

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**AKDENİZ BÖLGESİ HUZUREVLERİNDE
YAŞAYAN KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ**

Sinem GÖRAL

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2014

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

AKDENİZ BÖLGESİ HUZUREVLERİNDE
YAŞAYAN KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANS VE YAŞAM KALİTESİ

Sinem GÖRAL

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kamile KUKULU

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu alışma jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 23 Haziran 2014

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Kamile KUKULU**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Üye : **Prof. Dr. Can Deniz KÖKSAL**
Akdeniz Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İşletme Bölümü

Üye : **Do. Dr. Hatice BALCI YANGIN**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/..../2014 tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL

Enstitü Müdürü

ÖZET

Üriner inkontinans, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de olan, kadınları farklı şekillerde etkileyebilen çok boyutlu bir problemdir. Bu çalışma Akdeniz Bölgesinde yer alan huzurevlerinde yaşayan kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Akdeniz Bölgesinde yer alan Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi, Özel Asmalı Konak Huzurevi, Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Adana Seyhan Belediyesi Huzurevi, Osmaniye Özden Huzurevi, Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Kahraman Maraş Huzurevi, Mersin Erdemli Huzurevi ve Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi'nde yaşayan ve üriner inkontinansı olan 95 kadın üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın verileri, üriner inkontinansı olan yaşlıların sosyodemografik özelliklerini içeren anket formu, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği”, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık durumunu değerlendirmek için “Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” ve üriner inkontinansın tipinin belirlenmesinde “Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekanslar gibi tanımlayıcı istatistiklerle, iki ortalama arası farkın bağımsızlık testi (student t testi), Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Analizlerde SPSS 20 paket programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi için alfa değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya 65-92 yaşları arasında toplam 95 kadın dahil edilmiş olup bu kadınların yaş ortalaması 77.26 ± 7.70 olarak tespit edilmiştir. Huzurevlerinde yaşayan kadınların %66.3'ü üriner inkontinansı bir sağlık sorunu olarak görmemekte ve % 65.3'ü bu şikayetten dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurmamıştır. İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p = 0.000$). Akciğer hastalıklarından herhangi birine sahip olan kadınların yaşam kalitesi olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşüktür ($p = 0.017$). Diyabeti olan kadınların yaşam kalitesi diyabeti olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşüktür ($p=0.011$). Huzurevlerinde yaşayan kadınlarda % 31.7 ile mikst tip üriner inkontinans en sık görülen üriner inkontinans tipi olarak bulunmuştur. I-QOL ölçeğinin “davranışların sınırlandırılması”, “sosyal izolasyon” ve “psikososyal etkilenme” alt boyutları puan ortalamalarına göre en fazla nokturnal inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. I-QOL ölçeğinin geneline ait puan ortalamalarına göre en fazla nokturnal inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Bunu sırasıyla stres, mikst, urge ve total inkontinans izlemektedir.

Anahtar Kelimeler: Üriner İnkontinans, Huzurevi, Yaşam Kalitesi, Yaşlılık, Akdeniz Bölgesi.

ABSTRACT

Urinary incontinence negatively affects quality of life and has both medical and social aspects. It is a multidimensional problem which affects women in different ways. The purpose of this study is to examine the effect of urinary incontinence on quality of life for the women who are living in nursing home on Mediterranean area.

This study included 95 female in-patients with urinary incontinence who were living in Antalya Metropolitan Municipality Nursing Home, Private Asmalı Konak Nursing Home, Adana Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center, Adana Seyhan Municipality Nursing Home, Osmaniye Özden Nursing Home, Hatay Nursing Home Elderly Care and Rehabilitation Center, Kahraman Maraş Nursing Home, Mersin Erdemli Nursing Home and Burdur Municipality Berberoğlu Foundation Nursing Home located in the Mediterranean Region. The data of the study were collected by using questionnaire involving the socio-demographic characteristics of elder people with urinary incontinence, “Incontinence quality of life scale questionnaire” for evaluating quality of life of patients, “Daily Living Activities Index” for assessing their dependency status in performing activities of daily living, and “International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQSF)” for identifying urinary incontinence type. Descriptive statistics such as mean, standard deviation, and frequencies as well as independent samples t test (student t test), Mann-Whitney U test, and Kruskal Wallis Variance Analysis were used to assess the data. SPSS 20 package was used for analysis and alpha value was accepted as 0.05 for statistically significance level.

Totally 95 women aged between 65 and 92 was included in the study and age average of these women was determined as 77.26 ± 7.70 . 66.3% of women who live in nursing home did not consider urinary incontinence as a health issue and 65.3% did not admit to a health institution because of this complaint. Quality of life of the women who were thinking that urinary incontinence is not a health issue life quality was higher in a statistically significant way ($p=0.000$). The women who has one of pulmonary diseases have lower quality of life compared to those having no pulmonary disease in a statistically significant way ($p = 0.017$). The women, who has diabetes mellitus, have lower quality of life compared to those having no diabetes mellitus, in a statistically significant way ($p=0.011$). With the rate of 31.7%, mixed type urinary incontinence was determined as the most common urinary incontinence type in women who live in nursing home. Quality of life of the women who has nocturnal incontinence was affected negatively at most according to mean scores of subscales “limitation of behaviors”, “social isolation”, and “psychosocial impact” of I-QOL scale. Based on total mean scores of I-QOL scale, the quality of life of the women who has nocturnal incontinence was the most affected negatively. This was followed by stress type, mixed type, urge type and total incontinence, respectively.

Key Words: Urinary Incontinence, Nursing Home, Quality Of Life, Elderly, Mediterranean Region

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın **Prof. Dr. Kamile KUKULU' ya,**

Çalışmamın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Çalışmamı yürüttüğüm huzurevlerinde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca eğitimim ve her türlü konuda benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, beni koşulsuz seven, her koşulda yanımda olan, hayatımdaki en önemli varlıklarım annem Zühra Göral, babam Salim GÖRAL ve ablam Gülsüm GÖRAL UĞUZ ve eşi Kerim UĞUZ' a,

20.08.2013 tarihinden itibaren hayatıma giren, beni her zaman destekleyen, sürekli motive eden, hayat arkadaşım Çağdaş Türkcü ve ailesine sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET		iv
ABSTRACT		v
TEŞEKKÜR		vi
İÇİNDEKİLER		vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ		x
TABLolar DİZİNİ		xi
GİRİŞ		1
1.1.	Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.	Araştırmanın Amacı	2
GENEL BİLGİLER		3
2.1.	Yaşlılık	3
2.1.1.	Yaşlılığın Tanımı	3
2.1.2.	Toplumsal Açıdan Yaşlılık	3
2.1.3.	Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık	4
2.1.4.	Nüfusun Yaşlanmasının Getireceği Başlıca Sorunlar	4
2.1.5.	Yaşlılıkta Sağlık Sorunları	5
2.1.6.	Huzurevi ve Yaşlılık	5
2.2.	Alt Üriner Sistem Anatomisi	6
2.2.1.	Mesane	6
2.2.2.	Trigon (Trigonum Vesicae)	6
2.2.3.	Üretra	6
2.3.	Pelvik Taban Anatomisi	7
2.3.1.	Pelvik Diyafram	7
2.3.2.	Ürogenital Diyafram (Perineal Membran)	8
2.3.3.	Pelvik Ligamentler	8
2.3.4.	Puboüretal Ligamentler	8
2.3.5.	Üretropelvik Ligamentler	8
2.3.6.	Puboservikal Fasya	9
2.3.7.	Bağ Dokusu	9
2.4.	Kontinans Mekanizması	9

2.4.1.	Dolum Fazı	10
2.4.2.	Miksiyon Fazı	10
2.5.	Üriner İnkontinans	10
2.5.1.	Üriner İnkontinans Tipleri	11
2.5.1.1.	Stres İnkontinans	11
2.5.1.2.	Gerçek Stres İnkontinans	11
2.5.1.3.	Urge İnkontinans	11
2.5.1.4.	İdyopatik Destrüsör Overaktivitesi	11
2.5.1.5.	Mikst Üriner İnkontinans	12
2.5.1.6.	Overflow (Taşma)	12
2.5.1.7.	Fonksiyonel İnkontinans	12
2.5.1.8.	Koital İnkontinans	12
2.5.1.9.	Enürezis Nokturna	12
2.5.1.10.	Total (Devamlı) İnkontinans	13
2.6.	Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi	13
2.7.	Üriner İnkontinansın Tedavisi	14
2.7.1.	Davranışsal Tedavi Yöntemleri	14
2.7.2.	Farmakolojik Tedavi	17
2.7.3.	Cerrahi Tedavisi	19
2.8.	Yaşam Kalitesi Ölçekleri	20
2.8.1.	Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri	20
2.8.2.	Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri	20
2.9.	Üriner İnkontinansın Hemşirelik Açısından Önemi	21

GEREÇ ve YÖNTEM **23**

3.1.	Araştırmanın Şekli	23
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	23
3.3.	Araştırmanın Evreni	23
3.4.	Araştırmanın Örneklemi	23
3.5.	Verilerin Toplanması	23
3.5.1.	Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	23
3.5.1.1.	Kişisel Bilgi Formu	24
3.5.1.2.	Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi	24
3.5.1.3.	Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu Formu	24
3.5.1.4.	Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği	25
3.5.2.	Veri Toplama Formlarının Uygulanması	26
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	26

BULGULAR		27
TARTIŞMA		44
5.1.	Üriner İnkontinanslı Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	44
5.2.	Üriner İnkontinanslı Olan Kadınların Yardım Almama Nedenleri	47
5.3.	Üriner İnkontinanslı Olan Kadınların Üriner İnkontinans Durumları ve Yaşam Kaliteleri	48
SONUÇLAR		50
ÖNERİLER		54
KAYNAKLAR		55
ÖZGEÇMİŞ		69
EKLER		
EK-1.	Sosyodemografik Özellikleri İçeren Kişisel Bilgi Formu	
EK-2.	Günlük Yaşam Aktivitelerini Belirleme Formu	
EK-3.	Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu	
EK-4.	Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-5.	İzin Yazıları	

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BMI	: Beden Kitle İndeksi
CNP	: Kontinans Hemşire Uygulayıcıları
DS	: Davranışların Sınırlandırılması
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FES	: Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ICS	: International Continence Society
I-QQL	: Incontinence-Quality of Life
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
QOL	: Quality of life
PE	: Psikososyal Etkilenme
PTE	: Pelvik Taban Egzersizi
Sİ	: Sosyal İzolasyon
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinans
Üİ	: Üriner İnkontinans

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
3.1. Yaşam Kalitesi(I-QOL) Ölçeğinin Chronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları	26
4.1. Üriner İnkontinası Olan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
4.2. Huzurevlerinde Yaşayan ve Üriner İnkontinası Olan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	28
4.3. Üriner İnkontinası Olan Kadınların GYA İndeksine Göre Dağılım	30
4.4. Kadınların Üriner İnkontinans Derecesine Göre Dağılımı	30
4.5. Kadınların Üriner İnkontinans Yoğunluğunu Algılamala Durumlarına Göre Dağılımı	31
4.6. Huzurevinde Yaşayan Kadınların Üriner İnkontinans Tipleri	31
4.7. Huzurevlerinde Yaşayan Üriner İnkontinası Olan Kadınlarda Üriner İnkontinansın Günlük Yaşama Etkisi Puan Ortalaması	32
4.8. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ortalamaları	32
4.9. Kalp Yetmezliği ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	33
4.10. Hipertansiyon ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	33
4.11. Diyabet ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	34
4.12. Böbrek Hastalığı ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	34
4.13. Akciğer Hastalıkları ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	35
4.14. Nörolojik Hastalıklar ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	35

4.15. Rahim Sarkması ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	36
4.16. Üriner inkontinansı Sağlık Sorunu Olup Olmama Düşüncesi ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	36
4.17. Üriner İnkontinans Nedeniyle Sağlık Kurumuna Başvurma ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	37
4.18. Üriner İnkontinans Nedeniyle Tedavi Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	38
4.19. Üriner İnkontinansın Kişilerarası İlişkiyi Etkileme Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	38
4.20. İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	39
4.21. Günlük Yaşam Aktiviteleri Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	40
4.22. Stres İnkontinansı Olan Kadınlar ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	40
4.23. Nokturnal İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	41
4.24. Mikst Tip Üriner İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	42
4.25. Total Üriner İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	42
4.26. Urge (Sıkışma) İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması	43

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağdaş tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeylerin yükselmesine bağlı olarak yaşam süresinin uzaması nedeniyle özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus artmaktadır. Gelişme süreci içinde olan ülkemizde toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzeri grupla birlikte, doğumda beklenen yaşam süresi de artmıştır (1,2).

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda kadınlarda üriner inkontinans (Üİ) görülme sıklığının %9.4 ile %54.8 arasında değiştiği rapor edilmiştir (3,4). DSÖ dünyada 200 milyondan fazla kişinin mesane kontrol problemi yaşadığını ve bunun büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirmektedir (5). Kadınların çoğunun Üİ sorununu, mahremiyet duyguları, söylemekten utanmaları ve doğumun ya da ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görüp tedavi için başvurmamaları gibi nedenlerle Türkiye’de gerçek Üİ sıklığının saptanması güç olmakla birlikte, yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda Üİ sıklığının %16,4 ile % 49,5 arasında değiştiği rapor edilmektedir (6,7).

Yaşlılar sağlık sorunlarının daha az farkına varmaktadırlar ayrıca, semptomları inkar etme ya da şikayetlerini ifade etme güçlüğü, sağlık personeline yeterli ilgi gösterilmemesi, yakınmaların olağan sayılması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları sorunlar, gençlere göre öğrenim düzeylerinin düşük olması yaşlılıktaki sağlık sorunlarının yükünü artırmaktadır (8). Üriner inkontinans tedavi edilebilir bir durum olmasına rağmen, vakaların yaklaşık %38-50’si sağlık personeli tarafından bilinmemektedir (9).

Alt idrar yolu fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler, mesane kasları ve ligamentlerdeki relaksasyon sonucunda kontrolsüz ya da istem dışı idrar kaybı gelişebilmektedir (9). Üİ yaşlıda sık görülen diyabet, Alzheimer hastalığı gibi pek çok kronik hastalıktan daha sık görülür. Bu oranlar hastanede yatanlarda %40-70’lere, bakımevlerinde yaşayanlarda ise %40-50’lere ulaşmaktadır. Yaş ve bozulmuş fonksiyonel durum hem erkek hem de kadınlarda üriner inkontinans için bağımsız risk faktörleridir (10,11).

Üİ, kadınların yaşamını her alanda olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve Üİ’si olanlar üriner fonksiyonlarını kontrol edemedikleri için bu durumun dışarıdan fark edilebileceğini düşünerek kendilerini kusurlu ve eksik olarak görürler (12, 13, 14). Arıkan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada üriner inkontinansı olanlardan %56’sının inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, %32’sinin hafif derecede, %12’si de önemli derecede etkilediğini bildirilmiştir (15). Engstrom ve arkadaşlarının 2006’daki çalışmasında üriner inkontinansı olan yaşlıların

üriner inkontinansı olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (16).

İdrar kaçırma korkusu, potansiyel olarak utanma ve strese, kadınların sosyal yaşantılarındaki fonksiyonları normal olarak yerine getirmede kısıtlama yapmalarına neden olmaktadır. Böylece yolculuk ve alışveriş yapma, çocuklarla oynama, egzersiz yapma, cinsel ilişki gibi aktiviteler inkontinans bulguları nedeniyle kısıtlanmakta, sonuç olarak bu da yaşam kalitesini olumsuz olarak ciddi yönde etkilemektedir (17).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma yaşlı kadınlar tarafından gizlenip ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve genellikle yaşlılığın sonucu olarak görülen üriner inkontinansın huzurevlerinde yaşayan kadınların yaşam kalitesini nasıl etkilediğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Ayrıca üriner inkontinansın tedavisi için hizmet veren birimlerin kurulması ve hemşirenin bu birimlerde multidisipliner ekip içinde aktif olarak rol alması için bu tür çalışmaların yapılması, ülkemizde sağlık personeli tarafından toplumun üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumunu arttırmak amaçlanmıştır. Özellikle huzurevlerinde, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire tarafından riskli grup olan kadınlara yönelik üriner inkontinans sağlık risklerinin erken tanınması için tarama programlarının planlanması, yürütülmesi ve devamlılığının sağlanması, üriner inkontinans konusunda farkındalıklarının artırılmasına olanak sağlayacaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamaktadır (18). Yaşlıkta belli yaş sınırlarının tanımları bulunmaktadır. DSÖ yaşlılık sınırını 65 olarak kabul etmekte ve 65 yaş üzerini yaşlı, 80 yaş üzerini çok yaşlı olarak sınıflandırmaktadır.

Yaşlanma hem kronolojik hem de biyolojik bir olgudur. Doğumla başlayan yaşam döngüsü ölüme kadar sürer (19). Yaşlanma; biyolojik, ekonomik, patolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma başlıkları adı altında incelenebilir (19).

Biyolojik Yaşlanma: Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir (19). Yaşam biçimimiz hücrelerimizin yaşlanması üzerinde etkilidir (20).

Ekonomik Yaşlanma: Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir (19).

Patolojik yaşlanma: Fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak ya da ömür boyu süren ekonomik faktörler nedeniyle (beslenme, diş bakımı yetersizliği, orta zenginlikte ya da zenginlikte aşırı beslenme, hareket eksikliği) ortaya çıkar (19).

Psikolojik yaşlanma: Bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlere denir (19). Anılarda yaşama, geçmişe özlem, geçmişe takılıp kalma, geçmişten kopamama da bunun içindedir. Geleceğe güvensizlikten kaynaklanan korku, kaygı ve üzüntü gibi duyguların tümü psikolojik çöküntü yaratır (20).

Sosyal yaşlanma: Zaman akışı içinde edinilen sosyal davranış ve sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesidir. Modern anlamda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısı ile ya da birikimleri ile yaşadığı dönemin adıdır (19).

Yaşam süresinin uzaması, bir anlamda bireyin ve organizmanın yaşlanması anlamına gelmektedir. Zaman içinde insan vücudunda görme, işitme ve hareket yeteneği gibi fonksiyonlarda fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişikliklerin artması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (21). Yaş ile birlikte yürüyüş hızı, merdiven çıkma yeteneği ve alt ekstremitte kuvveti azalmakta, denge ve eşgüdüm bozulmaktadır. Aynı zamanda mobilitede azalma da beklenen bir durumdur (22).

2.1.2. Toplumsal Açından Yaşlılık

Toplumsal açıdan yaşlanmanın anlamı ve yaşlıya karşı tutum ve davranışlar hususunda toplumlar arasında farklılık görülmektedir. Geleneksel toplumlarda, yaşlılar,

ikinci kuşağın yetiştirilmesinde ve kültürün korunmasında ciddi toplumsal roller üstlenen, görmüş geçirmiş ya da birikmiş görgülere sahip “kültür bekçileri” bireyler olarak konumlandırılırken, modern toplumlarda üretkenliği bitmiş, aileye yük olan ve bir an önce ölmesi beklenen bireyler olarak değerlendirilmektedir (23).

Tüm toplumlarda yaşlılığa ilişkin tutumlar genel olarak olumlu, olumsuz ve karma olmakla birlikte, olumsuz olma eğilimi daha fazladır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının tutumları da her üçünü kapsamaktadır (24). Yaşlılığın gündeme gelmesini ya da gündemde kalmasını etkileyen faktörlerden biri toplumun sahip olduğu değerler sistemidir (25).

Yaşlı insanda sosyal rolün ve kendisine olan güvenin kaybolması, faydasızlık, çaresizlik, başkalarına muhtaç olma ve ölüm korkusu gibi ruhsal problemlere de yol açmaktadır. Yakın çevresinin kendisine ihtiyaçlarının bulunduğunu hissetmesi, yaşlıyı yaşama bağlayan ve onu aktif kılan nedenlerdendir. Yaşlı annenin (anneanne-babaanne) torun bakması, onların denetimini sağlaması bir işe yarama duygusu yaşamasına neden olur. Bu tür davranışlar aile ve akrabalık ilişkilerinin pekişmesini sağlar ve yaşlının yaşama olan bağını artırarak sosyal anlamda yaşlı bireyin yaşam kalitesini yükseltir (26).

2.1.3. Toplumsal Cinsiyet ve Yaşlılık

Toplumsal cinsiyet farklı kültürlerde, tarihin farklı zamanlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. Daha doğum öncesinde başlatılan süreçle yapay ayrımlar üretilmekte ve bu ayrımcı uygulamalar eğitim ve sağlık hakkının kullanılmaması, kamusal alanda temsil edilememek, fırsatlardan eşit yararlanamamak gibi daha çok kadınların aleyhine olmak üzere yaşamın bütün dönemlerinde her iki cinsiyet için devam etmektedir. Kadınlar ve erkekler arasında olan farklar köken itibarıyla biyolojik olmaktan çok kültürel niteliktedir (27).

Genel olarak kadınlarda beklenen yaşam süresi daha uzundur. Böylece toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu da bilinen diğer gerçeklerdir (28).

2.1.4. Nüfusun Yaşlanmasının Getireceği Başlıca Sorunlar

Kentleşme olgusunun en bariz sonuçlarından biri olan geniş aileden çekirdek aileye dönüş, yaşlıların yaşam ve bakım şeklini etkilemektedir. Kentleşme açısından 2008 yılı önemli bir kilometre taşı olmuştur, tarihte ilk kez dünya nüfusunun yarısı kentlerde yaşamaktadır. 2030 yılında dünyadaki her 5 kişiden 3'ünün kentlerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kent nüfusu, gelişmiş ülkelerinkinden 4 kat fazla olacaktır. Gençlerin kentlere göç etmesi ile kırsal alanda yaşlılar kalmıştır, ayrıca kentlerden kırsal alana yaşlıların geri göçü de yaşanmaktadır. Bununla beraber 2030 yılına gelindiğinde kentli yaşlı nüfusunun da 16 kez artacağı bildirilmektedir (29).

Demografik değişim sürecinde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kamunun tasarruf oranının daha da düşmesi, sağlık ve emeklilik ücretleri gibi harcamaların ise ciddi

ölçüde artması beklenmektedir. 65 ve üzeri yaş grubunda görülen hızlı nüfus artışı, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemleri açısından en önemli tehditlerden birisi olarak görülmektedir (29). Yaşlı nüfus ekonomik faaliyetlerin dışında kalan veya işgücüne katılımları sınırlı olan gruplardan birisidir. Nüfusun yaşlanması sonucu çalışabilecek yaştaki nüfusun azalması ekonomide işgücünün kıt bir üretim faktörü

haline gelmesine neden olmaktadır. Yaşlı nüfusa sahip ülkelerde işgücü piyasasına giren işgücünün sayıca azalması yanında, yaşlı işgücünün verimliliğinin düşük olması da toplam işgücü arzını azaltmaktadır (30). Avrupa’da her bir yaşlıya karşılık çalışan yaş grubundan dört kişi mevcutken 2050’e varıldığında her bir yaşlıya karşılık çalışan yaş grubundan iki kişi var olacaktır (29).

2.1.5. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları

Yaşlılar yaşlılık döneminde daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu hastalıklar veya sağlık sorunları doğal olarak yaşının yaşam memnuniyetini ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Yaşlılarda görülen bu hastalıkların başında demans, alzheimer, idrar kaçırma, görme bozuklukları, işitme bozuklukları, malnütrisyon, osteoporoz, yürüme bozuklukları ve sık düşme, bası yaraları, uyku bozuklukları, osteoartroz gelmektedir (31).

Hızlı bir dönüşüm süreci yaşayan kentlerde, kadınlar ev dışında çalışmakta, akrabalar ve komşular ile olan ilişkiler zayıflamaktadır. Özellikle büyük illerimizde yaşlılar sağlık, yerleşim, gelirin korunması ve sosyal refah hizmetleriyle ilgili gereksinimlerinin karşılanması hususunda önemli derecede güçlüklerle karşılaşmaktadır (32). Son yıllarda yalnızlık ve yoksulluk durumlarında yaşlılara destek sağlamak toplumumuzun geleneksel kesimlerinde dahi giderek başarılması zor bir görev haline gelmiştir (33).

Ülkemizde yaşlıların genel yaşam standartları gün geçtikçe düşmekte; yaşlı bireyler sağlık, beslenme, serbest zamanı değerlendirme, konut, bakım, gibi sorunlarının yanında yalnızlık ve yoksullukla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır (34).

2.1.6. Huzurevi ve Yaşlılık

Birçok sorunu beraberinde getiren yaşlılık döneminde, kronik hastalıklar, kısıtlılık ve bağımlılık oranı artmaktadır. Yaşlılık bireyin fiziksel açıdan kayba uğradığı, yeti yitimlerinin arttığı, bireyin çevreye bağımlı hale geldiği ve ruhsal sorunların daha fazla gözleendiği bir dönemdir. Yaşlılık döneminde birey duyu ve fonksiyon kaybı nedeniyle ilaç kullanımında hata yapabilmekte, kronik hastalıklar ve özürülük nedeniyle kişisel bakımını yeterince yerine getirememektedir (35). Bu durum yaşlıların bakımda başkalarına bağımlı olmalarına ve kendilerine bakacak kurum ya da bireylere gereksinim duymalarına neden olmaktadır. Ayrıca, ülkemizde kadının iş yaşamına girmesi sonucu bakım verici rolünü yerine getirememesi ve aile yapısının değişmesi gibi nedenlerle günümüzde geriatri klinikleri, huzurevleri ve rehabilitasyon merkezlerine olan gereksinim hızla artmaktadır (36).

Genellikle huzurevi yaşamın geriye dönüşü olmayan son istasyonu olarak görülür ve bu değişmez niteliği nedeniyle de reddedilir. Bir huzurevine kendi isteği ile gitmek veya oraya evlatları tarafından yerleştirilmek, kimsesiz olup da zorlayıcı nedenlerle buraya düşme anlamını taşır. Alışılan çevreden ve yıllarını geçirdiği aile

ortamından ayrılmak, acı, tatlı birçok anıyla bağlandığı evinden uzaklaşmak, yeni bir çevreye uyum sağlamak ve tanımadığı insanlarla birlikte yaşamaya çalışmak, yaşlı açısından kabul edilmesi zor bir durumdur. Bu nedenle huzurevinde yaşamak biyolojik ve psikolojik sağlığı ve sosyal işlevselliği etkileyen stresli bir yaşam olayı olarak değerlendirilir. Huzurevi yaşamının yaşlı birey üzerindeki olumsuz etkilerinden birisi de yalnızlık ve terk edilmişlik duygusu biçiminde ortaya çıkmaktadır (37).

Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde onların kendi evinde kalanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (38). Yaşlılıkta yaşam kalitesini araştıran çalışmaların çoğunda bağımsız yaşamı engelleyen fiziksel hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (39,40). Çalışmalar fiziksel aktivitede bulunanlar ve boş zamanlarını değerlendiren yaşlıların yaşam kalitesinin ise yüksek olduğu bulunmuştur (41,42).

2.2. Alt Üriner Sistem Anatomisi

Alt üriner sistem fonksiyonel olarak; mesane, trigon ve üretrayı içermektedir (43).

2.2.1. Mesane

Mesane tepe (apex vesicea), taban (fundus vesicea), üst yüzey, alt-yan yüzeyler, mesane boynu ve gövde (corpus vesicea) kısımlarından oluşur. Mesanenin en üst kısmını oluşturan apeks, simfiz pubisin hemen yukarısında karın ön duvarına doğru uzanır. Mesane tabanı ise vajina ön duvarı ve uterus ile komşudur, aralarında gevşek bağ dokusu yer alır. Mesane tabanında yer alan ve tepesi mesane boynunda yer alan üçgen şeklindeki trigonun; tabanının üst köşelerine üreterler açılır, mesane boynundaki köşesinde ise üretranın başlangıcı olan internal orifis yer alır (44).

Mesane anatomik olarak; trigon, boyun ve fundus olmak üzere üç bölümden oluşur (45).

2.2.2. Trigon (Trigonum Vesicae)

Mesanenin iç, ön alt yüzünde (mesane tabanında) yer alan trigonun; üst köşelerinde sağ ve sol üreteral orifis, alt açıklıkta ise internal üretral orifis bulunur (45).

Mesane trigonunda, orijin ve fonksiyon yönünden detrüörden farklı olan iki kas tabakası vardır. Yüzeyel kas tabakası, distal üreterin longitudinal kas tabakasının devamıdır ve proksimal üretranın düz kasları ile devam eder. Yüzeyel tabakada çok sayıda sempatik sinirler (adrenerjik) bulunur. Derin kas tabakası detrüör kas lifleri ile birleşir ve detrüöre benzeyen bir şekilde parasempatik (kolinerjik) sinirlerden zengindir (45, 46). Trigonun, idrar depolanmasında idrar çıkışını önleme, miksiyon (işeme) fazında huni biçimini alarak mesanenin etkin boşaltımını sağlama ve miksiyon sırasında vezikoüretral reflüye engel olma görevleri vardır.(46).

2.2.3. Üretra

Mesanede idrarın depolanmasında ve istenildiği zaman boşaltılmasında görevleri olan, dolayısıyla üriner kontinansın kilit yapılarından biridir. Üretra kadında ortalama 4 cm uzunluğunda ve 6 mm genişliğinde olup, vajinal açıklığın en üst seviyesinde vestibüle eksternal meatus aracılığıyla açılmaktadır. 1/3 üst kısmı komşu vajinadan kolaylıkla ayrılmasına rağmen alt 2/3'ü vajina duvarı ile kaynaşmıştır (45).

Üretranın kas tabakası düz ve çizgili kaslardan oluşur. İçte bulunan oblik ve longitudinal kas liflerinden oluşan düz kaslar, internal üretral sfinkter mekanizmasını oluşturur. Düz kaslardan longitudinalların, muhtemelen üretral lümeni miksiyon sırasında kısaltıp genişlettiği oysa oblik düz kasların, çizgili ürogenital sfinkter kas ile birlikte istirahatte iken üretral dirence katkıda buldukları belirtilmektedir. Üretranın dıştaki kas katmanını, sirküler dizili, çizgili kas lifleri oluşturur. Çizgili intraüretral (iç) ve periüretral (dış) kaslar, eksternal üretral sfinkter mekanizmayı biçimlendirir.

Üretranın 1/3 orta bölümünü saran istemli olarak çalışan çizgili kas yapısında 'Eksternal Sfinkter' mevcuttur. Eksternal sfinkter üç farklı yapı içermektedir. Proksimal kısımda sirküler bant yapısındaki kas, distal kısımda kasın vajinal duvarlara bağlandığı üretrovajinal sfinkter ve en distal kısımda perineal membrana bağlanan kompresör üretra vardır. Üretranın dış iskelet kasları, üretra ve mesane boynunu destekleyen ve pelvis tabanında yer alan kaslardır. Bu kaslar kontinans mekanizmasında etkili oldukları gibi kadın genital organ statüğünü de korurlar. Karın içi basıncını arttıran durumlarda (öksürme, ıkınma, ağır kaldırma vb.) refleks yolla kasılarak aralıkların kapanmasını ve pelvis taban doku direncinin artmasının sağlarlar (44, 45, 46).

Normal üretral kapanma intrensek ve ekstrensek faktörlerin bir birleşimi tarafından sürdürülür. Ekstrensek faktörler; levator ani kasları, endopelvik fasya ve onların pelvis yan duvarları ve üretraya bağlantılarını içerir. Bu destek yapılar, üretranın altında bir hamak oluşturur ve karın içibasınçtaki artışlara gerili kalarak cevap verir, üretranın arka destekleyici çıkıntısına karşı kapalı olmasına izin verir. Bu dokulardaki bir defekt ile normal destek kaybolur, üretra ve mesane boynunun aşırı hareketliliği ve stres inkontinans meydana gelmektedir (47).

2.3. Pelvik Taban Anatomisi

Pelvik tabanda kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırlandığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiadicaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır (44). Pelvik tabandaki çizgili kaslar, kendi faysal bağlantıları ile birlikte çalışarak, tüm pelvis içinde pelvik organların aşağı doğru yer değiştirmesini önler ve kontinansı sağlar. Kemik pelvisin koruyucu rolü belirgin iken, pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve kendi ligamentleri ile desteklenmektedir. Pelvik kaslar, rijit ve sert bir yapı olmaktan çok değişik durumlara göre değişen cevaplar verebilen dinamik bir destek görevi görmektedir (44). Pelvik taban kasları üriner ve fekal inkontinansın önlenmesi için kasılırken, gastrointestinal ve üriner sistem içeriğinin boşalması için gevşerler. Kadının seksüel aktivitesinde rol oynarlar. Doğumda term bir fetüsün geçebilmesi için ileri derecede distansiyon oluştururken, postpartum dönemde normal fonksiyonların devamı için tekrar kontrakte olurlar (44). Pelvis tabanı; pelvik diyafram, ürogenital diyafram ve pelvik ligamentlerden oluşur.

2.3.1. Pelvik Diyafram

Pelvik organların ve endopelvik fasyanın hemen altında pelvik diyafram adı verilen ve abdominal-pelvik kaviteye primer destek görevi gören çizgili kas tabakasıdır. Pelvik diyafram levator ani ve koksigeus kasları ile bunları üstten ve alttan çevreleyen fasyalardan oluşur Spina ischiadica ile sakro-koksigeal bölge arasında uzanan koksigeus

kası, hem orjin hem de insersiyon noktası hareketsiz, sabit yapılar üzerinde yer alan ve arka pelvik segmente olan desteğe yardımcı olan bir kastır. Pelvik organ desteğinde en önemli rolü üstlenen Levator ani kası, birçok kas demetlerine sahip, kalın ve hamak biçiminde uzanan geniş bir kas tabakasıdır. Levator ani; Diafragmatik kısım (iliokoksigeus) ve daha önemli olan Pubovisseral kısımdan (Pubokoksigeus) oluşmaktadır. İliokoksigeus diğer kısma daha ince olup, pelvis yan duvarları ve sakrokoksigeal bölge arasında uzanır (45, 46, 47).

Levator ani' nin anterior duvar desteği; intra-abdominal basınç artışında mesane boynu ve proksimal üretraya destek sağlayarak üretral kapanmaya katkıda bulunur, miksiyon başlangıcında (pelvik taban gevşek iken) mesane boynunda oluşturulan posterior hareketleri sağlar ve hastaya idrar akışını durdurmak için yapılan eğitimin etkinliğinden de sorumludur (46).

M. levatoraninin fonksiyonu yeterli olup pelvis tabanı kapalı tutulduğu sürece ligament ve fasyaların herhangi bir yük altına kalmaları söz konusu değildir ve bu aşamada faysalar sadece organları levator ani üzerinde stabilize etme görevini üstlenirler. Eğer kaslarda hasar ve gevşeme olursa pelvis tabanı açılır, yüksek intraabdominal ve düşük dış basınç altında kalan vajınayı yerinde tutma görevi ligamentlere düşer. Bu yükü ligamentler ancak kısa süreli taşıyabilir ve bu kısa süre içinde kaslar pelvis taban açıklığını kapatamazlarsa neticede vajinanın seviyesini ve yerini sürdürmesi mümkün olmaz (45).

2.3.2. Ürogenital Diyafram (Perineal Membran)

Ürogenital diyafram; transversus perinei profundus, transversus perinei superficialis, ischiocavernosus, bulbospongiosus ve sfinkter üretra kaslarından oluşurmaktadır. Bu yapı vajinanın distal kısmını destekler ve pelvik taban onarımında önemli bir noktadır (45).

2.3.3. Pelvik ligamentler

Pelvik ligamentler ve endopelvik faysa uterus, vajina, üretra ve mesaneyi pelvik yan duvara bağlarlar ve bu yapılar pelvik tabanı örten kas ile desteklenirler. Ligamentler, fibröz doku sürekli gerili durumda kaldığında uzadığı için uzun süre destek sürdürmek için uygun değildirler. Pelvik ligamentler kendileri ağırlık taşıyan yapılar olmaktan çok esas olarak, kas aktivitesince desteklenen yapıları yerinde tutmaya yararlar (47, 48).

2.3.4. Puboüretral Ligamentler

Ürogenital diyaframın faysal katmanlarından şekillenmiş olan puboüretral ligamentler, pubis kemiğinin inferior yüzeyinden iki taraflı ve simetrik olarak üretraya uzanırlar. Üretra ve ön vajinal duvarı stabilize ederler. Puboüretral ligamentlerdeki anatomik defektin kadında üriner stres inkontinans oluşmasına etken olabileceği vurgulanmaktadır (44, 46).

2.3.5. Üretropelvik Ligamentler

Levator fasyasının yoğunlaşmasıyla iki tabakadan oluşan bu bağlar, mesane boynu ve proksimal üretra desteğinde en önemli görevi üstlenirler. Levator kas grubunun refleks veya kendi kontraksiyonu üretropelvik ligamentlerde gerilme

kuvvetini arttırır ve mesane boynunda direnç oluşturarak kontinansın sağlanmasında yardımcı olur. Anatomik stres inkontinansın tedavisinde üretropelvik ligamentler büyük öneme sahiptir (44).

2.3.6. Puboservikal Fasya

Mesane tabanında, ön vajinal duvarın derin kısmında puboservikal fasya uzanmaktadır. Mesane duvarı ile vajina ön duvarı fasyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Yan taraflarda mesanenin abdominal yüzünü örten endopelvik fasya ile

birleşir. Bu yan bağlar genellikle vesikopelvik ligamentler olarak bilinir ve yanlarda arkus tendineusa bağlanarak, mesane tabanı ile vajina ön duvarına destek görevi görür (44).

2.3.7. Bağ dokusu

Polisakkarid yapı içinde, primer olarak elastin ve kollojen liflerden oluşmuştur. Konnektif (bağ) doku organlarda yapısal bütünlüğü sağlar. Kasları çevreleyen fasiayı ve tendonları oluşturur ve vücutta onların diğer yapılara bağlanmalarını sağlar. Bu nedenle konnektif dokunun yapısında bir bozukluk olduğunda kasların oluşturduğu destek zayıflayacaktır (47, 48). Konnektif doku statik değil dinamik bir yapıdadır ve strese cevap olarak “remodeling” adı verilen belirgin bir yeniden yapılanma oluşturabilir. Bu özellikle cerrahi sonrası yara iyileşmesinde önemlidir. Hormonal değişiklikler, yaşlanma, beslenme ve C vitamini kollojen doku üzerinde oldukça önemli etkilere sahiptir. Stres inkontinansı olan kadınların fasyasında hem kollojen içeriğinin, hem de kollojen kuvvetinin daha az olduğu gösterilmiştir (47, 48).

2.4. Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistemin iki fonksiyonu, idrarın mesanede depolanması ve belirli zamanlarda aktif olarak üretradan atılmasıdır. Normal üriner kontinans mekanizmasında; santral ve periferik sinir sisteminin, mesane duvarının, detrüör kasın, üretranın ve pelvis taban kaslarının normal fonksiyon göstermesi gerekmektedir (46, 49, 50). Kadınlarda gerek istirahat gerekse karın içi basıncı arttıran stres durumlarında üriner kontinansı sağlamak için üretra içi basıncın mesane içi basınçtan yüksek olması gereklidir. Mesanenin artan idrar miktarına giderek artan basınçla yanıt vermemesi, diğer bir tanımla kompliansı (uyumu) kontinans mekanizmasının önemli bir bölümüdür.

Mesane içi düşük basınç, idrar mesane kapasitesine ulaşıncaya kadar sürdürülür. Dolum fazında detrüör kasılmalarının inhibasyonu ve mesane doldukça detrüör kaslarının gevşeyip uzaması kompliansı oluşturan unsurlardır. Trigon ve mesane boynu intraabdominal basınç artışının hemen öncesinde çizgili sfinkter ile birlikte kasılarak kontinansın sürdürülmesini sağlar. Kadınlarda mesane boynu erkeklere oranla çok daha zayıf bir yapıdır ve kolaylıkla yetersiz hale gelebilir. Üretra içi basıncın mesane içi basınçtan yüksek kalabilmesinde; üretranın düz kası, üretral duvarın elastikiyeti ve vaskülaritesi sorumludur. Çizgili sfinkter kontinans mekanizmasının en önemli kısmıdır ve mesane çıkımının kapanmasındaki aktif kuvvettir. Levator ani ve periüretral çizgili kasların üriner kontinansın sürekliliğinde önemli rolleri vardır. Dinlenmedeki üretral tonusu sağlarlar, üretral desteğe yardım ederler ve abdominal basınç artışı ile hızlı bir biçimde kasılırlar. İntraabdominal basınç artışlarında, özellikle orta ve distal üretrada bulunan periüretral çizgili kaslar hızlı bir biçimde istemli ve refleks olarak kasılarak üretral basıncı yükseltirler ve miksiyona engel olurlar (49 - 52).

2.4.1. Dolum Fazı

Mesanenin dolum fazında, pelvik pleksustaki sempatik baskılama ile parasempatik sinir akışı durmuştur. Dolum fazında beyinden gelen efferent spinal sempatik uyarılar, hipogastrik sinir yoluyla pelvik pleksusa, oradan mesaneye geçerek detrüsrün kontraksiyonunu baskılar (sempatik β adrenerjik reseptörler) ve mesanenin dolumunu sürdürür. Trigon, mesane ağzı ve proksimal üretrada α adrenerjik reseptörleri etkileyerek kasılmayı sağlar, böylece intraüretal basınç artar. Dolum fazında; düşük detrüsr basıncının sürdürülmesi, istemsiz detrüsr kontraksiyonlarının olmaması ve tepe üretal basınca ulaşılması sağlanır. Bu evrede düşük detrüsr basıncının sürdürülmesi için mesane gevşektir, üretrayı kapatmak ve kontinansı sağlamak için de mesane boynu ve üretranın düz kasları ile çizgili sfinkter kasılıdır. Mesane duvarının viskoelastik özellikleri artan idrar miktarına karşı mesanenin genişlemesine olanak sağlar. Bunun yanı sıra parasempatik efferentlerin inhibasyonu ve sempatik ve somatik efferentlerin aktivasyonu artan idrar miktarına karşı kontinansa katkıda bulunur. Mesane kapasite sınırına ulaştığında bile mesane basıncı üretra içi basıncından (10 cm H₂O) düşüktür. Artan idrar hissine karşı üretradaki çizgili istemli kaslar, işemeyi uygun bir zaman ve yere kadar önlemeye çalışır (46, 50, 51).

Dolum fazında detrüsr aktivitesi normal ya da artmış olabilir. Artmış detrüsr fonksiyonu dolum fazında istemsiz detrüsr kontraksiyonlarının gösterilmesiyle saptanır. Bu duruma nörolojik bir bozukluk eşlik etmiyorsa detrüsr instabilitesinden söz edilir. Üretal kapanma mekanizması normal ya da yetersiz olabilir. Dolum fazında yetersiz bir üretal kapanma mekanizması, detrüsr kontraksiyonu olmadan idrarın kaçışına olanak verir. İdrar kaçışı mesane içi basıncın üretra içi basıncı geçtiği her durumda ya da üretra içi basınçta istemsiz bir düşme olduğunda (üretal instabilite) ortaya çıkar (53).

2.4.2. Miksiyon Fazı

Miksiyon sırasında parasempatik sinir sistemi baskındır ve detrüsr, mesane tam boşalınca kadar kontrakte olur. Mesanenin hacmi idrar uyarıcı eşik değeri geçince, miksiyon evresi başlatılır. İdrar yapma evresi esas olarak periferik asetilkolin etkisi ile başlatılır. İdrar yapmak için uygun ortam olduğunda bu merkezler “Pons Miksiyon Merkezini” aktive eder. Pons miksiyon merkezinin idrar yapma devresini açmasıyla sakral parasempatik yollar aktive olur, sempatik ve somatik yollar inhibe olur. Bu evrede sempatik ve somatik inhibasyonla mesane boynu, düz sfinkter ve çizgili sfinkter gevşer, sakral parasempatik aktivasyonla detrüsr kasılır, eş zamanlı olarak pelvik taban kasları da gevşer. Normal erişkin mesane hacmi ortalama 250 ml’ye ulaştığında idrar yapar, ancak gerektiğinde 500 ml’ye kadar idrar yapmayı geciktirebilir. Mesanedeki idrar boşaltıldığında, pelvik taban ve üretal çizgili kaslar kasılır, üretra içi basınç artarken refleks olarak β sempatik reseptörler detrüsr kasını gevşetir ve mesane içi basınç azalır. Siklüs yeniden başa döner ve Spinal İşeme Merkezi’nin istemsiz inhibasyonu ile dolum fazı yeniden başlar (46, 50, 81).

2.5. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans kadının istem dışı idrar kaçırması olup aynı zamanda medikal, hijyenik ve sosyal bir problemdir. Bu klinik patoloji yalnız alt üriner sistemin izole bir bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen, bir kompleks, çok faktörlü durumdur (54). Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) 1979 yılında üriner inkontinansı

(Üİ); “objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik sorun yaratan, istemsiz idrar kaçırma” durumu olarak tanımlamıştır. 2002 yılında yeni bir tanım geliştirme çalışması yapan ICS, bu çalışmanın sonuçlarını yayınladığı raporda, üriner inkontinans ve tiplerini semptom, bulgu ve ürodinamik sonuçlar temelinde üç farklı kategoride tanımlamış, semptom olarak üriner inkontinansı “miktarı ne olursa olsun istemsiz idrar kaybı şikayeti” bir bulgu olarak “muayene süresince üretral ya da ekstra üretral olarak gözlenen idrar kaybı” şeklinde ifade etmiştir (53-55). Üriner inkontinans tıbbi bir tanı değil, bir semptomdur. Görülme sıklığı yaş ile beraber artmaktadır, inkontinans yaşlılığın doğal bir parçası olmamakla birlikte önemsiz bir yakınma olarak da kabul edilmemelidir (47). Üriner inkontinans üç yaşından küçük ve kontinans mekanizmaları gelişmemiş çocuklar ile sosyal olarak idrar tutma mantığını yitirmiş demanstaki hastalar dışında değerlendirilmeye alınmalıdır (51).

2.5.1. Üriner İnkontinans Tipleri

2.5.1.1. Stres İnkontinans

Fizik aktivite sırasında karın içi basınç artışı ile birlikte üretradan idrar kaçırma tipidir. Stres inkontinans artmış intraabdominal basınç periodları sırasında (öksürme, egzersiz vb.) mesane içi basıncının üretral kapanma mekanizmalarını sağlayan basınçtan daha yüksek çıkmasıyla oluşur ve idrar kaçırma gerçekleşir (47,54-56). Stres inkontinans semptom olarak; fiziksel efor, ıkınma, zorlanma sırasında veya hapşırma, öksürme ile istemsiz idrar kaçırma şikayetidir. Bu terim aynı zamanda idrar kaçırma bulgusunu, yani öksürme veya ıkınma gibi intraabdominal basıncı arttıran durumlarda üretradan istemsiz idrar kaçıının gözlenmesini ifade etmektedir (47,56,57).

2.5.1.2. Gerçek Stres İnkontinans (Ürodinamik/Anatomik Stres İnkontinans)

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) son sınıflamasında gerçek stres inkontinansı; detrüör kontraksiyonu olmaksızın mesane içi basıncın maksimum üretral basınçtan daha yüksek değerlere ulaştığı zaman, istem dışı idrar kaçırma durumudur şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım ürodinamik bir tanımdır, detrüör kas faaliyeti normal, yetersiz üretra söz konusudur (51,55). Stres inkontinansın en sık rastlanan tipi gerçek stres inkontinanstır ve olguların yaklaşık %90'ını oluşturur (53).

2.5.1.3. Urge İnkontinans

Güçlü bir şekilde idrar yapma isteği ile birlikte istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır. Üretra normaldir ve ileri derecede aktif olan detrüör kası söz konusudur. Bu nedenle urge inkontinans genellikle detrüör overaktivitesinde inhibe edilemeyen kontraksiyonlar sonucunda oluşur. Ani ve önlenemeyen kasılmalar sonucunda mesane içi basınç üretra içi basıncı aşar. Bu hastalar ani ve şiddetli idrar yapma isteği ile tuvalete ulaşmadan istemsiz idrar kaybindan yakınır. İstem dışı mesane kontraksiyonu dolayısıyla üriner inkontinans yanında sık idrar yapma (frequency) ve ani olarak idrar yapma hissi (urgency) şikâyetleri de vardır. Ayrıca urge inkontinans ısı değişmesi, su sesi duyma, kapı çalması, bazen cinsel ilişki ve orgazm ile harekete geçebilir (51,55, 58, 59).

2.5.1.4. İdyopatik Destrüör Overaktivitesi (Detrüör İnstabilitesi)

2002 ICS standardizasyon raporuna göre detrüör overaktivitesi, mesane dolumu sırasında spontan veya provoke olarak oluşan istemsiz detrüör kontraksiyonları

olarak tanımlanmaktadır. Aşırı aktif mesane patolojik durumların yokluğunda, frequency veya urge inkontinans olsun veya olmasın ve noktüri ile birlikte olan urgency olarak tanımlanan klinik bir durumdur (55, 58, 60).

2.5.1.5. Mikst Üriner İnkontinans (MÜİ)

Stres ve urge inkontinans semptomlarının birlikte bulunmasıdır. Ürodinamik, semptom ve yaşam kalitesi ölçeklerinde baskın olan durum değerlendirilerek tedaviye karar verilir (51, 57, 58, 53, 61).

2.5.1.6. Overflow (Taşma) İnkontinans

Mesane çıkışında obstruksiyon, akontraktıl mesane (hipotonik detrüör) nedeniyle mesanenin aşırı gerildiği durumlarda, mesanenin boşalmasında bozukluk olarak tanımlanır. Detrüör kas aktivitesi azalmıştır ve üretral aktivite artmıştır. Üretral çıkış azaldığı için idrar mesanede birikir ve mesane hacmi dolar, bir noktadan sonra ise mesanede idrar daha fazla biriktirilemez ve taşma gözlenir. Hastada sık ya da sürekli damlama şeklinde idrar kaçırma şikâyetlerine yol açar. Diyabet, omurilik yaralanmaları, diyabetik nöropati, bazı ilaçların kullanımı ve pelvik prolapsus veya geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı mesane çıkışı obstruksiyonu oluşmaktadır (19, 53, 56, 109).

2.5.1.7. Fonksiyonel İnkontinans (Ürolojik Olmayan Nedenler)

Fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışındaki faktörler nedeniyle oluşan idrar kaybıdır. İnkontinans kognitif fonksiyonlarda azalma, azalmış mobilite, çevresel sınırlandırmalar, konstipasyon, ilaç yan etkileri sebepleridir. Üriner inkontinans tarifleyen bir grup hastada ürodinamik çalışmalar ve sistoüretroskopi dahil olmak üzere yapılan araştırmalarda mesane ve üretra normal olarak tespit edilir. Üriner inkontinansa dolaylı olarak neden olan bu hasta grubunda Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı gibi nedenler bulunur (54, 57, 62).

2.5.1.8. Koital İnkontinans

Üriner inkontinansın cinsel ilişkide penetrasyon ya da orgazm sırasında oluşmasıdır. Sıklıkla sfinkter yetmezliği ve sistosel varlığında oluşur (58).

2.5.1.9. Enürezis Nokturna

Enürezis nokturna uyku sırasında idrar kaçırmasıdır. Bu durumun ani idrar yapma isteği ile uykudan uyanıp tuvalete yetişememe ile karıştırılmaması gerekir (urge). Primer ve Sekonder olmak üzere iki şekilde görülür. Primer enürezis nokturna, idrar kaçırmanın çocukluk çağında başlayıp erişkin dönemde devam etmesidir. Sekonder enürezis nokturna ise çocukluk çağında ortadan kalkıp erişkinde tekrar ortaya çıkmasıdır. Enürezis nokturnanın nedenleri; antidiüretik hormonun anormal sirkadian salgılanması, detrüör overaktivitesi ve miksiyon refleksi anormallidir (58).

2.5.1.10. Total (Devamlı) İnkontinans

Fiziksel stres durumu olsun ya da olmasın devamlı olarak istemsiz idrar kaçırmadır. Hasta idrar kaçırmadığını fark etmediğini, devamlı iç çamaşırının ıslandığını belirtir (54, 59).

2.6. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi

Üriner inkontinans prevalansı 15-60 yaş grubunda %10-25 arasında bulunmuştur (81). Elving ve ark 30-59 yaşları arasında rastgele seçilen hastalarda yaptığı çalışmada, kadınların %26'sının erişkin hayatında üriner inkontinans yaşadığını ve %14'ünde bunun sosyal ve hijyenik bir problem yarattığını belirtmiştir (65).

Dünya genelinde Üİ prevalansı toplum içinde yaşayan yaşlılarda %8 ile %34 arasında bildirilmekte olup, bu sıklık yaşlı bakımevinde kalan yaşlılarda %70'lere kadar ulaşmaktadır (67, 68, 69). Hellstrom ve ark. bakım evleri ve hastanelerde 85 yaş ve üzerindeki yaşlılarda yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %84 olarak tespit etmişlerdir (66).

Üriner inkontinans her yaştan ve farklı kültürler ve ırklar arasındaki kadınları etkileyen dünya çapında bir sorun olmaya devam etmektedir. Üriner inkontinans semptomları, sadece gelişmiş ülkelerde değil aynı zamanda gelişmekte olan ülkelere de sık görülen önemli bir sağlık problemidir. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı popülasyon ile yakın gelecekte üriner inkontinans prevalansının daha da artacağı beklenen bir durumdur. Üriner inkontinans toplumda sık rastlanan kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık görülmesi nedeniyle, kadınları daha yakından ilgilendiren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, medikal olduğu kadar da sosyal bir problemdir (70-74).

Singh ve arkadaşlarının 3000 kadında yaptıkları hastane tabanlı çalışmada, kadınların %21.8'i üriner inkontinansa sahipti. Jokhio ve arkadaşlarının Pakistan'da yaptıkları toplum tabanlı çalışmasında, 15 yaş üstü 5064 kadında üriner inkontinans prevalansı %23.1 olarak saptamışlardır. Dooley ve arkadaşlarının çalışmasında ise, 20 yaş üstü 4229 kadın incelenmiş ve üriner inkontinans prevalansı %49,6 olarak bulunmuştur. Choo ve arkadaşları 30-79 yaş arası 1303 Koreli kadında üriner inkontinans prevalansını %40.8 olarak saptamışlardır. Gagne ve arkadaşları 65 yaş üstü 4930 kadında, üriner inkontinans prevalansının %44.6 olduğunu belirtmişlerdir (71, 77, 82, 84, 85, 87, 89). Koçak ve arkadaşları (88) 18 yaş ve üzeri 1012 kadında yaptıkları çalışmada üriner inkontinansın prevalansını %23.9, Benlioğlu (79) 15 yaş üstü 4506 kadın popülasyonunda prevalansı %18.8, Güneş ve arkadaşları (86) 20 yaş üstü 459 kadında prevalansı %49.7, Özerdoğan (83) 20 yaş ve üzeri 625 kadında %25.8, Özdemir (65) 20 yaş üstü evli 610 kadında prevalansı %22.6 olarak saptamışlardır. Çetinel ve arkadaşlarının (81) 5565 kadında yaptıkları çalışmada, üriner inkontinans prevalansı %35.7 olarak bulunmuştur. Yağmur ve Ulukoca'nın (90) çalışmasında üriner inkontinans prevalansı %21.5 olarak saptandı. Çiftçi ve Günay çalışmasında (83), 18-67 yaş arası 775 kadında üriner inkontinans prevalansını %36.6 olarak belirtmişlerdir. Akgün çalışmasında (75), 40 yaş üstü kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansını %48.3 olarak saptamıştır. Bilgili ve arkadaşlarının (80) 65 yaş üstü 543 kadında üriner inkontinans prevalansı %43.6 olarak belirlenmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (78) GATA polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşlıda (1276 kadın, 724 erkek), Üİ prevalansını %44.2 olarak bulmuştur.

Ülkemizde Üİ tipleri incelendiğinde Ateşkan'ın yaptığı çalışmada, Üİ' nin klinik tipleri içinde 'miks tip Üİ' kadınlarda daha hâkimken (%70.1), erkeklerde en sık görülen tip %56.4 ile 'sıkışma tipi inkontinans' tır. Çetinel ve arkadaşlarının çalışmasında, stres tipin (%39.8), urge (%24.8) ve miks (%28.9) inkontinansa göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Yağmur ve Ulukoca'nın çalışmasında da stres inkontinans (%56.6), urge (%25.6) ve miks (17.8) inkontinansa göre daha sık görülme oranına sahipti. Çiftçi ve Günay stres inkontinansın (%33.5) görülme oranını, urge (%26.8) ve miks (%23.7) tip inkontinansa göre daha yaygın olarak saptamışlardır. Özerdoğan çalışmasında stres inkontinans (%42.9) prevalansını, urge (%27.3) ve miks (%29.8) tip inkontinansa göre daha yüksek olarak saptamıştır. Altıntaş ve arkadaşlarının inkontinans tiplerini incelediği çalışmasında, kadınlarda miks tipin (%34.4), urge (%24.8) ve stres (%7) inkontinans tiplerine göre daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında ise, urge (%25.6) inkontinansın, stres (%33.1) ve miks (%41.3) inkontinansa göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (66, 76, 78, 81, 83, 88, 90).

2.7. Üriner İnkontinansın Tedavisi

Yaşamın hangi döneminde olursa olsun üriner inkontinans mutlaka bir sağlık sorunu olarak ele alınmalı, gerekli ürojinekolojik değerlendirme yöntemleri ile altında yatan patofizyolojiler ortaya konularak inkontinans tipi belirlenmeli ve etkin yöntemlerle tedavi edilmelidir (91). Üriner inkontinanslı kadınların tedavisi davranışsal, farmakolojik ve cerrahi olmak üzere üç başlıkta incelenebilir:

2.7.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedaviler; basit, ucuz, etkili, iyi tolere edilebilen ve güvenli tedavi seçenekleridir. Üriner inkontinansla davranış tedavisinin amacı, hastanın hastalığı hakkında eğitilmesi, inkontinansın azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesidir. Davranışsal tedavi, hemşirelerin üriner inkontinanslı hastaların klinik, kurum ya da evde bakımında yaygın olarak kullandıkları stratejilerdir. Davranışsal tedavide yer alan diyet, sıvı alımı, tuvalet alışkanlıkları ile ilgili günlük yaşam akışında değişiklik yapmak hasta için zor olsa da, inkontinans semptomlarının azalmasını sağlayabilir (60, 93, 94).

Mesane Eğitimi

Mesaneyi eğitmenin amacı, kişinin kontinans durumunu normal ya da geliştirilmiş bir duruma getirmek ya da planlanmış düzenli aralıklarla idrar yaparak inkontinansı engellemek ve kontinansı elde etmektir. Mesane eğitimi urge inkontinanslı özellikle aşırı aktif mesanesi olan hastalarda yarar sağlayan ve sık uygulanan bir davranış tedavi şeklidir. Mesane eğitiminde amaç miksiyon aralıklarını giderek açmak ve belirli zamanlarda mesaneyi boşaltmaktır (93, 100).

Mesane eğitiminin ana özellikleri eğitim, zamanlı miksiyon ve hastayı pozitif yönde cesaretlendirmektir. Üriner günlük, hastanın idrar yapma alışkanlıkları, plan yapma ve hastayı motive etmek açısından gereklidir. Mesane eğitimi idrara sıkışma hissini (urgency) hissini suprese edecek hatta bu hissi azaltarak daha normal bir miksiyon paternine ulaşmayı sağlar. Miksiyonu geciktirmek için başka bir üzerinde yoğunlaşma, sıkışma hissinden uzaklaşma önemlidir. En kolay yöntemlerden biri derin ve yavaş bir nefes almak, bir başka önlem ise hastanın 5-6 kez hızlı ve yoğun pelvik kas

kontraksiyonu yapmasıdır. Miksiyon aralığı her hafta yaklaşık olarak 30 dakika arttırılır ve 6 hafta boyunca devam edilir. Bilişsel fonksiyonlarında bozulma olan hastalarda uygulanması güçtür (93, 94, 100).

Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Stres inkontinansında konservatif bir tedavi yöntemi olarak ilk kez 1948 yılında Arnold Keigel tarafından tanımlanan pelvik taban kas egzersizlerinin amacı; intraabdominal basınç artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyon gücünü arttırmaktır (98). Pelvik taban kasları ile yapılan pelvik kas egzersizlerinin, kadınlarda stres üriner inkontinansın tedavisine yardımcı olduğu ve özellikle ileri yaşlarda stres inkontinansı önlemek için egzersizlere erken yaşlarda başlanmasının daha etkili olduğu belirtilmiştir (103).

Keigel vajinal palpasyonla hastalarına pubokoksigeal kaslarını kasmayı öğretmiş ve bunu evde tekrarlamalarını istemiştir. Egzersizlerin doğru ve yeterli yapılmasının hastaya sürekli hatırlatılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Yeterli kas tonusu ve fonksiyonu elde etmek için 20-60 günlük bir zaman diliminde, günde 20-40 seans yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonusa ulaşıncaya kadar devam edilmelidir (93, 99).

Pelvik taban egzersizleri; pelvik taban gücü artışı yanında, pelvik organ prolapsusu ihtimalini azaltır, barsak kontrolünü artırır, orgazm artar ve seksüel problemler azalır. Kadınlar bilinçlendiği için, ağır bir aktiviteden önce pelvik taban kaslarını doğru bir şekilde kasarak idrar kaçırmayı önlemektedirler. Perinenin tonus ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalır. Egzersiz ile aynı zamanda motor ünitelerin birbiri ile olan ilişki ve koordinasyonu düzeltilmektedir. Pelvik taban kasları yeterince ve güçlü ve hipertrofik olduğunda, ani intraabdominal basınç artışına hızlı bir kontraksiyon ile cevap verir. Bu durum mesane boynu ve üretranın hipermobilitasını önlemektedir (93, 99).

Pelvik taban kaslarının kontraksiyon yeteneği digital muayene, biofeedback, perinometre ile değerlendirilebilir. Bu yöntemlere stop testi ve vajinal kon kullanımı ilave edilerek hastalara egzersizi doğru şekilde uygulamaları öğretilir. Egzersizler tek başına kullanılabildiği gibi diğer yöntemlerle kombine edilebilir. Konservatif tedavilerin tümünde, başarı elde edilse bile relaps sıklığıdır. Pelvik taban kas egzersizlerinin etkisi de, egzersiz bırakıldığında azalmaktadır. Bu nedenle kadınlar egzersizlerine devam etme yönünde teşvik edilmelidir (93, 99).

Biofeedback

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Aktif bir yönetim olduğundan kas gücü artışı daha fazladır (100).

Biofeedback fizyolojik tepkileri öğretme sürecinde kullanılır. Fakat sadece mesane kontraksiyonunun inhibasyonunun yapılmasını öğrenmek yeterli değildir. Mesane fonksiyonunu değiştirmek bu öğrenilmiş tepkilerin kullanımı bakımından daha uzun bir yoldur. Bu örnekler içerisinde biofeedback bir öğretim tekniği olarak kullanılır (99).

Biofeedback uygulamasında yüzeysel veya internal elektrodlar kullanılabilir ve hasta kaslarını kastediği zaman bunları görsel ve işitsel sinyaller halinde görebilir, kaslarını kasmaını veya gevşetmesini doğru olarak öğrenebilir (100).

Biofeedback detrüsör instabilitesi hastalarda detrüsör kontraksiyonlarının istemli inhibasyonu ile aynı zamanda abdominal kasların relaksasyonu ve pelvik taban kas kontraksiyonunu öğretmek amacı ile de kullanılabilir. Stres üriner inkontinanslı hastalar biofeedback ile abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın sadece pelvik taban kas kontraksiyonunu öğrenebilirler. Biofeedback ile rehabilitasyonun başarısı sadece yönetimin seçimine bağlı değil, hasta ve doktorun motivasyon ve yeteneklerine de bağlıdır. Bu teknik zaman alıcıdır ve hastanın ambule, motive, günlük yaşamında bağımsız ve bilişsel fonksiyonları açısından normal olmasını gerektirir (99).

Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu (FES)

Urge üriner inkontinans tipinde oldukça başarılı olan bu yöntemde, elektrod ya da vajinal prob yardımı ile perine bölgesine intraanal ya da intravajinal yoldan uygulanan ve elektrik akımıyla pudental sinirin direkt olarak uyarılması sağlanır. Elektrik stimülasyonu internal üretral sfinkterik fonksiyonun artmasını ve mesane kontraktilitesinin azalmasını sağlar (99).

Pudental sinir liflerinin elektriksel olarak direkt olarak uyarılması, polisinaptik refleks cevaba yol açar. İmpuls sakral sinir köklerine gider ve oradan da pudental sinirin afferentleri ile pelvik taban kaslarına geri döner. Pelvik taban kasları ile üretral çizgili sfinkterde kontraksiyon gelişir ve üretral kapanma basıncı artar. Refleks cevabın bir diğer sonucu, detrüsör inhibasyonudur. Fizyolojik olarak mesane içi volüm düşük olduğunda, hipogastrik sinir sempatik yoldan, mesane içi volüm yüksek olduğunda, pelvik sinir parasempatik yoldan refleks olarak detrüsör inhibasyonunu sağlar. Pudental sinirin uyarılması, hipogastrik ve pelvik sinir eferentlerinde uzun süreli refleks deşarjlara neden olarak detrüsör inhibasyonuna yol açar (99).

Elektrik stimülasyonu ucuz, noninvazif, farmakolojik yan etkilerden uzak bir yöntemdir. Yan etki olarak hafif rahatsızlık hissi verebilir ve enfeksiyon riski artabilir. Bu nedenle uygulaması sırasında sterilizasyona çok dikkat edilmeli, her hasta için ayrı prob kullanılmalıdır. Vajinal irritasyon, ağrı, kanama, vajinal enfeksiyon ve üriner sistem enfeksiyonu gibi komplikasyonlarının olduğu da vurgulanmaktadır (99).

Vajinal Kon

Kon ağırlıkları 20-90 gr arasında olup, vajinaya yerleştirilen ve pelvik taban kaslarının izometrik (eş ölçüde) kontraksiyonları ile vajina da tutulurlar. Hem pelvik taban egzersizlerin öğretilmesi, hem de kas gücünü arttırmak amacı ile kullanılırlar. Günde iki kez, başlangıçta 10 dakika, daha sonra 20 dakika vajina da tutulurlar. Pelvik taban kas gücü arttıkça ağırlık arttırılır (100).

Gözetim gerekmeden uygulanabilme avantajı vardır. Aşırı derecede pelvik organ prolapsusu varlığında kullanılmaları zordur. Doğum sonrası dönemde oldukça faydalı olduğu bildirilmiştir. Vajinal ağırlıklar ile pelvik taban kası egzersizlerinin doğru bir şekilde yapılması amaçlanır. Ağırlığın kayarak dışarı çıkmasını önlemenin kadına kaslarını doğru bir şekilde kasmaını öğrettiği düşünülmektedir (100).

Vajinal kon kullanırken ayakta durma, kayma hissine sebep olmakta ve bu da güçlü sensoriyel feedback ve pelvik taban kaslarının kasılmasının tetiklenmesine sebep olmaktadır. Vajinal konlar bazı kadınlar tarafından kabul görmemekte, pelvik ağrıya ve sonuçta kötü kompliyansa (uyuma) sebep olabilmektedir (100).

Pesser

Pelvik taban laksitesi (gevşekliği) veya pelvik organ prolapsusuna bağlı stres üriner inkontinansı olan kadınlarda pesser gibi intravajinal araçlar kullanılabilir. Pesserler çeşitli tipleri olan ve konservatif tedavinin uygun olduğu üriner inkontinanslı olgularda kullanılan bir araçtır. Cerrahi tedavi istemeyen stres inkontinanslı, gebe, operasyonun tehlikeli olabileceği yaşlı ve aşırı fiziksel egzersiz sırasında idrar kaçırma semptomu olan kadınlarda kullanılabilir (92, 104).

Stres üriner inkontinans için dizayn edilmiş pesserler özel olarak, üretrayı simfisis pubisin üst arka kısmına doğru bastırır ve mesane boynunu destekler. Böylece mesane ile üretra arasındaki açı düzelir ve Valsalva manevrası ile idrar kaçırma sona erer. Kontinansı düzeltme mekanizması cerrahide sağlanan duruma benzerdir. Üretrovezikal bileşkenin stabilize edilmesi ile, pesser intraabdominal basıncı tamamen üretraya aktarır ve böylece üretral kapanma basıncı artmış olur (92, 104).

Pesser kullanımına bağlı gelişen en sık komplikasyonlar uzun süreli uygunsuz basıya ve irritasyon sonrası vajina mukozasında oluşan ülserasyon ve kanamadır. Yeterli drenaj ve hijyenik bakımın yapılmadığı durumlarda sık gelişen enfeksiyonlara bağlı anormal kokulu akıntı, kaşıntı, ağrı ve yanma hissi gözlenir. Eğer pesser uzun bir süre yerinde bırakılır ve gereken kontrolleri yapılmaz ise pesser kısmen vajina duvarı içine gömülmekte ve çıkarılması zorlaşmaktadır (104).

2.7.2. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilesinin inhibasyonu, duysal girişin azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılmasıdır. Üriner inkontinansla ilaç tedavisi sıklıkla detrusör instabilitesi ya da miks inkontinansı olanlarda, stres üriner inkontinansı olanlara göre daha çok kullanır. İlaç kullanımı diğer konservatif tedavilerle kombine edilebilir (60, 96).

Antimuskarinikler (Antikolinerjikler)

Fizyolojik mesane kontraksiyonu, büyük oranda, mesanedeki postgangliyonik parasempatik muskarinik kolinerjik reseptör alanlarının (detrüsör düz kası) asetilkolin aracılığı ile uyarılması sonucu oluşur. Antimuskarinik ajanlar nörotransmitter asetilkolinin, muskarinik reseptörlere bağlanmasını bloke ederek, detrusör kas kontraksiyonlarını inhibe ederler. Günümüzde Aşırı aktif mesane ve urge inkontinans tedavisinde ilk sırada yer alırlar. Asıl olarak, dolmuş fazı sırasında sıkışma hissini azaltmak ve mesane kapasitesini arttırmak suretiyle etki gösterirler (60, 92).

Antimuskarinik ajanlar ağız kuruluğu, konstipasyon, taşikardi, bulanık görme ve mental fonksiyonlarda bozulma gibi yan etkiler oluşturabilirler. Barsak obstrüksiyonu, Alzheimer hastalığı olan olgularda ve glokomda kullanılmazlar. Etken maddeleri

atropin, oksibutin, tolterodine tartarat, transpium klorid, darifenasin, disiklomin, flavoksat olan ilaçlar bu grupta yer alır (60, 92, 102).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Mesane düz kasının gevşemesinde intrasellüler kalsiyum salınımına veya kalsiyumun hücre içine alınımına etki ederler. Nifedipin ve Terodilin bu grupta yer almaktadır. Detrüsör overaktivitesinde antimuskarinik ve kalsiyum kanal blokerlerinin birlikte kullanımı ile tek kullanımlarına göre daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Yan etkileri; hipotansiyon, ateş basması, bağı ağrısı, bulantı, konstipasyondur. Kardiyak hastalığı olan, antiaritmik, antidepresan, antipsikotik ilaç kullananlarda kontrendikedir (102, 106).

Prostaglandin (Pg) İnhibitörleri

Detrüsör ve mesane mukozasında bulunan prostaglandinler mesane boşalımında, mesane tonusunun sürdürülmesinde ve kasılmasında görev alırlar. Flurbiprofen ve indometazin bu grupta yer alır (102, 106).

Trisiklik Antidepresanlar (TSA)

Santral ve periferik antikolinergik etkisi vardır. Detrüsörü inhibe ederek mesane kontraktilesinde azaltarak ve çıkış direncini artırarak idrarın depolanmasına yardımcı olurlar. Miks üriner inkontinans tedavisinde kullanılabilir. Alerji, deri döküntüsü, hepatik disfonksiyon, tıkanma sarılığı, tremor, yorgunluk ve sedasyon gibi yan etkileri antikolinergik etkiye bağlı oluşmaktadır (96, 102, 106).

Alfa Adrenerjik Agonistler

Mesane boynu ve proksimal üretrada yoğun olarak bulunurlar ve stimüle edildiği zaman düz kas kontraksiyonuna neden olarak maksimum üretral basınçta ve maksimum üretral kapanma basıncında artış görülür. Potansiyel yan etkileri; hipertansiyon, anksiyete, baş ağrısı, uykusuzluk, tremor, zayıflık, aritmi ve solunum güçlüğüdür (92, 102, 106).

Östrojenler

Östrojenler inkontinans tedavisinde 1941 yılından beri kullanılmakta olup etkinlikleri, etki yerleri, uygulama şekli ve dozaj konusundaki belirsizlikleri halen devam etmektedir. Vajina, mesane, üretra ve pelvik taban kaslarında östrojen reseptörleri mevcuttur (102, 106).

Östrojenin mesanedeki alfa adrenerjik reseptör yoğunluğunu ve duyarlılığını arttırdığı, nöronal duyarlılık ve transmitter metabolizmasını artırarak üretral mukoza, submukoza ve pelvik taban dahil periüretral kollajen üzerinde besleyici rolleri olduğu ve menopoz sonrası üretral basıncı arttırdığı şeklinde bir çok etkilerinin olduğu açıklanmaktadır. Üretra ve trigon embriyolojik olarak uterus ile alakalıdır ve yapılan deneysel bir çalışmada alfa adrenerjik uyarıya karşı üretranın duyarlılığının östrojene bağımlı olduğu gösterilmiştir (çıkış direncinde artma) (102, 106).

İnkontinans tedavisinde östrojen oral veya vajinal yolla uygulanabilir. Vajinal östrojen kullanan kadınlarda ürogenital atrofi iyileşir, üretral kapanma basıncı artar ve proksimal üretraya yansıyan abdominal basınç düzelir. Östrojenin vazomotor

semptomların düzeltilmesi, osteoporozun önlenmesi ve kardiovasküler riskin azaltılması açısından olumlu etkileri bilinmektedir. Endometrium üzerine olan karşılanmamış östrojen etkisini dengelemek için tedaviye progesteron eklenmesinin ürokinamik stres inkontinans tedavisine olan etkileri tam olarak belirlenmemiştir (102, 106).

2.7.3. Cerrahi Tedavisi

Üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedavi uygulama kararı mutlaka detaylı klinik ve ürokinamik araştırmaları içeren yeterli bir ürojinekolojik değerlendirme sonrası, üriner inkontinansın patofizyolojisinin ve şiddetinin objektif olarak belirlenmesinden sonra verilmelidir. Bunun yanında anatomik ve patofizyolojik bulguların cerrahi plan ile uyumu, cerrahi riskin belirlenmesi ve planlanan cerrahinin hastanın yaşam kalitesine etkisinin mutlaka göz önüne alınması gerekir (105).

Herhangi bir sağlık sorununun tedavisinde kullanılan cerrahi prosedürlerin amacı saptanan patofizyolojinin sınırlanması, kompanze edilmesi ya da iyileştirilmesi olmalıdır. Bu açıdan bakıldığında üriner inkontinans için uygulanacak cerrahi prosedürler 4 grupta toplanabilir:

- İstemsiz detrusör kasılmasını engelleyerek detrusör overaktivitesini tedavi edenler (Augmentation- intestino-sistoplasti),
- Üretral obstrüksiyonu açarak taşma inkontinansı ya da üretral obstrüksiyona sekonder olarak gelişen detrusör overaktivitesini iyileştirenler (periüretral edezyolizis, transabdominal üretrolizis),
- Alt üriner sistem bütünlüğünü bozan üriner fistülleri tedavi edenler (fistül tamir operasyonları),
- Üretral direnci artırarak üretral sfinkterik yetmezliği (gerçek stres inkontinans) tedavi eden cerrahi prosedürler.

Gerçek stres inkontinansın patofizyolojisi göz önüne alındığında bu sorunun asıl tedavisinin cerrahi anti inkontinans yöntemleri olduğu açıktır. Mesane boynu hipermobilitésinin olduğu Tip II gerçek stres inkontinansın cerrahi tedavisinde kullanılan operatif prosedürler:

- Retropubik mesane boynu süspansiyon operasyonları (Marshal Marchetti-Krantz, Burch, Paravaginal tamir)
- İğne ile yapılan mesane boynu süspansiyon operasyonları (Pereyra, Stamey, Double Needle, Gittes) Minimal invaziv midüretral sling operasyonları (Tension free üretropeksiler)
- Ön onarım ve Kelly-Kennedy paraüretral plikasyon operasyonları.

İntrensek sfinkter yetmezliğin bulunduğu Tip III gerçek stres inkontinansı olanların cerrahi tedavisinde kullanılan cerrahi prosedürler:

- Subüretral Sling prosedürleri
- Periüretral madde enjeksiyonları
- Artifiyel üretral sfinkter uygulamaları (105).

Miks üriner inkontinansı olan hastalarda, üriner inkontinansa katkısı fazla olan komponentin tedavisine öncelik verilmesi önerilmektedir. Tedavide öncelikli olan detrusör overaktivitesi davranışsal ve farmakolojik yöntemler ile kontrol altına alındıktan sonra hastalar gerçek stres inkontinans yönünde yeniden değerlendirilmeli, gerekli görülenlere cerrahi tedavi yapılmalıdır (105).

2.8. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam kalitesini ölçen iki tür ölçek vardır.

- Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri
- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

2.8.1. Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Geniş bir alanda farklı gruplar ve klinik koşullarda uygulanabilir. Belirli bir hastalık, tedavi ya da yaş grubuna özgü değildir. Bu tür ölçekler farklı hasta grupları ve farklı şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak verir (107, 108). Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan genel sağlığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında; Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili ve Kısa Form 36 (SF- 36) yer alır.

2.8.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik ve spesifik tıbbi şikayetlerin etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçeklerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesine olanak verir (107, 108). Spesifik bir hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ölçmek için tasarlanmışlardır. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri spesifik hastalıkların daha derinlemesine incelenmesini ve tasarlandığı hastalık süresince kritik noktaların belirlenmesini sağlarlar. Genel ölçeklere oranla, değişime daha duyarlıdır. Primer dezavantajları, sadece tasarlandıkları toplum için kullanılabilmeleri ve genel bir popülasyon veya diğer gruplardan elde edilen verilerle karşılaştırma yapılamamasıdır. Üriner inkontinansa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin bazı örnekleri şunlardır:

- Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)
- Incontinence Impact Questionnaire-short form (IIQ-7)
- Incontinence QOL Questionnaire (I-QOL)
- Incontinence Severity Index
- Urogenital Distress Inventory (UDI)
- Urogenital Distress Inventory-short form (UDI-6)
- Kings Health Questionnaire
- Urge Incontinence Impact Questionnaire (Urge IIQ)
- International Consultation on Incontinence Questionnaire-short form (ICIQ-SF)
- Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom Questionnaire (BFLUTS) (68, 95).

2.9. Üriner İnkontinansın Hemşirelik Açısından Önemi

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içindedir. Sağlık bakımının en önemli amacı; hastalıkların getirdiği kısıtlamalara rağmen, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olmaktadır. Bu nedenle üriner inkontinansa yönelik hemşirelik yaklaşımları, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek davranışlar ve tepkiler üzerinde yoğunlaşır (68).

Üriner inkontinanslı hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler yönünden ele alan multidisipliner bir değerlendirme yapılmalıdır. Detaylı ve dikkatli değerlendirme inkontinansın tanılanmasında ve uygun tedavisinin planlanmasında önemli bir adımdır. Son yıllarda hemşireler inkontinans problemi deneyimleyen hastaların tanı ve tedavisinde, kontinansın sürdürülmesinde vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir (97).

Günümüzde kadınların eğitim düzeylerinin artması, cinsel yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesine verilen önemin artması sonucu ‘bu şikâyetin yaş ile ortaya çıkması normaldir’ inancı, yerini “bu şikâyet tedavi edilebilir bir hastalığın belirtisidir” bilgisine devretmekte ve idrar kaçırma nedeniyle çözüm için sağlık kurumlarına başvuran hastaların sayısı giderek artmaktadır (109).

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç, kişilerin tekrar idrar tutabilir hale gelmesini sağlamaktır. Son yıllarda Avustralya’da ilk kez bir program dâhilinde geliştirilen “Continence Nurse Practitioner (CNP), Kontinans Hemşire Uygulayıcıları” inkontinans hastalarının tedavisi açısından özel eğitilmiş hemşireler olup, bu hemşirelerle çalışan servisler tüm dünyada nispeten yeni bir gelişmedir. Üriner inkontinans problemi olan kadınlar için CNP tedavi programında; detaylı bir hasta değerlendirmesi, davranış tedavisi ve mesane eğitimi yer almaktadır (93, 101).

“Continence Nurse Practitioner (CNP), Kontinans Hemşire Uygulayıcıları”: Güney Avustralya’nın kuzey banliyölerinde Lyell McEwin Hastanesindeki Kontinans Hemşiresi programı; Avustralya’da geliştirilen ilk yetkili CNP’dir. Bu program; doğum veya cerrahi için hastaneye yatırılan ve üriner veya barsak disfonksiyonu olan erişkin erkek ve kadınlarla ilgilenmektedir. Kadınlar, direkt olarak bu kliniğe başvurabilmekte veya doğrudan pratisyen hekimi tarafından ya da dolaylı olarak bir hastanenin kliniğinden (genelde ürojinekoloji, üroloji veya kolorektal cerrahi) sevk edilebilirler. Hastane servisine yatırılmış kadınlar, hastaneye yatıran medikal ekip veya servis hemşiresi/ebesi tarafından bu programa yönlendirilirler (101).

CNP; büyük miktarda otonomi ile çalışır, hastanenin obstetrik ve jinekoloji birimleriyle birlikte çalışan ve multi-disipliner ekibin bir üyesidir. Kompleks vakalar ürojinekoloji ekibiyle birlikte iki haftada bir incelenir. CNP programının sunduğu politika ve uygulama farklılıkları; resmi hemşire-hizmeti protokollerinin geliştirilmesi, kadınların kendi başlarına başvurabilmeleri ve CNP’nin topikal östrojenler veya oral antikolinergikler (Oxybutynin) reçete edebilmesidir (101).

Hemşire, hastalar ve onlara bakım verenler için bir danışman olarak rol alır. Danışmanlık hizmetinin sunumunda; inkontinans probleminin çözümü ve kontinansın geliştirilmesi, inkontinans ürünleri ve nereden sağlanabilecekleri, verilen hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri ile ilgili hastalar ve bakım verenlere bilgi verilir. Uygulamaları araştırma bilgisine dayalı olarak yapmak ve kontinansın geliştirilmesinde mevcut yeni bilgilerin farkında olmak, uzman hemşire rolünün çok önemli bir parçasıdır (66).

Hemşireler Üİ'si olan hastanın tedavisinde sıvı/diyet ile ilgili değişiklikler, mesane eğitimi/tuvalete gitme programları, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, elektriksel stimülasyon, elektromanyetik sandalye ve tibial sinir uyarısı ile nöromodülasyon gibi tedavi yöntemlerini uygulamakla görevlidirler (122). Kontinans hemşirelerinin klinik ve ekonomik etkilerini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında bu konuda yapılan 11 randomize kontrollü araştırma değerlendirilmiş; 8 çalışmada, girişim uygulanan grupta inkontinans sıklığında anlamlı düzeyde azalma, sağlık durumunda düzelme ve hasta memnuniyetinde artış belirlenmiştir. Maliyet ile ilgili olan 2 çalışmadan birinde maliyette anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir (123).

Ülkemizde üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın sağlanmasına yönelik verilen sağlık hizmetinde, birkaç istisna kurum dışında ekip yaklaşımının uygulanması söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında insanlarla yakın iletişimde olan hemşirelerin, üriner inkontinansın önlenmesi ve tedavi edilmesindeki rolü önemlidir. Ancak ne yazık ki ülkemizdeki hemşireler bu alanda uzmanlaşmayı sağlayan eğitim programı olanaklarından yoksundurlar (66).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi, Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Asmalı Konak Huzurevi, Adana Seyhan Belediyesi Huzurevi, Osmaniye Özden Huzurevi, Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Kahraman Maraş Huzurevi, Mersin Erdemli Huzurevi, Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi'nde yaşayan kadınlar üzerinde yapılmıştır. Huzurevleri Akdeniz bölgesinde yer alanlar arasından seçilmiştir. Bir tane özel olmak üzere toplamda sosyal hizmetler ve belediyelere bağlı 9 adet huzurevi kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi (9 kadın), Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (110 kadın), Özel Asmalı Konak Huzurevi (40 kadın), Adana Seyhan Belediyesi Huzurevi (32 kadın), Osmaniye Özden Huzurevi (20 kadın), Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (75 kadın), Kahraman Maraş Huzurevi (31 kadın), Mersin Erdemli Huzurevi (30 kadın), Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi'nde (28 kadın) yaşayan 375 kadın oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Belirlenen huzurevlerinde yaşayan, iletişim kurulabilen, Türkçe anlayıp konuşabilen, araştırmaya katılmaya istekli ve idrar kaçırdığını ifade eden kadınlar üriner inkontinans tipi ve şiddeti ayırt edilmeden örnekleme alınmıştır. Araştırma sonunda üriner inkontinansı olduğunu ifade eden ve anket sorularını anlamlı bir şekilde yanıtlayan toplam 95 kadına ulaşılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, üriner inkontinansı olan yaşlıların sosyodemografik özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile "Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi" (Incontinence Quality of Life Scale), günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık durumunu değerlendirmek için "Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)" ve üriner inkontinansın tipinin belirlenmesinde Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQSF)) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, üriner inkontinansı kadınların yaşam kalitesi düzeyini etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik ve fizyolojik faktörleri belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Bu formda “Sosyo-Demografik Özellikler” ve “Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikler”e ilişkin 21 soru bulunmaktadır.

3.5.1.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi

EK-2’ de yer alan GYA indeksi bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede bağımlılık durumunu değerlendirmektedir (110). GYA indeksi ; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Puan arttıkça yaşının bağımsızlığı artmaktadır (111). Yapılan bu çalışmada GYA Cronbach’s α kat sayısı 0.95 olarak bulunmuştur.

3.5.1.3. Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQSF))

EK-3’ te yer alan Uluslararası İnkontinans Konsültasyon Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQSF)) kullanılmıştır. Ülkemizde 2004 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır ve form üriner inkontinansın tanılanmasında kullanılmıştır (114). Form inkontinans tipi, derecesi, psikososyal etkileri değerlendirdiği gibi görsel analog skalası ile yaşam kalitesini de sorgulamaktadır ve bu özelliği ile farklı yaşam kalitesi formları ile üriner inkontinansın tipinin belirlenmesinde; “öksürürken, hapsirirken idrar kaçırıyorum” ve “hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçırıyorum” cevapları stres inkontinans olarak tanımlanırken, sıkışma hissi ile birlikte tuvalete yetişememe varsa urge (sıkışma) üriner inkontinans, her ikisi de birlikte görülüyorsa mikst üriner inkontinans düşünülmelidir. “Gece idrar kaçırıyorum” cevabı ise noktural inkontinans olarak tanımlanmıştır (114). Bunların dışında stres ve sıkışma semptomları bulunmaksızın “belli bir neden olmadan” veya “her zaman idrar kaçırma” problemi olanlar da “total Üİ” grubunu oluşturmaktadır (157).

Üriner İnkontinans derecesi ise:

Haftada 1-2 defa (ped/bez değişimi)- az

Her gün 1-2 defa (ped/bez değişimi)- orta

Gün içinde sıklıkla (ped/bez değişimi)- ileri şekilde değerlendirilmektedir (112, 115).

3.5.1.4. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-4’ te yer alan Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri hastaların yaşam kalitesini belirleyebilmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır.

Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir. Ancak, ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22’ye düşürülmüştür (113).

Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlandırılması (DS) (1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. maddeler), psikososyal etkilenme (PE) (5., 6., 7., 9., 15., 16., 17., 21., 22. maddeler) ve sosyal izolasyondur (Sİ) (8.,12.,14.,18.,19. maddeler). Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3=orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0’dan 100’e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanmaktadır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesi düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (113,116).

Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında, Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği ’nin geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.95, DS alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.87, PE alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.93 ve Sİ alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (116). Ülkemizde, Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır (113). Özerdoğan’ın çalışmasında Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, DS alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.88, PE alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.92 ve Sİ alt boyutu için Cronbach α katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (113). Yapılan bu çalışmada üriner inkontinanslı hasta yaşam kalitesi ölçeğinin geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0.96, yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu davranışların sınırlandırılması (DS) için kat Cronbach Alfa sayısı 0.89, psikososyal etkilenme (PE) alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.92, sosyal izolasyon (Sİ) alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.1. Yaşam Kalitesi (I-QOL) Ölçeğinin Chronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

I-QOL Ölçeği	Madde Sayısı	<i>Chonbach Alfa</i> <i>İç Tutarlılık Kat Sayıları</i>		
		Patrick ve ark. (1999)	Özerdoğan (2003)	Çalışma Sonuçları
Davranışların Sınırlandırılması Alt Boyutu	8	0.87	0.88	0.89
Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu	9	0.93	0.92	0.92
Sosyal İzolasyon Alt Boyutu	5	0.91	0.88	0.86
Toplam Yaşam Kalitesi (I-QOL)	22	0.95	0.96	0.96

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulanması amacı ile araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak resmi izinler alınmıştır. Huzurevlerinde kalan kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Hastaların daha rahat yanıt verebilmeleri amacıyla formlar tüm yaşlılara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekanslar gibi tanımlayıcı istatistiklerle, iki ortalama arası farkın bağımsızlık testi (student t testi), Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Analizlerde SPSS 20 paket programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi için değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan bireylerde fiziksel ve bilişsel kayıpların sık görülmesi, kronik hastalıklara bağlı olarak gelişen yorgunluk ve diğer semptomları şiddetli yaşayan bireylerin araştırmaya katılmada daha isteksiz olmaları ve Türkçe anlamakta ve konuşmakta güçlüğü olan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır.

BULGULAR

Bu bölümde huzurevinde yaşayan kadınların sosyo-demografik özellikleri, günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, üriner inkontinansa ilişkin özellikleri içeren bulgular, yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=95)

Huzurevleri	n	%
Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi	8	8.4
Özel Asmalı Konak Huzurevi	5	5.3
Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	27	28.4
Seyhan Belediyesi Huzurevi	7	7.4
Osmaniye Özden Huzurevi	7	7.4
Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	10	10.5
Kahramanmaraş Huzurevi	7	7.4
Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi	12	12.6
Mersin Erdemli Huzurevi	12	12.6

Tablo 4.1’ de üriner inkontinansı olan toplam 95 kadının yaşadıkları huzurevlerine göre dağılımı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların büyük çoğunluğunun (%28.4) Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde kaldığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Huzurevlerinde Yaşayan ve Üriner İnkontinansı Olan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=95)

Tanıtıcı Özellikler	minimum	maksimum	Ort	SS (±)
Yaş	65	92	77.26	7.70
Beden Kitle İndeksi (BMI)	20.28	48.89	28.71	5.60
Huzurevinde Kalma Süresi	1	15	4.03	3.63
Gebelik Sayısı	0	13	4.19	3.11
Doğum Sayısı	0	10	3.38	2.39
İdrar Kaçırma Yılı	1	35	16.49	8.75

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Medeni durum		
Evli	3	3.2
Bekar	3	3.2
Dul	89	93.6
Eğitim durumu		
Okur-yazar	36	37.9
Okur-yazar değil	59	62.1
Sosyal güvence		
Var	90	94.7
Yok	5	5.3
Kronik hastalık		
Yok	8	8.4
Kronik Kalp Yetmezliği	21	22.1
Hipertansiyon	59	62.1
Diyabet	25	26.3
Böbrek Hastalığı	6	6.3
Akciğer Hastalıkları	8	8.4
Nörolojik Hastalıklar	7	7.4
Doğum Şekli		
Normal	95	100
Sezeryan	0	0
Menopoza girme durumu		
Doğal menopoz	90	94.7
Tıbbi	5	5.3
Sürekli bir kabızlık durumu		
Evet	47	49.5
Hayır	48	50.5
Rahim sarkması		
Evet	16	16.8
Hayır	79	83.2
Üİ nedeniyle ped kullanımı		
Evet	68	71.6
Hayır	6	6.3
Islanma oldukça çamaşır değiştime	21	22.1
Üİ' i bir sağlık sorunu olarak algılama		
Evet	32	33.7
Hayır	63	66.3
Üİ nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurma		
Evet	3	34.7
Hayır	62	65.3
Üİ nedeniyle tedavi olma		
Evet	27	28.4
Hayır	68	71.6
Üİ' in kişiler arası ilişkilerini etkileme durumu		
Evet	37	38.9
Hayır	58	61.1
İdrar yolu enfeksiyonu geçirme		
Evet	57	60
Hayır	38	40
Sigara kullanımı		
Evet	11	11.6
Hayır	84	88.4

Tablo 4.2' de huzurevlerinde yaşayan ve üriner inkontinansı olan 95 kadının yaş ortalaması 77.26 ± 7.70 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların beden kitle indeksleri ortalaması 28.71 ± 5.60 ' dir. Üriner inkontinansı olan ve huzurevinde yaşayan kadınların huzurevinde kalma süresi 1-15 yıl arasında değişmekte olup ortalama huzurevinde kalma süresi 4.03 ± 3.63 yıldır. Kadınların gebelik sayısı 0-13 arasında olup, ortalama 4.19 ± 3.11 ' dir. Doğum sayıları 0-10 arasında olup, ortalama 3.38 ± 2.39 ' dur. Kadınların idrar kaçırma yılları 1-35 yıl arasında ve ortalama 16.49 ± 8.75 yıldır.

Üriner İnkontinansı olan kadınların %93.6'sı dul, %3.2'si evli ve %3.2'si bekarıdır. Kadınların %62.1'inin okur-yazar olmadığı buna karşılık %37.9'unun ise okur-yazar olduğu görülmektedir. Üriner inkontinanslı kadınların %94.7' si sağlık güvencesine sahip iken yalnızca %5.3' ünün herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Üriner inkontinansı olan kadınların yalnızca %8.4' ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığına buna karşılık %91.6' sı ise kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların %22.1' inin kronik kalp yetmezliği, 62.1' inin hipertansiyonu , %26.3' ünün diyabeti, % 6.3' ünün böbrek hastalığı, %8.4'ünün akciğer hastalıkları ve % 7.4' ü nörolojik bir hastalığı bulunmaktadır.

Bu çalışmada üriner inkontinansı olan ve doğum yapan bütün kadınların normal yolla doğum yaptığı tespit edilmiştir. Kadınların menopoza girme durumu incelendiğinde %94.7' sinin doğal yolla menopoza girdiği, buna karşılık %5.3'ünün ise tıbbi yolla menopoza girdiği görülmektedir.

Üriner inkontinansı olan kadınların %50.5' i sürekli kabızlığa sahip değil iken %49.5' i sürekli kabızlığa sahiptir. Kadınların %83.2' si rahim sarkması sorununun olmadığını, %16.8'si ise rahim sarkması sorunu olduğunu bildirmiştir. Kadınların %71.6' sı ped kullandığını, %6.3' ü ise ped kullanmadığını belirtmiş olup %22.1' i ise ıslanma oldukça çamaşır değiştirdiğini belirtmiştir.

Üriner inkontinansı olan kadınların %66.3' ü bu durumun bir sağlık sorunu olmadığını, %33.7' si ise sağlık sorunu olduğunu düşünmektedir. %65.3' ü üriner inkontinans nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığını, %34.7' si ise üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ifade etmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınlardan %71.6'sının bu durum nedeniyle şimdiye kadar hiç tedavi olmadığını, %28.4' ünün ise tedavi aldığı görülmektedir. Kadınlardan %61.1' i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilemediğini, %38.9'u ise bu durumun kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların %40' nın daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmediği, %60' ının ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği görülmektedir. Kadınların %11.6' sı sigara kullanmakta iken %88.4' ü ise sigara kullanmamaktadır.

Tablo 4.3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların GYA İndeksine Göre Dağılımı (n=95)

Günlük Yaşam Aktiviteleri	n	%
Bağımlı	49	51.6
Yarı Bağımlı	44	46.3
Bağımsız	2	2.1

Banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) indeksi altı sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Puan arttıkça yaşlının bağımsızlığı artmaktadır. Bu bağlamda üriner inkontinansı olan kadınlardan %51.6' sının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı, %46.3' ünün yarı bağımlı, %2.1' inin ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kadınların Üriner İnkontinans Derecesine Göre Dağılımı (n=95)

Üriner İnkontinans Derecesi	n	%
Az	1	1.1
Orta	73	76.8
İleri	21	22.1

Kadınların üriner inkontinans derecesi belirlenirken “Haftada 1-2 defa (ped/bez değişimi)- az”, “Her gün 1-2 defa (ped/bez değişimi)- orta”, “Gün içinde sıklıkla (ped/bez değişimi)- ileri” şeklinde değerlendirilmektedir. Kadınların %76.8'i orta, %22.1'i ileri derecededir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kadınların Üriner İnkontinans Yoğunluğunu Algılamala Durumlarına Göre Dağılımı (n=95)

Üriner İnkontinans Yoğunluğu	n	%
Az Miktarda	46	48.4
Orta Miktarda	23	24.2
Çok Miktarda	26	27.4

Kadınların üriner inkontinans yoğunluklarını belirlemek için “ sizce ne kadar idrar kaçırıyorsunuz?” diye sorulduğunda %48.4’ ü az miktarda, %27.4’ü çok miktarda, %24.22 si orta miktarda üriner inkontinansı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Huzurevinde Yaşayan Kadınların Üriner İnkontinans Tipleri (n=95)

Üriner İnkontinans Durumları	n	%
Stres Üİ	18	18.9
Urge (Sıkışma Tipi) Üİ	12	12.6
Mikst Tip Üİ	30	31.7
Total Üİ	23	24.2
Nokturnal Üİ	12	12.6

Tablo 4.6’ da huzurevlerinde yaşayan kadınların üriner inkontinans tipleri verilmiştir. Kadınların % 18.9’ unun stres üriner inkontinansı, % 12.6’ sının urge (sıkışma) üriner inkontinansı, % 31.7’ sinin mikst tip üriner inkontinansı, % 24.2’ sinin total üriner inkontinansı ve % 12.6 sının noktürnal inkontinansı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7. Huzurevlerinde Yaşayan Üriner İnkontinası Olan Kadınlarda Üriner İnkontinansın Günlük Yaşama Etkisi Puan Ortalaması (n=95)

İdrar Kaçırmanın Günlük Yaşama Etkisi Skalası				
Yaşama Etkisi Skalası	Min.	Max.	Ortalama	SS (±)
Puan	1	10	5.81	3.00

Huzurevlerinde kalan ve üriner inkontinansı olan kadınların, üriner inkontinans nedeniyle günlük yaşamının etkilenme durumunun değerlendirilmesi için görsel skala kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Skala 0 puan ve 10 puan arasındaki rakamlardan oluşmakta ve puan arttıkça günlük yaşamın etkilenmesi artmaktadır. Yapılan bu çalışmada üriner inkontinansın günlük yaşama etkisi puan ortalaması 5.81 ± 3.00 bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ortalamaları (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS (±)
Davranışların Sınırlandırılması	95	20.00	100.00	60.00	21.84
Psikososyal Etkilenme	95	20.00	100.00	58.92	22.71
Sosyal İzolasyon	95	20.00	100.00	53.72	22.06
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	95	21.00	103.00	61.00	22.06

Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları Tablo 4.8’ de görülmektedir. Üriner inkontinansı olan kadınlar “ Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan ortalama 60.00 ± 21.84 . “ Psikososyal Etkilenme” alt boyutundan ortalama 59.92 ± 22.71 . “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan ortalama 53.72 ± 22.06 ve “ Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği ” nden ise ortalama 61.00 ± 22.06 puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.9. Kronik Kalp Yetmezliği ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Kronik Kalp Yetmezliği	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	21	63.57	23.98	0.847	0.399
	Yok	74	58.98	21.26		
Psikososyal Etkilenme	Var	21	60.59	22.34	0.381	0.704
	Yok	74	58.44	22.94		
Sosyal İzolasyon	Var	21	58.09	24.25	1.029	0.306
	Yok	74	52.48	21.41		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	21	64.19	23.20	0.749	0.456
	Yok	74	60.09	21.81		

Kronik kalp yetmezliğine sahip olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan analiz neticesinde Tablo 4.9’ da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Kronik kalp yetmezliğine sahip olan kadınlar ile kronik kalp yetmezliği olmayan kadınlar arasında I-QOL ölçeği ve alt boyutları açısından herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hipertansiyon ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Hipertansiyon	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	59	60.16	21.52	0.096	0.924
	Yok	36	59.72	22.67		
Psikososyal Etkilenme	Var	59	59.66	21.75	0.405	0.697
	Yok	36	57.70	24.47		
Sosyal İzolasyon	Var	59	54.16	21.86	0.249	0.804
	Yok	36	53.00	22.67		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	59	61.47	21.36	0.267	0.790
	Yok	36	60.22	23.45		

Hipertansiyona sahip olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan analiz neticesinde Tablo 4.10’ da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Hipertansiyona sahip olan kadınlar ile hipertansiyona sahip olmayan kadınlar arasında I-QOL ölçeği ve alt boyutları açısından herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Diyabet ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Diyabet	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	25	51.60	18.77	-2.289	0.024*
	Yok	70	63.00	22.20		
Psikososyal Etkilenme	Var	25	49.30	20.91	-2.538	0.013*
	Yok	70	62.35	22.47		
Sosyal İzolasyon	Var	25	44.16	18.16	-2.602	0.011*
	Yok	70	57.14	22.43		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	25	51.40	19.33	-2.611	0.011*
	Yok	70	64.42	22.09		

* p<0.05

Diyabeti olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan analiz neticesinde Tablo 4.11’ de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Diyabetli kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutundan diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri saptanmıştır (p<0.05). Diyabetli kadınlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde etmişlerdir (p<0.05). Diyabetli kadınlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde etmişlerdir (p<0.05). Diyabetli kadınların yaşam kalitesi diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0.05).

Tablo 4.12. Böbrek Hastalığı ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Böbrek Hastalığı	n	Ortalama	SS (±)	U	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	6	67.50	26.97	678.00	0.37
	Yok	89	59.49	21.55		
Psikososyal Etkilenme	Var	6	63.75	30.52	740.00	0.74
	Yok	89	58.59	22.28		
Sosyal İzolasyon	Var	6	66.00	26.13	668.50	0.16
	Yok	89	52.89	21.68		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	6	69.00	28.93	692.50	0.32
	Yok	89	60.46	21.63		

Böbrek hastalığına sahip olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Mann-Whitney U testi neticesinde Tablo 4.12’ de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Böbrek hastalığına sahip olan kadınlar ile sahip olmayan kadınlar arasında I-QOL ölçeği ve alt boyutları açısından herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.13. Akciğer Hastalıkları ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Akciğer Hastalıkları	n	Ortalama	SS (±)	U	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	8	76.56	23.33	187.00	0.03*
	Yok	87	58.47	21.20		
Psikososyal Etkilenme	Var	8	75.93	20.48	174.50	0.02*
	Yok	87	57.35	22.36		
Sosyal İzolasyon	Var	8	71.00	28.74	194.00	0.03*
	Yok	87	52.13	20.84		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	8	78.75	23.89	178.50	0.02*
	Yok	87	59.36	21.30		

*p<0.05

Akciğer hastalıklarına sahip olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Mann-Whitney U testi neticesinde Tablo 4.13’ te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri saptanmıştır (p<0.05). Akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan herhangi bir akciğer hastalığı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde etmişlerdir (p<0.05). Akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınların “sosyal izolasyon” alt boyutundan diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde etmişlerdir (p<0.05). Akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınların yaşam kalitesi olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşüktür (p<0.05).

Tablo 4.14. Nörolojik Hastalıklar ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Nörolojik Hastalıklar	n	Ortalama	SS (±)	U	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	7	63.57	22.11	278.50	0.67
	Yok	88	59.71	21.93		
Psikososyal Etkilenme	Var	7	56.07	29.68	278.00	0.66
	Yok	88	59.14	22.27		
Sosyal İzolasyon	Var	7	52.57	22.44	298.50	0.89
	Yok	88	53.81	22.15		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	7	61.00	24.00	306.50	0.98
	Yok	88	61.00	22.05		

Herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan Mann-Whitney U testi neticesinde Tablo 4.14’ te görülen sonuçlar elde edilmiştir. Herhangi bir nörolojik hastalığına sahip olan hastalar ile sahip olmayan

katılımcılar arasında yaşam kalitesi ve alt boyutları açısından herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Rahim Sarkması ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması ($n=95$)

I-QOL ve Alt Boyutları	Rahim Sarkması	n	Ortalama	SS (\pm)	T	p
Davranışların Sınırlandırılması	Var	16	54.06	21.05	-1.195	0.235
	Yok	79	61.20	21.94		
Psikososyal Etkilenme	Var	16	55.62	22.05	-0.634	0.527
	Yok	79	59.58	22.92		
Sosyal İzolasyon	Var	16	52.25	21.34	-0.292	0.771
	Yok	79	54.02	22.32		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Var	16	56.93	21.39	-0.806	0.422
	Yok	79	61.82	22.24		

Rahim sarkması olan ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı analiz edilmiş ve gruplar arasında belirtilen kriter açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Üriner inkontinansı Sağlık Sorunu Olup Olmama Düşüncesi ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması ($n=95$)

I-QOL ve Alt Boyutları	İdrar Kaçırma Sağlık Sorunudur	n	Ortalama	SS (\pm)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	32	45.70	16.52	-5.118	0.000*
	Hayır	63	67.26	20.69		
Psikososyal Etkilenme	Evet	32	46.09	16.97	-4.267	0.000*
	Hayır	63	65.43	22.58		
Sosyal İzolasyon	Evet	32	40.37	17.28	-4.641	0.000*
	Hayır	63	60.50	21.20		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	32	46.81	16.51	-5.005	0.000*
	Hayır	63	68.20	21.10		

* $p<0.05$

İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olduğunu düşünenler ve düşünmeyen üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.16). İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenler “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenler “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puanelde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.17. Üriner İnkontinans Nedeniyle Sağlık Kurumuna Başvurma ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOLve Alt Boyutları	İdrar Kaçırmada		n	Ortalama	SS (±)	t	p
	Herhangi Bir sağlık	Kurumuna Başvurma					
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	33	46.59	18.69	-4.861	0.000*	
	Hayır	62	67.13	20.08			
Psikososyal Etkilenme	Evet	33	47.72	19.33	-3.738	0.000*	
	Hayır	62	64.87	22.24			
Sosyal İzolasyon	Evet	33	41.69	18.60	-4.208	0.000*	
	Hayır	62	60.12	21.17			
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	33	48.15	18.56	-4.554	0.000*	
	Hayır	62	67.83	20.80			

*p<0.05

İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvuranlar ve başvurmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.17). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayanların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (p<0.05). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayanlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir (p<0.05). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayanlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir (p<0.05). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayanların yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.18. Üriner İnkontinans Nedeniyle Tedavi Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	İdrar Kaçırmadan Dolayı Tedavi Olma Durumu		n	Ortalama	SS (±)	t	p
	Evet	Hayır					
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	27	45.46	18.77	-4.482	0.000*	
	Hayır	68	65.77	20.34			
Psikososyal Etkilenme	Evet	27	46.75	18.84	-3.477	0.000*	
	Hayır	68	63.75	22.42			
Sosyal İzolasyon	Evet	27	42.51	18.86	-3.278	0.000*	
	Hayır	68	58.17	21.77			
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	27	47.51	18.59	-4.047	0.000*	
	Hayır	68	66.35	21.13			

*p<0.05

İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olanlar ve olmayan üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.18). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (p<0.05). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir (p<0.05). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir (p<0.05). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanların yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 4.19. Üriner İnkontinansın Kişilerarası İlişkiyi Etkileme Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	İdrar Kaçırma Kişilerarası İlişkileri Etkileme Durumu		n	Ortalama	SS (±)	t	p
	Evet	Hayır					
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	37	45.74	16.86	-5.932	0.000*	
	Hayır	58	69.09	19.78			
Psikososyal Etkilenme	Evet	37	43.37	15.14	-6.342	0.000*	
	Hayır	58	68.83	21.19			
Sosyal İzolasyon	Evet	37	38.59	14.64	-6.363	0.000*	
	Hayır	58	63.37	20.58			
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	37	45.29	15.00	-6.714	0.000*	
	Hayır	58	71.01	19.96			

*p<0.05

İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilediğini ifade eden ve etmeyen üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.19). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenler “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenler “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.20. İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	İdrar Yolu Enfeksiyonu	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	57	55.39	21.24	-2.592	0.011*
	Hayır	38	66.90	21.16		
Psikososyal Etkilenme	Evet	57	54.69	22.75	-2.271	0.025*
	Hayır	38	65.26	21.40		
Sosyal İzolasyon	Evet	57	49.96	20.34	-2.071	0.041*
	Hayır	38	59.36	23.57		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	57	56.52	21.39	-2.486	0.015*
	Hayır	38	67.71	21.61		

* $p<0.05$

Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçiren ve geçirmeyen üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.20). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenler “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenler “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 4.21. Günlük Yaşam Aktiviteleri Durumu ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarını Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Günlük Yaşam Aktivite Durumu	n	Ortalama	SS (±)	KW	p
Davranışların Sınırlandırılması	Bağımlı	49	63.01	23.76	1.21	0.301
	Yarı Bağımlı	44	56.30	19.53		
	Bağımsız	2	67.50	14.14		
Psikososyal Etkilenme	Bağımlı	49	64.38	24.00	3.06	0.052
	Yarı Bağımlı	44	53.06	19.83		
	Bağımsız	2	53.75	30.05		
Sosyal İzolasyon	Bağımlı	49	58.44	23.76	2.51	0.087
	Yarı Bağımlı	44	48.36	19.28		
	Bağımsız	2	56.00	16.97		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Bağımlı	49	65.57	24.21	2.32	0.104
	Yarı Bağımlı	44	55.84	18.65		
	Bağımsız	2	62.50	21.92		

Günlük yaşam aktivite durumuna göre üriner inkontinanslı kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında fark olup olmadığını tespit etmek için yapılan Kruskal Wallis Varyans (*KW*) analizi sonucunda Tablo 4.21' de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Stres İnkontinansı Olan Kadınlar ile I-QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Stres İnkontinans	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	18	56.23	20.95	-3.38	0.001*
	Hayır	77	76.11	18.37		
Psikososyal Etkilenme	Evet	18	54.44	21.50	-3.94	0.000*
	Hayır	77	78.05	17.52		
Sosyal İzolasyon	Evet	18	49.35	20.12	-3.73	0.000*
	Hayır	77	72.44	20.57		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	18	53.91	19.51	-3.86	0.000*
	Hayır	77	75.97	17.95		

* $p<0.05$

Stres inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.22). Stres inkontinansı olmayan kadınların “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha görülmüştür ($p<0.05$). Stres inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı yüksek puan aldıkları, stres inkontinansı olan kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.23. Nokturnal İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Uyurken İdrar Kaçırma	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	12	52.50	21.82	-1.27	0.205
	Hayır	83	61.08	21.77		
Psikososyal Etkilenme	Evet	12	46.04	21.70	-2.14	0.035*
	Hayır	83	60.78	22.37		
Sosyal İzolasyon	Evet	12	40.33	19.70	-2.30	0.024*
	Hayır	83	55.66	21.81		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	12	49.50	20.88	-1.96	0.053
	Hayır	83	62.66	21.85		

* $p<0.05$

Nokturnal inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.23). Nokturnal inkontinansı olan ve olmayan kadınların arasında “davranışların sınırlandırılması” alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Nokturnal inkontinansı olmayan kadınlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir ($p<0.05$). Nokturnal inkontinansı olmayan kadınlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir ($p <0.05$). Nokturnal inkontinansı olan ve olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Mikst Tip Üriner İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Mikst Tip Üriner İnkontinans	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	30	58.42	22.88	-1.24	0.013*
	Hayır	65	73.41	19.34		
Psikososyal Etkilenme	Evet	30	57.11	23.59	-1.15	0.049*
	Hayır	65	72.83	20.49		
Sosyal İzolasyon	Evet	30	52.24	23.16	-1.24	0.015*
	Hayır	65	66.93	19.44		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	30	56.45	22.08	-1.31	0.018*
	Hayır	65	71.65	18.32		

*p<0.05

Mikst tip üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.24). Mikst tip üriner inkontinansı olmayan kadınların “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (p<0.05). Mikst tip üriner inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, mikst tip üriner inkontinansı olan kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.25. Total Üriner İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	İşemeyi Bitirip Giyinirken İdrar Kaçırma	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	23	57.50	21.05	-1.55	0.196
	Hayır	72	60.79	24.51		
Psikososyal Etkilenme	Evet	23	48.80	21.54	-2.52	0.012*
	Hayır	72	62.15	22.25		
Sosyal İzolasyon	Evet	23	49.56	20.52	-1.04	0.298
	Hayır	72	55.05	22.50		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	23	59.94	20.78	-1.58	0.120
	Hayır	72	62.29	20.89		

*p<0.05

Total üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.25). Total üriner inkontinansı olmayan kadınların “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (p<0.05). Total üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, “davranışların sınırlandırılması” ile “sosyal izolasyon” alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.26. Urge (Sıkışma) İnkontinansı Olan Kadınlar ile QOL Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması (n=95)

I-QOL ve Alt Boyutları	Belirli Bir Neden Olmadan İdrar Kaçırma	n	Ortalama	SS (±)	t	p
Davranışların Sınırlandırılması	Evet	12	57.55	22.02	-2.21	0.001*
	Hayır	83	60.08	18.87		
Psikososyal Etkilenme	Evet	12	58.31	15.61	-2.45	0.002*
	Hayır	83	77.05	22.71		
Sosyal İzolasyon	Evet	12	53.40	18.32	-1.23	0.000*
	Hayır	83	62.66	22.32		
Yaşam Kalitesi (I-QOL)	Evet	12	57.82	21.20	-1.46	0.000*
	Hayır	83	66.34	13.61		

*p<0.05

Urge (sıkışma) inkontinansı olan ve olmayan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları arasında farklılık olup olmadığı test edilmiştir (Tablo 4.26). Urge (sıkışma) inkontinansı olmayan kadınların idrar kaçırmayanlar “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir (p<0.05). Urge (sıkışma) inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, urge inkontinansı olan kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

TARTIŞMA

Günümüz dünyasında kadınların yaşam süresi artarken herkese sağlık hedeflerinden birisi olan “yaşama sağlık ve anlam katılması” da her geçen gün önemini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre insanın yaşam dönemlerinin her birisi için öncelikli müdahale alanları belirlenmekle beraber kadınların sağlık durumlarına ayrı bir önem verilmiş ve insanlığın 21. yüzyıldaki sağlıkla ilgili geleceğini büyük oranda kadın sağlığının ciddi bir şekilde ele alınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (117). Kadınların sağlığını tıbbi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan ciddi ölçüde etkileyen Üİ, çok ve sık doğum nedeniyle pelvik taban kaslarının yapı ve fonksiyonuna, pelvik organ desteğine negatif etkilerinden yahut çok sayıda hazırlayıcı etkenden dolayı kadınlarda hemen her yaşta görülen bir sorundur (118). Kadınlarda sık görülmesine karşın bu sorunla karşı karşıya olan her 4 kadından yalnızca birinin sorunun çözümü yoluna gitmektedir. Hastalarca önemli bir sorun olarak algılanmamakla beraber yaşam kalitesi üzerinde negatif bir etkiye sahiptir (119,120,121).

Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi, Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Özel Asmalı Konak Huzurevi, Adana Seyhan Belediyesi Huzurevi, Osmaniye Özden Huzurevi, Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, Kahraman Maraş Huzurevi, Mersin Erdemli Huzurevi, Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi’nde yaşayan 95 kadın üzerinde yapılan çalışmadan önemli sonuçlar elde edilmiştir.

5.1. Üriner İnkontinanslı Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Yapılan bu çalışmada huzurevlerinde yaşayan ve üriner inkontinansı olan 95 kadının yaş ortalaması 77.26 ± 7.70 olarak tespit edilmiştir. İlçe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların yaş ortalaması 76.5 ± 7.6 bulunmuştur (124). Ekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise orta ve daha ileri yaşlarda üriner inkontinansın daha sık görüldüğü bildirilmiştir (129). Norton ve Brubaker toplumda yaşlı kadınlarda üriner inkontinans prevalansının %10-40 arasında bulunabileceği ancak Üİ prevalansının bazı klinisyenler tarafından da sürpriz olabileceği de bildirilmektedir (125). Hayek ve Abrams 65 yaş ve üzerinde artış yaptığını bildirmektedir (126). Yapılan diğer çalışmalarda çalışmalarda Üİ prevalansının 40-60 yaş arasındaki kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (127,128). İlerleyen yaşla beraber üretral kas yapısının bozulması, üretra ön duvarında bulunan çizgili kas liflerinin sayısının azalmasına bağlı olarak Üİ sıklığında artış olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada yaş ortalamasının yüksek olmasının nedenleri arasında çalışmanın huzurevlerinde yapılması ve yaşlılarda Üİ prevalansının yüksek olması olarak düşünülebilir.

Yapılan bu çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların gebelik sayısı ortalaması 4.19 ± 3.11 , doğum sayısı ortalaması ise 3.38 ± 2.39 bulunmuş olup çalışmalarla benzerdir. Bilgili ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının da arttığı bulunmuştur (80). Yapılan çalışmalarda da paritenin Üİ riskini arttırdığı, nulliplarlarda Üİ riskinin daha düşük, 4 ve üzeri doğum yapanlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (130, 131). Bilgili ve ark.(158) çocuk sayısı ile Üİ görülme sıklığı arasında bir ilişki olmadığını, Akyol ve ark. (159) ürodinamik tanı grupları arasında parite ve vaginal doğum sayıları bakımından bir fark bulunamadığını bildirmişlerdir. Buna karşın MacLennan ve ark. (160) inkontinans ve parite arasında anlamlı bir birliktelik olduğunu, nullipar kadınlarda multipar kadınlara oranla Üİ'nin daha az rapor edildiğini bildirmektedirler. Luna ve ark. (161) ise nulliplarlar ile doğum yapan kadınları karşılaştırmış, doğum yapanlarda Üİ prevelansının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum doğum sırasında pelvik kasların sinirlerinin zarar görmesiyle kaslarda atrofi oluşmasına ve zamanla prolapsus gelişmesine bağlanabilir.

Yapılan bu çalışmada kadınların Üİ süresi ortalama 16.49 ± 8.75 yıl olarak tespit edilmiştir. Acar ve Yurtsever tarafından yapılan çalışmada üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri kadınlardan %21.5'inin 1 yıldan az, %29.8'inin 1-3 yıl , %21'inin 4-6 yıl, % 28.2'inin 7 ve daha uzun süredir Üİ bildirmiştir (118). Kök ve ark. tarafından yapılan çalışmada da Üİ süresinin yüksek oranda 13 -96 ay (1-8 yıl) olduğunu saptamıştır (132).

Çalışmaya katılan kadınların beden kitle indeksi ortalaması 28.71 ± 5.60 olarak bulunmuştur. 2012'de yayınlanan Thubert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Mobid obez kadınlarda idrar kaçırma rölatif riski normal bir kiloda kadından beş kat daha fazla çıkmış, 10% ağırlık kaybı %50 üriner sızıntı frekansı azalmıştır (133). Yapılan çalışmalarda obezite Üİ şiddetini artırmakta ya da tek başına Üİ' a neden olabilmektedir (134-137). Huskaar ve ark. kilo artışının gebelikte olduğu gibi pelvik taban kas yapısına zarar verdiği, kilo vermeye Üİ' in düzeldiği, kilo alma ile durumun kötüleştiği bildirilmektedir. Beden kitle indeksinde artma Üİ' in gelişmesinde etkili bağımsız bir risk faktörüdür. Buna göre obezitenin Üİ için bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Obeziteye bağlı karın içi basınç artışı ve buna bağlı Üİ sıklığında artış sebep olarak değerlendirilebilir.

Üİ' i olan kadınların yalnızca %8.4' ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığını buna karşılık %91.6' sı ise kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların %22.1' inin kronik kalp yetmezliği, 62.1' inin hipertansiyonu , %26.3' ünün diyabeti, % 6.3' ünün böbrek hastalığı, %8.4'ünün akciğer hastalıkları ve % 7.4' ü nörolojik bir hastalığı bulunmaktadır. Kronik kalp yetmezliği, hipertansiyon, böbrek hastalığı ve nörolojik hastalıkları olan ve olmayan kadınlar arasında I-QOL ölçeği ve alt boyutları açısından herhangi bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Diyabet veya akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınların I-QOL ölçeği ve alt boyutları olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0.05$). Sistemik ve kronik hastalığı olanlarda daha fazla Üİ görüldüğü bildirilmektedir. Bunlar arasında diyabetes mellitus (121, 134, 138, 139), radyasyon tedavisi görme (134) ve solunum sistemi problemleri yer almakatadır (135, 136, 139, 140). Diyabetes mellitus, diyabetes insipidus, hiperkalsemi, ödem, konjestif

kalp yetmezliği ve aşırı sıvı alımı sonucu volüm yüklenmesi ile renal klirens artmakta, sık idrara çıkma, sıkışma hissi ve sıkışma tipi idrar kaçırma ortaya çıkabilmektedir (141). Merkezi ve periferik sinir sistemini etkileyen multiple skleroz, parkinson, serebro vasküler atak gibi hastalıklarda, mesaneyi kontrol eden sinir sisteminin hasar görmesine bağlı idrar kaçırma, sıkışıklık hissi ya da sık idrar çıkma şikâyetleri görülebilmektedir (142).

Bu çalışmada üriner inkontinansı olan ve doğum yapan bütün kadınların normal yolla doğum yaptığı tespit edilmiştir. Doğum şeklide idrar kaçırmayı etkileyen önemli bir faktördür. Çalışmalarda doğum yapanların hiç doğum yapmayanlardan, vajinal doğum yapanların sezaryanla doğum yapanlardan, forsepsle doğum yapanların normal ve vakumla doğum yapanlardan daha fazla üriner inkontinans sorunu yaşadığı bildirilmektedir (134, 143).

Kadınların menopoza girme durumu incelendiğinde %94.7' sinin doğal yolla menopoza girdiği, buna karşılık %5.3'ünün ise tıbbi yolla menopoza girdiği görülmektedir. Histerektomi ve overlerin alınması ile zorunlu hormonal değişim ve nörolojik bozukluklar idrar kaçırmaya neden olabilmektedir. Histerektomide pelvik yapı, mesaneyi saran kas ve fasya zarar görmektedir (134). Ayrıca jinekolojik cerrahi (134,138) ya da prolapsus (144,145) cerrahisi de bir risk faktörü olarak vurgulanmaktadır. Menopoz sonrası östrojen eksikliğinin idrar kaçırmının gelişimine etkisi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda kadınlarda perimenopozal dönemde idrar kaçırma insidansının arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda ise son menstruasyondan 10 yıl önce idrar kaçırma geliştiiği ve premenopozal dönemdeki kadınları postmenopozal dönemdeki kadınlardan daha çok etkilediği belirtilmiştir (135, 146).

Üriner inkontinansı olan kadınların %50.5' i sürekli kabızlığa sahip değil iken, %49.5' i sürekli kabızlığa sahiptir. Kronik konstipasyon sürekli zorlanmaya bağlı pelvik taban kaslarının zayıflamasına, karın içi basıncında artmaya neden olarak idrar kaçırmada predispozan bir faktör olarak vurgulanmaktadır. Ayrıca tedavi sonrası kontrol altına alınmayan konstipasyon idrar kaçırmının tekrarlamasına yol açabilmektedir (142).

Yapılan bu çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların %40' nın daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmediiği, %60' ının ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiiği görülmektedir. Kronik ya da subakut alt üriner sistem enfeksiyonları, idrarda kan, koku olması, idrar yapma esnasında yanma hissi, idrar akımını başlatmada güçlük, idrar akıntısını kesmede güçlük, idrar yaparken ve idrarı akıtmada zorlanma, ıkınma ihtiyacı, boşaltır boşaltmaz tekrar idrara çıkma ihtiyacı gibi alt üriner sistem semptomlarının (134, 140), sistit ve sık üriner enfeksiyon geçirmenin (134, 136, 139, 144) idrar kaçırmada etkili olduğu bildirilmektedir.

Kadınların %11.6' sı sigara kullanmakta iken, %88.4' ü ise sigara kullanmamaktadır. Sigara içmenin idrar kaçırmada bir risk faktörü olduğu ile ilgili tartışmalar mevcuttur. Sigara içmeye bağlı gelişen kronik öksürüğün, pelvik taban

kaslarının hasar görmesine ve karın içi basıncında artmaya yol açması ve sigaranın içinde bulunan zararlı maddelerin mesane kası üzerinde iritan etki göstermesi ile idrar kaçırmanın gelişebileceği bildirilmektedir (142). Yapılan bir çalışmada sigara içenlerde içmeyenlere göre detrüör insitabilitesinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu (147), başka bir çalışmada ise günde 20 den fazla sigara içme ile ciddi idrar kaçırma arasında ilişki bildirilirken (148). Tozun ve ark. yaptığı çalışmada sigara içme ile idrar kaçırma arasında ilişki görülmemiştir (139).

5.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Yardım Almama Nedenleri

Yapılan bu çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların %66.3' ü bu durumun bir sağlık sorunu olmadığını, %65.3' ü üriner inkontinans nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada kadınlardan %71.6' sının bu durum nedeniyle şimdiye kadar hiç tedavi olmadığını, %28,4'ünün ise tedavi aldığı tespit edilmiş olup tedavi almayanların yaşam kalitelerinin tedavi alanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kök ve ark. (132) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların idrar kaçırmayı sağlık problemi olarak düşünmediği (%56.5), bu durumdan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı (%80) ve tedavi olmadığını (% 85.8) belirlenmiştir. Acar ve Yurtsever (149), 65 yaş ve üzerindeki kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadınların %69.4' ünün idrar kaçırma nedeniyle hiç tedavi olmadığını bildirmiştir. Tedavi alanların yaşam kalitesi puanlarının da tedavi almayanlara göre düşük olduğunu tespit etmiştir. Çalışmada kadınlardan %66.3' ü bu durumun bir sağlık sorunu olmadığını, %33,7' si ise sağlık sorunu olduğunu ifade etmiştir. Bu durumla ilişkili olarak yaşam kalitesi arasında fark olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda Üİ' in bir sağlık sorunu olmadığını ifade edenlerin yaşam kaliteleri bu durumun bir sağlık sorunu olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.01).

Kadınlar idrar kaçırmadan dolayı yaşam kaliteleri etkilemesine rağmen yardım almamaktadır. Yardım almama nedenleri olarak idrar kaçırmayı normal ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, tedavinin yararlı olmayacağına inanmaları, kimden yardım alacaklarını bilmemeleri, sorunu sağlık görevlisi ile paylaşmada sıkıntı, kararsızlık, korku hissetmeleri, tanı ve tedavi girişimlerinde maliyetin fazla olması bildirilmektedir (150, 151, 152). Kadınların çoğu idrar kaçırmayı tıbbi bir sorundan daha çok sosyal bir problem ve tabu olarak görmekte, sorun hakkında konuşmaktan çekinmekte ve çoğunlukla sorun başladıktan en az bir yıl sonra hekime başvurumaktadırlar (154). Yardım arayışında etkili olan faktörler arasında kültürel ve etnik farklılıklar, daha önceki kişisel deneyimler, yaş, utanma, sorunun günlük yaşam aktivitelerine etkisi, psikososyal sıkıntının derecesi, idrar kaçırmanın tipi, ciddiyeti ve yaşam kalitesine etkisi yer almaktadır (135,153). Minassian ve ark.'nın (151) metaanaliz çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun yakınmaları ile ilgili tıbbi yardım almadığı, aşırı miktarda idrar kaçıran kadınların yalnızca %42 oranında sağlık personeline danıştığı, Shaw ve ark.,'nın çalışmasında (153) 17-74 yaş arası farklı tanımların kullanıldığı çalışmalarda hekime başvurma oranını %2-61.1 olarak bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise idrar kaçıran kadınların %30'undan daha azının yardım için başvurduğu saptanmıştır (157). Yurt içinde yapılan çalışma sonuçları, yurt

dışında yapılan çalışma sonuçları ile bezelik göstermekte olup; idrar kaçıran kadınların çok azının (%12.4- %27.7) yardım aldığı belirlenmiştir (121, 154, 156, 157).

Yapılan bu çalışmada katılımcılara “Sizce idrar kaçırıyor olmanız kişiler arası ilişkilerinizi etkiliyor mu?” sorusu yöneltilmiş katılımcılardan %61.1’i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilemediğini, %38.9’u ise bu durumun kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Bu sonuç dikkate alındığında önceki çalışmalar ile paralellik arz ettiği görülmektedir. Üİ hayatı tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olmasa da her yaştaki kadını etkileyen ve kadınlarda biyo-psikososyal değişikliklere yol açan, yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bir durumdur. Üİ kişisel ve sosyal aktivitelerde azalmaya, dolayısıyla da yaşam kalitesinde azalmaya neden olur. Randevuların, seyahatlerin ertelenmesi, arkadaş-aile ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir. Hastanın sosyal yaşantısını ciddi oranda etkileyebilmekte yalnızlığa itebilmektedir. Temiz kalmada azalma, mesane kontrolünde azalma kendine güvende de azalmaya yol açmaktadır. Bu aynı zamanda sosyal izolasyona yol açabilmektedir (208).

5.3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Üriner İnkontinans Durumları ve Yaşam Kaliteleri

Yapılan bu çalışmada kadınların %76.8’inin orta derece ve %22.1’inin ileri derecede üriner inkontinansı olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %71.6’ sı ped kullandığını, %6.3’ ü ise ped kullanmadığını belirtmiş olup %22.1’ i ise ıslanma oldukça çamaşır değiştirdiğini belirtmiştir. Kinchen ve ark. (162) Üİ şiddetinin %74.8 hafif, %22.5 orta, %2.7 şiddetli olarak bildirmiştir. Oskay ve ark.’nın çalışmasında kadınların %28.8’inin sürekli ped kullandığı belirtilmiştir (163). Bilgili ve ark. çalışmasında kadınların %38.8’inin ayda 2 ve daha fazla idrar kaçırdığı, %35.9’unun sürekli ped kullandığı %50.2’sinin hafif miktarda (1-2 damla) idrar kaçırdığı, bildirilmiştir (164).

Yapılan bu çalışmada huzurevlerinde yaşayan üriner inkontinanslı kadınların % 18.9’ unun stres üriner inkontinansı, % 12.6’ sının urge (sıkışma) üriner inkontinansı, % 31.7’ sinin mikst tip üriner inkontinansı, % 24.2’ sinin total üriner inkontinansı ve % 12.6 sının noktürnal inkontinansı olduğu bulunmuştur. Kikuchi ve ark.’nın çalışmasında stres Üİ %36.1, urge Üİ %36.7, mikst tip Üİ %18.3 ve diğer tip Üİ %8.9 oranında görüldüğü bildirilmektedir (165). Arıkan ve ark.’nın çalışmasında %72 stres, %16 mikst ve %8 urge tip Üİ görüldüğü bildirilmiştir (166). Hayek ve Abrams yaşla birlikte urgency inkontinansın arttığı özellikle 60 yaşından sonra artış yaptığı, stres inkontinansın 25- 49 yaş arasında en fazla olduğu ancak yaşlı kadınlarda en fazla mikst tip Üİ görüldüğünü belirtmekte ve mikst ile urgency inkontinansın 75 yaş ve üzerinde zirve yaptığı belirtilmektedir (126). Filiz ve ark. da benzer şekilde bu sıralamayı karışık tip (%61,3), stres tip (%20,8) ve sıkışma tip (%17,9) olarak bildirmektedir (167). Kök ve ark.(132) ise çalışmalarında en çok stres inkontinansın gözlendiğini bunu karışık tipin izlediğini bildirmekte ise de Moller ve ark.(168) en sık sıkışma tipinin, Espino ve ark. (169) bizim çalışmamıza benzer şekilde karışık tipin gözlendiğini rapor etmektedirler. Aynı çalışmada inkontinans alt tipleri arasındaki farklılığı çalışmanın sahada ya da hastanede yapılmasına bağlamaktadırlar.

Yapılan bu çalışmada I-QOL ölçeğinin “Davranışların sınırlandırılması” alt boyutu puan ortalamalarına göre en fazla noktürnal inkontinansı olan kadınların yaşam

kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Bunu sırasıyla stres tip, total inkontinans, urge tip ve mikst tip izlemiştir. “Psikososyal etkilenme” alt boyutu puan ortalamalarına göre en fazla nokturnal inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Bunu sırasıyla stres tip, mikst tip, total inkontinans ve urge tip inkontinans izlemiştir. “Sosyal izolasyon” alt boyutu puan ortalamalarına göre en fazla nokturnal inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Bunu sırasıyla stres tip, total inkontinans, mikst tip ve urge tip inkontinans izlemiştir. I-QOL ölçeğinin geneline ait puan ortalamalarına göre en fazla nokturnal inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmiştir. Bunu sırasıyla stres tip, mikst tip, urge tip ve total inkontinans izlemiştir. Yapılan diğer çalışmalarda Işıklı ve ark. I-QOL ölçeğinin genelinden ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına göre en fazla total inkontinansı olan kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiğini bulmuştur (172). Bunu sırasıyla karışık tip, stres tip ve sıkışma tip izlemektedir. Simeonova ve ark. (170) karışık ve sıkışma inkontinansı olanların, Sandvik ve ark. (171) ise sıkışma tipi inkontinansı olanların stres inkontinansı olanlara nazaran daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını belirtmektedirler.

SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Huzurevlerinde yaşayan ve üriner inkontinansı olan 95 kadının yaş ortalaması 77.26 ± 7.70 olarak tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan kadınların beden kitle indeksleri ortalaması 28.71 ± 5.60 ' dır.
- Üriner İnkontinansı olan kadınların %93.6'sı dul, %3.2'si evli ve %3.2'si bekarıdır.
- Kadınların %62.1'inin okur-yazar olmadığı buna karşılık %37.9'unun ise okur-yazar olduğu görülmektedir.
- Üriner inkontinansı olan kadınların huzurevinde kalma süresi 1-15 yıl arasında değişmekte olup, ortalama huzurevinde kalma süresi 4.03 ± 3.63 yıldır.
- Kadınların gebelik sayısı ortalaması 4.19 ± 3.11 ' dir.
- Doğum sayıları ortalaması 3.38 ± 2.39 ' dur.
- Üriner inkontinanslı kadınların %94.7' si sağlık güvencesine sahip iken yalnızca %5.3' ünün herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır.
- Üriner inkontinansı olan kadınların yalnızca %8.4' ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığını buna karşılık %91.6' sı ise kronik hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir.
- Üriner inkontinansı olan kadınların %22.1' inin kronik kalp yetmezliği, 62.1' inin hipertansiyonu , %26.3' ünün diyabeti, % 6.3' ünün böbrek hastalığı, %8.4'ünün akciğer hastalıkları ve % 7.4' ü nörolojik bir hastalığı bulunmaktadır.
- Bu çalışmada üriner inkontinansı olan ve doğum yapan bütün kadınların normal yolla doğum yaptığı tespit edilmiştir.
- Kadınların menopoza girme durumu incelendiğinde %94.7' sinin doğal yolla menopoza girdiği, buna karşılık %5.3'ünün ise tıbbi yolla menopoza girdiği görülmektedir.
- Üriner inkontinansı olan kadınların %50.5' i sürekli kabızlığa sahip değil iken %49.5' i sürekli kabızlığa sahiptir.

- Kadınların %83.2' si rahim sarkması sorununun olmadığını, %16.8'si ise rahim sarkması sorunu olduğunu bildirmiştir.
- Kadınların idrar kaçırma yılı ortalaması 16.49 ± 8.75 yıldır.
- Kadınların %71.6' sı ped kullandığını, %6.3' ü ise ped kullanmadığını belirtmiş olup %22.1' i ise ıslanma oldukça çamaşır değiştirdiğini belirtmiştir.
- Üriner inkontinansı olan kadınların %66.3' ü bu durumun bir sağlık sorunu olmadığını, %33.7' si ise sağlık sorunu olduğunu düşünmektedir.
- %65.3' ü üriner inkontinans nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığını, %34.7' si ise üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ifade etmiştir.
- Üriner inkontinansı olan kadınlardan %71.6'sının bu durum nedeniyle şimdiye kadar hiç tedavi olmadığını, %28.4' ünün ise tedavi aldığı görülmektedir.
- Kadınlardan %61.1' i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilemediğini, %38.9'u ise bu durumun kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir.
- Üriner inkontinansı olan kadınların %40' nın daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmediği, %60' ının ise idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği görülmektedir.
- Kadınların %11.6'sı sigara kullanmakta iken %88.4' ü ise sigara kullanmamaktadır.
- Üriner inkontinansı olan kadınlardan %51.6' sının günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı, %46.3' ünün yarı bağımlı, %2.1' inin ise bağımsız olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).
- Kadınların %76.8'i orta, %22.1'i ileri derecede üriner inkontinansı bulunmaktadır (Tablo 4.4).
- Kadınların üriner inkontinans yoğunluklarını belirlemek için “ sizce ne kadar idrar kaçırıyorsunuz?” diye sorulduğunda %48.4' ü az miktarda, %27.4'ü çok miktarda, %24.22 si orta miktarda üriner inkontinansı olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.5).
- Kadınların % 18.9' unun stres üriner inkontinansı, % 12.6' sının urge (sıkışma) üriner inkontinansı, % 31.7' sinin mikst tip üriner inkontinansı, % 24.2' sinin total üriner inkontinansı ve % 12.6 sının noktürnal inkontinansı olduğu bulunmuştur.
- Bu çalışmada üriner inkontinansın günlük yaşama etkisi puan ortalaması 5.81 ± 3.00 bulunmuştur (Tablo 4.7).
- Üriner inkontinansı olan kadınların I-QOL ölçeğinin “Davranışların Sınırlandırılması” alt boyutundan ortalama 60.00 ± 21.84 , “ Psikososyal

Etkilenme” alt boyutundan ortalama 59.92 ± 22.71 , “Sosyal İzolasyon” alt boyutundan ortalama 53.72 ± 22.06 ve I-QOL ölçeğinin genelinden ise ortalama 61.00 ± 22.06 puan almışlardır.

- Diyabetli kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutundan diyabetli olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri saptanmıştır.
- Akciğer hastalıklarından birine sahip olan kadınların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha düşük puan elde ettikleri saptanmıştır.
- İdrar kaçırmanın bir sağlık sorunu olmadığını düşünenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.
- İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmamayanların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmamayanlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmamayanlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırma sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvurmamayanların yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).
- İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanların “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$).İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olmayanların yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).
- İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenler “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenler “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın kişilerarası ilişkileri etkilemediğini ifade edenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).
- Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenlerin “davranışların sınırlandırılması” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek

puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenler “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenler “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p<0.05$). Daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirmeyenlerin yaşam kalitesi istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

- Stres inkontinansı olmayan kadınların “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha görülmüştür ($p<0.05$). Stres inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı yüksek puan aldıkları, stres inkontinansı olan kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Nokturnal inkontinansı olan ve olmayan kadınların arasında “davranışların sınırlandırılması” alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Nokturnal inkontinansı olmayan kadınlar “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir ($p<0.05$). Nokturnal inkontinansı olmayan kadınlar “sosyal izolasyon” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir ($p<0.05$). Nokturnal inkontinansı olan ve olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Mikst tip üriner inkontinansı olmayan kadınların “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). Mikst tip üriner inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, mikst tip üriner inkontinansı olan kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Total üriner inkontinansı olmayan kadınların “psikososyal etkilenme” alt boyutundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.05$). Total üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, “davranışların sınırlandırılması” ile “sosyal izolasyon” alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Urge (sıkışma) inkontinansı olmayan kadınların idrar kaçırmayanlar “davranışların sınırlandırılması”, “psikososyal etkilenme” ve “sosyal izolasyon” alt boyutlarından anlamlı şekilde daha yüksek puan elde etmiştir ($p<0.05$). Urge (sıkışma) inkontinansı olmayan kadınların toplam yaşam kalitesi (I-QOL) ölçek puanı, urge inkontinansı olan kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlarca çoğu zaman gizlenip ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem olarak kabul edilen ve çoğunlukla yaşlılığın bir sonucu olarak görülen idrar kaçırmanın rahat bir şekilde dile getirilebileceği uygun ortamların hazırlanması,
- Ülkemizdeki sağlık kuruluşları, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, dini liderler, yerel ve ulusal medya, inkontinanslı kişiler ve onların yakınları ile işbirliği içine girerek toplumda bu hususla ilgili duyarlılığın artırılmasına yardımcı olunması,
- Özellikle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire tarafından riskli grup olan kadınlara yönelik üriner inkontinans sağlık risklerinin erken tanınması için eğitim planlanması, yürütülmesi ve devamlılığının sağlanması,
- Üriner inkontinansın ülkemizde oldukça sık görülen bir sorun olması sebebiyle konuya daha fazla önem verilmeli, bu bağlamda sağlık çalışanlarının konuyu önemi hususunda daha duyarlı ve eğitilmiş olmaları,
- Üriner inkontinansın erken tanınması ve önlenmesine yönelik için kurumların kurulması ve bu kurumlarda hemşireler multidisipliner ekip içinde aktif yer almasının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003.
2. Kocaman T. Nüfusun yaş yapısındaki değişim ve yaşlılığa ilişkin sosyal politikalar. Yaşlanma ve Toplumsal Katılım Paneli Kitabı, 20 Nisan 2007: 37.
3. Zhu L, Li L, Lang J, Xu T, Wong F. Epidemiology of mixed urinary incontinence in China. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 109 (1): 55-58.
4. Yip SK, Chung TK. Treatment-seeking behaviour in Hong Kong Chinese women with urinary symptoms. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14 (1): 27-30.
5. Dinç K, Kızılkaya Beji N. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2008; 16(62): 143-149.
6. Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Med J.* 2006; 27 (11): 1688-1692.
7. Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2009; 67 (4): 241-249.
8. Telatar T.G, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2004; 7 (3): 162-165.
9. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006; 48: 132-136.
10. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urology* 2008; 179: 1449-54.
11. Landi F, Cesari M, Russo A, et al. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing* 2003; 32: 194-9.
12. Kocak İ, Okyay P, Dündar 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): 634-641.

13. El-Azab AS, Mohamed EM, Sabra HI. The prevalence and risk factors of urinary incontinence its influence on the quality of life among Egyptian women. *Neurourol Urodyn.* 2007; 26 (6): 783-738.
14. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge, and mixed urinary incontinence. *BJU Int.* 2003; 92 (7): 731-735.
15. Arıkan E ve ark. Huzurevinde yaşayan bir grup kadında üriner inkontinans, *Geriatrici*, 2003; 6: 3,104-108.
16. Engstrom G, Henningsohn L, Walker-Engstrom ML, Leppert J. Impact on quality of life of different lower urinary tract symptoms measured by means of the sf 36 questionnaire. *Scand J Urol Nephrol*, 2006;40(6):485-94.
17. Williams K. Stress urinary incontinence: Treatment and support. *Nursing Standard*, 2004; 18, 45-52.
18. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. *Türk Geri Derg* 2004; 7(3):162-165.
19. Koşar İ.H. Yaşlı Dünyada, Yaşlılık ve Geriatrik Tıp. I. Ulusal Geriatri Kongresi, Belek, Antalya, 30 Ekim - 3 Kasım 2002.
20. Tümerdem, L. (2006) “Gerçek Yaş (Real Age)” , *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (3).
21. Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series. No: 916; 2003, 4-12.
22. Butler AA, Menant JC, Tiedemann AC, Lord SR. Age and gender differences in seven tests of functional mobility. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 2009;6:31.
23. Kaçar Gitmez, Ş. (2000) Yaşlıların Farklı Kentsel Koşullarda Yaşam Uyumları, Eğilimleri, Tutum ve Davranışları (Sosyal Antropolojik Açıdan Bir Değerlendirme), Ankara Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
24. Akın G (2002). Başlangıçtan Günümüze Yaşlının Aile ve Toplumdaki Statüsü. *Geriatrici*, 5 (1): 75.
25. Tatar M (2002). Geriatri Merkezlerinin Örgütlenmesi, *Geriatrici*, YG. Kutsal (Ed), Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi-281-287.
26. Görgün Baran, A. (2005) “Yaşlılığın Sosyal Boyutu” , Hacettepe Üniversitesi, GEBAM, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/Sosyal_boyut/Yaşlılığın-Sosyal_Boyutu.pdf.

27. Akın A. ve ark. Kadın Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genle Müdürlüğü Yayını Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
28. Gökçe-Kutsal Y. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları, Yaşlılık döneminde sık görülen sağlık sorunları; Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi GEBAM yayını içinde www.gebam.hacettepe.edu.tr. 12.2.2012.
29. Erdönmez PA. Küresel Demografik Değişim Süreci ve Finansal Sektör Üzerindeki Etkileri. Bankacılar Dergisi. 2007; 62:59-70.
30. Kuzgun İ. Nüfusun Yaşlanmasının İşgücü Arzına Etkisi. Geriatri. 2002; 5:38.
31. Yaşam Kalitesi Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 2000.
32. Tufan, A. B. "Elderly in Turkey", Karataş, K. Arıkan, Ç. (Ed), İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet: Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yayını, 2001: 286-290.
33. Onat, Ü. "Sosyal Politikalar Açısından Yaşlılık." Gökçe-Kutsal, Y. (Ed.), Geriatri 2002 Sempozyumu Bildirileri, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 2002: 266-276.
34. Danış, M. Z., Onat, Ü, Danış, Y. "Yaşlılıkta Yoksulluk ve Sosyal Hizmet." Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003: Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler Bildiri Kitabı, II. Cilt, Ankara: H.Ü SHYO Yayını, 2006: 217-226.
35. Lav D, Kospeser J, Potter D, Lyles A, Bennett G. Hospitalization and death associated with potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents. Arch Intern Med 2005; 165: 68-75.
36. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk J Geriatr 2004; 7: 105-10.
37. Danış, M. Z. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri: Başarılı Yaşlanma ve Yaşlı Bakım Modelleri. Ankara, Güç-Vak Yayınları, Sosyal Hizmet Dizisi I, 2004.
38. Özer M: Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 7:33-36, 2004.
39. Borowiak E and Kostka T: Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. Aging Clin Exp Res 16:212-220, 2004.
40. Sitoh YY, Lau TC, Zochling J and et al: Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. Intern Med J 35:131-134, 2005.

41. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark: Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelemesi, Geriatri 3:141-145, 2000.
42. Subasi F ve Hayran O: Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. Arch Gerontol Geriatr 41:23-29, 2005.
43. Şen, İ. Kıraç, M. ve Onaran, M., Alt üriner sistemin ve miksiyonun nörofizyolojisi, 2008, Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 21-23.
44. Yazıcı, G., Kadın genital sistemi ve pelvik taban cerrahi anatomisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 3-12.
45. Yalçın, Ö., Pelvis tabanı anatomisi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 7-19.
46. Coşkun, A., Alt üriner sistem fizyolojisi ve anatomisi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 1-27.
47. Menefee, A.S., Wall, L.L., İnkontinans, prolapsus ve pelvik taban hastalıkları, 2004, Erek, A. (Edt.), Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 13.Baskı, İstanbul, 645- 710.
48. Güner, H., Yazıcı, G., Kadın genital sistemi ve pelvik taban anatomisi, 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 1-10.
49. Baloğlu, A., Gerçek stres inkontinans ve pelvik taban disfonksiyonun patofizyolojisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 29-36.
50. Özyurt, C., Şimşir, A., Miksiyon nörofizyolojisi ve kontinans mekanizması, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 21- 26.
51. Günalp, S., Özyüncü, Ö., Salman, C., Ürojinekoloji, 2008, Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, S.L., Yaralı, H., Yüce, K. (Edt.), Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevleri, 2.Baskı, Ankara, 907-926.
52. Yalçın, Ö., Pelvik taban bozukluklarının fizyopatolojisi, 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 11-18.
53. İtil, İ.M., Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar, 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 29-36.
54. Yalçın, Ö., Üriner inkontinanslılara genel bakış, 2000, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji, Atlas Kitapçılık, Ankara, 19-28.

55. Abrams, P., Cordazo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A. at Wein, A., 2002, The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, *Neurology and Urodynamics*, 21, 167-178.
56. Güngör, M., Çetinkaya, E., Stres üriner inkontinans, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 267- 274.
57. Beji, N.K., Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Emek Matbaacılık, İstanbul, 75-84.
58. Attar, E., Gomel'in Jinekolojisi, 2007, Ata, B. (Edt.) Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 425-442 .
59. Koçak, T., Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde yapılan spesifik tanı testleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Emek Matbaacılık, İstanbul, 85-90.
60. Rodoplu, H., Aşırı Aktif Mesane, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 253-266.
61. Hakverdi, U.A., Miks üriner inkontinans, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 275-282.
62. Güner, H., Güler, İ., Üriner inkontinans epidemiyolojisi ve sosyal impakt, 2008, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi*, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 37-42.
63. Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr A., 2003, Urinary incontinence as a worldwide problem, *Int Jgynecol Obstet*, 82, 327-338.
64. Mutlu, S., 2005, Üriner inkontinanslı hastalarda anamnez ile ürodinami bulgularının karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.
65. Özdemir, E., 2009, Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
66. Özerdoğan, N.Ö, 2003, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi, *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
67. Arıkan, N., Ürojinekolojik patolojilerde ürodinamik incelemeler, 2008, Güner, H. (Edt.), *Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi*, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 93-100.

68. Aslan, E., Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60.
69. Aslan, E., Beji, N.K., Coskun, A. at Yalcin, O., 2003, An assessment of the importance of pad testing in stress urinary incontinence and the effects of incontinence on the life quality of women, *Int Urogynecol J*, 14, 316-320.
70. Dikencik, K. B., Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 29-50.
71. Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr A., 2003, Urinary incontinence as a worldwide problem, *Int Jgynecol Obstet*, 82, 327-338.
72. Uncu, G., Özdil, M., Alt üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri, 2009, Yalçın, Ö.(Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 41-47.
73. Van Geelen, J.M., Hunskaar, S., 2005, The epidemiology of female urinary incontinence, *Eur Clinics Obstet Gynaecol*, 1, 3-11.
74. Wall, L.L., Üriner stres inkontinans, 2006, Tavmergen, E. (Çev.), The Linde's Operative Gynecology, İzmir Güven Kitabevi, 947-981.
75. Akgün, G., 2009, 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, Trakya üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
76. Altintas, R., Beytur, A., Oguz, F., Tasdemir, C., Kati, B., Cimen, S., Colak, C., Gunes, A., 2013, Assessment of urinary incontinence in the women in Eastern Turkey, *Int Urogynecol J*, 1-6.
77. Andersson, K.E, Wein, A.J, 2007, Pharmacologic management of storage and emptying failure, Wein, A.J, Kavoussi, L.R., Novick, A.C., Partin, A.W., Peters, A.C. (Edt.), *Campbell-Walsh Urology*, 9, 130-2091.
78. Ateşkan, Ü., Mas, R.M., Doruk, H. ve Kutlu, M., 2000, Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*, 3, 2, 45-50.
79. Benlioğlu, C., 2006, Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
80. Bilgili, N., Akın, B., Ege, E. ve Ayaz, S., 2008, Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28, 487-493.

81. Çetinel, B., Demirkesen, O., Tarcan, T., Yalcin, O., Kocak, T., Senocak, Itil, I., 2007, Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *Int Urogynecol J*, 18, 659–664.
82. Choo, M.S., Ku, J.H., Oh, S.J., Lee, K.S., 2007, Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey, *International Urogynecology Journal*, 18, 1309-1315.
83. Çiftçi, Ö. ve Günay, O., 2011, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler, *Erciyes Tıp Dergisi*, 33, 4, 301-308.
84. De Gagne, J.C., So, A., Oh, J., Park, S., Palmer, M., 2013, Sociodemographic and health indicators of older women with urinary incontinence: 2010 National Survey of Residential Care Facilities, *J Am Geriatr Soc*, 61, 6, 981–986.
85. Dooley, Y., Kenton, K., Cao, G., Luke, A., Durazo-Arvizu, R., Kramer, H., Brubaker, L., 2008, Urinary incontinence prevalence: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, *The Journal of Urology*, 179, 2, 656-661.
86. Güneş, G., Güneş, A. ve Pehlivan, E., 2000, Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7, 1, 54-57.
87. Jokhio, A.H., Rizvi, R.M., Rizvi, J., MacArthur, C., 2013, Urinary incontinence in women in rural Pakistan: prevalence, severity, associated factors and impact on life, *BJOG*, 120, 180–186.
88. Kocak, I., Okyay, P., Dündar, M., Erol, H., Beser, E., 2005, Female urinary incontinence in the West of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life, *European Urology*, 48, 634–641.
89. Singh, U., Agarwal, P., Verma, M.L., Dalela, D., Singh, N., Shankhwar, P., 2013, Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey, *Indian Journal of Urology*, 29, 1, 31-36.
90. Yağmur, Y., Ulukoca, N., 2010, Urinary incontinence in hospital-based nurses working in Turkey, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108, 224–227 .
91. Yalçın, Ö. T., Üriner inkontinans-Genel değerlendirme, öykü ve muayene, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), *Temel Ürojinekoloji*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 163-175.
92. Amir, B., Bent, E.A., Güven, G.S. (Çevr.), Üriner inkontinans ve Hiperaktif Mesanede cerrahi dışı tedavi, 2010, Ayhan, A. (Çeviri Edt.), *Danfort's Obstetrik ve Ürojinekoloji*, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 891-899.

93. Ballentyne, B., Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 123-128.
94. Beji, N.K., Üriner günlük ve mesane eğitimi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 283-291.
95. Çetin, Ç., Yaşam kalite testleri, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, 181-189.
96. Demirci, F., Üriner inkontinans cerrahi ve farmakolojik tedavi yöntemleri, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 91-102.
97. Beji, N.K., Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, 2002, Beji, N.K. (Edt.), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Emek Matbaacılık, İstanbul, 75-84.
98. Demirci, N., Coşar, F., 2007, Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 4. Uluslararası 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Poster Bildirisi, 35-40.
99. Eskiuyurt, N., Karan, A. Üriner inkontinans fizik tedavi ve rehabilitasyon, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 119-135.
100. Karan, A., Üriner inkontinans konservatif tedavi rehabilitasyon programları, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 305-315.
101. Festen, L., Duggan, P., Coates, D., 2008, Improved quality of life in women treated for urinary incontinence by an authorised continence nurse practitioner, Int Urogynecol J, 19, 567-571.
102. Onan, A., Üriner inkontinansın farmakolojik tedavisi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 103-118.
103. Simpson, L., 2000, Stress incontinence in younger women: Prevention and treatment, Nursing Standart, 14, 36, 49-61.
104. Sivaslıoğlu, A.A., Pelvik Organ Prolapsusu'nda cerrahi olmayan tedavi: Pesserler, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 141-147.
105. Yalçın, Ö. T., Ürojinekolojik cerrahi tedavilere genel bakış ve ameliyat seçimi, 2008, Güner, H. (Edt.), Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 143-158.

106. Soyupak, B. ve İzol, V., Üriner inkontinansa farmakolojik tedavi, 2009, Yalçın, Ö. (Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 295-303.
107. Yalçın Ö. Üriner inkontinansa genel bakış. (Ed.) Guner H.Ürojinekoloji, AtlasKitapçılık, Ankara, 2000: 19-27.
108. Kelleher C. Quality of Life and Urinary Incontinence. In: Cardoza L, Staskin D.Eds. Textbook of Female Urology and Urogynecology, London, 2001: p. 47-58.
109. Mehdiyev M. Stres üriner inkontinans olgularının cerrahi tedavisinde Transvajinal Tape (TVT) ve Transobturator Tape (TOT) uygulamalarının etkinliğinin ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 2007.
110. Mulatilo M., Taupau T., and et al. teaching families to be caregivers for the elderly. Nursing and Health Sciences 2000; 2: 51-58.
111. Şanlı N., Tokyürek Ş. Yaşlıların Gençlerden Beklentileri. 1.Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Ankara 2001; 310-317.
112. Coşkun M. Samsun İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Etmenleri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1998.
113. Özerdoğan N, Kızılkaya NB. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelik Dergisi, 2003; 13:51, 37-50.
114. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF türkçe versiyonu validasyonu (geçerlilik) çalışması, Türk Üroloji Dergisi 2004;30(3);332-8.
115. Brown JS, Bradley CS, Subak LL, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. Ann Intern Med 2006; 144: 715-23.
116. Patrick DL, Martin ML, Bushnell M, et.al. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (IQOL), Urology, 1999; 53,71-76.
117. Taşkın, L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2005;579-596.
118. Acar, NB., & Yurtsever. S. Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Tez no:155.Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2010.

119. Beji KN., Özbaş A., Aslan E., Bilgiç D., & Erkan AH. Overview of Social Impact of Urinary Incontinence with A Focus on Turkish Women. *Urologic Nursing*. 2010;30 (6): 327-335.
120. Steers, W.D., Lee, K.S. (2001). "Depression and incontinence", *World J Urol*. Nov;19(5):351-7.
121. Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors, effects on the quality of life in Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58:145-150.
122. Wells M: The role of the nurse in urinary incontinence. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2000; 14:235-353.
123. Du Moulin, Hamers JPH, Paulus A, Berendsen C, Halfens R: The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2005; 42: 472-492.
124. İlçe A., Ayhan F. The identification of urinary and fecal incontinence in older people and its effects over life quality: briefing and training. *Anatol J Clin Investig* 2011;5(1):15-23.
125. Norton P, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women. *Lancet* 2006;367:57-67.
126. Hayek S, Abrams P. Incontinence in the Elderly. *Women's Health Medicine* 2005;2(6):46-50.
127. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008 Feb; 111(2 Pt 1):324-31.
128. Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, Leppert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11):1051-5.
129. Ekin M, Karayalçın M, Özcan U, Erdemlioğlu E. The Prevalence of Urinary Incontinence and its influence on the Quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. *Jour of Ank Med Sch* 2004; 26(1):21-5.
130. Shakhathreh FM. Epidemiology of urinary incontinence in Jordanian women. *Saudi Med J*. 2005;26:830-5.
131. Scarpa KP, Herrmann V, Palma PC, Riccetto CL, Morais SS. Prevalence and correlates of stress urinary incontinence during pregnancy: a survey at UNICAMP Medical School, São Paulo, Brazil. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17:219-23.
132. Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48(3): 132–136.
133. Thubert T, Deffieux X, Letouzey V, Hermieu JF Obesity and urogynecology: A systematic review, *Prog Urol* 2012 Jul;22(8):445-53. Epub 2012 May 30.

134. Huskaar, S., Burgio, K., Herzog, A.R., Halmas, K., Lapitan, M.C. (2002). "Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence", In: Incontinence. Eds: Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., Wein, A. Health Publication Ltd, 2nd ed, Vol 2,165-201.
135. McBride, A.W. (2004). "Pathophysiology of stress urinary incontinence" Journal of Pelvic Medicine & Surgery, 10(1): 1-7.
136. Koçak, İ., Okyay, P., Dundar, M., Erol, H., Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life", Eur Urol, 48:634-641.
137. Filiz, T.M., Uludag, C., Cinar, N., Gorpelioglu, S., Topsever, P. (2006). "Risk factory for urinary incontinence in Turkish women A cross-sectional study", Saudi Med J, 27(11):1688-92.
138. Güneş, G., Güneş, A., Pehlivan, E. (2000). "Malatya yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans ve etkili faktörler", Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7 (1):54-57.
139. Tozun, M., Ayrancı, U., Unsal, A. "Prevalance of urinary incontinenceamong women and its impact on quality of life in a semirural area of western Turkey", Gynecol Obstet Invest., 67(4):241-9. Epub 2009.
140. Biri, A., Durukan, E., Maral, I., Korucuoglu, U., Biri, H., Tyras, B., Bumin,M.A. (2006). "Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey", Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 17(6):604-10.
141. Yalçın, Ö. (2000). "Üriner Inkontinanslara Genel Bakış. İçinde: Ürojinekoloji. Eds: Güner H, 1. baskı, Atlas Yayıncılık, Ankara,19-27.
142. Haslam J., Laycock J.(2008). "Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain", 2nd Ed. Springer, London, 21-26, 41-57, 139-143.
143. MacArthur, C., Glazener, C.M.A., Wilson, P.D., Lancashire, R.J., Herbison, G.P. Grant, A.M. (2006). "Persistent urinary incontinence and delivery mode history: A sixear longitudinal study", Int J Gynaecol Obstet, 113:218-224.
144. Kocaöz, S., Eroğlu, K. (2002). "Kadınlarda stress üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi", Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1):29-39.
145. Onur, R., Deveci, S.E., Rahman, S., Sevindik, F., Acik, Y. (2009). "Prevalence and risk factors of female urinary incontinence in eastern Turkey", Int J Urol, 16(6):566-9. Epub 2009.
146. Robinson, D., Cardozo, I.D. (2003). "The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction", Urology, 62 (Suppl 4A): S45-S51.

147. Arya, L.A., Myers, D.L., Jackson, N.D. (2000). "Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study", *Obstet Gynecol*, 96(1):85-9.
148. Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskar, S. (2003). "Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT study" *BJOG*, 110(3):247-54.
149. Acar, NB., & Yurtsever. S. Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Tez no:155.Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2010.
150. Vinsnes, A.G., Harkless, G.E., Haltbakk, J., Bohm, J., Hunskar, S. (2001). "Healthcare personnel's attitudes toward patient with urinary incontinence", *J Clin Nurs*, 10:455-462.
151. Minassian, V.A., Drutz, H.P., Al-Badr, A. (2003). "Urinary incontinence as a worldwide problem", *Int J Gynaecol Obstet*, 82: 327-338.
152. Koch, L.H. (2006). "Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: An integrative literature review", *J Midwifery Womens Health*, 51(6):39-44.
153. Shaw, C., Das Gupta. R., Williams, K.S., Assassa, R.P., McGrother, C. (2006). "A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence", *BJU International*, 97: 752-757.
154. Biri, A., Durukan, E., Maral, I., Korucuoglu, U., Biri, H., Tyras, B., Bumin, M.A. (2006). "Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey", *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 17(6):604-10.
155. Ekin, M., Karayalçın, R., Özcan, U., Erdemlioğlu, E. (2004). "The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups", *Journal Ankara Medical School*, 26(1):21-25.
156. Çetinel, B., Demirkesen, O., Yalçın, O., Koçak, T., Şenocak, M., İtil, İ., (2007). "Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior?", *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 18(6):659-64.
157. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi* 2005; 31: 246-252.
158. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri *T Klin J Med Sci* 2008; 28: 487-493.

159. Akyol A, Mutlu S, Ark H, Çelebi İ. Ürokinamik tanı dağılımlarının doğum şekli, bebek doğum ağırlığı ve menoz durumuyla ilişkisi. *TJOD* 2007; 17: 276-282.
160. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107: 1460-1470.
161. Luna MT, Hirakawa T, Nakano H. Urinary İnkontinans in women seen in the obstetrics and gynecology clinic. *Int Urogynecol J Pelvic FlorDysfunct* 2000; 11: 277-281.
162. Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health* 2003;12(7);687-98.
163. Oskay UY, Beji NK, Yalcin O. A Study On Urogenital Complaints Of Postmenopausal Women Aged 50 and Over. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(1);72-8.
164. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktöleri: Türkiye Klinikleri *J Med Sci* 2008;28(4);487-493.
165. Kikuchi A, Kajun N, İkedo Y, Hazowa A, Nakagawa H, Guo H, Matsuda KO, Yang G, Farmawati A, Sami a, Arai Y, Tsuji I, Nagotomi R. Association Between Physical Activity and Urinary İncontinence in a Community- Based Elderly Population Aged 70 years and over. *European Urology* 2007;52(3);868-75.
166. Arıkan E, Özcan E, Bardak A, Ktenci A. Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Kadında Üriner Enkontinans. *Geriatrici* 2002;5(1);7-10.
167. Filiz M, Topsever P, Uludağ C, Görpelioğlu S, Çınar N. Türk kadınlarında üriner inkontinans şiddeti ve yaşın jenerik yaşam kalitesi SF-36 üzerine etkileri. *T Klin J Med Sci* 2007; 27: 189-194.
168. Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298-305.
169. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, et al. Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly Mexican-American women. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1580-1586.
170. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff AM, Molander U, Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 546-551.

171. Sandvik H, Kveine E, Hunskaar S. Female urinary incontinence - psychosocial impact, self care and consultation. *Scand J Caring Sci* 1993; 7: 53-56.
172. Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu ilçesi 18 yaş üstü Kadınlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi: Bir toplum tabanlı çalışma. *Nobel Med* 2011; 7(2): 34-39.

ÖZGEÇMİŞ

Sinem GÖRAL, 1989 yılında Antalya' nın Manavgat ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Manavgat'ta tamamladı. 2007 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü' nü kazandı, 2011 yılında mezun oldu. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programını kazandı. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Dahileye Servisi, 2012 yılında Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ve 2013 yılında Özel Side Anadolu Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde hemşire olarak çalıştı. 12.02.2014 yılından itibaren ÖYP kapsamında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı' nda Araştırma Görevlisi olarak çalıştı. 09.06.2014 tarihinde ÖYP Kapsamında 35. madde görevlendirmesi ile Akdeniz Üniveritesi Antalta Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı' nda Araştırma Görevlisi olarak çalışıyor.

EKLER

Sosyodemografik Özellikleri İçeren Kişisel Bilgi Formu

Kaldığı Huzurevi :

- a) Antalya Büyükşehir Belediyesi Huzurevi
- b) Özel Asmalı Konak Huzurevi
- c) Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi
- d) Seyhan Belediyesi Huzurevi
- e) Osmaniye Özden Huzurevi
- f) Hatay Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi
- g) Kahraman Maraş Huzurevi
- h) Burdur Belediyesi Berberoğlu Vakfı Huzurevi
- i) Mersin Erdemli Huzurevi

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Boyunuz:..... Kilonuz:.....

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?.....

5.Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

6. Ne zamandır huzurevinde kalıyorsunuz?.....

7. Kronik hastalığınız var mı?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a. Hayır (Soru 9'a geçiniz)
- b) Kronik kalp yetmezliği
- c) Hipertansiyon
- d) Diyabet
- e) Böbrek hastalığı
- f) Akciğer hastalıkları (KOAH/Astım)
- g) Nörolojik hastalıklar
- h) Diğer....

8. Varsa kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....

9. Kaç kez gebelik yaşadınız?.....

10. Doğumunuzu/doğumlarınızı hangi doğum şekli ile yaptınız?

- 1. Doğum.....
- 2. Doğum.....
- 3. Doğum.....

11. Menopoza girme durumunuz?

- a) Doğal menopoz
- b) Tıbbi menopoz

12. Sigara kullanıyor musunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

13. Rahim sarkması sorunuz var mı ?

- a) Evet
- b)Hayır

14. Ne kadar süredir idrar kaçıyorsunuz?...../yıl/ay

15. İdrar kaçırmaya nedeniyle ped kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Islanma oldukça çamaşır değiştiriyorum

16. Sizce idrar kaçıran olmanız bir sağlık sorunu mu?

a) Evet b) Hayır

17. İdrar kaçırmadan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu?

a) Evet b) Hayır

18. İdrar kaçırmadan dolayı şimdiye kadar hiç tedavi oldunuz mu?

a) Evet b) Hayır

19. Sizce idrar kaçırıyor olmanız kişilerarası ilişkilerinizi etkiliyor mu?

a) Evet b) Hayır

20. İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

21. Sürekli bir kabızlığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

Günlük Yaşam Aktivitelerini Belirleme Formu

1. Banyo yapabilme durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

2. Giyinme durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

3. Tuvalet durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

4. Hareket durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

5. Kontinans durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

6. Beslenme durumu

- a) Bağımsız b) Yarı bağımlı c) Tam Bağımlı

Uluslararası İnkontinansta Konsültasyon Kısa Formu

Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlanmanız gerekmektedir.

1) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?

- Hiçbir zaman
- Haftada bir veya daha seyrek
- Haftada iki veya üç kez
- Günde bir kez
- Günde bir kaç kez
- Her zaman

2) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz. Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz (ped koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) ?

- Hiç
- Az miktarda
- Orta derecede
- Çok miktarda

3) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiçbir Çok fazla

Şekilde

4) Hangi durumlarda idrar kaırđyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- Hibir zaman idrar kaırmđyorum.
- Tuvalette yetişemededen idrar kaırđyorum.
- ksürürken veya hapşırırken kaırđyorum.
- Uyurken kaırđyorum.
- Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaırđyorum.
- İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaırđyorum.
- Belirgin bir neden olmadan kaırđyorum.
- Her zaman kaırđyorum.

Üriner inkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği

Aşağıdaki her cümle idrar kaçırma ile ilgili olup, bu durumun kişinin yaşamını ne kadar etkilediği ölçülmek istenmektedir.

Her cümleyi şu şekilde kodlayınız: 1: Çok fazla, 2: Oldukça, 3: Orta, 4: Biraz, 5: Hiç

	Çok fazla	Oldukça	Orta	Biraz	Hiç
1. Zamanında tuvalete yetişemeyeceğim korkusu taşıyorum.					
2. Öksüreceğim veya hapşıracağım diye hep heyecan içindeyim.					
3. Oturduktan sonra ayağa kalkarken çok dikkat etmem gerekiyor.					
4. Yeni bir yere gidince tuvalet nerededir diye merak ediyorum.					
5. Kendimi mutsuz hissediyorum.					
6. İdrar kaçırdım diye evimden uzun bir süre ayrılmak istemiyorum.					
7. İstedğim bir şeyi yapamadığımdan dolayı hayal kırıklığına uğruyorum.					
8. Başkaları benim üzerimde idrar kokusu duyar diye korkuyorum.					
9. İdrar kaçırma sürekli aklımda.					
10. Tuvalete sık sık gidip gelmek benim için çok önemlidir.					
11. İdrar kaçırmamdan dolayı ilerdeki her detayı planlamam gerekiyor.					
12. Yaşlandıkça daha kötü olacağım diye endişeliyim.					
13. Geceleri iyi bir uyku uyumak için çok zorlanıyorum.					
14. Her an gururum kırılacak, sıkıntıya düşeceğim endişesi içindeyim.					
15. İdrar kaçırmam sağlıklı bir insan olmadığım izlenimi veriyor.					
16. Beni çaresiz kılıyor.					
17. Yaşamdan daha az zevk alıyorum.					
18. Üzerimi ıslatacağım diye sürekli endişe içindeyim.					
19. Kendi mesanemi kontrol edemiyorum hissine kapılıyorum.					
20. Aldığım sıvı miktarına sürekli dikkat etmeliyim.					
21. Bu benim kıyafet seçimimi sınırlıyor.					
22. Seks yaşamım etkilenir diye endişe ediyorum.					

EK -5

İZİN YAZILARI



T.C.
OSMANİYE VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

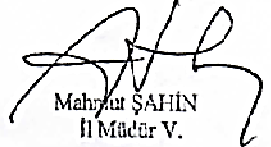
Sayı : 16822795/307.99/13- 821
Konu: Toplum Hizmet Uygulamaları Dersi
(Sinem GÖRAL)

19.02/2013

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü, Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı'nın 16.01.2013 tarih ve 839 sayılı yazılarına istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sinem GÖRAL'ın "Akdeniz Bölgesi Huzurevlerinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tez projesi ile ilgili çalışmasını İl Müdürlüğümüze bağlı Özden Huzurevi Müdürlüğünde yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Mahmut ŞAHİN
İl Müdür V.

OLUR
.....02/2013

Mehmet Sadık TUNÇ
Vali a.
Vali Yardımcısı

Adres: Adnan Menderes Mah. Valilik Binası Kat:2-Osmaniye
Tel:0328 825 0161 Faks:0328 825 0160

Ayrıntılı Bilgi için İrtibat :
e-posta:osmaniye@aile.gov.tr



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 18113529/225/-153
Konu : Toplum Hizmet
Uygulamaları Dersi Hk.

18/02/2013

İL MÜDÜRLÜĞÜ MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 16.01.2013 tarih ve 000838 sayılı yazında, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları, Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sinem GÖRAL'ın "Akdeniz Bölgesi Huzurevlerinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü ile Seyhan Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapılması hususunu;

Olur'lara arz ederim.

Hacı Ali Ç. İl Müdürü

OLUR

02/02/13

Fazıl DOĞANÇ
İl Müdür V.

ADRES: Döşeme Mh. Yeni Valilik Binası D Blok, Kat: 1 Seyhan/ADANA
TEL:0322 458 84 22-24 FAX: 0322 458 84 23
e-mail: adana@bile.gov.tr



T.C.
ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü



Sayı:35851230(819)-2014 - 100 - 451 - 2250
Konu: Tez Çalışması

12/03/2014



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

İlgili 24.02.2014 tarih ve 003801 sayılı yazınız.

İlgili yazıda belirtilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hensireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sirem GÖRAL'ın 'Huzurevi'nde Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi' konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmalarını Belediyemiz Huzurevi'nde yapması uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize arz ederim.


Cemal UÇAL
Genel Sekreter Yardımcısı



Adres: Antalya Büyükşehir Bld. Karatoprağı Parkı İçi 07100 / ANTALYA

Tel: 0 242 249 54 30

Fax: 0 242 249 54 36

Web : www.antaalya.bel.tr

E-Posta: sosviz@antalya.bel.tr



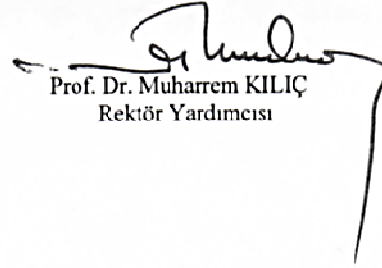
T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

SAYI : 50913635-302.08.01-52/
KONU:Topluma Hizmet Uygulamaları Dersi Hk.

16.01.2013*000837

VALİLİK MAKAMINA
(Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)
ANTALYA

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sinem GÖRAL'ın "Akdeniz Bölgesi Huzurevlerinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmasını Özel Asmalı Konak Huzurevinde yapılıbilmesi için bilgilerinizi ve gereğini iznimize arz ederim.


Prof. Dr. Muharrem KILIÇ
Rektör Yardımcısı

EK: 1- 4 Sayfa Yazı
2- 1 Takım Anket Formu



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı: 84459573-605-37287
Konu: Araştırma Talebi(Sinem GÖRAL)

11.04.2013

HATAY VALİLİĞİNE
(Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne)

Özütlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 04/04/2013 tarih ve 34142 sayılı yazısı ile Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem GÖRAL'ın "Akdeniz Bölgesi Huzurevlerinde Yaşayan Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi" konulu araştırma yapabilme talebi bildirilmiştir.

Söz konusu talebe ilişkin alınan 10/04/2013 tarih ve 116 sayılı Makam Onayı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Amber TÜRKMEN
Bakan a.
Daire Başkanı V.

EKLER:
1 Sayfa

DAĞITIM:
Kahramanmaraş Valiliği
Adana Valiliğine
Osmaniye Valiliği
Hatay Valiliğine
Mersin Valiliğine

0-2423106008

Bu Evrak Elektronik Ortamda İmzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Sığirci Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon: 5722
e-posta : acetin@aile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi: S. ÖZKURT ÇETİN Sosyal Çalışmazı
Faks:
Elektronik Adres: www.aile.gov.tr



T.C.
ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
Yaşlı Hizmetleri Şube Müdürlüğü



Sayı:38851230(819)-2014 - 100 - 851 - 3250
Konu: Faz Çalışması

15/03/2014



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'na)

İlgi: 24.02.2014 tarih ve 003801 sayılı yazınız.

İlgi yazıda belirtilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Sinem GÖRAL'ın Huzurevi'nde Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi' konulu yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmalarını Belediyeniz Huzurevi'nde yapması uygun görülmüş olup;

Bilgilerinize arz edenim.


Ceylan OCAK
Genel Sekreter Yardımcısı



Adres: Antalya Büyükşehir Bld. Karatoprak Parkı İçi 07100/ANTALYA

Tel: 0 242 249 54 00

Fax: 0 242 249 54 36

Web : www.Antalya.bel.tr

E-Posta: sohbiz@antalya.bel.tr