

T.C  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI



**KADINLARDA ÜRİNER SİSTEM FONKSİYONLARININ CİNSEL İŞLEVLER  
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

Arş. Grv. Dr. Aykut DÜZGEN

**TEZ DANIŞMANI**

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Eren PEK

ÇANAKKALE – 2023

T.C  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**KADINLARDA ÜRİNER SİSTEM FONKSİYONLARININ CİNSEL İŞLEVLER  
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

Arş. Grv. Dr. Aykut DÜZGEN

**TEZ DANIŞMANI**

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Eren PEK

ÇANAKKALE – 2023

## TEŐEKKÜR

Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlık tezimin baştan sona her aşamasında emeğini ve sonsuz sabrını benden esirgemeyen danışman hocam Öğr. Üyesi. Dr. İ. Eren PEK'e,

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimi bana kazandıran, meslek etiğı ve cerrahi nosyonumu kazanmamda büyük emekleri olan hocalarım Prof. Dr. Mesut Abdülkerim ÜNSAL, Prof. Dr. Bülent DEMİR, Prof. Dr. Servet Özden HACIVELİOĞLU, Doç. Dr. Fatma BEYAZIT ve Öğr. Üyesi Dr. M. Nuri DURAN'a

Dört buçuk yıl boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarım, ameliyathane hemşirelerimiz ve ebelerimize,

Bu günlere gelmemde en büyük katkı ve emek sahibi olan annem Münesser DÜZGEN, babam Zeki DÜZGEN ve kardeşim Aytaç DÜZGEN'e sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Aykut DÜZGEN  
Çanakkale, Mart 2023

## ÖZET

**Amaç:** Üriner inkontinans kadın sağlığını önemli ölçüde etkileyen bir sağlık sorunudur. Hafif psiko sosyal sorunlardan ciddi derecede ilerlemiş bozukluklara kadar geniş bir yelpazede etkileri gözlemlenebilir. Bunlar arasında kadın cinsel işlevleri ve yaşam kalitesi özellikle önemlidir, ve birbirleri ile ilişkili sorunlardır. Çalışmamızda görülme sıklıkları pek çok faktörden etkilenen ve değişkenlik gösteren kadın üriner inkontinansı ve cinsel işlevleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışma herhangi bir nedenle üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan merkezimiz Kadın hastalıkları ve Doğum kliniğine başvuran ve katılımcı olmayı kabul eden 18 -65 yaş arasındaki 190 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi Ölçeği, Ürogenital Distres Envanteri -6, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21'in Türkçe versiyonları uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızı oluşturan kadınların 43'ü menopozal, 147'si reproduktif dönemdeydi. 77 katılımcının herhangi bir derecede veya herhangi bir alt tipte üriner inkontinans sorunu yaşadığı, 113 katılımcının ise herhangi bir üriner sistem kaynaklı sorun yaşamadığı tespit edildi. 148 katılımcının herhangi bir derecede yada herhangi bir alt birleşimde cinsel işlevleri sırasında sorunlar yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Üriner inkontinans problem olan ve olmayan kadınlar arasında her ne kadar cinsel işlevler ölçeğinden alınan skorlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmesi de, ölçeğin ağrı –rahatsızlık hissi duyma alt parametresinden alınan skorların iki grup arasında farklılaştığı görülmüştür. Menopoz döneminde ise üriner inkontinansın reproduktif döneme göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği, yine bu dönemdeki kadınlar ile reproduktif dönemdeki kadınlar arasında cinsel işlevler ölçeğinden alınan skorların ağrı –rahatsızlık hissi duyma alt parametresi haricinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Kadın cinsel işlevlerde gözlemlenen değişiklikler, yalnızca bir faktöre indirgenemeyecek, ilişkilendirilemeyecek ve bağlanamayacak kadar kompleks

sorunlardır. Üriner sistem kaynaklı problemler elbette ilişkili faktörlerden bir tanesi olabilir.

Çalışmamızda üriner inkontinansın cinsel işlevler üzerindeki etkinliği hormonal olarak aktif reproduktif dönemdeki kadınlar ile menopozal dönemdeki kadınlar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Fakat her iki dönemdeki kadınlar arasında her ne kadar diğer alt parametreler farklılık gösterse de, ağrı rahatsızlık hissi yaşama deneyimlerinden alınan skorların benzer olduğu görülmektedir. Öte yandan dönemsel ayırım gözetmeksizin üriner inkontinansın kadın cinsel işlevleri ile doğrudan ilişkili bir faktör olmadığı, fakat üriner inkontinansı olan ve olmayan gruplar arasında ağrı rahatsızlık hissi duyma skorlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği de çalışmamızda görülmüştür. Bu sonuç bize üriner inkontinansın cinsel sorunların yaşanmasında kendisinin doğrudan bir faktör olmadığını, dolaylı bir faktör olarak kümülatif etkiye katkıda bulunduğunu, ve bu etkisini de ağrı –rahatsızlık oluşturma üzerinde gösterdiğini düşündürmektedir.

**Anahtar kelimeler :** üriner inkontinans, cinsel yaşam, hayat kalitesi

## ABSTRACT

**Aim:** Urinary incontinence is a health problem that significantly affects of women's health. A wide range of effects can be observed, from mild psychosocial problems to severely advanced disorders. Among these, female sexual functions and quality of life are particularly important, and these are interrelated issues. It was aimed to investigate the relationship between female urinary incontinence and negative experiences during female sexual functions, which frequency is affected by many factors and varies.

**Method:** This study was carried out on 190 women who applied to the Gynecology and Obstetrics Clinic which provides tertiary health care services, for any reason and agreed to be a participant. Turkish versions of the Bristol Female Lower Urinary Symptom Index Scale, Urogenital Distress Inventory -6, Female Sexual Function Scale, and Depression Anxiety Stress Scale -21 were administered to all participants. And the study was conducted in women between the ages of 18 and 65.

**Result:** While 43 of the women in our study were in the menopausal period, and 147 of the women were in the reproductive period. It was determined that 77 participants had urinary incontinence problems of any degree or any subtype, and 113 participants did not have any urinary system-related problems. And, concluded that 148 participants had problems during their sexual functions at any degree or in any subcomponent. Although there was no statistically significant difference between the scores obtained from the sexual functions scale between women with and without urinary incontinence problems, but it was observed that the scores obtained from the pain subparameter of the scale differed between the two groups. In the menopausal period, it was observed that urinary incontinence differed statistically significantly compared to the reproductive period. With these, it was determined that the scores obtained from the sexual functions scale differed statistically between women in this period and women in the reproductive period, except for the sub-parameter of feeling pain.

**Discussion and Conclusion:** The changes observed in female sexual functions are too complex problems that cannot be reduced to a single factor. The urinary system originating problems can of course be one of the related factors. In our study, the

effectiveness of urinary incontinence on sexual functions differs statistically between women in hormonally active reproductive period and women in menopausal period. However, other sub-parameters differ between women in both periods, it is seen that the scores obtained from the experiences of experiencing pain are similar. On the other hand, it was also seen in our study that urinary incontinence is not a factor directly related to female sexual functions, but pain scores differ statistically between groups with and without urinary incontinence. This result makes us think that urinary incontinence itself is not a direct factor in experiencing sexual problems, it contributes to the cumulative effect as an indirect factor, and it shows this effect on creating pain.

**Key words:** urinary incontinence, sexual life, quality of life

## İÇİNDEKİLER

1. Giriş ve Amaç	
2. Genel Bilgiler	2
2.1. Üriner İnkontinans	2
2.1.1. Tanımlama ve Klasifikasyon	2
2.1.2. Epidemiyoloji	2
2.1.3. Risk Faktörleri	4
2.1.3.1. Yaş	4
2.1.3.2. Doğum ve Doğum Şekli	4
2.1.3.3. Obezite	4
2.1.3.4. Menopoz	5
2.1.3.5. Sigara	5
2.1.3.6. Histerektomi	5
2.1.3.7. Depresyon	6
2.1.3.8. Pelvik Organ Prolapsusu	6
2.1.3.9. Konstipasyon	6
2.1.3.10. Yoğun Fiziksel Aktivite	6
2.1.4. Sınıflama	7
2.1.4.1. Stres tip Üriner İnkontinans	7
2.1.4.2. Urge (Sıkışma) tip Üriner İnkontinans	7
2.1.4.3. Mikst (Karma) tip Üriner İnkontinans	7
2.1.4.4. Enürezis Nokturna	7
2.1.4.5. Taşma tipi (Overflow) Üriner İnkontinans	7
2.1.4.6. Day-time Üriner İnkontinans	8
2.1.5. Tanı ve Değerlendirme	9
2.1.5.1. Tıbbi Özgeçmiş ve Anamnez	9
2.1.5.2. Mesane Günlüğü	9
2.1.5.3. Sorgulama Anketleri	10
2.1.5.4. Fizik Muayane	11
2.1.5.5. Biyokimyasal Testler	11
2.1.5.6. İdrar Tetkiki	12



2.1.5.7. Q -tip Test	12
2.1.5.8. Öksürük –Stres Test	12
2.1.5.9. Ped Testi	12
2.1.5.10. Post –voidal Rezidü Değerlendirme	13
2.1.5.11. Görüntüleme Yöntemleri	13
2.1.5.12. Üroflowmetri	14
2.1.5.13. Dolum Sistometrisi	14
2.1.5.14. Videoürodinami	15
2.1.5.15. Üretral Basınç Profilometrisi	15
2.1.6. Tedavi Yöntemleri	15
2.1.6.1. Kilo Vermek	15
2.1.6.2. Sigara Bırakmak	16
2.1.6.3. Diyet Değişiklikleri	16
2.1.6.4. Sıvı Kısıtlama	16
2.1.6.5. Davranış Değişiklikleri	17
2.1.6.6. Pelvik Taban Kas Egzersizleri	17
2.1.6.7. Pesser Kullanımı	17
2.1.6.8. Manyetik İnervasyon	17
2.1.6.9. Medikal Tedavi	18
2.1.6.10. Cerrahi Tedavi	18
2.2. Cinsel Fonksiyon Bozuklukları	19
2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji	19
2.2.2. Tanı ve Teşhis	19
2.2.3. Risk Faktörleri	20
2.2.3.1. Stres ve Yorgunluk	20
2.2.3.2. Menopoz	20
2.2.3.3. Depresyon ve Anksiyete	20
2.2.3.4. Gebelik ve Doğum	20
2.2.3.5. Pelvik Organ Prolapsusu ve Üriner İnkontinans	21
2.2.3.6. Endometriozis ve Leiomyomlar	21
2.2.3.7. Endokrinolojik Bozukluklar	21

2.2.3.8. Hipertansiyon	21
2.2.3.9. Nörolojik Bozukluklar	21
2.2.3.10. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	22
2.2.3.11. İlaç Kullanımı	22
2.2.3.12. Diğer Durumlar	22
3. Gereç ve Yöntem	23
3.1. Yöntem	23
3.2. Ölçekler	24
3.2.1. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi Ölçeği (BFLUTS –SF)	24
3.2.2. Ürogenital Distres Envanteri -6 (UDI -6)	24
3.2.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)	25
3.2.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21 (DASS -21)	25
3.3. İstatistiksel Analiz	25
4. Bulgular	27
5. Tartışma	48
6. Sonuç	52
7. Kaynaklar	53

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>UI</b>	Üriner İnkontinans
<b>SUI</b>	Stres Üriner İnkontinans
<b>ICS</b>	Uluslararası İnkontinans Derneği
<b>NHANES</b>	The National Health and Nutrition Examination Survey
<b>VKİ</b>	Vücut Kitle İndeksi
<b>BMI</b>	Body Mass İndeks
<b>BFLUTS –SF</b>	Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms-Short Form
<b>UDI-6</b>	Urinary Distress Inventory, Short Form
<b>QOL</b>	Quality of Life
<b>FSFI</b>	Female Sexual Function Index
<b>DASS -21</b>	Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği
<b>USG</b>	Ultrasonografi
<b>MRG</b>	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>IVP</b>	Intravenoz Piyelografi
<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>Pdet</b>	Detrusör Basıncı
<b>Pves</b>	Mesane Basıncı
<b>Pabd</b>	Intraabdominal Basıncı
<b>UPP</b>	Üretral Basıncı Profilometrisi
<b>PTKE</b>	Pelvik Taban Kas Egzersizleri

## TABLolar DİZİNİ

- Tablo-1** Katılımcılara ait demografik özellikleri gösterir tablo
- Tablo-2** Katılımcılara uygulanan ölçekler ve popülasyonun ölçeklerden almış oldukları ortalama skorları gösterir tablo
- Tablo-3** Üriner sistem kaynaklı problemler yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında ölçeklerden ve alt bileşenlerinden alınan skorların gösterildiği tablo
- Tablo-4** Cinsel işlevleri sırasında problem yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında ölçeklerden alınan skorların ve alt birleşenlerinin karşılaştırıldığı tablo
- Tablo-5** Cinsel işlevler ile üriner sistem kaynaklı sorunların birlikteliğini gösteren tablo
- Tablo-6** Menopozal dönemde inkontinans ve tiplerini gösterir tablo
- Tablo-7** Reprodüktif dönem kadınlar ile menopozal dönemdeki kadınlar arasında ölçeklerden alınan skorların karşılaştırıldığı tablo
- Tablo-8** Ölçeklerden alınan skorlar ve demografik özelliklerin inkontinans tipleri arasında farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirildiği tablo

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Üriner inkontinans, hijyenik veya sosyal yönden yaşamı etkileyen sorunlara neden olan ve istemsiz idrar kaçırmanın objektif olarak gösterilebildiği durumlar olarak tanımlanmıştır. (1) Her ne kadar dünyada 200 milyondan fazla kişinin yaşamakta olduğu bu sorun hayatı tehdit eden bir sağlık sorunu olmasa da, bireylerin günlük yaşamında, cinsel hayatlarında ve emosyonel durumlarında bir takım sıkıntılara neden olabilmektedir. Ve bu sorunlar kadınları daha sıklıkla etkilemektedir. (2-4) Görülme sıklığı 65 yaşına kadar olan kadınlarda % 10-30 arasında değişmektedir. (5)

Gestasyonel süreçler, menopoz, geçirilmiş pelvik cerrahiler, obezite, üriner enfeksiyonlar, ve tanımlanmamış pek çok faktör kadınlarda inkontinans gelişmesinde etkili olabilmektedir. (6, 7) Sosyal ve ekonomik yönden bireyler için önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmesi gerekli olan inkontinans altı alt tip ile tanımlanır. Bunlar; sıkışma tipi (urge), stres tipi, karışık tip, uykuda gözlenen (enürezis nokturna), devamlı tipte ve diğerleri olarak sıralanabilir. (8) Öte yandan cinsellik ve sağlıklı cinsel hayat da önemli yaşam kalitesi parametrelerinden biridir. (9, 10) Yaşam kalitesinin bozulması kadının emosyonel durumunda değişikliklere neden olabilmekle birlikte, sosyal, ailesel ve iş hayatını da derinden etkileyebilmektedir. (11) Bu nedenle etiyolojik kökenleri araştırıldığında, kadın cinsel fonksiyon ve işlev bozukluklarının biyolojik nedenlerinin yanı sıra psikososyal etkenlerinin de olabileceği unutulmamalıdır. (12) Fakat çoğu toplumda hala cinsel sağlık bir tabu olarak görülmekte ve bu nedenle kişilerin hekimlere başvuruları oldukça kısıtlı sayılarda görülmektedir. (11) Kadın cinsiyeti daha sık etkilediği kabul edilen cinsel işlev bozukluklarının sıklığı değişkenlik göstermekle birlikte ortalama %22 -%43 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum özellikle 45 -64 yaş aralığındaki kadınlarda daha sık görülmektedir. (13)

Görülebileceği üzere hem üriner sistem kaynaklı problemler hem de cinsel işlev bozuklukları kadın cinsiyette daha sık görülmekte ve gerek sağlık gerekse yaşam kalitesini de daha derinden etkilemektedir. Bu nedenle çalışmamızda üriner sistem kaynaklı sorunların cinsel işlev ve fonksiyonlar ile ilişkisini kadın cinsiyet üzerinde araştırma ve değerlendirmeyi amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ÜRİNER İNKONTİNANS

#### 2.1.1. Tanımlama ve Klasifikasyon

Üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Derneği'nin yaptığı tanıma göre istem dışı idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmaktadır. (1) Uluslararası Kontinans Derneği, stres üriner inkontinansı (SUI) efor veya fiziksel aktivite ile istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlamaktadır. Urge (Sıkışma tipi) Üİ ise ani işeme hissiyatının neden olduğu aciliyetle (urgency) ilişkili istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır. (1, 14)

#### 2.1.2. Epidemiyoloji

Üriner inkontinans kadınların yüzde 25'inden fazlasını etkileyebilmektedir. Kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır. (15) Üriner inkontinans, kadınlarda oldukça sık gözlenen ve en çok rahatsızlık veren, dolayısıyla hayat kalitesini son derece olumsuz derecede etkileyebilen sağlık sorunlarından bir tanesidir. (16, 17) Birçok kadın bu durumdan utanma duyması sebebiyle hastaneye geç başvurmaktadır. Bu da geç tanı almalarına sebep olmakta ve üriner inkontinans prevalansının gerçek boyutunu değerlendirmemize engel olmaktadır.

Kadınlarda bildirilmiş olan üriner inkontinans prevalansı, yapılan tanımların farklılık gösterebilmesi, farklı çalışma popülasyonlarının heterojen olması gibi sebeplerden dolayı büyük değişiklikler göstermektedir. Birçok ülkeden yapılmış olan popülasyon çalışmaları, Üİ prevalansının %10 ile %70 arasında değişkenlik gösterdiğini ve çoğu çalışmada herhangi bir Üİ prevalansının %25-45 aralığında olduğunu bildirmiştir. (18) Üriner inkontinans sıklığı yaşla birlikte artar. 70 yaş ve üzeri kadınlarda prevalans %40'ı bulabilmektedir. Üİ prevalansının, kadının yaşı ile kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur ve bu sebeple, ortalama ömür beklentisinin artması nedeniyle, kadınlarda genel Üİ prevalansının daha da artması beklenmektedir. (18) Erken yaşlarda %25, orta yaş ve menopoz sonrası dönemde %44-57, daha ileri yaşlarda ise %75 oranında görüldüğü bildirilmiştir. (19, 20) Ülkemizde yapılan çalışmalarda menopoz öncesi ve sonrası dönemdeki kadınlarda inkontinans sıklığı %57-68 olup, bunun üçte biri stres üriner inkontinans özelliğindedir. (21) Başka

bir çalışmada ise postmopozal dönemde Üİ sıklığının %50 olmasına rağmen bu hastaların sadece %18'inin tedavi için doktora gittiği gözlenmiştir. Üriner inkontinans düşük yaşam kalitesi, iş gücü kaybı, anksiyete ve depresyon sıklığında artış, idrar yolu enfeksiyonları ve cilt enfeksiyonları ile ilişkilidir. Ayrıca ileri yaş kadınlarda düşme ve travmatik olmayan kırıklar için artan risk; bunun sonucunda bakım maliyetlerinin de artması ile de ilişkilidir. (22)



### **2.1.3. Risk Faktörleri**

#### **2.1.3.1. Yaş**

Genç yetişkin hayatı boyunca üriner inkontinans prevalansı giderek artış gösterir. Orta yaşlarda prevalans geniş zirve yapar ve 65 yaş sonrasında düzenli bir artış vardır. (23) Buna benzer olarak 2005-2006 yılları arasında yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme Anketi (NHANES) üriner inkontinans prevalansının yaşın artmasıyla birlikte düzenli olarak artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Prevalans 20-40 yaşlarında %7 iken; 40-60 yaşlarında %17, 60-80 yaşlarında %23 iken, 80 yaş üzeri kadınların yaklaşık üçte birini etkilemektedir. (24)

#### **2.1.3.2. Doğum ve Doğum Şekli**

Yapılan bir çok çalışmada doğum yapmış kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, doğum yapmamış kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Doğumun inkontinans üzerindeki etkisi pelvik kasların doğrudan oluşan yaralanmaları ve sonucunda pelvik tabanın gevşemesi ile gerçekleşmektedir. (25) Özellikle stres üriner inkontinans oluşumunda parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve makrozomik fetüs doğumu gibi faktörlerin önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca travma yada gerime bağlı nörolojik hasar da pelvik kas disfonksiyonu sebebi olabilir. Büyük bir epidemiyolojik çalışmada, kadınların üriner inkontinans riskini belirleyebilecek vajinal doğum parametreleri tanımlanıp kullanılmıştır. Bunlardan en önemlisi, makrozomik doğumun (>4000 gr) üriner inkontinansın tüm alt tipleri için riski artırdığı belirlenmiştir. Bu çalışma vajinal doğumun, sezaryen ile doğuma göre üriner inkontinans görülme riskini 1,7 kat artırdığını ortaya koymuştur. Bu risk her iki üriner inkontinans tipinde de artmış olarak görülmüştür. (26)

#### **2.1.3.3. Obezite**

Birçok geniş çaplı çalışma, artmış vücut kitle indeksinin (VKİ) tüm üriner inkontinans tipleri için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Hem urge hem de stres inkontinans sıklığı VKİ ile doğru orantılı artış göstermektedir. (27) Obezite, pelvik tabana binen yükü artırdığından pelvik kas ve bağları gevşeterek inkontinansa sebep olmaktadır. Teorik olarak VKİ artışı ile birlikte karın içi basıncın



artması, mesane içi basıncın da artmasıyla birlikte inkontinansa sebep olur. Kilo verme ile inkontinans semptomlarının azalması ya da kaybolması obezitenin önüne geçilebilir bir risk faktörü olmasıyla birlikte önemini gösterir. (28)

#### **2.1.3.4. Menopoz**

Kadın genital organları ile alt üriner sistem organları embriyolojik olarak aynı kökenden geldiği için östrojen ve progesteron hormonlarına benzer şekilde yanıt verir. Postmenopozal dönemde ortaya çıkan hipoöstrojenik etki ise pelvik taban muskuler tabaka ve bağ dokusunu etkileyebilmektedir. Östrojene yüksek düzeyde afinite gösteren reseptörler; üretra, pubokoksigeal kas ve trigonda yer aldığından, bu hormonun azalmasıyla birlikte kollojen değişiklikleri, üretra damarlanmasında azalma ve iskelet kısı hacminin düşüşüyle birlikte üretral dinlenme basıncını azaltarak üriner inkontinansa sebep olduğu düşünülmektedir. (29)

#### **2.1.3.5. Sigara**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığına sahip olan 60 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans riskinin bariz şekilde arttığı gösterilmiştir. (30) Nikotin kullanımının üriner inkontinans gelişmesinde bağımsız bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmaların birinde, üriner inkontinans riskinin, sigara içenlerde veya daha önce sigara kullanıp bırakmış olanlarda da dahil olmak üzere içmeyen popülasyona göre 2-3 kat yüksek olduğu saptanmıştır. (30) Sigaranın etkisi, teorik olarak sigara içimine bağlı kronik öksürüğün sürekli olarak karın içi basıncı yükseltmesi ve aynı zamanda antiöstrojenik özelliğiyle kollajen sentezini inhibe etmesiyle ortaya çıkar. (31)

#### **2.1.3.6. Histerektomi**

Histerektominin, üriner inkontinans gelişimi için bir predispozan olduğunu gösteren çalışmalar tutarsızdır. Aksine pre-op ve post-op ürodinamik tanı testlerini içeren çalışmalarda hastanın kliniğini belirgin derece etkileyecek fonksiyonel kayıp izlenmemiştir. Bununla birlikte histerektomi sırasında pelvik sinir ve dokuların hasar görmesi durumunda üriner inkontinans riski artmaktadır. (32) Operasyonun bir komplikasyonu olarak vajenin kısaltılması ve mesaneyi destekleyen yapıların eksizye

edilmesi gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Bir diğer sebep ise histerektomi ameliyatı cerrahi menopoz ve östrojen eksikliğine bağlı olarak da inkontinans sebebi olabilir. (33)

#### **2.1.3.7. Depresyon**

Üriner inkontinansla olan ilgisi tartışmalıdır. Bunun bir sebebi olabileceği gibi üriner inkontinans sebebiyle de depresyon gelişebilir. Birlikteliğini ortaya koyan birçok çalışma yapılmıştır. Demans ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olan hastalarda üriner inkontinans gelişme riski %50 artmaktadır. (34)

#### **2.1.3.8. Pelvik Organ Prolapsusu**

Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansın birlikteliği sıktır. Bunun sebebi ikisinde de temel patolojinin pelvik taban yetmezliği olmasıdır. Vajen anterior duvarın sarkması sonucu mesane boynu mobilitesi artar ve stres üriner inkontinansa sebep olur. Fakat sarkmanın derecesi ilerledikçe (evre 3, evre 4) retrada obstruksiyon gelişerek inkontinans semptomları azalır. (35)

#### **2.1.3.9. Konstipasyon**

Konstipasyon pelvik sınırlarda gerim artışına sebep olarak pelvik tabanın zayıflamasına sebep olabilmektedir. alışmalar konstipasyon ile üriner inkontinansın ilişkisini ortaya koymuştur. (34, 36)

#### **2.1.3.10. Yoğun Fiziksel Aktivite**

Uzun süreli ağır egzersiz yapanlar ve sporcularda karın içi basıncın artmasına bağlı olarak inkontinans gelişebilir. (34, 37)

## **2.1.4. Sınıflama**

### **2.1.4.1. Stres tip Üriner İnkontinans**

Stres üriner inkontinans; intraabdominal basıncının arttığı durumlarda (hapşırma, öksürme, egzersiz), mesane içi basıncın ayaktaiken üretral kapanma basıncını aştığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kadın popülasyonda en sık görülen alt tipidir. Stres üriner inkontinans gelişimi için tarif edilen iki mekanizma vardır: üretral sfinkterin zayıflığı ve mesane boynu ile üretranın desteğinin azalmasıyla ortaya çıkan üretral hiper-mobilite. (38)

### **2.1.4.2. Urge (Sıkışma) tip Üriner İnkontinans**

Ani bir şekilde işeme ihtiyacı geldiği anda tuvalete yetişmeden istemsiz idrar kaçırmaya durumu olarak tanımlanabilir. İdrar kaçırmaya miktarı hastadan hastaya değişkenlik gösterir. Bu; semptom ve şikayet tabanlı bir tanıdır ve mesanenin dolmuş fazında ürodinamik olarak istemsiz detrüör kasılmalarıyla karakterize aşırı detrüör aktivitesine bağlı gelişmektedir. (38, 39) Urge inkontinansında suçlanan diğer mekanizmalar mesane aşırı duyarlılığı ve zayıf detrüör kompliyansıdır. Stres üriner inkontinans kadınlarda en sık görülen tip olsa da yaş arttıkça urge inkontinansın sıklığı artmaktadır. (38, 39)

### **2.1.4.3. Mikst (Karma) tip Üriner İnkontinans**

Uluslararası Kontinans Derneği mikst (karma) tip inkontinansı stres ve urge inkontinans semptomlarını birlikte içeren alt tip olarak tanımlanmıştır. Genç kadınlarda stres inkontinans sıklığı fazla iken, yaşlı kadınlarda urge ve mikst tipler daha sık görülmektedir. (40)

### **2.1.4.4. Enürezis Nokturna**

Uykuya daldıktan sonra idrar kaçırmaya olarak tanımlanır. (40)

### **2.1.4.5. Taşma tipi (Overflow) Üriner İnkontinans**

Mesanenin üriner retansiyon sonucu tam dolmasıyla birlikte damla damla şeklinde idrar kaçırmaya olarak tanımlanır. (41, 42)

#### **2.1.4.6. Day-time Üriner İnkontinans**

Gündüz idrar kaçıırma (iç çamaşırların ıslanması) sıklıkla çocukluk çağında görülen bir durum olsa da yetişkinlik döneminde de herhangi bir nedenle görülebilmektedir.



### **2.1.5. Tanı ve Değerlendirme**

İnkontinans ile gelen kadınları değerlendirmede multisistemik bir yaklaşım seçilmelidir. Anamnez alınırken komorbiditeler detaylı sorgulanmalıdır. Kullanılan ilaçlar ve tüketim alışkanlıkları derinleştirilmelidir. Üriner inkontinans değerlendirilmesinde bazı anket formları kullanılmaktadır. Bizim çalışmamızda Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BFLUTS -SF) ve Ürogenital Distress Envanteri -6 (UDI-6) formları kullanılmıştır.

#### **2.1.5.1. Tıbbi Özgeçmiş ve Anamnez**

İyi bir anamnez üriner inkontinans olgularında tanıya ulaşmak ve gereksiz testleri önlemek açısından çok önemlidir. Bu hastalarda; sistemik hastalıklar, geçirilmiş pelvik cerrahi, düzenli kullanılan ilaçlar detaylı sorgulanmalıdır. Hastanın şikayetleri tek tek dinlendikten sonra hangi şikayetin kendisini daha çok etkilediği sorulmalıdır.

Hastanın obstetrik öyküsü derinleştirilmelidir. Vajinal doğum, makrozomik doğum, çoğul gebelik, distosi hikayesi, müdahaleli doğum, epizyotomi öyküsü veya doğum travması gibi durumlar sorgulanmalıdır. Postpartum dönemde yakınması olan hastalarda gebelik öncesi durum sorgulanmalı ve şikayetlerinin boyutu karşılaştırılmalıdır.

#### **2.1.5.2. Mesane Günlüğü**

İşeme günlüğü olarak da bilinir. İnkontinansı olan bir hastanın değerlendirilmesinde idrar hacmi ve idrara çıkma sıklığı hakkında fikir sahibi olmamızı sağlar. Hastadan 3-7 günlük dönem içinde günlük aldığı sıvı miktarını, ne sıklıkla idrara çıktığı, idrar miktarını, gece ve gündüz idrar yapma sayısını, uykuya daldıktan sonra inkontinans gelişip gelişmediği, uyanırken idrar kaçırmayı gerçekleştirdiği anda hangi etkinliği yaptığını ve eğer ihtiyaç duyduysa kaç ped kullandığını kaydetmesi istenir. Aynı zamanda işeme günlükleri, tedaviye yanıtı ve tedavinin etkinliği değerlendirmek için güvenilir bir yöntemdir. Üç günlük işeme günlüğü tutulmasının, uzun süreli işeme günlükleri kadar bilgi verici olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. (43) Mesane günlükleri mesane fonksiyonlarıyla ilgili ürodinamik testlerle ulaşılamayacak bazı önemli bilgiler verebilmektedir: günlük diürez, günlük toplam idrara çıkma sayısı,

ortalama idrar hacmi ve fonksiyonel mesane kapasitesi (normal günlük hayatta çıkan en yüksek idrar hacmi) bunlardan bazılarıdır. (43)

### **2.1.5.3. Sorgulama Anketleri**

Üriner inkontinans bir çok açıdan kadınların yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Buna yönelik bir tedavi başlanmadan önce, inkontinansın kişinin hayatında ne derece olumsuzluklar yarattığı ölçülmelidir. Günlük pratiğimizde hastanın durumunu özetlemek ve anlamak için anamnez alınmaktadır. Ancak anamnezler genelde hastanın durumuyla alakalı bakış açısını yansıtmazlar. Benzer olarak, tedavi başarısını nesnel olarak belirlemek için işeme günlüğü, ped testi gibi yöntemlerin kullanılması bir takım veriler sağlamaktadır, fakat hastanın bakış açısı hakkında fikir sahibi yapmazlar. Anket formlarını rutin pratikte kullanarak kadınların bu patolojiden hangi boyutlarda etkilendiğini ortaya koyabiliriz. (44)

Günümüzde sorgulama anketleri klinik araştırmaların önemli bir kısmıdır. Özellikle bir bilimsel çalışmadan elde edilen sonuçların ortaya konulmasında hastanın bakış açısını yansıtmayı yansıtamadığı önemli bir husustur. Anket formları yeni tedavi seçeneklerinin geliştirilmesinde, bilinen tedavilerin uzun dönem sonuçlarının ya da negatif etkilerinin ortaya konulmasında önemlidir. Klinik çalışmalar için seçilecek sorgulama formlarının belirlenmesinde hedef kitle, sorgulama sıklığı ve sorgulama metodu (hastanın kendi kendine doldurması veya yardım ile doldurması) dikkate alınmalıdır. Bu anket formları genel olarak üç farklı şekilde incelenebilir. Semptom ölçekleri, semptomların şiddetini ve tipini değerlendirmemize yardımcı olur. Bunlar dışında yaşam kalitesini ölçen hayat kalitesi ölçekleri ve cinsel fonksiyonları ölçen seksüel fonksiyon ölçekleri mevcuttur. (45)

Çalışmamızda kullandığımız Urogenital Distress Envanteri -6 (UDI -6) ve Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BFLUTS -SF) semptom ölçeklerine örnek olarak verilebilir. Bu ölçeklerin uzun formları olduğu gibi sadeleştirilmiş ve daha az soru içeren formları da mevcuttur.

#### **2.1.5.4. Fizik Muayene**

Üriner inkontinansa patognomik bir fizik muayene bulgusu bulunmamaktadır. Fakat detaylı bir fizik muayene bizi tanıya götürecektir bulguları ortaya koyabilir. Dış genital alan inspeksiyon muayenesi ile değerlendirilir. Labiumlar hipertrofi açısından değerlendirilir. Labiumlar ayrılarak olası füzyonlar, lökore, ve kuruluk varlığı incelenir. Hastaya bazı komutlar verilerek cevaplar izlenir. Pelvik tabanı oluşturan kasların kasılması ile perinenin yükselmesi izlenir. Hastada ıkınma veya öksürük sonucu idrar kaçırma olup olmadığı belirlenerek stres inkontinans ortaya konulabilir. (46)

Pelvik organ prolapsusu muayenesi fizik muayenede önemli bir yere sahiptir. Hastanın dinlenme halinde efor göstermeksizin prolapsusu olup olmadığı değerlendirilir. Batın içi basıncı artırıcı manevralar yapılarak eğer varsa sistosel, rektosel ve uterin desensusun derecesi tespit edilir. Hafif şiddette inkontinans tarifleyen hastalar pelvik taban egzersizlerinden fayda görebilmektedirler. Bu yüzden pelvik taban değerlendirmesi önem arz etmektedir. Histerektomi yapılmış olgunun değerlendirmesinde vajen kubbesinin durumu (desensus vb.) kontrol edilmelidir. (47)

Genital muayenenin yanı sıra rektal muayene de değerlendirme aşamasında yapılmalıdır. İnspeksiyonla olası bir fekal inkontinans varlığı değerlendirilir. Özellikle zor doğum öyküsü olan hastalarda anal tonus muayenesi önemlidir. Üriner inkontinans tarifleyen hastalarda nörolojik muayenenin de yeri vardır. Özellikle nörolojik patolojisi olan hastalar dikkatlice muayene edilmelidir. Alt ekstremité refleksi ve duyu muayenesi yapılmalıdır. Bu aşamada özel reflekslere de bakılmalıdır. Perineal bölge uyarılarak anal sfinkter refleksi kontrol edilmelidir ve bulbokavernoz refleksi de değerlendirilir. (48)

#### **2.1.5.5. Biyokimyasal Testler**

Serumda üre – kreatinin ve glukoz parametreleri istenebilir. Mesane çıkımında darlık olan hastalarda üriner retansiyon sonucu üre – kreatinin değerleri artmış bulunabilir.

#### **2.1.5.6. İdrar Tetkiki**

Gerçek inkontinans ve geçici inkontinansın ayırımında yardımcı olabilir. Eğer reversible bir sebeple inkontinans mevcutsa bu test ile ortaya konulabilmektedir. İdrarda metabolik anormallikler, bakteri, protein, eritrosit varlığı değerlendirilir. Mikroskopi veya kültür testi ile idrar yolu enfeksiyonu tespit edilirse, tedavi sonrasında semptomların durumu yakından takip edilmelidir. (49)

#### **2.1.5.7. Q -tip Test**

Bu test ile üretral hipermobile varlığı saptanır. Batın içi basınç artışı durumlarında, eğer üretra desteği zayıfsa mobilitesi artmakta ve inkontinansa sebep olmaktadır. Hasta litotomi pozisyonuna alınır ve steril yumuşak uçlu pamuk çubuk üretradan mesane içine gönderilir. Valsalva manevrası yaptırılarak çubuğun istirahat ve efor halindeyken arada oluşan açı ölçülür. Bu açının 30 derecenin üzerinde olması üretra mobilizasyonun arttığına işaret eder. Bu test hasta için rahatsızlık verici olabileceğinden çubuğun pamuklu kısmında lidokainli jel kullanılabilir. (50, 51)

#### **2.1.5.8. Öksürük –Stres Test**

Stres inkontinans düşündüğümüz bir hastayı dolu mesane ile değerlendirmek gerekmektedir. Öksürük veya batın içi basıncı artıran manevralar sırasında üretradan idrar kaçağının görülmesi stres inkontinans lehine bir bulgudur. Supin pozisyonda kaçak izlenmezse ayağa kalkıp bacaklarını açarak öksürmesi istenir. (52)

#### **2.1.5.9. Ped Testi**

İdrar kaçırmının şiddetini tespit etmek için kullanılır. Kaçırılan idrarın miktarını belirlemektedir. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından 1983'te standartize edilmiştir. 1 saatlik ped testi ürojinekoloji kliniklerinde en sık kullanılan testtir. (53) Non-invazif bir testtir ve maliyeti düşüktür. Ağırlığını bildiğimiz bir ped hastaya verilir, 500 mililitre oral sıvı alımını takiben hastaya intraabdominal basıncı artıran ve detrusor kasılmalarını uyaran aktiviteler önerilir (oturup kalkma, öksürme, merdiven çıkma gibi) ve ağırlık farkı ölçülür. (54)



### **2.1.5.10. Post -voidal Rezidü (PVR) Değerlendirme**

Kişinin idrarını boşalttıktan sonra mesanede kalan idrar miktarını belirleme esasına dayanan bir testtir. PVR, mesane çıkımında obstruksiyona ve detrusor kas yetmezliğine bağlı gelişebilir. Üst üriner sistemde dilatasyon yaparak böbrekleri de etkileyebilen bir patolojidir.

Mesanenin yeteri kadar boşaltılamaması inkontinansın bir sebebidir. Miksiyon sonrası rezidüel hacmi yüksek olan kadınlarda kalan idrar hacmi yüksek olduğundan ve mesanedeki bu ölü alandan dolayı fonksiyonel kapasitesi azalmıştır. Burada olan fazladan idrar birikimi, mesanenin enfeksiyöz etkenlere karşı temel defans mekanizmasının tam olarak boşaltma olduğundan idrar yolu enfeksiyonları için kaynak olabilmektedir. (55)

Bu testte klasik olarak bir üriner katater kullanılsa da güncel olarak ultrasonografi ile eş zamanlı değerlendirilerek uygulanmaktadır. İşeme fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda takip ve tedavi etkinliğinin ortaya konulmasında da etkilidir. (56) İşeme sonrası mesanede kalan hacim overflow inkontinans tipinde 200 mililitreyi geçebilmektedir. Bu değer stres, urge ve mikst tipte genelde 50 mililitreyi aşmaz. (57)

### **2.1.5.11. Görüntüleme Yöntemleri**

Üriner inkontinansda görüntüleme yöntemlerine sık başvurulmaktadır. Direkt grafi, ultrasonografi (USG), manyetik rezonans (MRG/MRI), intravenöz piyelografi (IVP), bilgisayarlı tomografi (BT/CT), miksiyon sistoüretrografisi, en çok kullanılan yöntemlerdir. Direkt grafi ile anatomik bir şekil bozukluğu varsa görülebilir.

Üriner sistem ultrasonografisi, üriner inkontinansın tanı ve tipinin belirlenmesinde en sık başvuru alan görüntüleme yöntemidir. İnkontinans vakalarının tanısında mesane duvar yapısı, duvar kalınlığı, üretral meatus ve mesane boynu görüntülenebilir. Post -voidal reflü varsa bunun miktarını belirlemede kullanılır. Biz klinik pratiğimizde transvajinal ve transabdominal kullanılmaktadır. Bunların dışında intraüretral, rektal ve transperineal kullanımları da mevcuttur. (58)

İşeme sistoüretrografisi ile özellikle üretral mobilite artışı ve mesane boynunun hunileşmesi gösterilebilir. (59)

Manyetik rezonans görüntüleme, alt üriner sistemin görüntülenmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Çekimler kontrast madde kullanmadan yapılır. Ancak araştırmacılar, üriner inkontinansta MRG'nin klinik kullanımı için yeterli kanıt olmadığını bildirmektedirler. Kişinin semptomları (dizüri, disparoni, damlama tarzı idrar) veya fizik muayenesi sonucunda üretral divertikülden şüphe edilirse, tercih edilecek yöntem MRG olmalıdır. (60)

Ürodinamik incelemeler olarak da tanımlayabileceğimiz ileri düzey testler ise inkontinans mekanizmasında suçlanan bozuklukların tespitini sağlamaktadır. Ayrıca hastanın şikayetleri ile bulgular arasında uyumsuzluk varsa bunu da ortaya koyabilmektedir. (1, 61)

#### **2.1.5.12. Üroflowmetri**

Miksiyon fonksiyonlarının değerlendirilmesinde ileri düzey testler üroflowmetri ile başlamalıdır. Zaman içerisinde yapılan idrar miktarı işaretlenir. Yapılan idrar miktarı arttıkça, akış zamanı, maximum akış hızı ve en yüksek akış için geçen zaman artmaktadır. (62)

#### **2.1.5.13. Dolum Sistometrisi**

ICS tanımına göre sistometri transüretral kateter yoluyla mesanenin idrar dolumu sırasında, transrektal katater yardımıyla intraabdominal basıncı artıracak uygulamaların da eklendiği, intravezikal ve intraabdominal basınç ölçümü ile detrusor basıncının görüntülenmesi olarak isimlendirilmektedir. (61) Sistometrinin amacı mesane kapasitesi, basıncı, kompliyansı, kompetansı, detrusor aktivitesi ve hastanın dolum hislerinin saptanmasıdır. Test boyunca abdominal basınç ile vezikal basınç eş zamanlı değişeceğinden ve detrusor basıncı bu iki basınç değerinin birbirinden çıkarılmasıyla elde edileceğinden sıfıra yakın bir değer olmalıdır ( $P_{det} = P_{ves} - P_{abd}$ ). İşlem başladıktan sonra hastaya belirli aralıklarla idrar dolumunu gösteren hisleriyle alakalı sorular sorulur. Bu sorular ICS tarafından standardize edilmiştir. İlk dolum hissi hastanın mesanede idrarın varlığını hissettiği andır. Total kapasitenin yaklaşık üçte biri kadardır. Normal işeme hissi hastanın işeme isteğinin başladığı ancak uygun zamana kadar bekleyebileceği his olarak tanımlanır. Mesane kapasitesinin üçte ikisi kadardır.

Güçlü işeme hissi ise hastanın kaçırma korkusu olmadan kuvvetli bir şekilde işeme isteğinin geldiği andır. (14, 61)

#### **2.1.5.14. Videoürodinami**

Alt üriner sistem ile ilgili patolojilerin tanısında ürodinamik yöntemlere ek olarak görüntüleme de eklendiğinde ortaya çıkan tanı yöntemidir. Diğer yöntemlerden farkı burada kullanılacak sıvının kontrastlı içeriğe sahip olmasıdır. Floroskopik görüntüleme ile birlikte eş zamanlı olarak anatomik patoloji varsa o da tespit edilebilir. Detrusor kasın instabilitesi ve üretral sfinkter yetmezliği tanısında altın standarttır. (63, 64)

#### **2.1.5.15. Üretral Basınç Profilometrisi (UPP)**

UPP üretral basınçları ölçen bir tanı yöntemidir. Mesane içine yerleştirilen bir kateter belirli bir hızda geri çekilirken, üretra ve mesane içerisindeki basıncın ölçülüp birbirinden sayısal olarak çıkartılmasıyla üretral kapanma basıncına ulaşılır. İnkontinans mevcutsa bu negatif bir değer olacaktır, normal popülasyonda bu basınç farkı pozitifdir. (65)

#### **2.1.6. Tedavi Yöntemleri**

Ciddi semptomları olmayan, ameliyat olmak istemeyen, fertilitate isteği olan ve cerrahiye etkileyecek başka ürojinekolojik sorunları olan veya komorbid durumlardan dolayı cerrahiye engeli olan hastalarda konservatif tedavi seçeneklerinin uygulanması iyi bir tercih olabilir. Bu yöntemlerin hastalara ilk seçim olarak uygulanması inkontinans derneklerinin kılavuzlarında belirtilmektedir. Etkinliği yüksek ve iyi tolere edilebilir yöntemlerdir fakat bazen hastaların anlaması ve sürdürebilmesi zor olabilir. (46)

##### **2.1.6.1. Kilo Vermek**

Yüksek VKI, kadınlarda üriner inkontinans gelişimi için risk faktörüdür. Mekanizma kesin olarak açıklanmamakla birlikte intraabdominal basıncın artması ve üretranın mobilitesinin artması sonucu oluşur. VKI ile intravezikal basıncın doğru orantılı değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Kilo vermek ile maksimum

intravezikal basınçta ve valsalva kaçırma noktası basıncında azalma olduğu kanıtlanmış olup, kilo kaybının üriner inkontinans tedavisindeki yerinin önemli olduğunu desteklemektedir. (66) Avrupa Üroloji Derneği, inkontinans kılavuzunda obez hastalar için kilo kaybını “A” derecesinde önermektedir. (46)

#### **2.1.6.2. Sigara Bırakma**

Nikotin kullanımı ile hem stres üriner inkontinans hem de aşırı aktif mesane arasında ileri sürülen çeşitli bağlantılar mevcuttur. Fakat salt sigara bırakmanın tedavi edici olduğuna dair bir kanıt henüz mevcut değildir. Yine de genel sağlığın düzelmesi sebebiyle üriner inkontinans yaşayan kadınların sigara bırakması önerilir. Avrupa Üroloji Derneği inkontinans kılavuzunda sigara bırakmayı “A” derecesinde önermektedir. (46)

#### **2.1.6.3. Diyet Değişiklikleri**

İnkontinans şikayeti ile gelen hastalarda diyetin değerlendirilmesi önemlidir. Özellikle çay ve kahve tüketimi ülkemizde yüksek boyutlara ulaşmaktadır. Günlük kafein tüketim miktarı çok olan kadınlarda diürezin artması sebebiyle üriner inkontinans sıklığı artmaktadır. (67) Kafein kısıtlamasının inkontinans sıklığını azalttığına dair veriler mevcuttur. Kabızlık da bir diğer inkontinans sebebidir. Eğer hasta bundan şikayetçi ise bu duruma yol açan diyet alışkanlıkları sorgulanmalı, varsa gözden geçirilerek düzenlenmelidir. (68)

#### **2.1.6.4. Sıvı Kısıtlama**

Fazla miktarda sıvı tüketilmesi de inkontinansın şiddetini artırabilir. Özellikle işeme günlüklerinin takibiyle sıvı tüketimi çok olan hastalarda sıvı kısıtlaması önerilebilir. Aşırı sıvı kısıtlanmasının konsantrite idrara ve kabızlığa sebep olabileceği ve mesane fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. İleri derecede fazla ya da çok az sıvı tüketimi olan hastalarda sıvı miktarının düzenlenmesi gerekliliği Avrupa Üroloji Derneği Kılavuzlarında belirtilmektedir. (46)

### **2.1.6.5. Davranış Değişiklikleri**

Hastaların işeme günlüğü tutarak elde ettiği veriler doğrultusunda sık işeme alışkanlığı tespit ettiklerimizde hastaya belirli eğitimler vererek işeme sıklığının azaltılması amaçlanmaktadır. Bu şekilde mesane kapasitesi artar ve sık idrara çıkmayla artan detrüsor aktivitesi azalır. Bu yöntem hem stres hemde özellikler urge inkontinans tedavisinde kullanılabilir. (69)

### **2.1.6.6. Pelvik Taban Kas Egzersizleri**

Pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi sonucunda üretral sfinkter fonksiyonunun iyileştiğini ve bu sayede inkontinansın azaltılabildiğini gösteren çalışmalar Dr. Kegel tarafından gündeme getirilmiştir. (70) Güncel olarak pelvik taban kas egzersizleri yerine pelvik taban kasları eğitimi (PTKE) terminolojisi kullanılmakta. Hedeflenen kas grupları levator ani, eksternal anal sfinkter ve çizgili üretral sfinkterdir. Amaç bu kasları koordineli olarak çalıştırarak hem üretral sfinkter fonksiyonlarını düzeltmek, hem de intraabdominal basınca karşı üretral basıncı artırarak inkontinansın kontrolünü sağlamaktır. (47, 71) PTKE; stres, sıkışma ve karışık tip idrar kaçırma da etkin bir tedavi yöntemidir. (71)

### **2.1.6.7. Pesser Kullanımı**

Pelvik organ prolapsusu ile birlikte inkontinans yaşayan hastalarda tercih edilebilen, vajen içine yerleştirilen genellikle silikon malzemeden yapılmış halkalardır. Cerrahiye uygun olmayan veya opere olmak istemeyen hastalarda kullanılabilir. Özellikle stres üriner inkontinans tedavisinde de kullanılan üretraya da yerleştirilen bir parçası bulunan pesserler mesane boynuna destek sağlayarak idrar kaçırma önler. Pesser uygulandıktan sonra hastaya intraabdominal basıncı artıran manevralar yaptırılmalı ve işeme fonksiyonu değerlendirilmelidir. (72)

### **2.1.6.8. Manyetik İnervasyon**

Özellikle stres ve urge inkontinans ta kullanılan bu yöntemin temelinde vajen ya da perineye yerleştirilen probalar ile elektriksel uyarı verilerek pelvis kaslarının güçlendirilmesi yatmaktadır. Kontinans tipine göre kullanılan frekans sıklığı

değişmektedir. Stres inkontinansında yüksek, urge tipinde ise düşük frekans uygulanmaktadır. (73)

#### **2.1.6.9. Medikal Tedavi**

Konservatif tedavi uygulanan hastalarda başarı sağlanamadığı durumlarda farmakolojik tedaviye başvurulabilir. İlk tercih antimuskarinik ajanlardır. Bunlar M3 reseptörleri üzerinde postgangliyonik reseptörleri kompetitif olarak inhibe eder. Bu mekanizma ile detrusor kasın kontraktibilitesi azaltılarak mesane kapasitesi artar. (74) Stres tip veya mikst tip inkontinans tedavisinde duloksetin de kullanılabilir. Presinaptik serotonin ve noradrenalin geri alımını inhibe ederek üretral sfinkter dinlenme gücü ve kas tonusunu artırarak etki eder. (75)

#### **2.1.6.10. Cerrahi Tedavi**

Genel olarak bakıldığında hafif derece stres üriner inkontinansın tedavisinde konservatif seçenekler düşünülmektedir. Konservatif yaklaşım sonrası semptomları gerilemeyen hastalarda cerrahi tedaviye başvurulur. Sürekli güncellenmekte olan bu prosedürler son olarak midüretal sling cerrahileri olarak evrilmiş ve günümüzde stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde en sık uygulanan yöntemlerdir. (76, 77)

## **2.2. CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUKLARI**

### **2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji**

Kadınların neredeyse %40'ı cinsel sorunlar yaşamakta ve yine neredeyse her sekiz kadından biri kişisel veya cinsel partner kökenli problem bildirmektedir. (78-81) Cinsel işlevlerde sorunlar ilk cinsel deneyim öncesinde veya beraberinde başlayabileceği gibi, cinsel hayatın herhangi bir döneminde de başlayabilir. Problem kendisini; cinsel isteksizlik, uyarılma sorunu, ağrı, orgazma ulaşamama ve benzeri şekillerde gösterebilir. Kadın cinsel tepkimeleri klasik anlamda dört fazdan oluşmaktadır; (1) arzu, (2) uyarılma, (3) orgazm, (4) çözülme. Fakat her zaman sıralama bu şekilde görülmeyebilir. (82) Bununla birlikte kadınlarda pek çok nedenle cinsel ağrı ve işlevlerde bozulmalar meydana gelebilir. Pek çok neden bu duruma sebep olabilir. Bunlar arasında genitoüriner sistem kaynaklı sorunlar ve menopoz (vulvovajinal atrofi vb.), pelvik taban kaslarında hipertonus (vajinismus) da sayılabilir. Bu durumların neden olduğu acı ve ağrı hissi, arzu ve uyarılma bozukluklarının yaşanmasına katkıda bulunabilir. (83) Bununla birlikte en sık tespit edilen sorunların düşük cinsel istek ve orgazma ulaşamama olduğu düşünülmektedir. (78, 79) Ağrı bozuklukları ile ilgili veriler diğerlerine göre nispeten daha kısıtlıdır. Fakat postmenopozal kadınlarda kuruluk ile birlikte etkisini gösteren menopozal genitoüriner sendromlar olguların neredeyse %40'ında mevcuttur. (84, 85)

### **2.2.2. Tanı ve Teşhis**

Kadın cinsel işlev bozukluklarının teşhisinde tıbbi özgeçmişide içeren detaylı bir anamnez oldukça önemlidir. (86) Amerikan Psikiyatri Birliği bir problemin cinsel sorun olarak değerlendirilmesi için sorunun en az altı aydır devam ediyor olmasının gerekli olduğunu, kişide yada kişiler arasında sorunlara yol açması gerektiğini, tekrarlayıcı yada kalıcı nitelikte olmasının gerekli olduğunu ve başka herhangi bir hastalık tanısı ile açıklanamamasının gerektiğini bildirmiştir. (87)

### **2.2.3. Risk Faktörleri**

#### **2.2.3.1. Stres ve Yorgunluk**

Stres ve yorgunluğun kadın cinsel işlevleri üzerine etkisi olduğu kabul edilir. Bu nedenle kadın libidosu üzerine etki edebilecek yorgunluk faktörünün organik bir temeli olup olmadığı detaylıca irdelenmelidir (anemi, kardiyovasküler hastalıklar vb.). Bunun ötesinde yenidoğan bir bebeğe sahip olmak ve onun ihtiyaçlarını karşılamak için gösterilen performansında bu dönemde kadında stres ve yorgunluk oluşturuvcu bir faktör olabileceği unutulmamalıdır.

#### **2.2.3.2. Menopoz**

Yaşın cinsel işlevler ile olan ilişkisi karmaşıktır ama genel olarak tüm cinsel sorunların ilerleyen yaş ile beraber arttığı kabul görür. Bu nedenle menopozal dönemde azalan östrojenin de eksikliğine bağlı olarak kadınlarda vajinal kuruluk ve disparuni gibi şikayetlerde artış görülür. Bu durum kadınlarda istekte ve uyarılmada azalma ile sonuçlanır. Cerrahi menopozun etkisinin doğal menopoza göre daha yüksek olduğu kabul edilir. (79, 88-92)

#### **2.2.3.3. Depresyon ve Anksiyete**

Düşük cinsel istek ve cinsel fonksiyon bozuklukları ile ilişkili bulunmuşlardır. (93-95)

#### **2.2.3.4. Gebelik ve Doğum**

Kadın cinsel işlevleri genellikle gebelik ve doğum sonrası dönemde etkilenmektedir. Fakat gerçekleşen doğum şekli ile cinsel işlevler arasında herhangi bir etkileşim görülmemektedir. (96) Fakat bazı çalışmalar doğum yapmış kadınlar ile yapmamış kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğuna sahip olma olasılığı arasında farklılık olmadığını da göstermiştir. (79) Çocuk sahibi olmanın cinsel işlevler için bir risk faktörü olduğu kadar infertilitenin de risk faktörü olduğu bilinmelidir. (97, 98)



### **2.2.3.5. Pelvik Organ Prolapsusu ve Üriner İnkontinans**

Her ikisi de kadın cinsel fonksiyonları ile önemli derecede ilişkilidir. Üriner inkontinansı olan kadınların ortalama %26'sı ile %47'si kadarında cinsel işlevlerde bozulma olduğu bildirilmektedir. İnkontinansı olan kadınlar ilişki sırasında özellikle penetrasyon ve orgazm sırasında üriner inkontinans yaşamaktadırlar. (99-102)

### **2.2.3.6. Endometriozis ve Leiomyomlar**

Disparuni ve düzensiz kanamalar nedeniyle cinsel işlevlerde bozulmalara neden olabilirler.

### **2.2.3.7. Endokrinolojik Bozukluklar**

Diyabet, tiroid bezi hastalıkları ve hipofiz bezi hastalıkları cinsel işlevlerde değişiklikler ile ilişkili olabilmektedir. (103-105)

### **2.2.3.8. Hipertansiyon**

Yüksek tansiyon ile cinsel fonksiyonlar arasındaki ilişki bir miktar karışıktır. Cinsel fonksiyonlardaki değişikliklerin ilaç kullanımından mı kaynaklandığı, yoksa hastalığın kendisinin mi neden olduğu biraz belirsizdir. Özellikle beta blokörlerin kullanımının cinsel işlevlerde değişikliklere neden olabileceği düşünülmektedir. (106, 107)

### **2.2.3.9. Nörolojik Bozukluklar**

Nörolojik hastalıklar ile kadın cinsel işlevlerindeki bozukluklar pek çok faktör ile ilişkilendirilmiştir. İlaç kullanımları veya duysal kayıplar üzerinde en çok durulan mekanizmalar arasındadır. Parkinson, multiple skleroz gibi hastalıklarda, hastalığın derecesi ile kadın cinsel işlevlerinde görülen bozukluklar arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. (108, 109) Bununla birlikte epileptik kadınlarda hastalığın kendisinin ve ilaç kullanımının da kadın cinsel işlev bozuklukları ile birliktelik gösterdiği literatürde görülmektedir. (110-113)

### **2.2.3.10. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı**

Alkol ve madde kullanımı kişinin sosyal, zihinsel, fiziksel durumunu etkileyebileceği gibi cinsel işlev fonksiyonlarını da etkileyebilmektedir. Hipogonadizm tablosu oluşturarak cinsel işlevlerde bozulmaya neden olabilirler. Nikotin ise kendi başına cinsel uyarılmayı engelleyebilmektedir. (113-115)

### **2.2.3.11. İlaç Kullanımı**

Antiepileptikler, antipsikotikler, hormonal kontraseptifler, antihipertansifler ve benzeri ilaçlar ile cinsel fonksiyon bozuklukları arasında ilişkilerin olduğu bildirilmiştir. Benzodiazepinler özellikle libido kaybı ile ilişkilendirilmişken, selektif seratonin reseptör inhibitörlerinin ise kadınlarda azalmış cinsel istek ve orgazm bozukluklarına neden olabileceği bildirilmiştir. (108, 116-119) Hipertansiyon tedavisi için kullanılan beta –blokörlerinde cinsel aktivitenin yaşanmasında sorunlara neden olabileceği bildirilmiştir. (107, 120) Antiepileptik olarak kullanılan topiramamat, lamotrijin ve gabapentininde cinsel sorunlara neden olabileceği bilinmektedir. (110-112)

### **2.2.3.12. Diğer Durumlar**

Obezite veya çok düşük vücut kitle indeksine sahip olmak cinsel sorunlara neden olabilmektedir. (121) Mesane ağrı sendromları veya interstisyel sistit durumları kadınlarda ağrı ve benzeri durumlara yol açarak cinsel istekte azalmaya neden olabilirler. Çeşitli romatolojik ve bağ dokusu hastalıkları, maligniteler veya kronik rahatsızlıklarda bilişsel veya fiziksel fonksiyonları etkileyerek cinsel fonksiyon sorunlarına neden olabilmektedir. (122, 123)

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Yöntem

Çalışmamız Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesine Temmuz 2022 –Şubat 2023 tarihleri arasında başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Tüm katılımcılara çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapıldıktan sonra olurları alınmıştır ve araştırmaya dahil edilmişlerdir. Çalışmaya başlamadan önce Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27/04/2022-2022-YÖNP-0022 numara ve tarih ile gerekli olan tüm olurlar alınmıştır ve çalışma süresince Helsinki Bildirgesine uyulmuştur.

Çalışmanın örneklemini onsekiz (18) –altmışbeş (65) yaş aralığındaki kadınlardan oluşturulmuştur. Tüm olgular belirli bir sıralama olmadan kendilerine araştırma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar arasından kronik ilaç kullanımı ve herhangi bir kronik hastalığı olmayanlar arasından seçilmiştir. Bu bağlamda çalışma 190 (yüz doksan) kadın ile gerçekleştirildi.

Demografik özellikleri göstermesi açısından katılımcıların yaşlarını, eğitim düzeylerini, gebelik – doğum ve gebelik kaybı sayılarını, menopoz durumlarını, boy ve kilolarını (vücut kitle indeksine çevrilmiştir; VKİ (BMI)= kilogram / metre cinsinden boy uzunluğunun karesi) içeren bir başlangıç formu doldurulmuştur. Devamında katılımcılara öncelikle Depresyon –Anksiyete –Stres Ölçeği -21 (DASS -21) Türkçe versiyonu uygulandı. Akabinde Ürogenital Distress Envanteri -6 (UDI -6), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI), ve Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BFLUTS-SF) anketlerinin Türkçe versiyonları uygulandı.

Toplanan tüm veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı üzerinde değerlendirmeye alınmıştır. Öncelikle demografik bilgi olarak araştırmanın gerçekleştiği popülasyonun tanımlanabilmesi amacıyla katılımcıların; yaş, eğitim ve meslek durumları, gravida ve pariteleri, menopoz durumları, boy, kilo, vücut kitle indeksi ortalamaları ile dağılımları değerlendirilmiştir. Akabinde örneklemini oluşturan kişilerin Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi (BFLUTS-SF) ölçeğine göre üriner inkontinans durumları ve tipleri, yine aynı ölçeğin alt bileşenlerinin her birinden ayrı ayrı almış oldukları puanların ortalama değerleri (depolama, idrar

yapma, inkontinans, cinsel yaşam, yaşam kalitesi) ve toplam skorları hesaplandı. Uygulanan bir diğer üriner sistem değerlendirme ölçeği olan Ürogenital Distres Envanteri -6 (UDI -6)'dan alınan skorlar da hesaplanarak çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara uygulanan bir diğer ölçek olan Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'ne (FSFI) ait alınan ortalama puanlar ile yine bu ölçeğin alt bileşenlerini oluşturan parametrelerden alınan skorlar (istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı –rahatsızlık) da değerlendirildi. Son olarak mevcut durumlarının üzerlerinde yaratmış olduğu depresyon –stres ve anksiyete durumlarının değerlendirilebilmesi amacıyla Depresyon –Anksiyete –Stres Ölçeği -21 ölçeği ile değerlendirilerek sunulmuştur.

Çalışmada kullanılan ölçekler ile elde edilen sonuçların; inkontinans veya üriner sistem yakınması olan ve olmayan olgular arasında ve, herhangi bir cinsel işlev bozukluğu tarifleyen veya tariflemeyen olgular arasında değişkenlik gösterip göstermedikleri analiz edilmiştir. Aynı sonuçların kadınların reproduktif dönemde veya menopozal dönemde olmalarından da etkilenip etkilenmedikleri de ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

### **3.2. Ölçekler**

#### **3.2.1. Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi Ölçeği (BFLUTS –SF)**

Ölçek Jackson, Donovan ve Brookes tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçek üriner inkontinans ve alt üriner sistem semptomları ile, bunların cinsel fonksiyonlar ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. BFLUTS –SF 19 (on dokuz) soru ve depolama, idrara çıkma, üriner inkontinans, cinsel işlevler ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği beş (5) alt kategoriden oluşur. Ölçeğin kesme değeri yoktur, ölçekten alınan skorların yüksekliği semptomların ciddiyetini göstermektedir. Ölçek Jackson, Donovan ve Brookes tarafından 1996 yılında geliştirilmiş ve Türkçe versiyonunun geçerlilik –güvenilirlik değerlendirmesi 2005 yılında Güngör ve Yalçın tarafından, ve 2012 yılında Gökkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (124-127)

#### **3.2.2. Ürogenital Distres Envanteri -6 Ölçeği (UDI -6)**

Ürogenital distres envanteri'nin kısa formudur. Stres, sıkışma /acil (urge) ve damla –damla tipte idrar kaçırmının, boşaltım fazı ile ilgili yakınmaların, pelvik ağrı ve

rahatsızlık durumlarının, ve işeme sıklığının değerlendirildiği formdur. Yakınmalar ile bunların yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği herhangi bir soru içermemektedir. Ölçek Shumaker SA ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. 2007 yılında Çam ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve validasyon çalışmaları yapılmıştır. Hesaplanan puan yüzde olarak ifade edilir ve toplam skorun artışı yani yüksek oluşu bireyin ürogenital sistem kaynaklı yaşam kalitesindeki değişikliği yani bozulmayı gösterir. (128-130)

### **3.2.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI)**

Ölçek ondokuz sorudan oluşmaktadır ve kişilerin son dört haftada yaşadıkları cinsel deneyimlemenin durumunu değerlendirmektedir. Cinsel istek, uyarılma, lubrikasyonun gerçekleşmesi, orgazm olabilme, memnuniyet duyma ve ağrı /rahatsızlık hissiyatının değerlendirildiği altı (6) alt birleşenden oluşur. Elde edilen ham puanların belirtilen katsayılar ile çarpılması sonucu alınan toplam ölçek skoru 26.55'in altında ise kişide cinsel işlevlerde bozukluk varlığını göstermektedir. (131-134) Ölçek Rosen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş ve 2005 yılında Oksuz E ve Malhan S tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik –güvenilirlik değerlendirmesi yapılmıştır. (135, 136)

### **3.2.4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği -21 (DASS -21)**

Ölçek 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiştir. (137) Sonrasında Brown ve arkadaşları ölçeğin kısa formlarının da uygulanabilir olduğunu bildirmişlerdir. (138) Henry ve Crawford ile Mahmoud ve arkadaşlarının çalışmalarından alıntılanarak, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olan 21 soruluk kısa form bu çalışmada kullanılmıştır. (139-141)

## **3.3. İstatistiksel Analiz**

Çalışmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi ile verilmiştir. Çalışmada elde edilen ölçek puanlarının normal dağılım testi Shapiro Wilk testi ile incelenmiş olup normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Bu

değişkenlerin kategorik değişkenlere göre karşılaştırılmasında iki grup içeren kategorik değişkenler için Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup içeren kategorik değişkenler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığı belirlemek için ise Dunn's testi kullanılmıştır. Ayrıca kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki-kare analizi ile test edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir.  $p < 0,05$  anlamlılık seviyesi seçilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Çalışmamızı oluşturan kadınların ortalama yaşı  $38,79 \pm 12,49$  yıl olarak belirlenmiş ve bunların %22,63'ünün (n=43) menopozal dönemde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayı oluşturan popülasyonun ortalama boy uzunluğu  $163,65 \pm 6,54$  cm olarak tespit edilmişken, ortalama vücut ağırlıklarının  $66,62 \pm 10,62$  kg olduğu hesaplanmıştır. Bu bağlamda çalışmayı oluşturan kadınların vücut kitle indeksi ortalamasının  $24,85 \pm 3,56$  kg/m<sup>2</sup> olduğu bulunmuştur. Vücut kitle indekslerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların %2,63'ünün (n=5) zayıf, %48,42'sinin (n=92) normal, %43,16'sının (n=82) fazla kilolu ve %5,79'unun (n=11) ise obezite durumunda olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %21,05'i (n=40) ilköğretim mezunu, %37,89'u (n=72) lise mezunu, %41,05'i (n=78) ise üniversite, yüksek lisans veya doktora mezunu olduğunu belirtirken %46,84'ü (n=89) ev hanımı olduğunu, %53,16'sının (n=101) ise düzenli mesai saatleri olan herhangi bir iş kolunda çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların %65,26'sının (n=124) yaşamlarının herhangi bir döneminde gebelik yaşamış oldukları, bunların ise 118'inin (%62,11) doğum yapmış oldukları değerlendirildi. Ortalama gebelik sayısının  $1,6 \pm 1,59$  ve ortalama doğum sayısının ise  $1,37 \pm 1,34$  olduğu hesaplandı. Katılımcılara ait detaylı demografik veriler Tablo\_1'de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**Tablo\_1.** Katılımcılara ait demografik özellikleri gösterir tablo.

<b>Parametre</b>	<b>Ortalama <math>\pm</math>SS</b>	<b>Medyan (minimum -maksimum)</b>
Yaş (yıl)	38,79 $\pm$ 12,49	36,5 (19 -65)
Boy (cm)	163,65 $\pm$ 6,54	165 (145 -180)
Vücut Ağırlığı (kg)	66,62 $\pm$ 10,62	66 (40 -114)
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	24,85 $\pm$ 3,56	24,84 (17,4 -41,87)
Gebelik Sayısı (gravida)	1,60 $\pm$ 1,59	2 (0 -9)
Doğum Sayısı (parite)	1,37 $\pm$ 1,34	1 (0 -5)
	<b>Alt Parametre</b>	<b>n (%)</b>
Menopoz Durumu	var (+)	43 (%22,63)
	yok (-)	147 (%77,37)
Gebelik Öyküsü	var (+)	124 (%65,26)
	primigravid	28 (%14,74)
	multigravid	96 (%50,53)
Doğum Öyküsü	yok (-)	nulligravid 66 (%34,74)
	var (+)	118 (%62,11)
	primiparite	32 (%16,84)
	multiparite	86 (%45,26)
Eğitim Durumu	yok (-)	nullipar 72 (%37,89)
	ilköğretim	40 (%21,05)
	lise ve dengi	72 (%37,89)
	üniversite ve dengi	78 (%41,05)
Meslek	ev hanımı	89 (%46,84)
	aktif çalışan	101 (%53,16)
VKİ	zayıf	5 (%2,63)
	normal	92 (%48,42)
	kilolu	82 (%43,16)
	obezite	11 (%5,79)



Değerlendirme sonucunda kadınların ortalama Ürogenital Distres Envanteri -6 ölçeği skorunun  $31,82 \pm 27,27$  olduğu, ortalama Kadın Cinsel İşlev Ölçeği skorunun  $17,83 \pm 9,44$  olduğu, ortalama Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi ölçeği skorunun  $14,7 \pm 10,86$  olduğu, Depresyon –Anksiyete –Stres Ölçeği -21’den alınan ortalama skorların sırasıyla  $4,68 \pm 3,95$ ;  $4,57 \pm 3,4$ ;  $5,17 \pm 3,8$  olduğu görülmüştür. Bu bağlamda 77 (%40,53) kadının herhangi bir tip veya derece de üriner inkontinans problemi yaşadığı, 148 (%77,89) kadının ise herhangi bir derece veya alt tipte cinsel fonksiyonlar ile ilgili sorun yaşadığı değerlendirilmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçekler (Ürogenital Distres Envanteri -6 ölçeği, Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Depresyon –Anksiyete –Stres Ölçeği -21) ve bu ölçeklerden alınan skorlar ayrıntılı olarak Tablo\_2’de sunulmaktadır.

**Tablo\_2.** Katılımcılara uygulanan ölçekler ve popülasyonun ölçeklerden almış oldukları ortalama skorları gösterir tablo.

<b>Ölçek ve Alt Boyutu</b>	<b>Ortalama <math>\pm</math>SS</b>	<b>Medyan (minimum -maksimum)</b>
UDİ-6 skoru	31,82 $\pm$ 27,27	25 (0 -100)
FSFI skoru	17,83 $\pm$ 9,44	19,15 (1,2 -33)
Cinsel İstek Skoru	3,01 $\pm$ 1,38	3 (1,2 -6)
Cinsel Uyarılma Skoru	3,04 $\pm$ 1,67	3,3 (0 -6)
Lubrikasyon Skoru	3,12 $\pm$ 1,97	3,6 (0 -6,9)
Orgazm Skoru	2,89 $\pm$ 1,86	3,2 (0 -6)
Memnuniyet Skoru	3,24 $\pm$ 1,99	3,6 (0 -6,4)
Ağrı Rahatsızlık Skoru	2,54 $\pm$ 1,99	2,4 (0 -6)
BFLUTS skoru	14,7 $\pm$ 10,86	13 (0 -48)
Depolama Skoru	4,88 $\pm$ 2,96	4 (0 -12)
İdrar Yapma Skoru	2,23 $\pm$ 2,21	2 (0 -11)
İnkontinans Skoru	3,03 $\pm$ 3,61	2 (0 -14)
Cinsel Yaşam Skoru	0,68 $\pm$ 1,39	0 (0 -6)
Yaşam Kalitesi Skoru	3,87 $\pm$ 3,76	3 (0 -15)
Depresyon Skoru	4,68 $\pm$ 3,95	5 (0 -17)
Anksiyete Skoru	4,57 $\pm$ 3,40	4 (0 -16)
Stres Skoru	5,17 $\pm$ 3,80	5 (0 -16)
	<b>Alt Parametre</b>	<b>n (%)</b>
İnkontinans Durumu	var (+)	77 (%40,53)
	Stres tip Uİ	40 (%21,05)
	Urge tip Uİ	6 (%3,16)
	Karma tip Uİ	26 (%13,68)
	Day-time Uİ	5 (%2,63)
	yok (-)	113 (%59,47)
Cinsel İşlev Bozukluğu	var (+)	148 (%77,89)
	yok (-)	42 (%22,11)

Üriner inkontinans problemi yaşayan ve yaşamayan kadınların cinsel işlevler değerlendirme ölçeğinden aldıkları skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir. Fakat cinsel işlevler değerlendirme ölçeğinin 'ağrı –rahatsızlık hissi duyma' alt parametresinden alınan skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. Ölçeğin diğer alt parametrelerinden alınan skorlar arasında farklılık istatistiksel olarak yoktu. Bununla birlikte iki grup arasında Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi ölçeği ve alt parametreleri ile Ürogenital Distres Envanteri -6 ölçeği ölçeğinden alınan skorlar arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmaktaydı. Demografik özelliklerden vücut kitle indeksinin inkontinans problemi yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği tespit edilirken, tıbbi öyküsünde gebelik ve doğum süreci yaşamış olan kadınlarda sonuçların farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Öte yandan bir diğer ölçek olan Depresyon –Anksiyete – Stres Ölçeği -21'den alınan skorlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu görüldü. Değerlendirmelere ait ayrıntılı sonuçlar Tablo\_3'de sunulmaktadır. (p<0,05; Mann-Whitney U testi)

**Tablo\_3.** Üriner sistem kaynaklı problemler yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında ölçeklerden ve alt bileşenlerinden alınan skorların gösterildiği tablo.

Ölçek ve Alt Parametresi	İnkontinans				p
	Ort ±SS	var Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	yok Medyan (Q1-Q3)	
FSFI	17,37 ±10,21	18,3 (8,3 -26,6)	18,52 ±8,18	19,6 (14,4 -24,7)	0,533
Cinsel İstek	3,05 ±1,44	3 (1,8 -4,2)	2,95 ±1,31	3 (1,8 -3,6)	0,699
Uyarılma	3,04 ±1,78	3,6 (1,2 -4,5 )	3,05 ±1,51	3,3 (2,4 -4,2)	0,882
Lubrikasyon	2,93 ±2,13	3 (1,2 -4,8)	3,39 ±1,67	3,6 (2,4 -4,2)	0,187
Orgazm	2,85 ±2,01	3,2 (0,4 -4,8)	2,95 ±1,63	2,4 (1,6 -4,4)	0,996
Memnuniyet	3,22 ±2,10	3,6 (2 -4,8)	3,26 ±1,81	3,6 (2 -4,8)	0,900
Ağrı – Rahatsızlık	2,28 ±2,11	1,2 (0 -4)	2,94 ±1,73	3,2 (1,2 -4,4)	0,008
BFLUTS –SF	8,27 ±5,51	7 (4 -11)	24,13 ±9,85	22 (17 -30)	0,001
Depolama	3,51 ±2,10	3 (3 -4)	6,90 ±2,89	7 (4 -9)	0,001
İdrar Yapma	1,38 ±1,61	1 (0 -2)	3,47 ±2,4	3 (2 -5)	0,001
Cinsel Yaşam	0,21 ±0,67	0 (0 -0)	1,38 ±1,81	0 (0 -3)	0,001
Yaşam Kalitesi	2,19 ±2,58	1 (0 -3)	6,35 ±3,86	6 (3 -9)	0,001

Ölçek ve Alt Parametresi	İnkontinans				p
	Ort ±SS	var Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	yok Medyan (Q1-Q3)	
Depresyon Skoru	3,78 ±3,53	3 (1 -6)	6,00 ±4,18	6 (3 -7)	0,001
Anksiyete Skoru	3,43 ±2,22	4 (1 -5)	6,23 ±4,1	6 (3 -8)	0,001
Stres Skoru	3,96 ±3,06	4 (1 -7)	6,96 ±4,08	7 (4 -9)	0,001
Gebelik Öyküsü	1,19 ±1,36	1 (0 -2)	2,19 ±1,71	2 (1 -3)	0,001
Doğum Öyküsü	0,97 ±1,16	1 (0 -2)	1,95 ±1,39	2 (1 -3)	0,001
VKİ	24,80 ±3,46	24,61 (22,14 -26,53)	24,93 ±3,71	25,24 (22,04 -27,68)	0,521

Cinsel işlev bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve bunun tüm alt parametrelerinden alınan skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Fakat cinsel işlevlerinde sorun yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında Ürogenital Distres Envanteri -6 ölçeği ile 'depolama skoru' haricinde Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi ölçeği skorları ve alt parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Yine her iki grup arasında Depresyon –Anksiyete –Stres Ölçeği -21'den alınan skorlar ile gebelik ve doğum öyküsü arasında istatistiksel açıdan farklılık olmadığı tespit edildi. Öte yandan gruplar arasında vücut kitle indeksi skorları arasında istatistiksel farklılık bulunmaktaydı. Değerlendirilen verilere ilişkin ayrıntılı değerler Tablo\_4'de sunulmuştur. ( $p < 0,05$ ; Mann-Witney U testi )

**Tablo\_4.** Cinsel işlevleri sırasında problem yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında ölçeklerden alınan skorların ve alt birleşenlerinin karşılaştırıldığı tablo.

Ölçek ve Alt Parametresi	Cinsel İşlevlerde Bozukluk				p
	Ort ±SS	var Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	yok Medyan (Q1-Q3)	
FSFI	29,69 ±1,73	29,7 (28,6 -31 )	14,47 ±7,88	16,15 (7,2 -20,8)	0,001
Cinsel İstek	4,59 ±1,11	4,8 (4,2 -5,4 )	2,56 ±1,10	2,4 (1,8 -3)	0,001
Uyarılma	4,87 ±0,64	4,8 (4,5 -5,4)	2,52 ±1,50	2,7 (1,2 -3,6)	0,001
Lubrikasyon	5,25 ±0,88	5,4 (5,1 -6)	2,51 ±1,76	2,7 (1,2 -3,9)	0,001
Orgazm	5,03 ±0,55	4,8 (4,8 -5,6)	2,28 ±1,64	2,4 (0,4 -3,6)	0,001
Memnuniyet	5,18 ±0,61	5,2 (4,8 -5,6)	2,68 ±1,89	2,8 (1,2 -4,4)	0,001
Ağrı – Rahatsızlık	4,77 ±1,63	5,2 (4,4 -6)	1,91 ±1,59	1,6 (0,6 -3,2)	0,001
UDI -6	28,86 ±21,59	25 (8 -50)	32,66 ±28,68	25 (8 -54)	0,908
Depresyon Skoru	4,79 ±4,46	3,5 (1 -7)	4,65 ±3,81	5 (2 -6,5)	0,946
Anksiyete Skoru	5,62 ±4,15	5 (3 -7)	4,27 ±3,11	4 (2 -6)	0,109
Stres Skoru	5,74 ±3,95	5 (2 -8)	5,01 ±3,76	5 (2 -8)	0,258
BMI	24,30 ±4,75	23,38 (21,47 -26,53)	25,01 ±3,14	25,71 (22,52 -26,99)	0,030

Ölçek ve Alt Parametresi	Cinsel İşlevlerde Bozukluk				p
	Ort ±SS	var Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	yok Medyan (Q1-Q3)	
BFLUTS -SF	11,12 ±6,72	9 (7 -18)	15,72 ±11,59	13 (6 -22)	0,058
Depolama	3,52 ±2,74	3 (2 -4)	5,27 ±2,91	4 (3 -7)	0,001
İdrar Yapma	2,17 ±2,55	1 (0 -3)	2,24 ±2,12	2 (0 -3)	0,410
İnkontinans	1,62 ±1,81	1 (0 -2)	3,43 ±3,89	2 (0 -5)	0,053
Cinsel Yaşam	0,55 ±0,99	0 (0 -1)	0,72 ±1,48	0 (0 -1)	0,977
Yaşam Kalitesi	3,26 ±2,26	3 (2 -5)	4,05 ±4,07	3 (0 -7)	0,883
Gebelik Öyküsü	1,71 ±1,49	2 (0 -3)	1,57 ±1,62	1 (0 -2)	0,436
Doğum Öyküsü	1,5 ±1,27	2 (0 -2)	1,33 ±1,36	1 (0 -2)	0,359



Cinsel işlevleri sırasında sorunlar yaşayan 148 kadının 64'ü eş zamanlı olarak őriner sistem kaynaklı da sorunlar yaşadığını belirtirken, herhangi bir sorun yaşamadığını belirten 42 kadının yalnızca 13'ünde őriner sistem kaynaklı yaşanan sorunların olduğu görüldü. Ayrıntılı bilgiler Tablo\_5'de çapraz tablo olarak sunulmuştur. (Ki -kare,  $p < 0,05$ )



**Tablo\_5.** Cinsel işlevler ile üriner sistem kaynaklı sorunların birlikteliğini gösteren tablo.

	İnkontinans		p
	Yok (n, %)	Var (n, %)	
cinsel işlev bozukluğu yok	29 (%25,66)	13 (%16,88)	0,152
cinsel işlev bozukluğu var	84 (%74,34)	64 (%83,12)	

Menopoz durumu ile inkontinans durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Buna göre menopoz olanlarda inkontinans daha fazla görülmektedir. (\* $p < 0,05$ ; Ki-kare testi) Bununla birlikte menopoz durumu ile inkontinans tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Menopoz olanlarda urge tip ve karma tip üriner inkontinans daha fazla görülmektedir. (\* $p < 0,05$ ; Ki-kare testi) Ayrıntılı değerlendirme sonuçları Tablo\_6'da sunulmuştur.



**Tablo\_6.** Menopozal dönemde inkontinans ve tiplerini gösterir tablo.

		İnkontinans					p
		yok	var				
			Urge tip	Stres tip	Mikst tip	Day-time	
Menopoz	yok	96 (84,96)	2 (2,6)	29 (37,7)	15 (19,5)	5 (6,5)	0.002
	var	17 (15,04)	4 (5,2)	11 (14,3)	11 (14,3)	0 (0,0)	

Menopozal dönemde olan ve olmayan kadınlar arasında gerçekleştirilen analizde kullanılan ölçek ve alt parametreleri değerlendirildiğinde depresyon –anksiyete –stres skorları arasında istatistiksel açıdan farklılık görülmemiştir. Fakat her iki grup arasında ‘ağrı –rahatsızlık hissi skoru’ haricinde tüm Kadın Cinsel İşlev Ölçeği skorlarında ve ‘cinsel yaşam skoru ile depolama skoru’ haricinde ki tüm Bristol Kadın Alt Üriner Sistem Semptomları İndeksi ölçeği skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık varlığı görülmüştür. Değerlendirmeye dair tüm parametreler ayrıntılı olarak Tablo\_7’de sunulmuştur. (\*p<0,05; Mann-Whitney U testi)



**Tablo\_7.** Reprodüktif dönem kadınlar ile menopozal dönemdeki kadınlar arasında ölçeklerden alınan skorların karşılaştırıldığı tablo.

Ölçek ve Alt Parametresi	Yaşam Dönemi				p
	Reprodüktif		Menopoz		
	Ort ±SS	Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	Medyan (Q1-Q3)	
FSFI	18,95 ±9,14	19,7 (13,1 - 26,6)	14,01 ±9,54	13,5 (5,7 -21,2)	0,003
Cinsel İstek	3,16 ±1,36	3 (2,4 -4,2)	2,5 ±1,36	1,8 (1,2 -3)	0,002
Uyarılma	3,25 ±1,59	3,6 (2,1 -4,5)	2,33 ±1,74	2,4 (0,9 -3,9)	0,002
Lubrikasyon	3,34 ±1,96	3,6 (1,8 -5,1)	2,37 ±1,82	2,4 (0,6 -3,9)	0,006
Orgazm	3,04 ±1,88	3,2 (1,6 -4,8)	2,36 ±1,71	2,4 (0,8 -3,6)	0,032
Memnuniyet	3,44 ±1,94	4 (2 -4,8)	2,53 ±2,01	2,8 (0 -4,8)	0,011
Ağrı – Rahatsızlık	2,72 ±2,04	2,8 (1,2 -4,4)	1,93 ±1,68	1,6 (0,8 -3,2)	0,051
UDI -6	27,19 ±24,94	17 (8 -42)	47,65 ±29,20	54 (25 -67)	0,001
Depresyon Skoru	4,93 ±4,24	5 (1 -7)	3,84 ±2,63	4 (2 -6)	0,315
Anksiyete Skoru	4,41 ±3,12	5 (2 -6)	5,09 ±4,24	4 (2 -8)	0,789
Stres Skoru	5,16 ±3,61	5 (2 -8)	5,23 ±4,42	4 (2 -8)	0,727

Ölçek ve Alt Parametresi	Yaşam Dönemi				p
	Reproduktif		Menopoz		
	Ort ±SS	Medyan (Q1-Q3)	Ort ±SS	Medyan (Q1-Q3)	
BFLUTS -SF	13,1 ±10,6	10 (5 -18)	20,19 ±10,01	20 (13 -24)	0,001
Depolama	4,80 ±3,01	4 (3 -7)	5,16 ±2,78	4 (3 -7)	0,334
İdrar Yapma	2,02 ±2,14	2 (0 -3)	2,93 ±2,33	3 (1 -5)	0,010
İnkontinans	2,39 ±3,39	1 (0 -3)	5,21 ±3,52	5 (3 -9)	0,001
Cinsel Yaşam	0,62 ±1,40	0 (0 -0)	0,91 ±1,34	0 (0 -2)	0,077
Yaşam Kalitesi	3,26 ±3,55	2 (0 -5)	5,98 ±3,73	5 (3 -8)	0,001

Ölçekler ile ölçeklerin alt boyutları ve bazı demografik özelliklerin inkontinans tipleri ile arasındaki ilişkileri değerlendirdiğimiz analizimizde elde ettiğimiz sonuçlar ise şu şekildeydi;

Cinsel işlevlerin değerlendirildiği ölçek skorları ve ağrı –rahatsızlık hissi duyma haricindeki tüm alt boyutlarından alınan skorların inkontinans tipleri arasında farklılık gösterdiği görülmüştür. Cinsel istek ve orgazm skorunun stres tip Uİ'ı olanlarda diğer inkontinans tiplerine göre daha yüksek değere sahip olduğu tespit edildi. Lubrikasyon skorunun inkontinans olmayanlarda, urge tip ve day –time tip Uİ'ı olanlarda diğer inkontinans tiplerine göre daha düşük değere sahip olduğu görüldü. Memnuniyet skorunun inkontinans olmayanlarda ve stres tip Uİ'ı olanlarda diğer inkontinans tiplerine göre daha yüksek değere sahip olduğu hesaplandı. Cinsel uyarılma skoru ve toplam FSFI skorunun day –time tip Uİ yaşayanlarda diğer inkontinans tiplerine göre daha düşük değere sahip olduğu tespit edildi.

UDI -6, BFLUTS –SF ve tüm alt birleşenlerinden alınan skorların (depolama, idrar yapma, cinsel yaşam, yaşam kalitesi) inkontinans tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi.

Gebelik öyküsü, doğum yapmış olmak, vücut kitle indeksi, anksiyete ve stres puanları inkontinans tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken, depresyon puanlarının inkontinans tipleri arasında istatistiksel olarak farklılık göstermediği değerlendirildi. Ayrıntılı tüm sonuçlar Tablo\_8'de sunulmaktadır.



**Tablo\_8.** Ölçeklerden alınan skorlar ve demografik özelliklerin inkontinans tipleri arasında farklılık gösterip göstermediğinin değerlendirildiği tablo.

<b>Parametre</b>		<b>Ort. ±SS.</b>	<b>Medyan (Q1 –Q3)</b>	<b>p</b>
FSFI -skoru	İnkontinans yok	17,25 ±9,84	19,15 (8,45 -26,4) <sup>a</sup>	0,003
	Urge tip Uİ	11,52 ±7,63	13,95 (3 -17,4) <sup>ab</sup>	
	Stres tip Uİ	22,21 ±6,96	19,7 (16,9 -29,7) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	16,08 ±9,85	19 (5,3 -24,85) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	10,18 ± 3,4	8,9 (7,2 -13,2) <sup>b</sup>	
cinsel istek	İnkontinans yok	3,02 ±1,45	3 (1,8 -4,2) <sup>a</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	2,40 ±1,56	2,1 (1,2 -2,4) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	3,66 ±1,10	3,6 (3 -4,8) <sup>b</sup>	
	Karma tip Uİ	2,34 ±1,05	2,4 (1,2 -3) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	1,68 ±0,66	1,2 (1,2 -2,4) <sup>a</sup>	
uyarılma	İnkontinans yok	3,01 ±1,73	3,3 (1,2 -4,5) <sup>a</sup>	0,007
	Urge tip Uİ	2,20 ±1,31	2,25 (1,8 -3) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	3,73 ±1,24	3,6 (2,7 -4,8) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,55 ±1,82	3,3 (0,3 -4,2) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	1,68 ±0,66	1,2 (1,2 -2,4) <sup>b</sup>	
lubrikasyon	İnkontinans yok	2,94 ±2,13	3 (1,2 -4,65) <sup>b</sup>	0,002
	Urge tip Uİ	1,85 ±1,50	2,4 (0 -2,7) <sup>b</sup>	
	Stres tip Uİ	4,10 ±1,33	3,9 (3,6 -5,4) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,80 ±1,89	3,6 (0,6 -4,2) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	1,86 ±0,61	2,1 (1,2 -2,4) <sup>b</sup>	
orgazm	İnkontinans yok	2,73 ±1,98	2,8 (0,4 -4,4) <sup>b</sup>	0,007
	Urge tip Uİ	1,60 ±1,34	2 (0 -2,4) <sup>b</sup>	
	Stres tip Uİ	3,67 ±1,41	3,6 (2,8 -4,8) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,79 ±1,89	2,8 (1,2 -5) <sup>b</sup>	
	Day-time Uİ	1,68 ±0,52	1,6 (1,2 -2) <sup>b</sup>	
memnuniyet	İnkontinans yok	3,28 ±2,09	4 (2 -4,8) <sup>a</sup>	0,009
	Urge tip Uİ	1,53 ±1,35	1,8 (0 -2,4) <sup>b</sup>	
	Stres tip Uİ	3,93 ±1,36	4,4 (2,8 -5,2) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,66 ±2,21	2,6 (0,4 -5,2) <sup>b</sup>	
	Day-time Uİ	1,68 ±0,52	1,6 (1,2 -2) <sup>b</sup>	
ağrı - rahatsızlık	İnkontinans yok	2,28 ±2,03	1,6 (0 -3,8)	0,058
	Urge tip Uİ	1,93 ±2,09	1,8 (0 -2,4)	
	Stres tip Uİ	3,13 ±1,77	3,2 (1,2 -4,8)	
	Karma tip Uİ	2,96 ±2,10	3,2 (1,6 -4,8)	
	Day-time Uİ	1,60 ±0,57	1,2 (1,2 -2)	

Parametre		Ort. ±SS.	Medyan (Q1 –Q3)	p
UDI -6 skoru	İnkontinans yok	15,86 ±17,84	8 (8 -23) <sup>a</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	52,00 ±22,86	58 (25 -63) <sup>b</sup>	
	Stres tip Uİ	42,33 ±20,78	38 (29 -58) <sup>b</sup>	
	Karma tip Uİ	64,93 ±19,52	56 (50 -79) <sup>b</sup>	
	Day-time Uİ	76,60 ±2,19	75 (75 -79) <sup>b</sup>	
BFLUTS –SF skoru	İnkontinans yok	8,74 ±5,74	7 (4 -13) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	29,50 ±8,60	26,5 (24 -33) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	16,30 ±7,63	14 (10 -21) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	27,71 ±10,51	23,5 (19 -35) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	39,00 ± 0,00	39 (39 -39) <sup>a</sup>	
depolama	İnkontinans yok	4,00 ±2,57	3 (3 -6) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	6,33 ±2,34	6,5 (5 -7) <sup>ab</sup>	
	Stres tip Uİ	5,26 ±2,90	4 (3 -7) <sup>ab</sup>	
	Karma tip Uİ	6,86 ±3,36	7 (3,5 -10) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	8,00 ± 0,00	8 (8 -8) <sup>a</sup>	
idrar yapma	İnkontinans yok	1,69 ±1,85	1,5 (0 -2) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	5,33 ±3,88	5 (3 -8) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	2,12 ±2,15	2 (0 -4) <sup>b</sup>	
	Karma tip Uİ	4,18 ±1,61	4 (3 -5) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	0,00 ±0,00	0 (0 -0) <sup>c</sup>	
cinsel yaşam	İnkontinans yok	0,16 ± 0,55	0 (0 -0) <sup>c</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	3,17 ±1,60	4 (3 -4) <sup>ab</sup>	
	Stres tip Uİ	0,84 ±1,15	0 (0 -1) <sup>ab</sup>	
	Karma tip Uİ	1,00 ±1,36	0 (0 -2) <sup>b</sup>	
	Day-time Uİ	6,00 ±0,00	6 (6 -6) <sup>a</sup>	
yaşam kalitesi	İnkontinans yok	2,11 ±2,44	2 (0 -3) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	7,33 ±3,93	8 (5 -10) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	4,30 ±2,88	4 (2 -6) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	7,82 ±3,97	6,5 (5 -11) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	12,00 ±0,00	12 (12 -12) <sup>a</sup>	
VKİ	İnkontinans yok	24,09 ±2,64	23,93 (22,04 -25,78) <sup>b</sup>	0,002
	Urge tip Uİ	23,30 ±3,70	23,82 (19,98 -25,7) <sup>ab</sup>	
	Stres tip Uİ	26,20 ±5,00	26,37 (22,1 -29,3) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	25,81 ±3,43	26,54 (23,25 -27,9) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	26,41 ±1,89	26,44 (25,2 -27,39) <sup>ab</sup>	

<b>Parametre</b>		<b>Ort. ±SS.</b>	<b>Medyan (Q1 –Q3)</b>	<b>p</b>
Depresyon skoru	İnkontinans yok	4,56 ±4,14	4,5 (1 -7) <sup>a</sup>	0,065
	Urge tip Uİ	5,83 ±2,99	5,5 (3 -7) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	3,44 ±2,28	2 (2 -5) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	6,50 ±4,99	6 (2 -11,5) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	6,20 ±0,45	6 (6 -6) <sup>a</sup>	
Anksiyete skoru	İnkontinans yok	3,80 ±2,51	4 (2 -5) <sup>b</sup>	0,003
	Urge tip Uİ	7,50 ±2,35	8 (6 -8) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	4,86 ±4,26	5 (2 -6) <sup>ab</sup>	
	Karma tip Uİ	6,21 ±4,40	4,5 (2 -9,5) <sup>ab</sup>	
	Day-time Uİ	6,00 ± 0,00	6 (6 -6) <sup>ab</sup>	
Stres skoru	İnkontinans yok	4,60 ±3,69	4 (1 -8) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	8,17 ±3,97	7 (6 -8) <sup>ab</sup>	
	Stres tip Uİ	4,56 ±3,00	4 (2 -6) <sup>b</sup>	
	Karma tip Uİ	6,96 ±4,48	7,5 (4,5 -8,5) <sup>ab</sup>	
	Day-time Uİ	9,20 ±0,45	9 (9 -9) <sup>a</sup>	
Gebelik öyküsü	İnkontinans yok	0,89 ±1,04	1 (0 -2) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	2,83 ±1,17	2,5 (2 -3) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	2,23 ±1,44	2 (1 -3) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,75 ±2,17	2 (2 -4) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	3,60 ±0,55	4 (3 -4) <sup>a</sup>	
Doğum yapmak	İnkontinans yok	0,76 ±0,96	0 (0 -1,5) <sup>b</sup>	0,001
	Urge tip Uİ	2,00 ±0,63	2 (2 -2) <sup>a</sup>	
	Stres tip Uİ	1,95 ±1,25	2 (1 -3) <sup>a</sup>	
	Karma tip Uİ	2,32 ±1,61	2 (1 -4) <sup>a</sup>	
	Day-time Uİ	3,40 ±0,55	3 (3 -4) <sup>a</sup>	

## 5. TARTIŞMA

18 -65 yaş arasındaki kadınlarda üriner sistem merkezli rahatsızlık uyandıran semptomlar ile kadınların cinsel yaşamları arasındaki etkileşimlerin değerlendirildiği çalışmamızda; üriner sisteme ait semptomların değerlendirilmesi için UDI-6 ve BFLUTS -SF ölçekleri kullanıldı. Yine çalışmayı oluşturan gönüllü katılımcı grubunda bunların cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi FSFI ile değerlendirildi. Çalışmaya katılan kadınların o anki duygu durumları ise DASS -21 ölçeği ile test edildi.

Araştırmamızın gerçekleştiği popülasyonda ki kadınların ortalama yaşı 38,79  $\pm$ 12,49'idi, ve vücut kitle indeksi ortalamaları 24,85  $\pm$ 3,56'idi. Kadınların 147'si (%77,37) reproduktif dönemde iken, 43'ü (%22,63) menopozal dönemdeydi. Yine çalışmamızın gerçekleştiği popülasyonda ki ortalama gebelik ve doğum sayıları sırasıyla 1,60  $\pm$ 1,59 ile 1,37  $\pm$ 1,34'idi.

Çalışmaya katılan kadınların 77'si (%40,50) üriner inkontinans varlığından yakınırken, 103'ü (%59,50) herhangi bir üriner inkontinans veya ürolojik yakınma tariflememiştir. Yine çalışmamızda en sık tanımlanan üriner inkontinans tipi stres tip inkontinans olarak bulunmuştur. Şensoy ve arkadaşlarının 2013 yılında 20 -80 yaş arası 1050 kadında gerçekleştirdiği çalışmada üriner inkontinans izlenme sıklığı %44,60 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada tanımlanan en sık tip %47,40 ile sıkışma tipi inkontinans olarak bildirilmiştir. Bu kadınların %95,50'si mevcut durumlarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini bildirmelerine rağmen yalnızca %63,90'ının herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve %64,7'sinin de herhangi bir tıbbi destek almadığı bildirilmiştir. (142) Milsom ve arkadaşları ise çalışmalarında üriner inkontinans sıklığının farklı popülasyonlarda farklı sonuçlar verebileceğini bildirmekle beraber %5 ile %70 arasında görülebileceğini bildirmişlerdir. (143) Aynı çalışmada ve literatürde genç yaşta kadınlarda baskın olarak izlenen inkontinans tipinin stres tip inkontinans olduğu da belirtilirken, sıkışma tipi ve karma tip inkontinans yakınmalarının yaşla birlikte artacağından bahsedilmiştir. (143, 144) Birkaç farklı çalışmada yine inkontinans sıklığı %5 -69 arasında bildirilmiştir. (145-147) Çalışmamızı oluşturan popülasyonda görülen üriner inkontinans sıklığı ve tipi bu açıdan literatür ile uyumludur. Üriner inkontinans görülme sıklığında gözlemlenen bu geniş prevalans aralığının nedenleri,

çalışmaların gerçekleştiği bölge, insanların yaşam biçimi, kullanılan ölçekler, sağlık kuruluşuna başvurma durumları, utanma duygusu, gebelik veya doğum sayıları, ve benzeri nedenler ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızı oluşturan kadınların %77,89'unun cinsel işlevlerin değerlendirildiği ölçekten almış oldukları skorlar 26,55'in altındaydı. Bu sonuçlar çoğu kadının cinsel işlevleri sırasında problem yaşadığını bize göstermektedir. Öte yandan ulaştığımız bu oran literatür ile birlikte değerlendirildiğinde yüksek görünmektedir. Elbette bunun en önemli sebebinin çalışmamızın örneklemini oluşturan kadınların %40,5'inin üriner inkontinans problemi yaşıyor olması olabileceği düşünülebilir. Üriner inkontinans ile cinsel işlevlerde gözlenebilecek problemlerin beraberliği literatürce de kabul edilmektedir. (99, 148, 149) Bir diğer neden de çalışmanın sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiş olması olabilir.

Üriner inkontinans kadınlarda yaşam kalitesinin bozulması, depresyon, anksiyete, stres, sosyal hayattan izolasyon ve benzeri pek çok durum ile ilişkili olabilir. (150-152) Çalışmamızın sonuçları üriner inkontinansı olan kadınların depresyon – anksiyete –stres skorlarının, üriner sistem kaynaklı problem yaşamayan kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermiştir. Yüksek vücut kitle indeksi üriner inkontinans için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. (66, 153) Çalışmamızda vücut kitle indeksi ile artmış üriner inkontinans sıklığı arasında herhangi bir ilişki bulamadık. Fakat stres tip, karma tip ve day-time tipte inkontinansa sahip olanların vücut kitle indekslerinin sıkışma tipi inkontinansı olanlar ile üriner inkontinansı olmayanlara göre ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Literatür ile benzer sonuçları elde edemeyişimizin sebebinin önemli bir nedeninin popülasyonumuzu oluşturan kadınlardan yalnızca 11'inin (%5,79) obezitesinin olduğunu düşünmekteyiz. Gebe kalma ve paritenin üriner inkontinans ile ilişkisi için bulduğumuz sonuçlar literatür ile uyumlu bir birliktelik göstermekteydi. (25, 154) Her iki faktörde inkontinansı olan grupta daha yüksek gravida ve parite varlığını göstermekteydi. Lukacz ve arkadaşları bunun nedenini pelvik taban kaslarında oluşan değişikliklere bağlamışlardır. (155)

Literatür incelendiğinde ülkemizde Çayan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada kadın cinsel işlevlerinde bozuklukların sıklığı %46,90 olarak bildirilmiştir.

Fakat aynı çalışmada yaş ile birlikte bu sıklığın arttığı da eklenmiştir. 38 -47 yaş arasındaki kadınlarda sıklık %53,50, 48 -57 yaş arasında %65,90 ve 58 -67 yaş arasında ise oran %92,90 olarak bildirilmiştir. (156) Çalışmamızı oluşturan kadınların yaş dağılımlarının da elde ettiğimiz sonuçları etkileyen bir faktör olabileceğini bu çalışma bize düşündürmüştür. Yine ülkemizde gerçekleşen bir başka çalışma COVID -19 pandemisinin ardından kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarının sıklığı %68,70 olarak bildirilmiştir. (157)

Çalışmamızda üriner inkontinans yakınmaları olan ve olmayan gruplar arasında FSFI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Fakat iki grup arasında FSFI –alt parametresi olan ‘ağrı –rahatsızlık duyma’ skorları istatistiksel açıdan farklılık göstermekteydi. PRESIDE çalışmasının sonuçlarında da üriner inkontinans rahatsızlık verici cinsel sorunlar ile anlamlı derece de ilişkiliydi. (79) Çalışmalarda üriner inkontinansı olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının sıklığı %23 -56 arasında değiştiğini göstermektedir. (158-160) Çalışmamızda üriner inkontinans şikayetleri mevcut olan kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarının görülme sıklığı %83,12 (n=64/77) olarak hesaplanmıştır. Bu oran tek başında değerlendirildiğinde literatürden yüksektir. Bunun nedeni yine popülasyonu oluşturan kadınların herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlardan oluşuyor olması olabilir. Bir çalışmada üriner inkontinansı olan kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluğu sıklığının %26 ile 47 arasında değişebileceği bildirilmiştir. (100) Fakat bu çalışmaların toplum genelli araştırmalar olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Öte yandan menopozal dönemdeki kadınlar ile reproduktif dönemdeki kadınlar farklı gruplar halinde değerlendirildiğinde ise cinsel işlev ölçeğinden alınan skorlar arasında ve üriner sistem semptomlarının değerlendirildiği ölçeklerden alınan skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Fakat bu iki grup arasında ise depresyon –anksiyete –stres skorları arasında farklılık bulunmamaktaydı. Literatürdeki pek çok çalışma ilerlemiş kadın yaşı ve menopoz ile cinsel fonksiyonlarda olumsuz yönde değişiklikler yaşanabileceğini bildirmiştir. Bu durum özellikle istekte azalma veya uyarılamama ile kendini gösterebilmektedir. (88, 89, 92, 161) Çalışmamızda da menopozal dönemdeki kadınların ‘istek, uyarılma, orgazm,

lubrikasyon ve memnuniyet' skorları reproduktif dönemdeki kadınlara göre istatistiksel olarak farklıydı. Bununla beraber Lindau ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada cinsel işlevlerinde rahatsızlık yaşayan menopozal kadınların, bu durumun kendilerinde herhangi bir kişisel sıkıntı yaratmadığını belirtmeleri de dikkat çekici olmuştur. (162) Biz çalışmamızda bu durumu açıklayan herhangi bir değerlendirme ölçeği kullanmadık fakat çalışmamızda menopozal dönemdeki kadınlar ile reproduktif dönemdeki kadınların DASS -21 ölçeğinden almış oldukları skorlar arasında istatistiksel açıdan herhangi bir farklılık olmadığını eklemek isteriz. Fakat reproduktif dönem ile menopozal dönem arasında üriner inkontinansın değerlendirildiği ölçeklerden alınan skorlar istatistiksel açıdan farklılık göstermekteydi.



## 6. SONUÇ

Üriner sistem rahatsızlıkları ve inkontinans kadın cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktördür. Elbette neden olduğu sonuçlar eşlik eden demografik özelliklerden (yaş, menopoz durumu, obezite, kronik rahatsızlık ve benzeri.) etkilenebilir. Fakat değerlendirmede kullanılan ölçekler ile elde edilen görülme sıklıkları bunların dışında yöresel veya kişisel (kişilerin eğitim durumları ve benzeri) değişkenlik gösterebilmektedir. Tabii bunların yanında çalışmaların gerçekleştirildiği örneklemin seçimi de önem arz etmektedir. Örneğin bizim çalışmamızda birliktelik görülme sıklığının daha yüksek çıkmasının önemli bir nedeni herhangi bir jinekolojik rahatsızlık nedeniyle kliniğimize başvuran kadınlar üzerinde bu araştırmanın gerçekleştirilmiş olması olabilir. Bu nedenle toplum bazlı çalışmalarda daha geniş tabanlı ve daha çok çeşitlendirilmiş örneklemelerin kullanılması önemli bir durumdur. Bunun yanında kullanılan ölçeklerin yöresel ve kişisel durumlar da göz önünde bulundurularak seçilmesinin faydalı olacağı düşüncesindeyiz.



## 7. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37-49.
2. Versi E. Incontinence in the climacteric. *Clin Obstet Gynecol*. 1990;33(2):392-8.
3. Kolominsky-Rabas PL, Hilz MJ, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. *Neurourol Urodyn*. 2003;22(4):322-7.
4. Demirci N, Aba Y, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. Urinary Incontinence and Its Effects on Life Quality For Women Over 18. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2012;7(19):23-37.
5. Çetinel B. Urinary incontinence definition, classification, evaluation and types. *Turkish Journal of Urology*. 2005;35(2):246-52.
6. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 1):324-31.
7. Ertem G. Investigating urinary incontinence patients coping with their illness. *International Journal of Human Sciences*. 2009;6(1):177-87.
8. Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. *Türk Üroloji Derneği TÜD/Türk Üroloji Akademisi Yayını*: Editörler: Rahmi Onur, Ömer Bayrak. 2015;Tanım ve Sınıflama; Yazarlar: Fikret Fatih Önel, Ahmet Tahra(Nobel Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti. İstanbul).
9. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res*. 2006;43(1):68-75.
10. Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007;3:233-56.
11. Ege E, Akın B, Yaralı Arslan S, Bilgili N. Prevalance and risk factors of female sexual dysfunction among healthy women. *Journal of TUBAV Science*. 2010;3(1):137-44.
12. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol*. 2006;175(2):654-8; discussion 8.

13. Turhan İ, Akcan K. Current Diagnosis and Treatments of Female Sexual Dysfunction. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*. 2022;7(17):57-63.
14. Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, van Kerrebroeck P, Sand P, et al. Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):287.
15. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol*. 2003;101(1):149-56.
16. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Ajlouni KM. Factors associated with sexual dysfunction in Jordanian women and their sexual attitudes. *Ann Saudi Med*. 2009;29(4):270-4.
17. Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksaç S. Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *J Exerc Ther Rehabil*. 2015;2(3):93-101.
18. Boyington JE, Howard DL, Carter-Edwards L, Gooden KM, Erdem N, Jallah Y, et al. Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. *Nurs Res*. 2007;56(2):97-107.
19. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs*. 2007;27(1):21-4, 39.
20. Kinchen KS, Lee J, Fireman B, Hunkeler E, Nehemiah JL, Curtice TG. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(3):415-22.
21. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoglu U, Biri H, Tyras B, et al. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(6):604-10.
22. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):339-48.
23. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17042.

24. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-6.
25. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. *N Engl J Med*. 2008;358(10):1029-36.
26. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol*. 2006;30(5):267-71.
27. Doumouchsis SK, Loganathan J, Pergialiotis V. The role of obesity on urinary incontinence and anal incontinence in women: a review. *BJOG*. 2022;129(1):162-70.
28. Subak LL, King WC, Belle SH, Chen JY, Courcoulas AP, Ebel FE, et al. Urinary Incontinence Before and After Bariatric Surgery. *JAMA Intern Med*. 2015;175(8):1378-87.
29. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10):CD001405.
30. Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol*. 1996;87(5 Pt 1):715-21.
31. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;167(5):1213-8.
32. Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet*. 2000;356(9229):535-9.
33. Newman DK, Laycock J. Clinical Evaluation of the Pelvic Floor Muscles. In: Baessler K, Burgio KL, Norton PA, Schüssler B, Moore KH, Stanton SL, editors. *Pelvic Floor Re-education: Principles and Practice*. London: Springer London; 2008. p. 91-104.
34. Chapple CR, Milson I, In; Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, et al. Urinary incontinence and pelvic prolapse: epidemiology and pathophysiology. *Campbell - Walsh Urology Philadelphia, Elsevier Saunders*. 2012:1871-3.
35. Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):982-8.

36. 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.
37. Bo K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med.* 2004;34(7):451-64.
38. Demaagd GA, Davenport TC. Management of urinary incontinence. *P T.* 2012;37(6):345-61H.
39. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):46-53.
40. Vaughan CP, Markland AD. Urinary Incontinence in Women. *Ann Intern Med.* 2020;172(3):ITC17-ITC32.
41. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, 2nd, Palmer MH, Wagg A, Fourth International Consultation on I. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):165-78.
42. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA.* 2008;299(12):1446-56.
43. Nygaard I, Holcomb R. Reproducibility of the seven-day voiding diary in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2000;11(1):15-7.
44. Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, Guyatt G, Ferrans CE, Halyard MY, et al. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res.* 2008;17(2):179-93.
45. Kızılay F, Şimşir A, Köseoğlu E, Acar Ö, Tarcan T, Tarhan F, et al. Alt Üriner Sistem Semptomlarında Sorgulama Formları -1. *Ürolojik Cerrahi Derneği Güncelleme Serileri.* 2021;10(1):1-36.
46. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Eur Urol.* 2012;62(6):1130-42.
47. Dumoulin C, Glazener C, Jenkinson D. Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(5):746-53.

48. Wyndaele JJ, Kovindha A, Madersbacher H, Radziszewski P, Ruffion A, Schurch B, et al. Neurologic urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):159-64.
49. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40.
50. Crystle CD, Charme LS, Copeland WE. Q-tip test in stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1971;38(2):313-5.
51. McKertich K. Urinary incontinence-assessment in women: stress, urge or both? *Aust Fam Physician*. 2008;37(3):112-7.
52. Patnam R, Edenfield AL, Swift SE. Standing Vs Supine; Does it Matter in Cough Stress Testing? *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017;23(5):315-7.
53. Jorgensen L, Lose G, Andersen JT. One-hour pad-weighting test for objective assessment of female urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1987;69(1):39-42.
54. Krhut J, Zachoval R, Smith PP, Rosier PF, Valansky L, Martan A, et al. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(5):507-10.
55. Al Afraa T, Mahfouz W, Campeau L, Corcos J. Normal lower urinary tract assessment in women: I. Uroflowmetry and post-void residual, pad tests, and bladder diaries. *Int Urogynecol J*. 2012;23(6):681-5.
56. Friedman B. Conservative treatment for female stress urinary incontinence: simple, reasonable and safe. *Can Urol Assoc J*. 2012;6(1):61-3.
57. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87(8):543-50.
58. Dietz HP. Pelvic floor ultrasound: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(4):321-34.
59. Artibani W, Cerruto MA. The role of imaging in urinary incontinence. *BJU Int*. 2005;95(5):699-703.
60. Neitlich JD, Foster HE, Jr., Glickman MG, Smith RC. Detection of urethral diverticula in women: comparison of a high resolution fast spin echo technique with double balloon urethrography. *J Urol*. 1998;159(2):408-10.

61. Rosier P, Schaefer W, Lose G, Goldman HB, Guralnick M, Eustice S, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(5):1243-60.
62. Coates KW, Harris RL, Cundiff GW, Bump RC. Uroflowmetry in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Br J Urol*. 1997;80(2):217-21.
63. Yao M, Simoes A. Urodynamic Testing and Interpretation. StatPearls. Treasure Island (FL)2023.
64. Brubaker L, Sand PK. Cystometry, urethrocystometry, and videocystourethrography. *Clin Obstet Gynecol*. 1990;33(2):315-24.
65. Weber AM. Is urethral pressure profilometry a useful diagnostic test for stress urinary incontinence? *Obstet Gynecol Surv*. 2001;56(11):720-35.
66. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol*. 2005;174(1):190-5.
67. Davis NJ, Vaughan CP, Johnson TM, 2nd, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Caffeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: results from National Health and Nutrition Examination Surveys 2005-2006 and 2007-2008. *J Urol*. 2013;189(6):2170-4.
68. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J*. 2013;24(2):295-302.
69. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick RK, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA*. 1991;265(5):609-13.
70. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 1948;56(2):238-48.
71. Wall LL, Davidson TG. The role of muscular re-education by physical therapy in the treatment of genuine stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol Surv*. 1992;47(5):322-31.
72. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):609-17.

73. Robert M, Mainprize TC. Biofeedback and Functional Electrical Stimulation. In: Drutz HP, Herschorn S, Diamant NE, editors. Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery. London: Springer London; 2003. p. 281-7.
74. Andersson KE, Yoshida M. Antimuscarinics and the overactive detrusor--which is the main mechanism of action? *Eur Urol.* 2003;43(1):1-5.
75. Thor KB, Donatucci C. Central nervous system control of the lower urinary tract: new pharmacological approaches to stress urinary incontinence in women. *J Urol.* 2004;172(1):27-33.
76. Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, van der Wijk I, Smalbraak DJ, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med.* 2013;369(12):1124-33.
77. Imamura M, Hudson J, Wallace SA, MacLennan G, Shimonovich M, Omar MI, et al. Surgical interventions for women with stress urinary incontinence: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2019;365:11842.
78. Zhang C, Tong J, Zhu L, Zhang L, Xu T, Lang J, et al. A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *J Sex Med.* 2017;14(11):1348-56.
79. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-8.
80. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39-57.
81. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
82. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006;354(14):1497-506.
83. American College of O, Gynecologists' Committee on Practice B-G. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):e1-e18.

84. Santoro N, Komi J. Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med.* 2009;6(8):2133-42.
85. The NGSMPSEP. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause.* 2020;27(9):976-92.
86. Committee Opinion No 706: Sexual Health. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e42-e7.
87. Sexual dysfunctions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, American Psychiatric Association, Arlington 2013.
88. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. *Menopause.* 2013;20(10):1043-8.
89. Simon JA, Nappi RE, Kingsberg SA, Maamari R, Brown V. Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. *Menopause.* 2014;21(2):137-42.
90. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.* 2003;14:64-82.
91. Aziz A, Brannstrom M, Bergquist C, Silfverstolpe G. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril.* 2005;83(4):1021-8.
92. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56.
93. van Lankveld JJ, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav.* 2000;29(5):479-98.
94. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013;382(9907):1817-29.
95. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.



96. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. *Urol J*. 2015;12(5):2339-44.
97. Srivastava R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*. 2008;63(8):527-37.
98. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril*. 2010;94(6):2022-5.
99. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Nappi RE, Bolis P. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med*. 2009;6(1):40-8.
100. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Deho 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; discussion 8.
101. Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC, Nygaard I, Brubaker L, Bradley CS, et al. Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2011;17(1):30-5.
102. Ahtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(6):993-1008; quiz A1-8.
103. Erol B, Tefekli A, Sanli O, Ziylan O, Armagan A, Kendirci M, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res*. 2003;15(3):198-202.
104. Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, Gazioglu N, Oral G, Sanli O, et al. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study report. *J Urol*. 2005;174(5):1921-5.
105. Pan Y, Xie Q, Zhang Z, Dai Y, Lin L, Quan M, et al. Association Between Overt Hyperthyroidism and Risk of Sexual Dysfunction in Both Sexes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. 2020;17(11):2198-207.
106. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? *Am J Hypertens*. 2000;13(6 Pt 1):640-7.

107. Doumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, Douma S, Chounta A, Papadopoulos A, et al. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens*. 2006;24(12):2387-92.
108. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. 2007;369(9560):512-25.
109. Hulter BM, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995;59(1):83-6.
110. Gil-Nagel A, Lopez-Munoz F, Serratosa JM, Moncada I, Garcia-Garcia P, Alamo C. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. *Seizure*. 2006;15(3):142-9.
111. Grant AC, Oh H. Gabapentin-induced anorgasmia in women. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1247.
112. Newman LC, Broner SW, Lay CL. Reversible anorgasmia with topiramate therapy for migraine. *Neurology*. 2005;65(8):1333-4.
113. Carey JC. Pharmacological effects on sexual function. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33(4):599-620.
114. Van Thiel DH, Gavaler JS, Eagon PK, Chiao YB, Cobb CF, Lester R. Alcohol and sexual function. *Pharmacol Biochem Behav*. 1980;13 Suppl 1:125-9.
115. Harte CB, Meston CM. The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *J Sex Med*. 2008;5(5):1184-97.
116. Rettenbacher MA, Hofer A, Ebenbichler C, Baumgartner S, Edlinger M, Engl J, et al. Prolactin levels and sexual adverse effects in patients with schizophrenia during antipsychotic treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(6):711-5.
117. Macdonald S, Halliday J, Mac ET, Sharkey V, Farrington S, Wall S, et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2003;182:50-6.
118. Lydiard RB, Howell EF, Laraia MT, Ballenger JC. Sexual side effects of alprazolam. *Am J Psychiatry*. 1987;144(2):254-5.
119. Khandelwal SK. Complete loss of libido with short-term use of lorazepam. *Am J Psychiatry*. 1988;145(10):1313-4.

120. Fogari R, Preti P, Zoppi A, Corradi L, Pasotti C, Rinaldi A, et al. Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. *Am J Hypertens.* 2004;17(1):77-81.
121. Pace G, Silvestri V, Guala L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *Menopause.* 2009;16(6):1188-92.
122. Abda E, Selim Z, Teleb S, Zaghira M, Fawzy M, Hamed S. Sexual Function in Females With Rheumatoid Arthritis: Relationship With Physical and Psychosocial States. *Arch Rheumatol.* 2016;31(3):239-47.
123. Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, Monahan PO, Zhao Q, Cella D, et al. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol.* 2007;25(19):2792-7.
124. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):73-82.
125. Gökkaya CS, Öztekin ÇV, Doluoğlu ÖG, Güzel Ö, Erşahin V, Özden C, et al. Validation of Turkish Version of Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Index. *Journal of Clinical and Analytical Medicine.* 2012;3(4):415-8.
126. Güngör F. Stres Üriner İnkontinans olgularında Tension-Free Vaginal Tape ve Tension Free Vaginal Tape Obturator Operasyonlarının Klinik ve Ürodinamik Sonuçlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul; Danışman: Prof Dr Önay Yalçın. 2005.
127. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol.* 1996;77(6):805-12.
128. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Continence Program in Women (CPW) Research Group. Qual Life Res.* 1994;3(5):291-306.

129. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn.* 1995;14(2):131-9.
130. Cam C, Sakalli M, Ay P, Cam M, Karateke A. Validation of the short forms of the incontinence impact questionnaire (IIQ-7) and the urogenital distress inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(1):129-33.
131. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
132. Daker-White G. Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function: a systematic review. *Arch Sex Behav.* 2002;31(2):197-209.
133. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Muck AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *J Sex Med.* 2010;7(6):2139-48.
134. Schaffir JA, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(6):545 e1-5.
135. Oksuz E, Malhan S. The reliability and validity of Turkish version of female sexual function index. *Sendrom.* 2005;17(7):54-60.
136. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
137. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
138. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther.* 1997;35(1):79-89.
139. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol.* 2005;44(Pt 2):227-39.

140. Mahmoud JS, Staten R, Hall LA, Lennie TA. The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(3):149-56.
141. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik -Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2017;2(2):78-91.
142. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci.* 2013;29(3):818-22.
143. Milsom I, Altman D, Cartwright R, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal (AI) incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. *Incontinence.* 6th ed. Paris: Health Publications Ltd; 2016:17–24.
144. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric.* 2019;22(3):217-22.
145. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int.* 2013;90(1):1-9.
146. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(4):473-80.
147. Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Urol.* 2009;56(1):177-83.
148. Munaganuru N, Van Den Eeden SK, Creasman J, Subak LL, Strano-Paul L, Huang AJ. Urine leakage during sexual activity among ethnically diverse, community-dwelling middle-aged and older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):439 e1- e8.
149. Gray T, Li W, Campbell P, Jha S, Radley S. Evaluation of coital incontinence by electronic questionnaire: prevalence, associations and outcomes in women attending a urogynaecology clinic. *Int Urogynecol J.* 2018;29(7):969-78.
150. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality

- of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int.* 2008;101(11):1388-95.
151. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):321-9.
152. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas.* 2011;70(3):210-5.
153. Marcelissen T, Anding R, Averbeck M, Hanna-Mitchell A, Rahnama'i S, Cardozo L. Exploring the relation between obesity and urinary incontinence: Pathophysiology, clinical implications, and the effect of weight reduction, ICI-RS 2018. *Neurourol Urodyn.* 2019;38 Suppl 5:S18-S24.
154. Wuytack F, Moran P, Daly D, Begley C. Is there an association between parity and urinary incontinence in women during pregnancy and the first year postpartum?: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2022;41(1):54-90.
155. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, Nager CW, Lubner KM. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1253-60.
156. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int.* 2004;72(1):52-7.
157. Küçükıldız İ. COVID-19 salgını sırasında kadınlarda cinsel işlev bozukluğu: Hastane tabanlı, ileriye dönük, kesitsel karşılaştırmalı bir çalışma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2021;43(3):241-8.
158. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Lalos A. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90(6):621-8.
159. Su CC, Sun BY, Jiann BP. Association of urinary incontinence and sexual function in women. *Int J Urol.* 2015;22(1):109-13.
160. Sutherst J, Brown M. Sexual dysfunction associated with urinary incontinence. *Urol Int.* 1980;35(6):414-6.
161. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause.* 2000;7(5):297-309.

162. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357(8):762-74.

