

Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinans, Cinsel Disfonksiyon ve Yaşam Kalitesi

Urinary Incontinence, Sexual Dysfunction and Quality of Life Among Married Women Older than 20, in Ankara Gulveren Health Clinic Region

Emine ÖZDEMİR,^a
Nebahat ÖZERDOĞAN,^b
Dr. Alaattin ÜNSAL^c

^aAnkara Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
^bEskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu
^cHalk Sağlığı AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Eskişehir

Geliş Tarihi/Received: 01.04.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 05.09.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nebahat ÖZERDOĞAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Eskişehir Sağlık Yüksek Okulu,
Eskişehir,
TÜRKİYE/TURKEY
nozerdogan@ogu.edu.tr

ÖZET Amaç: Evli kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) prevalansının saptanması, Üİ ile yaşam kalitesi ve cinsel disfonksiyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma, 15 Mayıs 2008-06 Ekim 2009 tarihleri arasında, Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde ikamet etmekte olan 20 yaş ve üzeri evli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma grubunu 610 kadın oluşturdu. Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket form, yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Üİ varlığı, tipi ve şiddeti Uluslararası Kontinans Topluluğu'nun önerdiği kriterlere göre değerlendirildi. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde SF-36 ölçeği kullanıldı. Cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesinde Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare ve Student-t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi. **Bulgular:** Bu çalışmada, Üİ görülme sıklığı %22.6 ($n = 138$) olarak saptandı. Üİ'si olanların SF-36 ölçeğinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamalarının Üİ'si olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlendi (her bir alan için; $p < 0.05$). Üİ şiddeti arttıkça, kadınların fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı ve sosyal fonksiyon alanlarından aldıkları puan ortalamalarının düştüğü saptandı (her bir alan için; $p < 0.05$). Mikst Üİ'si olanların enerji-canlılık, emosyonel ve fiziksel rol alanlarından aldıkları puan ortalamaları, stress Üİ'si olanlardan daha düşüktü (her bir alan için; $p < 0.05$). Çalışma grubunda cinsel disfonksiyon görülme sıklığı %31.1 ($n = 190$) olarak bulundu. Üİ şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon görülme sıklığı artmakta ($p < 0.05$) idi. Cinsel disfonksiyon görülme sıklığı, en fazla Urge Üİ'si olanlarda bulundu ($p < 0.05$). **Sonuç:** Üİ'nin kadınlar arasında yaygın bir sorun olduğu, yaşam kalitesini ve cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Üİ görülme sıklığının azaltılması için erken evliliklerin önlenmesi önemlidir. Özellikle menopozal dönemde olan, kronik hastalığa sahip, doğum sayısı fazla ve ileri yaşta kadınlarla Üİ'nin belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kadın; üriner inkontinans; yaşam kalitesi; cinsel fonksiyon bozukluğu, fizyolojik

ABSTRACT Objective: To identify urinary incontinence (UI) among married women, evaluate the relationship between UI and quality of life and sexual dysfunction. **Material and Methods:** The study is a cross-sectional research conducted among married women older than 20, who live in the Ankara Gulveren Health Clinic region, between 15th May 2008-06th October 2009. The study group consisted of 610 women. The questionnaire form which was prepared in parallel to the objectives of the study was filled by the women during a face to face interview. The presence of urinary incontinence, the type and severity was evaluated according to the criteria put forth by the International Continence Association. SF-36 scale was used in evaluating the quality of life. Index of Female Sexual Function (IFSF) was used in evaluating sexual function. The data was analyzed using chi-square, Student-t test, one way analysis of variance. Statistical significance was accepted to be as $p < 0.05$. **Results:** In our study the prevalence of UI was identified to be 22.6% ($n = 138$). Among women who suffer from UI, the points in all sections of the SF-36 scale, were lower than women who did not suffer from UI. (for every section; $p < 0.05$). As the severity of UI increased, the average points obtained in the physical function, body pain and social function sections lowered. (for every section; $p < 0.05$). In women with mixed UI, the average points obtained in the energy-livelihood, emotional and physical sections were lower than those of patients with stress UI. (for every section; $p < 0.05$). In the study group the prevalence of sexual dysfunction was identified to be 31.1% ($n = 190$). As the severity of UI increased, the prevalence of sexual dysfunction increased ($p < 0.05$). Sexual dysfunction was most common among patients with Urge UI ($p < 0.05$). **Conclusion:** UI is a common problem among women and effect the quality of life and sexual life. It is important to prevent early marriages for reduce the prevalence of UI. The studies are should be conducted to determine the UI women who with chronic disease in the menopausal period, more than the number of births and older.

Key Words: Female; urinary incontinence; quality of life; sexual dysfunction, physiological

Uluslararası Kontinans Topluluğu [International Continence Society (ICS)] epidemiyolojik çalışmalarda kolaylık sağlaması açısından üriner inkontinansı (Üİ) istemsiz idrar kaçırma şikâyeti olarak tanımlamaktadır.¹ Üİ, kadınlar arasında yaygın olarak görülen ve etkilenmiş bireyler ile onların ailelerinin fiziksel, psikososyal, sosyal ve ekonomik iyilik halini olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur.² Çeşitli ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda, kadınlarda Üİ görülme sıklığının %10-54.8 arasında değiştiği bildirilmektedir.³⁻⁷ Türkiye'de ise kadınlarda Üİ görülme sıklığı %16.4-49.7 arasında değişmektedir.⁸⁻¹⁰

Üİ, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hem tıbbi hem de sosyal bir sorundur. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da, kadınların yaşamında sosyal hayatı, ev hayatını, iş hayatını ve boş zamanlardaki aktiviteleri içeren çok sayıda alanı olumsuz etkilemektedir.¹¹⁻¹³ Genellikle koku, temizlik, sıkıntı, sosyal izolasyon ve cilt irritasyonu gibi sorunlarla anksiyete ve depresyona kadar varan ciddi sağlık problemlerine yol açtığı bilinmektedir.^{14,15} Kadınlar üriner fonksiyonlarını denetleyemedikleri için kendilerini kusurlu ve eksik olarak görmekte, çekicilik ve cinsel gücün yitirildiğini düşünmektedirler. Ayrıca Üİ'si olan kadınların aile üyeleri ile ilişkileri, sosyal etkileşimleri, kişiler arası ilişkileri, kariyerleri ve psikolojik durumları da olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün bu unsurlar, kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.^{2,11,12}

Cinsel fonksiyon bozukluğu, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır.¹⁶ Cinsel fonksiyon bozukluklarının nedenlerinden birinin de Üİ olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalarda, Üİ'nin kadın cinsel fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi olduğu ve bu hasta grubunda cinsel disfonksiyon sıklığının %26-43 arasında değiştiği bildirilmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Üİ'si olan kadın psikolojik baskı, ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu, koku, ıslaklık nedeni ile utanma, azalmış libido, azalmış uyarılma ve istek gibi cinsel disfonksiyona neden olabilecek sorunlardan biri ya da birkaçı ile karşı karşıya kalmaktadır.²⁰⁻²² Ayrıca Üİ'nin neden olduğu depresyon ve anksiyetenin varlığı ve teda-

visinde kullanılan ilaçlar da cinsel fonksiyonu olumsuz etkilemektedir.²³

Üİ, hijyenik pet kullanımı ve özel sağlık yurdu ile hastanelerde verilen bakımı ve tedavinin yüksek maliyetinden dolayı aileler ve ülkeler için ciddi bir ekonomik yük getirmektedir.²⁴ Örneğin; 2000 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Üİ'nin tahmin edilen toplam maliyeti 19.5 milyar dolar olmuştur.²⁵ Ülkemizde kadınların Üİ hakkındaki mahremiyet duyguları ve normal bir durum gibi algılamaları nedeni ile sağlık kuruluşlarına hizmet almak için başvuramaları, sorunun saptanmasına yönelik olarak yapılacak taramaların önemini daha da artırmaktadır. Bu çalışma ile Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde ikamet etmekte olan 20 yaş üzeri evli kadınlarda Üİ prevalansının saptanması, üriner inkontinans ile yaşam kalitesi ve cinsel disfonksiyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, 15 Mayıs 2008-06 Ekim 2009 tarihleri arasında, Ankara İli Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde ikamet etmekte olan 20 yaş ve üzeri evli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Bu araştırmanın etik açıdan uygunluğu Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığının 2008/295 tarih sayılı etik kurul kararı ile onaylandıktan sonra, çalışmanın yürütülebilmesi için Mamak Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığından gerekli izinler alınmıştır. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu 2008 Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

Gülveren Sağlık Ocağının 2007 yılı verilerine göre, bu bölgede ikamet etmekte olan 20 yaş ve üzeri evli kadınların sayısı 1.968'dir. Bu çalışmanın örnek büyüklüğü, olayın görülme sıklığı %25, güven aralığı %95 ve hata payı 0.03 alınarak 573 olarak hesaplanmıştır. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi, Altınevler ve Gülveren olmak üzere iki mahalleyi kapsamaktadır. Yıl ortası 20 yaş ve üzeri kadın nüfusu Altınevler Mahallesi'nde 927, Gülveren Mahallesi'nde ise 1.043 olup, çalışma evrenindeki oranlarına göre Altınevler Mahallesi'nden 301, Gülveren Mahallesi'nden 309 kadın çalışmaya

dâhil edilmiştir. Altınevler Mahallesi'nde 27, Gülveren Mahallesi'nde 17 sokak bulunmaktadır. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele yöntemle her üç sokaktan biri araştırma bölgesi olarak belirlenmiştir. Altınevler Mahallesi'ndeki toplam 27 sokaktan Dutluk, Ayrılan, Koruluk, Dalı, Bodur, Yakalı, İncelen, Sazlı, Meydancık; Gülveren Mahallesi'ndeki toplam 17 sokaktan ise Orhaneli, Gazelhan, Denizli, Caner ve Osmaniye sokakları araştırma bölgesi olarak alınmıştır. Çalışma grubu, gelişigüzel seçilen hanelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 610 kadın ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın gücü %90 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın amacına yönelik literatürden^{3-6,9,26-29} faydalanılarak hazırlanan anket formu, dört bölümden oluşmakta olup, birinci bölüm kadınların bazı sosyodemografik-obstetrik-jinekolojik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, sosyal güvence durumu, ilk evlenme yaşı, doğum sayısı, menopoz durumu, sigara içme, kronik hastalık durumu); ikinci bölüm Üİ öyküsü, tipi ve şiddeti; üçüncü bölüm SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36); dördüncü bölüm ise Kadın Cinsel Fonksiyon Ölçeği ile ilgili soruları içermekte idi.

Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde gelişigüzel olarak seçilen 610 haneye gidilerek 20 ve üzeri yaş grubundan evli kadın bulunan her haneden 1 kişi olmak üzere, toplam 610 kadın çalışma grubuna alınmıştır. Çalışmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş sözlü onam alındıktan sonra, önceden hazırlanan anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında gebe olanlar (12 kadın), ürogenital sistem ile ilgili cerrahi operasyon öyküsü olanlar (8 kadın), algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığı olanlar (3 kadın), üriner ve/veya genital sistem enfeksiyonu olanlarda (7 kadın) cinsel fonksiyon olumsuz etkileneceğinden, bu kadınlar çalışma kapsamına alınmadı. Kapsam dışında kalan kadınların yerine, aynı mahallelerden çalışma kriterlerine uyan 30 kadın gelişigüzel olarak belirlenmiştir.

Üİ varlığı, tipi ve şiddeti, ICS tarafından önerilen kriterlere göre belirlenmiştir. Buna göre, son dört hafta içinde istemsiz idrar kaçırma öyküsü

olanlar Üİ "Var" olarak kabul edilmiştir. Aksırma, öksürme, egzersiz yapma, ağır kaldırma veya fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma şikâyeti olanlar stress üriner inkontinans (SÜİ), herhangi bir uyarı olmadan ve aniden, çok şiddetli idrar yapma hissi ile tuvalete yetişemeyerek idrar kaçırma şikâyeti olanlar urge üriner inkontinans (UÜİ) ve en az bir SÜİ ile bir UÜİ semptomu olanlar mikst üriner inkontinans (MÜİ) "Var" olarak değerlendirilmiştir. İnkontinans şiddeti ise inkontinans olay sayısı ile tanımlanmıştır. İnkontinans olayı haftada birkaç kez ise hafif, günde bir veya iki kez ise orta, günde üç ve daha fazla sayıda ise şiddetli olarak tanımlanmıştır.^{5,30} Bu çalışmada, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için SF-36 ölçeği kullanılmıştır. SF-36 ölçeği, 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır.^{31,32} SF-36, bireyin kendini değerlendirme ölçeği olup, 36 sorudan oluşmakta ve yaşam kalitesini sekiz alanda (fiziksel işlev, fiziksel rol, sosyal işlev, emosyonel rol, mental sağlık, enerjicanlılık, ağrı, genel sağlık algısı) değerlendirmektedir. Ölçekteki alan puanları 0-100 arasında değişmekte olup, puanlar arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi iyi yönde artmaktadır. Çalışmamızda, kadınların cinsel fonksiyon durumlarının değerlendirilmesinde Kadın Cinsel Fonksiyon Sorgulama İndeksi [Index of Female Sexual Function (IFSF)] kullanılmıştır. Kaplan ve ark.³³ tarafından 1999 yılında geliştirilen bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yılmaz ve Er-yılmaz³⁴ tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Bu ölçek ile kadınların son dört haftalık süreçteki cinsel fonksiyon durumu sorgulanmaktadır. Dokuz sorudan oluşan ölçekte sorulardan 1., 2., 3. ve 8.si 6 seçenekli olup, 0-5 puan arasında; 4., 5.. sorular 5 seçenekli olup, 2-10 puan arasında; 6., 7. sorular 5 seçenekli olup, 2-10 puan arasında; 9. soru ise 5 seçenekli olup, 1-5 puan arasında değerlendirilmektedir. Yanıtların derecelendirilmesi 1'den "(Neredeyse hiç ya da hiç)", 5'e kadar "(Hemen hemen her zaman ya da her zaman)", son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunmayanlarda ise 0 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5-45 arasında değişmekte, puanlar arttıkça cinsel fonk-

siyonda da artma olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten 30 ve altında puan alanlar da cinsel disfonksiyonun olduğu kabul edilmektedir.

Bu çalışmada, herhangi bir işte aktif olarak çalışmayanlar (ev kadını, işsiz, emekli, öğrenci) “Çalışmıyor”, herhangi bir işte aktif olarak çalışanlar (memur, işçi, esnaf) ise “Çalışıyor” olarak kabul edilmiştir. Aile gelir durumu, kadınların kendi algılarına göre kötü, orta ve iyi olarak değerlendirilmiştir. Günde en az 1 sigara içenler, “Sigara içiyor”,³⁵ daha önceden hekim tanımlı herhangi bir kronik hastalığı olanlar, “Kronik hastalık öyküsü var” olarak kabul edilmiştir. Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS (versiyon 15.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için ki-kare testi, Student-t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri, istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan kadınların yaşları 20-80 yıl arasında değişmekte olup, yaş ortanca değeri 36 yıl idi. Kadınlardan 176 (%28.9)’sı 20-29 yaş grubunda, 174 (%28.5)’ü 30-39 yaş grubunda, 119 (%19.5)’ü 40-49 yaş grubunda, 141 (%23.1)’i ise 50 ve üzeri yaş grubundadır. Çalışma grubundakilerden 79 (%13.0)’u “Okuryazar/okuryazar değil”, 315 (%51.6)’i ilkokul-ortaokul mezunu, 216 (%35.4)’sı ise lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahipti. Aktif olarak herhangi bir işte çalışanların sayısı 181 (%29.7) idi. Kadınlardan 161 (%26.4)’i aile gelir durumunun kötü, 438 (%71.8)’i orta düzeyde, 11 (%1.8)’i ise iyi olduğunu bildirdi. Sosyal güvencesi olmayanların sayısı 26 (%4.3) idi. Çalışma grubunu oluşturanların ilk evlenme yaşları 15-30 yıl arasında değişmekte olup, evlenme yaşı ortanca değeri 22 yıl idi. İlk evlenme yaşı 18 ve altında olanların sayısı 138 (%22.6), 19-20 yaş grubunda olanların sayısı 291 (%47.7), 21-22 yaş grubunda olanların sayısı 92 (%15.1), 23 ve üzeri yaş grubunda olanların sayısı ise 89 (%14.6) idi.

Doğum sayısı 1 olanlar 135 (%22.1), 2 olanlar 200 (%32.8), 3 olanlar 142 (%23.3), 4 ve üzeri olanlar 86 (%14.1) iken, hiç doğum yapmayan kadın sayısı 47 (%7.7) idi. Çalışma grubundaki kadınlardan 153 (%25.1)’ü menozda olduğunu bildirdi. He-

kim tanımlı herhangi bir kronik hastalık öyküsü olan kadın sayısı 66 (%10.8) idi. Kronik hastalık öyküsü olarak 23 (%34.5) Diabetes mellitus, 20 (%30.3) hipertansiyon, 12 (%18.2) kalp yetmezliği, 11 (%16.7) diğer grubundan hastalık (hipotiroidi, hipertiroidi, romatizmal hastalıklar, bel fıtığı, ülser, astım) vardı. Kadınlardan 165 (%27.0)’i sigara içiyordu. Bu çalışmada Üİ görülme sıklığı %22.6 (n= 138) olarak saptandı. Üİ görülme sıklığı; 20-39 yaş arasındaki kadınlarda 40 yaş ve üzeri kadınlara, lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlarda daha düşük öğrenim düzeyine sahip olanlar ve okuryazar olmayanlara göre, evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanlarda 20 yaş ve üstünlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p < 0.001$). Doğum yapmayanlar ile 1 doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığı açısından bir fark yok iken, 2 ve üzeri doğum yapanlarda doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p < 0.001$). Üİ saptanan ve saptanamayan kadınların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1’de görülmektedir.

Üİ’si olanların SF-36 ölçeğinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamalarının Üİ’si olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulundu (her bir alan için; $p < 0.05$). Çalışma grubunda Üİ saptanan ve saptanamayan kadınların SF-36 ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 2’de görülmektedir.

Çalışmamızda hafif şiddette Üİ’si olanların sayısı 40 (%28.9), orta şiddette olanların sayısı 67 (%48.6), şiddetli olanların sayısı ise 31 (%22.5) idi. Çalışma grubundakilerin SF-36 ölçeğinin alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarının Üİ şiddetine göre dağılımı Tablo 3’te görülmektedir.

Üİ saptanan kadınların inkontinans tipi 102 (%73.9)’sinde SÜİ, 12 (%8.7)’sinde UÜİ ve 24’ünde (%17.4)’sinde ise MÜİ idi. Çalışma grubundaki kadınların SF-36 ölçeğinin alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarının Üİ tiplerine göre dağılımı Tablo 4’te görülmektedir.

Bu çalışmada, cinsel disfonksiyon görülme sıklığı çalışma grubunun tamamında %31.1 (n= 190), Üİ’si olanlarda %52.9 (n= 73), Üİ’si olmayanlarda %24.8 (n= 117) olarak saptanmıştır. Cinsel disfonk-

TABLO 1: Çalışma grubunda üriner inkontinans saptanan ve saptanamayan kadınların bazı sosyo demografik özelliklere göre dağılımı.

Bazı özellikler	Üriner inkontinans				Toplam		İstatistiksel analiz $\chi^2; p$
	Yok		Var		n	%**	
	n	%*	n	%*	n	%**	
Yaş grubu							
20-29	170	96.6	6	3.4	176	28.9	111.708; 0.000
30-39	154	88.5	20	11.5	174	28.5	
40-49	69	58.0	50	42.0	119	19.5	
50 ve üzeri	79	56.0	62	44.0	141	23.1	
Öğrenim düzeyi							
Okuryazar/okuryazar değil	51	64.6	28	35.4	79	13.0	14.672; 0.001
İlkokul-ortaokul	238	75.6	77	24.4	315	51.6	
Lise ve üzeri	183	84.7	33	15.3	216	35.4	
Çalışma durumu							
Çalışmıyor	326	76.0	103	24.0	429	70.3	1.587; 0.208
Çalışıyor	146	80.7	35	19.3	181	29.7	
Aile gelir durumu							
Kötü	122	75.8	39	24.2	161	26.4	0.496; 0.780
Orta	342	78.1	96	21.9	438	71.8	
İyi	8	72.7	3	27.3	11	1.8	
Sosyal güvence durumu							
Yok	23	88.5	3	11.5	26	4.3	1.302; 0.254
Var	449	76.9	135	23.1	584	95.7	
İlk evlenme yaşı							
18 ve altı	86	62.3	52	37.7	138	22.6	25.673; 0.000
19-20	231	79.4	60	20.6	291	47.7	
21-22	78	84.8	14	15.2	92	15.1	
23 ve üzeri	77	86.5	12	13.5	89	14.6	
Doğum sayısı							
0	47	100.0	0	00.0	47	7.7	146.572; 0.000
1	129	95.6	6	4.4	135	22.1	
2	172	86.0	28	14.0	200	32.8	
3	94	66.2	48	33.8	142	23.3	
4 ve üzeri	30	34.9	56	65.1	86	14.1	
Menopoz durumu							
Yok	392	85.8	65	14.2	457	74.9	73.439; 0.000
Var	80	52.3	73	47.7	153	25.1	
Hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık öyküsü							
Yok	438	80.5	106	19.5	544	89.2	26.645; 0.000
Var	34	51.5	32	48.5	66	10.8	
Sigara							
İçmiyor	338	76.0	107	24.0	445	73.0	1.900; 0.168
İçiyor	134	81.2	31	18.8	165	27.0	
Toplam	472	77.4	138	22.6	610	100.0	

* Satır yüzdesi alınmıştır.

** Sütun yüzdesi alınmıştır.

TABLO 2: Üriner inkontinans saptanan ve saptanamayan kadınların ların SF-36 ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları.

Alanlar	SF-36 puanı			İstatistiksel analiz t; p
	Üriner inkontinans			
	Yok (n= 472) (X ± SD)	Var (n=1 38) (X ± SD)		
Fiziksel fonksiyon	84.06 ± 21.55	64.38 ± 24.48		9.139; 0.000
Fiziksel rol kısıtlılığı	58.37 ± 11.55	47.04 ± 14.41		9.556; 0.000
Vücut ağrısı	74.07 ± 18.31	58.37 ± 16.99		9.001; 0.000
Genel sağlık	64.69 ± 14.38	40.69 ± 16.08		16.781; 0.000
Enerji-canlilik	55.99 ± 14.33	45.91 ± 12.57		7.464; 0.000
Sosyal fonksiyon	63.75 ± 15.03	51.77 ± 13.12		8.466; 0.000
Emosyonel rol kısıtlılığı	60.74 ± 10.39	50.00 ± 15.32		9.496; 0.000
Mental sağlık	64.61 ± 11.95	58.96 ± 10.19		5.048; 0.000

siyon saptanan ve saptanamayan kadınların Üİ varlığı, tipi ve şiddetine göre dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Üİ görülme sıklığı %22.6 olarak saptanmıştır. Bazı ülkelerde yapılan çalışmalarda, kadınlarda Üİ görülme sıklığının %10-54.8 arasında değiştiği rapor edilmiştir.⁴⁻⁷ Türkiye'de ise kadınlarda Üİ görülme sıklığı %16.4-49.7 arasında değişmektedir.⁸⁻¹⁰ Üİ prevalansı ile ilgili olarak bildirilen farklı sonuçlar, Üİ tanımındaki farklılıklar, tarama yöntemlerindeki değişiklikler ve çalışma gruplarının farklı özelliklerde olması ile açıklanabilir.

Yaş ilerledikçe mesane kapasitesi, boşaltımı ereteleme yeteneği, maksimum üretral kapanma basıncı ve idrar akış hızının azalması yaşlı kadınlar arasında Üİ'nin daha yaygın görülmesine neden olmaktadır.³⁶ Çalışmamızda da Üİ görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığı, ancak 40-49 ile 50 ve üzeri yaş grubu arasında bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, yaş ilerle-

TABLO 3: SF-36 ölçeğinin alt alanlarından alınan puan ortalamalarının üriner inkontinans şiddetine göre dağılımı.

Alanlar	SF-36 puanı			İstatistiksel analiz F; p
	Üriner inkontinans şiddeti			
	Hafif (n= 40) (X ± SD)	Orta (n= 67) (X ± SD)	Şiddetli (n= 31) (X ± SD)	
Fiziksel fonksiyon	75.38 ± 18.82	64.33 ± 22.61	50.32 ± 28.01	10.405; 0.000
Fiziksel rol kısıtlılığı	48.96 ± 15.12	47.14 ± 14.40	44.35 ± 13.50	0.893; 0.412
Vücut ağrısı	66.81 ± 15.09	55.36 ± 15.96	54.01 ± 18.08	7.685; 0.000
Genel sağlık	43.25 ± 13.80	41.12 ± 15.83	36.45 ± 18.81	1.623; 0.201
Enerji-canlilik	49.38 ± 8.64	45.00 ± 11.15	43.39 ± 18.09	2.364; 0.098
Sosyal fonksiyon	57.78 ± 11.59	49.09 ± 12.41	49.82 ± 14.31	6.405; 0.002
Emosyonel rol kısıtlılığı	50.28 ± 15.30	50.08 ± 15.28	49.46 ± 15.93	0.026; 0.974
Mental sağlık	61.70 ± 8.59	57.55 ± 10.79	58.45 ± 10.36	2.161; 0.119

TABLO 4: SF-36 ölçeğinin alt alanlarından alınan puan ortalamalarının üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı.

Alanlar	SF-36 puanı			İstatistiksel analiz F; p
	Üriner inkontinans tipi			
	Stress (n= 102) (mean ± SD)	Urge (n= 12) (mean ± SD)	Mikst (n= 24) (mean ± SD)	
Fiziksel fonksiyon	70.10 ± 21.20	50.83 ± 26.36	46.88 ± 26.49	12.578; 0.000
Fiziksel rol kısıtlılığı	51.39 ± 14.58	47.96 ± 14.71	40.97 ± 11.50	2.964; 0.055
Vücut ağrısı	59.74 ± 17.27	55.19 ± 18.81	54.17 ± 14.44	1.281; 0.281
Genel sağlık	42.92 ± 20.72	41.03 ± 15.21	38.13 ± 17.56	0.440; 0.645
Enerji-canlilik	47.60 ± 10.57	44.17 ± 21.62	39.58 ± 13.10	4.266; 0.016
Sosyal fonksiyon	52.61 ± 14.07	48.15 ± 9.86	50.00 ± 9.83	0.886; 0.415
Emosyonel rol kısıtlılığı	55.56 ± 14.98	50.87 ± 15.35	43.52 ± 13.87	3.201; 0.044
Mental sağlık	59.88 ± 9.01	57.00 ± 14.68	56.00 ± 11.97	1.669; 0.192

TABLO 5: Cinsel disfonksiyonlu olan ve olmayan kadınların üriner inkontinans varlığı, tipi ve şiddetine göre dağılımı.

Üriner inkontinans varlığı, tipi, şiddeti	Cinsel disfonksiyon				Toplam		İstatistiksel analiz X ² ; p
	Yok		Var		n	%**	
	n	%*	n	%*			
Üriner inkontinans varlığı							
Yok	355	75.2	117	24.8	472	77.4	
Var	65	47.1	73	52.9	138	22.6	39.344; 0.000
Toplam	420	68.9	190	31.1	610	100.0	
Üriner inkontinans tipi							
Stres	60	58.8	42	41.2	102	73.9	
Urge	1	8.3	11	91.7	12	8.7	24.125; 0.000
Mikst	4	16.7	20	83.3	24	17.4	
Üriner inkontinans şiddeti							
Hafif	31	77.5	9	22.5	40	29.0	
Orta	30	44.8	37	55.2	67	48.5	
Şiddetli	4	12.9	27	87.1	31	22.5	32.201; 0.000
Toplam	65	47.1	73	52.9	138	100.0	

* Satır yüzdesi alınmıştır.

** Sütun yüzdesi alınmıştır.

dikçe Üİ görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir.^{1,10,6,37} Çalışma grubundaki kadınların öğrenim düzeyi arttıkça, Üİ görülme sıklığının anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır. İleri yaşlardaki kadınların öğrenim düzeylerinin genç yaştaakilere göre daha düşük olması nedeni ile bu ilişkide belirleyici faktörün yaş olduğu söylenebilir. Bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir.^{26,38} Çalışma yaşamı kadınların günlük aktivite düzeylerini arttırmakta, çalışmayanlara göre yaşam tarzlarını farklılaştırmaktadır. Çalışmayan kadınlarda var olduğu düşünülen sedanter yaşam tarzı, Üİ gelişimi açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir.³⁶ Ancak, çalışmamızda aktif olarak herhangi bir işte çalışan kadınlar ile çalışmayanlar arasında Üİ görülme sıklığı açısından bir fark bulunmamıştır. Sosyal güvence varlığı kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını arttırmakta, bu durum kişilerin genel sağlık durumlarına olumlu katkı sağlayabilmektedir. Buna karşın, çalışmada sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında Üİ görülme sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır.

Kadının yaşamında ailenin gelir durumu; sağlık hizmetlerinden yararlanma, genel sağlık ve doğurganlık gibi pek çok faktörü etkilemektedir. Aile gelir durumunun Üİ görülme sıklığına etkisi ince-

lendiğinde; aile gelir durumu ile Üİ görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Koçak ve ark.⁹ ile Oh ve ark.^{nın}³⁸ yaptıkları çalışmalarda da, kadınlar arasında Üİ ile aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı rapor edilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturanlar arasında ilk evlenme yaşı 18 ve altında olanlarda Üİ görülme sıklığı, diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum, 18 yaş altı erken evlenen kadınlarda adölesan gebelik ve doğumların yaygınlığı ve doğum sayılarının fazla olması ile açıklanabilir. Çok doğum yapanlarda pelvik taban kaslarında zayıflama sonucu Üİ ortaya çıkmasının daha kolay olacağı açıktır. Nitekim doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının da arttığını bildiren çalışmalar vardır.^{6,8,39} Bizim çalışmamızda, hiç doğum yapmayanlar ile 1 doğum yapanlarda Üİ görülme sıklığı açısından bir fark yok iken, doğum sayısı 2'den itibaren arttıkça, Üİ sıklığının da istatistiki olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Danforth ve ark.,⁶ Groutz ve ark.⁴⁰ ile Akgün ve ark.^{nın}⁴¹ yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Kadınlarda pelvis tabanı "pubococygeus" kasında, mesane üçgeninde, distal ve proksimal üretranın skuamöz epitelinde

östrojen reseptörleri çok yoğundur. Menopoz sonrası dolaşımdaki östrojenin azalması, yaşlanma ile beraber alt idrar yolunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve östrojen reseptörlerinin eksikliği Üİ sıklığının artması ile ilişkilidir.⁴² Bizim çalışmamızda da menopozda olanlarda Üİ görülme sıklığı, olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da, benzer sonuçlar rapor edilmiştir.^{6,43,44} Menopoz ile Üİ sıklığı arasında bir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır.^{26,38}

Hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık öyküsü olanlarda Üİ sıklığı, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda da, herhangi bir kronik hastalığı olanlarda Üİ görülme sıklığının olmayanlara göre yüksek bulunduğu bildirilmektedir.^{6,9,26} Sigara içenler arasında Üİ prevalansının artması, sigara içenler arasında sert ve sık öksürük, sigaranın antiöstrojenik etkisi ve kollajen sentezini bozması ile açıklanmaktadır.⁴⁵ Hannestad ve ark. yoğun bir şekilde tüketilen sigaranın Üİ üzerinde etkisinin olduğunu rapor etmişlerdir.⁴⁶ Oysa bizim çalışmamızda, sigara içenler ile içmeyenler arasında Üİ sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, sigara içme ile Üİ sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.^{10,47,48}

Üİ, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. İdrar kaçırmanın başkaları tarafından fark edilmesi ve idrar kokma, kendini sürekli ıslak hissetme, tuvalete yetişememe korkusu kadınlarda sıkıntı, kendine saygıda azalma, günlük yaşam aktivitelerinde sınırlama, sosyal izolasyona neden olarak emosyonel ve psikolojik iyilik halini bozduğu, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir.^{12,26,49} Bu çalışmada da Üİ'si olanların SF-36 ölçeğinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamaları Üİ'si olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Üİ'si olanların sağlıklı ilişkili yaşam kaliteleri Üİ'si olmayanlara göre daha kötü idi. Yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir.⁵⁰⁻⁵² Özerdoğan ve ark., Üİ'si olan kadınlarda yaşam kalitesinin çoğu alanlarda olumsuz etkilendiğini, fakat en fazla etkilenmenin sosyal

sıkıntı alanında olduğunu rapor etmişlerdir.²⁶ Oh ve Ku yaptıkları çalışmada, SF-36 ölçeğine göre alınan puanların fiziksel rol kısıtlılığı, enerji-canlılık, mental sağlık ve vücut ağrısı alanlarında daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir.⁵³ Araki ve ark., Üİ'si olanların SF-36 ölçeğinin enerji-canlılık ve mental sağlık alanları dışında diğer alanlardan aldıkları puanların daha düşük bulunduğunu belirlemişlerdir.⁵⁴

Bu çalışmada, Üİ saptanan kadınların SF-36 ölçeği göre fiziksel fonksiyon alanından aldıkları puan ortalamaları, inkontinans şiddeti arttıkça istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmakta idi. Orta ve şiddetli Üİ'si olanların ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarından aldıkları puan ortalamalarının, hafif şiddette Üİ'si olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. Kadınların fiziksel rol, genel sağlık, enerji/canlılık, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile Üİ şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ünsal ve ark.nın çalışmasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre kadınların tüm alanlardan aldıkları puan ortalamaları, şiddetli Üİ olgularında daha düşük olmasına rağmen, Emosyonel Rol Kısıtlılığı ve Mental Sağlık alanları puan ortalamaları ile Üİ'nin şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmadığı, diğer alanlarda ise Üİ şiddeti ile puan ortalamaları arasında ters ve önemli bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir.⁵⁰ Özerdoğan ve ark.²⁶ ile Tennstedt ve ark.nın⁵⁵ yaptıkları çalışmalarda da, kadınlarda Üİ şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinde azalma olduğu rapor edilmiştir.

Çalışma grubundaki kadınların SF-36 ölçeğinin sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık ve mental sağlık alanlarından aldıkları puan ortalamaları ile Üİ tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktu. Enerji-canlılık ve emosyonel rol alanlarından alınan puan ortalamaları MÜİ'si olanlarda SÜİ'si olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. UÜİ'si ve MÜİ'si olanların fiziksel fonksiyon alanından aldıkları puan ortalamasının SÜİ'si olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı. MÜİ'si olanların fiziksel rol alanından aldıkları puan orta-

lamasının SÜİ'si olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Yapılan bazı çalışmalarda UÜİ'si olan kadınların SÜİ'si olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları bildirilmiştir.^{51,56} Bazı çalışmalarda ise MÜİ'si olanların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu rapor edilmiştir.^{9,26,54} Ünsal ve ark.nın çalışmasında kadınlarda SF-36'nın tüm alanlarında en düşük puan ortalamalarının MÜİ'si olanlarda bulunduğu saptanmıştır. Üİ tiplerine göre emosyonel rol kısıtlılığı, enerji-canlılık ve mental sağlık alanlarında elde edilen puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı, diğer alanlarda ise en düşük puan ortalamalarının MÜİ'si olanlarda bulunduğu rapor edilmiştir.⁵⁰ Çeşitli çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar, çalışmaların farklı ülkeler ve farklı yaş gruplarında yapılması, farklı tanı yöntemlerinin kullanılması, yaşam kalitesinin farklı ölçekler ile değerlendirilmesinden kaynaklanmıştır olabilir.

Üİ ve cinsel disfonksiyon arasında önemli bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir.^{18,56,57} Kadınlarda cinsel disfonksiyon etiolojisi multifaktöriyeldir.⁵⁸ Ayrıca, Üİ ve pelvik organ prolapsusu gibi pelvik taban hastalıklarının cinsel fonksiyonu etkilediği rapor edilmiştir.^{57,59} Üİ'de cinsel ilişki sırasında disfonksiyona neden olan bazı etkenlerin ilişki sırasında idrar kaçırma korkusu, vulvestibüler bölgede idrarın neden olduğu dermatitten dolayı disparoni, koku, öz saygıda ve libidoda azalma olduğu bilinmektedir.^{21,60} Bu çalışmada Üİ'si olanlarda cinsel disfonksiyon görülme sıklığının, Üİ'si olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, Üİ'si olan kadınların daha yüksek sıklıkta cinsel disfonksiyona sahip oldukları rapor edilmiştir.^{18,19,61,62} İdrar kaçırmanın şiddetine bağlı olarak kadında yarattığı fizyolojik ve psikolojik yakınmaların artması cinsel fonksiyonu olumsuz etkilemektedir. Kadınlarda Üİ şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon görülme sıklığının da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Handa ve ark.nın çalışmasında da benzer sonuç rapor edilmiştir.⁵⁷

Çalışma grubundakilerde cinsel disfonksiyon görülme sıklığının, en az SÜİ'si olanlarda, en fazla ise UÜİ'si olanlarda olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır. Bu durum kaçırılan idrar miktarının UÜİ'si olanlarda SÜİ'si olanlara göre daha fazla olmasıyla açıklanabilir.²⁴ Sen ve ark.nın yaptıkları çalışmada, cinsel disfonksiyon sıklığının MÜİ'si olanlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Salonia ve ark. yaptıkları bir çalışmada, düşük cinsel arzunun SÜİ'si olanlarda daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir.¹⁸

Sonuç olarak bu çalışmada, Üİ'nin evli kadınlar arasında önemli bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. İleri yaşlarda, düşük öğrenim düzeyine sahip olanlarda, ilk evlenme yaşı küçük olanlarda, doğum sayısı 2 ve daha fazla olanlarda, menopoza girenlerde ve hekim tanıli herhangi bir kronik hastalık öyküsü olanlarda Üİ görülme sıklığı daha yüksekti. Üİ'si olanların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu, Üİ şiddeti arttıkça kadınların yaşam kalitelerinin daha da bozulduğu ve MÜİ'si olanların yaşam kalitelerinin diğer Üİ tiplerine sahip olanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Üİ'si olanlarda cinsel disfonksiyon görülme sıklığının da oldukça yüksek olduğu, Üİ şiddeti arttıkça cinsel disfonksiyon görülme sıklığının da arttığı, cinsel disfonksiyonun UÜİ'si olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; Üİ görülme sıklığının azaltılması için erken evliliklerin önlenmesi önemlidir. Özellikle menopozal dönemde olan, kronik hastalığa sahip, doğum sayısı fazla ve ileri yaşta kadınlar yapılan sağlık kontrollerinde Üİ'nin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması, Üİ'nin tanınması ve tedavisini sağlayacaktır. Üİ nedeni ile olumsuz etkilenen yaşam kalitesi artırılabilir. Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içerisindedir. Bu nedenle Üİ'ye bağlı yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini önlemede eğitici, bakım verici ve araştırmacı rolleriyle hemşirelere önemli görev düşmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2002;21(2):167-78.
- Donovan JL, Badia X, Corcos J, Gotth M, Kelleher C, Naughton M, et al. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed.* Plymouth: Health Publication; 2002. p.267-316.
- Hunskar S, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Hjalmas K, Lapitan MC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. 2nd ed.* Plymouth: Health Publication; 2002. p.165-201.
- El-Azab AS, Mohamed EM, Sabra HI. The prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life among Egyptian women. *NeuroUrol Urodyn* 2007;26(6):783-8.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000;53(11):1150-7.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(2):339-45.
- Yip SK, Chung TK. Treatment-seeking behaviour in Hong Kong Chinese women with urinary symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14(1):27-30.
- Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Med J* 2006;27(11):1688-92.
- Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol* 2005;48(4):634-41.
- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. [Urinary incontinence prevalence among adult women in the area of Yesilyurt]. *Turgut Özal Med Cent J* 2000;7(1):54-7.
- Chiapparino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V; Gruppo Interdisciplinare di Studio Incontinenza Urinaria (GISIU). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *Eur Urol* 2003;43(5):535-8.
- Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003;92(7):731-5.
- Ip WY, Chien WT, Chan CL. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *J Adv Nurs* 2003;42(2):151-8.
- 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.
- Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, et al. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(4):413-6.
- World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: WHO; 1992. p.1244.
- Hansen BL. Lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *Eur Urol* 2004;46(2):229-34.
- Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004;45(5):642-8.
- Sen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A, et al. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Adv Ther* 2006;23(6):999-1008.
- Achtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(6):993-1008.
- LeCroy C. Urinary incontinence occurring during intercourse: effect on sexual function in women. *Urol Nurs* 2006;26(1):53-6.
- Urwitz-Lane R, Ozel B. Sexual function in women with urodynamic stress incontinence, detrusor overactivity and mixed urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(6):1758-61.
- Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008;29:89-106.
- Newman KD, Dzurinko M, Diokno CA. The Urinary Incontinence Sourcebook. 1st ed. Los Angeles, California: Lowell House; 1999. p.349.
- Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* 2004;63(3):461-5.
- Ozerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004;58(3):145-50.
- Aslan G, Köseoğlu H, Sadık O, Gimen S, Cihan A, Esen A. Sexual function in women with urinary incontinence. *Int J Impot Res* 2005;17(3):248-51.
- Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175(2):654-8.
- Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382-95.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61(1):37-49.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
- Kocycigit H, Aydemir O, Olmez N, Memis A. [Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36)]. *Turkish J Drugs Therapy* 1999;12(2):102-6.
- Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999;53(3):481-6.
- Yılmaz CA, Eryılmaz HY. [The study of reliability and validity of index of female sexual function]. *Androloji Bülteni* 2004;18:275-6.
- World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO; 1998. p.77.
- Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallet VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In: Abrams P, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence. 1st International Consultation on Incontinence.* Plymouth: Health Publication; 1999. p.197-226.
- Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med* 2005;165(5):537-42.
- Oh SJ, Hong SK, Son H, Paick JS, Ku JH. Quality of life and disease severity in Korean women with stress urinary incontinence. *Urology* 2005;66(1):69-73.
- Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Fam Physician* 2005;51:84-5.

40. Groutz A, Gordon D, Keidar R, Lessing JB, Wolman I, David MP, et al. Stress urinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. *NeuroUrol Urodyn* 1999;18(5):419-25.
41. Akgün G, Süt N, Balkanlı Kaplan P. [Prevalance of the urinary incontinence in women older than 40 years and influence of their QOL]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(6):378-86.
42. Blakeman PJ, Hilton P, Bulmer JN. Mapping estrogen and progesterone receptors throughout the female lower urinary tract. *NeuroUrol Urodyn* 1996;15:324-5.
43. Manonai J, Poowapirom A, Kittipiboon S, Patrachail S, Udomsubpayakul U, Chittacharoen A. Female urinary incontinence: a cross-sectional study from a Thai rural area. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(4):321-5.
44. Oskay UY, Beji NK, Yalçın O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(1):72-8.
45. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167(5):1213-8.
46. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCOT Study. *BJOG* 2003;110(3):247-54.
47. Burgio KL, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. *J Urol* 1991;146(5):1255-9.
48. Samsioe G, Heraib F, Lidfeldt J, Nerband C, Lindholm L, Agardh G, et al. Urogenital symptoms in women aged 50-59 years. Women's Health in Lund Area (WHILSA) Study Group. *Gynecol Endocrinol* 1999;13(2):113-7.
49. Pang MW, Leung HY, Chan LW, Yip SK. The impact of urinary incontinence on quality of life among women in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2005;11(3):158-63.
50. Ünsal A, Arslantaş D, Tözün M. [The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women]. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007;21(2):88-95.
51. Häggglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(11):1051-5.
52. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res* 2004;13(8):1381-90.
53. Oh SJ, Ku JH. Is a generic quality of life instrument helpful for evaluating women with urinary incontinence? *Qual Life Res* 2006;15(3):493-501.
54. Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Jakozaki H, Fukosawa M, et al. Prevalence and impact on generic quality of life of urinary incontinence in Japanese working women: assessment by ICI questionnaire and SF-36 health survey. *Urology* 2005;66(1):88-93.
55. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmern P, Kraus S, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18(5):543-9.
56. Chen GD, Lin TL, Hu SW, Chen YC, Lin LY. Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. *NeuroUrol Urodyn* 2003;22(2):109-17.
57. Handa VL, Harvey L, Cundiff GW, Siddique SA, Kjerulff KH. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):751-6.
58. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lyon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(5):430-6.
59. Barber MD, Visco AG, Wyman JF, Fantl JA, Bump RC. Continence Program for Women Research Group. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):281-9.
60. Katz A. When worlds collide: urinary incontinence and female sexuality. *Am J Nurs* 2009;109(3):59-63.
61. Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12(6):361-5.
62. Palacios S, Castaño R, Grazziotin A. Epidemiology of female sexual dysfunction. *Maturitas* 2009;63(2):119-23.