

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLI
KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Behice NAS ACAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

MERSİN - 2010

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLI
KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Behice NAS ACAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

TEZ NO: 155

MERSİN - 2010

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Arasındaki İlişki” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18 / 12 / 2009

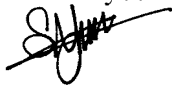


Doç. Dr. Şabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 07.01.2010 tarih ve 2010/05 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın **Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**'e,

Çalışmanın yöntemi konusunda katkılarda bulunan Sayın **Öğr. Gör. Seval KUL**'a,

Çalıőmamı kliniklerinde yürütmeme izin veren Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi Başhekimlik ve Başhemőireliđine,

Çalıőmamı yürüttüğüm dahili ve cerrahi kliniklerde görev yapan ve olumlu işbirliği sağladığım ekip arkadaşlarıma,

Destekleri ile her zaman yanımda olan aileme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlılık	7
2.1.1. Yaşlılık Tanımı.....	7
2.1.2. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları	10
2.2.Kontinans Mekanizması	12
2.2.1 Dolum Fazı.....	12
2.2.2. İşeme Fazı	12
2.3. Üriner İnkontinans	13
2.3.1. Tanımı.....	13
2.3.2. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi.....	15
2.3.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri.....	17
2.3.3.1. Cinsiyet	17
2.3.3.2. Yaş	17
2.3.3.3. Irk	18
2.3.3.4. Doğum.....	18
2.3.3.5. Menapoz.....	18
2.3.3.6. Sigara	19
2.3.3.7. Obesite.....	19
2.3.3.8. Kabızlık.....	20
2.3.3.9. Histerektomi.....	20
2.3.3.10.Prolapsus ve Anterior Onarım.....	20

2.3.3.11. Radyoterapi.....	21
2.3.3.12. Üriner sistem enfeksiyonu.....	21
2.3.3.13. Kullanılan ilaçlar.....	21
2.3.3.14. Sistemik Hastalıklar.....	21
2.3.4. Yaşlılarda Üriner İnkontinans.....	22
2.3.5. Yaşla Birlikte Ortaya Çıkan Alt Üriner Sistem Değişiklikleri...	22
2.3.6. Üriner İnkontinans Tipleri.....	25
2.3.6.1. Geçici Üriner İnkontinans.....	25
2.3.6.2 Kalıcı Üriner İnkontinans.....	27
2.3.6.2.1. Alt Üriner Sistem Dışındaki Nedenler.....	27
2.3.6.2.2. Alt Üriner Sisteme Ait Nedenler.....	28
2.3.6.2.2.1. Sıkışma İnkontinans.....	28
2.3.6.2.2.2. Stres Üriner İnkontinans.....	28
2.3.6.2.2.3. Overflow (Taşma) İnkontinans.....	28
2.3.6.2.2.4. Karışık Tipte Üriner İnkontinans.....	28
2.3.7. İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi.....	29
2.3.7.1.Hasta öyküsü.....	29
2.3.7.2. İdrar Günlüğü.....	29
2.3.7.3. Fizik Muayene.....	29
2.3.8. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Yöntemleri.....	30
2.3.8.1.Davranış Tedavileri.....	30
2.3.8.1.1. Kegel Egzersizi (Pelvik Taban Egzersizleri).....	30
2.3.8.1.2. Vajinal Konlar.....	32
2.3.8.1.3. Biofeedback.....	32
2.3.8.1.4.Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES).....	32
2.3.8.1.5. Mesane Eğitimi.....	33
2.3.8.1.6. Mekanik Araçlar.....	33
2.3.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	34
2.3.8.2.1. Mesane Boşalmasının	

Kolaylaştırılması.....	34
2.3.8.2.2. Depolama Fonksiyonunun	
Kolaylaştırılması.....	34
2.3.8.3. Cerrahi Tedavi Yöntemleri.....	35
2.4. Yaşam Kalitesi.....	35
2.4.1. Yaşam Kalitesi Alanları.....	36
2.4.1.1. Fiziksel Sağlık.....	36
2.4.1.2. Psikolojik Durum.....	36
2.4.1.3. Bağımsızlık Düzeyi.....	37
2.4.1.4. Sosyal İlişkiler.....	37
2.4.1.5. Çevresel Özellikler.....	37
2.4.1.6. Maneviyat ile ilgili özellikler.....	37
2.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	37
2.4.2.1. Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	38
2.4.2.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	38
2.4.3. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi.....	39
2.4.4. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri.....	39
2.5. Depresyon.....	40
2.5.1. Yaşlılarda Depresyon.....	41
2.5.2. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi.....	42
2.5.3. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlılarda Depresyon.....	43
2.6. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Amacı.....	47
3.2. Araştırmanın Şekli.....	47
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri.....	47
3.4. Araştırmanın Evreni.....	47
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	48
3.6. Verilerin Toplanması.....	48
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	48
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	48

3.6.1.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	48
3.6.1.3. Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	49
3.6.2. Ön Uygulama.....	50
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	50
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA.....	75
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	89
6.1. Sonuçlar.....	89
6.2. Öneriler.....	91
7. KAYNAKLAR.....	92
EKLER.....	107
EK – 1. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Belirlemeye İlişkin Kişisel Bilgi Formu.....	107
EK – 2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	110
EK – 3. Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği	112
EK – 4. İzin Yazısı.....	113
ÖZGEÇMİŞ.....	114

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Kontinansı Etkileyen İlaçlar.....	26-27
Çizelge 4.1. Kadınların Sosyo – Demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	53–54
Çizelge 4.2. Kadınların Birlikte Yaşadığı Bireyler ve Bireylerle İlişkilerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	57
Çizelge 4.3. Kadınların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	59
Çizelge 4.4. Yaşlı Kadınların Doğum Sayılarına Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	61
Çizelge 4.5. Kadınların Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	63
Çizelge 4.6. Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Farkındalık Durumlarına Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	66
Çizelge 4.7. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınların Üriner İnkontinans Nedeniyle Sağlık Kurumuna Başvurmama Nedenleri	69
Çizelge 4.8. Kadınların Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Kesme Puanına (6 Puan) Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları	71
Çizelge 4.9. Kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleri ve Geriatrik Depresyon Puanı ile Korelasyonu.....	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
BKI: Beden Kitle İndeksi
DS: Davranışların Sınırlandırılması
DI: Diabetes Insipidus
DM: Diyabetes Mellitus
DSM: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal El kitabı
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FES: Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon
GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GDS: Geriatrik Depresyon Skalasının
HRQOL: Health related quality of life
ICS: International Continence Society
I-QQL: Incontinence-Quality of Life
KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MESA: Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging
QOL: Quality of life
PE: Psikososyal Etkilenme
Sİ: Sosyal İzolasyon
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
SÜİ: Stres Üriner İnkontinans
Üİ: Üriner İnkontinans

ÖZET

Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki

Bu çalışma, üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi dahili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzeri 124 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi” ve “Kısa Geriatrik Depresyon Skalası” kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekanslar gibi tanımlayıcı istatistiklerle, ANOVA, t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Pearson Korelasyon testleri kullanılmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 71 olup, % 71'i okur – yazar değil ve % 80.6'sının en az bir kronik hastalığının ve % 64.2'sinin sürekli kullandığı en az bir ilacının bulunduğu ve ortalama doğum sayısının 6.4 olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 28.2'si 7 ve daha uzun süredir idrar kaçırdığını, %81.5'i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiş ve %42.7'si idrar kaçırmanın sağlık sorunu olmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %69.4'ünün idrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna başvurmadığı ve %75'inin hiç tedavi olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların % 75'inde depresyon belirtilerinin olduğu ve depresyon belirtileri olanların yaşam kalitelerinin daha düşük

olduğu saptanmıştır. Üriner İnkontinansı olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi düştükçe depresyon belirtilerinin arttığı belirlenmiştir ($r=-0,620$, $p=0,001$). Hastaların yaşam kalitesi ve depresyon puanlarını eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, oturulan konutun tipi ve doğum sayısının etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Yaşlılık

ABSTRACT

The Relationship Between Quality of Life and Depression in Elderly Women with Urinary Incontinence

This descriptive study was conducted to determine the relationship between quality of life and depression in women with urinary incontinence who were 65 or above.

The sample of the study involved 124 inpatients at or above the age of 65 elderly women who were being given treatment in the medical diseases clinics and surgical clinics of Mersin State Hospital and Mersin Toros State Hospital. Study data were collected by using “Personal Information Form”, “Quality of Life Questionnaire for Patients with Urinary Incontinence” and “Short Form of Geriatric Depression Scale”.

The descriptive statistics such as mean, standard deviation, frequencies and ANOVA, t test, Mann-Whitney U test, and Kruskal Wallis and Pearson Correlation tests were used for the evaluation of the data.

Average age of the women who participated in our study was 71. 71% of them were illiterate, 80.6% had at least one chronic illness, 64.2% had continuously used at least one medicine and the number of average deliveries per woman was 6.4. 28.2% of the women stated that they had been incontinent for at least 7 years, 81.5% stated that their incontinence affected interpersonal relations and 42.7% stated that they thought urinary incontinence was not a health problem. 69.4% of the women were found not to have applied to a medical institution and 75% were found to have never received urinary incontinence treatment.

75% of the women in our study showed signs of depression and quality of life those with signs of depression were found to be lower. The

signs of depression increased in elderly women with urinary incontinence as quality of life decreased ($r=-0,620$, $p=0,001$) were found. Quality of life and depression scores of the patients were found to be affected by the education status, income level, existence of chronic illnesses, type of residence being dwelt in and the number of deliveries.

Key Words: Urinary Incontinence, Quality of Life, Depression, Elderly

1. GİRİŞ

Yaşlanma her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden bir değişim sürecidir (1). Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan ve yapısal fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur (2).

Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar, tıptaki gelişmeler, sağlığı koruma ve sürdürme konusunda bilinçlenme doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus oranını arttırmıştır. Gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzeri nüfus, genel nüfus içerisinde önemli oranda artmıştır (1, 3). Türkiye, Avrupa ve Ortadoğu ülkeleri ile karşılaştırıldığında bölgedeki en genç popülasyona sahip ülkedir. Türkiye’de 1985 nüfusunun %4.2’sini, 1990’da %4.3’ünü, 2000 yılında % 5.7’sini ve 2007 yılında ise % 7.1’ini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır (4, 5).

Günümüzde dünyada en yaşlı nüfusa sahip ülke Japonya’dır. Bu ülkede doğumdan beklenen yaşam süresi 80 yıl olarak hesaplanmaktadır. Diğer bir ifadeyle bu ülkede doğan her bebeğin ortalama olarak 80 yıl yaşayacağı beklenmektedir (4). Ülkemizde doğumdan beklenen yaşam süresi ise 2007 yılı için kadında 74.2, erkekte 69.3 olurken, 2010 yılı için bu değerlerin kadında 74.5 ve erkekte ise 69.6 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir (4).

Yaşlanma ile birlikte birçok sistemde fonksiyon bozukluğu ya da yetersizliği gelişebilmektedir. Yaşlanma, üriner sistemde de bazı sorunların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu sorunlardan biri de üriner inkontinanstır. Üriner inkontinans (Üİ) bütün yaş grubundaki insanları etkileyen bir sorun olmakla birlikte özellikle yaşlı bireylerde sık görülen ve bireye sıkıntı yaratan bir durumdur. DSÖ verilerine göre inkontinansın yaşla birlikte arttığı ve gelecekteki dünya yaşlı nüfusu için önemli bir sorun olacağı bildirilmektedir. Alt idrar yolu fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler,

mesane kasları ve ligamentlerdeki relaksasyon sonucunda kontrolsüz ya da istem dışı idrar kaybı gelişebilmektedir (6, 7).

Dünya genelinde Üİ prevalansı toplum içinde yaşayan yaşlılarda %8 ile %34 arasında bildirilmekte olup, bu sıklık yaşlı bakımevinde kalan yaşlılarda %70'lere kadar ulaşmaktadır (8, 9, 10).

Ülkemizdeki kadınların çoğu çok ve sık doğum yaptığundan, önemli bir kısmında pelvik destek yapıların gevşemesine bağlı kadın sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi anlamda etkileyen Üİ sık görülmektedir (11). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Demirci ve ark. (12) Üİ prevalansını %56.4, Ateşkan ve ark. (13) %57.1, Oskay ve ark. (14) %68.8 olarak belirlemişlerdir. Maral ve ark. (15) 65 yaş ve üzerindeki kadınların 15-24 yaş aralığında olanlara göre 6.24 kat daha fazla Üİ sorunu yaşadıklarını saptamışlardır.

Üriner inkontinans fiziksel olarak, ciltte maserasyon ve irritasyon bulgularından, bası yaralarına kadar değişen yelpazede cilt lezyonlarına yol açabildiği gibi, tekrarlayan üriner sistem infeksiyonlarına da neden olabilmektedir (16). Ayrıca yaşlılarda diğer bir önemli sorun olan düşmelere de yol açabilmektedir (17). Üriner inkontinans aynı zamanda psikolojik ve sosyal birçok sorunun da gelişmesine neden olabilmektedir. Utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerle birlikte, kendine olan güvenin azalması nedeniyle sosyal aktivitelerde azalma, sosyal izolasyona ve aile içi ilişkilerde bozulmaya yol açabilmektedir (18, 19).

Üriner inkontinansın neden olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşlı bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Üİ olan yaşlıların %16'sında yaşam kalitesinde azalma ve %10'unda korku ve izolasyon varlığını bildiren çalışmalar vardır (20). Yaşlıların % 35'i Üİ nedeniyle yaşamlarının belirgin olarak olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (20). Arıkan ve ark. (21)'lerinin (2003) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans olanların %56'sı inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, %32'si hafif derecede, %12'si de önemli derecede etkilediğini bildirmiştir. Yaşlılarda Üİ'n özellikle enstrumental günlük yaşam

aktivitelerinde fonksiyonel kayba sebep olduğu kanıta dayalı olarak gösterilmiştir (22). Yaşlılarda yapılan çalışmada Üİ'sı olanların Üİ'sı olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (23). Simenova ve ark. inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada kadınların % 14'ünün diğer insanlarla bir araya gelmekten çekindiğini, %10'unun inkontinans korkusu ile alışverişe çıkamadığını ve %19'unun da spor yapmaktan kaçındığını saptamışlardır (24).

Aynı zamanda Üİ'in utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle de eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (25). Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinansı olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir (26, 27, 18).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların yaşandığı bir hastalıktır (28)

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzeyde olmak, dul olmak, yalnız yaşamak, bilişsel bozukluğun varlığı, fiziksel hastalık ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gibi etkenlerin yaşlılarda depresyon oluşumuna zemin hazırladığı gösterilmiştir (29, 30, 31).

Yaşlılarda depresyon sıklığı, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan yöntemine göre % 1-60 arasında değişmektedir (32). 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresyon sıklığı % 1-3 arasında bildirilirken, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtilerinin ise % 8-15 sıklıkta olduğu belirtilmektedir (33, 34). İzmir'de topluma dayalı olarak yapılan bir çalışmada (29) 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresyon sıklığı % 6 ve depresif belirtiler % 11, Trabzon'da yapılan bir çalışmada (35) depresyon sıklığı toplumda % 29,

kurumsal bakım gören yaşlılarda % 41 bulunmuştur. Ankara'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada da depresyon sıklığı huzurevinde yaşayan yaşlılarda % 48.1, evde yaşayan yaşlılarda % 24.3 ile, Trabzon çalışmasına benzer sıklıklarda belirlenmiştir (36). Üriner inkontinansı olan yaşlılarda depresif semptomlara %50 lere yakın ve majör depresyona %20-25 sıklıkta rastlanmaktadır. Üriner inkontinans major depresyon riskini bağımsız olarak 4.5 odds oranı ile arttırmaktadır. Başka bir çalışmada depresyon iki kat daha fazla sık görülmektedir (20, 37). Ateşkan ve ark. inkontinansı olan yaşlılarda Üİ nedeni ile utanma, sosyal izolasyon, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin, kadınlar arasında %61.8 ve erkeklerde ise %72.7 olduğunu belirlemişlerdir (8). Macauley ve ark. da üriner inkontinansı olan hastaların anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (38).

Bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen Üİ, bakım veren aile bireyleri ve sağlık personeli açısından da sevimsiz ve zahmetli bir durumdur. İnkontinans, ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde, yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede, önemli sebeplerden birisidir (8, 39). Yapılan bir çalışmada idrar kaçırma sebebi ile bakımevine yerleştirilmeye atfedilen risk hesaplanmış ve idrar kaçırmanın bu konudaki katkısı erkeklerde % 10 ve kadınlarda % 6 olarak saptanmıştır (39).

Üriner inkontinans, aynı zamanda pahalı bir sağlık sorunudur. ABD'de 1987'de Üİ için harcanan toplam paranın 10 milyar dolardan fazla olduğu bildirilmektedir. Bu rakam, o dönemde diyaliz ve koroner by-pass cerrahisi için harcanan paraların toplamından fazladır (8, 40). Yine ABD' de Üİ'a bağlı direkt ve indirekt maliyetler 2000 yılında 12 milyar dolar, 2005 yılında ise 26 milyar dolar olarak bildirilmiştir (41).

Dünyada çoğu kadın Üİ'ın yarattığı tüm bu sorunlara rağmen, ya Üİ bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmakta ya da hiç başvurmamaktadır. Literatürde kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri arasında utanma, sorunları doğum sonu ya da yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan normal bir durum olarak algılama veya

görülen inkontinans bulgularını önemsememe olarak gösterilmektedir (8, 42, 27, 43, 44). Kadının bu konuyu mahrem kabul ederek sağlık kurumuna başvurmaması psikolojik ve sosyal sorunlarını arttırabilmektedir (45).

Yukarıda da ifade edildiği gibi Üİ bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Bunlardan en önemlileri de yaşlı bireyin yaşam kalitesinin düşmesi ve depresyondur. Yaşlı kadınlarda görülen Üİ ile düşük yaşam kalitesi ve depresyon arasında ilişki olabileceği düşünüldüğünde Üİ'nin fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerinin azaltılmasıyla bireyin yaşam kalitesinin yükseltilip, depresyonun azaltılabileceği düşünülmektedir (46). Hemşireler, cinsiyet avantajı nedeniyle kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler (46). Hemşire Üİ'ı bireyin yaşı, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, fiziksel yeterliliği ve birlikte yaşadığı kişileri de göz önüne alarak, bu sorunu yaşayan bireyin katılımı ile uygun ve gerçekçi baş etme yöntemleri geliştirmelidir (47, 48).

Hemşireler Üİ'ı 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 (49). Hemşireler inkontinans sorununun çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasına ve bakımın kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (50). Kontinans hemşirelerinin klinik ve ekonomik etkilerini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında bu konuda yapılan 11 randomize kontrollü araştırma değerlendirilmiş; sekiz çalışmada, girişim uygulanan grupta inkontinans sıklığında anlamlı düzeyde azalma, sağlık durumunda düzelme ve hasta memnuniyetinde artış belirlenmiştir. Üİ'nin maliyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelik bakımı ile iki çalışmadan birinde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir (51).

Sonuçta hemşirelerin Üİ'nin saptanmasından, tedavi edilip bireyin bağımsızlığını kazanmasına kadar olan aşamada araştırmacılık, eğitim verici, danışmanlık, bakım verici, destekleyici, yol gösterici rollerini kullanarak bireylerin ruhsal sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ve yaşam kalitesini arttırmadaki rolleri yadsınamaz (47). Bu çalışmada Üİ'ı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesinin hemşirelik bakımına ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.YAŞLILIK

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Yaşlanma her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden bir değişim sürecidir (1). Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan ve yapısal fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur (2).

Yaşlanma hem kronolojik hem de biyolojik bir olgudur. Doğumla başlayan yaşam döngüsü ölüme kadar sürer. İnsan organizması bu döngünün her aşamasında değişik özellikler gösterir. Her davranışın ait olduğu döneme ilişkin bir açıklaması vardır. Bazı davranışlar çocukluğun, bazıları ise ileri yaşların özelliklerini yansıtır (52).

Yaşlanma; biyolojik, ekonomik, patolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma başlıkları adı altında incelenebilir.

Biyolojik yaşlanma: Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir (52).

Ekonomik yaşlanma: Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir (52).

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 (52).

Psikolojik yaşlanma: Bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlere denir (52).

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 (52).

Araştırmacılar, konuya bilimsel açıdan yaklaşmak istediklerinde yaşlılığı farklı boyutlardan ele almak yerine uygulanabilir nitelikte bir ‘‘operasyonel’’ tanıma gereksinim duymuşlardır. Bu aşamada yaşlılığın başlangıç yaşı tartışmaya başlanmıştır (53, 54).

DSÖ’nün yaşlıların sağlık sorunları konusunda düzenlediği seminerde yaşlanma kronolojik olarak dönemlere ayrılmıştır.

DSÖ’nün yaşla ilgili sınıflaması şoyledir:

45-59 yaş: orta yaş

65-74 yaş: genç yaşlılık

75-84 yaş: ileri yaşlılık

85 yaş ve üstü: Çok ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır (55).

Bu tanımlara göre gerek biyolojik, gerek fizyolojik ve gerekse psikolojik boyutları açısından gerçek anlamda bir sınır teşkil etmese de 65 yaş sosyal nedenlerden dolayı geriatrik yaş sınırı olarak kabul edilmektedir (52).

Yaşlılık insanlarla hep beraber olmuştur. Ancak, toplumun yaşlanmasına büyük oranda yirminci yüzyılda önem verilmeye başlanmıştır. Başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere, yaşlılık gelecek sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli demografik değişim olarak kabul edilmektedir (52). Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, etkin tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tedavinin sağlanması ölüm hızını azaltmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda doğumda beklenen yaşam süresi uzamış, toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzerindeki nüfus artmıştır (1, 3, 56).

Toplam dünya nüfusunun, 2050 yılında, 6 milyardan 9 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir. 2000 yılı verilerine göre dünyada 65 yaş ve üzeri 400 milyon insan varken, 2050 yılında bu rakamın yaklaşık 4 kat artış göstererek 1,5 milyarın üstüne çıkması beklenmekte, bu artışın büyük çoğunluğunun da (%90) lkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde olacağı ne sürülmektedir. 2025 yılı istatistiki projeksiyonları, çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusta %300'lere varan artışlar olacağını göstermektedir (52, 56).

Dünyada ve Türkiye’de 65 yaşın üstündeki insanların nüfusa oranı ve yaşam süreleri ortalaması birbirinden farklılıklar göstermektedir. İsveç’te toplumun % 18’i, ABD’de % 13’ü, Rusya’da %12’si, Pakistan’da % 4’ü 65 yaşın üstündedir (52, 56).

Ülkemiz de yaşlanma sürecinin en hızlı olduğu ülkeler arasındadır.

Ülkemizdeki nüfus sayımlarına göre 65 yaş ve üzeri nüfus;

- 1955 yılında toplam nüfusun %3,4’ ünü
- 1985 yılında toplam nüfusun %4.2’sini
- 1990 yılında toplam nüfusun %4.3’ünü
- 1995 yılında toplam nüfusun %4.7’sini
- 2000 yılında toplam nüfusun %5.7’sini
- 2007 yılında toplam nüfusun % 7.1’ini oluşturmuştur (4, 5, 56).

Günümüzde dünyada en yaşlı nüfusa sahip ülke Japonya’dır. Bu ülkede doğumdan beklenen yaşam süresi 80 yıl olarak hesaplanmaktadır. Diğer bir ifadeyle bu ülkede doğan her bebeğin ortalama olarak 80 yıl yaşayacağı beklenmektedir (4). Ortalama yaşam süresi ABD de 79, Rusya’da 65, Pakistan’da 58 dolaylarındadır. Ülkemizde 1940’ lı yıllarda ortalama yaşam süresi 43-45, 1950’ li yılların başında 47 yıl olmasına karşın, 2007 yılı için kadında 74.2, erkekte 69.3 olurken, 2010 yılı için bu sayıların kadında 74.5 ve erkekte ise 69.6 ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (4, 52, 56).

Dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanması ve yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle son 20 yılda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgi artmıştır. Yaşlı nüfusun artması ile yaşa bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler ve bunlara yönelik sorunlar, bu yaş grubunda kronik hastalıklar beraberinde yeni bakım ve tedavi yaklaşımlarını, politika ve stratejilerin geliştirilmesini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda en önemli gelişme ve politikalara yol gösterici olan 26 Temmuz- 6 Ağustos 1982 tarihleri arasında Viyana’da gerçekleştirilen “Yaşlılar Asamblesi”dir. Birleşmiş Milletler 1982 yılında dünya çapında politika ve programların oluşturulması amacıyla “Uluslararası Yaşlanma İle İlgili Eylem Planı”nı onaylamıştır (56).

Ayrıca DSÖ'nün 1990 yılında aktif yaşlanmayı benimsemesi, Uluslararası Hemşireler Birliğinin 1992 yılında "Sağlıklı Yaşlanma" temasını ele alması ve Mart 1992 yılında da Sağlık Bakanlığının 1. Ulusal Sağlık Kongresinde ülkemizdeki yaşlılık sorunlarını ayrı bir tartışma grubunda ele alması, DSÖ'nün tüm dünyada sağlıklı yaşlanma için "Yaşlanma ve Sağlık" programlarını onaylaması, DSÖ'nün 1999 yılını "Uluslararası Yaşlılar Yılı" olarak belirlemesi ve 12 Nisan 2002'de "Uluslararası Yaşlanma Asamblesi", 1994 yılında Kahire'de "Uluslararası Nüfus ve Gelişme" konferansında yaşlılığın da ele alınması önemli gelişmeleri sağlamıştır (56).

12 Nisan 2002'de Yaşlılık Asamblesinde yayınlanan "Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı"nın amacı "her yerde insanların güvenli ve saygın bir şekilde yaşlanmalarını ve toplumda bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşlanmaya devam etmelerini garanti etmek" şeklinde ifade edilmektedir (56).

2.1.2. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları

Yaşlılar gençlere göre daha fazla hastalanırlar. Bunda fizyolojik değişikliklerin yanısıra yaşlıların hastalık etmeni ile karşılaşma olasılığının daha fazla olmasının da rolü vardır (57).

Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizce'deki baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 I'sı" olarak adlandırılmıştır. Buna göre yaşlılığın 7 I'sı şunlardır (58):

1. Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik),
2. Immobility (Hareketsizlik)
3. Instability (Dengesizlik)
4. Incontinence (İdrar-gaita tutamama)
5. Insomnia (Uykusuzluk)
6. Iatrogenic problems (Tanı veya tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar)
7. Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

Yaşlı grupta en yaygın görülen tıbbi sorunlar ilk sırada % 50 gibi bir sıklıkla dejeneratif hastalıklar olmak üzere, hipertansiyon (% 40), kalp

hastalıkları (% 30), üriner inkontinans (% 30), işitme kaybı (% 28), otopedik bozukluklar (% 18), diyabetes mellitus (%15)'tur. Yetmiş yaşın üzerinde kadınların %50'si, erkeklerin ise %40'ı iki ya da daha fazla tıbbi sorun yaşamaktadır. Seksen yaşın üzerindeki yaşlıların ise çoğunluğu tedavi gerektiren çok sayıda tıbbi soruna sahiptir. Yaşlı grup, nokta prevalans açısından hastane yatışlarının yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır (57, 59).

ABD'de yapılan bir değerlendirmede her yıl yedi gençten biri hastanede yatmakta iken, yaşlıların üçte birinin yıl içinde hastane tedavisi gördüğü bulunmuştur. Değişik çalışmalarda da yaşlıların üçte ikisi ile tamamı arasında değişen kısmının bir sağlık sorunu olduğu ortaya konmuştur (57).

Batı toplumlarında, nüfusun %15'ini oluşturan yaşlı nüfusun hastaneye yatışların %50'sinden fazlasını oluşturduğu ve bu grubun sağlığa ayrılan kaynakların da %40'ını tükettiği saptanmıştır (56).

Bu sağlık sorunlarının meydana gelmesinde aile hikayesi ve genetik özellikler gibi yapısal bazı özellikler önemlidir. Ancak bu hastalıkların oluşumunda çevresel faktörler ve kişisel davranışlar da önemli rol oynar. Bütün bu etkenlerin sonucu olarak yaşlılar arasında sağlık sorunu olanlar oldukça fazladır (57).

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 yaşlıdaki sağlık sorunlarının yükünü artırmaktadır (60).

Yaşlılıkta sık görülen, önemli yük oluşturan Üİ yaşlıya bağlı ürogenital organların ve dolayısıyla kontinans mekanizmasının etkilenmesiyle gerçekleşmektedir.

2.2. Kontinans Mekanizması

Kontinans, işemenin istemli olarak gerçekleştirildiği yaşlarda, idrarını mesanede tutabilme yeteneğidir. Alt üriner sistemin normal fonksiyonunu yerine getirebilmesi ve kontinans kontrolü için;

- Merkezi ve periferik sinir sistemlerinde var olan nöral merkezler arasında tam uyum ve entegrasyonun sürdürülmesi,
- Mesane, üretra ve pelvis taban kaslarının yapısal özelliklerinin tam ve nöral geçişlerinin uyum içinde olması gerekir (61).

Kontinansı sağlanması için dolun ve işeme fazlarının uyum içinde olması gerekir.

2.2.1. Dolun Fazı

Üreterlerden her 10 saniyede ya da 2-3 dakikada bir defa tekrarlayan peristaltik hareketlerle ve 3 cm/sn hızla idrar mesaneye gönderilir. Mesane içi basınç ve mesane duvarının gerilmesi, üreteri kompresyonla kapalı tutar ve idrarın üretere geri kaçmasına izin vermez.

Mesanede idrar toplanmasını kolaylaştıran refleks olaylar birbirini tamamlar. İdrar mesanede 200 ml'ye ulaştınca ilk idrar yapma hissi uyanır. Bu afferent uyarılar, detrüörün gerilmesi, trigon kasının gerilmesi, üretradaki dış sfinkter kaslar yardımı ile pelvik taban ve perinede gerginlik artışı ile başlar. İdrar miktarı 400-500 ml'ye ulaştınca mesane, maksimal kapasitesinin sınırına yaklaşır. Ancak mesane içi basınç üretra içi basınçtan (10 cm H₂O) düşüktür, ama idrar hissi artmıştır. Uygun bir zaman ve yer bulana kadar istemli çalışan kaslar idrarı tutmaya çalışılır (61).

2.2.2. İşeme Fazı

İşeme fazında idrarı mesanede tutan refleksler tersine çalışmaya başlar.

İşeme sırasında;

- Önce pelvik taban ve üretral çizgili kaslar gevşer. Böylece intraüretral basınç düşer.

- Daha sonra detrusor kontraksiyon ile intravezikal basınç artar. İşeme sırasında intravezikal basınç hiçbir zaman 60 mm H₂O'yu aşmamalıdır. Aksi takdirde veziko-üretal reflü olur.
- Detrusor ile birlikte üretal düz kaslar da kasılarak üretranın kısalarak genişlemesini sağlar.
- Mesane boynu ve proksimal üretra hafif aşağıya iner ve idrar akışı kolaylaşır. Proksimal üretranın 1/3 kısmı mesane boynu ile birlikte huni gibi genişler.
- Mesane, üretra akışına doğru eğilir, üretrovezikal açı düzleşir ve idrar akışı başlar.

İşeme bittiğinde;

- İşemenin sonlanması için pelvik taban ve üretal çizgili kaslar kasılır.
- Mesane boynu simfize doğru yukarı yükselir.
- Üretal basınç artar.
- İdrar akımı, orta üretrada durdurulur. Proksimal üretrada kalan birkaç damla idrar mesane içine geri döner.
- Refleks olarak beta adrenerjik sempatik reseptörler detrusor kası gevşetir. İntravezikal basınç normale döner.

Siklus yeniden başa döner ve “Spinal İşeme Merkezi”nin istemsiz inhibisyonu ile dolun fazı yeniden başlar (61).

2.3. Üriner İnkontinans

2.3.1. Tanımı

Uluslararası Kontinans Topluluğu ((International Continence Society-ICS)' nun 1979 yılındaki terminoloji standardizasyon raporunda Üİ ‘sosyal veya hijyenik bir soruna neden olan ve objektif olarak gösterilebilen idrarın istem dışı dışarı atılması veya idrar tutamama hali’ olarak tanımlanmaktaydı. Halbuki ICS'nin en son terminoloji standardizasyon raporunda (2002) ise idrar kaçırma ‘her türlü idrar tutamama yakınması’ olarak tanımlanmaktadır (62, 63). Bu tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi tanımlamaya bağlı olarak

İdrar kaçırmanın görülme sıklığı değişebilmektedir. İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla 3-4 kat daha sık görülmekte ve her iki cinste de yaşla doğru orantılı olarak artış göstermektedir (63). Dünya Sağlık Örgütü dünyada 200 milyondan fazla kişinin mesane kontrol problemi yaşadığını ve bunun büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirmektedir (64).

Mesane ve üretradan oluşan alt üriner sistem anatomik ve nörolojik yapısı sağlam olmak kaydıyla idrarı uygun düşük basınçlarda depolayabilmekte ve bu iki unsurun uyumlu çalışmasıyla idrarı yine uygun düşük basınçlarla dışarı atabilmektedir. İşemenin herhangi bir fazında, alt üriner sistemin herhangi bir unsurunda anatomik, işlevsel, sinirsel bir aksama işeme bozukluğuna yol açar. Alt ve üst üriner sistem birbiriyle bağlantılı sistemlerdir. Alt üriner sistemde ortaya çıkan bazı işeme bozuklukları üst üriner sistem işlevi üzerine olumsuz etki gösterebilmektedir (Azalmış mesane uyumu, uzun süreli 40 cm H₂O'nun üzerindeki kontrolsüz detrüör (mesane düz kası) kasılmaları, detrüör sfinkter uyumsuzluğu gibi). Bunlar üst üriner sistem için risk faktörleri olarak adlandırılmaktadırlar. İşeme bozuklukları tedavi edilirken üst üriner için risk faktörü oluşturabilecek bu risk faktörleri daima göz önünde bulundurulmalıdır (63).

Üriner inkontinans yalnızca alt üriner sistemin bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen karmaşık ve multifaktöriyel bir durumdur (65). Üriner inkontinans bir tanı değil semptom, bir bulgu, bir durum belirtir. Semptom hastanın idrar kaçırdığını belirtmesi; bulgu idrar kaybının objektif gösterilmesi, durum ise klinik ya da ürodinamik yöntemlerle tesbit edilen altta yatan patofizyolojik süreçtir. Sorunun sıklığı yaşla artmakla beraber yaşlanmanın fizyolojik bir parçası değildir ve önemsiz bir yakınma olarak algılanmamalıdır. Üriner inkontinans ayırıcı tanısı çok geniştir ancak çoğu kez nisbeten basit, cerrahi olmayan yöntemler kullanılarak ve gerektiğinde cerrahi yöntemler ile hemen her zaman tedavi edilebilmektedir (66, 67).

2.3.2. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi

Üriner inkontinansın prevalansı, belli bir zaman aralığında ve belirli bir grupta inkontinans oluşma olasılığıdır. Kadınlarda erkeklere oranla 2 ile 5 kat daha fazla idrar inkontinansı görüldüğü belirtilmektedir (68, 69). Genel olarak literatürde, idrar inkontinansı prevalansının %14-49 arasında olduğu belirtilmekte ancak kesin bir değer verilmemektedir. Üİ prevalansı erkeklerde en az % 8.5; kadınlarda ise %18.5-20'dir (70, 71, 72). Hampel Üİ prevalansını, yapılan 48 epidemiyolojik çalışmanın sonucu olarak toplumda %12-%53; Thomas ise yapılan 21 çalışmanın sonuçları doğrultusunda %2-%55 arasında olduğunu belirtmiştir (73). Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalardaki metodolojik sorunlar ve sınırlamalar nedeniyle bu geniş dağılım ortaya çıkmaktadır (74). Toplumda yaşayan kadınlarla yapılan çalışmalarda prevalans geniş aralıkta dağılım göstermektedir (75, 69).

Üriner inkontinans prevalansı 15-60 yaş grubunda %10-25 arasında bulunmuştur (76). 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 (77).

Bakımevlerine yatırılmayan 60 yaşının üzerindeki hastalarda üriner inkontinans prevalansı değişkendir. Çalışmalarda Üİ prevalans sıklığının geniş aralıklar içinde yer almasının nedeni inkontinansın farklı zaman aralıklarına göre değerlendirilmesidir. Örneğin son bir hafta içinde, ayda iki veya daha fazla (76), son 12 ay içinde (78) veya herhangi bir zamanda olup olmaması (79) şeklinde araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda ise ICS'nin tanımladığı gibi "sosyal veya hijyenik bir problem...." şeklinde değerlendirilerek inkontinansın ağırlığı esas alınarak araştırılmıştır (80). Bazı çalışmalarda ise idrar kaçırmanın derecesi belirtilmiş ve "majör inkontinans" çamaşırın veya inkontinans pedlerinin ıslanmasına neden olacak idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır (81). Bu şekilde inkontinansın derecesi tanımlanarak daha düşük prevalanslar bulunmuş ve çalışmalar arasındaki sonuç farklılıkları daha az olarak gözlenmiştir. Bu tür çalışmalarda toplumda inkontinans

prevalansları kadınlarda %6 (78, 81) ile %25 (80) arasında bulunmuştur. Bazı kuruluşlarda yapılan çalışmalarda ise inkontinansın belirgin bazı risk faktörlerinin (akut hastalıklar, inme, fiziksel veya bilişsel gerileme) daha çok izlenmesinden dolayı daha yüksek bulunmuştur. Prevalanslar arasındaki farklılıkların diğer nedenleri ise çalışma dizaynları arasındaki farklılıklar, sosyal ve kişisel faktörler (eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, vs.), çalışma yapılan toplumların karakterleri arasındaki farklılıklar (yaş, cinsiyet), fiziksel ve kognitif bozukluklardır.

Dünya genelinde Üİ prevalansı toplum içinde yaşayan yaşlılarda %8 ile %34 arasında bildirilmekte olup, bu sıklık yaşlı bakımevinde kalan yaşlılarda %70'lere kadar ulaşmaktadır (8, 9, 10). Hellstrom ve ark. bakımevleri ve hastanelerde 85 yaş ve üzerindeki yaşlılarda yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını %84 olarak tesbit etmişlerdir (82).

Ülkemizdeki kadınların çoğu çok ve sık doğum yaptığından, önemli bir kısmında pelvik destek yapıların gevşemesine bağlı kadın sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi anlamda etkileyen Üİ sık görülmektedir (11). Ülkemizde yapılan çalışmalarda Demirci ve ark. (12) Üİ prevalansını %56.4, Oskay ve ark. (14) %68.8 olarak belirlemişlerdir. Maral ve ark. (15) 65 yaş ve üzerindeki kadınların 15-24 yaş aralığında olanlara göre 6.24 kat daha fazla Üİ sorunu yaşadıklarını saptamışlardır.

Ateşkan ve ark. Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üstü 2000 yaşlıda (1276 kadın, 724 erkek), Üİ prevalansını %44.2 olarak bulmuştur. Kadınlarda Üİ sıklığı (%57.1), erkeklere (%21.5) göre daha yüksek olarak bulunmuştur (12).

Prevalansı belirlemek için birçok çalışma yapılmıştır fakat Üİ'nin insidansının ve remisyon oranının belirlenmesi için yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. ABD'de Yaşlanmanın Medikal, Epidemiyolojik ve Sosyal Yönleri Çalışması (Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging, MESA) sonucunda 60 yaşın üzerindeki kadınlarda yıllık insidansın %20 olduğu belirlenmiştir (81). Bu kadınlarda mikst tip Üİ %55.3 ile en sık olarak

gözlenen form olmuştur. Stres Üİ %26.7 ve urge inkontinans ise %9.1 olarak belirlenmiştir (9).

2.3.3. Üriner İnkontinanstaki Risk Faktörleri (65, 67)

Çeşitli populasyonlarda yürütülen epidemiyolojik ve klinik çalışmalar Üİ'a katkıda bulunan ya da olası birçok risk faktörünü içeren birkaç değişkeni açıklamıştır.

2.3.3.1.Cinsiyet

İnkontinans kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat fazla görülmektedir. Cinsiyet ile ilgili bu fark özellikle 60 yaş altındaki erişkinlerde çok belirgindir (65).

2.3.3.2.Yaş

Üriner inkontinans prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. İngiltere'de Thomas ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ayda en az iki kere idrar kaçırdıklarını bildiren kadınların sıklığı 15-24 yaş arasında %4 iken 75 yaş üzerinde bu sıklık %16'ya yükselmiştir. Brown ve arkadaşları, 80 yaşın altındaki kadınların %12.5'inin, 80-89 yaş arasındaki kadınların %19'unun ve 90 yaş ve üzeri kadınlarda %31.1'inin her gün idrar inkontinansı deneyimlediklerini rapor etmişlerdir (68). Ayrıca Üİ tipi ile yaşın ilgisi araştırılmış, sıkışma tipi Üİ'ın 54 yaşından sonra arttığı, stres idrar inkontinansının ise 35 yaş grubundan itibaren artmaya başladığı ve 55 yaşından sonra sıklığının azaldığı görülmüştür (83).

Yaşlanma ile birlikte tüm organ sistemlerinin rezervuar kapasitesi azalmaktadır. Benzer şekilde her iki cinsiyette yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesi, mesane kompliyansı ve idrar akım hızı azalır. Buna ek olarak inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları ve postvoid reziduel idrar volümü yaşlanmayla artar. Maksimal üretral kapanma basıncı ve fonksiyonel üretra uzunluğu kadınlarda yaşla birlikte azalmaktadır. Bu nedenle yaş ilerledikçe Üİ görülme sıklığı artmaktadır. (84).

2.3.3.3. Irk

Genital prolapsus, enterosel ve stres inkontinansın Çinlilerde, Eskimo ve siyah ırkta nadir görüldüğü belirlenmiştir. Çinli kadavralarda yapılan çalışmalarda, levator ani kas demetlerinin daha kalın olduğu ve arkus tendineus üzerinde daha laterale uzandığı saptanmıştır (65).

2.3.3.4. Doğum

Thomas ve arkadaşları parite ve inkontinans arasında belirgin bir ilişki göstermiştir. İnkontinans nullipar kadınlarda daha nadir saptanmıştır. İnkontinans hızı; 1, 2 ya da 3 doğum yapan kadınlar arasında değişmezken 4 ve üzerinde doğum yapanlar düzenli bir inkontinans tarif etmişlerdir. Pariteyle birlikte inkontinans prevalansındaki bu artış, stres ve mikst inkontinans prevalansındaki artışa bağlıdır. Urge inkontinans ve parite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (85).

Vajinal doğum pelvik fasiyal desteğe direkt olarak hasar vermekte; pelvik taban ve üretra kaslarının parsiyel denervasyonuna ve Üİ'a yol açmaktadır (85). Benzer şekilde vajinal doğum; fonksiyonel üretral uzunluğun, üretra kapanma basıncı ve maksimal üretra basıncının azalması ile ilişkilidir. Sezaryen doğum yapan kadınlarda bu değişikliklerin hiçbiri gözlenmemektedir (65). Travaysız, sezeryanla doğurtulan kadınların, doğum sonrası pelvik taban kaslarının daha güçlü olduğu ve daha düşük Üİ insidansı tesbit edilmiştir. Vajinal doğumda risk sezeryan doğumuna göre daha fazladır (67).

Doğumun ikinci fazının uzun olması, epizyotomi, vakum ekstraksiyonu, bebek ağırlığının fazla olması ve sfinkter rüptürü Üİ için risk faktörleridir. Forseps ile doğumun Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (67).

2.3.3.5. Menapoz

Bazı çalışmalarda cerrahi olarak çıkarılmış üretra dokusunda, pubococygeal kasta ve mesane trigonunda yüksek afiniteli östrojen

reseptörleri saptanmıştır. Menapozla birlikte azalan östrojen vajendekine benzer şekilde distal üretrada sitolojik değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler menapoz sonrası sıkça görülen duyu semptomları ve artmış enfeksiyondan kısmen sorumludurlar. Azalmış üretral vaskularite, anormal düz ve çizgili kas etkinliği düşük istirahat üretra basıncına ve anormal stres cevaba yol açmaktadır (86).

Fantl ve arkadaşları tarafından gerçek stres inkontinanslı 72 postmenapozal kadında yaptıkları çalışmada östrojen replasman tedavisi alan ve almayan gruplar klinik ve ürodinamik parametrelerle karşılaştırılmış, östrojen replasmanı alan gruptaki kadınların vajen ve üretralarında östrojen bağlantılı değişiklikler saptanmasına rağmen, iki gruptaki üretral sfinkter fonksiyonuyla ilgili ürodinamik parametreler arasında fark saptanmamıştır (87).

2.3.3.6. Sigara

Sigara öksürüğe olan yatkınlığı arttırdığından, sürekli olarak intraabdominal basıncın artışına neden olabilmektedir. Sigara bir risk faktörü olarak ileri sürülmüş ise de bu durum kesin olarak belirlenememektedir (67). Bump ve McClish tarafından yapılan çalışmalarda sigara içiminin Üİ'ın tüm tiplerini 2-3 kat arttırdığı saptanmıştır (88). Bu durumun güçlü ve sık öksürme nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (67). Günde 20 den fazla sigara içmek (89) öksürmeye yol açmakta, antiöstrojenik etkiye ve kollojen sentezinin azalmasına neden olmaktadır (90).

2.3.3.7. Obezite

Obezite intra-abdominal ve intra-vezikal basıncın artmasına neden olmaktadır. Beden kitle indeksi (BKI) en çok SÜİ ile ilişkilidir (67). Dwyer ve arkadaşları gerçek stres inkontinansı ve detrusor instabilitesi olan kadınlarda obezitenin daha sık olduğunu saptamışlardır. Fakat obez olan ve olmayan inkontinan kadınların ürodinamik değişkenlerinde anlamlı farklılık belirlenememiştir (91). Yalnızca kilo vererek bir grup kadında; bir yıl içinde,

%75 subjektif ve objektif (ürodinamik bulgu) olarak Üİ'nin düzeldiği görülmüştür (68, 83).

2.3.3.8. Kabızlık

Kabızlık kronik zorlanmaya ve bu da intra-abdominal basınçta artışa ve pudental nöropatiye neden olabilmektedir. Fekal ve üriner inkontinans sıklıkla bir aradadır ve double inkontinans adını alır. Vajinal doğum ve kabızlığa bağlı kronik zorlanma double inkontinansın en önemli nedenleridir (67).

2.3.3.9. Histerektomi

Histerektomi 60 yaş ve üstü kadınlarda Üİ için bir risk faktörü olarak bulunmuş, 60 yaş ve altında ise etkili olmadığı belirlenmiştir. Histerektomi daha çok urge Üİ ile birlikte (67). Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vaginanın kısaltılması, trigonal yerleşimli mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz ya da östrojen eksikliği sonucu Üİ gelişebilmektedir (92, 93, 94, 90).

2.3.3.10. Prolapsus ve Anterior Onarım

Dolu bir mesane üreto-vesikal bağlantı olarak karın içi yerleşim göstermektedir. Sistosel, rektosel ve genital prolapsusu olan hastalarda bu bağlantı karın dışında yer alabilmektedir. Bunun sonucunda öksürme, hapşurma ve gülme gibi karın içi basıncın yükseldiği durumlarda mesaneye üretradan daha fazla basınç iletilmektedir. Bu durumda mesane içi basıncın üretra içi basıncı aştığı zaman idrar kaçırma görülmektedir (95).

Genital prolapsus ile Üİ sık görülen şikayetler olup aynı hastada birlikte bulunabilmektedir. Rozenweig ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ağır genital prolapsusu olan ancak Üİ semptomları olmayan kadınların %60'ında ürodinamik yöntemlerle gizli Üİ'lerinin olduğunu saptamışlardır (96). Grady ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sistoseli olan kadınların %30'unda yapılan

ürodinamik tetkikler sonucunda mesane kasında instabilite olduğu, yapılan cerrahi onarımdan sonra 54 kadından 51'inde SÜİ'nin ortadan kaybolduğu saptanmıştır (97).

2.3.3.11. Radyoterapi

İnvazif mesane kanserinde uygulanan radyoterapi sonrası hastaların yaklaşık % 50' sinde sık idrara çıkma ve urgency gelişmektedir. Bunun nedeni fibrotik mesane hasarı ve parsiyel denervasyonun aşırı duyarlı hale dönüşmesidir (67).

2.3.3.12. Üriner sistem infeksiyonu

Tekrarlayan üriner traktus infeksiyonu da Üİ için bir risk faktörüdür, daha çok urge Üİ'a neden olabilmektedir (67).

2.3.3.13. Kullanılan ilaçlar

Çeşitli ilaçlar da Üİ oluşumunu kolaylaştırabilmektedir. Diüretikler, östrojen, benzodiazepinler, trankilizanlar, antidepresanlar, hipnotikler, laksatifler, antibiyotikler Üİ'a neden olan ilaçlara örneklerdir (90).

2.3.3.14. Sistemik Hastalıklar

İki veya daha fazla sistemik hastalığın olması Üİ oluşumunu kolaylaştırabilmektedir. Genel sağlığın bozuk olması da mikst Üİ için bağımsız bir risk faktörüdür. Diyabet (ozmotik diürez ve nörojenik hasara), periferik vasküler yetmezlik (nokturnal inkontinans), nörolojik hastalıklar (parkinson, Multipl Skleroz, Spinal travma, stroke), yüksek sistolik kan basıncı, kognitif bozukluk, parkinson, artrit, sırt problemleri, işitme ve görme bozuklukları ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (öksürüğe), nörolojik hastalıklar Üİ için risk oluşturabilmektedirler (67, 90).

2.3.4. Yaşlılarda Üriner İnkontinans

Yaşlanma ile birlikte birçok sistemde fonksiyon bozukluğu ya da yetersizliği gelişebilmektedir. Yaşlanma, üriner sistemde de bazı sorunların gelişmesine neden olabilmektedir. Bu sorunlardan biri de üriner inkontinanstır. Üriner inkontinans (Üİ) bütün yaş grubundaki insanları etkileyen bir sorun olmakla birlikte özellikle yaşlı bireylerde sık görülen ve bireye sıkıntı yaratan bir durumdur. DSÖ verilerine göre inkontinansın yaşla birlikte arttığı ve gelecekteki dünya yaşlı nüfusu için önemli bir sorun olacağı bildirilmektedir. Alt idrar yolu fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler, mesane kasları ve ligamentlerdeki relaksasyon sonucunda kontrolsüz ya da istem dışı idrar kaybı gelişebilmektedir (6, 7).

Çoğu bayan olmak üzere yaklaşık 13 milyon Amerikalının Üİ'tan yakındığı tahmin edilmektedir. ABD'de genel geriatric kadın popülasyonda %30-50; uzun dönem bakım merkezlerinde ise en az %50 sıklıkta Üİ görülmektedir (98).

Üriner inkontinansı olan yaşlıların önemli bir kısmı tedavi olmak için doktora başvurmamaktadırlar. Üİ'nin yaşlılığın doğal bir sonucu ve utanılacak bir durum olduğu yanılgısının doktora başvuru sıklığının düşük olmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak Herzog ve ark. (99)' larının çalışmasında idrar inkontinansında hekime başvuruyu etkileyen en önemli faktörün inkontinansın şiddeti olduğu saptanmıştır.

Yaşlılar ve bakıcıları her ne kadar Üİ'ı yaşlılığın doğal bir sonucu gibi görüp görmezlikten gelme eğilimindedirler ise de Üİ varlığı hiçbir yaşta normal olarak kabul edilemez. İdrar inkontinansı her yaşta tedavi edilebilir hatta ortadan kaldırılabilir. Ancak yaşlılarda idrar inkontinansına yaklaşım gençlerdekinden daha farklıdır (100).

2.3.5. Yaşla Birlikte Ortaya Çıkan Alt Üriner Sistem Değişiklikleri

Çoğu yaşlı hastanın ve bazı sağlık personelinin inancının aksine, yaşlılık yalnız başına Üİ sebebi olamaz. Ancak tüm sistemlerde olduğu gibi,

yaşa bağı faktörler, belirgin bir patolojik durum söz konusu olmaksızın, potansiyel olarak alt üriner sistemi etkileyebilir ve böylece bu sistemle ilgili semptomlara yol açabilir (101). Üİ'a neden olan yaşa bağı faktörler (98, 101, 102):

- Menapoz sonrası östrojen hormon seviyelerinde düşüş: kadınlarda bu değişiklikler arasında en etkilisi kuşkusuz, menopoz ile birlikte gözlenen östrojen hormon seviyelerindeki azalmadır. Östrojenin trofik etkisinin ortadan kalkması vajinal atrofiye, üretrayı çevreleyen destek dokuda azalmaya yol açarak, sonuçta da kadınlarda sık olarak gözlenen SÜİ'a neden olabilmektedir.
- Üretral basınçta azalma: fonksiyonel olarak üretral basınç, asemptomatik kontinan kadınlarda bile, yaşa bağı düşer.
- Prostat hipertrofisi: erkeklerde gözlenen değişiklikler daha sıklıkla prostat bezi ile ilişkilidir. Prostat bezinin büyümesi sonucu, idrar retansiyonu riski de artar.
- Mesane fonksiyon değişiklikleri: düşük mesane kapasitesi, rezidüel idrar miktarında artış ve istem dışı mesane kontraksiyonları (detrusor motor instabilitesi) gibi mesane fonksiyonundaki yaşa bağı değişikliklerin, her iki cinsiyette de meydana geldiği bildirilmiştir.
- Noktüri: yaşlı bireyler, günlük toplam idrar miktarının önemli bir bölümünü gece çıkarmaktadırlar. Bu da başka faktörlerin de eklenmesi ile noktürnal inkontinans riskini arttırabilmektedir.
- İmmün fonksiyonda değişiklikler: yaşa bağı immün fonksiyonlardaki değişiklikler, üriner infeksiyon görülme sıklığını arttırarak, üriner inkontinansı tetikleyici rol oynayabilmektedir. Ayrıca sinirsel iletinin herhangi bir bileşeninde yaşa bağı ortaya çıkan değişiklikler, yaşlılarda miksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir.

Kontinansın tam olarak sağlanabilmesi için mesanenin idrarı yeterli

oranda depolayabilme ve gerektiğinde boşaltabilme özelliklerine sahip olması gerekmektedir (98).

Yeterli idrar depolama fonksiyonu için;

- Düşük basınç altında, artan idrar volümüne mesanenin uyumu
- Kapalı bir mesane çıkışı
- Mesane doluluğunun uygun bir şekilde hissedilmesi
- İstem dışı mesane kasılmalarının yokluğu gibi özellikler gerekirken,

Uygun bir idrar boşaltma fonksiyonu için ise;

- Yeterli ölçüde kontraksiyon yapabilecek bir mesane
- İdrar akımına engel teşkil edebilecek anatomik obstrüksiyonların yokluğu
- Mesane kontraksiyonları ile çıkış direncindeki azalmanın koordinasyonu gerekir (98).

Ayrıca yaşlı bireylerin;

- Tuvaleti kullanabilme ve giyinip soyunabilmek için yeterli mobilite ve el becerisi
- Tuvalet ihtiyacının farkına varıp, tuvaleti bulabilmek için yeterli kognitif fonksiyon
- Kuru kalmaya yönelik motivasyon
- Tuvalete ulaşmak için çevresel ve / veya iyatrojenik engellerin olmaması gerekir (98, 103).

Genel kanının aksine Üİ, mutlaka ciddi demansı olan, yatağa bağımlı, bakım evlerinde kalan yaşlı bireylerde görülmez. Üİ'i olan yaşlı bireylerin önemli bir bölümü, toplum içinde yaşayan, gerek fiziksel, gerekse mental açıdan sağlıklı bireylerdir (101).

Bir kişinin kontinan olabilmesi için hangi yaşta olursa olsun alt üriner sistem işlevlerinin normal olmasının yanısıra zeka düzeyi, mobilitesi, motivasyonu ve elini kullanabilme yeteneğinin de normal olması gerekmektedir. Bu sayılan özellikler gençlerde genellikle normal iken,

yaşlılarda sıklıkla yeterli değildir (101). Bu özelliklerin yaşlılarda sıklıkla yetersiz olması Üİ'nin ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (101).

Yaşlılarda Üİ'nin ortaya çıkması ya da alevlenmesi sıklıkla alt üriner sistemin dışındaki kolaylaştırıcı faktörler nedeniyle olmaktadır. Bu kolaylaştırıcı faktörler de sıklıkla medikal tedaviyle ortadan kaldırılabilmektedir. Dolayısıyla yaşlılarda yalnızca bu kolaylaştırıcı faktörlerin tedavisi kontinansın yeniden sağlanmasında yeterli olabilmektedir (101).

Bu konuda şu tipik örnek verilebilir: Yaşlılığa bağlı detrusor aşırı aktivitesi olan bir kadında sık idrar ve idrar sıkışma hissi (urgency) tipiktir. Aynı kadında diz eklemünde artrit ortaya çıkarsa bu idrar yakınmaları kolaylıkla Üİ'ye dönüşebilmektedir. Bu kadında kontrolsüz kontraksiyonlar tedavi edilmeden yalnızca artrit tedavi edilirse Üİ de ortadan kalkabilir. İşte bu mantıktan yola çıkarak yaşlılarda Üİ'nin alt üriner sisteme ait kalıcı nedenleri dışında geçici inkontinansa neden olan çoğu alt üriner sistem dışı bir dizi neden de söz konusudur (101).

2.3.6. Üriner İnkontinans Tipleri

Üriner inkontinans ya akut ya da kronik bir klinikle kendisini göstermektedir. Bu duruma neden olan tabloların ayırıcı tanıda öncelikle irdelenmesi gerekmektedir. Çünkü etiyojinin aydınlatılması tam tedavi anlamına gelmektedir.

2.3.6.1. Geçici Üriner İnkontinans

Yaşlılarda görülen Üİ'nin 1/3'ü geçicidir. Hastanede yatan yaşlılarda ise bu sıklık %50 civarındadır (100). Geçici Üİ nedenleri aşağıda gösterilmiştir.

Ani başlangıçlı ve/veya geçici Üİ'ye genellikle infeksiyon, mesane taşı, obstrüksiyon ve malignite gibi akut nedenler yol açmaktadır. Yaşlıların çeşitli nedenlerle kullandığı ilaçlar geçici Üİ'nin en sık nedenlerindedir. Bu duruma neden olan durumlar İngilizce baş harflerinden oluşan DIAPPERS ile özetlenmiştir (103).

- D Delirium (Deliryum)
- I Infection (İnfeksiyonlar)
- A Atrophic vaginitis (Atrofik vajinit)
- P Psychogenic (Psikojenik)
- P Pharmaceuticals (İlaçlar)
- E Excess urine output (İdrar volümünde artma)
- R Restriction (hareket kısıtlılığı)
- S Stool impact (fokal impakt)

Bu nedenlerin baş harflerinden oluşan kelime “DIAPPERS”dir. Bu kelime ingilizce bebek bezi anlamına gelen “DIAPER”i çağrıştırdığı için bazı nedenler bilinçli olarak ingilizce yazılmıştır (101).

Üriner inkontinansı olan yaşlı hastalarda geçici inkontinans nedenleri mutlaka araştırılmalıdır. Çünkü bu nedenler tespit edilebilirse ve ortadan kaldırılırsa bu hastaların çoğu kontinans olabilmektedirler (101).

Çizelge 2.1. Kontinansı Etkileyen İlaçlar

İlacın genel sınıfı	Örnek	Kontinans üzerine etkisi
Sedatif-Hipnotikler	Uzun etkili benzodiazepinler (Diazepam, flurazepam)	Sedasyon, delirium, immobilité
Alkol		Poliüri, pollaküri, sıkışma, sedasyon, delirium, immobilité
Antikolinergikler	Dicyclomine, disopyramide, antihistaminikler	İdrar retansiyonu, paradoksik, delirium, kabızlık
Antipsikotikler	Thioridazine, haloperidol	Antikolinergik etki, sedasyon

Antidepresanlar	Amitriptyline, desipramine	Antikolinergik etki, sedasyon
Antiparkinson ilaçlar	Trihexyphenidly, benztropine mesylate	Antikolinergik etki, sedasyon
Narkotik analjezikler	Opiotlar	İdrar retansiyonu, kabızlık sedasyon, delirium
α -adrenerjik antagonistler	Prazosin, terazosin	Üretral gevşeme kadında stres inkontinansa neden olur
α -adrenerjik agonistler	Nazal dekonjestanlar	Erkeklerde idrar retansiyonu
Ca kanal blokerleri	Hepsi	İdrar retansiyonu, noktürnal diürez
Kuvvetli diüretikler	Furosemide, bumetanide	Polüri, pollaküri, sıkışma
ACE inhibitörleri	Captopril, enalapril, lisinopril	İlaça bağlı şiddetli öksürük stres inkontinansı overt hale getirir.
Vinkristine		İdrar retansiyonu

(Çetinel B, Yaşlıda İdrar İnkontinansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu 12-13 Kasım 1998, İstanbul, s. 83-93.)

2.3.6.2. Kalıcı Üriner İnkontinans

2.3.6.2.1. Alt Üriner Sistem Dışındaki Nedenler (İşlevsel İnkontinans)

Kişilerin kontrolleri dışında zamanında tualete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Depresyon, demans, mobilite kısıtlılığı, fekal impakt ve ilaç gibi nedenlerle normal kontinansa sahip olgularda işlevsel inkontinans gelişebilmektedir (98). Yalnız bilinmelidir ki demansı olan veya mobilizasyonu yetersiz hastalarda Üİ kaçınılmaz bir sonuç değildir. Bir çalışmada bakım evlerinde demansı olan hastaların %17'sinin kontinans olduğu gösterilmiştir (104) Aynı çalışmada bu tip hastaların yalnızca yataktan sandalyeye alınmaları sonucunda %50'sinin kontinans hale geldiği gösterilmiştir (104).

2.3.6.2.2. Alt Üriner Sisteme Ait Nedenler

Geçici nedenler ortadan kaldırılıp, işlevsel nedenler ortadan kaldırıldıktan sonra Üİ varlığında alt üriner sisteme ait nedenler araştırılmalıdır (101).

2.3.6.2.2.1. Sıkışma İnkontinansı

Sıkışma inkontinans güçlü ve ani idrar yapma isteği ile birlikte istemsiz idrar kaybıdır (105-108). Sıklıkla detrusor kasın aşırı aktivitesi mevcuttur. İstem dışı mesane kontraksiyonu nedeniyle Üİ yanında sık idrar yapma ve acil idrar yapma isteği şikayetleri de vardır. İstem dışı mesane kontraksiyonu herhangi bir nörolojik nedene bağlı değilse, bu türdeki idiopatik urge inkontinansa, detrusor instabilitesi denir. Nörolojik nedenlere bağlı mesane kontraksiyonlarının varlığına da hiperrefleks mesane denir (83).

2.3.6.2.2.2. Stres Üriner İnkontinans

Stres idrar inkontinansı öksürürken, aksırırken, gülerken, egzersiz yaparken ya da ağır bir şey kaldırırken intraabdominal basınçtaki artışa bağlı Üİ'tir (108, 109, 110). Mesane boynunun ve üretranın anatomik desteğinin zayıflamasına bağlıdır. Doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvik denervasyon ve yaşlanmaya bağlı gelişebilir (111).

2.3.6.2.2.3. Overflow (Taşma) İnkontinans

Mesänenin aşırı gerilmesiyle birlikte olan istemsiz idrar kaybıdır. Hastada sık sık ya da sürekli damlama Üİ şikayetlerine yol açar (112).

2.3.6.2.2.4. Karışık Tipte Üriner İnkontinans

Hem sıkışma duyumu ile hem de zorlanmaya bağlı idrar kaçırmanın bir arada bulunmasıdır (112).

2.3.7. İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi

2.3.7.1.Hasta öyküsü: Anamnezde demografik bilgiler ile Üİ şikayetinin başlangıcı, şiddeti ve yaşam şekline olan etkisinin neler olduğu araştırılır. Üriner inkontinans patofizyolojisinde rol oynayabilecek genito-üriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla ayrıntılı olarak obstetrik, jinekolojik ve ürolojik hikaye alınır. Ayrıca genitouriner sistem dışı etkenlere yönelik olarak bireyin genel sağlık durumu, geçirdiği operasyonlar, medikal ve nörolojik hastalıklar ile kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinilmesi gerekir (105, 113). Tıbbi özgeçmişte, karın içi basınç artışına yol açan KOAH, kronik konstipasyon, obezite; aşırı diürece yol açan DM, DI, kalp yetmezliği; sinir sistemi fonksiyon bozukluğu ile seyreden serebrovasküler hastalık, parkinson, disk hernisi, multipl skleroz gibi hastalıklar araştırılır.

2.3.7.2. İdrar Günlüğü: Hasta 1-7 günlük bir dönemde aldığı-çıkarttığı sıvı miktarını ve sıklığını bir gün boyunca kaydeder. Ayrıca aldığı sıvının cinsini, inkontinans epizotlarını, işeme sıklığını ve idrar kaçırdığı andaki aktivitesini de saatleri ile birlikte kaydeder. Hastadan alınan bu günlük ile idrar volümü, işeme sıklığı, ne sıklıkta inkontinansın olduğu ve Üİ'ı artıran ve azaltan durumların ne olduğuna yönelik bilgiler elde edilir (114).

2.3.7.3. Fizik Muayene: Hastaların genel sağlık durumu alt üriner fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların belirlenmesi yönünden araştırılır. Nörolojik muayenede refleksler (anal ve bulbokavernoz refleks), duyu ve kasların motor gücü araştırılır. Vajinal muayene ve rektal tuşe ile anal sfinkterin ve pubokoksigeal kasın tonusu, perineal ve perianal bölgenin duyu fonksiyonu değerlendirilmelidir. Hastaların genel aktivitelerine ve mobilitelerine engel olabilecek kas iskelet sistemine ait sorunlar incelenir (115, 116, 117).

2.3.8. Üriner İnkontinansta Tedavi Yöntemleri

Geriatrik Üİ tedavisinde çok değişik yaklaşımlar mevcuttur. Yapılacak tedavi temel değerlendirme sonrasında bireyselleştirilmelidir. Alınacak genel destek önlemleri yapılacak spesifik tedaviye de yardımcı olacaktır. Mesane hakkında verilecek bilgiler, hastanın yaşadığı ortamın hastaya kolaylık sağlayacak şekilde düzenlenmesi, tuvaletle ilgili uygun durumun sağlanması (sürgü, klozet), sıvı alımı ve diüretiklerin düzenlenmesi, genital hijyen ve bakım temel desteklerdir (118).

2.3.8.1.Davranış Tedavileri:

Hem etkin hem ucuz hem de daha az invazif yöntemler olmaları nedeniyle davranış tedavileri ilk seçenek olmalıdırlar. Bununla birlikte kompleks yöntemler olmaları da başarılarının spesifik hasta gruplarına kısıtlı kalmasına neden olmaktadır (98).

Urge Üİ olgularının bir kısmında kafeinli ve alkollü içeceklerin tüketiminin kısıtlanması tam tedavi sağlayabilmektedir. Akşam alınan sıvı miktarının kısıtlanması da noktüriyi engellemektedir (98)

2.3.8.1.1. Kegel Egzersizi (Pelvik Taban Egzersizleri)

Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizleri ilk kez 1948 yılında Kegel tarafından tarif edilmiştir (67, 74, 119, 120, 121, 122, 131). Literatür, pelvik taban kas egzersizinin stres ve karışık tip Üİ'ı olan hastalarda ilk tedavi seçeneği olarak denenmesi gerektiğini belirtmektedir (123, 124). Karışık tipte Üİ'ı olan hastalarda öncelikle baskın olan belirti tedavi edilmelidir. İlk tedavi tekrar değerlendirmeden önce 8-12 hafta sürdürülmelidir (125).

Pelvik kas egzersizi pelvik taban kaslarının tekrarlanabilir, yüksek yoğunlukta kontraksiyonlarından meydana gelir (120). Pelvik taban egzersizinin amacı pelvik taban kas gücünü arttırarak, üretral kapanma basıncında artış sağlamak ve pelvik organ desteğini geliştirmektir (74, 120, 122, 123, 124, 126). Pelvik kas egzersizi üretraya mekanik basınç artışı yaratıldığında symphysis pubis karşısında üretraya da basınç uygulayacak ve

karın içi basıncında artış boyunca üretral alçalmayı önleyecektir (120, 122). Pelvik taban kas egzersizi yapacak hastaların bilişsel bir yetersizliği olmamalı, egzersiz programını tamamlama konusunda motive olmalı ve pelvik taban nörolojik olarak hasara uğramış olmamalıdır (120).

Egzersizler oturma, uzanma ve ayakta dururken yapılabilir. Bir egzersiz hem sıkma hem de gevşetmeyi içerir. Günlük egzersiz programı hızlı ya da iki saniyelik kontraksiyondan sonra beş saniye ya da daha uzun süreli destekleyici kontraksiyon içermelidir (120, 127). Altı-sekiz haftada 10 saniyeye ulaşmaları gerekmektedir (121). Kaslara kontraksiyon süresi kadar, gevşeme süresi verilmesi önerilmektedir (120, 123). Her bir kasın sıkma arasında tamamen gevşemiş olduğundan emin olunmalıdır (120). Kontraksiyon sırasında nefes tutulmamalıdır. Gluteal bölge, abdominal ve uyluk kasları kasılmamalıdır (131, 67, 119, 120). Fakat standardize edilmiş bir tedavi programı yoktur (123). Yapılan kontraksiyonların sıklığı her saat başı 10 tekrardan, günde 3–10 kez yapılan kontraksiyon serilerine kadar değişiklik göstermektedir. Çalışmalardaki egzersizlerin toplam sayısı her gün için 30 egzersizden 200 egzersize kadar değişiklik göstermiştir (122). Pelvik taban güç eğitimi kas gruplarının kortikal farkındalığını arttırarak, kaslardaki bağ dokuları güçlendirerek ve aktif motor nöronların daha etkin olmasını sağlayarak kas liflerinin hipertrofisine yol açar (128). İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkilerinin ortaya çıkmaya başladığı, altı-sekiz haftada şikayetlerde azalma görüldüğü, altıncı ayda düzelme olduğu bildirilmiştir (67, 119).

Ayrıca, birçok pelvik taban kas gücü geliştirme programı öksürme, hapsirme ve kaldırma gibi fiziksel stresörlerden önce eş zamanlı olarak levator kontraksiyonlarının yapılmasının öğretilmesi gerektiğini belirtmiştir. Temel ve işlevsel anatomi üzerindeki araştırmalar, eş zamanlı levator kontraksiyonunun, üriner sızıntıyı önlemede verimli bir uygulama olduğunu ve SÜİ de ek üretral destek vermek için kullanılabileceğini belirtmektedir (128). Miller ve ark.'nın yaptığı randomize kontrollü çalışmada, bireylere öksürükten önce ve öksürük sırasında pelvik taban kaslarını kasmaları

öğretilmiştir. Pelvik taban kas egzersizi yaptırılmamıştır. Hastalara bir hafta boyunca pelvik taban kaslarını öksürürken sıkmaları söylenmiştir. Pelvik taban kasını sıkarak, orta ve derin bir öksürükte üriner sızıntının %98.2-%73.3 azaltıldığı belirlenmiştir (129).

2.3.8.1.2. Vajinal Konlar

Vajinal konların ağırlıkları 20-90 gram arasında değişir. Hem egzersizi öğrenmek için hem de kas gücünü artırmak için kullanılabilirler. Günde iki kez, 10 dk, daha sonra 20 dk tutulur. Kas gücü artıkça ağırlık artırılır. Gözetim gerektirmeden uygulanabilme avantajı vardır (98).

2.3.8.1.3. Biofeedback

Prob ya da yüzey elektrodları hastaların, normalde bilinçsiz yapılan spesifik kas kontraksiyonlarının süresini ve gücünü görsel ve işitsel uyarılar olarak farketmesini sağlarlar. Yapılan çalışmalarda pelvik taban egzersizleri ile kombine edildiğinde Üİ'da %50-82 iyileşme sağladığı saptanmıştır (98). Biofeedback haftada üç kez 25-35 dk uygulanır, 10-20 seans sonunda istenen cevap elde edilir, program pelvik taban kas egzersiziyle devam etmelidir (67, 119).

2.3.8.1.4. Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES)

Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon, vajina ya da rektuma bir elektrot yerleştirilerek yapılan, pelvik taban kaslarının elektriksel stimülasyonudur. İlk kez 1963'te Coldwell tarafından denenmiştir (74). Elektrik stimülasyonunda alçak frekanslı bir akım olan faradik akım veya orta frekanslı bir akım olan interferansiyel akım kullanılır (67, 119, 122). Faradik akımla ağrı çok olduğu için bu yöntem terkedilmiştir. Orta frekanslı akımların yayılımı daha düzenlidir ve daha derine nüfuz eder. İnterferansiyel akım uygulaması elektrot ya da vajinal prob ile yapılabilir. Vajinal prob daha çok tercih edilmektedir. Vajinal probun iyice yerleştirilmesi tedavinin etkinliği açısından önemlidir. Sıkışma inkontinansında mesane kontraksiyonlarını inhibe etmek için frekans

5-10 Hz olmalıdır. Stres idrar inkontinansında üretra kontraksiyonu sağlanmalıdır, frekans 10-50 Hz arasında değişir. 5 saniye stimüle edilir, 10 saniye dinlenilir. Zayıf kaslarda dinlenme süresi daha uzundur. Haftada 2 veya 3 seanstan toplam 16-18 seans uygulanır. Toplam tedavi süresi 20-30 dakikadır. İlk seanslarda ve sıkışma inkontinansında tedavi süresi daha kısadır, 15 dk aşılmamalıdır (67, 119). Elektrik stimülasyonunun; obesitede, ilerlemiş Üİ vakalarında, prolapsus varlığında, menstruasyon süresince, hamilelikte ve hamilelik süphesinde, malignite, infeksiyon varlığı ve pace maker varlığında kullanılmaması gerekir (119).

2.3.8.1.5. Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi alt üriner sistemde fonksiyonel bozukluğu olan kadınların tedavisi için (74, 122) ilk kez 1966'da Jeffcoate ve Francis tarafından tanımlanmıştır (122). Mesaneyi eğitmenin amacı, sık idrara gitme alışkanlığını düzeltmek, acil idrara gitme ihtiyacında mesanenin kontrol yeteneğini geliştirmek, idrar yapma aralıklarını uzatmak, mesane kapasitesini arttırmak, Üİ sıklığını azaltmak ve mesane fonksiyonlarının kontrolünde hasta güvenini sağlamaktır (126, 130).

Mesane eğitimi işeme sıklığı, sıkışma ve detrusor instabilitesi ile mesane hipersensitivitesinin neden olduğu sıkışma inkontinansında yararlıdır (67). Mesane eğitimi programında çeşitli dönüşümler yapılır. Uyanık olunan saatlerde 30 dakikadan 2 saate kadar çeşitli aralıklarda idrar yapma düzenlenebilir, fakat en yaygın aralık bir saattir (122). Mesane eğitimi programına 6-12 hafta kadar devam edilir (131). İdrar yapma aralıkları her hafta (67), 15 ile 60 dk arasında arttırılır (122). Amaç idrar yapma aralığını 3-4 saate çıkarmaktır (74, 131).

2.3.8.1.6. Mekanik Araçlar

Vajinal pesseler SÜİ'ı engellemek için kullanılmaktadır. Pesseler mesane tabanını stabilize ederek ve fonksiyonel üretral uzunluğu arttırarak kontinansı sağlayabilir. İrritasyon ve üriner infeksiyon nedeniyle kullanımları

sınırlıdır. Komplikasyonlar basit vajinal hijyen ve düzenli kontrollerle minimuma indirilebilir (131).

2.3.8.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç yönetimi, inkontinans için uygun bir tedavi seçeneğidir (124). İlaç tedavisi, diğer konservatif tedavilere kombine edilebilir (74, 124). Alt üriner sistemin iki temel fonksiyonu vardır: idrar depolama ve boşaltma. Bu nedenle farmakolojik tedaviyi iki gruba ayırarak inceleyebiliriz; mesane boşalmasının kolaylaştırılması, depolama fonksiyonunun kolaylaştırılması (131).

2.3.8.2.1. Mesane Boşalmasının Kolaylaştırılması

Mesanenin tam olarak boşalmamasının nedenleri azalmış kontraktilite, artmış çıkış rezistansı veya bu iki faktörün kombinasyonudur. Bu nedenle kullanılan ilaçlar aşağıdaki gibidir.

İntravezikal basıncın artırılması veya mesane kontraksiyonunun kolaylaştırılması için kullanılan ilaçlar parasempatomimetikler, prostoglandinler, inhibisyon blokörleri ve opiot antagonistlerdir. Çıkış direncinin azaltılması için, alfa adrenerjik antagonistler, benzodiazepinler, baklofen, dantrolen ve diğer potansiyel non-spesifik tedaviler, kullanılmaktadır (112).

2.3.8.2.2. Depolama Fonksiyonun Kolaylaştırılması

Depolama fazında mesane hiperaktivitesi, istemsiz kontraksiyonlar veya azalmış komplians ile kendini gösterebilir. İstemsiz kontraksiyonlar en sık olarak mesane duvarını irrite eden inflamatuvar durumlar nedeniyle, mesane çıkış obstrüksiyonu veya idiyomatik olarak ortaya çıkar. Azalmış komplians ise nörolojik hasar veya mesane duvarının elastik ve viskoelastik özelliklerinin bozulması halinde görülür.

Mesane kontraktilitesinin azaltılması için antikolinergik ajanlar, propantelin bromid, muskulotropik gevşeticiler, kalsiyum antagonistleri, potasyum kanal açıcıları, prostoglandin inhibitörleri, beta adrenerjik

agonistler, trisiklik antidepresanlar, dimetilsülfoksit, polisnaptik inhibitörler ve diğer potansiyel ajanlar kullanılmaktadır (132).

Çıkış direncinin artırılması için alfa adrenerjik agonistler, beta adrenerjik antagonistler ve agonistler, östrojenler ve selektif serotonin ve noradrenalin reuptake inhibitörü kullanılmaktadır (121, 132, 133).

2.3.8.3. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Stres inkontinansının temel tedavi şekillerinden birisi de cerrahidir (134) ve günümüze kadar 200'ü aşkın operasyon çeşidi tanımlanmasına (134, 135) karşın hiçbir cerrahi yöntem tam başarıya ulaşmamaktadır (134). Operasyondan önce hasta değerlendirilerek en uygun operasyon yöntemine karar verilmelidir.

2.4. Yaşam Kalitesi

Kalite kavramını, bir ürün ya da hizmetin belirli gereksinimleri karşılayabilme özelliklerinin tümü olarak tanımlayabiliriz. Yaşam kalitesi kavramı sezgi ile anlaşılmasına karşın sosyal bilimciler, sağlık hizmetleri çalışanları ve klinisyenler için tanımlaması zordur. Bu kavram bilimsel makale yazarları tarafından önceleri sıklıkla açık tanımlanılmaksızın kullanılmıştır. Ancak günümüzde yaşam kalitesinin açık bir şekilde tanımlanması gerektiği savunulmaktadır (131, 136, 137).

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (28, 138).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQOL) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir (138). Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (138, 139).

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” ile tanımlanmıştır. Hoernquist; yaşam kalitesini

fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda doyum sağlama ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (140). Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin bileşiminden oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (141). Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (136).

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler (141):

- a) Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi),
- b) Çok boyutluluk,
- c) İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile oluşan etkileşimden etkilenmesi),
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamdaki olaylara uyum göstermesi

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını, yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır (142).

2.4.1. Yaşam Kalitesi Alanları

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler (143);

2.4.1.1. Fiziksel Sağlık

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

2.4.1.2. Psikolojik Durum

- Pozitif düşünceler

- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

2.4.1.3. Bağımsızlık Düzeyi

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma
- Çalışma kapasitesi

2.4.1.4. Sosyal İlişkiler

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

2.4.1.5. Çevresel Özellikler

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilme ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (Hava kirliliği, gürültü, trafik iklim)

2.4.1.6. Maneviyat İle İlgili Özellikler

- Ruhsal / dinsel / kişisel inançlardır.

2.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Üriner inkontinansı olan hastalar yaş, sosyo-kültürel durumlarındaki ve genel sağlıklarındaki farklılıktan dolayı semptomlarını hafif ya da ciddi olarak tanımlarlar. Bu nedenle bu tür hastalar için hazırlanmış standart bir

form geliştirilmedikçe Üİ'nin yaşam kalitesine olan etkisi doğru bir şekilde saptanamaz. Yaşam kalitesi ölçekler Üİ'nin birey için sorun olma derecesini yansıtır (132, 144). Ayrıca klinik parametrelerdeki objektif değişiklikler takip edilerek hastalardaki değişimlerin belirlenmesine yardımcı olur.

Yaşam kalitesini ölçen iki tür ölçek vardır.

1. Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri
2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

2.4.2.1. 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 (145, 146). 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.

2.4.2.2. 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 (145, 146).

Üİ'la ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- Incontinence Impact Questionnaire (Whyman 1987)
- Urogenital Distress Inventory (Shumaker, Whyman 1994)
- Symptom Impact Questionnaire (Black 1996)
- Incontinence-Quality of Life (I-QQL) (Wagnerwork 1996)
- King's Health Questionnaire (Kelleher 1997) yer alır.

2.4.3. Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi

Üriner inkontinans her yaşta kadını etkileyen, yaygın olarak görülen, yaşamı olumsuz yönde etkileyen sosyal ya da hijyenik bir hastalıktır. Üİ değişik nedenlerden dolayı meydana gelen kompleks bir problemdir. Kişinin sadece tıbbi bir sorunu olmayıp aynı zamanda fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Kişinin sağlık durumunu gösteren ölçütlerin bileşimi anlamına gelir (145,146).

Üriner inkontinans doğrudan yaşamı tehdit etmemesinin yanısıra kadının aile içi ve sosyal yaşantısını, fiziksel ve psikolojik durumunda olumsuz yönde etkiler (8, 147)

2.4.4. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkileri

Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkilerini aşağıda belirtildiği şekilde sıralayabiliriz;

Fiziksel: bakteriyel infeksiyonlar, fungal infeksiyonlar, selülit, Cilt infeksiyonları, dekibüt ülserler, düşme ve kırıklar, seksüel disfonksiyon (147, 148).

Psikolojik: stres, depresyon, kendine karşı olan güven ve saygıyı kaybetme, utanma duygusu, bağımlılık (147, 148)

Sosyal: sosyal izolasyon, kişisel aktivitelerin azalması, aile bireyleri veya bakmakla yükümlü kişiler üzerinde olumsuz etkiler, yaşlı bakım evlerinde yatırılma endikasyonu (147, 148)

Ekonomik: kullanılan gereçler (pedler, kateterler, cilt temizleme solüsyonları v.b), çamaşır yıkama giderleri (147).

Üriner inkontinansın neden olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşlı bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Üİ olan yaşlıların %16'sında yaşam kalitesinde azalma ve %10'unda korku ve izolasyon varlığını bildiren çalışmalar vardır. Yaşlıların % 35'i Üİ nedeniyle yaşamlarının belirgin olarak olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (71). Arıkan ve ark. yaptıkları çalışmada Üİ'ı olanlardan %56'sının inkontinansın günlük

yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, %32'si hafif derecede, %12'si de önemli derecede etkilediğini bildirmiştir (21). Yaşlılarda Üİ'nin özellikle enstrumental günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel kayba sebep olduğu kanıtı dayalı olarak gösterilmiştir (22, 37). Engstrom ve ark. çalışmasında Üİ'si olan yaşlıların Üİ'ı olmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır (23). Simenova ve ark. inkontinant kadınların % 14'ünün diğer insanlarla bir araya gelmekten çekindiğini, %10'unun inkontinant korkusu ile alışverişe çıkamadığını ve %19'unun da spor yapmaktan kaçındığını saptanmışlardır (24).

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 (27).

2.5. Depresyon

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (28).

Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, depresyonun toplumun %20'sini etkilediğini göstermektedir. Depresyon sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (150).

Depresif bozuklukların en karakteristik belirtisi depresif duygu durumudur. Depresif bozukluklarda, depresif duygu durumu dışında ilgi

yitimi, etkinliklerden zevk alamama, iştahsızlık ya da iştah artışı, zayıflama ya da şişmanlama, uyku sorunları, psikomotor ajitasyon, halsizlik / güçsüzlük, enerji yitimi, değersizlik duygusu, suçluluk duygusu, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşünceleri gibi belirtilere sık rastlanmaktadır (151).

Depresyon tanısının konulabilmesi için en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşlılarda depresyonun şiddetini anlamak için Geriatrik Depresyon Ölçeği'nden faydalanılabilir (32, 152, 153).

2.5.1. Yaşlılarda Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu bozukluk yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindendir. Zihin süreçlerinde genel olarak yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır (154, 155).

Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur ve bu yaş grubunda en sık rastlanan ruhsal sorundur. Önemli yeti yitimlerine neden olur, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır, beden hastalığının gidişini olumsuz yönde etkiler, intihar ve beden hastalıklarına bağlı ölümleri artırır ve sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini artırır. Depresif yakınmaları olan yaşlı bireyler sağlık kurumuna depresif yakınmaları olmayan bireylere göre 2-3 kat daha fazla başvurumaktadırlar (156, 157).

Depresyonu olan yaşlı bireylerin topluma uyumları bozulur ve günlük yaşam uğraşlarını, bakım ve temizliklerini yapmaları zorlaşır. Wada yaşlı depresiflerde yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında, depresif yaşlılarda yaşam kalitesini depresif olmayan yaşlılardan anlamlı derecede düşük bulmuştur (158). Depresyon kolaylıkla tedavi edilen bir hastalık olmakla birlikte aynı kolaylıkla tanınmaz; olgular beden yakınmalarını depresif duygu

durumuna göre daha kolay anlatırlar ve aynı zamanda demans ve diğer beden hastalıklarının varlığı tanıyı güçleştirir (159). Yaşlılardaki depresyon, yaşlanmanın doğal sonucu ya da toplum uyumsuzluğu olarak da değerlendirilir. Bilişsel yetersizlik eklenmedikçe ya da intihara yol açmadıkça tanınmadan ve tedavi edilmeden doğal seyrine terk edilir (160). Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması onların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırabilmekte ve erken ölümleri önleyebilmektedir (157).

2.5.2. Yaşlılarda Depresyon Epidemiyolojisi

Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM) sınıflamasına göre; yaşlı bireylerde depresif belirtilerin sıklığı %8-35 arası majör depresyon görülme sıklığı ise % 0.8-2.9 arasında gösterilmiştir (161). Yaşlılık döneminde görülen depresyonun yaygınlığı, çalışmaya alınan yaşlı grubun özelliğine, çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre % 1-60 arasında değişmektedir (162, 163). Depresif belirtileri değerlendirme ölçekleri ile toplumun genelinde tarama amaçlı yapılan çalışmalarda yaşlılarda görülen depresif belirti sıklığı % 11 ile % 48 arasında bulunmuştur (164). İzmir'de topluma dayalı olarak yapılan bir çalışmada (29) 65 yaş ve üzeri yaşlılarda majör depresyon sıklığı % 6 ve depresif belirtiler % 11, Trabzon'da yapılan bir çalışmada toplumda % 29, kurumsal bakım gören yaşlılarda % 41 bulunmuştur (35). Ankara'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada da depresyon sıklığı huzurevinde yaşayan yaşlılarda % 48.1, evde yaşayan yaşlılarda % 24.3 ile, Trabzon çalışmasına benzer sıklıklarda belirlenmiştir (36). Maral ve ark. tarafından Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada depresyon sıklığı, huzurevinde yaşayan yaşlılarda %48.1, evde yaşayanlarda %24.3 olarak saptanmıştır (36).

2.5.3. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlılarda Depresyon

Yaşlanma süreci, insanın fiziksel ve mental olarak gerilediği, güç ve toplumsal rol açısından da yitimlerin olduğu dönemdir. Yaşlılıkla ilgili sorunların tıbbi ve toplumsal yönü önemlidir (165). Yaşlının biyolojik yapısı, deneyimleri, sorunlarla başa çıkma yöntemleri, fiziksel sağlığı, ekonomik koşulları, toplumdaki yeri, desteklenmesi, yalnız yaşaması psikolojik sağlığını etkiler ve bu etkiler sonucu depresyon yaşlılarda sıklıkla ortaya çıkabilmektedir.

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzeyde olmak, dul olmak, yalnız yaşamak, bilişsel bozukluğun varlığı, fiziksel hastalık ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik gibi etkenlerin yaşlılarda depresyon oluşumuna zemin hazırladığı gösterilmiştir (29-31).

Literatürde inkontinansı olan kadınların inkontinansı olmayanlara göre depresyona daha yatkın, anksiyete düzeylerinin daha yüksek, kendine güvenlerinin düşük ve sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda Üİ'nin utanma ve kendine güvende azalmaya, kadınların yaşantılarında özellikle de eş ve iş ilişkilerinde bağımlılığa, ciddi engellere neden olduğu ve stres yaratıcı bir durum olarak algılandığı belirtilmiştir (18, 25-27, 73).

Üriner inkontinansı olan yaşlılarda depresif semptomlar %50'lere yakın ve majör depresyon sıklığı %20-25 arasındadır (20). Üriner inkontinans major depresyon riskini bağımsız olarak 4.5 odds oranı ile arttırmaktadır. Başka bir çalışmada depresyonun inkontinansı olan yaşlılarda iki kat daha sık görüldüğü belirlenmiştir (20, 149). Ateşkan ve ark. ülkemizde yaşlılarda yaptığı çalışmada Üİ nedeni ile utanma, sosyal izolasyon, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin kadınlar arasında %61.8 olduğunu belirlemişlerdir (8). Macauley ve ark. da Üİ'ı olan hastaların anksiyete skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (38).

2.6. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Üriner inkontinans bütün yaş grubundaki insanları etkileyen bir sorun olmakla birlikte özellikle yaşlı bireylerde sık görülen ve bireye sıkıntı yaratan bir durumdur. DSÖ verilerine göre inkontinansın yaşla birlikte arttığı ve gelecekteki dünya yaşlı nüfusu için önemli bir sorun olacağı bildirilmektedir. Alt idrar yolu fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler, mesane kasları ve ligamentlerdeki relaksasyon sonucunda kontrolsüz ya da istem dışı idrar kaybı gelişebilmektedir (6, 7).

Dünya genelinde Üİ prevalansı toplum içinde yaşayan yaşlılarda %8 ile %34 arasında bildirilmekte olup, bu sıklık yaşlı bakımevinde kalan yaşlılarda %70'lere kadar ulaşmaktadır (8, 9, 10).

Ülkemizdeki kadınların çoğu çok ve sık doğum yaptığundan, önemli bir kısmında pelvik destek yapıların gevşemesine bağlı kadın sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi anlamda etkileyen Üİ sık görülmektedir (11).

Üriner inkontinans fiziksel olarak, ciltte maserasyon ve irritasyon bulgularından, bası yaralarına kadar değişen yelpazede cilt lezyonlarına yol açabildiği gibi, tekrarlayan üriner sistem infeksiyonlarına da neden olabilmektedir (16). Ayrıca yaşlılarda diğer bir önemli sorun olan düşmelere de yol açabilmektedir (17). Yaşlılarda tuvalete yetişememe şeklinde yakınmayla giden sıkışma tipi inkontinansa ve karışık inkontinansa daha sık düşme ve kırıklara rastlanmaktadır. Yaşlıda idrar kaçırmanın tedavisi ile düşmelerin azaltılabileceğine ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Düşmenin idrar kaçırması olan yaşlılarda %55 gibi yüksek sıklıkta olduğu ve 3 yıllık izlemde % 8'lerde idrar kaçırma ile ilişkili kırık olduğu saptandığı bildirilmiştir. Üriner inkontinans aynı zamanda psikolojik ve sosyal birçok sorunun da gelişmesine neden olabilmektedir. Utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerle birlikte, kendine olan güvenin azalması nedeniyle sosyal aktivitelerde azalma, sosyal izolasyona ve aile içi ilişkilerde bozulmaya yol açabilmektedir (18, 19). İntihar eden yaşlıların geriye dönük

incelendiği geniş sayıda yaşlıyı içeren bir çalışmada idrar kaçırma varlığı, intihar edenlerde daha sık saptanmıştır (166).

Bireyi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen Üİ, bakım veren aile bireyleri ve sağlık personeli açısından da sevimsiz ve zahmetli bir durumdur. ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde, Üİ yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede, önemli sebeplerden birisidir (8, 39). Yapılan bir çalışmada idrar kaçırma sebebi ile bakımevine yerleştirilmeye atfedilen risk hesaplanmış ve idrar kaçırmanın bu konudaki katkısı erkeklerde % 10 ve kadınlarda % 6 olarak saptanmıştır (149).

Üriner inkontinans, aynı zamanda pahalı bir sağlık sorunudur. ABD'de 1987'de Üİ için harcanan toplam paranın 10 milyar dolardan fazla olduğu bildirilmektedir. Bu rakam, o dönemde diyaliz ve koroner by-pass cerrahisi için harcanan paraların toplamından fazladır (8, 40). Yine ABD' de Üİ'a bağlı direkt ve indirekt maliyetler 2000 yılında 12 milyar dolar, 2005 yılında ise 26 milyar dolar olarak bildirilmiştir (41).

Son yıllarda sağlık personeli tarafından, Üİ'a yönelik dikkatlerin artmasına rağmen Üİ bulguları bulunan bireylerin herhangi bir nedenden dolayı sağlık kurumuna başvurmadıkları belirlenmiştir (70, 167, 168). Dünyada çoğu kadın Üİ'in yarattığı tüm bu sorunlara rağmen, ya Üİ bulguları görüldükten yaklaşık beş yıl sonra herhangi bir sağlık kurumuna başvurmakta ya da hiç başvurmamaktadır. Literatür kadınların konsültasyon amaçlı sağlık kurumuna başvurma sıklığını %6 ile %34 olarak belirtmektedir (167).

Ülkemizde ise Ateşkan'ın yaptığı çalışmada, Üİ nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı tüm grup için %14.6 iken, erkeklerde (%27.3), kadınlara göre (%11.1) anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (45). Üİ tedavi edilebilir bir durum olmasına rağmen vakaların yaklaşık %38-50'si sağlık personeli tarafından bilinmemektedir (70, 169).

Literatürde kadınların sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri arasında utanma, sorunları doğum sonu ya da yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan normal bir durum olarak algılama veya görülen inkontinans bulgularını önemsememe olarak gösterilmektedir (8, 42, 27, 43, 44). Kadının bu konuyu

mahrem kabul ederek sağlık kurumuna başvurmaması psikolojik ve sosyal sorunlarını arttırabilmektedir (45).

Hemşireler, cinsiyet avantajı nedeniyle kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınların sağlık problemlerini daha fazla paylaşabilmektedirler (46). Yukarıda da ifade edildiği gibi Üİ bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Bunlardan en önemlileri de yaşlı bireyin yaşam kalitesinin düşmesi ve depresyondur. Yaşlı kadınlarda görülen Üİ ile düşük yaşam kalitesi ve depresyon arasında ilişki olabileceği düşünöldüğünde Üİ'n fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerinin azaltılmasıyla bireyin yaşam kalitesinin yükseltip, depresyonun azaltılabileceği düşünölmektedir (46).

Hemşireler Üİ'sı olan hastanın tedavisinde sıvı/diyet ile ilgili değişiklikler, mesane eğitimi/tuvalete gitme programları, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, elektriksel stimölasyon, elektromanyetik sandalye ve tibial sinir uyarısı ile nöromodölasyon gibi tedavi yöntemlerini uygulamakla görevlidirler (49). Hemşireler inkontinans sorununun çözümünde, evde bakım uygulamalarında, maliyetin azaltılmasına ve bakımın kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadırlar (50). 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 (51).

Sonuçta hemşirelerin Üİ'n saptanmasından, tedavi edilip bireyin bağımsızlığını kazanmasına kadar olan aşamada araştırıcılık, eğitim verici, danışmanlık, bakım verici, destekleyici ve yol gösterici rollerini kullanarak bireylerin yaşam kalitesini arttırmadaki rolleri yadsınamaz (47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, üriner inkontinansı olan 65 yaş üzerindeki kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Devlet Hastanesi ile Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde bulunan dahili (dahiliye, nöroloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kardiyoloji, cildiye) ve cerrahi (genel cerrahi, ortopedi, göz) kliniklerinde yapılmıştır.

Mersin Devlet Hastanesi 500 yataklı bir hastane olup, yatan hastaların %65'yakını 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır.

Mersin Toros Devlet Hastanesi 300 yataklı bir hastanedir ve hastaların %60'ını 65 yaş ve üstü kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin ili sınırları içinde yer alan Mersin Devlet Hastanesi ve Toros Devlet Hastanesi'nde 15 Aralık 2008- 27 Şubat 2009 tarihleri arasında yatarak tedavi gören üriner inkontinansı olduğunu ifade eden 65 yaş ve üstü 124 kadın oluşturmuştur. Hastalara idrar kaçırıp kaçırmadıkları sorulmuş idrar kaçırdığını ifade eden tüm hastalar Üİ'ın tipini ve şiddetini ayırt etmeden örnekleme alınmıştır. Bu hastalara hekim tarafından Üİ tanısı konmamıştır.

3.5.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, Mersin Devlet Hastanesi ve Toros Devlet Hastanesi'nde 15 Aralık 2008- 27 Şubat 2009 tarihleri arasında yatan fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya istekli, üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü 124 kadın hasta oluşturmuştur.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1.Veriler Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, üriner inkontinansı olan hastaları tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi” (Incontinence Quality of life scale) ve depresyonu değerlendirmek amacı ile uygulanan “Kısa Geriatrik Depresyon Skalası” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1.Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri hasta kadınların yaşam kalitesi ve depresyon 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”e ilişkin 9 ve “Hastalık ve Tedavi ile İlgili Özellikler”e ilişkin 12 soru bulunmaktadır.

3.6.1.2. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği

Üriner İnkontinansı 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 (170).

I-QOL 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). I-QOL'da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) (170, 171) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanmaktadır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (170, 171).

Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında, I-QOL'ın 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 (171).

Ülkemizde, I-QOL'ın geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. Özerdoğan'ın çalışmasında I-QOL'ın 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 Alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (170).

3.6.1.3. Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatric Depresyon Ölçeği Yesavage tarafından yaşlı hastalarda depresyonun değerlendirilmesi amacıyla özel olarak geliştirilmiştir. Ölçek hem hasta hem de hasta yakını tarafından doldurulabilmektedir. Depresyon durumunu değerlendirmek için, Yesavage ve ark. tarafından (1983) geliştirilen ve Burke ve ark. tarafından 15 soruluk kısa formu geliştirilen geriatrik depresyon ölçeğinin (GDS) (172), Türk toplumunda güvenilirliği Aktürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (173).

Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği toplam 15 soru içermektedir. 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan toplanması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir.

3.6.2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Toros Devlet Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzeri, 10 hastaya 15 Aralık 2008-20 Aralık 2008 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda yaşlı bireylerde görme kaybının yaygın olması ve okur – yazarlık oranının düşük olması gibi nedenlerden dolayı araştırmada kullanılan formların araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulanması amacı ile araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak Mersin Devlet Hastanesi ve Mersin Toros Devlet Hastanesi Başhekimlik ve Başhemşireliklerinden resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması 15 Aralık 2008- 27 Şubat 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalara ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda onamları alınmıştır. Hastaların daha rahat yanıt verebilmeleri amacıyla formlar tüm hastalara araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bireylerin formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu'nda 15 – 20 dakika, Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeğinde 20 – 30 dakika ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği'nde ise 20– 25 dakika arasında değişmiştir. Kişisel Bilgi Formunda yer alan dosya numaraları hastaların dosyalarından elde edilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler iki bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılıma sahip değişkenler için student t, normal dağılmayanlar için Mann Whitney U testleri, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılan değişkenler için ANOVA ve normal dağılıma sahip olmayan değişkenler için Kruskal wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılım kontrolü için Shapiro Wilk's testi kullanıldı. Tanıtıcı istatistik olarak frekanslar, ortalama±standart sapma değerleri verilmiştir. Analizlerde Medcalc version 10.4.4 ve SPSS for Windows 11.5 paket programları kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan 65 yaş ve üzeri 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.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo – demografik, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerine göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile üriner inkontinansa ilişkin özelliklerini içeren bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4. 1. Kadınların Sosyo – Demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SİP Ort±SD	I-QOL Ort±SD	
Yaş							
65-74	90	72.59	19.82±7.46	25.71±10.09	12.41±5.64	57.94±21.58	7.92±4.02
75 yaş ve üstü	34	27.41	17.26±6.84	25.70±9.72	12.02±5.21	55.00±19.86	9.26±3.30
p			0.084	0.998	0.732	0.490	0.084
Medeni Durum							
Evli	60	48.4	19.08±7.73	25.11±10.72	12.28±5.92	56.48±22.85	7.93±4.07
Dul/Boşanmış	64	51.6	19.15±7.06	26.26±9.22	12.32±5.14	57.75±19.46	8.62±3.68
p			0.956	0.523	0.964	0.740	0.323
Eğitim Durumu							
Okur – yazar değil	88	71.0	17.55±6.07 ^a	24.09±9.12 ^b	11.50±4.71 ^b	53.14±17.96 ^b	9.28±3.28 ^a
Okur – yazar	15	12.1	25.20±10.15	31.20±11.21	16.00±6.72	72.40±26.99	5.93±4.58
İlköğretim	21	16.9	21.33±7.54	28.57±10.79	13.04±6.68	62.95±23.26	5.80±3.98
p			0.004**	0.021*	0.049*	0.008**	0.001**

* **p<0.05** (a): “Okur-yazar ” ve “İlköğretim” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı
** **p<0.01** (b): “Okur-yazar” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Çizelge 4. 1. (Devam) Kadınların Sosyo – Demografik Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo – Demografik Özellikler	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SiP Ort±SD	IQOL Ort±SD	
Gelir Durumu							
Gelir gidere denk	47	37.9	20.91±8.29	28.17±10.18	13.51±5.69	62.59±22.30	7.17±4.24
Gelir giderden az	77	62.1	18.02±6.54	24.20±9.57	11.57±5.30	53.80±19.72	8.97±3.48
p			0.045*	0.031*	0.057	0.024*	0.016*
Oturduğu konutun tipi							
Apartman dairesi	43	34.7	20.02±8.31	27.79±10.56	12.72±6.12	60.53±23.86	7.25±4.28
Müstakil	81	65.3	18.64±6.81	24.60±9.50	12.08±5.18	55.33±19.37	8.83±3.55
p			0.322	0.090	0.565	0.223	0.030*

* p<0.05

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo – demografik özellikleri ve bu özelliklerin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek ve toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.1 'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 71.5 (65-93) idi. Yaş ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçek puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r:0.214$, $p>0.05$). 65-74 yaş grubundaki kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları 75 yaş ve üstü bireylere göre yüksek, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı ise düşük bulunmuş ancak gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin % 48.4'ü evli, % 49.2'sinin eşi vefat etmiş ve % 2.4'ü eşinden ayrılmıştır. Evli bireylerin İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçek puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı boşanmış / eşi vefat etmiş bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan kadınların % 71'i okur – yazar değildi. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve alt ölçek puanları en yüksek olan grubu okuryazar olan hastalar oluşturmaktadır. Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı en yüksek olan ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve alt ölçek puanları en düşük olan grubu okuryazar olmayan hastalar oluşturmaktadır. Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı en düşük olan grubu ilköğretim mezunu olanların oluşturduğu belirlenmiştir. Davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanı ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı için yapılan çoklu değişkenlerin önemlilik kontrolünde okur – yazar olmayanlar ile diğer gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve

psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanları için yapılan çoklu değişkenlerin önemlilik kontrolünde okur – yazar olmayanlar ile okur yazar olanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İlköğretim mezunu olan hastaların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanları okur–yazar olanlara göre daha düşük bulunmuş, fakat gruplar arası farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamındaki yaşlı kadınların tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir durumları incelendiğinde % 37.9'unun gelirinin giderine denk olduğu ve % 62.1'inin ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede geliri giderine denk olan kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması ile psikososyal etkilenme alt ölçek puanlarının yüksek, geriatrik depresyon ölçeği puanının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Geliri giderine denk olan kadınların sosyal izolasyon alt ölçek puanının geliri giderinden az olanlara göre daha düşük olduğu saptanmış ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Örnekleme alınan yaşlı kadınların %65.3'ünün müstakil evde, %34.7'sinin apartman dairesinde oturduğu belirlenmiştir. Müstakil evde oturan bireylerin geriatrik depresyon ölçeği puanının apartman dairesinde oturanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Müstakil evde oturan bireylerin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının apartman dairesinde oturanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4. 2. Kadınların Birlikte Yaşadığı Bireyler ve Bireylerle İlişkilerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Birlikte Yaşadığı Bireyler	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SİP Ort±SD	I-QOL Ort±SD	
Yalnız	25	20.2	18.84±7.83	23.56±9.39	10.52±5.09	52.92±20.37	8.88±3.76
Eşi ile birlikte	59	47.6	19.20±7.74	25.27±10.75	52.92±20.37	56.88±22.83	7.91±4.10
Çocukları ile birlikte	40	32.3	19.17±6.63	27.70±8.89	56.88±22.83	60.15±18.74	8.47±3.63
P			0.978	0.239	0.144	0.405	0.547
Birlikte Yaşadığı Bireylerle İlişkileri							
İyi	82	66.7	19.89±7.55	25.37±10.00	12.39±5.76	57.65±21.67	7.54±3.76
Orta	34	27.6	17.32±6.09	26.79±9.54	11.97±4.82	56.08±18.70	9.58±3.68
Kötü	7	5.7	20.14±9.75	25.85±12.37	13.28±6.57	59.28±27.43	9.85±4.14
P			0.218	0.787	0.837	0.907	0.017*

* p<0.05

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların birlikte yaşadığı bireyler ve bu bireylerle olan ilişkileri ile Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek ve toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.2 'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %47.6'sı eşi ile, %32.3'i çocukları ile birlikte ve %20.2'si yalnız yaşamaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yalnız yaşayan kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları en yüksek, eşi ile birlikte yaşayanların ise en düşük bulunmuştur. Yalnız yaşayan bireylerde Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları diğer gruplardaki kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Çocuğunun yanında yaşayan kadınlarda Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları eşi ile yaşayanlara göre daha yüksek davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanı ise daha düşük olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında belirlenen tüm bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Örneklemeye alınan yaşlı kadınların birlikte yaşadığı bireylerle olan ilişkilerinin % 66.7'sinin "iyi", % 27.6'sının "orta" ve % 5.7'sinin "kötü" düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda birlikte yaşadığı bireylerle ilişkileri "iyi" olan yaşlı kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması ve sosyal izolasyon alt ölçek puanları ilişkileri "orta" olan bireylere göre daha yüksek, psikososyal etkilenme alt ölçek puanının ise daha düşük olduğu saptanmış ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Birlikte yaşadığı bireylerle ilişkileri "iyi" olan yaşlı kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanının ilişkileri "orta" olanlara göre düşük olduğu belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İlişkileri "kötü" olanların sayıları diğer gruplara göre yetersiz olduğu için istatistiksel analize dahil edilmemiştir.

Çizelge 4. 3. Kadınların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalık ve tedaviye İlişkin Özellikler	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SİP Ort±SD	I-QOL Ort±SD	
Kronik Hastalık							
Var	100	80.6	18.38±6.96	24.59±9.78	11.78±5.27	54.75±20.46	8.83±3.76
Yok	24	19.4	22.20±8.30	30.37±9.47	14.50±6.05	67.08±21.15	6.04±3.59
P			0.053	0.008**	0.032*	0.009**	0.001**
Sürekli Kullandığı İlaçlar							
Var	79	64.2	18.98±7.34	25.49±10.00	12.32±5.54	56.81±21.39	8.58±3.80
Yok	44	35.8	19.36±7.55	25.90±10.01	12.27±5.57	57.54±20.99	7.93±3.90
p			0.788	0.826	0.957	0.854	0.370

* p<0.05

** p<0.01

Örneklem kapsamına alınan bireylerin hastalık - tedaviye ilişkin özellikleri ve bu özelliklerin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları, toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.3 'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan kadınların % 80.6'sinde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde kronik hastalığı olan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanının kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek, Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan yaşlı kadınların davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanları kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuş fakat bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan kadınların % 64.2'sinin sürekli kullandığı en az bir ilacının olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde sürekli ilaç kullanan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı ve sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının ilaç kullanmayan bireylere göre daha yüksek, Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4. 4. Yaşlı Kadınların Doğum Sayılarına Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Doğum Sayısı	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			I-QOL Ort±SD	DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SİP Ort±SD	
1-4	31	25.80	65.93±22.78	22.25±8.11	29.16±10.52	14.51±5.83	6.74±4.04
5 ve üstü	91	73.38	53.73±19.68	17.93±6.80	24.29±9.44	11.50±5.26	8.90±3.66
p			0.005**	0.009**	0.0018**	0.004**	0.007**

* p<0.05

** p<0.01

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğum sayılarının Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek, toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4'te verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı kadınların ortalama doğum sayısı 6,4 (0-17) olarak belirlenmiştir. Kadınların doğum sayısı ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf doğrusal bir ilişki ($p=0.001$, $r=0.292$), yaşam kalitesi arasında ise negatif yönde zayıf doğrusal bir ilişki saptanmıştır ($p=0.001$, $r=-0.254$). Doğum sayısı 1-4 olan kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları 4 ve üstü doğum yapanlara göre yüksek, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı ise düşük bulunmuş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların % 97.9'unun normal doğum yaptığı, %2.5'inin ise normal + sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir.

Çizelge 4. 5. Kadınların Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Üriner İnkontinansa İlişkin Özellikler	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SIP Ort±SD	IQOL Ort±SD	
Ped Kullanma Durumu							
Kullanan	67	54.0	17.17±6.34	24.91±9.85	11.68±5.26	53.77±19.75	8.67±3.96
Kullanmayan	57	46.0	21.40±7.86	26.64±10.08	13.03±5.75	61.08±22.08	7.84±3.75
P			0.001**	0.335	0.176	0.054	0.237
İdrar Kaçırma Süresi							
1 yıldan az	26	21.0	17.42±6.73	22.57±7.84	12.61±5.46	52.61±18.74	9.11±3.32
1-3 yıl	37	29.8	19.64±8.12	25.86±10.55	12.35±5.48	57.86±22.36	7.72±4.04
4-6 yıl	26	21.0	20.26±6.90	28.42±10.87	12.88±5.58	61.57±21.29	8.00±4.49
7 yıldan fazla	35	28.2	18.97±7.37	25.85±9.76	11.60±5.68	56.42±21.36	8.48±3.61
p			0.533	0.211	0.818	0.493	0.540
İdrar Kaçırma Nedeniyle Kişilerarası İlişkilerinin Etkilenme Durumu							
Etkilenen	23	18.5	15.08±4.99	20.30±8.32	9.39±4.45	44.78±15.75	9.82±3.31
Etkilenmeyen	101	81.5	20.03±7.52	26.94±9.92	12.97±5.53	59.95±21.20	7.94±3.92
P			0.004**	0.002**	0.003**	0.002**	0.031*

* p<0.05

** p<0.01

Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner inkontinansa ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek, toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.5'te verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlı kadınların % 54'ünün inkontinans nedeniyle ped kullandığı belirlenmiştir. Ped kullanan bireylerin Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları ped kullanmayan kadınlara göre düşük, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanının ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ped kullanan kadınların davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanlarının ped kullanmayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların idrar kaçırdıkları süre değerlendirildiğinde %21'inin bir yıldan az, % 29,8'inin 1-3 yıl, %21'inin 4-6 yıl, % 28,2'sinin 7 yıl ve daha uzun süredir idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Çalışmada "1 yıldan az" süredir idrar kaçıran kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları en düşük, Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı ise en yüksek grup olduğu saptanmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek puanları en yüksek grubu "4-6 yıl" süredir idrar kaçıran kadınlar, Geriatrik depresyon ölçeği puanı en düşük grubu ise "1-3 yıl" süredir idrar kaçıranlar oluşturmaktadır. Ancak yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı kadınların %81.5'i idrar kaçırmının kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Yapılan istatistiksel analizde idrar kaçırmaya nedeniyle kişilerarası ilişkileri etkilenen kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları ilişkileri etkilenmeyenlere göre yüksek, Yaşam

Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4. 6. Kadınların Üriner İnkontinansa Yönelik Farkındalık Durumlarına Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Farkındalık Durumları	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.				Kısa GDÖ Puan Ort. Ort±SD
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SiP Ort±SD	IQOL Ort±SD	
İdrar Kaçırmanın Sağlık Sorunu Olduğunu Bilme Durumu							
Bilen	53	42.7	16.60±6.67	22.81±9.13	10.62±5.23	50.03±19.47	8.43±4.09
Bilmeyen	71	57.3	21.00±7.33	27.87±10.05	13.56±5.41	62.43±20.81	8.18±3.73
p			0.001**	0.005**	0.003**	0.001**	0.723
İdrar Kaçırmadan Dolayı Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu							
Başvuran	38	30.6	16.86±7.18	21.68±9.46	10.05±5.39	48.60±20.54	8.73±3.77
Başvurmayan	86	69.4	20.11±7.26	27.48±9.69	13.30±5.29	60.90±20.32	8.09±3.92
p			0.017*	0.001**	0.001**	0.001**	0.364
İdrar Kaçırmadan Dolayı Tedavi Olma Durumu							
Olan	31	25.0	16.35±6.40	21.03±9.02	9.58±4.91	46.96±18.64	8.54±3.90
Olmayan	93	75.0	20.04±7.46	27.26±9.80	13.21±5.42	60.52±20.85	8.20±3.88
p			0.019*	0.001**	0.001**	0.001**	0.612

* p<0.05
** p<0.01

Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumlarına ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek ve toplam puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.6 'da verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %57.3'ünün idrar kaçırmanın sağlık sorunu olduğunu bildiği belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde idrar kaçırmanın sağlık sorunu olduğunu bilen kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının sağlık sorunu olduğunu bilmeyen kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İdrar kaçırmanın sağlık sorunu olduğunu bilen kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının sağlık sorunu olduğunu bilmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların idrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna başvurma durumları incelendiğinde %69.4'ünün sağlık kurumuna başvurmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde idrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna başvuran kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının sağlık kurumuna başvurmayan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İdrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna başvuran kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının sağlık kurumuna başvurmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %75'inin idrar kaçırma nedeniyle hiç tedavi olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde idrar kaçırma nedeniyle tedavi olan kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal

izolasyon alt ölçek puanlarının tedavi olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olan kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının sağlık kurumuna başvurmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4. 7. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınların Üriner İnkontinans Nedeniyle Sağlık Kurumuna Başvurmama Nedenleri (n: 86)

Sağlık Kuruluşuna Başvurmama Nedenleri	n	%
Yaşla birlikte idrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünme	62	72.0
Muayene olmaktan çekinme	44	51.2
İdrar kaçırmadan dolayı rahatsızlık hissetmeme	40	46.5
İdrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünme	25	29.0
Sağlık Kurumuna Gitmek İçin Vakit bulamama	15	
Diğer sağlık sorunlarına öncelik verme	6	7.0
Maddi olanağının olmaması	2	2.3
Tedaviye rağmen geçmemesi ve geçmeyeceğini düşünme	1	1.2
İlaç kullanmak istememe	1	1.2
Yakınlarının sağlık kurumuna götürmemesi	1	1.2

*n katlanmıştır.

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurmama nedenleri Çizelge 4. 7' de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan yaşlı kadınlar sağlık kurumuna başvurmama nedenlerini “yaşla birlikte idrar kaçırmının normal olduğunu düşünme (%72), muayene olmaktan çekindiği için gelmeme (%51.2), idrar kaçırmadan dolayı rahatsızlık hissetmeme (%46.5), çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşünme (%29), muayeneye gelmek için vakit bulamama (%17.4)” olarak ifade etmişlerdir.

Çizelge 4. 8. Kadınların Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği Kesme Puanına (6 Puan) Göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları

Depresyon Durumları	n	%	I-QOL ve Alt Boyutları Puan Ort.			
			DSP Ort±SD	PEP Ort±SD	SiP Ort±SD	I-QOL Ort±SD
Depresyon durumu						
Var	93	75.0	27.58±18.07	36.43±22.69	37.06±30.60	31.25±18.97
Yok	31	25.0	56.25±23.07	76.34±17.98	83.65±31.35	65.94±17.84
p			0.001**	0.001**	0.001**	0.001**

* p<0.05

** p<0.01

Örnekleme kapsamına alınan kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği için kabul edilen ölçek kesme puanına (6 puan) göre Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutları olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.8'de verilmiştir (Daha kolay değerlendirme yapılabilmesi için yaşam kalitesi puanları 100'lük puana dönüştürülmüştür).

Çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği için kabul edilen ölçek kesme puanına göre yapılan değerlendirmede, kadınların % 75'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği kesme puanına göre yapılan değerlendirmede depresyonu olan kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.9. Kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Birbirleri ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanı ile Korelasyonu

	Min-Max	Ort±SD	Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği				Kısa Geriatrik Depresyon Ölçeği
			DS	PE	Si	IQOL	r
			r	r	r	r	
DS	00-100.00	34.75±23.01		,763(**)	,736(**)	,902(**)	-,538(**)
PE	00-100.00	46.41±27.66	,763(**)		,815(**)	,951(**)	-,626(**)
Si	00-95.00	36.53±27.56	,736(**)	,815(**)		,903(**)	-,522(**)
IQOL	00-89.77	39.92±23.96	,902(**)	,951(**)	,903(**)		-,620(**)
GDP	00-15.00	8.29±3.87	-,538(**)	-,626(**)	-,522(**)	-,620(**)	

Örneklem kapsamına alınan yaşlı kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçekleri olan davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon alt ölçek ve toplam puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının minimum - maksimum değerleri, ortalamaları ve birbirleri ile korelasyonları Çizelge.4.9'da verilmiştir.

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçeklerinin puanlarına bakıldığında, davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanı ortalaması 34.23, psikososyal etkilenme alt ölçek puanı ortalaması 46.27, sosyal izolasyon alt ölçek puan ortalaması 36.27, IQOL toplam puan ortalaması ise 39.92 bulunmuştur. Geriatrik Depresyon Ölçeği ortalama puanı ise 8,3 olarak belirlenmiştir. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde bireylerin psikososyal etkilenme alt ölçek puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre yüksek, sosyal izolasyon alt ölçek puanlarının ise diğer alt ölçek puanlarına göre düşük olduğu saptanmıştır.

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçek puanlarının Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları ile negatif yönlü orta şiddette korelasyon gösterdiği saptanmıştır ($r=-0.620$, $p=0.001$). Buna göre üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi düştükçe depresyon düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 71.5'tir. Kadınların yaşları ile yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çizelge 4.1).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Zincir ve ark. (174), Oleson ve ark. (175) yaşlılarda yaptıkları çalışmalarında yaş arttıkça yaşam kalitesi puanında anlamlı bir düşme olduğunu belirlemişlerdir. Hunskar (43) ve Yarnell (176) yaşlılarda yaptıkları yaşam kalitesi değerlendirmesinde, stres semptomlarının gençlere göre daha az olduğunu belirlemiştir.

Gaziantep il merkezindeki huzurevlerinde yapılan çalışmada da yaşlıların yaşlarına göre depresyon puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (177). Zunzunegui ve ark. (178)'ının çalışmasında, kadınlardaki depresif durumların erkeklerden fazla olduğu, yaşın ilerlemesi ile kadınların bu durumlarında fazla değişiklik olmadığı, fakat erkeklerde yaşın ilerlemesi ile depresif belirtilerde artış olduğu bildirilmiştir. Altay (179) ve Dişçigil ve ark. (180) çalışmalarında depresyon riskinin kadınlarda daha yüksek olduğunu ve yaş ile depresyon arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Bizim bulgularımızın aksine Beekman ve ark. (181), Blazer ve ark. (182) yine Güz ve ark. (183) yaşlılarda yaptıkları çalışmada yaşın artması ile depresif belirtilerde artış olduğunu belirlemişlerdir. Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, herhangi bir yaştaki kadını etkileyen, sosyal yönü olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir olgudur.

Çalışmamızda kadınların %48.4'ünün evli olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çizelge 4.1). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Ölçün ve ark. (184) yaptıkları çalışmada evli olanların yaşam kalitesinin eş olmayanlara göre daha yüksek, depresyon puanlarının ise daha düşük

olduğunu saptamışlardır. Yine Trabzon'da yapılan bir çalışmada eşin ölmesinin depresyonu arttıran bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (185). Maral ve ark. (36) bekar ya da dul olanlarda evlilere göre depresyon riskinin 4.72 kez daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Evli olan kadınlar yaşlılık problemleriyle baş edebilmek için kendisi gibi yaşlı olan eşinden maddi ve manevi destek almakta ve kendisini daha az yalnız hissetmekte, eşi ölen kadınlar ise ölüm korkusunu ve yalnızlığı daha fazla hissedebilmekte ve bu durum da depresyon düzeyini arttırabilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2003 verilerine göre 65 yaş ve üzeri erkeklerin %53,5'i, kadınların ise %82,6'sının hiç eğitim almadığı saptanmıştır (174). Bizim çalışmamızda araştırma kapsamına alınan kadınların % 71'i okur-yazar değildi. Okur-yazar olmayan kadınların yaşam kalitesi düşük, depresyon puanları ise yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.1).

Zincir ve ark. (174) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı, global yaşam kalitesi puanlarının arttığını ve depresyon puanlarının da anlamlı düzeyde düştüğünü belirlemişlerdir. Ölçün'ün (184) çalışmasında bizim çalışmamıza paralel olarak okuryazar olmayanların yaşam kalitesi düşük depresyon puanları ise yüksek bulunmuştur. Maral ve ark. (36) yaptıkları çalışmada eğitim durumunun depresyon için risk faktörü olmadığını saptamışlardır. Eğitim, kadınların bireysel kontrol duygusunu, ilişki kurma becerilerini, sağlıkla ilgili sorunlara ilişkin farkındalıklarının derecesini arttıran ve dolayısıyla karşılaştığı problemleri daha kolay çözebilmesini sağlayan önemli değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir Özellikle okuma yazma bilmeyen yaşlılar kendilerini başkalarına daha bağımlı hissetmekte, sağlık problemlerinde, okuma ve yazmaya gereksinim duydukları ihtiyaçlarında sıkıntı yaşayıp, bağımlılık hissetmekte bu da depresif belirtileri arttırabilmektedir.

Çalışmamızda kadınların yarısından çoğunun gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi düşük olan kadınların yaşam kalitesinin düşük, depresyon düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Zincir ve ark. (174)'larının çalışmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak hastaların gelir düzeyinin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Yine bazı çalışmalarda (186, 187) ise gelir düzeyi yüksek ve sosyal güvencesi olan bireylerde yaşam kalitesi alan puanları, gelir düzeyi düşük ve sosyal güvencesi olmayanların puanlarından yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki bireylerin tamamının sosyal güvencesi olduğu için bu konuda karşılaştırma yapılamamıştır. Bazı çalışmalarda (36, 180, 188) ise depresyon puanları ve gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Gelir durumu bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Çalışma hayatı ile birlikte kadının ekonomik özgürlüğünü kazanması ve toplumda statü sahibi olması özgüveninin ve benlik saygısının gelişmesinde etkili olabilmektedir. Yaşlı kadınların gelir düzeyinin düşük olması, yaşlılık problemlerine geçim sıkıntısının eklenmesi ve tedavi olanaklarının azalması ile yaşam kalitesi azalabilmekte, depresif belirti düzeyi ise artabilmektedir.

Çalışmamızda yaşlı kadınların %65.3'ünün müstakil evde oturduğu belirlenmiştir. Müstakil evde oturan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanının apartman dairesinde oturanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Müstakil evde oturan kadınların sosyal ilişkilerinin daha kısıtlı olması ve daha fazla yalnızlık yaşamaları nedeniyle depresyon belirtileri daha fazla olabilir. Kadınların oturduğu yer ve yaşam kalitesi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.1).

Çalışmamızda kadınların %47.6'sının eşi ile, %32.3'ünün çocukları ile birlikte ve %20.2'sinin yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların birlikte yaşadığı kişilerle yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aslan (189)'ın çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer olarak kadınların birlikte yaşadığı kişilerle yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.2). Ölçün (184)'ün yaptığı çalışmada eşi ve çocukları ile yaşayanların yaşam kalitesinin yalnız yaşayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Karadağ (190)'ın çalışmasında eşi ile birlikte yaşayan bireylerde depresyon puanı daha düşük

bulunmuştur. Ölçün (184)'ün çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer olarak yaşlı kadınların depresyon puanı ile birlikte yaşadığı bireyler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda yaşlı kadınların % 66.7'si birlikte yaşadığı bireylerle olan ilişkilerinin “ iyi ” olduğunu ifade etmişlerdir. Birlikte yaşadığı bireylerle ilişkileri “iyi” olan kadınların ilişkileri “orta” olan bireylere göre inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanının yüksek, depresyon puanının ise düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2). Karadağ'ın çalışmasında bizim çalışmamızla paralel olarak yakınları ile ilişki derecesi “kötü” olanlarda “orta” ve “iyi” olanlara göre depresyon sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (190). Bahar ve ark. (177)'lerinin yaptığı çalışmada ise yaşlıların ilişkileri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Zincir ve ark. (174)'lerinin çalışmasında yaşlıların %95.7' sinde, Ölçün (184)'ün çalışmasında ise %85'inde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların % 80.6'sinde ise en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan kadınların kronik hastalığı olmayanlara göre yaşam kalitesi düşük, depresyon düzeyi ise yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.3). Bulgularımızla paralel olarak yaşlılarla yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü ve depresyon durumunu artırdığı bulunmuştur (188, 191, 177). Ölçün (184)'ün çalışmasında da kronik hastalığı olanların yaşam kalitesinin daha düşük, depresyon puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Maral ve ark. (36)'lerinin yaptıkları çalışmada kronik fiziksel hastalığı olanlarda, olmayanlara göre depresyon riskinin 6.51 kez daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulardan farklı olarak Sütölük ve ark. (192)'ları Adana Huzurevi'ndeki yaşlılarla yaptıkları çalışmada, kronik hastalıklar ile depresyon arasında anlamlı fark saptamamışlardır.

Çalışmamızda kadınların % 64.2'sinin sürekli kullandığı en az bir ilacının olduğu belirlenmiş, sürekli ilaç kullanma ile yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 4.3). Altay

ve ark. (179)'larının yaptıkları çalışmada bizim bulgularımıza paralel olarak ilaç kullanma ile yaşam kalitesi ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Önen ve ark. (193)'lerinin yaptıkları çalışmada ise ilaç kullanma ile primer depresyon arasında ileri derecede ilişki saptanmıştır.

Doğum sayısı ülke genelinde kadın başına 4.1 çocuktur (194). Kızılkaya ve ark. (195) üriner inkontinanslı kadınlarda risk faktörlerini belirledikleri çalışmada ortalama doğum sayısını 3.1; bir başka çalışmalarında ise (196) doğum sayısını 3.54 olarak bildirmişlerdir. Aslan (189)'ın çalışmasında doğum sayısı 3.76 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda kadınların ortalama doğum sayısı 6,4 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların doğum sayısının diğer çalışmalara göre yüksek bulunmasının nedeni olarak doğum sayısının üriner inkontinans için risk faktörü oluşturması ve araştırmanın inkontinanslı kadınlar ile yapılmış olması düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızda kadınların doğum sayısı ile depresyon puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ($p=0.001$, $r=0.292$), yaşam kalitesi arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p=0.001$, $r=-0.254$). Kim ve ark. (113) ortalama yaşı 60 olan inkontinanslı kadınlarla yaptıkları çalışmada fazla sayıda doğum yapanlarda inkontinans şiddetinin arttığını ve haftalık idrar kaçırmanın sık görüldüğünü aynı zamanda kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Önen ve ark. (193) yaptıkları çalışmada çocuk sayısı 4 ve üzerinde olanlarda bizim bulgularımıza benzer olarak depresyon puanının arttığını saptamışlardır. Bahar ve ark. (177) yaptıkları çalışmada ise çocuğu olmayanlarda ve 4'ten az çocuğu olanlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmamızda yaşlı kadınların inkontinans nedeniyle % 54'ünün ped kullandığı belirlenmiştir. Ped kullanmanın, kronik irritasyon ve enfeksiyona sebep olması öncelikle kadın sağlığını tehdit eden bir durum olmakla birlikte ekonomik boyutunun da unutulmaması gerekir. Kök'ün (147) yaptığı çalışmada kadınların %41.2'sinin, Kim'in (6) yaptığı çalışmada da kadınların %50'sinin Üİ nedeniyle ped kullandığı saptanmıştır. Burgio (197) çalışmasında her gün inkontinansı olan kadınların %70'inin ped kullandığını

belirlemiştir. Ped kullanan kadınların davranışların sınırlandırılması alt ölçek puanlarının ped kullanmayan kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4. 5). Ped kullanma ile yaşam kalitesi alt ölçekleri ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Çizelge 4.5). Üİ yaşlı kadınlar arasında yaygın olarak görülmesi nedeniyle normal bir durum olarak algılanabilmektedir.

Çalışmamızda kadınların %21'inin bir yıldan az, % 29,8'inin 1-3 yıl, %21'inin 4-6 yıl, % 28,2'sinin 7 ve daha uzun süredir idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Kök (147)'ün yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak idrar kaçırmaya en yüksek sıklıkta 1-2 yıl süreyle yaşadıkları belirlenmiştir. Ciddi sosyal kısıtlamalar yaşayan, fazla miktarda idrar kaçıran kadınların daha çok tedavi olanaklarını aradıkları belirtilmektedir. Kadınların çoğunun inkontinansa ilişkin yardım aramayı düşündüğü ancak gerçekleştiremediği açıklanmıştır. Kadınlar Üİ yaşadıklarında çeşitli nedenlerle tedaviyi geciktirmekte ve uzun yıllar bu sorunu yaşamaktadırlar. Jeter (198)'in çalışmasında kadınların ortalama 9 yıldır inkontinans sorunu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu kadınların %40'ının yaşlanmaları nedeniyle inkontinant olduklarını söyledikleri görülmüştür (198). Black ve ark. (199) İngiltere'de stres Üİ' da cerrahi operasyon yapılan kadınları inceledikleri çalışmada ise, kadınların %45'inin 8-16 yıldır, Aslan (189)'ın çalışmasında ise %40'ının beş yıldan uzun süredir inkontinans yakınmalarının olduğu saptanmıştır. Kök ve ark. (45) yaptıkları çalışmada hastaların Üİ yakınmasını genellikle 1-8 yıl arasında yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde bu 6-15 yıldır (200).

İnkontinans yakınma süresinin yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediği ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda da yaşam kalitesi ile şikayet süresi arasında benzer şekilde anlamlı ilişki saptanmamıştır (Çizelge 4.5). Hunskaar (43), Aslan (189), Kelleher ve ark. (145) çalışmalarında kadınlarda Üİ şikayet süresiyle yaşam kalitesi arasında ilişki bulmamışlardır. Can Güler (201)'in yaptığı çalışmada bizim sonuçlarımızdan farklı olarak kadınların üriner inkontinans sürelerine göre yaşam kalitesi puanları

istatistiksel olarak karşılaştırıldığında inkontinans süresi 10 yıl ve daha uzun olanlarda Ruhsal İyilik Durumu ve Genel Sağlık puanlarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Kadınların üriner inkontinans sürelerine göre Nottingham Sağlık Profili (NHP) puanları karşılaştırıldığında ise fiziksel aktivite ve yorgunluk parametrelerinde inkontinans süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda anlamlı bir yükseklik olduğu görülmüştür. Ağrı, sosyal izolasyon, emosyonel durum ve uyku alt ölçekleri ile inkontinans süreleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kadınların Üİ sürelerine göre depresyon durumu karşılaştırıldığında inkontinans süresi 5 yıl ve üzeri olanlarda depresyon puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (201). Bizim çalışmamızda ise depresyon puanı en yüksek grubu bir yıldan az süreyle idrar kaçıran hastalar oluşturmuş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çizelge 4.5).

Literatürde, Üİ'in sosyal ve aile hayatını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (176, 202). Çalışmamızda da yaşlı kadınların Üİ nedeniyle %81.5'inin kişilerarası ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir (Çizelge 4.5). İdrar kaçırmaya nedeniyle kişilerarası ilişkileri etkilenen kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının ilişkileri etkilenmeyenlere göre yüksek, yaşam kalitesi puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Koçak ve ark. (203) da Üİ'li kadınların %2.8'inin Üİ nedeniyle sosyal ilişkilerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Jeter (198) çalışmasında kadınların %17.3'ünün inkontinans dolayısıyla sosyal aktivitelerinin etkilendiğini belirlemiştir. Wyman (202) da, inkontinansın kişinin sosyal yaşamını, günlük aktivitelerini, ilişkilerini, fiziksel ve seksüel yaşantısını etkilediğini belirtmiştir. Yaşlı kadınlar idrar kaçırmaya korkusu nedeniyle evden uzun süre dışarı çıkamamakta, bu nedenle sosyal ilişkilerini kısıtlamaktadırlar.

Çalışmamızda kadınların %57.3'ü idrar kaçırmaya sağlık sorunu olduğunu belirtmişlerdir. İdrar kaçırmaya sağlık sorunu olduğunu düşünen kadınların yaşam kalitesi puanlarının Üİ' in sağlık sorunu olduğunu düşünmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. İdrar kaçırmaya sağlık sorunu olduğunu düşünme durumu ile depresyon puanı arasında ise

anlamli bir iliŒki saptanmamıŒtır (Çizelge 4.6). Kök'n (147) yaptığı çalıŒmada Üİ bulguları saptanan hastaların, %56.5'inin idrar kaçırmayı "sağlık problemi" olarak kabul etmediği saptanmıŒtır.

ÇalıŒmamızda kadınların %30.6'sının Üİ nedeniyle sağlık kurumuna baŒvurduėu belirlenmiŒtir. Wyman (202) kadınların %40-80'inin tedavi için sağlık kurumuna baŒvurmadığını, yardım almıŒ olanların da en az bir yıl sonra sorun aėırlaŒıncaya kadar beklediklerini belirlemiŒtir. AteŒkan'ın (8) yaptığı çalıŒmada yaŒlılarda Üİ nedeni ile doktora baŒvuru sıklığı %12.2 olarak bulunmuŒtur. Kök ve ark. (45)'inin yaptıkları çalıŒmada hastaların yalnızca %10.6'sının idrar kaçırma Œikayeti nedeniyle jinekoloji polikliniğine baŒvurduėu belirlenmiŒtir. Üİ'lı kadınların doktora baŒvurana kadar ortalama 9 yıl gibi uzun bir süre geçirdikleri tespit edilmiŒtir. Bu hastanın hem psikososyal sağlığını bozmakta, hem de tedavi maliyetini arttırmaktadır (25). ÇalıŒmamızda yapılan istatistiksel analizde idrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna baŒvuran bireylerin yaŒam kalitesi puanlarının sağlık kurumuna baŒvurmayan bireylere göre daha dŒk olduğu belirlenmiŒtir. İdrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna baŒvurma ve depresyon arasında ise anlamli bir iliŒki bulunmamıŒtır (Çizelge 4.6).

ÇalıŒmamızda da kadınların %75'inin idrar kaçırma nedeniyle hiç tedavi olmadığı belirlenmiŒtir. İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olan yaŒlı kadınların yaŒam kalitesi puanlarının tedavi olmayanlara göre daha dŒk olduğu saptanmıŒtır. İdrar kaçırma nedeniyle tedavi olma ve depresyon arasında anlamli bir iliŒki olmadığı saptanmıŒtır (Çizelge 4. 6). Kök (147)'n yaptığı çalıŒmada hastaların %85.88'inin idrar kaçırma nedeniyle hiçbir zaman tedavi olmadıklarını belirlemiŒlerdir. Bu da bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu durum bize, Üİ'in kadınlar tarafından uzun süreli yaŒansa bile yaŒamı tehdit eden bir sorun olarak algılanmadığını, toplumda göz ardı edilen bir sağlık durumu olarak kabul edildiğini göstermektedir (45).

ÇalıŒmamızda da yaŒlı kadınlar Üİ nedeniyle sağlık kurumuna baŒvurmama nedenlerini yaŒla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu dŒnme (%72), muayene olmaktan çekindiği için gelmeme (%5.4), idrar

kaçırmadan dolayı rahatsızlık hissetmeme (%46.5), çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşünme (%29), muayeneye gelmek için vakit bulamama (%17.4), ekonomik nedenlerden dolayı gidememe (%2.3), kronik hastalıklardan vakit bulamama (%7), tedaviye rağmen geçmemesi ve geçmeyeceğini düşünme (%1.2), ilaç kullanmak istemediği için gitmeme (%1.2), yakınları tarafından doktora götürülmeme (%1.2) olarak ifade etmişlerdir (Çizelge 4.7). Yapılan diğer çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza paralel şekilde benzer sebepler tespit edilmiştir (28, 32, 45, 73). Literatürde kadınların Üİ nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri; kadının utanması, sorunları doğum sonu ya da yaşın ilerlemesiyle birlikte oluşan normal bir durum olarak algılaması veya görülen inkontinans bulgularını önemsememesi olarak gösterilmektedir (27, 204). Ateşkan (8)'in çalışmasında Üİ nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmayanlara nedeni sorulduğunda, kadınların %50.2'si "utandığı için", %49.8'i ise "idrar kaçırmanın yaşa bağlı doğal bir sonuç olduğuna inandıkları için" yanıtını vermişlerdir. Erkekler için bu sıklık sırası ile %28.6 ve %71,4 olarak tespit edilmiştir. Kök ve ark. (147)'inin yaptıkları çalışmada kadınların sağlık kurumuna başvurmama nedenlerini idrar kaçırmayı artan yaşla birlikte normal olarak kabul etme (%39.7), muayene olmak için vakit bulamama (%19.11), idrar kaçırmadan rahatsızlık duymama (%17.64) muayene olmaktan utanma (%14.71) ve çevrelerinde çok fazla idrar kaçıranın olduğunu ifade edip normal bir sorun olarak algılama (%8.82) olduğunu belirlemişlerdir (45). Bu sonuçlar kadınların idrar kaçırmayı ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul etmediğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir (45).

Ülkemizde majör depresyon yaygınlığı %6, depresif belirtiler %11 olarak saptanmıştır (73). Yurtdışında, çeşitli nedenlerle doktora başvuran 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık % 15'inde depresyon olduğu öne sürülmekteyken (205) ülkemizdeki bir çalışmada ise %29 sıklıkta depresyon bulunmuştur (206). Hastanede yatan yaşlılarda ise yaşlı hastaların %21.7'sine depresif nöbet tanısı konulmuştur (207).

İlerleyen yaşın depresyon için bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. Birçok araştırmada yaş ile depresif belirtiler arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır (208-210). Ancak son zamanlarda yaşlılar ve erişkinler arasında depresyon sıklığının çok farklı olmadığını gösteren epidemiyolojik çalışmalar da bildirilmiştir (211). Günümüzde yaşlılığın tek başına depresyon riskini artırmadığı; yaşlı nüfusta görülen depresyonlarda çok sayıda etkenin rolü olabileceği dşnlmektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilen fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel bozukluğa veya kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, gündelik aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, kişinin yalnız yaşaması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması gibi etkenlerin depresyon görülme sıklığını artırdığını gösteren çalışmalar vardır (212-214). Yaşlı depresif hastaların yaklaşık %80'inin fiziksel bir hastalık nedeniyle doktora başvurduğu, ancak bu hastaların sadece %4'ünün depresyona yönelik tedavi alabildiği belirtilmektedir (215). Yaşlılık dönemi, depresyonun hem sık görüldüğü hem de tanınıp tedavi edilemediği bir dönem olarak görülmektedir (36). Organik rahatsızlık nedeni ile yatarak tedavi gören yaşlı hastalarda yapılan çalışmada, hastaların yaklaşık %50'sinde depresyon olduğu saptanmıştır (131). Bedensel hastalığı olanlarda depresyonun morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir klinik sendrom olduğu bildirilmektedir (124). Genelde kronik hastalıkların depresyon nedeni olabileceği gibi, depresyonun da kronik hastalıkları olumsuz olarak etkileyebileceği görülmektedir. Ayrıca kronik hastalığı olanlarda hastalık süresinin ortaya çıkardığı bıkkınlığın da hastalar üzerindeki etkisi önemlidir (200).

Bazı çalışmalarda İ ve depresyon arasındaki ilişki araştırılmıştır (207, 216-218). Benlioğlu (219)'nun çalışmasında da İ olgularının %34,9'u idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladıklarını ve %59,3'ünün kendilerini sınırlı ve gergin olarak tanımladıklarını; %25,3'ünün antidepresan kullandıklarını belirtmişlerdir. Yine Siracusano ve ark. (220)'nin çalışmasında İ şikayeti olanların %22'nin idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladığı,

inkontinantların %62'sinin kendilerini sınırlı veya gergin hissettikleri ve %9'unun da antidepresan kullandıkları belirlenmiştir. Melville ve ark. (221) Üİ ile major depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında major depresyon sıklığını inkontinanslı olanlarda %6.1 ve inkontinanslı olmayanlarda %2.2 olarak tespit etmiş ve major depresyon prevalansının inkontinans şiddeti (%2.1 hafif, %5.7 orta ve % 8.3 şiddetli) ve inkontinans tipi (%4.7 stres, % 6.6 urge/miks) ile farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir. Ayrıca inkontinanslı olup major depresyonu olan kadınlarda yaşam kalitesinin ve fonksiyonel durumlarının anlamlı şekilde azaldığını da saptamışlardır. Ateşkan ve ark. (13) çalışmalarında Üİ olan kişilerde utanma hissinden, sosyal izolasyona, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin kadınlar arasında %61.8, erkeklerde %72.7 olarak tespit etmişlerdir.

Kulaksızoğlu ve ark. (222) yaşlılarda yaptıkları çalışmada depresyon semptomlarını %16 olarak saptamışlardır. Ölüç ve ark. (184)'ının yaptıkları çalışmada ise yaşlıların %14,4'ünde depresyon semptomları olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve ark. (188)'inin yaptığı çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ)'ne göre yaşlı kadınların %52,6'sında depresyon belirtileri saptanmıştır. Çalışmamızda GDÖ için kabul edilen ölçek kesme puanına (6 puan) göre yapılan değerlendirmede, kadınların % 75'inde depresyon belirtilerinin olduğu belirlenmiştir. Geriatrik Depresyon Ölçeği kesme puanına göre yapılan değerlendirmede depresyonu olan kadınların yaşam kalitesi puanlarının depresyonu olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Fultz ve Herzog (2001) tarafından yapılan çalışmada, Üİ'ı olan bireylerin çoğu Üİ nedeniyle aktivitelerinin kısıtlanmadığını ve kendilerine olan saygılarının azalmadığını belirtmiş olmasına rağmen Üİ'ı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, idrar inkontinansı olan bireylerin depresyon, yalnızlık ya da üzgün hissetme sıklıklarının önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, Üİ'nin hastaların yaşam kalitesini göz önünde bulundurmaksızın ayrıntılı olarak yeterli bir şekilde değerlendirilemeyeceği ve tedavi edilemeyeceğini düşündürmektedir (204).

Üriner inkontinansı olan kadınlar, olmayan kadınlara göre; daha fazla depresif, daha yüksek düzeyde anksiyeteye sahip ve kendilerini daha çok damgalanmış hissettiklerini (28, 73) ve yaşamlarından daha az memnun olduklarını belirtmektedir (28).

Pitsburg Üniversitesi'nin 'Sağlıklı Kadınlar' adı verilen çalışmasında, Üİ'ın kadınlarda kendine güven, sosyal anksiyete, depresyon, gerginlik veya sinirlilikle birebir ilişkili olduğu belirlenmiştir. Basit bir utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında, kendine olan güvenin azalması sonucunda sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyon da, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (204). Çünkü idrar kaçırma korkusu, potansiyel olarak utanma ve strese, kadınların sosyal yaşantılarındaki fonksiyonları normal olarak yerine getirmede kısıtlamalar yapmasına neden olabilmektedir. Böylece yolculuk ve alışveriş yapma, çocuklarla oynama, dans etme, egzersiz yapma, cinsel ilişki gibi aktiviteler inkontinans bulguları nedeniyle kısıtlanmakta, sonuç olarak bu da yaşam kalitesini ciddi yönde etkilemektedir (27). Günlük aktivitelerinde bağımsız olan yaşlılarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi incelenmiş ve günlük yaşamı en çok etkileyen sebepler arasında Üİ ilk sıralarda yer almıştır (223, 224, 225).

Bush ve ark. (226) idrar inkontinansının yaşlılarda utanmaya, kendine saygının kaybına ve sosyal izolasyona yol açtığını; daha genç kadınlarda, Üİ semptomları ile seyahat, sosyal, fiziksel ve emosyonel aktiviteler arasında korelasyon olduğunu belirlemişlerdir.

Koçak ve ark. (203) 18 yaş üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada %23.9 kadında Üİ tespit etmişler ve Üİ'ı olan %87,2 kadında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit belirlemişlerdir. Bu etkilenmenin sıklıkla hafif (%31.8) ve orta derecede (%36) olduğunu belirtmişlerdir.

Öztaç ve ark. (74) 20 yaş ve üstü kadınlarda yapmış oldukları çalışmada Üİ'ın kadınların yaşam kalitesini hafif ya da orta derecede etkilediğini ve yaşam kalitesindeki bozulmanın, istatistiksel olarak Üİ'ın tipi, inkontinans epizotlarının sıklığı, kaçırılan idrarın miktarı ve cinsel ilişki

sırasında idrar kaçırmaya bağlı olarak anlamlı derecede arttığını belirlemişlerdir.

Arıkan ve ark. (21)'nin yaptıkları çalışmada Üİ olan yaşlı kadınların %56'sı inkontinansın günlük yaşam aktivitelerini önemsiz derecede, %32'sinin hafif derecede, % 12'sinin de önemli derecede etkilediğini bildirmişlerdir.

Yaşlılarda depresyon, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinin birbirleriyle ilişkilerini gösteren çalışma sayısının az olduğu belirtilmektedir (157). Eyigör ve ark. (227) sağlık kuruluşuna başvuran yaşlı kadınlar arasında yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Ersan'ın ortalama yaşı 48 (31-64) olan 30 kadın hastayla yaptığı çalışmada IQOL puanı 63 olarak belirlenmiştir (228). Mertoğlu ve ark. (229) ortalama yaşı 47 (23-74) olan kadın hastalarla yaptığı çalışmada ise IQOL puanını 42 olarak belirlemişlerdir. Sarı (112) yaş ortalaması 41 olan bir grup Üİ'sı olan kadınla yaptığı çalışmasında davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalamasını 74.26, psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortalamasını 65.84, sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalamasını 57.94, IQOL toplam puan ortalamasını 67.11, olarak saptamıştır. Bizim alışmamızda ise davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması 34.75, psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortalaması 46.41, sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalaması 36.53, IQOL toplam puan ortalaması 39.92, olarak saptanmıştır (112). zerdoğan ve Beji (171)'nin çalışmasında, Üİ'sı olan kadınlarda en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanı sosyal izolasyon yaşama durumu, daha sonra davranışların sınırlandırılması alanı olarak belirlenmiştir. Bizim alışmamızda ise en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanı davranışların sınırlandırılması daha sonra sosyal izolasyon yaşama durumu olarak belirlenmiştir.

Avustralya'da topluma dayalı ileriye yönelik bir araştırmada sağlık ve günlük yaşam aktivitelerinde gerileme, sosyal destekten yoksun olma, aktivite düzeyinin düşük olmasının depresif semptom sayısını artırdığı saptanmıştır

(230). Yapılan çalışmalarda hastaların sosyal ve psikolojik ortalama etki puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyal yönden etkilenen hastaların psikolojik yönden de etkilendiği saptanmıştır (176, 147). Zincir ve ark. (174) da bizim çalışmamıza benzer olarak depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki bulmuşlardır ve bu sonuç literatür bulguları ile (186, 188) uyumludur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan yaşlı kadınların yaş ortalamaları 71.5 (65-93)'tir. Kadınların yaşları ile yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Yaşlı kadınların % 48.4'ü evlidir. Medeni durum ile yaşam kalitesi ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Yaşlı kadınların % 71'i okur – yazar değildir. Okuryazar olmayan kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanı en yüksek ve yaşam kalitesi puanları en düşük olan grubu oluşturduğu belirlenmiştir.
- Yaşlı kadınların % 62.1'inin gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olan kadınların yaşam kalitesi yüksek, depresyon puanları düşük bulunmuştur.
- Yaşlı kadınların %65.3'ü müstakil evde oturmaktadır. Müstakil evde oturan kadınların Geriatrik Depresyon Ölçeği puanının apartman dairesinde oturanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Birlikte yaşadığı bireylerle ilişkileri “iyi” olan yaşlı kadınların DS alt ölçek puanı, ilişkileri “orta”olanlara göre yüksek, depresyon puanının ise düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların % 80.6'sında en az bir kronik hastalık olduğu ve kronik hastalığı olan kadınların depresyon ölçeği puanının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek, Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam ve PE, Sİ alt ölçek puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı kadınların ortalama doğum sayısı 6,4 (0-17) olarak belirlenmiştir. Kadınların doğum sayısı arttıkça depresyon puanlarının arttığı, yaşam kalitesi puanlarının ise azaldığı saptanmıştır.
- Yaşlı kadınların % 54'ü inkontinans nedeniyle ped kullanmaktadır. Ped kullananların yaşam kalitesi DS alt ölçek puanının, kullanmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır.

- Kadınların idrar kaçırdıkları süre değerlendirildiğinde %21'inin bir yıldan az, % 29,8'inin 1-3 yıl, %21'inin 4-6 yıl, % 28,2'sinin 7 yıl ve daha uzun süredir idrar kaçırdığı belirlenmiştir. İdrar kaçırma süresi ile yaşam kalitesi ve depresyon arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir.
- Yaşlı kadınların %81.5'i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Kişilerarası ilişkileri etkilenen kadınların depresyon puanları ilişkileri etkilenmeyenlere göre yüksek, yaşam kalitesi puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların %57.3'ünün idrar kaçırmanın sağlık sorunu olduğunu bildiği belirlenmiştir. İdrar kaçırmanın sağlık sorunu olduğunu bilen kadınların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların idrar kaçırma nedeniyle %69.4'ünün sağlık kurumuna başvurmadığı saptanmıştır. Sağlık kurumuna başvuran kadınların yaşam kalitesi puanlarının başvurmayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların %75'inin idrar kaçırma nedeniyle hiç tedavi olmadığı belirlenmiştir. Tedavi alan kadınların yaşam kalitesi puanlarının tedavi olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı kadınlar sağlık kurumuna başvurmama nedenlerini yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünme (%50), muayene olmaktan çekindiği için gelmeme (% 35.4) olarak ifade etmişlerdir.
- Çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeği için kabul edilen ölçek kesme puanına göre yapılan değerlendirmede, kadınların % 75'inde depresif belirtiler olduğu belirlenmiş ve depresif kadınların yaşam kalitesi puanlarının depresif olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı kadınların PE alt ölçek puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre yüksek, Sİ alt ölçek puanlarının ise düşük olduğu saptanmıştır ve yaşam kalitesi puanları düştükçe depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı kadınlar tarafından gizlenip ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve genellikle yaşlılığın sonucu olarak görülen Üİ'ın erken dönemde belirlenebilmesi ve bu sorunla baş edebilmeleri için sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması,
- Kadınların yaşamını biyopsikososyal yönden etkileyen Üİ'ın özellikle yaşlı kadınlarda rutin izlem kapsamında değerlendirilmesi ve uygun birimlere yönlendirilmesi,
- Çalışmamızda Üİ'ın yaşlı kadınlar tarafından yaşanma sürecinin doğal bir sonucu olarak algılandığı saptanmıştır. Bu nedenle Üİ'ın değerlendirilmesinde, ölçekler kullanılarak kadınların yaşadığı Üİ'ın yaşam kalitesini ve depresyonu etkileme derecesine yönelik subjektif değerlendirmelerin de yapılması,
- Kontinansın korunması ve idrar inkontinansının tedavisi için hizmet veren birimlerin kurulması ve hemşirenin bu birimlerde çalışacak olan multidisipliner ekip içinde aktif olarak rol alması,
- Ülkemizde sağlık personeli tarafından toplumun Üİ'a yönelik farkındalık durumunu arttırmak amacıyla özellikle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire tarafından riskli grup olan kadınlara yönelik Üİ sağlık risklerinin erken tanınması için tarama programlarının planlanması, yürütülmesi ve devamlılığının sağlanması, Üİ konusundafarkındalıklarının eğitim programı aracılığıyla arttırılması,
- Üİ'ın hemşireler tarafından yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde mutlaka sorgulanması ve etkili girişimlerde bulunulması,
- Üriner inkontinansın yaşlılarda yaşam kalitesi ve depresyon üzerindeki etkisinin incelendiği daha geniş örneklemlerle çalışmaların yapılması önerilerinde bulunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** Herkes İçin Sağlık Hedefleri: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag. 1986.
2. **Gökçe Y, Bal S.** Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. Erişim: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>. Erişim Tarihi: 03.06.09.
3. **Tel H, Yıldırım M.** Yaşlı Bireylerde Üriner İnkontinans. 7. Ulusal geriatri kongresi. İzmir Çeşme Sheraton Otel, 17-18 Haziran **2008**.
4. **Arpacı F.** Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bölümü Aile Ekonomisi Anabilim Dalı. **Türkiye İşçi Emeklileri Derneği** Eğitim ve Kültür Yayınları Ankara, **2005**.
5. **Doğan N.** Yaşlı Sağlığı Politikaları. 7. Ulusal geriatri kongresi. İzmir Çeşme Sheraton Otel, 17-18 Haziran **2008**.
6. **Newman D, Lynch K. ve ark.** Retoring urinary continence. *American Journal of Nursing*, **1991**; 91(1): 28-34.
7. **Uçku R, Ergin S. ve ark.** Yaşlılarda fiziksel fonksiyon değişimi. *Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Vakfı Dergisi*, **1993**; 3 (1): 20-23.
8. **Ateşkan Ü.** Yaşlı Türk Populasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, GATA Geriatri BD. Ankara, **1999**; Sayfa: 27.
9. **Diokno AC, Brock DM, Brown MB.** Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol*, **1986**; 136: 1022-1025.
10. **Ouslander JG.** Urinary incontinence in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, **1990**; 38:289-291.
11. **Taşkın L,** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **1997**: 439-490.
12. **Demirci F, Özden S, Yücel N, Yaltı S, Demirci E.** Prevalence of urinary incontinence in Turkish menopausal women. *Jinekoloj Obstet Derg*, **1999**;3:138-42.
13. **Ateşkan U, Mas MR, Doruk H, Kutlu M.** Yaşlı türk populasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatri*, **2000**;3:45-50.
14. **Oskay UY, Beji NK, Yalcın O.** A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **2005**; 84:72-8.
15. **Maral I, Ozkardes H, Peskircioğlu L, Bumin MA.** Prevalence of stress urinary incontinence in both sexes at or after age 15 years: a crosssectional study. *J Urol*, **2001**;165:408-12.

16. **Ouslander JG, Kane RL, Abrass ID.** Urinary incontinence in elderly nursing home patients, *JAMA*, **1982**; 248: 1194-119R.
17. **Robins A, Rubinstain L, Josephson K.** Predictors of falls among elderly people. *Arch Intern Med*, **1989**; 149: 1628-1633.
18. **Wyman JF, Harkins SW, Choi SC.** Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc*, **1990**; 38:282-288.
19. **Ouslander JG, Abelson S.** Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients. *Gerontol*, **1990**; 30: 369- 372.
20. **Hajjar RR.** Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. *Clin Geriatr Med*, **2004**;20(3):553-64.
21. **Arıkan E ve ark.** Huzurevinde yaşayan bir grup kadında üriner inkontinans, *Geriatrici*, **2003**; 6: 3,104-108.
22. **Bradway C.** Urinary incontinence among older women. Measurement of the effect on health-related quality of life. *J Gerontol Nurs*. **2003** Jul;29(7):13-9.
23. **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.
24. **Simenova et all.** *Acta Obstet Gynecol Scand*. **1999** Jul;78(6):546-51.
25. **Karan ve ark.** Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Geriatrici*, **2000**; 3: 102-106.
26. **Knight R, Procter S.** Implementation of clinical guidelines for female urinary incontinence. *Health Soc Care Community*, **1999**; 7: 280-290.
27. **Williams K.** Stress urinary incontinence: Treatment and support. *Nursing Standart*, **2004**; 18, 45-52.
28. **Ware JE.** The status of health assesment. *An Rev Pub Health*, **1995**; 16: 327.
29. **Uçku R, Küey L.** Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üstü yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. *Nöropsikiyatri arşivi*, **1992**;29:15-20.
30. **Gülseren L.** Yaşlılık döneminde görülen major psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*, **1995**; 3:185-92.
31. **West CG, Reed DM, Gildengorin GL.** Can money buy happiness? Depressive symptoms in a affluent older population. *J Am Geriatric Soc*, **1998**;46:49-57.
32. **Tamam L, Öner S.** Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, **2001**;1:50-60.
33. **Blazer D.** Depression in elderly. *N Eng J Med*, **1989**; 320:154-6.
34. **Kaya B.** Yaşlılık ve depresyon-1 Tanı ve değerlendirme. *Geriatrici*,1999; 2:76-82.
35. **Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar I.** Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, **1999**; 84:174-8.

36. **Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin A.** Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2000**;12:251-9.
37. **Cankurtaran M.** Yaşlıda İdrar Kaçırmanın Fiziksel Sağlığa ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Erişim:www.urojinekoloji.org/files/Mustafa_Can_Inkontin_fiziksel_s.ppt. Erişim tarihi:15/03/2009.
38. **Macauley AJ, Stern RS, Holmes DM, Stanton SL.** M icturition and the mind. *Br Med J*, **1987**;294:540-543.
39. **Ouslander JG, Zarit SH:** Incontinence among elderly community-dwelling dementia patients; characteristics, management and impact on caregivers. *J Am Geriatr Soc*, **1990**; 38:440-444.
40. **Resnick NM:** Urinary İncontinence, *Lancet* 1995; 346: 94-99. *Geriatrici*, **2000**; 3(2): 49.
41. **Erdem N, Franklin C.** *American Journal of Medicine*, **2006**; 119, 295-365.
42. **Gökçe Y, Arslan Ş.** Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatrici*, **1999**; 2(4): 173-178.
43. **Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S.** The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries. *BJU Int* **2004**; 93: 324-330.
44. **Karan A.M.** Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı. *Klinik Gelişim*, **2004**;17 (2): (1-8)
45. **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
46. **Kocaöz S.** Etimesgut II nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2001**.
47. **Powers L, Williams D.** Urinary incontinans: *Nursing Times*,**1992**; 22(12) :46-47.
48. **Uzun Ö.** Yetişkinlerde üriner inkontinans ve hemşirelik yönetimi. *Sendrom*, **2001**; 13 (6): 108-114
49. **Wells M:** The role of the nurse in urinary incontinence. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **2000**; 14:235-353.
50. **Kızılkaya NB,** Kontinans Hemşirelerinin Değişen / Gelişen Roller ve Eğitim Gereksinimleri. Erişim:www.urojinekoloji.org/files/nezihе_beji_salon.ppt. Erişim tarihi: 19/03/2009.
51. **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.

52. **Koşar İ.H.** Yaşlı Dünyada, Yaşlılık ve Geriatrik Tıp. I. Ulusal Geriatri Kongresi, Belek, Antalya, 30 Ekim - 3 Kasım **2002**.
53. **Taşçı E, Saruhan A.** Yaşlılık ve kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 22(2): 187-198.
54. **Uysal Ş.** Yaşlılık ve Sorunları, Psikoloji Seminer, Ege Üniversitesi Basımevi, **1993**: Sayı: 10.
55. **Kızılkaya N, Coşkun A.** Orem'in Öz-Bakım Modelinin Yaşlı Bireye Uygulanması. "Sağlıklı Yaşlanma" Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması, Sempozyum Kitabı. Ankara, **1992**; s: 250-254.
56. **Akdemir N.** Gerontoloji - Geriatri Hemşireliği Eğitimi. III. Ulusal Geriatri Kongresi, Divan Mares Hotel – Marmaris, 1 - 15 Eylül **2004**.
57. **Bilir, N.** Toplumun Yaşlanması (Güvenli Yaşlanma). *Geriatri*, **2002**. Hacettepe Üniversitesi Geriatri Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ed. Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal.
58. **İnanıcı F, Gökçe- Kutsal Y.** Geriatri. İlçin G, Biberoglu K, Ünal, S, Akalın S, Süleymanlar G (Eds): Temel İç Hastalıkları, Cilt 2; Güneş Kitabevi, Ankara, **1997**; 89-103.
59. **Ertan T.** Psychogeriatrics in Turkey. 11th Congress of the IPA, Chicago USA, **2003**.
60. **Telatar T.G, Özcebe H.** Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2004**; 7 (3): 162-165
61. **Çoşkun A.** Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, **2002**: 1-17
62. **Abrams P, Blavias JG, Stanton, SL, Andersen JT.** The standardization of terminology of lower urinary tract dysfunction. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, **1998**;114:5-19.
63. **Çetinel B.** İdrar kaçırma(üriner inkontinans): tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, **2005**; 31(2): 246-252.
64. **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.
65. **Mutlu S.** Üriner İnkontinanslı Hastalarda Anamnez İle Ürodinami Bulgularının Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. İstanbul, **2005**.
66. **Şahin K.** Stres Üriner İnkontinanslı Olgularda Endovajinal Ve Dinamik Pelvik Mr Görüntüleme, Uzmanlık tezi, İstanbul, **2005**.
67. **Eskiyurt N, Karan A.** Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Ed. Güner H. *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, **2000**: 135-155.

68. **Weber A.M., Walters M.D.** Epidemiology and Social Impact of Urinary and Fecal Incontinence, Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery (Ed. Walters M.D., Karram M.M), Mosby Inc., St. Louis, **1999**: 25-33.
69. **Kocagöz S, Eroglu K.** (2002). Kadınlarda stras üriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, **2002**; 4:1,29-39.
70. **Bogner HR, Gallo J, Sammel MD, Ford DE, Armenian HK, Eaton W.** Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults, *JAGS*, **2002**; 50 489-495.
71. **Holyrod-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky EK.** Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *JAGS*, **2004**; 52,712-718.
72. **Vaart CH, Leeuw JRJ, Roovers JPWR, Heintz APM.** The Effect Of Urinary Incontinence and Overactive Bladder Symtoms on Quality of Life in Young Women, *BJU International*, **2002**: 90,544-549.
73. **Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın Ö.** Urinary incontinence: its prevelance, risk factors, effects on the quality of life in Turkey. *Gynecol Obstet Invest*, **2004**; 58: 145-150.
74. **Demirci H, Kızılkaya B.N.** Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Konservatif Tedavi Yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, **2002**: s. 102-108.
75. **Dikencik B.K.** Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N.), İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2002**: 29-49.
76. **Thomas TM, et al.** Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J*, **1980**; 281(6250): 1243-5.
77. **Elving LB, et al.** Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, **1989**; 125: 37-43.
78. **Lagace EA, W. Hansen and JM. Hickner.** Prevalence and severity of urinary incontinence in ambulatory adults: an UPRNet study. *J Fam Pract*, **1993**; 36(6): 610-4.
79. **Prosser S, Dobbs F.** Case-finding incontinence in the over-75s. *Br J Gen Pract*, **1997**; 47(421): 498-500.
80. **Milsom I, et al.** The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*, **1993**; 149(6): 459-62.
81. **McGrother CW, et al.** A profile of disordered micturition in the elderly at home. *Age Ageing*, **1987**; 16(2): 105-10.
82. **Hellstrom L, Ekelund P, Milsoml, et al.** The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence ads in 85-year-old men and women. *Age Ageing*, **1990**; 19: 383.

83. **Yalçın Ö.** Üriner İnkontinanslara Genel Bakış. *Ürojinekoloji* (Ed. Güner H.), Atlas Kitapçılık, Ankara, **2000**: 19-27.
84. **Carlile A, Davies I, Rigby A. et al** Age changes in the human female urethra :amorphometric study, *J Urol*, **1988**;139:532.
85. **Tapp A, Cardozo L, Versi E et al**: The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter. *Br J Obstet Gynecol*, **1988**;95:142.
86. **Semmens JP, Wagner G.** Estrogen deprivation and vaginal function in postmenapousal women, *JAMA*, **1982**; 248:445.
87. **Fantl JA, Wyman JF, Anderson RL, et al** : Postmenapousal urinary incontinence: comparison between nonestrogen supplemented and estrogen supplemented women, *Obstet Gynecol*, **1988**;71:823.
88. **Bump RC, McClish DK**: Cigarette smoking and urinary incontinence in women, *Am J Obstet Gynecol*, **1992**;167:1213.
89. **Hannestad Y, Rortveit G, Daltveit A, Hunskaar S.** Are smoking and other lifestyle faktors associated with female urinary inkontinance? The Norwegian epincont study. *Bjog: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2003**; 110:247-54.
90. **Tanrıverdi HA, Sade H, Akbulut V.** Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyolojisi etiyojisi ve risk faktörleri. *T Klin Jinekoloj Obst*, **2004**; 14:231-238.
91. **Dwyer PL.** Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynecol*, **1981**; 95(1):91-6.
92. **Parys BT, Woolfenden KA, Parsons KF.** “ Bladder Dysfunction After Simple Hysterectomy: Urodynamic and Neurological Evaluation,” *European Urology*. **1990**; 17.
93. **Brown SJ, Sawaya G, Thom HD, Grady D.** Hysterectomy and Urinary Incontinence: A Systematic Review, *Lancet*, **2000**; 356 (9229): 535-539.
94. **Thom DH, Brown JS.** “ Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: A review of the clinical and epidemiologic literature,” *Journal of American Geriatrics Society*, **1998**; 46.
95. **Gomel V, Munro MG, Rowe TC.** Jinekoloji Pratik Yaklaşım. Çev: Doç. Dr. N. Erkut Atar. Özışık Ofset Matbaacılık, **1995**.
96. **Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld, D, Bhatia NN.** Prevalence of abnormal urodynamics test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstetrics and Gynecology*. **1992**; 79.
97. **Grady M, Kazminski M, Delancey J, Elkins T, McGuiri E.** “ Stres incontinence and cytoceles,” *The Journal of Urology*. **1992**;145.
98. **Işık A.T.** Geriatrik Olgularda Üriner İnkontinans Tanı-Tedavi. Erişim:www.gata.edu.t/.../geriatri/.../Geriatrik%20olgularda%20üriner %20inkontinansUI.doc. Erişim Tarihi:19/02/2009.

99. **Herzog AR, Fultz NH, Normolle DP, et al.** Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community. *J Am Geriatr Soc* **1989**; 37: 339.
100. **Herzog AR, Fultz NH.** Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc*, **1990**; 38: 273-81.
101. **Çetinel B,** Yaşlıda İdrar İnkontinansı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. İstanbul, 12-13 Kasım **1998**: s. 83-93.
102. **Diokno AC, Brown MB, Brock BM, et al.** Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly. *J Urol*, **1988**; 140: 567-71.
103. **Ath T.** Geri Dönüşümlü İdrar Kaçırma Nedenlerine Yaklaşım. Ankara Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı.
104. **Resnick NM, Bawman M, Scott M, et al.** Risk factors for incontinence in the nursinghome: A multivariate study. *Neurourology and Urodynamics* **1988**; 7: 274-6.
105. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et.al.** The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourology and Urodynamics*, **2002**; 21,167-178.
106. **Arıkan N, Çetinel B, İlker Y. ve ark.** Alt Üriner Sistem İşlevi Terminoloji Standardizasyonunun Türkçe'ye Çevirisi, Türk Üroloji Derneği, Nörouroloji ve Kadın Ürolojisi Çalışma Grubu.
107. **Kızılkaya NB.** Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, Kadınlarda Üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N.), İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2002**: 75-84.
108. **Shultz JM.** Urinary Incontinence, *Nursing*, **2004**; October, 62-63.
109. **Menefee SA, Wall LL.** İnkontinans, prolapsus ve pelvik taban hastalıkları, Çev.Ed. Güner H., Bingöl B. *Novak Jinekoloji*, **2004**: 645-685.
110. **Ostergard DR, Bent AE.** Danforth obstetrik ve jinekoloji (Çev.Ed. Erez S.), *Ürojinekoloji*, Yücel Reklam Yayıncılık, İstanbul, **1997**: 837-865.
111. **İtil İM.** Alt üriner sistem disfonksiyonu ve pelvik organ prolapsusunda sınıflamalar, Ed. Güner H. *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 29-36.
112. **Sarı D.** Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, EGE Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İzmir, **2007**.
113. **Küçükdikencik B.** Üriner inkontinans epidemiyolojisi ve risk faktörleri Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, **2002**: s. 29-50
114. **Walters Mark D, Karram Mickey M.** Evaluation of incontinence. *Clinical Urogynecol*, **1993**; 5:49-59.
115. **Yalçın Ö.** Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi, Ed: Kişnişçi H, *Ürojinekoloji*, Güneş Kitabevi, Ankara, **1996**: 730-747,

116. **Ergen A, Arıkan N, Arslan M.** Jinekolojik Üroloji, Ed:Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N. *Temel Üroloji*, s. 409-446, Güneş Kitabevi, Ankara, **2000**.
117. **Güner H.** Üriner inkontinanslara genel bakış. *Ürojinekoloji*, **2000**; 19-19.
118. **Şen İ.** Geriatrik Üriner İnkontinans. 7. Ulusal geriatri kongresi. 18-22 Haziran, Sheraton, Çeşme, İzmir, **2008**.
119. **Karan A, Eskiurt N.** Üriner inkontinansda fizik tedavi ve rehabilitasyon, kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N.), İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2002**: 129-146.
120. **Newman DK.** Managing and treating urinary incontinence, Versa Pres Inc, Illionois, **2002**; 123-127, 216-219.
121. **Nygaard I, Dougherty MC.** Genuine stres incontinence and pelvic organ prolapse nonsurgical treatment. Ed. Walters MD, Karram MM. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery* Mosby Inc., St. Louis, 145-155.
122. **Wyman JF.** Management of urinary incontinence in adult ambulatory care populations. *Annu Rev Nurs Res*, **2000**; 18,171-194.
123. **Konstantinos H, Eleni K, Dimitrios H.** Dilemmas in the management of female stress incontinence: the role of pelvic floor muscle training, *Int Urol Nephrol*, **2006**; 38:513-525.
124. **Thompson DL, Smith DA.** Continence nursing: A whole person approach, *Holist Nurs Pract*, **2002**; 16:2,14-31.
125. **Abrams P, Andersson KE, Brubaker L. and et all.** evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence, incontinence Ed: Abrams P., Cardozo L., Wein A. and et all, 3rd International Consultation on Incontinence, June, 26-29, **2004**, Monte Carlo, Monaco, 1606.
126. **Borello-France D, Burgio KL.** Nonsurgical treatment of urinary incontinence, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **2004**; 47(1): 70-82.
127. Pelvic Floor Muscle Exercises, American Family Physician **2005**; 71:2, 329.
128. **Balmforth JR, Mantle J, Bilmead J. and et all.** A prospective observational trial of pelvic floor muscle training for female stres urinary incontinence, *BJU International*, **2006**; 98:811-817.
129. **Miller JM, Miller JAA, DeLancy JOL.** A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *JAGS*, **1998**; 46: 840-874.
130. **Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K.** *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, **2000**.
131. **Akkoç Y.** Ürojinekolojide Konservatif Tedavi. Ed. İtil İM *Ürojinekoloji*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu, İzmir, 160-190.

132. **Yıldız A., Onan A.** Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi. Ed. Güner H. *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, **2000**: 115-134.
133. **Jackson S.** Stress Urinary Incontinence: New Management Options, Current Medical Research and Opinion, **2005**: 21(10): 1669-1675.
134. **Demirci F.** Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı (Ed. Kızılkaya Beji N.). *Üriner İnkontinansa Cerrahi ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri*. İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık, İstanbul, **2002**: 91-101.
135. **İtil İ.M.** Stres İnkontinansa Cerrahi Tedavi, *Ürojinekoloji* (Ed. İtil İ.M.), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu, İzmir, **2003**: 86-106.
136. **Ganz PA.** Long-range effect of clinical trial intervention on quality of life Cancer Supplement, **1994**; 74 (9): 2620-23.
137. **Ganz PA.** Quality of life and the patient with cancer Cancer Supplement. **1994**; 74 (4):1445-51.
138. **Başaran S, Güzel R, Sarpel T.** Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, **2005**; 20(1): 55-63.
139. **Lamping DL.** Oxford Supportive Care Health Related Quality of Life in Chronic Renal Failure. **2004**: 63-2.
140. **Bilgin N, Ergenç A, Timurcanday ÖN.** Bireylerde algılanan şekliyle yaşam kalitesi. *E.Ü..Edebiyat Fakültesi Yayın Seminer*, Bornova, **1985**: Sayı:4: 157-69.
141. **Aslan S, Kutsal GY.** Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirmesi. *Geriatry*, **1999**; 2(4): 173-78.
142. **Bulantekin Ö.** Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, **2008**.
143. WHOQOL Group. What is quality of life? *World Health Forum*, **1996**: 17 (4): 354-56.
144. **Yalçın Ö.** Üriner inkontinansa genel bakış. Ed. Güner H. *Ürojinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, **2000**: 19-27.
145. **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
146. **Kelleher C.** Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L. *Urogynecology*, New York, **1997**: 673-688.
147. **Kök G.** Gata kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve sosyal yaşama etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara, **2005**.
148. **Charalambous S, Trantafylidis A.** Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipiperineology*, **2009**; 28: 51-53.

149. **Morrison A, Levy R.** Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value Health*, **2006**; Jul-Aug;9(4):272-4.
150. **Gabbard GO.** (1995) Mood Disorders: Psychodynamic etiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Eds. *Comprehensive Textbook Psychiatry* 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp, **1995**: 116-23.
151. **Özmen E, Aydemir E, Bayraktar E.** Genel tıpta psikiyatrik kavramlar. *Hekimler Birliği Yayınları*, **1997**; 203-34.
152. **Sağduyu A.** Yaşlılar için depresyon ölçeği: hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1997**; 8: 3-8.
153. **Özmenler KN.** Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Dizisi*, **2001**; 3: 109-115.
154. Çoban A, Şirin A. Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatry*, 2003; 6(2):80-83.
155. **Yüksel N.** Yaşlılık çağı depresyonları. *Türk Geriatri Dergisi*, **1998**; 1: 19-23.
156. **Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al** Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry*, **2000**; 57: 601-607.
157. **Serby M, Yu M.** Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*, **2003**; 70: 38-44.
158. **Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K.** Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatri*, **2004**; 39: 15-23.
159. **Yüksel N.** Demans ve depresyon: Klinik ve nöropsikolojik özellikler. *Türk Nöroloji Dergisi*, **2002**; 8: 71-84.
160. **Aşkın R.** *Depresyon el kitabı*. 2. Baskı, Konya: **1999**: 124-131.
161. **Birrer RB, Vemuri SP.** Depression in later life, a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*, May **2004**; 15(69): 2375 -2382.
162. **Alexopoulos GS.** Mood disorders. In: Saddock BJ, Saddock VA. Eds. *Comprehensive Textbook of psychiatry*, Lippincott, Philadelphia: Williams -Wilkins, **2000**: 3060-3067
163. **Ornek T, Bayraktar E, Ozmen E.** *Geriatrik Psikiyatri*. İzmir: Saray Tıp Kitabevleri, **1992**: 63-85.
164. NIH consensus conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* **1992**; 268:1018-1024.
165. **Bongaarts J, Zimmer Z.** Living arrangements of older adults in the developing world. An analyses of demographic and health survey household surveys. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, **2002**; 57:145-57.
166. **Juurlink DN et al.** Medical illness and risk of suicide in elderly. *Arch Intern Med*, **2004**; june14, 164.

167. **Hagglund D, Larsson G.** Reassons why women longterm urinary incontinence do not seek professional help: A cross-sectional population based cohort study. *Urogynecol J*, **2003**; 14, 296-304,.
168. **Milsom I.** The prevelance of urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **2000**; 79, 1056-1059.
169. **Sarkar PKİ, Ritch AES.** Management of Urinary Incontinence. *Journal of Clinizal Pharmacy and Therapeutics*, **2000**; 25, 251-263.
170. **Özerdoğan N, Kızılkaya NB.** Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevelansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, **2003**; 13:51, 37-50
171. **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 (I-QOL), *Urology*, **1999**; 53,71-76.
172. **Abrams WA, Beers HM,).** Comprehensive geriatric assesment. İn: **Berkov R. Eds.** *The Merck manual of geriatrics*. 2th Ed. USA: Merck&Co, Inc. **1995**. p.224-35.
173. **Aktürk Z, Şahin E M, Dağdeviren N, Özer C.** Türkçeleştirilmiş geriatrik depresyon skalasının iç güvenilirlik analizi. V. Aile hekimliği kongresi, Adana, **2002**: 443.
174. **Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M.** Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, **2008**; 17(3) 168-174.
175. **Oleson M, Heading C, Shadick KM, Bistodeau JA.** Quality of life in long stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, **1994**, 20:23-32.
176. **Norton, PA.** Prevelence and social impact of urinary incontinence in women. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, June **1990**; 33(2):295-297.
177. **Bahar A, Tutkun H, Serthaş G.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **2005**; 6:227-239.
178. **Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V.** Gender difference s in depressive symptoms among Spanish Elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **1998**; 33: 195 -205.
179. **Altay B.** Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2009**; 8(2):139-146
180. **Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N.** Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2005**; 8(3): 129-133.
181. **Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E, et al.** Dysthymia in later life: a study in the community. *J Affect Disord*, **2004**; 81: 191-9.

182. **Blazer D, Burchett B, Service C, George LK** The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, **1991**; 46: 210 -215.
183. **Güz H, Yaman MA, N Dilbaz N.** Fiziksel hastalığı olan yaşlılarda depresyon ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Türkiye'de Psikiyatri*, **2007**; 9:44 -49.
184. **Ölüç F.** Edirne kentsel kesimde yaşlılarda sağlıkla ilintili yaşam kalitesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2007**.
185. **Topbaş M, Yaris F, Can G, Kapuca M, Sayar K.** The effect of socio-demographic factors and medical status on depressive symptoms of the inhabitants of nursing home and communitydwelling elders in Trabzon-Turkey. *Bull Clin Psychopharmacol*, **2004**; 14(2): 57-60.
186. **Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A ve ark.** Huzur evinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2000**; 3(4):133-140.
187. **Çalıştır B, Dereli F.** Muğla il merkezinde yalayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2006**; 9 (1) : 30-33.
188. **Şahin M., Yalçın M.** Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. *Geriatri*, **2003**; 6(1): 10
189. **Aslan E.** Stres inkontinansda ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, **1999**.
190. **Karadağ M.** Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, **2008**.
191. **Birtane M, Tuna H, Ekuklu G ve ark.** Edirne huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, **2000**; 3(4): 141-145.
192. **Sütölk Z, Demirhindi H, Savaş N, Akbaba M.** Adana Huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığı ve nedenleri. *Türk Geriatri Derg*, **2004**;7:148-51.
193. **Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G.** Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1-2) 88-103
194. **Coşkun A, Şahin NH, Kızılkaya N, Yıldız A.** Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri İle Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma, XIV. İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Kurultayı, İstanbul, **1998**:36-121.
195. **Kızılkaya N, Yalçın Ö, Ayyıldız H.** Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, I. Ulusal Üro-jinekoloji Kongresi Bildirileri, İstanbul, **1999**.
196. **Kızılkaya N, Yalçın Ö, Işıkoğlu M.** Üriner İnkontinans Hastalarının Tanılanmasında Non-invaziv Tetkik Sonuçlarının Değerlendirilmesi, XIV. İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Kurultayı, İstanbul, **1998**.

197. **Burgio KL, Matthews KA, Engel BT.** Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy middle-aged women. *The Journal Of Urology*, November **1991**; 146: 1255-1259.
198. **Jeter KF.** The social impact of urinary incontinence, Ed.:Raz S. Female Urology WB Saunders Company, Philadelphia, **1996**:80-85.
199. **Black NA, Griffiths JM, Pope C.** Sociodemographic and symptomatic characteristics of women undergoing stress incontinence surgery in the UK. *British Journal Of Urology*, **1996**;78: 847-855.
200. **Lempinen BS, Sintonen H, Kujansuu E.** The relationship between clinical parameters and health-related quality of life as measured by the 15D in incontinent women before and after treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **2004**; 83: 983-988.
201. **Can Güler T.** Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilimdalı, Denizli, **2006**.
202. **Wyman JF, Harkins SW, Choi SC.** Psychosocial Impact Of Urinary Incontinence In Women. *Obstetrics And Gynecology*, **1987**; 70(3): 378-381.
203. **Koçak I, 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, *European Urology* 48, **2005**: 634-641
204. **Fultz HN, Herzog R.** Self reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*, **2001**; 49: 892-899.
205. **MIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life** Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. *JA-MA* **1992**; 268 (8): 1018-1024.
206. **Copeland JRM, Dewey PA.** Yaşlılarda depresyon. Çev. İncila Kaplan. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1992**; 3(1): 3-7.
207. **Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD.** Urinary incontinence and depression. *J Urol*, **1999**; 162(1):82-4.
208. **Gurland BJ.** The comparative frequency of depression in various adult age groups. *J Gerontol*, **1972**; 31:283-292.
209. **Schwab JJ, Holzer CE, Warheit GJ.** Depressive symptomatology and age. *Psychosomatics*, **1973**; 14:135-141.
210. **Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K.** Prevalance of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol*, **1983**; 117:173-185.
211. **Blazer DG.** Epidemiology of depression: prevalence and incidence. Principles and practice of geriatric psychiatry. Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG (Ed) England, John Wiley Sons Ltd, **1994**: 519-522.
212. **Good WR, Vlachonikolis I, Griffiths P ve ark.** The structure of depressive symptoms in the elderly. *Br J Psychiatry*, **1987**; 150:463-470.

213. **Beekman AT, Kriegsman DM, Deeg DJ ve ark.** The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. *Sos Psychiatry Epidemiol*, **1995**; 30(1): 32-38.
214. **Verhey FRJ, Honig A.** Depression in the elderly. Depression neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. Honig A, Van Praag HM (Ed) England, John Wiley Sons, **1997**: 59
215. **Copeland JRM.** Depression of older age. *Br J Psychiatry*, **1999**; 174:304-306.
216. **Dugan E, Cohen SJ, Bland DR, Preisser JS, Davis CC, Suggs PK, McGann P.** The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *J Am Geriatr Soc*, **2000**; 48(4):413-6.
217. **Nygaard I, et al.** Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women, *Obstet Gynecol*, January **2003**;101:149-56.
218. **Grimby et al.** The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing*, **1993**; 22: 82-89
219. **Benlioğlu C.** Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. Uzmanlık tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, **2006**.
220. **Siracusano S, Pregazzi R, Di Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, Guaschino S, Pappagallo G, Belgrano E.** Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in an Italian urban area. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **2003**; 107(2):201-4.
221. **Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W.** Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol*, **2005**;106(3):585-92.
222. **Kulaksızoğlu IB, Gürvit H, Polat A, Harmancı H, Çakır S, Hanağası H et al.** Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in İstanbul. *Int. Psychogeriatr*, **2005**;17:303-12.
223. **Grimby A, Suanborg A:** Morbidity and health related quality of life among ambulant elderly citizens. *Aging Milano* **1997**: Oct; 9(5): 356-64.
224. **Mc Dowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N:** Effectiveness of behavioural therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc*, **1999**; Mar; 47(3):309-18.
225. **Niall TM, Galloway RES, El-Galley, Peter K, Sand Rodney A, Appell HW, Russell.** Update on extracorporeal magnetic innervation therapy for stress urinary incontinence. *Urology*, **2000**;56(suppl 6 A):82-86.
226. **Bush TA, Castellucci DT, Philips C.** Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*, **2001**;21(3): 211-218.
227. **Eyigör S, Karapolat H, Durmaz B.** Bir üniversite kliniğine başvuran yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve depresyon bulguları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2006**; 9 (3): 130-135.
228. **Ersan F.** Üriner inkontinans hastalarında ekstrakorporal manyetik innervasyon (extracorporeal magnetic innervation-exmi) tedavisinin hayat kalitesi ve ürodinamik

parametreler üzerindeki etkileri. Uzmanlık tezi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, **2006**.

229. **Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F.** İc1q-Kısa Form Türkçe, idrar kaçırın kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmekte yeterli mi? I-qol formu ile karşılaştırma. *Türk Üroloji Dergisi*, **2008**; 34 (3): 332-334.

230. **Henderson AS et.all.** The course of depression in the elderly: a longitudinal community based study in Australia. *Psychol Med*, **1997**; 27: 119-29.

EKLER

EK -1. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Belirlemeye İlişkin Kişisel Bilgi Formu

Adınız-soyadınız:

Protokol No:

Yattığı Hastane:

Yattığı Servis:

1.Yaşınız:

2. Medeni durumunuz:

- Evli
- Hiç evlenmemiş
- Eşi vefat etmiş
- Eşinden ayrılmış

3.Eğitim durumunuz:

- Okuryazar değil
- Okuryazar
- İlköğretim mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Yüksek lisans ve doktora mezunu

4. Sosyal güvenceniz:

- Var
- Yok

5. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

6. Gelir durumunuz:

- Gelir giderden fazla
- Geliri giderine denk
- Gelir giderden az

7. Birlikte yaşadığınız bireyler:

- Yalnız

- Eşi ile birlikte
- Çocukları ile birlikte
- Akrabalarının yanında
- Diğer (Belirtiniz.....)

8. Sizce birlikte yaşadığınız bireylerle ilişkileriniz nasıl?

- İyi
- Orta
- Kötü

9. Oturduğunuz konutun tipi

- Apartman dairesi
- Müstakil ev

10. Kronik hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

11. Yanıtınız “evet” ise kronik hastalıklarınız:

12. Kullandığınız ilaçlar:

13. Doğum sayınız:

14. Doğum şekli:

- Normaldoğum
- Sezeryan

15. İdrar Kaçırma Nedeniyle Ped kullanma durumunuz:

- Evet
- Hayır
- Islanma oldukça çamaşır değiştirme

16. Ne kadar süredir istemsiz idrar kaçırıyorsunuz?

- 1 yıldan az
- 1-3 yıl
- 4-6 yıl
- 7 ve üstü

17. Sizce idrar kaçırıyor olmanız kişilerarası ilişkilerinizi etkiliyor mu?

- Evet
- Hayır

18. Sizce idrar kaçırıyor olmanız bir sağlık sorunu mudur?

- Evet
- Hayır

19. İdrar kaçırmadan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurdunuz mu?

- Evet
- Hayır

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

- Evet
- Hayır

21. İdrar kaçıрма nedeniyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıysanız bunun nedenini/ nedenlerini ağıklayınız.

- Yařla birlikte idrar kaçırmamın normal olduđunu dűřündüm.
- Muayeneye gelmek için vakit bulamadım.
- İdrar kaçırmam beni çok rahatsız etmedi.
- Muayene olmaktan çekindiğim için gelmedim
- Çevrede idrar kaçıran birđok kiři olduđu iđin normal olduđunu dűřündüm.

EK – 2. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi (IQOL)

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

- 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 kaçırırım 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 endiŖe içindeyim.
19. Kendi mesanemi kontrol edemiyorum hissine kapılıyorum.
20. Aldığım sıvı miktarına sürekli dikkat etmeliyim.
21. Bu benim kıyafet seçimimi sınırlıyor.
22. Seks yaŖamım etkilenir diye endiŖe ediyorum.

EK- 3. Kısa Geriatrik Depresyon Skalası

Aşağıdaki sorulara geçen hafta süresince hissettiklerinizi EVET veya HAYIR şeklinde yanıt veriniz.

1. Temel olarak yaşamdan zevk alıyor musunuz? Evet Hayır
2. Aktivitelerinizin ve ilgilerinizin çoğundan uzaklaştınız mı? Evet Hayır
3. Hayatınızın boş olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır
4. Çoğunlukla canınız sıkılır mı? Evet Hayır
5. Çoğu zaman moraliniz iyi midir? Evet Hayır
6. Kendinize kötü birşeyler olacağını düşünerek korkar mısınız?
 Evet Hayır
7. Çoğunlukla kendinizi mutlu hisseder misiniz? Evet Hayır
8. Sıklıkla kendinizi yardıma muhtaç hisseder misiniz? Evet Hayır
9. Dışarı çıkmak ve yeni şeyler yapmak yerine evde mi oturmayı tercih edersiniz? Evet Hayır
10. Hafızanızla ilgili olarak, çoğu kişiden daha fazla mı problemlili olduğunuzu düşünüyorsunuz? Evet Hayır
11. Şu an hayatta olduğunuz için mutlu musunuz? Evet Hayır
12. Son zamanlarda kendinizi değersiz olarak hissediyor musunuz?
 Evet Hayır
13. Enerji dolu musunuz? Evet Hayır
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu düşünüyorsunuz? Evet Hayır
15. Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda mı olduğunu düşünüyorsunuz?
 Evet Hayır

EK – 4. İZİN YAZISI

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü


20 ARA 2008

Sayı : B.10.4.İSM.4.33.00.09 / 38872
Konu : Anket Uygulaması

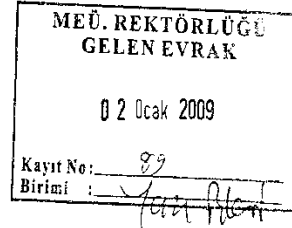
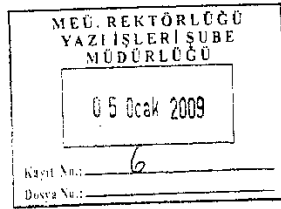
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
MERSİN

İLGİ: 17.12.2008 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-1398/16460 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızla "Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasının kurumumuzda yapılmasının uygun görüldüğüne dair Valilik Onayları yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.


Kadir OKATAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKİ:
1 Adet Valilik Onayı



Cami Şerif Mah. Uray Cad. MERSİN
Ayrıntılı Bilgi İçin: Eğitim Şube Dah Tel:178-177

Tel: 0-324-2382810 (pöx) Fax:0 324-2382814

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1978 yılında Siirt'te doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Siirt'te tamamlamıştır. 1997 yılında Siirt SSK Hastanesi'nde göreve başlamış ve 2000 yılında Mersin SSK Hastanesi'ne atanmıştır. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan hemşirelikte lisans derecesi alan araştırmacı, 2009 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır ve halen Mersin Toros Devlet Hastanesinde görev yapmaktadır.