erişkin nüfusun tamamını temsil edici nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Edirne ili kentsel kesimdeki 20 yaş ve üzeri nüfusu yaşa, cinsiyete ve nüfusa orantılı tabakalandırılarak toplamın %1,56'sı olacak şekilde örneklenmiştir. Araştırmamıza katılan katılımcıların yaş ortalamaları 38,1±15,14'dür. Katılımcıların yaş grupları dağılımı 2000 yılı Türkiye nüfus sayımı istatistiklerine paraleldi (119).

Katılımcıların sosyal güvence durumları sorgulandığında en büyük grubun SSK/Bağkur'luların (%50,8) oluşturduğu görülmektedir. Daha sonra Emekli Sandığı (%35,6) Yeşil Kart (%7,1) gelmektedir. %4,5'inin sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Bu veriler Edirne şehir merkezinde il geneline göre sosyal güvencesi olanların çoğunlukta olduğunu ve şehir merkezinde daha çok çalışan işçi ve işçi emeklisi ailelerin ikamet ettiğini göstermektedir.

Araştırmamızda okuryazar olmayan ve okuryazar olup, hiçbir okulu bitirmeyen erişkin oranı %5,5 olup, bunların % 68,7'si kadın, %31,3'ü erkek katılımcılardı. İlkokul mezunu bireylerin ise, %59,7'si kadın, %40,3'ü erkek olarak saptandı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008) kapsamındaki hane halklarında kadınların %33'ü ya hiç eğitim almamış, ya da ilkokulu tamamlamamışken bu rakam erkeklerde % 20'dir. Buna göre Edirne ili kentsel kesimdeki erişkinlerin eğitim durumlarının Türkiye nüfusuna oranla, daha yüksek olduğu söylenebilir (120). Araştırmamızda okuryazar olmama durumu kadınlarda %1,87, erkeklerde %0,99'dur. Bu oranlar Edirne'de 2007 yılında Can (121)'ın yaptığı tez çalışmasındaki oranlarla (kadınlarda %2,7, erkeklerde %0,5) paralellik göstermektedir.

Edirne'de 2001 yılında yapılan çalışmada ise bu oran kadınlarda %7,2, erkeklerde de %1,5, 2002 yılında yapılan çalışmada da kadınlarda %3,5, erkeklerde %0,4 olarak bulunmuştur (122,123). Bu fark örneklem seçiminden kaynaklanıyor olabilir.

Doğurganlık özellikleri incelendiğinde TNSA-2008 verilerine göre 15-49 yaş arası kadınların canlı doğum ortalamaları Türkiye genelinde 2,16'dır (120). Kentsel bölgede bu değer 2,0'a düşmektedir. Bu veri bizim bulgularımızla (1,96±0,92) benzerlik göstermektedir.

Dünya sağlık örgütünün 2002 yılında yaptığı tahminlere göre gelişmiş ülkelerde sigara içme oranı %28,5, gelişmekte olan ülkelerde ise %29,5 olarak bulunmuştur (124,125). Ülkemizde sigaranın en fazla içildiği bölge %33,6 oranı ile Marmara bölgesidir. Karadeniz bölgesi ise %29,9 oranı ile sigaranın en az içildiği bölgedir (126). Araştırmamızda katılımcıların %48,3'ü hiç sigara içmemişti, %16,5'i sigarayı bırakmıştı, %35,1'i halen sigara kullanmaktaydı. Tunç (127) Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler adlı tez çalışmasında %33'ünün sigara içtiğini, %17'sinin sigarayı bıraktığını, %41'inin ise hiç içmediğini saptamıştır. Görüldüğü gibi Edirne ili ile Türkiye'de yapılan çalışmalarda sigara içme oranı oldukça yüksek düzeydedir.

Sigara içiminin cinsiyetle ilişkisine baktığımızda tüm dünyada erkeklerde sigara içme sıklığı %47, bayanlarda %12 bildirilmiştir (128). Sigara alışkanlığı katılımcılarımızda erkeklerde kadınlara nazaran yaklaşık olarak iki kat daha yaygın izlenmiştir. Erkekler sigara kullanmaya hem daha erken yaşlarda başlayarak daha uzun süre etkilerine maruz kalmaktadırlar hem de daha fazla sayıda sigara tüketmektedirler. Araştırmamıza katılan erkeklerin %47,1'inin kadınların %23,2'inin sigara içtiği saptandı. Tunç'un (127) 2007 yılında Edirne'de öğretmenlerde sigara içme durumu ile ilgili araştırmasında da kadınların %31,8'inin, erkeklerin de %34,9'unun sigara içtiği bildirilmiştir.

Sigaraya başlama yaşı araştırmamızda 18,64 ± 4,52 yıl olarak bulunmuş olsa da 7 yaşında bile düzenli olarak sigara kullanmaya başlayan katılımcılara rastlanmıştır. Bu bulgular Tunç'un (127) ve Yalçın'ın (122) Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri adlı tez çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Sigarayı bırakan ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların günlük ortalama içtikleri sigara miktarları sırasıyla 16,36±11,27 ve 16,65±;8,88 olarak bulunmuş olup; bu bulgu Tunç'un (127) 2007 yılında yaptığı araştırmadaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Temininin kolay, kullanımının yasal olması ve eroin, kokain, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş madde olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığıdır (129). Nikotin bağımlılığını ölçmek için halen sigara içen 636

kişinin verdiği yanıtlardan hesaplanan Fagerström testi skorları ortalama 4,15±2,51 puan olarak bulundu ve bu az bağımlılığa denk gelmekteydi. Bu bulgu, Tunç'un (127) (2,77±2,50) ve Musaoğlu'nun (130) (2,67±2,55) çalışmalarında saptanan değerlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu fark örneklem seçiminden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmaya katılan erkeklerin %14,5'inde kadınların %8,2'sinde nikotin bağımlılıkları çok yüksek saptanırken, erkeklerin %21,5'inin kadınların %53,4'ünün nikotin bağımlılıkları çok düşük idi.

Katılımcılardan 1299 kişi (%71,8) alkollü içki kullanmıyordu. Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu 2001 yılındaki raporda da alkol kullanım yaygınlığı %42,6 olarak bildirilmiştir (131). Yalçın'ın (122) Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri adlı tez çalışmasında erişkinlerin %19,9'unun düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir. Cage alkol bağımlılık riski testine göre de alkollü içki kullananların %14,9'unda bağımlılık riski olduğu saptandı. Bu bulgu Musaoğlu'nun (130) Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi adlı tez çalışmasındaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Kadın katılımcıların %8,4'ünün alkollü içki kullandığı, erkek katılımcıların ise %47,9'inin alkollü içki kullandığı saptandı. Çalışmaya katılan kadınların %2,6'sında, erkeklerin %17,0'sinde alkol bağımlılığı riski vardı. Edirne şehir merkezinde 2008 yılında yapılan çalışmada da kadınların %24,1'i, erkeklerin %72,9'nun alkol kullandığı belirlenmiştir (132). Tüm bu bulgular ışığında Edirne'de özellikle erkekler arasında alkol kullanımının yaygın olduğunu söylemek mümkündür.

Obezite hala dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa'da obezite prevalansı %6-20, kadınlarda %6-30 aralığındadır. ABD'de ise erkeklerin %20'si, kadınların %25'i obezdir (133). TNSA-2008 verilerine göre ise kadınların ortalama VKİ'sı 26.7 kg/m^2'dir. Kadınların %58'inin VKİ'si 25.0'ın üzerinde olup, %24'ünün VKİ'si en az 30,0'dur (120). Çalışmamızda kadınların %51,8'inin VKİ'si 25,0'ın üzerinde, %19,6'sının VKİ'sı 30,0'un üzerinde saptanmıştır. Erkeklerin %58,1'inin VKİ'si 25,0'in üzerinde saptanmıştır. Öner'in (134) Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi adlı tez çalışmasının VKİ'si 25,0-29,9 olan erkeklerin (%42,8) ve kadınların (%28,8) oranı araştırmamız ile benzerlik göstermektedir. Erkek katılımcıların VKİ'si ortalaması (25,92±3,62 kg/m^2) TURDEP verileriyle (25,47±4,58 kg/m^2) benzerlik göstermektedir (135).

Anket verileri değerlendirildiğinde tüm kadın katılımcıların (n=901); % 25,20'sinin (n=227) idrar kaçırma problemi olduğu saptandı. İdrar kaçıran kadın katılımcıların yaş ortalaması 51,58±15,27; idrar kaçırmayan kadın katılımcıların yaş ortalaması 39,80±13,80

saptanmıştır. İdrar kaçıran kadın katılımcılar idrar kaçırma tiplerine göre değerlendirildiğinde; %44,5'inin (n=101) stres tipi idrar kaçırması, %18,5'inin (n=42) sıkışma tipi idrar kaçırması, %25,6'sının (n=58) miks tip idrar kaçırması, %11,5'inin (n=26) sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma problemi olduğu bulunmuştur. Kadınlarda idrar kaçırma prevalansı, kadının yaşına ve idrar kaçırma tipine göre değişmekle birlikte, yurt dışında yapılan çalışmalarda %9 ile %72; yurt içinde yapılan çalışmalarda %16,4-%68,8 arasında değişmektedir.

Peyrat ve ark'nın (136) 20-62 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmasında 40 yaşından küçüklerde tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %17,8, stres tipi idrar kaçırmanın %8,1, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %1,4, miks tip idrar kaçırmanın %.8,3 olduğu; 40 yaşından büyüklerde tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %38,5, stres tipi idrar kaçırmanın %17,6, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %1,6, miks tipi idrar kaçırmanın %19,2 olduğu belirlenmiştir.

Uluslararası Kontinans Derneği üçüncü komitesi tarafından hazırlanan 'İdrar Kaçırmanın Doğal Hikayesi ve Epidemiyolojisi' derlemesine göre; 17-79 yaş arası kadınlarda tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %9-%72, 18-90 yaş arası kadınlarda stres, sıkışma ve miks tipi idrar kaçırma prevalansının sırayla %24-%75, %7-%49, %11-%61 arasında olduğu görülmüştür (66).

Bir meta analiz çalışmasında 15 yaşından büyük kadınlarda tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %27,6, stres, sıkışma ve miks tipi idrar kaçırmanın sırayla %50, %14, %32, diğer idrar kaçırma tiplerinin %4 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada 40'lı yaşlarda stres tipi idrar kaçırmanın en yüksek prevalansa, daha sonra göreceli bir şekilde azalarak 80'li yaşlarda en düşük prevalansa sahip olduğu, buna karsın sıkışma ve miks tipi idrar kaçırma prevalansının 40'lı yaşlardan sonra arttığı belirlenmiştir (137).

Espino ve ark.'nın (138), 65 yaş ve üstü (yaş ortalaması 73,3) 1589 Meksika kökenli Amerikalı kadın ile yapılan çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %15, stres tipi idrar kaçırmanın %10, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %33 ve miks tipi idrar kaçırmanın %42 olduğu saptanmıştır.

Hunskaar ve ark.'nın (139) dört Avrupa ülkesinde 18-99 yaş arası 17080 kadında yaptığı çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %35, stres, sıkışma ve miks tipi idrar kaçırma prevalansının sırayla %37, %20, %33 ve diğer idrar kaçırma tiplerinin %10 olduğu, stres tipi idrar kaçırmanın orta yaş grubunda daha fazla görüldüğü; ilerleyen yaşla birlikte sıkışma ve miks tipi idrar kaçırma prevalansının arttığı saptanmıştır.

Ateşkan ve ark.'nın (109) her iki cinsiyeti kapsayan 65 yaş ve üstü (dağılım aralığı: 65-117 yaş) 2000 yaşlı ile yapılan çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının

%44,2 olduğu ve erkeklere göre (%21,5) kadınlarda daha fazla (%57,1) görüldüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınlarda stres tipi idrar kaçırmanın %15,4, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %9,8, miks tipi idrar kaçırmanın %70,1 ve diğer idrar kaçırma tiplerinin %4,8 olduğu saptanmıştır.

Güneş ve ark.'nın (140) 20 yaş ve üstü 459 kadında yaptığı çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %49,7, stres tipi kaçırmanın %41,2, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %34,6 ve miks tip idrar kaçırmanın %24,2 olduğu ve yaş ilerledikçe prevalansın arttığı belirlenmiştir.

Ekin ve ark.'nın (141) 20 yaş ve üzeri 1400 kadında yaptıkları çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %33,7, 20-29 yaş grubunda %12'lik değerle en düşük, 50 ve üzeri yaş grubunda %58'lik değerle en yüksek prevalansa sahip olduğu belirlenmiştir.

Koçak ve ark.'nın (23) 18–92 yaş arası (yaş ortalama 43.60) 1012 kadınla yapılan çalışmasında, tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %23,9, stres tipi idrar kaçırmanın %33,1, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %25,6, miks tipi idrar kaçırmanın %41,3 olduğu ve 70 yaşına kadar miks tipi idrar kaçırmanın, 70 yaşından sonra ise sıkışma tipi idrar kaçırmanın arttığı belirlenmiştir.

Filiz ve ark.'nın (142) yaş ortalaması 33,2 olan 17-65 yaş arası 650 kadında yaptığı çalışmada tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %16,4, stres tipi idrar kaçırmanın %20,8, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %17,9, miks tipi idrar kaçırmanın %61,3 olduğu ve yaş artıkça prevalansın arttığı görülmüştür.

Çetinel ve ark.'nın (143) 214 merkezde yaş ortalaması 44,71 olan ve büyük çoğunluğunu 30-70 yaş arası kadınların olusturduğu 5565 kadın ile yapılan çalışmasında tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının %35,7, stres tipi idrar kaçırmanın %39,8, sıkışma tipi idrar kaçırmanın %24,8, miks tipi idrar kaçırmanın %28,9 olduğu ve yaş artıkça prevalansın arttığı görülmüştür.

Hunskaar ve ark.'nın (66) yapmış olduğu 'İdrar Kaçırmanın Doğal Hikayesi ve Epidemiyolojisi' derlemesinde erkeklerde tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının değerlendirildiği çalışmalar toplanmış olup; prevalansın %2 ile %28 arasında değiştiği ve yaşa bağlı olarak artış gösterdiği görülmüştür. Aynı derlemede birçok çalışmada erkeklerde sıkışma tipi idrar kaçırmanın %40-80 oranlarıyla miks tip idrar kaçırma (%10-30) ve stres tipi idrar kaçırmadan (<%10) baskın olarak görüldüğü ve birçoğunda da sınıflandırılmayan tip idrar kaçırmanın geniş bir bölümünü oluşturduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda erkeklerde idrar kaçırma prevalansını %13,5 olarak saptadık. İdrar kaçırma sıklığı yaşa bağlı olarak artış göstermekteydi. Çalışmamız bu özelliği ile diğer çalışmalarla paralellik göstermekte olup; tipine bakılmaksızın idrar kaçırma prevalansının geniş bir aralıkta verildiği literatür verilerine uygunluk göstermektedir.

İdrar kaçıran erkek katılımcılar idrar kaçırma tiplerine göre değerlendirildiğinde saptanan oranlardan; sıkışma tipi idrar kaçırma oranı (%41,5) Hunskaar ve ark.'nın (66) derlemesinde ki oranlarla benzerlik gösterirken, stres tipi idrar kaçırma oranı (%20,3) daha yüksek, miks tip idrar kaçırma oranı (%6,5) daha düşük olarak saptanmıştır. İdrar kaçırma probleminin büyük bir kısmını benzer şekilde sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma (%31,7) oluşturmaktadır.

Yurt içinde yapılan çalışmalarda yurt dışında yapılan çalışmalara benzer şekilde kadınlarda idrar kaçırma prevalansının geniş bir dağılım aralığında ve erkeklerden daha fazla olduğu, ilerleyen yaşla birlikte prevalansın arttığı ve idrar kaçırma tiplerinin yaşa bağlı olarak değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. İdrar kaçırma ile ilgili prevalans çalışmalarının sonuçları geniş bir dağılım aralığına sahiptir. Bunun en önemli nedenleri idrar kaçırmanın ortak bir tanımının olmaması, yapılan çalışmalara çok genç ve/veya çok yaşlı bireylerin dahil edilmiş olmasıdır. Bizim çalışmamız da, kadın ve erkek katılımcılarda prevalans oranları, yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalara paralel olarak bulunmuş olup, ileri yaşa bağlı olarak idrar kaçırma prevalansı artmaktadır. Erkeklerle ilgili yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeniyle ülkemizde erkeklerde idrar kaçırmaya yönelik daha fazla çalışmanın yapılmasına gerek vardır.

İdrar kaçırmada hangi faktörlerin etkili olduğu konusunda kesin bir fikir birliği yoktur. Risk faktörlerinin değiştirilemeyen ve değiştirilebilen olmak üzere iki baslık altında sınıflandırıldığı görülmüştür. Değiştirilemeyen faktörler arasında kadın cinsiyeti, ileri yaş, beyaz ırktan olma, jinekolojik cerrahi girişim geçirme, prolapsus, kalıtım, gebelik sayısının fazlalığı, doğum yapma, zor doğum, doğum sayısının fazlalığı ve iri bebek öyküsü, menopoz, çocukluk çağı enürezis hikayesi, iki ve daha fazla sayıda kronik hastalığa sahip olma yer almaktadır (23,66,109,140,143,144).

Değiştirilebilen risk faktörleri arasında kilo fazlalığı, alt üriner sistem semptomları sık sistit ve üriner enfeksiyon geçirme, fekal inkontinans, konstipasyon, diüretik kullanımı, kafeinli içecekler ve çay tüketimi, sigara içme, kötü sağlık durumu, bilişsel ve fonksiyonel bozukluklar, diyabet, solunum problemleri, radyasyon tedavisi, çalışma koşulları ve gece uyanıklığının fazla olması yer almaktadır (23,66,109,140,143,144).

Bizim çalışmamızda değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörlerinden literatürde en fazla ele alınan fazla cinsiyet, yaş, gebelik sayısı, doğum yapma, menopoz, çocukluk çağı enürezis hikayesi, kronik hastalık, kilo fazlalığı, sık üriner enfeksiyon geçirme, fekal inkontinans, konstipasyon, sigara ve alkol kullanımı ile medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu incelenmiştir.

Risk faktörlerine yönelik yaptığımız değerlendirmelerde; tüm kadın katılımcılarda eğitim düzeyi düşük, evli/dul/boşanmış, çalışmayan, adet görmeyen, kronik hastalığı bulunan, vücut kitle indeksi 25 ve üzeri olan gruplarda idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Kadın katılımcılarda doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak artmaktadır. Tekrarlayan idrar yolu infeksiyonu, gece idrar kaçırma, konstipasyon, fekal inkontinans öyküsü bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur.

Tüm kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve sigara, alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Erkeklerde idrar kaçırmaya yönelik çalışmaların az olması nedeniyle potansiyel risk faktörleri kesin olarak belirlenmemiştir. Yapılan çalışmalarda yaş, alt üriner sistem semptomları, fonksiyonel ve kognitif bozukluklar, nörolojik hastalıklar, prostatektomi ve diğer faktörler olarak gruplanmıştır (66).

Bizim çalışmamızda erkeklere yönelik potensiyel risk faktörlerinden yaş ve sık üriner enfeksiyon geçirme ile kronik hastalık, çocukluk çağı enürezis hikayesi, kilo fazlalığı, konstipasyon, sigara ve alkol kullanımı, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu incelenmiştir.

Risk faktörlerine yönelik yaptığımız değerlendirmelerde; tüm erkek katılımcılarda eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, kronik hastalığı bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Erkek katılımcılarda idrar kaçırma ile vücut kitle indeksi, konstipasyon, alkol ve sigara kullanımı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, 2004 yılında yapılan uluslar arası inkontinans konsültasyonu tarafından derece A^{yeni} olarak tavsiye edilmektedir (114). Birinci basamak hekimlik uygulamalarında, hekime idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastanın, öncelikle idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde önemli bir form olma özelliğindedir. Hasta-hekim işbirliği kapsamında, tedavisi birinci basamakta düzenlenmiş hastaların tedavisinin

takip ve uygunluğu hekim tarafından kolaylıkla takip edilebilir. Hastanın uygun tedavisi ile başvuru anında hesaplanan ICIQ-SF skorundaki düşme ya da idrar kaçırmanın tamamen sonlanmış olması, birinci basamak hekiminin idrar kaçırma problemine uluslararası standartlara uygun bir yaklaşım sergilediğini gösterir. Çalışmamızda idrar kaçıran kadın katılımcıların ICIQ-SF puan ortalaması 7,21±3,86 olup; idrar kaçırma tipine göre; stres, sıkışma, miks, ve sınıflandırılmayan grupların ortalama ICIQ-SF skorları sırasıyla; 6,72 ± 3,39; 6,33 ±2,0; 8,41± 3,74; 7,84 ± 6,12 olarak saptandı. Koçak ve ark.'nın (23) yapmış olduğu çalışmada tüm grubun ICIQ-SF puan ortalaması 8,92±4,35 olup; idrar kaçırma tiplerine göre; stres, sıkışma, miks grupların ortalama ICIQ-SF skorları sırasıyla; 7,90±4,16; 8,08±3,59; 10,26±4,60 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda idrar kaçıran erkek katılımcıların ICIQ-SF skoru incelendiğinde; grubun ICIQ-SF puan ortalaması 5,76±2,86 olarak hesaplanmıştır.

İdrar kaçıran erkek katılımcıların %14,6'sı ve idrar kaçıran kadın katılımcıların %31,7'si rahatsızlık veren idrar kaçırma nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Tüm katılımcılarda bu oran %4,9'dur.

İdrar kaçıran kadın katılımcıların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu içinde yaşam kalitesini değerlendirme amacıyla kullanılan vizüel analog skalaya verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; grubun vizüel analog skala skoru ortalaması 2,76± 2,22, ortanca 2,00 olarak saptandı. VAS skoruna göre kadın katılımcıların %59,5'i idrar kaçırma probleminin yaşam kalitesini ılımlı olarak etkilediğini, %11,5'i önemsiz derecede etkilediğini, %3,5'i çok ciddi derecede etkilediğini bildirmiştir. Mertoğlu ve ark. (114), 42 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışma da preoperatif yapılması ile elde edilen VAS ve I-QOL skor ortalamaları; postoperatif skor ortalamaları ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde fark bulunmuş olup; her iki ortalama skor arasında güçlü bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Çalışmamızda idrar kaçıran kadınlara ayrı ayrı VAS ve I-QOL yapıldığında elde edilen skorlar birbirleri ile paralellik göstermekteydi.

İdrar kaçıran erkek katılımcıların VAS skorları değerlendirildiğinde; grubun skor ortalaması 2,11±2,12 olarak saptandı. Erkek katılımcıların %66,7'si idrar kaçırma probleminin yaşam kalitesini ılımlı olarak etkilediğini, %19,5'i önemsiz derecede etkilediğini, %3,3'ü çok ciddi derecede etkilediğini bildirmiştir.

SONUÇLAR

Edirne ili kentsel kesimde 20 yaş üstü erişkinlerde üriner inkontinans prevalansı, üriner inkontinansı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte planladığımız bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar, şu şekilde özetlenebilir.

1. Araştırmamızda toplam 1810 kişiye ait verilerin analizi yapıldı. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38,1±15,14'dür. Erişkinlerin yaş dağılımı 20-87 yaş aralığındaydı. Katılımcıların %49,8'inin kadın, %50,2'sinin erkek olduğu tespit edildi.

2. Katılımcıların %2,9'unun okuma yazma bilmediği, %2,6'sının okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi. %22,3'ünün ilkokul, %12,7'sinin ortaokul, %28,7'sinin lise, %30,9'unun üniversite mezunu olduğu saptandı.

3. Tüm bireyler içinde işsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli oranı %29,1 idi. Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %95,5 olarak bulundu. Katılımcıların %74,6'sı evli, %17,9'u bekâr, %7,5'i dul/boşanmış olarak bulundu.

4. Katılımcıların (n=1810) %74,6'sının (n=1350) çocuğu vardı, çocuk sayısı ortalaması 2,00 ± 0,99'du.

5. Katılımcıların sigara kullanım durumları incelendiğinde %48,3'ünün hiç sigara içmediği, %16,5'inin sigarayı bıraktığı, %35,1 sigara içtiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara kullanımı erkekler arasında kadınlara kıyasla daha fazla olarak saptandı. Sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,64±4,52 idi.

6. Fagerström nikotin bağımlılık testinden halen sigara kullanmakta olan katılımcılar ortalama 4,15±2,51 puan almışlardır. Erkek katılımcılarda Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı kadınlardan daha yüksek olarak bulundu. Sigara kullanan katılımcılarımızın %58,8'i çok az ve az bağımlı bulunmuştur.

7. Katılımcıların %28,2'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara oranla istatistiksel olarak daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahipti. Sigara kullananların daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahip oldukları saptanmıştır. Alkol kullanan katılımcıların CAGE alkol bağımlılık riski testine göre %14,9'unda alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık riski olduğu saptandı.

8. Katılımcıların %2,3'ünün düşük kilolu, %42,8'inin normal kilolu, %39,0'unun fazla kilolu, %12,8'inin sınıf I obez, %2,5'inin sınıf II obez, %0,7'sinin aşırı (sınıf III) obez olduğu bulundu. Kadın katılımcıların VKİ değerleri erkek katılımcılarım VKİ değerlerinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

9. Katılımcıların %16,9'unda hipertansiyon, %6,8'inde mide/barsak/karaciğer hastalığı, %6,5'inde diabetes mellitus, %5,6'sında hiperlipidemi, %5,4'ünde bir eklem hastalığı, %4,5'inde bir psikiyatrik hastalık, %4'ünde kalp hastalığı, %4'ünde solunum hastalığı, %1,2'sinde kanser ve %7,5'inde bu kategoriler altında sınıflandırılmayan diğer hastalıklardan biri olduğu öğrenildi.

10. Kadın katılımcıların %25,2'sinin idrar kaçırma problemi olduğu saptandı. İdrar kaçıran kadın katılımcıların yaş ortalaması 51,58±15,27; idrar kaçırmayan kadın katılımcıların yaş ortalaması 39,80±13,80 saptanmıştır. Tüm kadın katılımcılarda idrar kaçırma sıklığının, ileri yaşa bağlı olarak artış gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

11. İdrar kaçıran kadın katılımcıların %44,5'inin stres tipi idrar kaçırması, %18,5'inin sıkışma tipi idrar kaçırması, %25,6'sının miks tip idrar kaçırması, %11,5'inin sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma problemi olduğu bulunmuştur.

12. Tüm kadın katılımcılarda eğitim düzeyi düşük, evli, çalışmayan, adet görmeyen, kronik hastalığı bulunan, vücut kitle indeksi 25 kg/m^2 ve üzeri olan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

13. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, çocuklukta gece idrar kaçırma, konstipasyon, fekal inkontinans öyküsü bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

14. Tüm kadın katılımcılarda idrar kaçırma ve sigara, alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

15. Doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak artmaktadır.

16. İdrar kaçıran kadın katılımcıların ICIQ-SF puan ortalaması 7,21±3,86 olup; idrar kaçırma tipine göre; stres, sıkışma, miks, ve sınıflandırılmayan grupların ortalama ICIQ-SF skorları sırasıyla; 6,72 ± 3,39; 6,33 ±2,0; 8,41± 3,74; 7,84 ± 6,12 olarak saptandı.

17. İdrar kaçıran kadınların; VAS skor ortalaması 2,76±2,22, ortanca 2,00 olarak saptandı.

18. Erkek katılımcıların %13,5'inin idrar kaçırma problemi olduğu saptandı. Tüm erkek katılımcılar arasında yapılan analizde idrar kaçıran erkek katılımcıların yaş ortalaması 51,40±17,50; idrar kaçırmayan erkek katılımcıların yaş ortalaması 41,28±14,57 saptanmıştır. İdrar kaçıran erkek katılımcıların yaş ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

19. İdrar kaçıran erkek katılımcıların %20,3'ünün stres tipi idrar kaçırması, %41,5'inin sıkışma tipi idrar kaçırması, %6,5'inin miks tip idrar kaçırması, %31,7'sinin sınıflandırılmayan tip idrar kaçırma problemi olduğu bulunmuştur.

20. Tüm erkek katılımcılarda eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, kronik hastalığı bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

21. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve çocuklukta gece idrar kaçırma öyküsü bulunan gruplarda, idrar kaçırma sıklığı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

22. Erkek katılımcılarda idrar kaçırma ile VKİ, konstipasyon, alkol ve sigara kullanımı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

23. Erkek katılımcıların ICIQ-SF puan ortalaması 5,76±2,86 olup; idrar kaçırma tipine göre; stres, sıkışma, miks, ve sınıflandırılmayan grupların ortalama ICIQ-SF skorları sırasıyla; 6,52±3,28; 5,70±2,91; 7,62±3,88; 4,97±1,93 olarak saptandı.

24. İdrar kaçıran erkeklerin VAS skor ortalaması 2,11±2,12 olarak saptandı.

25. İdrar kaçıran erkek katılımcıların (n=123), %14,6'sı (n=18) ve idrar kaçıran kadın katılımcıların (n=227), %31,7'si (n=72) rahatsızlık veren idrar kaçırma nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Tüm katılımcılarda (n=1810) bu oran %4,9'dur.

ÖZET

Çoğu kez tedavi edilebilir olmasına rağmen, hastaların doğal bir süreç olarak kabul ettikleri idrar kaçırma yakınmalarını hekime bildirmekte çekinceli davranmaları, hekimlerin anamnez sırasında idrar kaçırma ile ilgili sorgulamayı ihmal etmeleri ya da yüzeysel şekilde yapmaları ve konu hakkında toplumsal bilinçlenmenin henüz tam olarak yerleşmemiş olması nedeniyle, sorunun çözümünde yeterli başarı hala sağlanamamış görünmektedir. Bu nedenle idrar kaçırma nedeniyle tıbbi yardım arama sıklığını arttırma stratejileri de geliştirilmelidir.

İdrar kaçırmanın belki de en önemli olarak değerlendirebileceğimiz sonuçları, psikolojik ve sosyal komplikasyonlarıdır.

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki 20 yaş üzerindeki popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 1810 (909 erkek, 901 kadın) katılımcı üzerinde yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Seçilen örneklemin, tüm evreni temsil etmesine dikkat edildi.

Çalışmamızda kadınların % 25,20'sinin, erkeklerin %13,5'inin idrar kaçırma problemi olduğu saptandı. İdrar kaçırma ve risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, bu alanda yapılmış çalışmalara paralel nitelikteydi.

Sonuç olarak; aile hekimleri idrar kaçırma problemi olan hastaları doğru olarak ayırt etmeli, tanımalı ve tedavi etmelidir. İdrar kaçıran bireylerin çok büyük bir bölümü aile hekimleri tarafından birinci basamakta tanınabilir ve etkili olarak tedavi edilebilir. Konuyla ilgili daha kapsamlı çalışmalara ve ülke genelinde uygulamaya yönelik planlamalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Edirne, İdrar Kaçırma, Prevalans, Risk Faktörleri, Psikolojik ve Sosyal Komplikasyonlar.

PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND RISK FACTORS IN ADULT POPULATION AGED OVER 20 YEARS IN EDIRNE CITY

SUMMARY

Although urinary incontinence is usually treatable, the solution of the problem seems to be insufficient because of the reluctance of patients in informing the doctor about their problem, the ignorance of doctors in investigating urinary incontinence during history taking or being superficial, and the lack of social awareness on incontinence. Therefore, strategies on improving the rate of seeking medical attention regarding urinary incontinence should also be developed.

The most important outcomes of urinary incontinence are mainly psychological and social complications.

This descriptive and cross-sectional study, aiming to determine the prevalence of urinary incontinence and related risk factors, was performed among 1810 participants (909 male and 901 female) over the age of 20 in Edirne.

In our study, 25.20% of female and 13.5% of male participants were determined to have urinary incontinence. Our findings were similar to the studies carried out in this field.

In conclusion, family physicians should notice, diagnose and treat patients with urinary incontinence. The majority of incontinent individuals can be easily diagnosed and effectively treated by family physicians in primary care facilities. More comprehensive studies and planning on practice throughout the country are needed on this topic.

Key words: Edirne, Urinary Incontinence Prevalence, Risk Factors, Psychological and Social Complications.

KAYNAKLAR

1. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Lancet 2006;367:57-67.

2. Dugan E, Cohen J, Robinson D, Anderson R, Preisser J, Suggs P, Pearce K, Poehling U, McGann P. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition specific predictors. Quality of Life Research, 1998;7:337-44.

3. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. Urinary Incontinence And Depression. The Journal Of Urology. 1999;162:82-4.

4. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D, Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. Presented at the Twenty-Second Annual Meeting of the American Urogynecologic Society, Chicago, III, October 25-28, 2001.

5. Ann B, Broome S. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. Health and Quality of Life Outcomes 2003;1:35.

6. Diokno AC, Sand PK, Macdiarmid S, Shah R. and Armstrong RB. Perceptions and behaviours of women with bladder control problems. Family Practice 2006; 23:568–77.

7. Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence, management and impact of urinary İncontinence in the workplace. Occupational Medicine 2005;55:552–7.

8. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007;21(2):321-9.

9. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. New England J. Med. 1996;334(13):835-40.

10. Carr JA, Higginson IJ. Measuring quality of life are quality of life measures patient centered. BMJ 2001;322:1357-60.

11. Jenney EMJ, Campbell S. Measuring quality of life. Arch Dis Child 1997;77:347-50.

12. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim Dergisi 2006;1(2):6-8.

13. Yıldırım A, Ateş M, Bektaş G. Sağlık hizmetlerinin ölçümünde yaşam kalitesi ve yıllara uyarlanan kalite. 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kongre Kitabı, 395-400, Eskişehir, 2002.

14. Carr J A, Gibson B, Robinson P G. Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. BMJ 2001;322:1240-3.

15. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. Age Ageing, 1993;22(2):82-9.

16. Bates P.,Bradley W E.,Glen E.,Melchior H.,Rowan D.,Sterling A.,Hald T. (Chairman) First Report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. British Journal of Urology 1976;48,39-42.

17. Uluslar arası Kontinans Derneği web sitesi http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/About.aspx?ViewID=History

18. Çetinel B. İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans) Tanımlama, Sınıflama ve Tedavisi. İçinde: Üroloji. Eds: Erözenci NA, Ataus S, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004;455-64.

19. Çetinel B, Özkan B, Can C. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. Türk Üroloji Dergisi, 2004;30:332-8.

20. McBride AW. Pathophysiology of stress urinary incontinence. Journal of Pelvic Medicine & Surgery, 2004;10(1):1-7.

21. Ganong WF. Böbrek Fonksiyonları ve İdrar Yapma. İçinde: Ganong Tıbbi Fizyoloji. Çeviren: Doğan A, Barış Kitabevi, İstanbul,1995;785-8.

22. Balcı O, Çapar M. Pelvik taban yetmezliğinin epidemiyolojisi fizyolojisi etyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon, 2005;1(45):5-11.

23. Koçak İ, Okyay P, Dündar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life. Eur Urol, 2005;48:634-41.

24. Peschers UM, DeLancey JOL. Anatomy. In: Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Eds: Haslam J, Laycock J. 2nd,Springer Publishing Company, London, 2008;9-19.

25. Guyton AC, Hall JE. Textbook Of Medical Physiology. Tıbbi Fizyoloji. Çeviren: Çavuşoğlu H, Yegen BÇ, Aydın Z, Alican İ, Nobel Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul,1996;405-9.

26. Pires M. Bladder Elimination and Continence. In: Rehabilitation Nursing. Ed: Hoeman SP, 2nd ed, Mosby St Louis,1996;417-50.

27. Coşkun A. Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. İçinde: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ed: Beji NK, F N Hemşirelik Yüksekokulu Yayın: 5, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2000;1-27.

28. Müslümanoğlu L. Nörojenik Mesane Rehabilitasyonu. İçinde: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Eds: Diniz F, Ketenci A. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000;407-22.

29. Güner H, Yazıcı G. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. İçinde: Ürojinekoloji. Ed: Güner H. 1.Baskı, Atlas Yayıncılık, Ankara,2000;1-10.

30. Gangar E, Allanach V. Gynecological Nursing a Practical Guide. Churchill Livingstone, Edinburg, 2001;2-7, 289-313.

31. Berek JS. Novak's Gynecology. Lippincott Willams &Wilkins, 13 ed, 2002;106-274.

32. Yıldırım M. Topografik Anatomi. Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 2004;289-340.

33. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. Türk Üroloji Dergisi. 2005;31(2):246-52.

34. Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2005;51 (SupplA): A16-118.

35. Erol A, Gürdal M. Medulla Spinalis Yaralanmalarında Nörojenik Mesane Disfonksiyonu. İçinde: Medulla Spinalis Yaralanmaları. Eds: Hancı M, Aydıngöz Ö, Logos Yayıncılık, İstanbul, 2000;383-7.

36. Özerdogan NÖ. Eskisehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yas ve üstü kadinlarda üriner inkontinansin prevalansi, risk faktörleri, yasam kalitesine etkisi (Doktora Tezi) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri;2003.

37. Chancellor MB, Yoshimura N. Mesane ve Üretranın Fizyoloji ve Farmakolojisi. In: Campbell's Urology. Eds: Patrick C,Walsh MD, 8th Çeviren: Tunç A, Demirkesen O, Güneş Kitabevi Ltd Şti., İstanbul, 2005; 831-77.

38. Brooks JD. Alt Üriner Sistem ve Erkek Genital Sistemin Anatomisi. İçinden: Campbell's Urology. Eds: Patrick C, Walsh MD. 8th, Çeviren: Turna B, Semerci B, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., İstanbul, 2005;41–83.

39. Snell RS. Perineum (çeviri: F. Gövsa) YILDIRIM M (Editör). Tıp Fakültesi Öğrencileri için Klinik Anatomi'de. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1998. s.347-80.

40. Wall LL. İnkontinans, Prolapsus ve Pelvis Taban Hastalıkları. İçinde: Novak Jinekoloji. Çeviren: Erk A, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1998;619-77.

41. Yalçın Ö.Pelvik Taban Bozukluklarının Fizyopatolojisi İçinde: Ürojinekoloji. Eds: Güner H, 1. baskı, Atlas Yayıncılık, Ankara, 2000a;11-7.

42. Güner H, Yılmaz E. Pelvik Tabanın Fonksiyonel Anatomisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon, 2005;1(45):1-4.

43. Dursun E. Nörojenik Mesane ve Barsak Fonksiyon Bozuklukları. İçinde: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Eds: Beyazova M, Kutsal YG, Güneş Kitabevi Ankara, 2000;1216-35.

44. Blaivas JG, Groutz A. Üriner İnkontinans Patofizyolojisi Değerlendirilmesi ve Tedavisi. İçinden: Campbell's Urology. Eds: Patrick C, Walsh MD. 8th, Çeviren: Boylu U, Horasanlı K, Miroğlu C, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., İstanbul, 2005;1027–52.

45. Sarkar PK, Ritch ES. Management of urinary incontinence. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2000;25:251-63.

46. Bradway C, Hernly S. Urinary incontinence in older adults admitted to acute care. Geriatric Nursing, 1998;19(2):98-102.

47. Sander R. Promoting urinary continence in residential care. Nursing Standart, 1999;15(14):13-5.

48. Wein AJ. Alt Üriner Sistemin Nöromüsküler Disfonksiyonu ve Tedavisi. İçinde: Campbell's Urology. Eds: Patrick C, Walsh MD. 8th Çeviren: Arıkan N, Güneş Kitabevi Ltd Şti., İstanbul, 2005a;1092-1139.

49. Wein AJ. İşeme Bozukluğunun Patofizyolojisi ve Sınıflaması İçinde: Campbell's Urology. Eds: Patrick C, Walsh MD, 8th , Çeviren: Caşkurlu T, Kiremit CM, Ergenekon E, Güneş Kitabevi Ltd Şti., İstanbul, 2005b;887-930.

50. Busby-Whitehead J, Johnson TM. Urinary incontinence,In: Reichel's Care of the Elderly: Clinical Aspects of Aging. Eds: Reichel W, Gallo JJ,Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, 5th ed., Lippincott Williams & Wilkins, 1999;383-90.

51. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from standardisation sub-committee of the international continence society. Urology, 2003;61: 37-49.

52. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. BJU İnternational, 2003;92:731-5.

53. Lekan-Rutledge D. Urinary incontinence strategies for frail elderly women. Urol Nurs, 2004;24(4);281-3, 287-302.

54. Yalçın Ö. Üriner Inkontinanslara Genel Bakış. İçinde: Ürojinekoloji. Eds: Güner H, 1. baskı, Atlas Yayıncılık, Ankara, 2000b;19-27.

55. Hampel C, Artibani V, Espuna Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, Gavart S, Papanicolaou S. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: A qualitative review of the literature. Eur Urol, 2004;46(1):15-27.

56. Luber KM. The definition, prevalence and risk factors for stress urinary incontinence. Rev Urol, 2004;6 (Suppl 3):3-9.

57. İtil İM. Alt üriner sistem semptomları. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Fiziksel Tıp Rehabilitasyon, 2005;1(45):24-25.

58. Payne CK.Üriner İnkontinans: Cerrahi Dışı Tedavisi In: Campbell's Urology. Eds: Patrick C, Walsh MD, 8th ed, Çeviren: Doran Ş. Güneş Kitabevi Ltd Şti., İstanbul;1069-91.

59. Tarcan T.Üriner sistemin Nörojenik Disfonksiyonları ve Erkek İnkontinansı. İçinden: Temel Üroloji. Eds: Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N, 3. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara. 2007;469-511.

60. Beji NK.Üriner İnkontinans ve Tipleri ve Hasta Değerlendirilmesi. İçinden: Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ed: Beki NK, Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002;75-84.

61. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. JAMA, 2004b;291(8):986-95.

62. Wein AJ. Diagnosis and treatment of the overactive. Urology, 2003;62(5 Suppl 2):20-7.

63. De E, Wilson T. Urinary Incontinence. In: Handbooks of Urology: Diagnosis and Therapy. Eds: Siroky MB, Oates RD, Babayan RK, 3rd ed., Lippincott Williams &Wilkins, 2004;123-41.

64. Wein AJ, Rovner ES. Definition epidemiology of the overactive. Urolog, 2002;60(5 Suppl 1):7-12.

65. Shultz JM. Urinary incontinence. Solving a secret problem. Nursing Management, 2003; (Suppl5-6):9-10.

66. Hunskaar S, Burgio K, Herzog AR, Halmas K, Lapitan MC. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. In: Incontinence. Eds: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Health Publication Ltd, 2nd ed, Vol 2, 2002;165-201.

67. Davilla GW. Urinary incontinence in women. How to help patients regain bladder control. Postgradute Medicine, 1994;96:103-10.

68. Mallett VT, Bump RC. The epidemiology of female pelvic floor dysfunction. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology,1994;6:308-12.

69. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. Journal of Urology, 1991;146: 1255-9.

70. Walters MD. Epidemiology and social impact of urinary incontinence. Clinical Urogynecology, 1993.

71. Yalçın ÖT. Menapozun alt üriner sisteme etkileri. Aktüel Tıp Dergisi. Şubat 2000;Cilt:5, Sayı:2,

72. Kelleher C. Epidemiology and classification of urinary incontinence. Urogynecology (Ed:Cardoza L). New York, 1997;3-23.

73. Milsom I. The prevalence of urinary incontinence. Acta Obsterics and Gynecology. 2000;79:1056-9.

74. Malone L. Lower urinary tract function in late life. Handbook of Neurourology. 1994;349-68.

75. Kondo A, Kato K, Saito M, Otani T. Prevelance of urinery incontinence in females in comparison with stres and urge incontinence. Neurology and Urodynamic. 1990;9:330-1.

76. Wolin L. Stress in young, healthy nulliparous female subjects. Journals of Urology, 1999;101:545-9.

77. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in community: Effects of differences in definition, population charecterics and study type. Journal of American Geriatrics Society,1998;46:473-80.

78. Griebling TL, Nygaard IE. The role of estrogen replacement therapy in the management of urinary incontinence and urinary tract infection in postmenopausal women. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 1997;26:347-60.

79. Pernol ML. Çağdaş obstetrik, jinekolojik teşhis, tedavi. 2. cilt. Barış Kitabevi, İstanbul 1994.

80. Scott JR, Diasia PJ, Hammond CB, Specally WN. Obstetrik ve jinekoloji. (Ed: Prof.Dr. Selçuk Erez). 6. bs. Yüce Yayınları, İstanbul, 1992.

81. Metanyi S. Urinary incontinence in pregnancy and puerperium. Orvorsi Hetilap, 1992;133:2551-3.

82. Bennes C, Gangar K, Cardoza LD, Cutner A. Do progestogenes exarcebate incontinence in women on HRT ? Neurourology and Urodynam,1991;10:316-8.

83. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. American Journal of Public Health, 1999;89:209-12.

84. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study. British Journal of Obstetric and Gynaecology 1990;97:770-9.

85. Sampselle CM. Changes in pelvic muscle strenght and stress urinary incontinence associated with childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 1990;19:371-7.

86. Folspang A, Mommsen S, Lam GW, Elvings L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. Journal of Epidemiology and Community Health, 1992; 46:595-600.

87. Tetzchner T, Sorensen M, Jonson L, Lose G, Christiansen J. Delivery and pudental nerve function. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 1997;76:324-31.

88. Tetzchner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Anal and urinary incontinence after obstetrics anal sphincter rupture. Ugeskr Laeger, 1998;60:3218-22.

89. Victurp L, Lose G, Rolff M, Barfoeed K. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. Obstetrics and Gynecology ,1992;79:945-9.

90. Skonner MM, Thomson WD, Caren VA. Factors associated with risk of urinary incontinence in women. Nursing Research,1994;43:301-6.

91. Keane DP, Winder A, Lewis P. Acombined urodynamic and continence unit-A review of the first 19 years. British Journal of Urology,1993;71:161-5.

92. Rechberger T, Donica H, Baranowski W, Jakowicki J. Female urinary stres incontinence in terms of connective tissue biochemistry. European Journal of Obstetric and Gynaecology and Reproductive Biology,1993;49:187-91.

93. Küçükdikencik B. Üriner inkontinans epidemiyolojisi ve risk faktörleri. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı (Ed: Kızılkaya BN). 1. bs. Emek Matbaacılık, İstanbul, 2002;29-50.

94. Getliffe K. Urinary incontinence: Approaches to care. Primary Halth Care,1996;6:31-6.

95. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. American Journal Obstetrics and Gynaecology, 1992;167:1213.

96. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: A comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. American Journal of Obstetric and Gynaecology,1994;170:579-82.

97. Parys BT, Woolfenden KA, Parsons KF. Bladder dysfunction after simple hysterectomy: Urodynamic and neurological evaluation: European Urology,1990;17:129-33.

98. Brown SJ, Sawaya G, Thom HD, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: A systematic review. Lancet, 2000;356:535-9.

99. Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kılholma P, Hırvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. British Journal of Urology, 1993;72:868-72.

100. Gomel V, Munro MG, Rowe TC. Jinekoloji pratik yaklaşım. (Çev: Doç. Dr. N. Erkut Attar). Özışık Ofset Matbaacılık 1995.

101.Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN. Prevalence of abnormal urodynamic test results in continent women with severe genitourinary prolapse. Obstetrics and Gynecology,1992;79:539-42.

102.Grady M, Kazminski M, Delancey J, Elkins T, McGuiri E. Stress incontinence and cystoceles. The Journal of Urology, 1992;145:1211-3.

103.Kişnişci H, Gökşin E. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.

104.Vale JA, Trott KR, Withfield HH. Post-radiotherapy bladder dysfunction–adenervation disorder? Neurology and Urodynam, 1991;10:349-50.

105.Yarnell JWG, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. Journal of Epidemiology and Community Health, 1981;35,71-4.

106.Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of urinary incontinence in primary care. www.sign.ac.uk

107.Williams R, Elam G. Gynecology. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;685-6.

108.Carr RJ. Üriner İnkontinens, Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi'de (çeviri: E. Özkömür). (Editör:A. Kut).2007;506-18.

109.Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans görülme sıklığı muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. Geriatri, 2000;3:45-50.

110.Thüroff J, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chartier-Kastler E, Hampel P, van Kerrebroeck P. İdrar Kaçırma Kılavuzu. European Association of Urology, 2007; 4-8.

111.Anderson JA, Hensrud DD. Obesity. In: Rakel RE (Ed). Textbook of Family Practice. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2007;1075-88.

112.Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Goyoh M, Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neuroul Urodynam, 2004;23(4):322-30.

113.Özerdoğan N, Beji NK, Yalçin O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. Gynecol Obstet Invest, 2004;58(3):145-50.

114.Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F. ICIQ-Kısa form Türkçe, idrar kaçıran kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmekte yeterli mi? IQOL Formu ile karşılaştırma. Türk Üroloji Dergisi, 2008; 34 (3):332-4.

115.Fagerström K, Scheineder N. Measuring nicotine dependance: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159-82.

116.Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, Bayram G, Uysal O, Yilmaz V. Fagerström test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): 115-21.

117.Ewing JA. Detection alcoholizm. The CAGE questionare. JAMA 1984;252:1905-7.

118.Bush B, Shaw S, Cleary P, Delbanto TL, Aronson MD. Screening for alcoholizm using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987;82:231-5.

119.T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu [Serial Online]. 2010. www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do

120.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Serial Online]. 2010. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf

121.Eneç Can F. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

122.Yalçın BM. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.

123.Şahin ÖÖ. Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler ve Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2003.

124.Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 3. Male smoking, 2002;24-5.

125.Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. World Health Organization. Part One Prevalence and Health, 4. Female smoking, 2002;26-7.

126.METSAR grubu (Kozan Ö, Oğuz A, Erol Ç, Öngen Z, Abacı A, Temizhan A ve ark.) Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) 20.Ulusal Kardiyoloji Kongresi Özet Kitabı, Antalya: 2004;44.

127.Tunç Z. Edirne'de Öğretmenlerin Sigara İçme İle Bırakma Davranışları Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

128.Kaplan K, Jarvis M. Leave the pack behind. WHO, Geneva 1999.

129.Doğan YB. Bağımlılık kavram ve anlayışı. Dilbaz HN (Editör). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı'nda. Ankara: 1998;1-8.

130.Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.

131.Sağlık Bakanlığı (TC). Herkese sağlık, Türkiye'nin hedef ve stratejileri. Özerk Z, Akdur R, Aycan S (editör). Ankara: 2001.

132.Yetim D. Edirne Şehir Merkezinde Kadınlara Yönelik Şiddet Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.

133.Björntorp P (Çeviri: Kahramanoğlu M). International Textbook of Obesity. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti; 2002;7-9.

134.Öner L. Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2002.

135.Yalçın BM, Şahin EM, Yalçın E. Prevalence and epidemiological risk factors of obesity in Turkey. Middle East Journal of Family Medicine, 2004; 6.

136.Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. (2002).Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young women. ProgUrol, 12:52-9.

137.Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynaecol Obstet, 82: 327-338

138.Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Linchtenstein MJ, Markides KP. (2003). Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly.Mexican- American women. J Am Geriatr Soc, 51(11):1580-6.

139.Hunskarr S, Lose J, Sykess D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU International 2004; 93:324-30.

140.Günes G, Günes A, Pehlivan E (2000). Malatya yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans ve etkili faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7 (1):54-57.

141.Ekin M, Karayalçın R, Özcan U, Erdemlioglu E. (2004). The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. Journal Ankara Medical School, 26(1):21-25.

142.Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. (2006). Risk factory for urinary incontinence in Turkish women A cross-sectional study. Saudi Med J, 27(11):1688-92.

143.Çetinel B, Demirkesen O, Yalçin O, Koçak T, Senocak M, İtil İ. (2007).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, 18(6):659-64.

144.Maral I, Ozkardes H, Peskircioglu L, Bumin MA. (2001). Prevalence of stres urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a cross-sectional study. J Urol, 165(2):408-12

EKLER

Ek 1.

EDİRNE İLİ MERKEZİNDE 20 YAŞ ÜSTÜ POPÜLASYONDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVALANSI, ÜRİNER İNKONTİNANSI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Cem ÇETİN
TÜTF Aile Hekimliği AD.

Danışman: Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne şehir merkezindeki 20 yaş üzerindeki popülasyonda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler"i ölçme amacıyla hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

ERKEK ANKETİ

1. **Adı Soyadı:**
2. **Ev Adresi:**
3. **Telefon No:**
4. **Doğum Tarihi:** 19.....
5. **Boy:**
6. **Kilo:**
7. **Sağlık Güvencesi:**
   1.☐Emekli Sandığı 2.☐SSK/ Bağ-Kur 3.☐Özel sigorta
   4.☐Yeşil Kart 5.☐Yok 6.☐Diğer
8. **Eğitim Durumu:**
   1.☐Okur-yazar değil 2.☐Okur-yazar 3.☐İlkokul
   4.☐Ortaokul 5.☐Lise 6.☐Universite
9. **Mesleği/İşi:**
   0.☐Çalışmıyor 1.☐Sağlık çalışanı..... 2.☐Memur.....
   3.☐İşçi..... 4.☐Serbest..... 5.☐Özel sektör.....
   6.☐Diğer.....

10. **Medeni Durumu:**
    1.☐Evli 2.☐Bekar 3.☐Boşanmış 4.☐Dul 5.☐Ayrı yaşıyor
    (Evli değilseniz 16. soruya geçiniz.)

11. **Kaç Yaşında Evlendiniz:** .....yaş
12. **Kaç Kez Evlendiniz:** .....
13. **Evlilik Şekli:** 1. ☐Anlaşarak 2. ☐Görücü usulü
14. **Çocuğunuz var mı?** 0. ☐Hayır 1. ☐Evet
15. **Evet ise, yaşayan çocuk sayısı?** .....

16. **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**
    0.☐Hayır 1.☐Hipertansiyon 2.☐Diabet 3.☐Hiperkolesterolemi
    4.☐Kalp Hast. 5.☐Solunum Hast. 6.☐Mide/barsak/Karaciğer Hast
    7.☐Eklem Hast. 8.☐Kanser 9.☐Psikiyatrik Hast. 10.☐Diğer.....

17. **Halen bu hastalığınız ile ilgili bir ilaç kullanıyormusunuz?**
    0. ☐Hayır 1. ☐Evet

ICIQ-SF / I-QOL

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini bulmaya çalışıyoruz. Aşağıdaki 18 ile 23 arasındaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirseniz minnettar oluruz.

18. **Ne sıklıkla idrar kaçırırsınız?**
    0.☐Hiçbir zaman 3.☐Günde bir kez gibi
    1.☐Haftada bir veya daha seyrek gibi 4.☐Günde birkaç kez
    2.☐Haftada iki veya üç kez 5.☐Her zaman

19. Ne kadar idrar kaçırdığınızı <u>düşündüğünüzü</u> bilmek istiyoruz. <u>Genelde</u> ne kadar idrar kaçırıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)?

0.☐Hiç
2.☐Az bir miktarda
4.☐Orta derecede bir miktarda
6.☐Büyük bir miktarda

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

ICI-Q skoru: toplam skor 1+2+3=

21. İdrar ne zaman kaçar? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

0.☐Hiçbir zaman-idrar kaçmaz
1.☐Siz tuvalete yetişemeden önce kaçar
2.☐Siz öksürürken veya hapşırırken kaçar
3.☐Siz uyurken kaçar
4.☐Siz fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaçar
5.☐Siz işemeyi bitirip giyindiğinizde kaçar
6.☐Belirgin bir neden olmadan kaçar 7.☐Her zaman kaçar

22. Aşağıdaki tariflerden hangisi sizin idrar kaçırmanız için daha uygun?

1.☐damla şeklinde kaçırma
2.☐bazan çamaşır değiştirecek kadar kaçırma
3.☐sürekli ped/bez kullanmak zorunda kalıyorum.
Günde.....defa bez değiştiriyorum

23. Az az yaparak sık sık idrara çıkma ihtiyacınız ve idrarınızı yaparken yanma/ağrı oluyor mu? 0.☐Hayır 1.☐Evet

24. Az az yaparak sık sık idrara çıkma ihtiyacınız ve idrarınızı yaparken yanma/ağrı son yıl içinde iki defadan fazla oldu mu?

0.☐Hayır 1.☐Evet

25. Çocukluğunuzda gece idrarınızı yatağa yapma alışkanlığınız var mıydı?

0.☐Hayır 1.☐Evet.....yaşıma kadar sürdü 2.☐Evet,hala devam ediyor

26. Sık sık kabızlık çeker misiniz? 0.☐Hayır 1.☐Evet

27. Günde kaç bardak çay içiyorsunuz? 0.☐hiç içmem 1.☐ .....bardak

28. Günde kaç fincan kahve içiyorsunuz? 0.☐hiç içmem 1.☐ .....fincan

29. Tuvalete zamanında yetişememe kaygısı duyuyorum.

4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

30. Öksürürken ve hapşırırken idrar kaçırırım diye kaygılanıyorum.

4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

31. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu duyuyorum.

4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

32. Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.

4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

33. Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum.

4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

34. Evimden uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

35. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

36. Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

37. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

38. Tuvalete sık sık gitmek zorunluluğu hissediyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

39. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamak benim için çok önemlidir.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

40. İdrar kaçırma sorunumun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

41. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

42. İdrar kaçırmamdan dolayı utanç duymak ya da küçük düşmekten korkuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

43. İdrar kaçırma sorunum bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

44. İdrar kaçırma sorunum bana çaresizlik hissi veriyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

45. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan zevk alamıyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

46. İdrar kaçırıp, altımı ıslatmaktan dolayı kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

47. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

48. Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

49. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

50. Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

51. Bugüne kadar prostat ameliyatı oldunuz mu?
0.☐ Hayır 1.☐Evet
2.☐Ameliyat olmam gerektiği doktor tarafından önerildi.

52. Prostat yakınmalarınız için ilaç kullanıyor musunuz?
0.☐ Hayır 1.☐Evet

53. Sigara içiyor musunuz?
0. ☐İçmiyorum, daha önce hiç içmedim. (61.soruya geçiniz)
1. ☐ İçmiyorum, bıraktım. 2. ☐Evet, içiyorum.

54. Başlama yaşı: ..... **Bırakma Yaşı:** .....

55. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/ içerdiniz? .....adet

(Bırakanlar 61. soruya geçecek)

56. Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

0. ☐61 dk ve üstü 1. ☐31-60 dk içinde
2. ☐6-30 dk içinde 3. ☐ilk 5dk içinde

57. Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyormusunuz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

58. Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

59. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

60. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?

0. ☐Sabah ilk içtiğim sigara 1. ☐Diğer herhangi biri

61. Alkollü içki kullanıyormusunuz?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

62. Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?

0.☐Hayır 1. ☐Evet

63. İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara insanlara kızdığınız oldu mu?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

64. İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

65. Sinirlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkilerini ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

KADIN ANKETİ

1. **Adı Soyadı:**
2. **Ev Adresi:**
3. **Telefon No:**
4. **Doğum Tarihi:** 19.....
5. **Boy:**
6. **Kilo:**
7. **Sağlık Güvencesi:**
   1.☐Emekli Sandığı 2.☐SSK/ Bağ-Kur 3.☐Özel sigorta
   4.☐Yeşil Kart 5.☐Yok 6.☐Diğer
8. **Eğitim Durumu:**
   1.☐Okur-yazar değil 2.☐Okur-yazar 3.☐İlkokul
   4.☐Ortaokul 5.☐Lise 6.☐Universite
9. **Mesleği/İşi:**
   0.☐Çalışmıyor 1.☐Sağlık çalışanı..... 2.☐Memur.....
   3.☐İşçi..... 4.☐Serbest..... 5.☐Özel sektör.....
   6.☐Diğer.....
10. **Medeni Durumu:**
    1.☐Evli 2.☐Bekar 3.☐Boşanmış 4.☐Dul 5.☐Ayrı yaşıyor
    (Evli değilseniz 19. soruya geçiniz.)

11. **Kaç Yaşında Evlendiniz:** .....yaş
12. **Kaç Kez Evlendiniz: .....**
13. **Evlilik Şekli:** 1. ☐Anlaşarak 2. ☐Görücü usulü
14. **Çocuğunuz var mı?** 0. ☐Hayır 1. ☐Evet
15. **Evet ise, yaşayan çocuk sayısı? .....**
16. **İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız:** .....yaş
17. **Toplam gebelik sayısı**
    0☐0 1☐1 2☐2 3☐3 4☐4 ve daha fazla
18. **Toplam doğum sayısı**
    0☐0 1☐1 2☐2 3☐3 4☐4 ve daha fazla

19. **İlk adet yaşınız:** .....yaş
20. **Hala adet görüyormusunuz?**
    1.☐ Evet 2.☐Hayır menapozdayım 3.☐Hayır hamileyim/lohusayım

21. **Kaç yaşında menopoza girdiniz?** .....yaş
22. **Menapoza ne şekilde girdiniz** ?
    1.☐Kendiliğimden 2.☐Rahim ve yumurtalığım ameliyat ile alındıktan sonra
23. **Menapoza girdikten sonra hormon hapları kullandınız mı ?**
    1.☐Evet, bıraktım 2. ☐Evet, hala kullanıyorum 0.☐Hayır

24. **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**
    0.☐Hayır 1.☐Hipertansiyon 2.☐Diabet 3.☐Hiperkolesterolemi
    4.☐Kalp Hast. 5.☐Solunum Hast. 6.☐Mide/barsak/Karaciğer Hast 7.☐
    Eklem Hast. 8.☐Kanser 9.☐Psikiyatrik Hast. 10.☐Diğer.....
25. **Halen bu hastalığınız ile ilgili bir ilaç kullanıyormusunuz?**
    0. ☐Hayır 1. ☐Evet

ICIQ-SF / I-QOL

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini bulmaya çalışıyoruz. Aşağıdaki 26 ile 31 arasındaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirseniz minnettar oluruz.

26. Ne sıklıkla idrar kaçırırsınız?

0.☐Hiçbir zaman 3.☐Günde bir kez gibi
1.☐Haftada bir veya daha seyrek gibi 4.☐Günde birkaç kez
2.☐Haftada iki veya üç kez 5.☐Her zaman

27. Ne kadar idrar kaçırdığınızı <u>düşündüğünüzü</u> bilmek istiyoruz. <u>Genelde</u> ne kadar idrar kaçırıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)?

0.☐Hiç
2.☐Az bir miktarda
4.☐Orta derecede bir miktarda
6.☐Büyük bir miktarda

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

ICI-Q skoru: toplam skor 1+2+3=

29. İdrar ne zaman kaçar? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

0.☐Hiçbir zaman-idrar kaçmaz
1.☐Siz tuvalete yetişemeden önce kaçar
2.☐Siz öksürürken veya hapşırırken kaçar
3.☐Siz uyurken kaçar
4.☐Siz fiziksel olarak aktifken veya egzersiz yapıyorken kaçar
5.☐Siz işemeyi bitirip giyindiğinizde kaçar
6.☐Belirgin bir neden olmadan kaçar 7.☐Her zaman kaçar

30. Aşağıdaki tariflerden hangisi sizin idrar kaçırmanız için daha uygun?

1.☐damla şeklinde kaçırma
2.☐bazan çamaşır değiştirecek kadar kaçırma
3.☐sürekli ped/bez kullanmak zorunda kalıyorum.
Günde.....defa bez değiştiriyorum

31. Az az yaparak sık sık idrara çıkma ihtiyacınız ve idrarınızı yaparken yanma/ağrı oluyor mu? 0.☐Hayır 1.☐Evet

32. Az az yaparak sık sık idrara çıkma ihtiyacınız ve idrarınızı yaparken yanma/ağrı son yıl içinde iki defadan fazla oldu mu?

0.☐Hayır 1.☐Evet

33. Çocukluğunuzda gece idrarınızı yatağa yapma alışkanlığınız var mıydı?

0.☐Hayır 1.☐Evet.....yaşıma kadar sürdü 2.☐Evet,hala devam ediyor

34. Sık sık kabızlık çeker misiniz? 0.☐Hayır 1.☐Evet

35. Günde kaç bardak çay içiyorsunuz? 0.☐hiç içmem 1.☐ .....bardak

36. Günde kaç fincan kahve içiyorsunuz? 0.☐hiç içmem 1.☐ .....fincan

37. Tuvalete zamanında yetişememe kaygısı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

38. Öksürürken ve hapşırırken idrar kaçırırım diye kaygılanıyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

39. Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

40. Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

41. Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

42. Evimden uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

43. İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

44. Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

45. İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

46. Tuvalete sık sık gitmek zorunluluğu hissediyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

47. İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamak benim için çok önemlidir.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

48. İdrar kaçırma sorunumun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

49. Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

50. İdrar kaçırmamdan dolayı utanç duymak ya da küçük düşmekten korkuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

51. İdrar kaçırma sorunum bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

52. İdrar kaçırma sorunum bana çaresizlik hissi veriyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

53. İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan zevk alamıyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

54. İdrar kaçırıp, altımı ıslatmaktan dolayı kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

55. İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

56. Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

57. İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

58. Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum.
4.☐Çok Fazla 3.☐ Epeyce 2.☐Bir miktar 1.☐Nadir 0.☐Hiç

59.Doğum şekli:

1.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐vakum /kaşık (forseps) doğum
2.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum
3.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum
4.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum
5.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum
6.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum
7.doğum	1☐normal doğum	2☐sezeryan doğum	3☐ vakum /kaşık (forseps) doğum

60.Doğum ağırlıkları:

1.doğum:……. 2.doğum…….3.doğum…….4.doğum……5.doğum

61.Doğumlarınızın herhangi birinde ebe/doktor haznenizi genişletmek için kesme işlemi (epizyotomi) yaptı mı? 0☐Hayır 1☐Evet

62.Hiç karın ameliyatı geçirdiniz mi? 0☐Hayır 1☐Evet

63. Hazneden ameliyat oldunuz mu? 0☐Hayır 1☐Evet

64.İdrar kaçırmanızın doğumla ilişkisi var mı?

0☐Hayır 1☐Evet varsa kaçıncı doğumdan sonra 1 2 3 4 5 6 7

65.Vajina (cinsel bölge) içinde şişlik hissettiğiniz oluyor mu?

0.☐Hayır 1.☐Evet

66.Gün ilerledikçe karnınızın alt bölgesinde ya da vajinanızda (cinsel bölgenizde) ağırlık hissi oluyor mu? 0☐Hayır 1☐Evet

67.Bağırsaklarınızı tamamen boşaltmanızı engelleyen vajinada (cinsel bölgenizde) şişlik oluyor mu? 0☐Hayır 1☐Evet

68.Ayakta iken kötüleşen, uzanma ile azalan vajinanızda (cinsel bölgenizde) rahatsızlık oluyor mu? 0☐Hayır 1☐Evet

69.Büyük abdestimin sızmasından şikayet ediyorum.

1☐Her zaman 2☐Genellikle 3☐Bazen 4☐Seyrek 5☐Asla

70.Bacaklarımın arasında bir top var olduğunu veya topun üzerine oturduğumu hissediyorum.

1☐Her zaman 2☐Genellikle 3☐Bazen 4☐Seyrek 5☐Asla

71.Mesanenizi boşaltmak için pozisyon veya postür değiştirmeye ve zorlamam ve var gücümle yüklenmem gerektiğini hissediyorum

1☐Her zaman 2☐Genellikle 3☐Bazen 4☐Seyrek 5☐Asla

72.Sigara içiyor musunuz?

0. ☐İçmiyorum, daha önce hiç içmedim. (80.soruya geçiniz)

1. ☐ İçmiyorum, bıraktım. 2. ☐Evet, içiyorum.

73.Başlama yaşı: ..... **Bırakma Yaşı:** .....

74.Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/ içerdiniz? .....adet

(Bırakanlar 80. soruya geçecek)

75.Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

0. ☐61 dk ve üstü 1. ☐31-60 dk içinde
2. ☐6-30 dk içinde 3. ☐ilk 5dk içinde

76.Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyormusunuz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

77.Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

78.Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?

0.☐Hayır 1.☐Evet

79. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?

0.☐Sabah ilk içtiğim sigara 1.☐Diğer herhangi biri

80. Alkollü içki kullanıyormusunuz?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

81. Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?

0.☐Hayır 1. ☐Evet

82. İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara insanlara kızdığınız oldu mu?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

83. İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

84. Sinirlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkilerini ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?

0. ☐Hayır 1. ☐Evet

Ek 2.

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU
Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 098
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde 20 Yaş Üstü Popülasyonda Üriner İnkontinans Prevelansı, Üriner İnkontinansı Etkileyen Faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	T.Ü. Araştırma Projeleri (TÜBAP)
	FAZI	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☒ Ulusal ☐ Uluslar arası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	**Belge Adı**	**Tarihi**	**Değişiklik No.su**	**Dili**
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	19.06.2008		☒ Türkçe ☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☒ Türkçe ☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 14 / 11**	**Tarih: 10. 07. 2008**
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Dr. Cem ÇETİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **araştırmaya ilişkin giderlerin T.Ü. Araştırma Projeleri (TÜBAP) tarafından karşılanması koşuluyla** gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi

ÜYELER

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	**Uzmanlık Dalı**	**Kurumu**	**Cinsiyeti**	**İlişki (*)**	**Katılım (**)**	**İmza**
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E H	E H	
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E H	E H	izinli
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	Romatoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E H	E H	izinli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	E H	E H	
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E H	E H	
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Beyhan KARAMANLIOĞLU
Dekan V.