

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**65 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA ÜRİNER-FEKAL
İNKONTİNANSIN YAYGINLIĞI, RİSK FAKTÖRLERİ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Tuba DEMİREL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Danışman
Doç. Dr. Belgin AKIN**

KONYA-2012

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Tuba DEMİREL tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr.Emel EGE
S. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi



İmza

Danışman: Doç.Dr.Belgin AKIN
S. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi



İmza

Üye: Yrd.Doç.Dr.Fatih KARA
S. Ü. Selçuklu Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.B.D. Böl. Öğr. Üyesi



İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tevfik TEKELİ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesinde bilgi ve deneyimleriyle tez çalışmamın her aşamasında bana yardımcı olan hocam Doç.Dr. Belgin Akın'a, veri toplama formunun hazırlanmasında emeği geçen Doç.Dr.Emel Ege'ye ve Yrd.Doç.Dr. Fatma Taş'a, Doç.Dr.Naile Bilgili'ye, Prof.Dr. Ayşe Saide Şahin'e, verilerin analizinde bilgilerini paylaşan Prof.Dr.Said Bodur'a, Yrd.Doç.Dr.Fatih Kara'ya, Öğr.Gör.Funda Özpulat'a, araştırma boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Arş.Gör.Pınar Zorba, Öğr.Gör.Ayla Kaya, Öğr.Gör. Hacer Alan'a ve aileme çok teşekkür ederim.

Arş.Gör.Tuba Demirel
Konya/2012

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	v
1.GİRİŞ	1
1.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi	6
1.1.1. Mesane	6
1.1.2. Üretra	6
1.2. Alt Üriner Sistem Fizyolojisi ve Kontinans Mekanizması	7
1.3. Üriner İnkontinans	8
1.3.1. Üriner İnkontinans Tanımı	8
1.3.2. Üriner İnkontinans Tipleri.....	8
1.3.3. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi	10
1.3.4. Üriner İnkontinans Nedenleri.....	11
1.3.5. Üriner İnkontinanda Risk Faktörleri.....	12
1.3.6. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	14
1.3.7. Üriner İnkontinanda Hemşirelik Bakımı	16
1.3.8. Üriner İnkontinanda Koruma ve Tedavi.....	18
1.4.Fekal İnkontinans.....	22
1.4.1 Fekal İnkontinans Tanımı	22
1.4.2. Fekal İnkontinansın Yaygınlığı.....	23
1.4.3. Fekal İnkontinansın Nedenleri ve Risk Faktörleri	24
1.4.4 Fekal İnkontinanda Hemşirelik Bakımı.....	25
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
2.1.Araştırmanın Tipi.....	28
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
2.3.Araştırmanın Evreni.....	28
2.4.Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	28
2.4.1. Örnek Seçimi.....	28
2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri	29
2.5.Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	29
2.5.1.Anket Soruları	29
2.5.2.İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	30

2.5.3.Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	31
2.5.4.Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	32
2.5.5.Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT_E)	33
2.6. Ön Uygulama.....	34
2.7. Verilerin Toplanması	34
2.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
2.8.1. Üriner İnkontinans Görülme Durumu ile İlişkili Değişkenler.....	34
2.8.2. Üriner İnkontinans- Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi ile İlgili Değişkenler.....	34
2.9.Verilerin Analizi	35
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
2.11. Araştırma Soruları.....	35
2.12. Araştırmanın Varsayımları.....	36
2.13. Etik Boyut	36
3. BULGULAR.....	37
3.1.Yaşlılarda Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu, Üİ ve Fİ Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular	37
3.2. Yaşlıların Üİ Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Sağlık Durumu Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulgular	42
3.3.Yaşlıların Üİ Yaşam Kalitesi Düzeyinin Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu ve Üİ Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulgular	47
4. TARTIŞMA.....	58
4.1.Araştırma Grubundaki Yaşlıların Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu, Üİ ve Fİ Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulguların Tartışılması.....	58
4.2.Araştırma Grubundaki Yaşlıların Üİ Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Sağlık Durumu Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	62
4.3.Araştırma Grubundaki Yaşlıların Üİ Yaşam Kalitesi Düzeyinin Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu ve Üİ Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	65
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
5.1 Sonuçlar	69
5.2. Öneriler	70
6.ÖZET.....	72
7. SUMMARY	73
8. KAYNAKLAR	74

9. EKLER	82
EK-A. Anket Soruları.....	82
EK-B. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ).....	87
EK-C. Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (FİYKÖ)	88
EK-D. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	90
EK-E. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E)	94
EK-F. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi.....	99
EK-G. Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı'ndan Alınan İzin Belgesi.....	100
EK-H.Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi	101
EK-I.Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi	102
10. ÖZGEÇMİŞ	103

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKI: Beden Kitle İndeksi

DM: Diyabetüs Mellitus

Fİ: Fekal İnkontinans

FİYKÖ: Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

İYKÖ: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

KW: Kruskal-Wallis Varyans

MS: Multiple Skleroz

MW-U: Mann-Whitney U

SB: Sağlık Bakanlığı

SMMT: Standardize Mini Mental Test

SMMT-E: Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Üİ: Üriner İnkontinans

1. GİRİŞ

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavinin sağlanması ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ölüm hızını azaltmış, doğuştan beklenen yaşam süresini uzatmış, bunun sonucunda tüm dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artmasına neden olmuştur (Kutsal 2005). Yirminci yüzyıl, ortalama yaşam süresinin uzaması yönünden önemli bir dönem olarak kabul edilmektedir. Dünyada ortalama yaşam süresi, 1950-2000 yılları arasında 20 yıl artarak 66 yıla yükselmiş olup 2050 yılına kadar 10 yıl daha artması beklenmektedir. 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında iki milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun dört kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi beklenmektedir (Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı 2002).

Herkes için Sağlık Hedef ve Stratejilerinden (Sağlık 21) hedef 7’de “2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı olmaları ve toplum içinde aktif rol almalarını sağlamak” hedeflenmiştir. Bu hedef ile 2020 yılına kadar “kendi kendine yeter ve toplumda aktif olarak yaşayabilen 70 ve üzeri yaşlardaki bireylerin oranını en az % 50 arttırmak” amaçlanmıştır (SB 1999). İnsan ömrünün uzaması istenen bir durumdur. Ancak yaşlıların sayısının artması çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (Bilir 2004).

Yaşlanan toplumlarda yüksek tansiyon, kalp-damar hastalıkları, kronik bronşit, diyabetes mellitus (DM), çeşitli kanserler, osteoporoz ve ruhsal sorunlar yanında yaşlıların yaşam kalitesini azaltan birçok yaşlılık sendromu ortaya çıkmaktadır (Bilir 2004). Fiziksel, ekonomik, psikososyal boyutları ile yaşlı nüfusta karşımıza çıkan önemli geriatrik sendromlardan birisi olan üriner inkontinans (Üİ), ülkemizde yaşayan yaşlılarda sık rastlanılan önemli sorunlardandır (Ateşkan ve ark 2000). Yaşam kalitesini etkileyen ve ekonomik maliyeti yüksek olan Üİ 65 yaş ve üzeri nüfusta % 15–35 oranında görülmektedir (Aggozzotti ve ark 2000, Beji 2002).

Üİ’nin kurumda kalan yaşlılarda, toplum içerisinde yaşayan yaşlılara göre daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Aggozzotti ve ark 2000, Beji 2002, Palmer 2002). Aggazzotti ve ark (2000) kurumda kalan yaşlılarda Üİ prevalansının % 54,5

olduğunu ve kadınlarda Üİ oranının (% 59,8), erkeklerden (% 39,2) daha fazla olduğunu belirtmektedir. Arıkan ve ark (2002) huzurevindeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını % 30,0 olarak saptamıştır. Üİ kurumda yaşayan yaşlılarda yaygın olarak görülmekle birlikte toplum içindeki yaşlılarda da önemli bir sorun olduğu ve genellikle bireylerin bunu ifade etmedikleri belirtilmektedir (Ateşkan ve ark 2000). Ateşkan ve ark (2000) toplum içerisindeki 65 yaş ve üzeri bireylerle yaptıkları çalışmada Üİ prevalansını toplamda % 44,2 olarak bulmuştur. Üİ toplumdaki kadın ve erkek olmak üzere her iki cinsiyette de görülürken kadınlarda (K:% 57,1, E: % 21,5) daha fazla görülmektedir (Ateşkan ve ark 2000). Ateşkan ve ark (2000) Üİ sıklığını kadınlarda % 57,1, erkeklerde % 21,0, Huskaar ve ark (2000) kadınlarda % 9-72 olduğunu bu oranın yaşlı kadınlarda % 12-58 arasında olduğunu belirtmektedir. Üİ bireylerde çeşitli şekillerde görülmektedir. Kadınlarda en sık stres ve sıkışma inkontinansı görülürken erkeklerde stres inkontinansın daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Ateşkan ve ark 2000). Çiftçi ve Günay (2009) çalışmasında kadınlarda Üİ görülme sıklığını % 36,6, stres inkontinans görülme sıklığını % 33,5, sıkışma (acil) inkontinans görülme sıklığını % 26,8 olarak belirtmektedir. Üİ kadınlarda sık görülmesine rağmen kadınlar bu sorunu kendiliğinden dile getirmemekte ve hekime başvurmamaktadır (Ateşkan ve ark 2000).

Kadınlar, Üİ'den dolayı yaşam kaliteleri etkilemesine rağmen tıbbi yardım almamaktadır. Yardım almama nedenleri olarak Üİ'yi normal ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, tedavinin yararlı olmayacağına inanmaları, kimden yardım alacaklarını bilmemeleri, sorunu sağlık görevlisi ile paylaşmada sıkıntı, kararsızlık, korku hissetmeleri, tanı ve tedavi girişimlerinde maliyetin fazla olması bildirilmektedir (Vinsnes ve ark 2001, Minassian ve ark 2003). Kadınların çoğu Üİ'yi tıbbi bir sorundan daha çok sosyal bir sorun ve tabu olarak görmekte, sorun hakkında konuşmaktan çekinmekte ve çoğunlukla sorun başladıktan en az bir yıl sonra hekime başvurmaktadır (Biri ve ark 2006). Yapılan araştırmalar Üİ'li hastaların inkontinans nedeniyle sıklıkla izolasyon, depresyon ve sıkıntı yaşadıklarını bildirmektedir (Özerdoğan ve ark 2004, Edwards ve Jones 2001, Gragon ve Kramer 2002, Palmier ve ark 2005). Kadınların % 50,2'si utandığı için, %

49,8'i Üİ'nin yaşa bağlı doğal bir sonuç olduğuna inandıkları için doktora başvurmadıklarını belirtmektedirler (Ateşkan ve ark 2000).

Üİ bireyde; sürekli kötü kokma korkusu, kendini yetersiz, kirli hissetme, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, damgalanma, utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi olumsuz psiko-sosyal etkiler oluşturmaktadır. Kadınlar kötü koku veya Üİ'nin çevreden görülebileceği düşüncesi ile egzersiz, alışveriş, arkadaş ziyareti vb aktivitelerinden kaçınmakta ve sıvı alımını kısıtlamaktadır. Yaşlılar zamanlarının çoğunu bu sorunla mücadele etmek için geçirmektedirler (Erdoğan 2003, Çetinel 2004).

Üİ'si olan yaşlılar fiziksel aktivite kısıtlaması yapmakta ve uzun süreli egzersiz ve sportif programlara katılmak istememektedirler. Yaşam kalitesinin bozulması ve fiziksel aktivitenin kısıtlanması hipertansiyon, osteoporoz, koroner kalp hastalıkları, obezite gibi sorunların artmasına neden olmaktadır. Ayrıca Üİ yaşının uzun dönem bakımevlerine yatırılma sebeplerinin başında gelmektedir (Torres ve ark 2001). Yaşlı, zayıf ve yatağa bağımlı hastalarda Üİ cilt döküntüleri, dermatit, enfeksiyon gibi sorunlara yol açmaktadır (Çetinel 2004).

Kadınlarda Üİ oluşumunu bazı faktörler etkilemektedir. Yaş, obstetrik öykü, geçirilmiş cerrahi operasyon, beden kitle indeksi (BKI), sigara, kahve, alkol tüketimi ve idrar yolu enfeksiyonu (İYE) Üİ'ye neden olan risk faktörleri olarak belirtilmektedir (Güler ve Yağcı 2006, Bektaş ve Alparslan 2007). Üİ'ye neden olan önemli faktörler arasında ileri yaşlılık, idrar tutma mekanizmalarında meydana gelen değişiklikler, doğum öyküleri, depresyon, beyinde geçici kanlanma bozukluğu, konstipasyon, obezite, hareket yeteneğindeki azalma, kronik hastalıklar (akciğer hastalıkları, DM, kalp yetmezliği) bulunmaktadır (Karan ve ark 2000, Ergen 2004, İnci ve Ergen 2010). Çiftçi ve Günay (2009) çalışmasında ilerleyen yaş, gebelik sayısı, kürtaj sayısı, doğum sayısı, doğumun güç olması, sık İYE, uterus prolapsusu, ürogenital ameliyat geçirme, DM, sigara içme ve konstipasyon gibi faktörlerin Üİ görülme sıklığını arttırdığını belirtirken; kendiliğinden düşük yapma, iri bebek doğurma ve idrar sondası uygulanmasının Üİ görülme sıklığının artması üzerinde etkisinin olmadığını saptamıştır. Bilgili ve ark (2008)'nin çalışmasında doğum eyleminin uzun sürmesi ve genital prolapsusun Üİ görülme sıklığını arttırdığı; çocuk

sayısı, ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, dört kilogram ve üzeri bebek doğurma, epizyotomi açılma durumunun Üİ görülme sıklığını etkilemediği belirtilmektedir. İnkontinansın önlenmesi için yaygınlığının ve risk faktörlerinin bilinmesine yönelik daha çok araştırma yapılarak sonuçların topluma duyurulması önemlidir (Çiftçi ve Günay 2009, Özerdoğan ve ark 2004).

Yaşlı bireylerde görülen en önemli sendromlardan birisinin de fekal inkontinans (Fİ) olduğu belirtilmektedir. Fİ hastalar ve toplum tarafından kabullenilmesi zor, sosyal sıkıntı oluşturan ve yüksek maliyeti olan önemli bir durumdur (Kalantar ve ark 2002). Fİ normal barsak alışkanlığının istemsiz olarak gerçekleştirilmesinde ve normal kıvamdaki feçes atılımını kontrol etmede yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (Şenturan 2009). Yapılan araştırmalarda Fİ oranı farklılık göstermektedir. Bliss ve ark (2000) yoğun bakımdaki hastalarda Fİ sıklığını % 33,0, Prosser (1997) 75 yaş ve üzeri yaşlılarda % 9,0, Borrie ve ark (1992) uzun süredir yatağa bağımlı hareket ve mental fonksiyonda yetersizliği olan bireylerde % 46,0, Goode ve ark (2005) yaşlı bireylerde % 11,6, Edwards ve Jones (2001) 65 yaş ve üzeri evde yaşayan bireylerde % 4,0 olarak belirtmektedir. Dedeli ve ark (2008) huzurevinde kalan yaşlılarda Fİ sıklığını % 9,5, Koçak ve ark (2005) % 2,6, Aslan ve ark (2009) % 14,0, İlçe ve Ayhan (2011) % 29,1 olarak saptamıştır.

Fİ'li yaşlıların büyük çoğunluğunda Üİ yakınması da bulunmaktadır. Fİ'li yaşlıların % 51,7'sinde Üİ'nin de olduğu tespit edilmiştir (Dedeli ve ark 2008). Çamtosun ve Şen (2008)'in çalışmasında Üİ'li bayanlarda; gaz-gaita inkontinansı sıklığının % 5,0 olduğu ve bu durum için geçirilmiş pelvik cerrahi, postmenopozal sendrom varlığı, konstipasyon ve zor doğum hikayesinin belirgin bir risk oluşturduğu; postmenopozal süre, BKI, sigara kullanımı, mesane prolapsusu, rektosel ve vajinal doğumun ise bir risk oluşturmadığı tespit edilmiştir. Fİ yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen yaşlı bireylerde yarattığı sosyal, ekonomik, hijyenik ve duygusal baskılar nedeni ile önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekle birlikte yaşlıların yaşam kalitesini anlamlı ölçüde azalttığı düşünülmektedir (Dedeli ve ark 2008).

Fİ yaşlıların sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Dedeli ve ark 2008). Fİ sosyal izolasyona ve sosyal yaşamın giderek harap olmasına neden olan

fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlıktır (Kalantar ve ark 2002). Bu nedenle sosyal bir etkiye ve ilerleyen bir izolasyona neden olabilmektedir (Edwards ve Jones 2001). Hastalarda sinirlilik, anksiyete, depresyon, kendine saygının azalması gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Edwards ve Jones 2001, Gragon ve Kramer 2002, Palmier ve ark 2005).

Fİ'nin nedeni ile ilgili yaşlıların düşünceleri incelendiğinde % 72,0'ı nedenini bilmediğini, % 16,0'ı geçirdiği ameliyata, % 8,0'ı bel incinmesine, % 4,0'ı da doğuma bağlı olduğunu belirtmiştir. Fİ'li yaşlıların % 89,7'si katı dışkı, sıvı dışkı, gaz arasındaki farkı ayırt edebilmektedir; dışkı tipine bakılmaksızın % 47,5'i ayda bir- üç kez, % 46,1 ise günde iki veya daha fazla dışkı kaçırmaktadır. Fİ'nin medeni durum, BKİ, doğum sayısı ve şekli ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Dedeli ve ark 2008). Fİ (Dedeli ve ark 2008) ve Üİ yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine rağmen birçok yaşlı çoğunlukla utanma nedeniyle Üİ-Fİ konusunda tıbbi yardım almaya isteksizdir (Çamtosun ve Şen 2008, Ateşkan ve ark 2000).

Üİ-Fİ'si olan yaşlıların toplumdaki gerçek oranını saptamak çok güçtür. Çünkü birçok yaşlı bu sorunu ilerleyen yaşın normal bir sonucu olarak görmekte ve utandığı için yardım almamaktadır. Kişinin kendine olan güveninin azalması, yalnız yaşama, toplumdaki kaçma gibi sorunları da beraberinde getirdiğinden önemli sosyal ve psikolojik sıkıntılar oluşturmaktadır (Ergen 2004).

İnsan yaşamının uzaması ile Üİ ve Fİ sorununun toplumda yaygınlığı artmaktadır. Bu nedenle Üİ ve Fİ sağlık çalışanları yönünden önemi artan bir sağlık sorunudur. Türkiye'de yaşlı bireylerde Üİ ve Fİ'nin görülme sıklığı, bunu etkileyen risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisine ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Karan ve ark 2000, Dedeli ve ark 2008, Çamtosun ve Şen 2008). Yaşlıların sağlığını geliştirmek için Üİ ve Fİ gelişimini önlemek sağlık personelinin önemli sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Bu sorunu ele almada yaşlılarda Üİ ve Fİ görülme sıklığı, risk faktörleri ve bunların yaşlıların yaşam kalitelerine olan etkilerini bilmek önemlidir. Bu çalışma toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ ve Fİ görülme sıklığını, risk faktörlerini ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır.

1.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi

Üriner sistem böbrekler, üreterler, mesane ve üretradan oluşmaktadır. Böbrekler idrar oluşumundan, üreterler, mesane, üretra ve pelvik taban kasları idrarın depolanması ve atılmasından sorumludur (Karadakovan 2010, Akdemir ve Birol 2004).

1.1.1. Mesane

Mesane boşken yassı, distansiyon halinde küre biçiminde olan, içi boş ve düz kaslarla çevrili (Coşkun 2002), idrarı biriktiren (Karadakovan 2010) gövde ve gövdenin uzantısı olan huni biçimli boyun kısmından oluşan bir organdır (Guyton ve Hall 2007). Erişkin birinin mesane kapasitesi 300-600 ml'dir (Karadakovan 2010). Mesane detrüör ve trigon olmak üzere iki farklı yapıdan oluşmaktadır (Sivrioğlu 2005, Guyton ve Hall 2007). Mesane düz kasına detrüör denilmektedir (Guyton ve Hall 2007). Detrüörün birbirlerini serbestçe çaprazlayan düz kas demetleri, mesane boynunda dairesel özellik olarak fonksiyonel bir sfinkter özelliği kazanmaktadır (Sivrioğlu 2005). Detrüör kasıldığında mesane iç basıncı 40–60 mmHg'ya kadar yükselerek mesane boynu gevşemekte ve mesane boşalmaktadır (Coşkun 2002, Guyton ve Hall 2007). Trigon, üreterlerin giriş deliklerinden mesane boynunun üst kısmına kadar uzanan (Sivrioğlu 2005, Guyton ve Hall 2007) idrarın depolanma sürecinde kaçışını önleyen, boşaltım fazında ise huni biçimini alarak boşalmasını kolaylaştıran ve miksiyon sırasında üreteral reflüyü önleyen bir kastır (Çetinel 2005, Sivrioğlu 2005). Mesane gövdesi ve boynundaki kas düz kaslardan oluşmasına rağmen bu kaslar istemli çalışan iskelet kasıdır (Guyton ve Hall 2007).

1.1.2. Üretra

Mesane de biriken idrarı dışarı taşıyan (Akdemir ve Birol 2004, Sivrioğlu 2005) kadınlarda yaklaşık 3-5 santimetre (cm) uzunluğunda olan bir organdır (Karadakovan 2010). İç kısmında düz kas katmanı ve dışta sfinkter özelliği gösteren yarı-dairesel düz kas katmanı içermektedir. Düz kas lifleri submukozal olarak üretra boyunca uzanmakta ve dış sfinkter yapısına katılmaktadır (Sivrioğlu 2005). Dış sfinkter kası sinir sisteminin istemli kontrolü altında (Guyton ve Hall 2007) ve istemsiz idrar kaçışını engellemektedir (Sivrioğlu 2005). İnternal sfinkter mekanizma

mesane gövdesinde basınç eşik değerin üstüne çıkıncaya kadar doku tonüsünü yükseltmekte ve idrar kaçışını önlemektedir (Sivrioglu 2005).

1.2. Alt Üriner Sistem Fizyolojisi ve Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistem, merkezi sinir sistemi kontrolü altında, otonom sinir sistemi ve somatik sinir sistemi tarafından inerve edilmektedir. Alt üriner sistem otonom sinir sistemi tarafından uyarılmasına rağmen istemli olarak kontrol edilebilmektedir (Guyton ve Hall 2007). Mesanenin boşalma işlevi iki aşamadan oluşmaktadır. İlk olarak mesane duvar gerimi eşik değerin üstüne çıkana kadar mesane dolmakta ve sonra artan gerim miksiyon refleksini uyarmaktadır (Guyton ve Hall 2007, Karadakovan 2010).

Miksiyon refleksi otonomik bir medulla spinalis refleksi olup beyindeki merkezler tarafından kolaylaştırılabilen ya da baskılanabilmektedir. Bu merkezler beyin sapında özellikle ponda kolaylaştırıcı ve baskılayıcı, beyin korteksinde baskılayıcı olabilen merkezlerden oluşmaktadır. Miksiyon bir refkestir ancak bazı kontrol merkezleri bu refleksi etkilemektedir.

- İdrar yapma isteninceye kadar üst merkezler refleksi inhibe etmeye devam etmektedir.
- Uygun bir ortam buluncaya kadar miksiyon refleksi üst merkezlerden dış mesane sfinkterine devamlı tonik kasılmalar göndererek engellenmektedir.
- Miksiyon için zaman uygunsa kortikal merkezler miksiyon merkezlerini kolaylaştırabilir (Guyton ve Hall 2007).

Mesane sakral pleksus ile medulla spinalis sinirleri ile kontrol edilmektedir. Pelvik sinirler hem motor hemde duyusal sinir liflerini taşımaktadır. Duyusal lifler mesane duvarındaki gerimi alarak mesanenin boşalma refleksini başlatmaktadır (Guyton ve Hall 2007). Mesane duvarında bulunan sempatik ve parasempatik sinirler afferent ve efferent sinir lifleriyle medulla spinalisteki refleks merkezine bağlanmaktadır (Karadakovan 2010).

Pelvik sinir içinde iletilen parasempatik lifler detrüör kasını inerve etmektedir. Mesane dış sfinkterleri istemli iskelet kasını inerve ve kontrol eden somatik sinir lifleridir. Sempatik sinirler mesanenin kanlanması sağlamakta, mesane kasılmasını çok az etkilemektedir. Mesane boşken iç basıncı sıfıra yakın bir değerde iken idrar miktarı arttıkça mesane iç basıncı artmaktadır. Mesane dolarken mesane kasılmaları

artmaktadır (Guyton ve Hall 2007). Mesane gerimine bağlı pelvik sinirlerle medulla spinalisin sakral bölgesine iletilmekte ve refleks olarak mesaneye geri iletilmektedir. Koşullar miksiyon için uygunsa parasempatik sinirler aracılığıyla mesaneye gevşetici uyarılar giderek miksiyon oluşmaktadır (Karadakovan 2010).

Bir kez miksiyon refleksi uyarıldıktan sonra mesane boşalmaz ise mesanede gevşeme oluşmakta ve mesane daha fazla dolmaktadır. Bu şekilde daha sık ve güçlü refleksler oluşmaktadır. Miksiyon refleksi yeterince güçlü olduğunda miksiyon gerçekleşmektedir (Guyton ve Hall 2007). Ancak birey idrar yapmak için uygun bir yer buluncaya kadar idrar yapma isteği istemli olarak kontrol edilebilmektedir. Bu süreçte bir sorun olursa Üİ gerçekleşmektedir (Guyton ve Hall 2007, Karadakovan 2010, Sivrioğlu 2005).

1.3. Üriner İnkontinans (Üİ)

1.3.1. Üriner İnkontinans Tanımı

Üİ bireyde sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan, objektif olarak saptanabilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Karadakovan ve Kaymakçı 2010). Üİ'nin; genç-yaşlı, kadın-erkek, bütün insanları, tüm yaşamları boyunca etkileyen istemsiz idrar kaçırma sorunu olduğü belirtilmektedir (Beji 2002). Tüm dünya nüfusunun % 20'sini oluşturması beklenen yaşlı nüfusta sık görülen Üİ sosyal ve toplumsal bir sorun olarak algılanmaktadır (Şenturan 2010). Bu sorun yalnızca alt üriner sisteme ait bir bozukluk olmayıp, birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Guyton ve Hall 2007).

1.3.2. Üriner İnkontinans Tipleri

Üİ'nin birçok tipi bulunmaktadır (Beji 2002, Karadakovan ve Kaymakçı 2010, Şenturan 2010, İnci ve Ergen 2010).

Stres İnkontinansı

Kadınlarda istemsiz Üİ'nin en sık rastlanılan nedenlerinden birinin stres Üİ olduğü belirtilmektedir (Beji 2002). Sfinkterdeki hafif bir zayıflık durumunda karın içi basıncın artmasına bağlı (efor, egzersiz, öksürme, hapşırma, gülme) meydana gelen Üİ tipidir (Çetinel 2005, Karadakovan ve Kaymakçı 2010). Detrüsörün kasılması olmaksızın karın içi basınç artışıyla istemsiz Üİ olarak da tanımlanabilmektedir (Güler ve Yağcı 2006, İnci ve Ergen 2010). Devamlılık göstermemekte, karın içi basıncın normale dönmesi ile sonlanmaktadır (İnci ve

Ergen 2010). Doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği ve yaşlanmaya bağlı gelişebilmektedir (İnci ve Ergen 2010).

Sıkışma İnkontinansı (Urge-Acil İnkontinans)

Ani ve şiddetli idrar yapma isteğiyle birlikte görülen Üİ tipidir (İnci ve Ergen 2010). Sıkışma hissi ile birlikte oluşan istemsiz idrar kaybı yakınması olarak tanımlanmaktadır (Çetinel 2005, Karadakovan ve Kaymakçı 2010). Mesane kasının spontan kasılmaları ile oluşmaktadır. Kaçırılan idrar miktarı az olabileceği gibi tüm mesane de boşalabilmektedir (Çetinel 2005, İnci ve Ergen 2010). Sıkışma tipi Üİ detrüsör kasının aşırı aktivitesine bağlı gelişmekte olup diüretik kullanımı, enfeksiyon, taş, geçirilmiş operasyon, nörolojik nedenlere bağlı (Beji 2002) ve kafein-alkol tüketimine bağlı gelişebilmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı 2010).

Mikst Tip İnkontinans

Stres ve sıkışma inkontinans yakınmasının bir arada bulunması ile oluşan Üİ tipidir (İnci ve Ergen 2010). Stres ya da Sıkışma inkontinans belirtileri diğerine oranla daha rahatsız edici düzeyde olabilir. Miks tip inkontinans geriatrik popülasyonda daha sık görülmektedir (Güler ve Yağcı 2006).

Taşma Tarzında İnkontinans

Mesanenin aşırı gerilmesiyle istemsiz oluşan ve boşalamayan mesanenin maksimum doluluğa ulaşıp damlama şeklinde görülen Üİ tipidir (Beji 2002, İnci ve Ergen 2010). Kronik idrar retansiyonu veya nörojenik mesanelerde görülebilmektedir. Mesane iç basıncı üretral dirençle eşitlendiğinde Üİ başlamaktadır (İnci ve Ergen 2010).

Sürekli İnkontinans

Devamlı olarak ve idrarın geldiğinin farkına varmadan meydana gelen Üİ'dir (Çetinel 2005). Doğum sırasında oluşabilen sfinkter yaralanmalarında, bazı konjenital ve kazanılmış nörojenik hastalıklarda görülen mesane disfonksiyonlarında devamlı inkontinans görülebilmektedir (İnci ve Ergen 2010).

Fonksiyonel İnkontinans

Kişilerin kontrolleri dışında zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur (İnci ve Ergen 2010). Alt üriner sistem dışındaki faktörlere bağlı, çoğunlukla fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlardaki bozukluğa ya da bağımlılık hissi görülen psikiyatrik sorunlar nedeniyle oluşmaktadır (Beji 2002, Güler ve Yağcı 2006). Depresyon, demans, mobilite kısıtlılığı, fekal etki ve ilaç gibi

nedenlerle normal kontinansa sahip olgularda fonksiyonel inkontinans gelişebilmektedir (İnci ve Ergen 2010, Karadakovan ve Kaymakçı 2010).

Yukarıdaki tipler dışında; Üİ uykuda, cinsel ilişki sırasında, gülme ya da herhangi bir zorlama olmadan da meydana gelebilmektedir (Çetinel 2005).

1.3.3. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi

Üİ'ye yönelik yapılan araştırmada bir yıllık insidans genç hastalarda % 3,0, yaşlı hastalarda % 6,0 olarak tespit edilmiştir (Samuelsson ve ark 2000). Aggozotti ve ark (2000)'nın çalışmasında Üİ prevelansı % 54,5 iken ileri yaşlarda Üİ prevelansının arttığı (95 yaş ve üzerinde ; % 73,7) belirtilmektedir. Üİ ile doğum sayısı, üriner sistem enfeksiyonları, konstipasyon ve Fİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir.

Üİ bütün yaş gruplarında, farklı ırk ve kültürlerde yaygın olarak kadınları etkilemektedir (Muscatello ve ark 2001, Minassian ve ark 2003). Orta yaş ve yaşlı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, İspanyol kadınlarda Üİ sıklığı % 36,0, beyaz kadınlarda % 30,0, siyah kadınlarda % 25,0, Asyalı ve Amerikalı kadınlarda % 19,0 oranında bulunmuştur (Thom ve ark 2006). Üİ tipleri yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Genç ve orta yaşlı kadınlarda daha çok stres tipi Üİ görülürken, ilerleyen yaşla birlikte mikst ve sıkışma tipi Üİ görülmektedir (Muscatello ve ark 2001, Hoyrold-Leduc ve Straus 2004).

Üİ tipine göre bakıldığında; stres, sıkışma ve mikst tipi Üİ prevelansı sırayla % 50,0, % 14,0, % 32,0 olarak belirtilmektedir (Minassian ve ark 2003). Espino ve ark (2003) 'nın 65 yaş ve üzeri 1589 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, stres tipi Üİ prevelansı % 10,0, sıkışma tipi Üİ prevelansı % 33,0 ve mikst tipi Üİ prevelansı % 42,0 olarak saptanmıştır. Diokno ve ark (2004)'nın 18-60 yaş arası 7911 kadın ile yaptığı çalışmada, stres tipi Üİ prevelansının % 40,6, sıkışma tipi Üİ prevelansının % 11,0, mikst tipi Üİ prevelansının % 45,3 ve diğer Üİ tiplerinin prevelansının ise % 3,1 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada genç ve orta yaş grubunda stres tipi Üİ oranının yaşlı bayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Gebe kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada Üİ prevelansı % 27,0 olarak bulunmuştur (Kocaöz ve ark 2010). Yaş ortalaması 38,55±11,04 olan jinekoloji polikliniğindeki kadın hasta grubunda yapılan araştırmada, kadınların % 37,11'inin herhangi bir şekilde idrar kaçırdığı saptanmıştır. Üİ bulguları bulunan toplam 85

hasta içerisinde en yüksek oranda sırasıyla stres tipi (% 40,0), miks tipi (% 36,47), sıkışma tipi (% 15,29) ve diğer tiplerde (taşma, sürekli Üİ gibi) (%8,23) Üİ bulunduğu belirlenmiştir (Kök ve ark 2006). Başka bir çalışmada hastaların % 74,4'ü Üİ'nin menopozla beraber başladığını ya da arttığını, ailesinde Üİ öyküsü olan kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Kuliyeva ve Demir 2007). Menapoz dönemindeki kadınların % 45,3'ünde Üİ görülmekte ve Üİ görülen olguların % 64,3'ü miks tip, % 23,5'i stres tip ve % 12,2'si sıkışma tip Üİ'dir (Şentürk ve Kara 2010).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 20-70 yaş arası kadında tipine bakılmaksızın Üİ prevalansının % 25,8, stres tipi Üİ'nin % 42,9, sıkışma tipi idrar kaçırmanın % 27,3 ve mikst tipi Üİ'nin % 29,8 olduğu, 50'li yaşlara kadar stres tipi Üİ'nin, 50'li yaşlardan sonra ise mikst tip Üİ'nin arttığı saptanmıştır (Özerdoğan ve ark 2004) Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda stres, sıkışma ve mikst tip Üİ prevalansının sırayla % 15,4-42,3, % 9,8-32,3, % 10,3-70,1 arasında değiştiği belirlenmiştir (Ateşkan ve ark 2000, Güneş ve ark 2000, Ekin ve ark 2004, Özerdoğan ve ark 2004, Oskay ve ark 2005, Koçak ve ark 2005, Biri ve ark 2006, Filiz ve ark 2006, Çetinel ve ark 2007). Ateşkan ve ark (2000)'nin 65 yaş ve üzeri 2000 kişi ile (1276 kadın, 724 erkek) yaptığı çalışmada tüm grupta Üİ prevalansı % 44,2, kadınlarda % 57,1, erkeklerde % 21,5 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada inkontinansı olan erkeklerde sıkışma tipi Üİ görülürken (% 56,4), kadınlarda miks tip Üİ (% 70,1) daha sık görülmektedir. Yaşlılarda Üİ sıklığı % 47,3 (erkeklerde % 34,3, kadınlarda % 59,8), tüm yaşlılarda sıkışma tipi Üİ % 33,8 (erkeklerde % 24,2, kadınlarda % 43,1) olarak belirlenmiştir.

1.3.4. Üriner İnkontinansın Nedenleri

Üİ kadının istem dışı idrar kaçırmasıdır ve kadını çok etkileyen bir sorundur. Bu klinik patoloji yalnız alt üriner sistemin bozukluğu değil, birçok nedenle ortaya çıkabilen, karmaşık ve çok faktörlü bir durumdur. Üİ anatomik ve fonksiyonel nedenlerle oluşmaktadır (Kuliyeva ve Demir 2007).

Anatomik Nedenler

1. Detrüsor Hiperaktivitesi: İdiyopatik veya nörojenik nedenlerden detrüsor hiperaktivitesi meydana gelmektedir. Üriner sistemde gelişen enfeksiyon, vajinit,

fekal tıkaç, üriner sistem taşları mesanedeki stres reseptörlerinin hassas hale gelmesine yol açmaktadır. Parasempatik sinirlerin uyarılması ile mesane yeterli doluluğa ulaşmadan kasılarak idiyopatik detrüsor hiperaktivitesine neden olmaktadır. Merkezi sinir sistemi rahatsızlıkları Üİ'ye neden olabilmektedir.

2. Detrüsor Gevşekliği: Büyük ve atonik mesane oluşturmaktadır. Bu durumda miksiyonun başlaması için yeterli intraveziküler basınç artışı oluşamadığından mesane aşırı şişkin olmakta ve taşma tipi Üİ gelişmektedir. DM, sakral omurilik hasarı, pelvik maligniteler, pelvik cerrahi ve MS gibi durumlarda görülebilmektedir.

3. Çıkış Yolu Obstrüksiyonu: İntraveziküler basınçta artışa, aşırı şişkin bir mesane oluşmasına neden olmaktadır. Üretral striktür, mesane prolapsusu ve prostat hipertrofisi obstrüksiyona neden olabilmektedir.

4. Mesane ile Üretra Arasındaki Açık: Fekal tıkaç, mesane prolapsusu veya uterus prolapsusu gibi durumlarda fizyolojik mesane-üretra açısı bozulabilmektedir.

5. Pelvik Kas Gevşekliği: Mesane tabanının ve üretranın aşırı aktif olmasına bağlıdır. Geçirilmiş lokal cerrahi girişimlerine, abdominal basınçlara ve doğum travmalarına bağlı gelişmektedir.

6. Detrüsor-sfinkter Dissinerjisi: Travma, tümör ve MS gibi nedenlerle oluşmaktadır (Öztürk ve Karan 2007).

Fonksiyonel Nedenler

Psikolojik, fiziksel ve çevresel etkenler yaşlı bireylerde miksiyonu engelleyebilir. Deliryum, demans ve psikoz gibi durumlarda birey mesanesini kontrol edemediğinden inkontinans gelişebilmektedir. Yaşlılığa bağlı yaralanma, hastalık, ameliyat geçirme ya da tuvaletin yakında bulunmaması gibi durumlarda Üİ gelişimini etkilemektedir. DM, hiperkalsemi, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklara ve antikolinergik, antipsikotik, opioid, antidepresan, alfa antagonistleri, kalsiyum kanal blokörleri ve diüretik gibi kullanılan ilaçlara bağlı idrar üretiminde artışa bağlı inkontinans gelişebilmektedir (Öztürk ve Karan 2007).

1.3.5. Üriner İnkontinanstaki Risk Faktörleri

Holroyd-Leduc ve Straus (2004) Üİ'de etkili olan faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak iki başlık altında incelemiştir. Değiştirilemeyen faktörler arasında cinsiyet, yaş, ırk, yüksek öğrenim, çocukluk çağı enürezis öyküsü, iki ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olma, jinekolojik faktörler (yaşlı kadınlarda histerektomi, prolapsus cerrahisi), obstetrik faktörler (vajinal doğum,

forsepsle doğum, sezaryen, doğum sayısının fazlalığı, iri bebek öyküsü) yer alırken; değiştirilebilen faktörler arasında çeşitli ilaçlar (diüretik, östrojen, antidepresan, laksatif, antibiyotik, trankilizan, benzodiazepin), sigara içme, aşırı kafein tüketimi, aşırı kilo, fonksiyonel bozukluklar, kronik hastalıklar (DM, inme, sistolik kan basıncında yükselme, bilişsel bozukluklar, parkinson, artrit, bel sorunları, duyma ve görme bozuklukları), jinekolojik sorunlar (mesane prolapsusu, uterus prolapsusu, zayıf pelvik taban kas kontraksiyonu), ürolojik (tekrarlayan İYE, dizüri) ve gastrointestinal sorunlar (Fİ, konstipasyon ve barsak sorunları) yer almaktadır.

Yapılan araştırmalarda Üİ'ye neden olan birçok faktör olduğu bildirilmektedir. Aggazzotti ve ark (2000), Güneş ve ark (2000), Oskay ve ark (2005), Tozun ve ark (2009) kronik konstipasyonun Üİ ile ilişkili olduğunu ve konstipasyon görülen bireylerde Üİ sıklığının arttığını belirtmektedir. Aggazzotti ve ark (2000), Minassian ve ark (2003), Özerdoğan ve ark (2004), Koçak ve ark(2005), Oskay ve ark (2005), Tozun ve ark (2009) tekrarlayan İYE'nin Üİ sıklığını arttırdığını belirtmektedir. Minassian ve ark (2003) doğum, obezite, kronik öksürük, depresyon, İYE, histerektomi ve felç geçirmenin Üİ riskini arttırdığını belirtmektedir.

İlerleyen yaşlarda Üİ sıklığının arttığı belirtilirken bazı çalışmalarda Üİ ile yaş arasında ilişki olmadığı belirtilmektedir. Cohen ve ark (1999), Dolan ve ark (1999), Espino ve ark (2003), Minassian ve ark (2003) yaşla birlikte kadınlarda Üİ görülme sıklığında belirgin bir artış olduğunu belirtmektedir. Ateşkan ve ark (2000) Ekin ve ark (2004), Filiz ve ark (2006), Tozun ve ark (2009), Şentürk ve Kara (2010) yaş ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtirken İlçe ve Ayhan (2011), Oskay ve ark (2005) Üİ ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamıştır. Malmstrom ve ark (2010) yaş, kronik hastalık ile Üİ arasında ilişki bulunmadığını saptamıştır.

Üİ kadın ve erkeklerde görülmekte ancak kadınlarda (kadınlarda % 59,8, erkeklerde % 39,2) daha fazla görülmektedir (Aggazzotti ve ark 2000). Güneş ve ark (2000) DM olan bireylerde Üİ sıklığını % 78,0 olarak belirtmiştir. Şentürk ve Kara (2010) doğum sayısının üç ve üzerinde olmasının Üİ riskini artırdığını belirtmektedir. Aynı çalışmada doğum şekli ve hormon replasman tedavisi (HRT) alma ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bektaş ve Alparslan (2007) evli, 15 yaş üzeri doğum yapmış kadınlar ile yaptıkları çalışmada yaş, eğitim düzeyi,

gebelik sayısı, doğum sayısı ve BKİ arttıkça, 24 saatten uzun süren doğum eylemi, vajinal doğum ve evde doğum yapma, menopoza girme, birinci ve ikinci derece akrabalarında stres Üİ'nin varlığı, prolapsus, mesane prolapsusu, histerektomi öyküsü olmasının stres Üİ için risk faktörü olduğunu belirlemiştir. Düşük eğitim ve gelir düzeyi, demans varlığı, DM, hiperglisemi, atrial fibrilasyon, hipertansiyon, osteoartrit, parkinson hastalığı, hareket kısıtlılığı, diüretik, beta bloker, kalsiyum kanal bloker kullanımı ile Üİ varlığı arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Doğan ve Atlı 2009).

1.3.6. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yaşam kalitesi, kişisel ve kültürel değerler, inançlar, benlik, amaçlar, yaş ve hayattan beklentilerin bileşimi olan bir bireyden diğerine değişiklik gösteren bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Sarı ve Khorsid 2007). Yaşlanma ile beraber birçok sorun ortaya çıkmakta, psikososyal sağlık daha fazla bozulmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Karan ve ark 2000).

Üİ bireyin fiziksel, sosyal ve çevresel aktiviteleri ile mental ve psikolojik durumunu etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olan bir durumdur (Doruk ve ark 2007). Üİ bireyde sürekli kötü kokma korkusu, kendini yetersiz, kirli hissetme, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, damgalanma, utanma, mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik, anksiyete, depresyon, cinsel istekte azalma ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi olumsuz psiko-sosyal etkiler oluşturmaktadır (Erdoğan 2003). Bu etki bireyin aktivitelerini direkt etkileyerek ya da utanç duygusuyla ortaya çıkmaktadır (Doruk ve ark 2007). Kadınlar kötü koku veya Üİ'nin çevreden görülebileceği düşüncesi ile egzersiz, alışveriş, arkadaş ziyareti vb aktivitelerinden kaçınmakta, sıvı alımını kısıtlamakta, zamanlarının çoğunu bu sorunla mücadele etmek için çabalayarak geçirmektedirler (Erdoğan 2003). Üİ'si olan yaşlılar fiziksel aktivite kısıtlaması yapmakta ve uzun süreli egzersiz ve sportif programlara katılmak istememektedirler. Yaşam kalitesinin bozulması ve fiziksel aktivitenin kısıtlanması sonucu hipertansiyon, osteoporoz, koroner kalp hastalıkları, obezite gibi sorunların artmasına neden olmaktadır. Ayrıca Üİ yaşlının uzun dönem bakımevlerine yatırılma sebeplerinin başında gelmektedir (Torres ve ark 2001).

Üİ'nin sosyal ilişkileri kısıtladığı, duygusal ve psikolojik iyiliği bozduğu bilinmektedir. Utanma duygusu ve özgüven kaybı da Üİ'nin sık olan etkilerindendir

(Abrams ve ark 2005). Yapılan çalışmalarda, kadınların 2/3'ünün evden çıkarken koruyucu (ped vs) kullandığı, ulaşım, fiziksel aktivite, elbise seçimi gibi faaliyetlere sınırlamalar getirdiği, aile ve arkadaşlarla ilişkilerinde zorluklar yaşadığı saptanmıştır (Aslan 2002).

Kadınların Üİ'ye bağlı yaşam kaliteleri etkilemesine rağmen yardım almamaktadır. Yardım almama nedenleri olarak Üİ'yi normal ve yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, tedavinin yararlı olmayacağına inanmaları, kimden yardım alacaklarını bilmemeleri, sorunu sağlık görevlisi ile paylaşmada sıkıntı, kararsızlık, korku hissetmeleri, tanı ve tedavi girişimlerinde maliyetin fazla olması bildirilmektedir (Vinsnes ve ark 2001, Minassian ve ark 2003). Kadınların çoğu Üİ'yi tıbbi bir sorundan daha çok sosyal bir sorun ve tabu olarak görmekte, sorun hakkında konuşmaktan çekinmekte ve çoğunlukla sorun başladıktan en az bir yıl sonra hekime başvurmaktadır (Biri ve ark 2006).

Üİ tipleri kadın yaşantısı üzerinde farklı etkiler göstermektedir (Margalith ve ark 2004, Monz ve ark 2007). Kök ve Şenel (2005)'in araştırmasında miks tip Üİ'si olan bireylerin psikolojik olarak daha fazla etkilendiği belirlenmiştir. Üİ süresi arttıkça kadınların sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Güler ve Yağcı 2006). Cinsel disfonksiyon görülme oranı Üİ'si olan kadınlarda % 61,6 iken, Üİ'si olmayanlarda % 28,4 olarak bulunmuştur (Özdemir ve Özerdoğan 2009).

Yapılan çalışmalarda Üİ'nin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etki gösterdiği belirtilmektedir. Özerdoğan ve ark (2004) bireylerin yaşam kalitesi ile Üİ sıklığı ve miktarı, İYE geçirme durumu arasında olumsuz bir ilişki bulunduğunu saptamıştır. İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların % 62,5'inin orta ve çok derecede yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirlemiştir. İlçe ve Ayhan (2011) Üİ'li yaşlıların % 52,7'sinin Üİ korkusu ile evden dışarı çıkmadığını, % 18,2'sinin misafirlik ve alış-verişe gidememe durumu ile % 18,2'sinin dini işlerini yapamama durumu yaşadıklarını saptamıştır. Karan ve ark (2000) Üİ'li hastalarda, psikososyal sağlık başta olmak üzere yaşam kalitesinde bozulma olduğunu belirtmektedir. Özerdoğan ve ark (2004) Üİ'nin kadınların yaşam kalitelerini hafif ve orta derecede etkilediğini vurgulamaktadır. Pelvik taban kas egzersizinin stres Üİ ya da mikst tipte Üİ tanısı alan hastalarda kaçırılan idrar miktarını, sayısını, sıklığını azaltmada, pelvik taban

kas gücünü ve yaşam kalitesini arttırmada etkin olduğu bulunmuştur (Sarı ve Khorsid 2007).

1.3.7. Üriner İnkontinansta Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik alanında eğitim programları toplumun değişen sağlık sorunlarına göre yeniden düzenlenmekte ve yaşlanan nüfusun gereksinimlerinin en iyi şekilde karşılanmasına yönelik değişimler yapılmaktadır (Akdemir ve Akyar 2009). Bu kapsamda hemşirenin yaşlılara sunduğu sağlık bakım hizmetini toplumun gereksinimleri doğrultusunda evrensel ve bilimsel gerçeklere dayalı olarak, yaşlanma sürecini (yaşlılarda görülen akut ve kronik hastalıkları, sendromları, fiziksel ve psikososyal sorunları, yasal, etik ve ekonomik sorunları) iyi bilmesi gerekmektedir (Kılıç 2009). Bu yaklaşımla gerontoloji ve geriatri hemşirelik alanları gündeme gelmiştir (Akdemir ve Akyar 2009).

Geriatric hemşireliği geriatric ekibi içerisinde sağlığı koruma ve geliştirmeye odaklanarak yaşlılara en uygun bakımı sunmayı amaçlamaktadır. Gerontoloji hemşireliği ise, yaşlıların özgün gereksinimlerini anlama da, geriatric bakım ve rehabilitasyonu planlamada görevlidir. Gerontoloji hemşiresi yaşlıların tedavisinde, sağlığı koruyucu hizmetlerin sunumunda ve yaşlıya bakım verenlerin gereksinimlerini saptamada aktif rol almaktadır (Kılıç 2009). Bu kapsamda gerontoloji hemşiresi, hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesinde, teorileri kullanması ve geliştirmesinde, hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında disiplinler arası işbirliği sağlayarak sağlığın geliştirilmesinde ve sürdürülmesinde, hastalıkları önlemede ve özbakım gücünü geliştirmede rehber niteliğindedir (Akın ve ark. 2001).

Üİ tedavi edilebilmesine rağmen toplumda fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, genellikle sağlık kurumuna rapor edilmekte geciktirilen bir durum olduğundan sağlık personelleri tarafından özen gösterilmesi gerekmektedir (Kök ve Şenel 2005). Sağlık personeli Üİ hakkında bilgi birikimini arttırmalı ve bu bilgilerini uygulamalara aktarmalıdır. Sağlık personelinin Üİ konusunda araştırmalar yapması ve topluma bu çalışmaların sonuçlarını bildirmeleri önemlidir (Oskay 2002). Oskay (2002) sağlık personelinin eğitiminde; okulların müfredat ders programına inkontinans konusunun zorunlu ders olarak konulması, inkontinansın ayrı bir konu olarak planlanması, eğitimlerin multidisipliner olması ve eğitimlere bütçe ayrılması,

eğitimlerde ilgi ve motivasyonu artırmak için modern eğitim yöntemleri kullanılması gerektiğini bildirmektedir. Üİ tedavisinde görevli multidisipliner ekibin önemli üyelerinden biri olan hemşireler bu alanda danışman, eğitimci, araştırmacı, klinisyen ve koordinatör rolleriyle görev almaktadırlar (Dinç ve Beji 2008).

Hemşireler, Üİ sorunu olan hastaların hemşirelik tanılarını belirlemek amacıyla tanılama aşamasında elde edilen verileri analiz etmektedir. Bu analizler sonucunda sıklıkla aşağıdaki hemşirelik tanıları konulmaktadır.

- Üİ'ye bağlı deri bütünlüğünün bozulması
- İyilik durumunun değişmesi ve utanma korkusu ile ilişkili sosyal izolasyon
- Koku, giysi tercihlerini değiştirme, koruyucu ped ve giysiler giyme gereksinimine bağlı imaj bozukluklarıdır (Beji 2002).

Bu hemşirelik tanılarına ilişkin aşağıda inkontinans eğitim programları, cildin korunması ve harici ürünlerin kullanılması bölümünde bahsedilen girişimlerden uygun olanları hemşirelik girişimlerine aktarılmalıdır. “Beden imajı bozuklukları ve sosyal izolasyon” tanısı için hemşireler;

- Bireyin duygu, korku, düşüncelerini ve sorularını ifade etmesini sağlamak,
- Bireye destekleyici, güven verici bir ortam sağlamak,
- Bireyin psikolog ile görüşmesini sağlamak,
- Bireyin kendisi için önemli olan bireylerle daha sık görüşmesini sağlamak gibi girişimlerinde bulunmalıdır (Beji 2002).

Karan ve ark (2002) 'nın yapmış olduğu stres inkontinansı olan hastalarla pelvik taban kaslarını güçlendiren kegel egzersizleri öğretilerek ve düzenli olarak egzersizleri yapmaları sağlanarak bireylerin yakınmalarının azaldığı saptanmıştır. Hemşire bütüncül bir yaklaşımda bulunarak, yaşlılıkta kadın sağlığının korunmasında erken tanı, sağlığın bozulduğu durumlarda tanı ve tedavide, kadının sonraki yaşamını mutlu olarak sürdürebilmesi için rehabilite etmede ve sağlık eğitimi vermede önemli görevler üstlenmektedir (Şirin ve Çoban 2003).

Hemşirelerin Üİ konusunda araştırma yapmaları ve bunların sonuçlarını topluma duyurmaları gerekmektedir. Bu kapsamda;

- Toplum sağlıklı mesane alışkanlığı konusunda ve sorun yaşadığında nasıl yardım alması gerektiği konusunda bilgilendirilmeli,
- Nörolojik hastalığı olanlar, tedavi edilmeli ve kontinansı sağlanmalı,
- İnkontinanslı kişilerin yakınlarının bu konuya duyarlı olmaları sağlanmalıdır (Beji 2002).

1.3.8. Üriner İnkontinasta Koruma ve Tedavi

Literatürde yaşam dönemlerine göre inkontinansın önlenmesi ve korunmasına yönelik bazı bilgiler yer almaktadır. Yetişkinlerde; konstipasyon, obezite, sigara ve bazı ilaçlar (alfa blokerler, kafein, diüretik) inkontinasta risk faktörü olarak belirtilmektedir. Egzersiz sırasında aşırı fiziksel zorlama inkontinans riskini artırdığından bunlardan kaçınılması önerilmektedir. Orta yaştaki bireylerde histerektomiye bağlı kas hasarı, pelvik sinir zedelenmesi, östrojen eksikliği, yanlış kateterizasyon uygulaması Üİ'ye eğilimi arttırmaktadır. Yaşlı bireylerde daha önce geçirilmiş genitoüriner operasyonun, hareket yetersizliğinin, kronik öksürüğün, fonksiyonel yetersizliğin, solunum hastalıklarının, sedatif ve hipnotik ilaçların, Fİ ve konstipasyonun Üİ riskini arttırdığı bildirilmektedir (Oskay 2002).

İnkontinans oluşmaması için bazı önlemler alınmasına rağmen yine de Üİ görülebilmektedir. İnkontinanslı bireylerin bakım ve tedavisindeki amaç, kişilerin tekrar idrar tutabilir hale gelmesini sağlamaktır. Kontinans sağlamada veya inkontinans sorununda düzelmeyi amaçlayan tedaviler: davranışsal tedavi, cerrahi tedavi ve ilaç tedavisidir (Karadakovan ve Kaymakçı 2010, Erkan ve Beji 2002). Hastayla birlikte tüm tedavi seçenekleri, riskleri ve sonuçları tartışılmalı ve hastanın seçim yapması sağlanmalıdır (Erkan ve Beji 2002). Üİ görülen bireylerde davranışsal tedavide bakım üç boyutta ele alınmaktadır. Bunlar; inkontinans eğitim programları, cilt bakımı ve harici ürünlerin kullanılmasıdır (Şenturan 2010).

Davranış Tedavisi

1. İnkontinans Eğitim Programları: Bu program mesane eğitimi, alışkanlıkların düzenlenmesi, idrar yapmaya teşvik, pelvik kas egzersizlerinden ve diğer tedavilerden oluşmaktadır (Erkan ve Beji 2002).

Mesane eğitimi; Üİ mesane doluluğunun algılanmaması veya motor sinir sistemindeki bozukluktan kaynaklanıyorsa eğitim etkili olmaktadır. Eğitimin amacı; idrar yapmayı erteleyerek, inhibe ederek ya da sınırlandırarak, hastayı düzenli aralıklarla idrar yapmaya alıştırmak, idrar kaçırmasını engellemek ya da azaltmak, idrar yapma kontrolünü sağlamaktır. Eğitimde ilk olarak hastanın idrar yapma hissi bulunmasa bile 1,5-2 saatte bir, daha sonra 2-3 ve 4-6 saatte bir olacak şekilde idrar yapması istenir. Bu şekilde idrar yapmadaki gecikme idrar miktarının artmasını ve idrar yapma aralıklarının (kuru kalma dönemlerinin) artmasını sağlamaktadır. Mesane eğitimi ile idrar yapma hissinin bastırılması amaçlandığından idrar yapma hissi olan hastaya derin ve yavaş nefes alması önerilmektedir. Mesane eğitimi içerisinde yer alan sıvı alımının düzenlenmesinde; akşam yemekten sonra sıvı alınmaması, gündüz saatlerinde sıvı alımının sağlanması, diüretik ilaç ve içeceklerin sabah saatlerinde alınması, kafeinli, alkollü, tatlandırıcı ve karbonatlı içeceklerin sınırlandırılması (Erkan ve Beji 2002, Şenturan 2010) ve bireylerin günlük en az dört litre sıvı alması (Karan ve Eskiuyurt 2002) yer almaktadır

Alışkanlıkların düzenlenmesinde; Tuvalet programlarının oluşturulması Üİ üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Bu programda hastaya belli bir düzen içerisinde, belli bir süre sonra, her sabah, her yemekten sonra ve gece bir kere idrar yapması önerilmektedir (Şenturan 2010).

Pelvik kas egzersizinde; Öksürme, gülme, ağır bir şey kaldırma gibi karın içi basıncın artmasına bağlı görülen inkontinansı önlemeye yönelik kasları kuvvetlendirmek için “Kegel Egzersizleri” öğretilmektedir. Vajina ve anüsün etrafındaki kasları sıkarak, birkaç dakika kasılı tutup, gevşetme hareketinden oluşan kegel egzersizini 6-8 hafta süre ile düzenli uygulayarak (sabah, öğlen ve akşam vakitlerinde her defasında 15-20 kez yapılmalıdır) idrar sızıntısının % 50 azaltıldığı belirtilmektedir (Karan ve Eskiuyurt 2002, Ergen 2004, Karan ve ark 2002, Şenturan 2010).

Diğer tedaviler; Vajinal konlar, elektriksel stimülasyon, biofeedback tedavilerdir (Erkan ve Beji 2002). Davranışsal tedavi tekniklerinin uygulanmasında hemşireler sorumluluk almaktadır (Dinç ve Beji 2008).

Vajinal konlar kas gücü düşük düzeyde ve perineal duyarlılığı olmayan bireyler için vajen içerisine yerleştirilen tedavi yöntemidir. Şiddetli prolapsusun iyileştirilmesinde etkili değildir ve kronik vajinal hastalıklarda kullanılmamalıdır (Erkan ve Beji 2002). Ağırlıkları 20-90 gr arasında olan bu konların hem kas gücünü arttırmak hem de egzersizi öğretmek için yaşam boyu kullanılması tavsiye edilmektedir. Bu konlar günde iki kez 10 dakika tutulup çıkartılmakta ve kas gücü arttıkça konların ağırlıkları arttırılmaktadır (Karan ve Eskiuyurt 2002).

Elektriksel stimülasyonla alçak frekanslı bir elektrik akımı verilerek kas ve sinir uyarısı ile bir kasılma elde edilmektedir. Vajinaya yerleştirilen proplarla verilen elektrik akımı pasif olarak kegel egzersizi yaptırmaktadır. Bu tedavi sonrası hafif rahatsızlık hissi ve enfeksiyon riski olduğundan her hasta için ayrı proplar kullanılmalıdır (Erkan ve Beji 2002, Karan ve Eskiuyurt 2002).

Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığıyla görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır (Karan ve Eskiuyurt 2002). Vajinal ve rektal duyuşsal algılama ve bilgisayar yoluyla hastanın eforu izlenmektedir (Erkan ve Beji 2002). Bu tedavi şekli haftada üç kez 25-35 dakika uygulanarak 10-20 seans şeklinde uygulanmaktadır (Karan ve Eskiuyurt 2002).

Bütün davranışsal teknikler hastanın ve bakıcısının eğitilmesini kapsamaktadır. Üİ'yi azaltan diğer yöntemler; (Erkan ve Beji 2002)

- İçilen sıvı miktarı ve türünde değişiklik (Günlük en az dört litre sıvı gündüz saatlerinde alınmalı, kola, çay, kahve ve alkol içermeyen içecekler tercih edilmelidir.) (Erkan ve Beji 2002, Şenturan 2010, Karan ve Eskiuyurt 2002).
- İlaç tedavisinde değişiklik (Mümkünse diüretik ilaçlar kullanılmamalı)
- Mevcut İYE'nin tedavisi
- Kronik solunum yolları hastalıklarının iyileştirilmesi (Öksürme stres inkontinansı tekiklemektedir.)

- Diyet ve konstipasyon sorunu önlenmeli (Konstipasyona bağlı karın içi basıncın artması stres inkontinansa neden olmaktadır. Bu nedenle lifli gıdaların tüketilmesi ve dört litre sıvı alınması sağlanmalıdır.) (Karan ve Eskiurt 2002).
- HRT verilmesini içermektedir (Östrojen tedavisi üretral direnci arttırarak Üİ'yi önlemeye yardım etmektedir) (Beji 2002).

2. Cildin Korunması: Cilt üzerinde biriken idrar cildi tahriş etmektedir. Üİ ciltte çeşitli derecelerde lezyonlara ve İYE'ye neden olmaktadır. İdrarın temas ettiği bölge su ve sabunla yumuşak hareketlerle yıkanmalı, durulanmalı ve sonrasında uygun losyonlarla nemlendirilmelidir (Büyükcoşkun 1998, Beji 2002, Şenturan 2010).

3. Harici Ürünlerin Kullanılması: Üİ'de giysi ve yatak takımlarının ıslanmasını önlemek için özel koruyucu ürünler bulunmaktadır. Koruma amaçlı ped, havlu, bez ve örtü gibi malzemeler küçük ve büyük miktardaki sızıntıları önlemektedir. Bu malzemelerin seçiminde çabuk emici, ıslaklığı alt katmanlarda toplama ve cilde temas eden kısmın kuru olmasına dikkat edilmelidir (Beji 2002, Şenturan 2010).

İlaç tedavisi

Üretral direnci artırmak amacıyla uygulanmaktadır (Beji 2002, Karadakovan ve Kaymakçı 2010). İlaç tedavisi davranışsal tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılabilir (Karan ve Eskiurt 2002). Bu ilaçlar arasında alfa-adrenerjik agonistleri, trisiklik antidepresanlar, antikolinergikler, oxybutynin ve östrojen kullanılmaktadır (Beji 2002, Karadakovan ve Kaymakçı 2010). İlaçlar hastalarda ağız kuruluğu, konstipasyon, bulantı, bulanık görme, taşikardi, bradikardi, baş ağrısı, ajitasyon, uykusuzluk, tromboflebit ve postural hipotansiyona neden olabilmektedir (Beji 2002, Erkan ve Beji 2002). Bu yan etkilere yönelik hemşireler gözlem yaparak uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmalıdır (Karan ve Eskiurt 2002, Erkan ve Beji 2002).

Cerrahi tedavi

Üİ ameliyatlarında amaç, idrar kaçırma durumunu ortadan kaldırmaktır. Mesanenin gerçek kapasitesi küçüldüğünde ve böbreklerin fonksiyonlarında bozulma tespit edildiğinde cerrahi tedavi kaçınılmazdır. Cerrahi tedavide, retropubik askı,

transvajinal askı, pubovajinal askı ameliyatları ve periuretral enjeksiyon ve artifisyel sfinkter yapılmaktadır. Hemşirelerin hastaya ve ailesine ameliyatın şekli, yapılacak işlemler ve ameliyat sonrası komplikasyonlara ilişkin bilgi vermesi gerekmektedir (Karadakovan ve Kaymakçı 2010).

Oskay (2002)'ın bildirdiğine göre birçok gelişmiş ülkede, inkontinansın korunma, önleme ve kontinans geliştirilmesi konusunda halkın bilinç seviyesi düşüktür. Toplumun bilinçlendirmede amaç, sağlık arama davranışlarını geliştirmek olmalıdır. Bireylere inkontinansın doğal bir durum olmadığı, yaygın olduğu, utanılmaması gereken tıbbi bir durum ve tedavi edilebilir bir durum olduğu konusunda bilgi verilmelidir. İnkontinansın önlenmesinde alınacak genel tedbirler aşağıdaki gibidir.

- Yeterli sıvı alımı: Günlük 6-8 bardak sıvı alınmalı, sıcak havalarda ve egzersiz yapıldığında sıvı miktarı arttırılmalı,
- 3-4 saatte bir ve gece bir kez idrara çıkma normal kabul edilmeli, belirtilen sayının üzerinde idrara çıkma anormal olarak kabul edilmeli,
- Mesane ve barsak boşaltımı ertelenmemeli,
- Mesaneden idrar sızıntısı olması, idrar yaparken ağrı hissetme gibi anormal durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Oskay 2002).

1.4. Fekal İnkontinans

1.4.1. Fekal İnkontinans Tanımı

Fİ, normal barsak boşaltım alışkanlığının istemsiz olarak gerçekleştirilmesinde ve normal kıvamdaki feçes atılımını kontrol etmede yetersizlik olarak belirtilmektedir (Şenturan 2010). Son bir ay içerisinde iki defadan fazla olmak kaydıyla uygunsuz yer ve zamanda istem dışı gaita kaçırılması olarak da tanımlanmaktadır (Menteş ve ark. 2011). Birey için açıklanması zor, utanç verici ve normal toplumsal yaşamını sürdürmesine engel olabilen Fİ defekasyon mekanizmasını kontrol eden internal anal sfinkter, eksternal anal sfinkter ve puborektalis kasında hasar nedeniyle meydana gelmektedir (Rao 2004).

1.4.2. Fekal İnkontinans Yaygınlığı

Fİ yetişkin nüfusun % 1'inden fazlasını etkileyen, bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik halini azaltıcı etkiye sahip, yüksek maliyetlere ve sosyal sıkıntılara neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Kalantar ve ark 2002, Bliss ve ark 2000). Fİ genellikle Üİ ile birlikte görülmekte (Menteş ve ark. 2006) ve insidansı kesin olarak bilinmemektedir (Kalantar ve ark. 2002). Palmier ve ark (2005) 65 yaşın altındaki bireylerin % 0,7-% 0,9'unda, 60 yaş ve üstündeki bireylerin % 3,1 ve % 8,2'sinde, Bliss ve ark (2000) yoğun bakımdaki hastaların % 33,0'ında Fİ görüldüğünü belirtmektedir. Amaro ve ark (2009) 20 yaş ve üzerindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada Fİ sıklığını % 2,0 olarak tespit etmiştir.

Fİ'nin hastaneye yatan hastalarda hareketsizlik, ilaç veya tüple besleme gibi pekçok faktöre bağlı gelişebildiği ve özellikle bakım evlerinde kalan bireylerde önemli bir sorun olduğu bildirilmektedir (Denat ve Khorshid 2009). Yurt dışında Fİ sıklığı ile ilgili yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde; Kalanter ve ark (2002)'nin Avustralya'da yaptıkları çalışmada Fİ sıklığını % 11,3 (erkeklerde % 10,8, kadınlarda % 11,6), Bharucha ve ark (2005)'nin çalışmasında % 12,1 olarak bulunmuştur. Yaş arttıkça gençlere göre Fİ sıklığı artmaktadır (Dedeli ve ark 2008). Dedeli ve ark (2006)'nin çalışmasında, 55-74 yaş arası bireylerde Fİ sıklığının % 5,2 olduğu, yaşın ilerlemesi ile bu oranın arttığı, 75 yaş ve üzeri bireylerde de % 13,2'ye ulaştığı gösterilmiştir. Toplum temelli çalışmalarda, ileri yaşlılarda bu oran % 16,9 'dur (Kalantar ve ark 2002). Fİ'nin toplumda yaşayan bireylerde oldukça yaygın olduğu düşünülmektedir (Denat ve Khorshid 2009). Toplumda inkontinanslı kadın ve erkekler arasında Fİ'nin prevalansında farklılıklar bulunmaktadır. Edwards ve Jones (2001) Fİ'nin kadınlarda (% 4) erkeklere (% 1) oranla daha sık görüldüğünü, Alsheik ve ark (2012) çalışmasında kadınlarda Fİ'nin daha sık görüldüğünü (toplamda %12,0'ında; toplam 58 birey, 43 kadın, 13 erkek) belirtmektedir.

Dedeli ve ark (2008) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları bir çalışmada Fİ sıklığını % 9,5 olarak belirlemiştir. Türkiye Gastroözofageal Reflü ve Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Taraması'nda Fİ prevalansının % 8,9, 15-34 yaş grubunda % 1,9, 75 yaş ve üzerindeki grupta % 13,2, kadınlarda % 3,5, erkeklerde ise % 3,1 olduğu bildirilmektedir (Dedeli 2005). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada Üİ'si olan bayanlarda; gaz-gaita inkontinansı sıklığının % 5,0 olduğu

belirlenmektedir (Çamtosun ve Şen 2008). Kalantar ve ark (2002) sıvı ve katı şekilde Fİ görünlerin sıklığını sırasıyla % 9,0, % 2,0 olarak bulmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda Fİ ile Üİ birlikte görülmektedir. Stenzeleus ve ark (2004) bireylerin % 39,0'ında Üİ, % 16,9'unda Fİ, % 14,5'inde hem Üİ hem de Fİ görüldüğünü belirtmiştir. Aslan ve ark (2009) kadınların % 12,7'sinde Üİ ve Fİ'nin birlikte bulunduğunu saptamıştır.

1.4.3. Fekal İnkontinansın Nedenleri ve Risk Faktörleri

Gastrointestinal sistem hastalıkları Fİ'nin etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Anorektal kaslarda his kaybı, pelvik taban kas kuvvetinde azalma, nörolojik anormallikler, konstipasyon ve fekal tıkaç oluşumu Fİ'ye neden olmaktadır (Schnelle ve Leung 2010). Fİ'nin; hareketleri ve zihinsel yetisi zayıflamış, fiziksel ve mental bozukluğu olan bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Şenturan 2010).

Fİ'nin gelişmesinde yaşlanma önemli bir faktördür. Yaşın ilerlemesine bağlı eksternal anal sfinkterin yetersizliğinin yanı sıra obstetrik travmaların sfinkter kaslarına ve sinire zarar vererek Fİ'ye neden olduğu bildirilmektedir (Rao 2004). Yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerde rektal dolgunluk hissinin azalmasına bağlı ortaya çıkmaktadır (Borrie ve Davidson 1992, Şenturan 2010). Yaşın ve BKİ'nin yüksek olması Fİ için risk faktörü olarak belirtilmektedir (Arunkalaivanan ve ark 2009). Stenzelius ve ark (2004) yaş ile birlikte Fİ sıklığının arttığını saptamıştır. İmmobilite ve demansın Fİ gelişimi açısından risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Schnelle ve Leung 2004). Stenzeleus ve ark (2004) Üİ'nin ve Fİ'nin birlikte görüldüğü bireylerin % 7,72'sinde diyarenin risk faktörü olduğunu belirlemiştir. İYE, konstipasyon ve Fİ'nin de Üİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Aggazzotti ve ark 2000).

Doğuma ilişkin bazı özellikler Fİ için risk oluşturmaktadır. Çok sayıda ve zorlu doğum hikayesi olan kadınlarda doğum sonrası hemen ortaya çıkmasa da ileri yaşlarda Fİ gelişebilmektedir. Bunun nedeni, zor doğumlar sırasında anal sfinkter kaslarında ya da bu kasların sinirlerinde zorlanmaya bağlı yaralanmalar olduğu belirtilmektedir (<http://www.coloproctology.com>). Bharucha ve ark (2010) yaptıkları vaka-kontrol çalışmada kadınların ilk doğum yaşı ve doğumda vakum kullanımı, epizyotomi açılma dereceleri ile Fİ arasında önemli bir fark bulunmadığını belirtmektedir. Fİ ile sigara içme, BKİ, diyare, irritable barsak sendromu,

kolesistektomi, rektosel ve stres Üİ arasında anlamlı ilişki bulunurken, doğum olayı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Fİ için zor doğum hikayesinin yanısıra; geçirilmiş pelvik cerrahi, postmenopozal sendrom varlığı ve konstipasyon da risk oluşturmaktadır (Çamtosun ve Şen 2008). Fİ, barsak (enterit, crohn hastalığı, irritable barsak sendromu) hastalıkları, tümörler ya da bazı nörolojik hastalıklara bağlı olarak da görülebilmektedir. Anal fissür ve fistül cerrahisi, hemoroidektomi, rektum içi yabancı cisimler ve anormal cinsel eylemler, laksatifler, antikolinergik ajanların uzun süreli kullanımı, pelvik yaralanmalar ve pelvisin metastatik tutulumlarında anal sfinkterde gevşemeye neden olarak Fİ'nin meydana gelmesini tetiklemektedir (<http://www.colo-proctology.com>).

Yapılan bir çalışmada Fİ'nin cinsiyet, anksiyete, depresyon ve fiziksel yetersizlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Edward ve Jones 2001). Edwards ve Jones (2001) 65 yaş ve üzeri evde yaşayan bireylerde Fİ ile yaş arasında ilişki bulunmadığını ancak Fİ sıklığının kadınlarda daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Kalantar ve ark (2002) perianal yaralanma ve ameliyat geçirmenin ve defekasyon hissinde azalmanın Fİ'ye neden olduğunu belirtmektedir. Stenzelius ve ark (2004) Fİ'nin diyare, karın ağrısı, yorgunluk ve diğer ağrılara bağlı geliştiğini belirtmektedir.

1.4.4. Fekal İnkontinansta Hemşirelik Bakımı

Fİ yaşamı tehdit edici bir durum olmamasına rağmen yaşlı bireylerde oluşturduğu sosyal, ekonomik, hijyenik, duygusal baskılar ve toplumdaki yaygınlığı nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Dedeli ve ark 2008). Fİ bireylerin öz saygısında ve yaşam kalitesinde azalmaya ve sosyal izolasyona neden olmaktadır (Rao 2004). Yaşlıların yaşam kalitesini de önemli ölçüde azalttığı düşünülmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde Fİ sıklığı ve yaşam kalitesine etkisine yönelik yapılan çalışmada yaşlıların en çok psikososyal yönden etkilendiği belirtilmektedir (Dedeli ve ark 2008).

Genellikle ifade edilmeyen bir durum olan Fİ hem hastalar hem de bakım verenler için büyük bir sıkıntı oluşturmaktadır (Bliss ve ark 2000). Fİ'ye bağlı yaşanan sosyal sorunlar izolasyona neden olabilmektedir (Edwards ve Jones 2001). Fİ bireylerde sinirlilik, anksiyete, depresyon ve öz saygının azalması gibi psikolojik

sorunlara neden olabilmektedir (Edwards ve Jones 2001, Gragon ve Kramer 2002, Palmier ve ark 2005). Edward ve Jones (2001) tarafından yapılan bir prevalans çalışmasında Fİ ile anksiyete, depresyon ve yetersizlik arasında önemli bir ilişki olduğu, Fİ görülen bireylerin anksiyete, depresyon ve yetersizlik duygularında artış görüldüğü saptanmıştır. Fİ özellikle kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Alsheik ve arkadaşları (2012) (58 birey, 43 kadın, 13 erkekte Fİ görülmekte) kadın ve erkeklerde Fİ şiddetinin aynı düzeyde olmasına rağmen Fİ görülen kadınların yaşam kalitelerinin Fİ görülen erkeklerden daha düşük olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde yaşlanan nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılara yönelik hizmet gereksinimleri de artmaktadır (Gemalmaz 2009, Kılıç 2009). Yaşlıların ihtiyacı olan hizmetlerin sunumunda interdisipliner bir sağlık ekibine ihtiyaç vardır. İnterdisipliner ekip içerisinde hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizik tedavi uzmanı gibi birçok sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu şekilde kapsamlı bir ekip tarafından değerlendirilen yaşlı bireylerde hospitalizasyonda, mortalitede, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılıkta, bakımevlerine müracatta ve medikal masraflarda azalma, fonksiyonel durumun korunması ve sürdürülmesinde, yaşam kalitesinde ve süresinde artma görüldüğü belirtilmektedir. Yaşlı bakımını hedefleyen hemşire bu ekibin aktif ve önemli üyelerinden biridir (Kılıç 2009).

Yaşlılara yönelik hemşirelik uygulamaları, diğer bireylere yönelik hemşirelik uygulamaları ile benzerlik göstermektedir. Ancak hemşirelik uygulamaları yaşlılık dönemine ait özellikler nedeniyle farklı bilgi, beceri ve deneyim gerektirmektedir. Bireyin yaşlanma sürecine değişik faktörlerin etkisi, bu etkilerin bireyde nasıl sonuçlar ortaya çıkardığını belirlemek yaşlı kişilere bakım veren hemşirelerin en önemli sorumluluklarından birisidir. Sağlıklı yaşam biçimi yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerine devamı ve bağımsız yaşayabilmesi için önem taşımaktadır (Kılıç 2009).

Yaşlılara sunulan hemşirelik hizmetlerinin amacı yaşlılarda oluşabilecek sorunları önlemek ve erken aşamada bu sorunları belirlemektir (Ergen 2004). Bu doğrultuda halk sağlığı hemşiresine büyük sorumluluk düşmektedir. Halk sağlığı hemşiresinin hastalıkları erken dönemde tanımak, olası olumsuzluklara karşı ev, hastane ve bakımevlerinde önlem almak, bireylere ruhsal destek sağlamak, bireylerin

sağlıklarını en iyi duruma getirmek ve bağımlılıklarını azaltmak gibi önemli görevleri bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi yukarıda sayılan görevleri yanı sıra doğrudan bakım uygulaması, hizmette süreklilik ve kalitenin sağlanması, ekip üyeleri ile yaşlı birey ve ailesi arasında iletişimin sağlanması, yaşlılara yönelik hizmetlerin yönetimi ve değerlendirilmesi, yaşlı bireylerin düzenli aralıklarla değerlendirilerek ihtiyaçlarının saptanması, yaşlı bireye ve yakınlarına sağlık eğitimi verilmesi gibi rollerini de yerine getirmelidir (Kılıç 2009).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde birincil, ikincil ve üçüncül koruma bulunmaktadır. Birincil koruma; hastalık ortaya çıkmadan önce alınacak önlem ve uygulamaları kapsamaktadır. Oluşabilecek hastalık ya da olumsuzluğun oluşumunda etkili olabilecek bireysel ve çevresel faktörlerin kontrol altına alınmasını kapsamaktadır (Büyükcoşkun 1998, Oskay 2002, Kılıç 2009). İkincil koruma; yaşlılarda sık görülen hastalık ve sendromları ev ziyaretleriyle ya da birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru ile erken dönemde tanılamayı ve tedavi etmeyi içermektedir. Kendisinde herhangi bir olumsuzluk hissetmeyen yaşlı birey sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylere ulaşmak ve bir yakınması olmadan muayene etmek gerekmektedir. Üçüncül koruma; yaşın ve kronik hastalıkların ilerlemesi ile yaşlı bireylerde fonksiyonel kayıpları azaltmak ve komplikasyonları önlemeye yönelik rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Büyükcoşkun 1998, Sütlaş 2007, Kılıç 2009).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ-Fİ görülme sıklığı, risk faktörleri ve Üİ-Fİ'nin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma kesitsel türdedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya İli Akşehir İlçesinde Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yapılmıştır. Akşehir İlçesi 30.243 erkek, 31.314 kadın olmak üzere toplam 61,557 nüfusa sahiptir (TÜİK 2011). İlçe merkezinde yedi ASM bulunmaktadır. Bir Nolu ASM; kayıtların düzenli olması, diğer ASM'lere göre daha fazla nüfusa sahip olması ve sosyo-demografik özellikler yönünden Akşehir İlçesinin genel özelliklerini yansıtması nedeniyle tercih edilmiştir. Bir Nolu ASM'de toplam beş aile hekimi ve beş ebe çalışmaktadır. ASM toplam 15.813 nüfusa sahiptir. Akşehir İlçesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranı % 18,66 olup bu oran Türkiye ortalamasından (kırsal yerleşim yerlerinde ise % 10) daha yüksektir (TNSA 2008). Bu ASM'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri 1083 erkek, 1369 kadın olmak üzere toplam 2952 yaşlı bulunmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Akşehir İlçesi Bir Nolu ASM'ye kayıtlı bulunan 65 yaş ve üzeri 1369 kadın oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen (Lwanga ve Lemeshow 1991) bir tablodan yararlanılmıştır. İncelenen olayın toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak yaşlı kadınlarda Üİ ile ilgili Bilgili ve ark (2008) bildirdiği orandan (% 43,6) yararlanılmıştır. Ayrıca % 90 güven düzeyinde ve % 5,0 rölaf kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 268 (% 45,0) olduğu bulunmuştur.

2.4.1. Örnek Seçimi

Örnek seçiminde rastgele bir seçme yöntemi olan sistematik örnekleme yönteminden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2009). Her beş (N / n: 1369/268= 5) dosyada bir dosya rastgele seçilerek 268 yaşlı kadın tespit edilmiştir.

2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri

- Evde yaşama
- Yatağa bağımlı olmama
- Zihinsel yeti yitimi olmama (SMMT veya SMMT-E'den en az 25 puan almak)
- Ürogenital ve anal bölge ameliyatı geçirmemiş olmadır.

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, doğurganlık özelliklerini, sağlık durumunu, Üİ ve Fİ durumunu belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen anket soruları (EK-A), Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)" (EK-B) ve yaşlılarda Fİ'nin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için "Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (FİYKÖ)" (EK-C) kullanılmıştır. Yaşlıların zihinsel yeti yitimi durumuna göre seçilmesinde bilişsel durumun değerlendirilmesi için eğitim düzeyine göre iki farklı Mini Mental Test kullanılmıştır. İlkokul ve daha ileri eğitimi olan yaşlı bireyler için "Standardize Mini Mental Test (SMMT)" (EK-D), okuryazar olmayan ve ilkokulu bitirmemiş yaşlılar için "Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E)" (EK-E) uygulanmıştır.

2.5.1. Anket Soruları (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Kök ve Şenel 2005, Ege ve ark 2007, Sarı ve Khorshid 2007, Dedeli ve ark 2006, Dedeli ve ark 2008, Bilgili ve ark 2008) oluşturulan anket sorularında sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık, sağlık durumu, Üİ ve Fİ özelliklerine ilişkin sorular bulunmaktadır.

Sosyo-demografik-sağlık özellikleri bölümünde; yaş, medeni durum, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanan yer, sosyal güvence durumu, algılanan ekonomik durum ve aile tipine ilişkin yedi soru bulunmaktadır. Sağlık durumunda BKİ, kronik hastalık ve ilaç kullanımı durumuna ilişkin üç soru bulunmaktadır.

Doğurganlık özelliklerinde; ilk doğum yaşı, son doğum yaşı, toplam gebelik sayısı, çoğul gebelik geçirme durumu, doğum şekli, epizyo açılma durumu, doğumda

yardımcı doğum aletleri (forseps, vakum) kullanılma durumu, doğum sırasında abdominal bası uygulanma durumu, dört kilo ve üzeri bebek doğurma, menopoz sonrası HRT alma durumu, uterus prolapsusu, mesane prolapsusuna ilişkin 12 soru bulunmaktadır.

Üriner inkontinans ile ilgili özellikleri bölümünde; son bir yıldır, en az ayda birkaç kez meydana gelen, her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak değerlendirilmiştir. Üİ görülme durumu, Üİ tipi, sıklığı ve miktarı, günlük iç çamaşırı değiştirme durumu, gündüz idrara çıkma sayısı, gece idrara çıkma durumu, İYE geçirme durumu, Üİ nedeniyle doktora gitme durumu, kegel egzersizini bilme durumu ve kegel egzersizini uygulama durumuna ilişkin 11 soru bulunmaktadır.

Fekal inkontinans ile ilgili özellikler bölümünde; Fİ son bir yıl içerisinde haftada en az bir kez görülen sıvı, yumuşak veya katı olarak dışkı kaçırma durumu olarak değerlendirilmiştir. Dışkı kaçırma durumu, dışkı kaçırmanın hangi olay sonrası başlaması, dışkı kaçırma sıklığı, dışkı tipi, dışkı kaçırmadan önce yaşanan durum, dışkılama sıklığı, ped kullanma durumu, pedin kirlenme miktarı, dışkı kaçırmanın hangi olay sırasında gerçekleştiği, dışkı kaçırma sorunu nedeniyle doktora başvurma durumu, konstipasyon durumu ve hemoroid durumuna ilişkin 12 soru bulunmaktadır.

2.5.2. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) (Incontinence Quality of Life (I-QOL) Instrument) (EK-B)

İYKÖ; Wagner ve Hu (1998) tarafından Üİ'li hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutları; davranışların sınırlandırılması (1,2,3,4,10,11,13,20 maddeler), psikososyal etkilenme (5,6,7,9,15,16,17,21,22 maddeler) ve sosyal izolasyondur (8,12,14,18,19 maddeler). İYKÖ'de, bütün maddeler beşli likert tipi değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5= hiç) ve hesaplanan toplam puanın daha iyi anlaşılabilmesi için, likert tipleri yeniden hesaplanarak 0-100 puan arasında bir değer almaktadır.

Ülkemizde, İYKÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan ve ark (2004) tarafından yapılmıştır. İYKÖ'nün geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0,88, psikososyal etkilenme alt boyutu

için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 ve sosyal izolasyon alt boyutu 0,90 olarak bulunmuştur. Geçerlilik çalışmasında uzman görüşü alınmıştır. Çalışmamızda FİYKÖ'nün geneline ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,94, davranışların sınırlandırılması alt boyutu 0,80, psikososyal etkilenme alt boyutu 0,88 ve sosyal izolasyon alt boyutu 0,85 bulunmuştur. Her bir alt boyut kendi içinde 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Patrick ve ark 1999, Ross ve ark 2006).

2.5.3.Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (FİYKÖ) (Fecal Incontinence Quality of Life Questionnaire-FIQOLQ) (EK-C)

Rockwood ve ark (2000) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği Dedeli ve ark (2006) tarafından yapılan FİYKÖ, 29 madde ve “yaşam tarzı” (10 madde), “baş etme/davranış” (9 madde), “depresyon/ benlik algısı” (7 madde), “utanma” (3 madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. FİYKÖ'nün geçerliliği, içerik geçerliliği, yapı geçerliliği kapsamında faktör analizi; güvenilirliği, zamana göre değişmezlik (süreklilik) için test-tekrar test, eş (paralel) form yöntemleri ve iç tutarlılık ölçütü için Cronbach Alfa kullanılarak sınanmıştır. Çoklu uzman görüşüne dayalı içerik geçerliliği yapı geçerliliğine yönelik faktör analizi yapılmış ve dört faktör grubu olduğu belirlenmiştir. Güvenilirlik analizleri sonucunda Cronbach Alfa katsayısı 0,88 olarak iyi düzeydedir. Test-tekrar test güvenilirliği $r=0,97$ $p<0,01$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin ilk bölümünde bireyin sağlığını nasıl algıladığı (5= Mükemmel, 4= Çok iyi, 3= iyi, 2= Kötü, 1= Çok kötü) soruları ile belirlenmiştir. Hastalardan ikinci ve üçüncü bölümlerdeki her bir maddeyi okuyarak “Hiçbir zaman= 4, Nadiren= 3, Bazen= 2, Her zaman= 1” seçenekleri arasından kendisi için en uygun olanı seçmesi istenmiştir. Dördüncü bölümde bireyin duygu durumu değerlendirilmektedir. Hastalar kendisini üzgün, umutsuz, isteksiz hissetme durumunu “Çok aşırı derecede= 1, Çok fazla= 2, Oldukça fazla= 3, Biraz= 4, Oldukça az= 5, Hiç= 6” seçeneklerinden biri ile ifade etmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 119 “inkontinansın yaşam kalitesine ciddi bir etkisi olmadığını”, en düşük puan 29 “inkontinansın yaşam kalitesini ciddi olarak etkilediğini” göstermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin olumlu olduğunu göstermektedir.

2.5.4. Standardize Mini Mental Test (SMMT) (EK-D)

Folstein ve ark (1975) tarafından geliştirilen ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren özelliğindedir. Yönelim, kayıt, dikkat hesaplama, hatırlatma, dil testleri ve yapılandırma bölümlerinden oluşmaktadır. Test hekim, hemşire ve psikologlarca kısa sürede (10 dk), poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilen bir testtir.

Test yaşlı bireylerde, özellikle deliryum ya da demans durumlarının muayenesinde kısa süreli bilişsel değerlendirme amacına yönelik olarak geliştirilmiştir. Testte her soru “1” puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan “0”, en yüksek puan “30” ‘dur. Alınan puanlara göre; 0-12 “şiddetli” , 13-22 “orta” ve 23-24 puan “ hafif” düzeyde “bilişsel bozukluk var” olarak, 25-30 puan arası ise “bilişsel bozukluk yok” olarak değerlendirilmektedir.

Türkçe Standardize Mini Mental Test’in (SMMT) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve ark (2002) tarafından yapılmıştır. Folstein ve ark (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Test Molley ve Standish (1997) tarafından oluşturulan standardize versiyon ve uygulama yönergesinin Türkçeye çeviri çalışması yapılarak bir Türkçe form elde edilmiştir. Çalışmada ölçeğin “geçerliliğine” yönelik olarak bilinen grup tekniği yanında duyarlılık ve özgüllük incelemesi yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması en az on beş yıl eğitim almış, çalışmayı kabul eden 212 yaşlı ile yapılmıştır. Çalışma öncesi bir psikiyatri uzmanı tarafından yapılan klinik görüşme ile yaşlılar 71’i demanslı, 141’i de sağlam olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Demansı olan ve olmayan grubun ölçekten aldığı puanlar arasındaki fark t testi ile incelenmiş farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ($p < 0.000$). Bunun yanında klinik görüşmeye dayanarak sağlıklı ve demanslı dağılımı ölçeğe dayanarak yapılan sağlıklı ve demanslı dağılımı ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmede 23–24 eşik değerinin hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu görülmüştür. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık (0,91) ve özgüllük (0,95) gösterdiği bulunmuştur. Pozitif (0,90) ve negatif (0,95) yordayıcılık değerleri ve kapa değeri ise (0,86) yüksek bulunmuştur. Ölçeğin “güvenilirliğinin” incelenmesinde görüşmeciler arası tutarlılık bakılmıştır. Bu amaçla

ölçek iki ayrı görüşmeci tarafından 28 yaşlıya uygulanmıştır. Her iki uygulayıcıdan elde edilen toplam puanlar arasındaki korelasyon ($r:0.99$) ve kapa değeri ($0,92$) yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak SMMT'in Türkçe standardize formunun bir tarama testi olarak hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir bir test olduğu saptanmıştır.

2.5.5. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E) (EK-E)

Folstein ve ark (1975) tarafından geliştirilen Mini Mental Testin daha sonra Molley ve Standish (1997) tarafından standardize versiyonu ve uygulama yönergesi oluşturulmuştur. Tüm Dünya'da yaygın olarak kullanımı olan test daha sonra Ganguli ve ark (1995) tarafından yaşlıların eğitim düzeyinin düşük olduğu Hint toplumunda kullanılmak üzere yeniden oluşturulmuştur.

Eğitimsizler için Türkçe Standardize Mini Mental Test'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark (1999) tarafından yapılmıştır. Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test; Folstein ve arkadaşlarının orijinal testinin Ganguli ve ark (1995) hazırladıkları versiyondan yararlanılarak değiştirilmesi ile oluşturulmuştur. Molley ve Standish'in (1997) uygulama rehberleri Türkçeleştirilerek ve yeniden düzenlenerek teste uyarlanmıştır. Testin puanlanması ve anlamları SMMT ile aynıdır. Teste her soru "1" puan değerindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan "30" 'dur. Alınan puanlara göre; 0-12 "şiddetli", 13-22 "orta" ve 23-24 puan "hafif" düzeyde bilişsel bozukluk var" olarak, 25-30 puan arası ise "bilişsel bozukluk yok" olarak değerlendirilmektedir.

SMMT-E, hiç eğitimi olmayan ya da birkaç yıl okula gidip ilkokul diploması olmayan, 60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylere uygulanan bir ölçektir. Ölçeğin "geçerliliğine" yönelik olarak bilinen grup tekniği yanında duyarlılık ve özgüllük incelemesi yapılmıştır. Bu değerlendirme de 23-24 eşik değerinin hafif demansın normalden ayırımında en uygun değer olduğu görülmüştür. Değerlendirme sonucunda ölçeğin yüksek oranda duyarlılık ($0,80$) ve özgüllük ($0,56$) gösterdiği bulunmuştur. Pozitif ($0,58$) ve negatif ($0,78$) yordayıcılık değerleri ve kapa değeri ise ($0,35$) önemli bulunmuştur. Bu bulgular SMMT-E'nin Türkçe standardize versiyonunun bir tarama testi olarak yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

2.6. Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü bölge dışında bir mahallede ASM kayıtlarından seçilen 10 yaşlıya ev ortamında yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmış ve bilgi formunda anlaşılamayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir.

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler, bireylerden sözel onam alınarak araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Araştırmada yaşlı kadınlardaki Üİ yaşam kalitesi düzeyi- Fİ yaşam kalitesi düzeyi, Üİ-Fİ görülme durumu ile ilgili değişkenler incelenmiştir. Yaşlılara SMMT veya SMMT-E uygulanmış ve bu testlerden en az 25 ve üzeri puan alan yaşlılar araştırma kapsamına alınmıştır. SMMT veya SMMT-E'den 25 puandan az puan alan 10 yaşlı araştırma dışı bırakılmıştır.

2.8. Araştırmanın Değişkenleri

2.8.1 Üriner İnkontinans Görülme Durumu ile İlişkili Değişkenler

1. Bağımlı Değişken

- Üİ durumu

2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-Demografik Özellikler (Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, algılanan ekonomik durum ve aile tipi)

Doğurganlık Özellikleri (İlk doğum yaşı, son doğum yaşı, toplam gebelik sayısı, çoğul gebelik geçirme durumu, doğum şekli, epizyo açılma durumu, doğumda yardımcı doğum aletleri (forseps, vakum) kullanılma durumu, doğum sırasında abdominal bası uygulanma durumu, dört kilo ve üzeri bebek doğurma, menopoz sonrası HRT alma durumu, uterus prolapsusu ve mesane prolapsusu durumu)

Sağlık Durumu (BKI, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu)

2.8.2. Üriner İnkontinans ve Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi ile İlgili Değişkenler

1. Bağımlı değişkenler:

- Üİ yaşam kalitesi düzeyi (Üİ yaşayan 128 yaşlıya uygulanmıştır)

2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-Demografik Özellikler (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanılan yer, sosyal güvence durumu, algılanan ekonomik durum ve aile tipi)

Doğurganlık Özellikleri (İlk doğum yaşı, son doğum yaşı, toplam gebelik sayısı, çoğul gebelik geçirme durumu, doğum şekli, epizyo açılma durumu, doğumda yardımcı doğum aletleri (forseps, vakum) kullanılma durumu, doğum sırasında abdominal bası uygulanma durumu, dört kilo ve üzeri bebek doğurma, menopoz sonrası HRT alma durumu, uterus prolapsusu ve mesane prolapsusu durumu)

Sağlık Durumu Özellikler (BKI, kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu)

Üriner İnkontinans ile İlgili Özellikler (Üİ görülme durumu, Üİ tipi, sıklığı, ve miktarı, günlük iç çamaşırı değiştirme durumu, gündüz idrara çıkma sayısı, gece idrara çıkma durumu, İYE geçirme durumu, Üİ nedeniyle doktora gitme durumu, kegel egzersizini bilme durumu ve kegel egzersizini uygulama durumu)

2.9. Verilerin Analizi

Verilerin normalliğinin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi, Histogram grafiği ve Q-Q Plots kullanılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Üİ durumu ve Üİ yaşam kalitesinin bağımsız değişkenlerine ilişkin incelemede Ki-kare ve Mann-Whitney U (MW-U) testi, Kruskal-Wallis Varyans (KW) analizi ve Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi kullanılmıştır. Fİ görülen bireylerin sayısının az olması (yedi kişi) nedeniyle Fİ'ye ilişkin değişkenlere yönelik inceleme yapılamamıştır.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma bulguları yatağa bağımlı olmayan, mental yönden sorunu olmayan, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerle sınırlıdır. Tüm yaşlılara genellenemez.

2. Kronik hastalık varlığı, sayısı, doğum hikayeleri konusunda elde edilen bilgiler yaşlı ve yakınlarının öz bildirimine dayalıdır.

2.11. Araştırma Soruları

Bu çalışmada, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ-Fİ görülme sıklığı, risk faktörleri ve Üİ-Fİ'nin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1. 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ ve Fİ görülme yaygınlığı nedir?
2. Üİ durumu ile yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ilişkili midir?
3. Üİ durumu ile yaşlıların doğurganlık özellikleri ilişkili midir?
4. Üİ durumu ile yaşlıların sağlık durumu özellikleri ilişkili midir?
5. Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile yaşlıların sosyo demografik özellikleri ilişkili midir?
6. Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile yaşlıların doğurganlık özellikleri ilişkili midir?
7. Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile yaşlıların sağlık durumu özellikleri ilişkili midir?
8. Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile yaşlıların Üİ ile ilgili özellikleri ilişkili midir?

2.12. Araştırmanın Varsayımları

1. Örnek grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırma yürütülürken bilgilerine başvuru yapılan kişilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.

2.13. Etik Boyut

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (EK-F) etik onay ve Akşehir İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'ndan (EK-G) araştırmanın ön uygulaması ve uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Ölçeklerin araştırmada kullanılabilmesi için (İYKÖ için: EK-H) Yrd.Doç.Dr.Nebahat Özerdoğan ve (FİYKÖ için: EK:I) Öğr. Gör. Özden Dedeli'den yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3. BULGULAR

Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ-Fİ görölme sıklığı, risk faktörleri ve Üİ-Fİ'nin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada araştırma grubunda yer alan 268 yaşlıya ait tanımlayıcı ve araştırma amacına yönelik bulgular üç ana başlık altında incelenmiştir.

1.Yaşlılarda sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu, Üİ ve Fİ özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular

2.Yaşlıların Üİ durumunun sosyo-demografik, doğurganlık ve sağlık durumu özellikleri ile ilişkisine yönelik bulgular

3.Yaşlıların Üİ yaşam kalitesi düzeyinin sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu ve Üİ özellikleri ile ilişkisine yönelik bulgular

3.1.Yaşlılarda Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu, Üİ ve Fİ Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki yaşlıların sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu, Üİ ve Fİ özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n=268).

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
65-69 yaş	114	42,5
70-74 yaş	64	23,9
75-79 yaş	43	16,0
80 ve üzeri yaş	47	17,5
Medeni Durum		
Hiç evlenmemiş/ eşi ölmüş*	148	55,2
Evli	120	44,8
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	159	59,3
Okuryazar	38	14,2
İlkokul ve üzeri**	71	26,5
Yaşanılan Yer		
İl	15	5,6
İlçe	179	66,8
Köy	74	27,6
Sağlık Güvencesi		
Var	241	89,9
Yok	27	10,1
Algılanan Ekonomik Durum		
İyi	19	7,1
Orta	180	67,2
Kötü	69	25,7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	121	45,1
Yalnız	77	28,7
Geniş Aile	70	26,1
Toplam	268	100

*Hiç evlenmemiş yalnızca 2 yaşlıdır.

** Yaşlıların 3'ü ortaokul, 1'i yüksekokul, 67'si ilkokul mezunudur.

Yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Çizelge 3.1); yaşlıların % 42,5'i 65-69, % 17,5'i 80 ve ↑ yaş grubunda (yaş ortalaması 72.05±6,55)'dir. Yaşlıların % 55,2'sinin hiç evlenmemiş/eşi ölmüş olduğu, % 59,3'ünün okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Bireylerin % 66,8'i en uzun süre ilçede yaşadığını, % 89,9'u sağlık güvencesinin var olduğunu, % 67,2'si ekonomik durumunu orta olarak algıladığını belirtmiştir. Yaşlı kadınların % 45,1'i çekirdek aile yapısına sahip iken % 28,7'si yalnız yaşamaktadır.

Çizelge 3.2. Yaşlıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (n=255).

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum Yapma Durumu		
Evet	255	95,1
Hayır	13	4,9
İlk Doğum Yaşı		
18 yaş ve ↓	130	51,0
19-22 yaş	104	40,8
23 yaş ve ↑	21	8,2
Son Doğum Yaşı		
39 yaş ve ↓	202	79,2
40 yaş ve ↑	53	20,8
Doğum Sayısı		
1-2 doğum	20	7,8
3 doğum	41	16,1
4 doğum	51	20,0
5 ve üzeri doğum	143	56,1
Çoğul Gebelik Geçirme		
Evet	15	5,9
Hayır	240	94,1
Doğum Şekli		
Vajinal Doğum	253	99,2
Sezaryan Doğum	2	0,8
Epizyo Açılma Durumu		
Evet	13	5,1
Hayır	242	94,9
Doğuma Yardımcı Alet Kullanımı		
Evet	2	0,8
Hayır	253	99,2
Doğum Sırasında Bası Uygulanma		
Evet	98	38,4
Hayır	157	61,6
Dört Kilo ve Üzeri Bebek Doğurma		
Evet	65	25,5
Hayır	190	74,5

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğurganlık özellikleri Çizelge 3.2’de verilmiştir. Yaşlı kadınların % 95,1’i (255 yaşlı) en az bir ve ortalama $5,53 \pm 2,73$ kez doğum doğum yaptığını (13 yaşlı hiç doğum yapmamıştır) belirtmiştir. Yaşlıların % 51,0’ı ilk doğumunu 18 yaş ve ↓ (ortalama $18,98 \pm 2,74$ yaş), % 79,2’si son doğumunu 39 yaş ve ↓ yaptığını belirtmiştir. Çizelge 3.2’de belirtildiği gibi kadınların % 5,9’u çoğul gebelik (ortalama $1,33 \pm 0,48$ sayıda çoğul gebelik), % 99,2’si vajinal doğum (ortalama $5,54 \pm 2,72$ vajinal doğum) yaptığını, % 94,9’u doğum sırasında epizyo açılmadığını, % 99,2’si yardımcı alet kullanılmadığını, %

61,6'sı (doğum sırasında ortalama bası uygula sayısı 3,03±2,28) bası uygulanmadığını belirtmektedir. Yaşlıların % 25,5'i dört kilo ve üzeri bebek (ortalama 1,67±1,27 dört kilo ve üzeri bebek doğurma) doğurduğunu belirtmiştir.

Yaşlıların % 11,9'u menopoz sonrası HRT (ortalama 26,81±29,51 ay HRT kullanım süresi) aldığını belirtmektedir. Katılımcıların % 95,9'u uterus prolapsusunun ve % 92,5'i mesane prolapsusunun olmadığını belirtmektedir.

Çizelge 3.3. Yaşlıların bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
BKI (n:268)		
18 ve ↓	3	1,1
19-25	55	20,5
26-32	134	50,0
33 ve ↑	76	28,4
Kronik Hastalığın Varlığı (n:268)		
Evet	257	95,9
Hayır	11	4,1
Kronik Hastalık Sayısı (n:257)		
Bir	45	17,5
İki	55	21,4
Üç ve üzeri	157	61,1
İlaç Kullanma Durumu (n=268)		
Evet	240	89,6
Hayır	28	10,4
İlaç Sayısı (n:240)		
Bir	43	17,9
İki	72	30,0
Üç ve üzeri	125	52,1

Yaşlıların bazı sağlık özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 3.3); % 50,0'mın 26-32 hafif kilolu BKI'ye, % 28,4'ünün 33 ve ↑ aşırı kilolu BKI'ye sahip (BKI'nin ortalama 30,01±6,12) olduğu bulunmuştur. Yaşlıların % 95,9'unun en az bir kronik hastalığı mevcuttur. Yaşlıların % 21,4'ünün iki, % 61,1'inin üç ve daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Yaşlıların en az üç aydır ya da daha uzun süredir kullandığı ilaç sayısı dağılımı incelendiğinde % 89,6'sının sürekli ilaç kullandığı, % 52,1'inin üç ve üzeri sayıda ilaç kullandığı bulunmuştur.

Çizelge 3.4. Yaşlıların üriner inkontinans ile ilgili özelliklerinin dağılımı.

İdrar Kaçırma Durumu (n=268)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	128	47,8
Hayır	140	52,2
İdrar Kaçırma Tipi (n:128)		
Acil inkontinans	50	39,0
Stres inkontinans	12	9,4
Miks tip inkontinans	66	51,6
İdrar Kaçırma Sıklığı (n:128)		
Günde birkaç kez	66	51,6
Haftada birkaç kez	47	36,7
Ayda birkaç kez	15	11,7
İç Çamaşırı Değişirme Durumu (n:128)		
Evet	69	53,9
Hayır	59	46,1
İdrar Kaçırma Miktarı (n:128)		
Küçük miktar (Bir iki damla)	34	26,6
Orta miktarda (Ped ya da çamaşır nemlenmesi)	19	14,8
Büyük miktarda (Ped ya da çamaşır ıslanması)	75	58,6
Gece İdrara Çıkma Durumu (n:128)		
Evet	123	96,1
Hayır	5	3,9
Son Bir Yılda İYE Geçirme Durumu		
Evet	73	57,0
Hayır	55	43,0

Yaşlıların Üİ'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde (Çizelge 3.4) son bir yıldır Üİ yaşayanların oranı % 47,8 ve en fazla görülen Üİ tipi miks tip inkontinans (% 51,6)'dır. Kadınların % 51,6'sı günde birkaç kez, % 36,7'si haftada birkaç kez, % 11,7'si ayda birkaç kez idrar kaçırdığını belirtmektedir. Üİ'si olan yaşlıların % 53,9'u Üİ'ye bağlı her gün ortalama $2,10 \pm 1,34$ kez iç çamaşırını değiştirdiğini, % 58,6'sı büyük miktarda (ped ya da çamaşır ıslanması) idrar kaçırdığını ifade etmiştir. Yaşlıların % 96,1'i gece idrara çıktığını, gece ortalama $3,18 \pm 2,06$ kez ve gündüz ortalama $5,03 \pm 2,50$ kez idrara çıktığını, % 57,0'ı son bir yılda İYE geçirdiğini belirtmektedir.

Çizelge 3.5. Üriner inkontinans tedavisi için doktora başvurma durumlarının dağılımı.

Üriner İnkontinans İçin Doktora Başvurma Durumu (n=128)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	45	35,2
Hayır	83	64,8
Doktora Başvurmama Nedenleri (n=83)		
Utanma	40	48,2
Önemsememe	53	63,9
Güçsüzlük*	16	19,3

* Yaşlıların 8'i fiziksel güçsüzlük diğerleri maddi güçsüzlük belirtmiştir.

Çizelge 3.5'de Üİ'si olan yaşlıların Üİ ile ilgili doktora başvurma durumları incelendiğinde; % 64,8'i doktora gitmediğini, % 63,9'u önemsemediği, % 48,2'si utanma nedeniyle gitmediğini belirtmektedir.

Yaşlıların % 99,3'ü kegel egzersizini bilmediğini ve hiç biri kegel egzersizi yapmadığını (% 100) ifade etmiştir.

Yaşlı kadınların Fİ özellikleri incelendiğinde; % 2,6'sında (7) Fİ görüldüğü, % 71,4'ünde haftada bir kez Fİ görüldüğü, % 85,7'sinde sıvı tipte Fİ olduğu, % 71,4'ünde tuvalete yetişmeden önce Fİ olduğu belirtilmektedir. Yaşlıların defekasyona çıkma süreleri ortalama 66,0±51,9 saattir. Yaşlıların % 85,7'si Fİ için günlük ortalama beş kez peçete kullandığını belirtmektedir. Yaşlı kadınların Fİ'ye neden olan faktörleri incelendiğinde bir kişi (% 14,3) öksürme, bir kişi (% 14,3) stres durumunda, üç kişi nedensiz (% 42,9), iki kişi egzersiz sırasında Fİ yaşadığını belirtmiştir. Yaşlılar gülme ve uyku durumunda hiç Fİ yaşamadıklarını belirtmektedir. Yaşlıların % 85,6'sı Fİ nedeni ile doktora başvurmadığını, % 66,7'si utandığı, % 33,3'ü önemsemediği için doktora gitmediğini belirtmektedir. Fİ yaşayan kadınların % 57,1'i hemoroid ve % 71,4'ü konstipasyon sorunu yaşadığını belirtmektedir.

3.2.Yaşlıların Üİ Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Sağlık Durumu Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde yaşlıların sosyo-demografik, doğurganlık ve sağlık durumu özelliklerinin Üİ durumu ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.6. Üriner inkontinans durumunun yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyo-demografik Özellikleri	Üriner İnkontinans Durumu		Önemlilik testi
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
Yaş			
65-69 yaş	48 (42,1)	66 (57,9)	X²=14,162 *p=0,03
70-74 yaş	29 (45,3)	35 (54,7)	
75-79 yaş	17 (39,5)	26 (60,5)	
80 yaş ve ↑	34 (72,3)	13 (27,7)	
Medeni Durum			
Hiç evlenmemiş/ eşi ölmüş	74 (% 50,0)	74 (50,0)	X ² =0,664
Evli	54 (%45,0)	66 (55,0)	p=0,415
Öğrenim Durumu			
Okuryazar değil	77 (48,4)	82 (51,6)	X ² =0,868 p=0,648
Okuryazar	20 (52,6)	18 (47,4)	
İlkokul ve üzeri	31 (43,7)	40 (56,3)	
Yaşanılan Yer			
İl	9 (60,0)	6 (40,0)	X ² =1,322
İlçe	82 (45,8)	97 (54,2)	p=0,516
Köy	37 (50,0)	37 (50,0)	
Sağlık Güvencesi			
Var	111 (46,1)	130 (53,9)	X ² =2,781
Yok	17 (63,0)	10 (37,0)	p=0,095
Algılanan Ekonomik Durum			
İyi	6 (31,6)	13(68,4)	X²=8,937 *p=0,011
Orta	79 (43,9)	101 (56,1)	
Kötü	43 (62,3)	26 (37,7)	
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	57 (47,1)	64 (52,9)	X ² =0,901
Yalnız	40 (51,9)	37 (48,1)	p=0,637
Geniş Aile	31 (44,3)	39 (55,7)	

Üİ durumu ile yaşlıların sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 3.6); 80 yaş ve ↑ yaş grubundaki kadınların % 72,3'ünde Üİ görülürken 65-69 yaş grubundaki kadınların % 42,1'inde Üİ görülmektedir ve fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05).

Ekonomik durumunu kötü algılayan yaşlılarda Üİ görülme oranı (% 62,3) ekonomik durumunu orta (% 43,9) ve iyi (% 31,6) algılayan yaşlılara göre daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır (p<0,05).

Üİ durumu ile medeni durum, öğrenim durumu, yaşanılan yer, sağlık güvencesine sahip olma durumu ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 3.7. Üriner inkontinans durumunun yaşlıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı.

Özellikler	Üriner İnkontinans Durumu		Önemlilik testi
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
Doğum Yapma Durumu (n:268)			
Evet	123 (48,2)	132 (51,8)	$X^2=0,474$
Hayır	5 (38,5)	8 (61,5)	$p=0,491$
Doğum Şekli			
Vajinal doğum	122 (48,2)	131 (51,8)	$X^2=0,003$
Sezaryen	1 (50,0)	1 (50,0)	$p=0,960$
İlk Doğum Yaşı			
18 yaş ve ↓	64 (49,2)	66 (50,8)	$X^2=0,107$ $p=0,948$
19-22 yaş	49 (47,1)	55 (52,9)	
23 yaş ve ↑	10 (47,6)	11 (52,4)	
Son Doğum Yaşı			
39 yaş ve ↓	98(48,5)	104 (51,5)	$X^2=0,030$
40 yaş ve ↑	25(47,2)	28 (52,8)	$p=0,862$
Doğum Sayısı			
1-2 doğum	15(75,0)	5(25,0)	$X^2=11,366$ $*p=0,010$
3 doğum	14(34,1)	27(65,9)	
4 doğum	20(39,2)	31(60,8)	
5 ve üzeri doğum	74(51,7)	69(48,3)	
Çoğul Gebelik Geçirme			
Evet	11(73,3)	4(26,7)	$X^2=4,021$
Hayır	112(46,7)	128(53,3)	$*p=0,045$
Epizyo Açılma Durumu			
Evet	7(53,8)	6(46,2)	$X=0,173$
Hayır	116(47,9)	126(52,1)	$p=0,678$
Yardımcı Alet Kullanımı			
Evet	0(0,0)	2(1,0)	$X^2=1,878$
Hayır	123(48,6)	130(51,4)	$p=0,171$
Bası Uygulanma Durumu			
Evet	52(53,1)	46(46,9)	$X=1,485$
Hayır	71(45,2)	86(54,8)	$p=0,223$
Dört Kilo ve Üzeri Bebek Doğurma			
Evet	30(46,2)	35(53,8)	$X^2=0,151$
Hayır	93(48,9)	97(51,1)	$p=0,697$

* $p<0,05$

Üİ durumunun yaşlıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 3.7); kadınların doğum sayısı 1-2 olanların % 75,0'ında, beş ve üzeri sayıda doğum yapanların % 51,7'sinde ve çoğul gebelik geçirenlerin % 73,3'ünde, çoğul gebelik geçirmeyenlerin % 46,7'sinde Üİ görülmekte ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır ($p<0,05$).

Üİ durumu ile doğum yapma durumu, doğum şekli, ilk ve son doğum yaşı, epizyo açılma durumu, yardımcı alet kullanımı, bası uygulanma durumu, dört kilo ve üzeri bebek doğurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.8. Üriner inkontinans durumunun yaşlıların HRT kullanma, uterus ve mesane prolapsusu durumuna göre dağılımı. (n:268)

Üriner İnkontinans Durumu			
Özellikler	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Önemlilik testi
HRT Kullanma			
Evet	12(37,5)	20(62,5)	$X^2=1,534$ $p=0,216$
Hayır	116(49,2)	120(50,8)	
Uterus Prolapsusu			
Evet	6(54,5)	5(45,5)	$X^2=0,212$ $p=0,646$
Hayır	122(47,5)	135(52,5)	
Mesane Prolapsusu			
Evet	16(80,0)	4(20,4)	$X^2=9,003$ *$p=0,003$
Hayır	112(45,2)	136(54,8)	

* $p<0,05$

Üİ durumunun HRT kullanımı, uterus prolapsusu ve mesane prolapsusu durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 3.8); mesane prolapsusu görülen yaşlılarda Üİ görülme oranı (% 80,0), mesane prolapsusu görülmeyenlere (% 45,2) göre daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır ($p<0,05$).

Üİ durumu ile HRT kullanımı ve uterus prolapsusu görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.9. Üriner inkontinans durumunun yaşlıların sağlık özelliklerine göre dağılımı.

Üriner İnkontinans Durumu			
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Önemlilik testi
BKI			
18 ve ↓	1 (33,3)	2 (66,7)	$X^2=0,771$ $p=0,856$
19-25	24 (43,6)	31 (56,4)	
26-32	66 (49,3)	68 (50,7)	
33 ve ↑	37 (48,7)	39 (51,3)	
Kronik Hastalık Sayısı			
Bir	15 (33,3)	30 (66,7)	$X^2=9,316$ *$p=0,009$
İki	22 (40,0)	33 (60,0)	
Üç ve üzeri	88 (56,1)	69 (43,9)	

* $p<0,05$

Yaşlıların Üİ durumu ile BKİ ve kronik hastalık sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 3.9); kronik hastalık sayısı üç ve daha fazla olanlarda (% 56,1) Üİ görülme oranı, kronik hastalık sayısı bir (% 33,3) ve iki (% 40,0) olan yaşlılara göre daha yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır ($p<0,05$). Üİ durumu ile BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 3.10. Yaşlılarda üriner inkontinans durumu ile ilaç kullanma özellikleri ilişkisi dağılımı.

İlaç Kullanma Durumu (n=268)	Üriner İnkontinans Durumu		Önemlilik testi
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	
Evet	122(50,8)	118(49,2)	X²=8,690 *p=0,003
Hayır	6(7,4)	22(78,6)	
İlaç Sayısı (n:122)			
Bir	17(39,5)	26(60,5)	X ² =2,907 p=0,234
İki	40(55,6)	32(44,4)	
Üç ve üzeri	65(52,0)	60(48,0)	

* $p<0,05$

Yaşlılarda Üİ durumu ile ilaç kullanımı ve sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 3.10); ilaç kullanan yaşlılarda Üİ görülme oranı % 50,8 iken ilaç kullanmayan yaşlılarda % 7,4'dür ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). İlaç kullanma sayısı ile Üİ durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.3. Yaşlıların Üİ Yaşam Kalitesi Düzeyinin Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu ve Üİ Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki yaşlıların sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu ve Üİ özelliklerinin Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların İYKÖ toplam puan ortalaması 45,58±18,48; davranışların sınırlandırılması puan ortalaması 41,04±16,63; psikososyal etkilenme puan ortalaması 51,82 ±20,06 ve sosyal izolasyon puan ortalaması 41,59±22,61'dir.

Çizelge 3.11. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
Yaş	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
65-69	41,30±18,01	51,90±19,52	41,25±23,64	45,63±19,22
70-74	43,10±17,76	52,80±23,11	43,17±23,40	47,08±20,73
75-79	43,09±14,98	52,42±19,03	38,12±16,74	45,78±15,72
80 ve ↑	37,87±14,47	50,59±19,38	42,47±23,71	44,12±17,30
Önemlilik Testi	KW=2,020 p=0,568	KW=0,286 p=0,963	KW=0,307 p=0,959	KW=0,348 p=0,951
Medeni Durum				
Hiç evlenmemiş/ eşi ölmüş	39,53±14,09	49,70±18,01	40,49±21,59	43,91±16,53
Evli	43,10±19,53	54,73±22,42	43,11±24,07	47,86±20,79
Önemlilik Testi	Z= -0,423 p=0, 672	Z= -1,177 p=0, 239	Z= -0,325 p=0,745	Z=-0,690 p=0,490
Öğrenim Durumu				
Okuryazar değil	39,12±14,55	50,27±18,24	40,47±21,57	43,99±16,73
Okuryazar	41,88±18,88	50,67±21,28	41,00±21,47	45,27±19,29
İlkokul ve üzeri	45,24±19,50	56,42±23,36	44,77±26,09	49,71±21,82
Önemlilik Testi	KW=1,652 p=0, 438	KW=1,363 p=0, 506	KW=0,447 p=0,800	KW=1,016 p=0,602
En Uzun Süre Yaşanılan Yer				
İl	42,50±13,11	48,64±18,84	36,89±16,83	43,74±15,66
İlçe	41,07±16,56	52,82±19,93	43,22±22,90	46,36±18,38
Köy	40,61±17,88	50,39±21,02	39,14±23,33	44,28±19,65
Önemlilik Testi	KW=0, 680 p=0,712	KW=0,847 p=0,655	KW=1,710 p=0,425	KW=0,715 p=0,699

Çizelge 3.11 (Devam). İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları	Psikososyal	Sosyal	Toplam
	Sınırlandırma	Etkilenme	İzolasyon	İYKÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlık Güvencesi				
Var	41,42±16,88	52,51±20,37	42,56±22,96	46,22±18,76
Yok	38,53±15,13	47,32±17,82	35,29±19,65	41,39±16,43
Önemlilik Testi	Z= -0,528 p=0,598	Z= -1,020 p=0,308	Z= -1,205 p=0,228	Z= -0,896 p=0,370
Algılanan Ekonomik Durum				
İyi	59,58±22,21	75,19±22,10	67,33±23,92	67,73±21,25
Orta	41,68±16,90	52,43±20,25	42,73±22,95	46,32±18,60
Kötü	37,27±13,51	47,44±17,30	35,91±19,23	41,12±15,65
Önemlilik Testi	KW=6,040 *p=0,049	KW=7,373 *p=0,025	KW=9,352 *p=0,009	KW=8,088 *p=0,018
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	43,33±19,04	53,72±22,18	43,02±24,68	47,51±20,81
Yalnız	37,25±13,87	47,44±17,58	40,30±21,27	42,11±16,20
Geniş Aile	41,69±14,62	53,98±18,63	40,65±20,81	46,48±16,48
Önemlilik Testi	KW=2,497 p=0,287	KW=3,324 p=0,190	KW=0,095 p=0,954	KW=1,887 p=0,389

*p<0,05

Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan yaşlıların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamaları (sırasıyla 59,58±22,21; 75,19±22,10; 67,33±23,92; 67,73±21,25) ekonomik durumunu kötü olarak algılayan yaşlıların (37,27±13,51; 47,44±17,30; 35,91±19,23; 41,12±15,65) puan ortalamalarından daha yüksek ve istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<0,05). Yapılan Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu ekonomik durumunu iyi olarak ifade eden grubun her iki gruptan farklı ve yaşam kalitesi yönünden olumlu özelliğe sahip olduğu ve diğer iki grubun farklı olmadığı bulunmuştur (p<0,0167).

Çizelge 3.11'de yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki verilmiştir. İYKÖ puan (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ortalamaları ile yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanan yer, sosyal güvence durumu ve aile tipi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.12. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
Doğum Yapma	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	40,93 ±16,66	52,01±20,21	41,46±22,31	45,59±18,49
Hayır	43,50±17,55	47,11±17,09	44,80±32,29	45,27±20,38
Önemlilik Testi	Z=-0,431 p=0,666	Z=-0,450 p=0,653	Z=-0,168 p=0,866	Z=-0,111 p=0,912
İlk Doğum Yaşı				
18 yaş ve ↓	39,80±17,04	51,15±19,66	40,50±22,09	44,60±18,28
19-22	42,60±16,33	54,01±21,70	42,94±23,56	47,35±19,39
23 yaş ve ↑	40,00±16,75	47,78±16,50	40,40±18,70	43,27±16,04
Önemlilik Testi	KW=1,217 p=0,544	KW=0,535 p=0,765	KW=0,335 p=0,846	KW=0,642 p=0,725
Son Doğum Yaşı				
39 yaş ve ↓	41,84±16,01	53,38±19,70	42,94±21,83	46,81±17,85
40 yaş ve ↑	37,40±18,92	46,67±21,70	35,68±23,69	40,80±20,49
Önemlilik Testi	Z=-1,761 p=0,078	Z=-1,932 p=0,053	Z=-2,100 *p=0,036	Z=-1,977 *p=0,048
Doğum Sayısı				
1-2 doğum	42,67±18,18	53,78±19,37	46,40±24,36	48,06±19,23
3 doğum	45,36±14,17	56,83±20,67	43,71±21,25	49,68±16,78
4 doğum	38,50±17,47	50,78±21,94	40,80±21,07	44,05±19,38
5 ve üzeri doğum	40,41±16,70	51,08±20,08	40,22±22,68	44,73±18,61
Önemlilik Testi	KW=3,231 p=0,357	KW=2,020 p=0,568	KW=1,395 p=0,707	KW=2,148 p=0,542
Çoğul Gebelik Geçirme				
Evet	34,32±15,29	43,43±21,23	29,82±16,33	37,02±17,35
Hayır	41,58±16,71	52,86±20,01	42,61±22,54	46,43±18,45
Önemlilik Testi	Z=-1,479 p=0,139	Z=-1,873 p=0,061	Z=-2,037 *p=0,042	Z=-1,831 p=0,067
Epizyo Açılma				
Evet	43,57±14,56	62,54±17,79	49,71±21,89	52,73±16,84
Hayır	40,78±16,82	51,38±20,24	40,97±22,33	45,16±18,56
Önemlilik Testi	Z=-0,739 p=0,460	Z=-1,580 p=0,114	Z=-1,365 p=0,172	Z=-1,305 p=0,192
Bası Uygulanma				
Evet	40,67±14,05	49,27±17,42	39,23±19,04	43,86±15,52
Hayır	41,13±18,43	54,02±21,94	43,10±24,43	46,85±20,40
Önemlilik Testi	Z=-,618 p=0,536	Z=-,810 p=0,418	Z=-0,459 p=0,646	Z=-0,228 p=0,820

*p<0,05

Çizelge 3.12 (Devam). İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
Dört Kilo ve Üzeri Bebek Doğurma	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	41,67±17,79	52,74±22,20	41,47±22,07	46,15±19,59
Hayır	40,70±16,37	51,78±19,65	41,46±22,51	45,41±18,22
Önemlilik Testi	Z=0,159 p=0,873	Z=-0,015 p=0,988	Z=-0,319 p=0,750	Z=-0,133 p=0,895

Çizelge 3.12’de yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki gösterilmektedir. İYKÖ toplam ve sosyal izolasyon alt boyut puan ortalamaları son doğumunu 39 yaş ve ↓’da yapan gruptaki yaşlıların puan ortalamaları (sosyal izolasyon 42,94±21,830; İYKÖ toplam 46,81±17,853) son doğumunu 40 yaş ve ↑’inde yapan gruptaki yaşlıların puan ortalamalarından (sosyal izolasyon 35,68±23,69; İYKÖ toplam 40,80±20,49) daha yüksek bulunmuştur. İYKÖ toplam puanı ve sosyal izolasyon puan ortalaması ile yaşlıların son doğum yapma yaşı arasında istatistiksel farklılık vardır ($p<0,05$).

Çoğul gebelik geçirmeyen yaşlı kadınların İYKÖ sosyal izolasyon puan ortalaması (42,61±22,549) çoğul gebelik geçirenlerden (29,82±16,333) daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, doğum sayısı ve dört kilo ve üzeri bebek doğurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Çoğul gebelik ile İYKÖ toplam puanı ve davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Epizyo açılma durumu ve doğum sırasında bası uygulanma durumu ile İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 3.13. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların HRT kullanma, uterus ve mesane prolapsusu durumuna göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları	Psikososyal	Sosyal	Toplam
	Sınırlandırma	Etkilenme	İzolasyon	İYKÖ
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
HRT Kullanma				
Evet	42,29±13,79	55,37±17,30	43,67±14,41	47,95±13,97
Hayır	40,91±16,94	51,46±20,36	41,38±23,33	45,33±18,91
Önemlilik Testi	Z=-0,557 p=0,577	Z=0,346 p=0,942	Z=-1,296 p=0,195	Z=-0,863 p=0,388
Uterus Prolapsusu				
Evet	42,08±14,95	54,07±24,69	42,00±24,88	46,97±20,58
Hayır	40,98±16,76	51,71±19,93	41,57±22,61	45,51±18,46
Önemlilik Testi	Z=-0,384 p=0,701	Z=-0,192 p=0,848	Z=-0,131 p=0,896	Z=-0,242 p=0,808
Mesane Prolapsusu				
Evet	33,28±11,99	41,81±14,81	30,25±12,64	36,08±12,41
Hayır	42,14±16,94	53,25±20,36	43,21±23,29	46,93±18,84
Önemlilik Testi	Z=-2,007 *p=0,045	Z=-2,136 *p=0,033	Z=-1,977 *p=0,048	Z=-2,296 *p=0,022

*p<0,05

Çizelge 3.13’de İYKÖ puan ortalamaları ile mesane prolapsusu arasındaki ilişki incelendiğinde; mesane prolapsusu görülen yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları (36,08±12,415) mesane prolapsusu görülmeyenlerin puan ortalamalarından (46,93±18,844) daha düşüktür ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır (p<0,05).

Yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile HRT kullanma ve uterus polapsusu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 3.14. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
BKI	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
18 ve ↓	42,50±	48,89±	32,00±	42,73±
19-25	34,58±10,49	46,76±17,47	38,33±20,69	40,42±14,65
26-32	42,54±18,38	52,56±22,88	42,00±24,33	46,52±20,87
33 ve ↑	42,50±16,14	53,87±16,03	43,24±21,18	47,32±16,05
Önemlilik Testi	KW=3,478 p=0,324	KW=2,626 p=0,453	KW=1,074 p=0,783	KW=2,643 p=0,450
Kronik Hastalık				
Evet	41,14±16,57	51,96±20,05	41,60±22,40	45,67±18,39
Hayır	36,67±22,40	45,93±23,96	41,33±36,95	41,52±26,30
Önemlilik Testi	Z= -0,789 p=0,430	Z=-0,726 p=0,468	Z=-0,574 p=0,566	Z=-0,811 p=0,417
Kronik Hastalık Sayısı				
Bir	37,83±13,72	51,11±18,59	43,73±22,34	44,61±16,61
İki	45,34±19,67	60,10±25,23	48,73±25,67	52,15±22,46
Üç ve üzeri	40,65±16,16	50,08±18,53	39,45±21,39	44,24±17,40
Önemlilik Testi	KW=1,018 p=0,601	KW=2,369 p=0,306	KW=2,928 p=0,231	KW=1,993 p=0,369
İlaç Kullanma Durumu				
Evet	40,84±16,68	51,57±19,91	41,34±22,27	45,34±18,35
Hayır	45,00±16,50	57,04±24,53	46,67±30,84	50,30±22,16
Önemlilik Testi	Z=-0,723 p=0,470	Z=-0,565 p=0,572	Z=-0,411 p=0,681	Z=-0,694 p=0,488
İlaç Sayısı				
Bir	44,56±18,77	54,25±21,66	47,06±22,56	49,09±19,82
İki	40,00±15,71	49,17±18,45	37,20±19,82	43,11±16,93
Üç ve üzeri	40,38±16,83	52,34±20,46	42,40±23,47	45,73±18,89
Önemlilik Testi	Z=0,452 p=0,798	Z=0,414 p=0,813	Z=2,867 p=0,238	Z=0,664 p=0,718

Çizelge 3.14’de yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile sağlık durumu arasındaki ilişki verilmiştir. İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile BKI, kronik hastalık görülme durumu, kronik hastalık sayısı, ilaç kullanma durumu ve ilaç sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.15. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların Üİ tipi, sıklığı ve miktarı ile ilgili özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
İnkontinans Tipi	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Acil İnkontinans	45,15±17,19	54,31±22,83	46,16±25,66	49,13±20,51
Stres İnkontinans	52,92±15,62	70,37±17,40	58,33±22,72	61,29±16,43
Miks Tip	35,76±14,45	46,57±15,69	35,09±17,46	40,03±14,76
Önemlilik Testi	KW=17,425 **p=0,000	KW=13,455 *p=0,001	KW=11,040 *p=0,004	KW=15,282 **p=0,000
İnkontinans Sıklığı				
Ayda bir	54,00±15,69	66,67±17,35	59,20±23,38	60,36±17,19
Haftada bir	45,11±18,73	58,30±20,44	46,30±23,95	50,77±19,61
Günde bir	35,19±12,39	43,84±16,74	34,24±18,25	38,51±14,51
Önemlilik Testi	KW=18,393 **p=0,000	KW=25,596 **p=0,000	KW=17,125 **p=0,000	KW=24,038 **p=0,000
İnkontinans Miktarı				
Küçük bir miktar	54,49±17,76	66,47±19,60	56,47±25,08	59,84±9,08
Orta miktarda	45,92±13,95	60,00±17,45	52,00±18,18	53,06±15,41
Büyük miktarda	33,70±11,95	43,11±15,90	32,21±17,27	37,21±13,68
Önemlilik Testi	KW=37,013 **p=0,000	KW=36,056 **p=0,000	KW=34,798 **p=0,000	KW=40,490 **p=0,000

**p<0,001

*p<0,01

Çizelge 3.15’de İYKÖ puan ortalamalarının (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) Üİ ile ilgili özellikleri arasındaki ilişki verilmiştir. Üİ tipi ile İYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede önemli bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Yapılan Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu miks tip Üİ’nin her iki gruptan farklı ve yaşam kalitesi yönünden olumsuz özelliğe sahip olduğu ve diğer iki grubun farklı olmadığı bulunmuştur (p<0,0167).

İYKÖ puan ortalamaları ile Üİ sıklığı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu günde bir kez Üİ görülen grubun diğer iki gruptan farklı olduğu, yaşam kalitesi yönünden olumsuz özelliğe sahip olduğu ve diğer iki grubun farklı olmadığı bulunmuştur (p<0,0167).

İYKÖ puan ortalamaları ile Üİ miktarı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu büyük miktarda Üİ görülen grubun her iki gruptan farklı, yaşam

kalitesi yönünden olumsuz özelliğe sahip olduğu ve diğer iki grubun farklı olmadığı bulunmuştur ($p<0,0167$).

Çizelge 3.16. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların Üİ ile ilgili özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
Günlük İç Çamaşırı Değiştirme Sayısı	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bir kez	38,13±14,81	50,90±18,94	42,50±22,69	44,35±17,05
İki kez	34,82±13,28	41,59±18,25	30,00±17,09	36,49±15,39
Üç kez	38,17±15,96	47,41±21,35	36,80±21,97	41,64±18,78
Dört ve üzeri kez	25,94±7,06	34,17±7,69	24,00±5,65	28,86±5,86
Önemlilik Testi	KW=7,859 *p=0,049	KW=7,047 p=0,070	KW=8,056 *p=0,045	KW=9,561 *p=0,023
Gündüz Miksiyon Sayısı				
Bir-İki kez	43,03±15,82	51,38±20,55	41,70±24,45	46,14±18,61
Üç kez	45,58±20,04	56,59±21,08	46,53±22,97	50,03±20,50
Dört ve üzeri kez	37,92±14,84	49,85±19,28	46,53±22,97	43,10±17,24
Önemlilik Testi	KW=4,018 p=0,134	KW=2,179 p=0,336	KW=3,084 p=0,214	KW=2,759 p=0,252
Gece Miksiyon Görülme				
Evet	40,45±16,27	51,60±19,92	41,17±22,31	45,17±18,20
Hayır	55,50±20,72	57,33±25,40	52,00±30,33	55,45±24,62
Önemlilik Testi	Z=-1,812 p=0,070	Z=-0,419 p=0,675	Z=-0,984 p=0,325	Z=-1,181 p=0,238
Gece Miksiyon Sıklığı				
Bir kez	45,43±17,48	55,71±20,89	44,83±23,81	49,50±19,33
İki kez	48,25±17,69	58,67±17,38	46,60±21,41	52,14±17,31
Üç kez	39,32±15,23	51,92±19,56	40,97±20,47	44,85±17,51
Dört kez	37,08±14,35	48,40±21,37	40,00±24,96	42,37±18,31
Beş ve üzeri kez	31,63±11,49	42,32±17,54	33,04±20,89	36,32±15,51
Önemlilik Testi	KW=15,746 **p=0,003	KW=11,91 *p=0,018	KW=8,152 p=0,086	KW=14,107 **p=0,007
İYE Geçirme				
Evet	40,38±16,71	49,62±19,04	38,63±20,49	43,76±17,63
Hayır	41,91±16,63	54,75±21,17	45,53±24,80	47,98±19,45
Önemlilik Testi	Z=-0,608 p=0,543	Z=-1,364 p=0,172	Z=-1,453 p=0,146	Z=-1,240 p=0,215

*p<0,05

**p<0,01

İYKÖ davranışların sınırlandırılması, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamaları ile günlük iç çamaşırı değiştirme sayısı arasında istatistiksel olarak

anlamli bir ilişki (Çizelge 3.16) bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu bir ile dört ve üzeri kez iç çamaşını değiştiren grupların diğer iki gruptan farklı olduğu, günde bir kez iç çamaşını değiştiren grubun yaşam kalitesi düzeyinin en yüksek, günde dört ve üzeri kez iç çamaşını değiştiren grubun yaşam kalitesi düzeyinin en düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,0083$). İYKÖ psikososyal etkilenme alt boyutu ile günlük iç çamaşını değiştirme sayısı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

İYKÖ davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamaları ile bir gecede görülen miksiyon sıklığı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucu iki ile beş ve üzeri kez miksiyona çıkan grupların diğer üç gruptan farklı olduğu, gece iki kez miksiyona çıkan grubun yaşam kalitesinin en yüksek gece beş ve üzeri kez miksiyona çıkan grubun yaşam kalitesinin en düşük olduğu belirlenmiştir.

İYKÖ sosyal izolasyon alt boyutu ile gece miksiyon sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile gündüz görülen miksiyon sayısı, gece miksiyon görölme ve son bir yıl içinde İYE geçirme durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.17. İYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının yaşlıların Üİ nedeniyle doktora başvurma durumu özelliklerine göre dağılımı.

İYKÖ	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam İYKÖ
Doktora Gitme	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	37,06±16,98	46,22±21,10	37,51±22,98	40,91±19,20
Hayır	43,19±16,13	54,86±18,92	43,81±22,24	48,11±17,68
Önemlilik Testi	Z=-2,423 *p=0,015	Z=-2,999 **p=0,003	Z=-1,911 p=0,056	Z=-2,768 **p=0,006
Doktora Başvurmama Nedenleri				
Ütanma				
Evet	41,88±15,52	53,67±18,05	43,30±23,33	47,02±17,22
Hayır	44,42±16,76	55,97±19,85	44,28±21,44	49,11±18,24
Önemlilik testi	Z=-0,676 p=0,499	Z=-0,470 p=0,638	Z=-0,257 p=0,797	Z=-0,460 p=0,645
Önemsememe				
Evet	46,32±15,95	57,69±18,18	46,42±21,88	50,99±17,09
Hayır	37,67±15,17	49,85±19,46	39,20±22,49	43,00±17,83
Önemlilik testi	Z=-2,569 *p=0,010	Z=-2,260 *p=0,024	Z=-1,461 p=0,144	Z=-2,280 *p=0,023
Güçsüzlük				
Evet	35,94±13,19	47,22±18,06	34,50±19,14	40,23±16,06
Hayır	44,93±16,37	56,68±18,79	46,03±22,48	49,99±17,64
Önemlilik testi	Z=-1,989 *p=0,047	Z=-2,012 *p=0,044	Z=-1,966 *p=0,049	Z=-2,188 *p=0,029

*p<0,05

İYKÖ puan ortalamaları ile doktora başvurma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 3.17); Üİ nedeniyle doktora başvuran yaşlıların İYKÖ davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamaları (sırasıyla: 37,06±16,98; 46,22±21,10; 40,91±19,20) doktora başvurmaya yaşlıların puan ortalamalarından (sırasıyla: 43,19±16,13; 54,86±18,92; 48,11±17,68) daha düşüktür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05). Doktora başvurma durumu ile İYKÖ sosyal izolasyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

İYKÖ puan ortalamaları ile Üİ sorununu önemsememe nedeniyle doktora başvurmama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; önemsememe nedeniyle doktora başvurmaya yaşlıların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme

ve İYKÖ toplam puan ortalamaları (sırasıyla: 46,32±15,95; 57,69±18,18; 50,99±17,09) doktora başvuran yaşlıların puan ortalamalarından (sırasıyla: 37,67±15,17; 49,85±19,46; 43,00±17,83) daha yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Önemsememe nedeniyle doktora başvurmama ile İYKÖ sosyal izolasyon boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

İYKÖ puan ortalamaları ile güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmayanların puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla: 35,94±13,19; 47,22±18,06; 34,50±19,14; 40,23±16,06) doktora başvuranların puan ortalamalarından (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla: 44,93±16,37; 56,68±18,79; 46,03±22,48; 49,99±17,64) daha düşüktür ve gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır ($p<0,05$). İYKÖ alt puan ve toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$). Utanma nedeniyle doktora başvurmama ile İYKÖ puan ortalaması (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır:

1. Araştırma grubundaki yaşlıların sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu, Üİ ve Fİ özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulguların tartışılması,
2. Araştırma grubundaki yaşlıların Üİ durumunun sosyo-demografik, doğurganlık ve sağlık durumu özellikleri ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması,
3. Araştırma grubundaki yaşlıların Üİ yaşam kalitesi düzeyinin sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu ve Üİ özellikleri ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması yer almaktadır.

4.1. Araştırma Grubundaki Yaşlıların Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu, Üİ ve Fİ Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda yaşlıların % 42,5'i 65-69 yaş grubunda olduğunu, % 55,2'si hiç evlenmemiş/eşi ölmüş olduğunu, % 10,1'i sosyal güvencesinin bulunmadığını ve % 67,2'si algılanan ekonomik durumunu orta olarak değerlendirdiğini belirtmektedir. Bu bulgular bazı çalışma bulguları ile (Bilgili ve ark.2008, Stenzeleus ve ark. 2004, Dedeli ve ark 2008, Güler ve Yağcı 2006) benzerlik göstermekte ve bulgular karşılaştırılabilirlik yönünden önemlidir.

Çalışma grubundaki yaşlıların % 59,3'ü okuryazar değilken, Dedeli ve arkadaşları (2008)'nin huzurevindeki bireylerle yaptıkları çalışmada bu oran % 11,2, Çiftçi ve Günay (2009)'ın çalışmasında polikliniğe başvuran kadınların % 8,8'inin ilkokulu bitirmediği belirtilmiştir. Eğitim düzeyindeki bu farklılığın örneklem grubundaki kadınların 65 yaş ve üzerinde olması ve kırsal kesimde yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların % 95,1'i en az bir ve ortalama $5,53 \pm 2,73$ kez doğum yaptığını, % 51,0'ı ilk doğumunu 18 yaş ve altında, % 20,8'i son doğumunu 40 yaş ve üzerinde yaptığını, % 56,1'i beş ve üzeri kez doğum yaptığını, % 99,2'si vajinal doğum yaptığını, % 0,8'i sezaryenle doğum yaptığını, % 25,5'i dört ve üzeri kiloda bebek doğurduğunu belirtmektedir. Koçak ve arkadaşları (2005) kadınların ilk doğum yaşı ortalamasının $21,2 \pm 3,7$ olduğunu, Güler ve Yağcı (2006)

kadınların % 51,3'ünün ilk doğumunu 20-24 yaş aralığında yaptığını belirtmiştir. Koçak ve arkadaşları (2005) kadınların % 86,5'inin en az bir ve ortalama $2,9 \pm 1,9$ kez doğum yaptığını, Bilgili ve arkadaşları (2008) % 46,2'sinin 3-4 kez doğum yaptığını, Aslan ve arkadaşları (2009) ortalama $2,3 \pm 1,3$ kez doğum yaptığını, Şentürk ve Kara (2010) % 75,5'inin üç ve üzeri kez doğum yaptığını belirtmektedir. Güneş ve arkadaşları (2000) kadınların % 96,6'sının, Şentürk ve Kara (2010) kadınların % 90,3'ünün, Aslan ve arkadaşları (2009) % 92,0'ının vaginal yolla doğum yaptığını, Aslan ve arkadaşları (2009) kadınların % 3,7'sinin sezaryenle doğum yaptığını, Özerdoğan ve arkadaşları (2004) kadınların % 22,5'inin, Aslan ve arkadaşları (2009) % 26,7'sinin büyük bebek doğurduğunu belirtmektedir. Bu araştırma bulguları çalışmamızın doğumla ilgili özellikleri ile benzer özellik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların % 5,1'ine doğum sırasında epizyotomi yapılmıştır. Özerdoğan ve arkadaşları (2004) kadınların % 43,3'üne, Bilgili ve arkadaşları (2008) % 12,2'sine Aslan ve arkadaşları (2009) % 25,6'sına epizyotomi yapıldığını belirtmiştir. Epizyotomi yapılma oranının çalışmamızda düşük olması, kadınların % 66,8'inin en uzun süre ilçede yaşaması ve eskiden evde doğumun yaygın olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların % 11,9'unun HRT aldığı belirlenmiştir. Aslan ve arkadaşları (2009) huzurevindeki yaşlıların % 9,7'sinin HRT aldığını belirtmiştir. Bu çalışma bulgusu çalışma bulgumuzla benzerlik gösterirken Şentürk ve Kara (2010) menapoz dönemindeki kadınların % 24,5'inin HRT aldığını belirtmiştir. Bu farklılığın örneklem gruplarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların % 4,1'inde uterus prolapsusu, % 7,5'inde mesane prolapsusu bulunmuştur. Sarı ve Khorshid (2007) Üİ'si olan yaşlıların % 88,2'sinde uterus prolapsusu, % 91,2'sinde mesane prolapsusu olduğunu belirlemiştir. Çamtosun ve Şen (2008) Üİ'si olan kadınların % 23,4'ünde mesane prolapsusu görüldüğünü belirtmiştir. Bu farklılığın örneklem grubumuzdaki yaşlıların toplumda yaşayan sağlıklı kadınlardan oluşmuş olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin % 95,9'unda en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların % 82,0'ının en az bir kronik hastalığı bulunduğunu belirterek araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların % 89,6'sı devamlı olarak en az bir ilaç, % 30,0'ı en az iki, % 22,1'i üç ve % 17,9'u bir ilaç kullanmaktadır. Dedeli ve arkadaşları (2008) yaşlıların % 83,9'unun devamlı ilaç kullandığını belirterek çalışmamızla benzer özellik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda yaşlılarda ilaç kullanımının sık olduğu gösterilmektedir.

Yaşlıların Üİ'ye ilişkin özellikleri incelendiğinde son bir yıldır Üİ yaşayanların oranı % 47,8'dir. Borrie ve arkadaşları (1992) Londra'da hastanede yaptıkları çalışmada Üİ sıklığının % 62,0, Espino ve arkadaşları (2003) % 33,0, Amaro ve arkadaşları (2009) % 27,0, Arunkalaivanan ve arkadaşları (2009) % 68,9 olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Üİ sıklığını Ateşkan ve arkadaşları (2000) 65 yaş ve üzerindeki tüm bireylerde % 44,2, kadınlarda % 57,1, erkeklerde % 21,5, Çetinel ve arkadaşları (2007) % 35,7, Ekin ve arkadaşları (2004) % 33,7, Filiz ve arkadaşları (2006) % 16,4, Güneş ve arkadaşları (2000) % 49,7, Kök ve arkadaşları (2006) % 37,11, Oskay ve arkadaşları (2005) % 68,8, Şentürk ve Kara (2010) 45,3, İlçe ve Ayhan (2011) % 98,0 (huzurevi) olarak bulmuştur. Çalışma bulgumuz yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu bulgular yaşlılarda Üİ'nin yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. Yaşlılarda Üİ'nin yaşlı sağlığı yönünden önemli bir sorun olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda en fazla görülen Üİ tipi miks tip inkontinans (% 51,6)'tır. Ateşkan ve arkadaşları (2000), Filiz ve arkadaşları (2006), Tozun ve arkadaşları (2009), Şentürk ve Kara (2010), İlçe ve Ayhan (2011) bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda miks tip Üİ'nin (sırasıyla % 70,1; % 61,3; % 50,3 % 64,3; % 65,5) daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ancak Çetinel ve arkadaşları (2007), Güneş ve arkadaşları (2000), Kök ve arkadaşları (2006), Oskay ve arkadaşları (2005) stres inkontinansın (sırasıyla % 39,8; % 41,2; % 40,0; % 37,2) daha sık görüldüğünü, Aslan ve arkadaşları (2009) sıkışma Üİ tipinin (% 28,8) daha yaygın olduğunu belirtmiştir. Değişik örneklem gruplarında farklı Üİ tiplerinin görüldüğü dikkat çekmektedir.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların % 26,6'sı küçük miktarda (Bir iki damla), % 14,8'i orta miktarda (Ped ya da çamaşır nemlenmesi), % 58,6'sı büyük miktarda (Ped ya da çamaşır ıslanması) Üİ görüldüğünü belirtmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (2000)

kadınlarda hafif derecede Üİ % 39,0, orta derecede Üİ % 34,1, şiddetli Üİ % 26,9, Bilgili ve arkadaşları (2008) yaşlılarda hafif derecede Üİ % 50,2, orta derecede Üİ % 25,3 ve ciddi derecede Üİ % 24,5 görüldüğünü belirtmiştir. İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların % 41,1'inde az derecede, % 41,1'inde orta derecede, % 16,1'inde ileri derecede Üİ görüldüğünü saptamıştır. Çalışma grubumuzdaki yaşlılarda Üİ miktarının diğer çalışmalara göre daha ileri derece olduğu dikkat çekmektedir. Bunun Üİ sorunu nedeniyle yaşlıların % 64,8'inin tedavi almadığı ve buna bağlı olarak Üİ miktarının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşlıların % 51,6'sı idrar kaçırma sıklığının günde birkaç kez olduğunu belirtirken Ekin ve arkadaşları (2004) hastaların % 10,4'ünde Üİ'nin günde bir kereden fazla olduğunu belirtmiştir. İlçe ve Ayhan (2011) yaşlıların % 28,6'sının günde birkaç kez idrar kaçırdığını bildirmiştir. Bulguların değişik oranlarda olmasının örneklem bölgelerinin farklı olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan yaşlılar gündüz ortalama $5,03 \pm 2,50$, gece ortalama $3,18 \pm 2,06$ kez miksiyon ihtiyacının olduğunu belirtmiştir. Aslan ve arkadaşları (2008) Üİ görülen kadınların gündüz ortalama $8,76 \pm 2,44$, gece ortalama $3,80 \pm 1,71$, Aslan ve arkadaşları (2009) gündüz miksiyon sayısının ortalama $4,2 \pm 2,8$ ve gece $2,8 \pm 1,8$ kez olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda yaşlıların gündüz ve gece miksiyona çıkma gereksiniminin fazla olması ilaç kullanımının yaygın olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların yalnızca % 35,2'si Üİ nedeniyle doktora başvurduğunu belirtmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (2000) kadınların % 12,6'sının, Güneş ve arkadaşları (2000) % 26,6'sının, Özerdoğan ve arkadaşları (2004) % 27,3'ünün bu sorun nedeni ile doktora başvurduğunu ifade etmiştir. İlçe ve Ayhan (2011) Üİ şikayeti ile en az bir kez doktora gitme oranı % 42,9 olarak tespit etmiştir. Aslan ve arkadaşları (2009) kadınların sadece % 17,6'sının Üİ için tedavi aldığını saptamıştır. Ekin ve arkadaşları (2004) hastaların % 84,7'sinin hiç medikal yardım talebinde bulunmadığını saptamıştır. Kök ve arkadaşları (2006) kadınların % 80,0'inin Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvurmadığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınların Üİ'ye ilişkin tedavi alma konusunda yetersiz olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınlara Üİ için doktora gitmeme nedeni sorulduğunda % 63,9'u önemsemediği, % 48,2'si utanma nedeniyle gitmediğini

belirtmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (2000) kadınların % 50,2'sinin utandığı için, % 49,8'inin idrar kaçırmanın yaşa bağlı doğal bir sonuç olduğuna inandıkları için gitmediklerini belirtmiştir. Güneş ve arkadaşları (2000) bireylerin % 86,1'nin önemsiz bulduğunu, % 9,7'sinin utandığını ve % 5,12'sinin korktuğunu, Kök ve arkadaşları (2006) Üİ'yi artan yaşla birlikte normal olarak kabul etme (% 39,7), muayene olmak için vakit bulamama (% 19,11), idrar kaçırma durumundan rahatsızlık duymadığı (% 17,64) için doktora başvurmadığını belirtmiştir. İlçe ve Ayhan (2011) bireylerin % 41,9'unun Üİ'nin önemli olmaması ve % 38,7'sinin yaşlılık nedeniyle normal kabul ettiğini belirtmiştir. Yaşlıların ve ailelerinin bu sorunu önemsemedikleri, yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algıladıkları ve bu nedenle çözmek için yardım almadıkları dikkat çekmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların hiç biri kegel egzersizini bilmediklerini ifade etmiştir. Yaşlı kadınlarda buna ilişkin bir veriye rastlanılmamıştır. Kadınların hiç birinin kegel egzersizini bilmemesinin örneklem grubunun yaşlı kadınlardan oluşması ve kırsal kesimde yaşamasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınlarda Fİ sıklığı % 2,6 olarak bulunmuştur. Bliss ve arkadaşları (2000) yoğun bakımdaki hastalarda Fİ sıklığını % 33,0, Prosser (1997) % 9,0, Borrie ve arkadaşları (1992) % 46,0, Bharucha ve arkadaşları (2005) % 12,1, Goode ve arkadaşları (2005) % 11,6, Edwards ve Jones (2001) % 4,0, Malmstrom ve arkadaşları (2010) %5,0, Juh ve arkadaşları (2010) %15,5 Alsheik ve arkadaşları (2012) % 11,6 olarak belirlemiştir. Dedeli ve arkadaşları (2008) huzurevinde kalan yaşlılarda Fİ sıklığını % 9,5, Koçak ve arkadaşları (2005) % 2,6, Aslan ve arkadaşları (2009) % 14,0, İlçe ve Ayhan (2011) % 29,1, olarak belirtmiştir. Yapılan araştırmalara göre Fİ sıklığının Üİ sıklığına göre daha az oranda görüldüğü belirlenmiştir. Yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarda yataklı tedavi kurumlarında kalan bireylerde Fİ'nin daha sık görülmesi dikkat çekmektedir.

4.2. Araştırma Grubundaki Yaşlılarda Üİ Durumunun Sosyo-Demografik, Doğurganlık ve Sağlık Durumu Özellikleri ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Yaşlılarda sosyo-demografik özellikler ile Üİ durumu arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 3.6); Üİ'nin 80 ve üzeri yaş grubundaki yaşlılarda 65-69 yaş

grubundaki yaşlılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Aggazzotti ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında yaş ilerledikçe Üİ sıklığının önemli derece arttığı, 65 ve üzeri yaşta Üİ prevalansı % 26,5 iken 95 ve üzeri yaşta % 73,7 olarak bulunmuştur. Cohen ve arkadaşları (1999), Dolan ve arkadaşları (1999), Espino ve arkadaşları (2003), Minassian ve arkadaşları (2003) yaşla birlikte Üİ görülme sıklığında kadınlarda belirgin bir artış olduğunu belirtmiştir. Ateşkan ve arkadaşları (2000) Ekin ve arkadaşları (2004), Filiz ve arkadaşları (2006), Tozun ve arkadaşları (2009), Şentürk ve Kara (2010) yaş ile Üİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Yurt dışında ve ülkemizde yapılan araştırmalar çalışmamızı destekler niteliktedir ve ileri yaşın Üİ görülme sıklığını arttırdığı söylenebilir.

Ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren yaşlılarda Üİ görülme sıklığı ekonomik durumunu iyi olarak değerlendirenlerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan Üİ ile ilgili araştırmalarda buna yönelik bir veri bulunamamıştır. Ekonomik durumun düşük olması yaşlıların sağlığını koruma ve yükseltme talebini olumsuz etkilediği ve bu şekilde Üİ görülme sıklığını arttırdığı düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki yaşlıların Üİ durumu ile medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşanılan yer, sağlık güvencesine sahip olma durumu ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İlçe ve Ayhan (2011) Üİ sıklığı ile medeni durum, birlikte yaşadığı kişi sayısı, Tozun ve arkadaşları (2009) Üİ sıklığı ile kadınların medeni durumu ve sosyal güvencesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması çalışma bulgumuzla benzerdir.

Yaşlıların doğurganlık özelliklerinin Üİ durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Çizelge 3.7); doğum sayısı, çoğul gebelik geçirme ve mesane prolapsusu durumunun Üİ durumunda önemli olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Minassian ve arkadaşları (2003) doğum sayısının Üİ riskini arttırdığını belirtmektedir. İlçe ve Ayhan (2011) çalışma bulgumuzdan farklı olarak yaşlı kadınlarda Üİ sıklığı ile doğum sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Dolan ve arkadaşları (1999), Aggazzotti ve arkadaşları (2000), Filiz ve arkadaşları (2006), Şentürk ve Kara (2010) çalışmasında doğum sayısı ile Üİ durumunun ilişkili olduğunu bulmuştur. Güneş ve arkadaşları (2000) doğum sayısı arttıkça Üİ sıklığının arttığını, hiç doğum yapmamışlarda % 18,6 iken, yedi ve daha üzeri sayıda çocuğu olanlarda % 77,8 olarak bulmuştur. Nulliparlarda Üİ prevalansı % 54,1 iken multiparlarda % 65,4 olarak bulunmuştur. Filiz ve arkadaşları (2006) iki

ve üzeri kez doğum yapan kadınlarda Üİ riskinin arttığını belirtmiştir. Dolan ve arkadaşları (1999), Şentürk ve Kara (2010) üç ve üzeri kez doğum yapan kadınlarda Üİ sıklığının arttığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalar genel olarak doğum sayısının yüksek olmasının Üİ için risk faktörü olduğunu gösterirken bizim çalışmamız bu bulgular ile benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamızda çoğul gebelik geçiren ve mesane prolapsusu görülen yaşlılarda Üİ daha sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bununla ilgili herhangi bir veriye rastlanılamamaktadır. Çoğul gebelik geçirenlerde abdominal basıncın artmasına bağlı mesaneye baskının artması ve mesane prolapsusunun görülmesi ile ilerleyen dönemde Üİ görülme sıklığının arttığı düşünülebilir.

Çalışma grubundaki yaşlıların Üİ durumu ile doğum yapma durumu, doğum şekli, yardımcı alet kullanımı, dört kilo ve üzeri bebek doğurma ve uterus prolapsusu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). İlçe ve Ayhan (2011) yaşlı kadınlarda Üİ sıklığı ile doğum şekli, doğum eylemine müdahale, uterus prolapsusu, dört kg ve üzeri bebek doğurma, Şentürk ve Kara (2010) doğum şekli ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamıştır. Yapılan bu araştırmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Ancak Özerdoğan ve arkadaşları (2004) vaginal doğum ve büyük bebek doğurma durumu ile Üİ arasında ilişki olduğunu belirtmektedir. Amaro ve arkadaşları (2009) vaginal doğum ile Üİ arasında önemli bir ilişki bulunduğunu belirtmektedir. Bu farklılığın örneklem bölgelerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki yaşlıların Üİ durumu ile epizyotomi açılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak Aslan ve arkadaşları (2009) Üİ ile epizyotomi arasında ilişki olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda yaşlıların HRT kullanımı ile Üİ durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Özerdoğan ve arkadaşları (2004) HRT kullanımı ile Üİ arasında ilişki bulunmadığını belirterek araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki yaşlı kadınların sağlık özellikleri ile Üİ durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; kronik hastalık sayısı ile Üİ arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaşlılarda kronik hastalık sayısı üç ve üzerinde olanlarda Üİ daha sık görülmektedir. Oskay ve arkadaşları (2005) kronik hastalık varlığının Üİ sıklığını arttırdığını saptamıştır. Ancak İlçe ve Ayhan (2011)

Üİ sıklığı ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Araştırma bulgumuza dayanarak kronik hastalık sayısı artıkça Üİ sıklığının arttığını söyleyebiliriz.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların BKİ'si ile Üİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Malmstrom ve arkadaşları (2010) çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Diğer bir taraftan Özerdoğan ve arkadaşları (2004), Oskay ve arkadaşları (2005), Espino ve arkadaşları (2003), Filiz ve arkadaşları (2006) BKİ ile Üİ arasında ilişki olduğunu ve yüksek BKİ'nin Üİ sıklığını arttırdığını saptamıştır. Minassian ve arkadaşları (2003) obezitenin Üİ riskini arttırdığını belirtmektedir. Literatürde obezitenin karın içi basıncı artırarak Üİ'nin görülmesine neden olduğu belirtilmektedir ancak araştırma grubumuzdaki yaşlıların yaklaşık % 78'i 26 ve üzeri BKİ'ye sahip olmasına rağmen BKİ ile Üİ ilişkili değildir.

Çalışmamızda ilaç kullanımı ile Üİ durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu bulgu ile ilgili yapılan araştırmalarda böyle bir veriye rastlanılamamakta ancak kronik hastalık durumu ile Üİ'nin ilişkili olduğu bulunmuştur. Kronik hastalık görülme durumunun ilaç kullanımını arttırdığı ve buna bağlı olarak Üİ görülme durumunu etkilediği düşünülmektedir.

4.3. Araştırma Grubundaki Yaşlıların Üİ Yaşam Kalitesi Düzeyinin Sosyo-Demografik, Doğurganlık, Sağlık Durumu ve Üİ Özellikleri ile İlişisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların İYKÖ toplam puan ortalaması; $45,58 \pm 18,48$ 'dir. Sarı ve Khiorshid (2007) İYKÖ puan ortalamasını $67,11 \pm 16,22$ olarak bulmuştur. Çalışmamızda İYKÖ puan ortalamasının düşük olması örneklem grubumuzdaki kadınların yaş ortalamasının ($72,05 \pm 6,55$) yüksek olması ve ekonomik durumunun kötü (% 25,7) olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; yaşlıların İYKÖ puan (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ortalamalarında algılanan ekonomik durumun önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Ekonomik durumunu iyi olarak algılayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlara göre

daha olumlu yöndedir. Ege ve arkadaşlarının (2007) algılanan ekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki bulması çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Araştırma bulgularına dayanılarak ekonomik durumu kötü olan bireylerde Üİ yaşam kalitesi düzeyinin daha kötü olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda yaşlıların yaş grupları, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanan yer ile İYKÖ puan (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Özerdoğan ve arkadaşları (2004) yaş, öğrenim durumu ve en uzun süre yaşanan yer ile Üİ yaşam kalitesi düzeyi arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Araştırma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Yaşlı kadınların İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile doğurganlık özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; İYKÖ toplam ve sosyal izolasyon alt boyut puan ortalamaları son doğumunu 39 ve altı yaş grubunda yapan yaşlılarda son doğumunu 40 yaş ve üzerinde yapan yaşlılara göre daha yüksektir ($p<0,05$). Son doğumunu 40 yaş ve üzerinde yapmanın Üİ yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkilediği dikkat çekmektedir.

Çalışma kapsamındaki yaşlıların çoğul gebelik geçirme durumu ile İYKÖ sosyal izolasyon puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Mesane prolapsusu geçirme durumu ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çoğul gebelik geçirme ve mesane prolapsusu durumu ile İYKÖ arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Araştırmamız doğrultusunda çoğul gebelik geçiren ve mesane prolapsusu görülen kadınların Üİ yaşam kalitesi düzeylerinin daha olumsuz yönde olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda doğum sayısı ile İYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak Ege ve arkadaşları (2005) çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki bulmuş ve çocuk sayısının artmasının yaşam kalitesini azalttığını belirlemiştir. Bu bulgunun çalışma bulgumuzla çeliştiği görülmektedir.

Çalışmamızda İYKÖ puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) ile BKİ, kronik

hastalık görülme durumu ve kronik hastalık sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalık sorunu ile Üİ durumunun ilişkili olması ancak Üİ yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkisinin önemli olmaması dikkat çekicidir.

Çizelge 3.15’de İYKÖ puan ortalaması ile (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan) Üİ özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; Üİ miktarı az olan yaşlıların İYKÖ puan ortalamaları Üİ miktarı çok olanlara göre daha yüksektir. Özerdoğan ve arkadaşları (2004) bireylerin yaşam kalitesi ile Üİ sıklığı ve kaçırılan idrar miktarı arasında olumsuz bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir. Araştırma bulgularına dayanarak Üİ sıklığının ve kaçırılan idrar miktarının artmasının bireylerin Üİ yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda Üİ tipi ile İYKÖ alt boyut ve İYKÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Stres tip Üİ görülen yaşlıların İYKÖ puan ortalamaları mikst tip Üİ görülen yaşlılardan daha yüksektir. Özerdoğan ve arkadaşları (2004) bireylerin yaşam kalitesi ile Üİ tipi arasında istatistiksel olarak bir fark olduğunu ve stres Üİ’si olan kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğunu belirtmiştir. Özerdoğan ve arkadaşları (2004) stres Üİ görülen kadınların yaşam kalitesi düzeyinin sıkışma tip Üİ görülen kadınlardan daha yüksek, sıkışma tip Üİ görülen kadınların yaşam kalitesi düzeyinin de mikst tip Üİ görülenlerden daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Buna göre stres Üİ görülen bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

İç çamaşırı değiştirme sayısının fazla olması kadınların davranışların sınırlandırılması, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamalarını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Koçak ve arkadaşları (2005) Üİ’si olan kadınların % 62,4’ünün sosyal hayatlarında en az bir şikayetinin bulunduğu, Üİ’nin yoğunluğuna bağlı koruyucu ve ped kullanan kadınların anksiyetelerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Gece görülen miksiyon sıklığı ile davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gece beş ve üzeri kez miksiyona çıkan yaşlıların İYKÖ puan ortalamalarının gece bir kez miksiyona çıkanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgulara dayanılarak Üİ’nin yoğunluğuna bağlı iç çamaşırı değiştirme sayısının ve gece miksiyona çıkma sayısının artması yaşlıların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamızda yaşlıların Üİ nedeniyle doktora başvurma ve sorunu önemsememe nedeniyle doktora başvurmama durumu ile İYKÖ davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamaları, güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmama durumu ile İYKÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Minassian ve arkadaşları (2003) Üİ'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesine karşın bireylerin hiç birinin tıbbi yardım almadığını belirtmektedir. Ege ve arkadaşları (2005) idrar kaçırmaya sorunu nedeniyle doktora gitme ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki tanımlamış ve bu sorundan dolayı doktora gitmemenin yaşam kalitesine olumsuz etkisi olduğunu belirlemiştir. Yapılan araştırmalarda Üİ nedeniyle doktora başvurunun düşük olduğu görölmektedir. Üİ'nin sorun olarak algılanmaması ve güçsüzlük (ekonomik, fiziksel) nedeniyle doktora başvurmamanın önemli bir neden olması ve bunun yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi önemli bir bulgudur.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Yaşlıların % 42,5'inin 65-69 yaş grubunda, % 55,2'sinin hiç evlenmemiş/eşi ölmüş olduğu, % 59,3'ünün okuryazar olmadığı, % 66,8'inin en uzun süre ilçede yaşadığı, % 89,9'unun sağlık güvencesinin var olduğu, % 67,2'sinin ekonomik durumunu orta olarak algıladığı, % 45,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve % 28,7'sinin yalnız yaşadığı saptanmıştır.
- Yaşlı kadınların % 95,1'i en az bir, % 51,0'ı ilk doğumunu 18 yaş ve ↓, % 79,2'si son doğumunu 39 yaş ve ↓'ında yaptığını, % 5,9'u çoğul gebelik geçirdiğini, % 99,2'si vajinal doğum yaptığını, % 94,9'u doğum sırasında epizyo açılmadığını, % 99,2'si yardımcı alet kullanılmadığını, % 61,6'sı bası uygulanmadığını, % 25,5'i dört kilo ve üzeri bebek doğurduğunu, % 11,9'u menopoz sonrası HRT aldığını, katılımcıların % 4,1'i uterus prolapsusu ve % 7,5'i mesane prolapsusu görüldüğünü belirtmiştir.
- Yaşlıların % 61,1'inin üç ve üzeri sayıda olmak üzere % 95,9'unun en az bir kronik hastalığı ve % 89,6'sının sürekli kullandığı bir ilacının olduğu,
- Yaşlılarda Üİ prevelansı % 47,8 ve en sık görülen Üİ tipi miks tip inkontinans (% 51,6) olduğu, % 64,8'inin Üİ sorunu için doktora başvurmadığı, % 63,9'unun sorunu önemsemediği için doktora başvurmadığı, % 99,3'ünün kegel egzersizini bilmediği,
- Yaşlıların % 2,6'sında (7) Fİ görüldüğü ve yaşlıların % 85,6'sının Fİ nedeni ile doktora başvurmadığı,
- Üİ görülme oranının 80 yaş ve ↑ gruptaki kadınlarda (% 72,3), ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlarda (% 62,3) daha yüksek olduğu (p<0,05),
- Üİ görülme oranının doğum sayısı 1-2 olanlarda (% 75,0), çoğul gebelik geçirenlerde (% 73,3) ve mesane prolapsusu görülenlerde (% 80,0) daha yüksek olduğu,
- Üİ görülme oranının kronik hastalık sayısı üç ve üzerinde olanlarda (% 56,1), ve ilaç kullananlarda (% 50,8) daha yüksek olduğu,

- Yaşlıların ekonomik durumunu iyi olarak ifade edenlerin İYKÖ puan ortalamalarının ekonomik durumunu kötü olarak ifade edenlerden daha yüksek olduğu,
- Yaşlıların son doğumunu 40 yaş ve üzerinde yapanlarda İYKÖ toplam puanı ve sosyal izolasyon puan ortalamasının son doğumunu 39 yaş ve altında yapanlardan; çoğul gebelik geçirenlerin İYKÖ sosyal izolasyon puan ortalamasının çoğul gebelik geçirmeyenlerden; mesane prolapsusu görülen yaşlıların İYKÖ puan ortalamalarının mesane prolapsusu görülmeyenlerden daha düşük olduğu,
- Miks tip Üİ'si bulunan yaşlıların İYKÖ puan ortalamalarının acil inkontinans tipinden, acil inkontinans tipinin puan ortalamalarında stres inkontinans tipi puan ortalamalarından; günde bir kez Üİ görülen kadınların İYKÖ puan ortalamalarının ayda bir Üİ görülenlerin puan ortalamalarından daha düşük olduğu; günlük iç çamaşırı değiştirme sayısı bir kez olanların davranışların sınırlandırılması, sosyal izolasyon ve İYKÖ toplam puan ortalamalarının günlük iç çamaşırı değiştirme sayısı dört ve üzerinde olanların puan ortalamalarından; gece görülen miksiyon sıklığı bir kez olanların İYKÖ davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamaları gece beş ve üzeri kez miksiyon görülenlerin puan ortalamalarından, Üİ sorunu nedeniyle doktora başvuranların İYKÖ davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamalarının sorun nedeniyle doktora başvurmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu; sorunu önemsememe nedeniyle doktora başvurmayanlarda davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve İYKÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek, güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmayanlarda İYKÖ alt puan ve toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

5.2. Öneriler

- Yaşlıların % 64,8'i Üİ'nin ve % 85,6'sı Fİ'nin tedavisi için doktora gitmediğini belirtmektedir. Bu doğrultuda sağlık personelinin özellikle birinci basamakta çalışan hekim ve hemşirelerin Üİ ve Fİ'ye yönelik veri

toplamaşı yaşı ve yakınlarını Üİ nedenleri ve tedavisi konusunda yönlendirmesi,

- Kegel egzersizinin bütün yaş grubunda bulunan kadınlara öğretilmesine yönelik eğitim programlarının hazırlanması,
- 80 yaş ve üzeri yaş grubunda olan, ekonomik durumunu kötü algılayan, çoğul gebelik geçiren, mesane prolapsusu olan, kronik hastalık sayısı üç ve üzerinde olan ve ilaç kullanan kadınların Üİ görülme durumu yönünden risk grubunda olduğunun dikkate alınması ve daha yakından izlenmesi,
- Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan, son doğumların 40 yaş ve üzerinde yapan, çoğul gebelik geçiren, mesane prolapsusu, miks tip Üİ görülen, Üİ sıklığı, Üİ miktarı, iç çamaşırı değıştirme sayısı ve gece miksiyon sıklığı artan, güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmayan yaşlıların Üİ yaşam kalitesi düzeyi olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu gruptaki kadınların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğinin dikkate alınması,
- Kadınlarda Üİ gelişmemesi için özel eğitim programlarının düzenlenmesi, Üİ sıklığını ve miktarını azaltmak için kadınlara kegel egzersizinin öğretilmesi,
- Gece miksiyon sıklığını azaltmaya yönelik yaşlılara; akşam vakitlerinde sıvı alımının azaltılması, kafeinli ve alkollü içeceklerin sınırlandırmasının anlatılması,
- Üİ'nin gelişimi, riskleri ve komplikasyonları açısından bilgi verilmesi ve doktora başvuru konusunda ikna edilmesi,
- Toplumda yaşayan yaşlılarda Fİ'nin yaygınlık, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini belirlemeye yönelik daha büyük örneklem gruplarıyla çalışılması önerilmektedir.

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

65 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Tuba DEMİREL

Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman/Doç. Dr. Belgin AKIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2012

İnsan ömrünün uzaması istenen bir durumdur ancak yaşlıların sayısının artması toplumda çeşitli sağlık sorunlarının yaygınlığının artmasına yol açabilmektedir. Üriner ve Fekal İnkontinans tedavi edilebilmesine rağmen toplumda fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, genellikle sağlık kurumuna rapor edilmekte geciktirilen bir durum olduğundan sağlık personelinin önem vermesi gerekmektedir. Bu sorunlar yaşlıların yaşam kalitesini de önemli ölçüde azaltmaktadır.

Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ-Fİ görülme sıklığı, risk faktörleri ve Üİ-Fİ'nin yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma kesitsel türdedir. Araştırma grubunu Akşehir İlçesi Bir Nolu ASM'ye kayıtlı bulunan 65 yaş ve üzeri rastgele seçilmiş 268 yaşlı kadın oluşturmuştur.

Bireylerin sosyo-demografik, doğurganlık, sağlık durumu, Üİ ve Fİ özelliklerini değerlendirmeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir anket formu, Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)" ve Fİ'nin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için "Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (FİYKÖ)" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Varyans analizi kullanılmıştır. İleri yaşta, ekonomik durumu kötü, doğum sayısı 1-2, çoğul gebeliği, mesane prolapsusu, üç ve üzerinde kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olanlarda Üİ daha fazla görülmektedir. Ekonomik durumunu kötü algılama, son doğumunu 40 yaş ve üzerinde yapma, çoğul gebelik geçirme, mesane prolapsusu geçirme, miks tip Üİ görülme, günde bir kez Üİ görülme, büyük miktarda Üİ görülme, günde dört ve daha fazla kez iç çamaşırı değiştirme, gece beş ve daha fazla kez miksiyona çıkma, Üİ nedeniyle doktora başvurma, önemsememe ve güçsüzlük nedeniyle doktora başvurmama ile İYKÖ puanı olumsuz yöndedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda risk grubunda olan yaşlılar öncelikli olmak üzere tüm yaşlıların özellikle birinci basamakta çalışan hekim ve hemşireler tarafından Üİ-Fİ yönünden değerlendirmesi ve Üİ-Fİ'nin gelişimi, riskleri ve komplikasyonları ile ilgili yaşlı ve yakınlarının bilgilendirilmesi, korunma ve tedavi için yönlendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Fekal İnkontinans; Üriner İnkontinans; Yaşam kalitesi; Yaşlılar

7. SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF URINARY-FECAL INCONTINENCE AND ITS IMPACT ON QUALITY OF LIFE AMONG 65 YEARS AND OVER WOMEN

Expanding the lifespan of people is very desirable; however an increase in the numbers of elderly may lead to an increase in the prevalence of various health problems in society. Although urinary and fecal incontinence can be treated, health personnel should pay attention to it as it is a condition with physical, psychosocial and economic impacts delayed to be reported to a health centre. These problems decrease the life quality of the elderly greatly.

This cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of UI and FI in women over age 65 living at home, their risk factors, and the relation of UI and FI to life quality. The sample of the study consisted of randomly selected 268 old women over age 65 registered at the Family Health Centre Number 1 in Akşehir province. A questionnaire developed by the researcher to evaluate the socio-demographic, fertility, health UI and FI characteristics of the respondents, “Incontinence Quality of Life (I-QOL)” to evaluate the effect of UI on life quality and “Fecal Incontinence Quality of Life Questionnaire (FIQOLQ)” to evaluate the effect of FI on life quality were employed. To analyze the data, Chi-square, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis Variance Analysis were used. UI was observed to be more common among women at advanced age, economically poor, delivering 1-2 children, with multiple pregnancy, a bladder prolapse, three or more chronic disease and using medications. The I-QOL scores were negative due to their perception of their economic status as poor, having delivered their last child at age 40 or over, having had multiple pregnancy, having bladder prolapse, mixed type UI, UI once a day, or UI of great amounts, having to change their linens four or more times a day, urinating five or more times at night, able to consult a doctor for their UI, not consulting a doctor because of negligence and weakness.

Based on these results, it is suggested that especially the doctors and nurses working for primary health care centres evaluate the UI-FI of all the elderly with a priority to the risk group, inform the elderly and her relatives about the development of UI-FI, their risks and complications and guide them for protection and treatment.

Key words: Fecal Incontinence, Urinary Incontinence, Quality of life, the Elderly

8. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, Cottenden A, Davila W, Ridder D, Dmochowski R, Drake M, DuBeau C, Fry C, Hanno P, Hay Smith J, Herschorn S, Hosker G, Kelleher C, Koelbl H, Khoury S, Madoff R, Milsom I, Moore K, Newman D, Nitti V, Norton C, Nygaard I, Payne C, Smith A, Staskin D, Tekgul S, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wein A, Wyndaele JJ. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 2010; 29:213–240.
2. Aggozzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, Vita D, Santacroce S, Artibani W. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city innorthern Italy. *Urology*, 2000; 56: 245-249.
3. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. 2009, <http://www.akadgeriatri.org>, 09.05.2010.
4. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi (I): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması- programın dayandığı temeller, deneyimler ve eğitim programı önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 5: 33-9.
5. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi (II): Bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması-Deneyimler ve eğitim programı önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 5: 40-7.
6. Alsheik EH, Coyne T, Hawes KS, Merikhi L, Naples SP, Kanagarajan N, Reynolds JC, Myers SE, Ahmad AS. Fecal incontinence: prevalence, severity, and quality of life data from an outpatient gastroenterology practice. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012; 947694: 1-7.
7. Amaro JL, Macharelli CM, Yamamoto H, Kawano PR, Padovani CR, Agostinho AD. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence in Brazilian women. *International Braz J Urol*, 2009; 35: 592-598.
8. Arıkan E, Özcan E, Bardak A, Ketenci A. Urinary incontinence in women living in a rest home. *Geriatri*, 2002; 5: 7-10.
9. Arunkalaivanan AS, Morrison A, Jha S, Blann A. Prevalence of urinary and faecal incontinence among female members of the hypermobility syndrome association (HMSA). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009; 29(2): 126–128.
10. Aslan E. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi, In: Beji NK, editor. Kadınlarda Üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 51-60.
11. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O and Gungor F. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18, 3290–3298.
12. Ateşkan Ü, Mas RM, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans görülme sıklığı muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2000; 3:45-50.
13. Beji NK. Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi, In: Beji NK, editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 29-50.
14. Bektaş HA, Alparslan Ö. Emek Sağlık Ocağı Bölgesi’nde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi), 2007, 28-50.

15. Bharucha AE, Zinsmeister AR, Locke GR, Seide BM, McKean K, Schleck CD, Melton LJ. Prevalence and burden of fecal incontinence: A Population-Based Study in Women. *Gastroenterology*, 2005; 129: 42-49.
16. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri*, 2008; 28: 487-93.
17. Bilir N. Yaşlanan toplum. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yaşlılıkta kaliteli yaşam, Ankara, 2004, 16-24.
18. Biri A, Durukan E, Maral I, Korucuoğlu U, Biri H, Tyras B, Bumin MA. Incidence of stress urinary incontinence among women in Turkey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2006; 17: 604-10.
19. Bliss DZ, Johnson S, Savik K. Fecal incontinence in hospitalized patients who are acutely. *III. Nursing Research*, 2000; 49: 101-108.
20. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: cost and contributing factors. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 322-28.
21. Büyükcoşkun A. Yaşlılık ve Hemşirelik Yaklaşımları. In: Erefe İ, editor. *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul, Birlik Ofset, 1998, 170-79.
22. Cohen DE, Howard G. Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. *The Journals of Gerontology*, 1999; 34-37.
23. Coskun A. Alt Üriner sistem anatomi ve fizyolojisi kontinans mekanizması, In: Beji NK, editor. *Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı*, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 1-29.
24. Çamtosun A, Şen İ. Üriner inkontinansı olan kadın hastalarda gaz-gaita inkontinansının incelenmesi, Ankara, Gazi Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2008, 25-41.
25. Çetinel B. İdrar kaçırma (Üriner İnkontinans) tanımlama, sınıflama ve tedavisi. In: Erözenci NA, Ataus S, editors. *Üroloji*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004, 455-64.
26. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanılama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 2005; 31: 246-52.
27. Çetinel B, Demirkesen O, Yalçın O, Koçak T, Şenocak M, İtil İ. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help seeking behavior? *Int Urogynecol J*, 2007; 18(6): 659-64.
28. Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğe başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 2011; 33(4): 301-308.
29. Çoban A, Şirin A. Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem sorunleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2003; 6 (2): 80-83.
30. Dedeli Ö, Fadiloğlu, Bor S. Fekal inkontinans yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Turk J Gastroenterol Suppl*, 2006; 17-77.
31. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S. İzmir huzurevlerindeki yaşlılarda fekal inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2008; 11(1): 33-41.
32. Denat Y, Khorshid L. Fekal inkontinansın bakımı ve bakımda kullanılan ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12 (2): 94-103.

33. Dinç A, Beji NK. Gebelik, Doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 2008; 16 (62): 143-149.
34. Diokno AC, Burgio K, Fultz NH, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. Am J Manag Care, 2004; 10(21): 69-78.
35. Doğan Z, Atlı T. Yaşlılarda üriner inkontinans sıklığı ve düzeltilebilir sebepleri, Ankara, Ankara Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2009, 27-31.
36. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ash RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. BJU International, 1999; 83: 760-76.
37. Doruk H, Bozoğlu E, Işık AT. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi, In: Işık AT, Doruk H, Bozoğlu E, Ouslander JG, editors. Geriatrik olgularda üriner inkontinans, geriatrik sendromlar serisi 2, Ankara, SFN Televizyon tanıtım tasarım yay. Ltd. Şti, 2007, 37-43.
38. Edwards N, Jones D. The prevalence of fecal incontinence in older people living at home. Age and Aging, 2001; 30: 503-507.
39. Ege E, Akın B, Koçoğlu D, Arıöz A. Postpartum bir yıllık dönemde üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınlarda yaşam kalitesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2007; 2: 46-56.
40. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Benli S, Arıöz A. Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey. Urol Int, 2008; 80: 355-361.
41. Ekin M, Karayalçın R, Özcan U, Erdemlioğlu E. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women of reproductive and postmenopausal age groups. Journal Ankara Medical School, 2004; 26(1): 21-25.
42. Erdogan NÖ. Kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 13(51):87-94.
43. Ergen A. Yaşlılık döneminde inkontinans sorunu. In: Kutsal YG. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜGEBAM) Yayınları. Ankara, 2004, 75-77.
44. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Linchtenstein MJ, Markides KP. Prevalence and severity of urinary incontinence in elderly Mexican- American women. J Am Geriatr Soc, 2003; 51(11): 1580-6.
45. Erkan HA, Beji NK. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri, In: Beji NK, editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 123-127.
46. Filiz TM, Uludag C, Cinar N, Gorpelioglu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. Saudi Med J. 2006; 27(11): 1688-92.
47. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12:189-198.
48. Ganguli M, Ratcliff G, Chandra V. A Hindi version of the MMSE: The development of a cognitive screening instrument for a largely illiterate rural elderly population in India. Int J Geriatr Psychiatry. 1995;10:367-377.
49. Gemalmaz A. Aile Hekimi Gözüyle Yaşlı Bakımı. 8. Ulusal Geriatri Kongresi 2009 Özel Sayı Konuşma Metinleri Bildiriler, 48-52, 2009, İstanbul.

50. Goode P, Burgio KL Halli AD, Jones RW, Richter HE, Redden DT, Baker PS, Allman RM. Prevalence and Correlates of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Older Adults. *JAGS*, 2005; 53: 629–635.
51. Gragon TA, Kramer DJ. The Rectal Trumpet: Use of a Nazopharyngeal Airway to Contain Fecal Incontinence in Critically III Patients, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 2002; 29(4): 193-201.
52. Guyton AC, Hall JE. *Textbook Of Medical Physiology*. Tıbbi Fizyoloji. Çeviren: Çavusoglu H, Yegen BÇ, Aydın Z, Alican, 11. Basım, İstanbul, Nobel Kitabevleri Ltd. Sti., 2007, 405-409.
53. Güler CT, Yağcı N. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi (Yüksek Lisans Tezi), 2006, 55-90.
54. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in Türk Toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(4): 273-281.
55. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans ve etkili faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2000; 7 (1):54-57.
56. Hacıalıoğlu N, Halk Sağlığı Hemşireliği, In: Erci B, editor. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Birinci baskı, Ankara, Fırat Matbaacılık, 2009, 29-40.
57. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA*, 2004; 291(8): 986-95.
58. Huskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallet VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *Int Urogynecol J*, 2000; 11: 301-319.
59. İlçe A, Ayhan F. Yaşlılarda üriner ve fekal inkontinansın belirlenmesi, yaşam kalitesine etkisi: bilgilendirme ve eğitim. *Anatol J Clin Investig*, 2011; 5(1): 15-23.
60. İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2010; 13(1): 59-66.
61. Joh HK, Seong KM, Oh SW. Fecal Incontinence in Elderly Koreans. *JAGS*, 2010; 58: 116–121.
62. Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of incontinence and associated risk factors. *Medical Journal of Australia*, 2002; 176 (2):54-57.
63. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner sistem hastalıkları, In: Karadakovan A, Aslan FE, editor. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*, Adana, Nobel Kitabevi, 2010, 919-921.
64. Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N. Üriner inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi ve objektif değerlendirme parametreleri ile ilişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2000; 3(3): 102-106.
65. Karan A, Eskiuyurt N, Arıkan F, Yalçın Ö. Stres Üriner İnkontinanslı Hastaların Egzersizi Değerlendirmeleri, in: "2. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi" Özet Kitabı, İstanbul, 2002; 44.
66. Karan A, Eskiuyurt N. Üriner inkontinansda fizik tedavi ve rehabilitasyon, In: Beji NK, editor. *Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı*, İstanbul, Emek Matbaacılık, 2002, 129-146.
67. Kılıç D. Yaşlı Sağlığı, In: Erci B, editor. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Birinci baskı, Ankara, Fırat Matbaacılık, 2009, 133-155.

68. Kocaöz S, Talas M, Atabekoğ C. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19: 3314–3323.
69. Koçak İ, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west Turkey: Prevalence, risk factors and impact on the quality of life. *Eur Urol*, 2005; 48: 634-64.
70. 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.
71. Kuliyeve S, Demir SC. Postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan hormon tedavisi ve antimuskarnik ilaçların üriner inkontinans üzerine etkisi. Adana, Çukurova Üniversitesi (Uzmanlık Tezi), 2007, 56-69.
72. Kutsal GY. Yaşlıların sağlık sorunları. In: Sağlıklı yaşlanma. Ankara:Öncü Basımevi 2005; <http://www.geriatri.org/yayin.php>. 10.05.2010.
73. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample Size Determination in Health Studies: A Practical Manual. World Health Organization, Geneva. 1991;42-56.
74. Malmstrom KT, Andresen EM, Wolinsky FD, Schootman M, Miller JP, Miller DK. Urinary and fecal incontinence and quality of life in african americans. *JAGS*, 2010; 58:1941–1945.
75. Margalith H, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of life Research*, 2004; 13:1381-1390.
76. McGrother CW, Donaldson MM, Shaw C, Matthews RJ, Hayward TA, Dallosso HM, Jagger C, Clarke M, Castleden CM; MRC Incontinence Study Team. Storage symptoms of the bladder: prevalence, incidence and need for services in the UK. *BJU Int*, 2004; 93:763-9.
77. Menteş BB, Leventoğlu S, Oğuz M. Pelvik taban hastalıkları, <http://www.coloproctology.com> (erişim: 04.03.2010).
78. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*, 2003; 82: 327-338.
79. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in woman 40–60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298–305.
80. Molley DW, Standish TIM. A guide to the standardized mini mental state examination. *Int Psychogeriatr*. 1997;9:87-94.
81. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, Wagg A, Quail D, Castro R, Chinn C. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: Result from PURE. *Eur Urol*, 2007; 51(4): 1073-81.
82. Muscatello DJ, Rissel C, Szonyi G. Urinary symptoms and incontinence in an urban community: prevalence and associated factors in older men and women. *Intern Med J*, 2001; 31: 151-160
83. Nelson RL, Furner SE. Risk factors for the development of fecal and urinary incontinence in Wisconsin Nursing Home Residents. *Maturitas*, 2005; 52: 26-31.

84. Newman DK., Fader M, Bliss DZ. Managing Incontinence Using Technology, Devices and Products: Directions For Research, Nursing Research, 2004; 53(6): 42-S48.
85. Oskay ÜY. Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi, In: Beji NK editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Emek matbaacılık, İstanbul, 2002, 61-72.
86. Oskay UY, Beji NK, Yalcin O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. Acta Obstet Gynecol Scand, 2005; 84(1):72-8.
87. Özerdoğan NÖ, Beji NK. Eskisehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 13(51).
88. Özerdoğan N. Kızılkaya NB, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in region of Turkey. Gynecologic Obstet Invest. 2004; 58: 145-150.
89. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı bölgesi'nde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2011; 21(4): 266-76.
90. Öztürk GB, Karan A, Üriner inkontinans patogenezi, In: Işık AT, Doruk H, Bozoğlu E, Ouslander JG, editors. Geriatrik olgularda üriner inkontinans, Ankara SFN televizyon tanıtım tasarım yayıncılık Ltd. Şti, 2007, 44-48.
91. Palmer MH. Urinary incontinence in nursing homes. J WOCN, 2002; 29: 4-5.
92. Palmier B, Benuzzi G, Bellini N. The anal bag: a modern approach to fecal incontinence management. Ostomy / Wound Management, 2005; 51(12): 44-52.
93. Patrick DL, Martin ML, Bushnell M. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). Urology, 1999; 53: 71-76.
94. Prosser S, Dobbs F. Case-findings incontinence in the over-75s BJGP, 1997; 47: 498-500.
95. Rao SSC. Diagnosis and management of fecal incontinence practice guidelines. Am J Gastroenterol, 2004; 1585-1604.
96. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum, 2000; 43: 9-17.
97. Ross S, Soroka D, Karahalios A. Incontinence-specific quality of life measures used in trials of treatments for female urinary incontinence: a systematic review. Int Urogynecol J. 2006; 17: 272-285.
98. Samuelsson EC, Victor FT, Svardsudd KF. Five-year incidence and remission rates of female urinary incontinence in a Swedish population less than 65 years old. Am J Obstet Gynecol, 2000; 183: 568-574.
99. Sarı D, Khorsid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009; 36(4): 429-435.
100. SB. (Sağlık Bakanlığı) "21. Yüzyılda Herkes için Sağlık". Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1999. (07.08.2010) Available from: www.saglik.gov.tr/herkesicinsaglikhedefleri.pdf.
101. Schnelle JF, Leung FW. Urinary and Fecal Incontinence in Nursing Homes, Gastroenterology, 2004; 126(1):41-47.

102. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU International*, 2006; 97: 752-757.
103. Shin HT. Diaper Dermatitis That Does Not Quit. *Dermatologic Therapy*, 2005; 18: 124-135.
104. Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 2005; 51: 116-118.
105. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of Urinary and faecal incontinence among men and women 75 in relations to health complaints and quality of life. *Neurourology and Urodynamics*, 2004; 23: 211-222.
106. Stenzelius K, Westergren A, Hallberg IR. Bowel function among people 75+ reporting faecal incontinence in relation to help seeking, dependency and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16: 458-468.
107. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Biyoistatistik, 13. Baskı, Ankara, Hatipoğlu yayınları, 2009, 246-269.
108. Sütlaş M. Yaşlıların sağlık hizmetleriyle ilgili hakları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007; 10 (2): 109-112.
109. Şen I, Onaran M, Aksakal N, Acar C, Tan MO, Acar A, Bozkırlı I. The impact of urinary incontinence on female sexual function. *Adv Ther*, 2006; 23(6): 999-1008.
110. Şenturan L. İnkontinas ve inkontinansı olan hasta bakımı, In: Sabuncu N, Ay FA, editors. *Klinik beceriler, sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi*, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2010, 612-622.
111. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 2010; 17: 7-11.
112. Sütlaş M. Yaşlıların sağlık hizmetiyle ilgili hakları, *Geriatric Dergisi*, 2007; 10(2): 109-112.
113. Thom, DH, Eeden SK., Ragins AI, Wassel-Fyr C, Vittinghof E, Subak LL, Brown JS. Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity. *J Urol*, 2006; 175(1): 259-264.
114. Torres C, Ciocon JO, Galindo D. Clinical approach to urinary incontinence. Clinical approach to urinary incontinence: A comparison between internists and geriatricians. *International Urology and Nephrology*, 2001; 33: 549-52.
115. Tozun M, Ayrancı U, Unsal A. Prevalence of Urinary Incontinence among Women and Its Impact on Quality of Life in a Semirural Area of Western Turkey. *Gynecol Obstet, Invest* 2009; 67: 241-249.
116. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus İstatistikleri ve Projeksiyonlar. URL: http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11, 27.02.2012.
117. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Ön Rapor http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf, 05.03.2010.
118. Wagner TH, Hu TW. Economic cost of urinary incontinence in 1995. *Urology*, 1998; 51: 355-361.
119. Vinsnes AG, Harkless GE, Haltbakk J, Böhm J, Hunskaar S. Healthcare personnel's attitudes toward patient with urinary incontinence. *J Clin Nurs*, 2001; 10: 455-462.

120.Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı. Ankara, 2002, 6-9.
<http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/eylem.pdf>, 12.01.2009.

9. EKLER

EK-A. ANKET SORULARI

Sayın katılımcı bu araştırma, yüksek lisans tezi için planlanmıştır. Araştırmada sizlere araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu, “Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanacaktır. Bu çalışma toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda idrar ve dışkı kaçırma yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayımda sizin adınız geçmeyecektir. Araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket Sıra No:

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?

2. Medeni durumunuz nedir?

1. Hiç evlenmemiş/ Bekar 2. Evli 3. Eşi ölmüş

3. Öğrenim durumunuz?

1. Okuryazar değil

2. Okuryazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Yüksekokul

4. En uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy 2. İlçe 3. İl

5. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

1. Evet (ise belirtiniz.....) 2. Hayır

6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

7. Aile Tipiniz?

1. Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Diğer (.....)

Doğurganlık Özellikleri

8. İlk doğum yaşıınız?

9. Son doğum yaşıınız?

10. Doğum sayısı

11. Çoğul gebelik geçirdiniz mi?

1. Evet (ise kaç kez.....) 2. Hayır

12. Doğum şekliniz aşağıdakilerden hangisidir?

1. Sezaryen doğum (ise kaç kez.....)

1. Normal doğum (ise kaç kez.....)

13. Doğumlarınız sırasında doğumunuzu kolaylaştırmak amacıyla alt bölgenizde haznenizin kenarına kesi açılıp, dikiş atıldı mı?

1. Evet 2. Hayır

14. Doğumlarınız sırasında bebeğinizin başını kolayca çekip çıkarmak amacıyla dışardan herhangi bir alet (vakum, forseps) kullanıldı mı?

1. Evet (ise belirtiniz.....) 2. Hayır

15. Doğumlarınız sırasında doğumunuzu kolaylaştırmak için karın bölgenize bası uygulandı mı?

1. Evet (ise kaç kez belirtiniz.....) 2. Hayır

16. Dört kilo ve üzerinde bebek doğurdunuz mu?

1. Evet (ise kaç kez.....) 2. Hayır

17. Menopoz sonrası Hormon Replasman Tedavisi (HRT) aldınız mı?

1. Evet (Süre) 2. Hayır

18. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, rahim sarkması oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

19. Ayakta durduğunuz zaman organlarınızda aşağı doğru sarkma hissi, alt bölgenizde dolgunluk hissi gibi idrar kesesi sarkması şikayetiniz oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

Sağlık Durumu

20. Beden Kitle İndeksi: (Boyunuzcm, Kilonuz..... kg)

21. Mevcut kronik hastalığınız var mı?

1. Evet (ise sayısı.....) 2. Hayır

22. Devamlı kullandığınız ilaçlarınız var mı?

1.Evet (ise sayısı....) 2. Hayır

Üriner İnkontinansla İlgili Özellikler

23. İdrar kaçırma sorununuz var mı? (Her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayetidir.)

1. Evet 2. Hayır (ise 34. soruya geçiniz)

24. Aşağıdaki seçeneklerde Üİ tipleri tanımlanmıştır. Sizde hangi tür Üİ görülmektedir?

1.Sıkışma (Acil) İnkontinans: (Acil inkontinans, aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden istem dışı Üİdir. İdrar yapma sıklığında artma, ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi ve bu hissin bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır.)

2.Stres İnkontinans: (Stres inkontinans, karın içi basıncını arttıran aktiviteler sırasında (gülerken, hapsirirken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken) istemsiz idrar kaybıdır

3.Miks Tip İnkontinans: (Mikst tip inkontinans, stres inkontinans ve acil inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü Üİ tipidir.)

25. İdrar kaçırmanız ne sıklıkla oluyor?

1.Ayda birkaç kez

2.Haftada birkaç kez

3.Günde birkaç kez

4.Diğer

26. İdrar kaçırma nedeniyle iç çamaşırlarınızı sürekli değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?

1.Evet (ise günde kaç kez.....) 2.Hayır

27. Genellikle ne kadar miktarda idrar kaçırıyorsunuz?

1. Küçük bir miktar (Bir ya da iki damla)

2. Orta miktarda (Ped ya da çamaşırın nemlenmesi)

3.Büyük bir miktar (Ped ya da çamaşırın ıslanması)

28.Günde kaç kez idrara çıkarsınız?

29. Gece idrara çıkar mısınız?

1. Evet (ise kaç kez.....) 2. Hayır

30. Son bir yıl içinde idrar yolu iltihabı gibi şikayetleriniz oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

31. İdrar kaçırma nedeniyle doktora gittiniz mi?

1. Evet 2. Hayır (Gitmeme nedeninizi belirtiniz.....)

32. Keglel egzersizini biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

33. Keglel egzersizini uyguluyor musunuz?

- 1.Evet (ise sıklığı.....) 2.Hayır

Fekal İnkontinansla İlgili Özellikler

34. Dışkı kaçırdığınız olur mu?

- 1.Evet (ise sıklığı.....) 2.Hayır

35. Dışkı kaçıırma sorununuz hangi olayın ardından başladı?

- 1.Doğum
2.Omurga zedelenmesi
3.Diğer (açıklayınız.....)

36. Ne sıklıkla dışkı kaçıırma sorununuz var?

1. Günde birden fazla
2.Günde 1 kere
3. Haftada 2-6 kere
4.Haftada 1 kere

37. Çoğunlukla hangi tip dışkı kaçıırma sorunu yaşıyorsunuz?

- 1.Çoğunlukla sıvı
2.Çoğunlukla yumuşak
3.Çoğunlukla katı

38. Dışkı kaçıırmadan önceki dönemde:

1. Genellikle tuvalete gitme isteği hissediyorum fakat tuvalete yetişemiyorum
2. Tuvalete gitme ihtiyacı hissetmeden (farkına varmadan) dışkı kaçıırıyorum
3. Normal dışkılamadan bir süre sonra az miktarda ve cıvık nitelikte dışkı kaçıırıyorum
4. Diğer (Lütfen açıklayınız).....

39. Dışkı kaçırmalar dışında ortalama dışkılama sıklığınız nedir?.....

40. Dışkı kaçıрма sorunu nedeniyle ped, kağıt peçete vs. kullanıyor musunuz?

1. Evet (ise günde kaç kez.....) 2. Hayır

41. Ped Kullanıyorsanız genellikle ne kadar kirlenmektedir?

1. Hafif kirlenme 2. Orta seviyede kirlenme 3. Yoğun kirlenme

42. Dışkı kaçıрма durumu aşağıdakilerden hangisi sırasında oluyor?

	Her zaman	Bazen	Asla
Öksürme/hapşırma?	_____	_____	_____
Gülme	_____	_____	_____
Aktif egzersiz	_____	_____	_____
Uyku	_____	_____	_____
Stres/Sinirlilik	_____	_____	_____
Nedensiz kaçıрма	_____	_____	_____

43. Dışkı kaçıрма şikayeti ile doktora gittiniz mi?

1. Evet 2. Hayır (ise nedenini belirtiniz)

44. Hemoroid sorununuz var mı?

1. Evet (ise.....süredir) 2. Hayır

45. Kabızlık sorununuz var mı?

1. Evet (ise süresi.....) 2. Hayır

EK-B. İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (İYKÖ)

Soru sayısı	Sorular	Çok fazla	Oldukça	Orta düzeyde	Biraz	Hiç
1.	Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum.					
2.	Öksürürken ve hapşırırken endişeleniyorum.					
3.	Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.					
4.	İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.					
5.	Kendimi bunalmımda (depresif) hissediyorum.					
6.	Kendimi evimden uzun süre ayrılacak kadar özgür hissetmiyorum.					
7.	İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.					
8.	Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum					
9.	İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.					
10.	Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.					
11.	İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.					
12.	Yaslandıkça idrar sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.					
13.	Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.					
14.	İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.					
15.	İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığımı hissinde veriyor.					
16.	İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum					
17.	İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.					
18.	Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.					
19.	İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.					
20.	İçtiklerimi takip etmek zorundayım					
21.	İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlandırıyor.					
22.	Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.					

EK-C. FEKAL İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1)Genel olarak sağlığınız için ne söyleyebilirsiniz?

1.Mükemmel

2.Çok iyi

3.İyi

4.Kötü

5.Çok kötü

2)Aşağıdaki her bir madde için dışkı kaçırmamanın ne kadar süreyle sizi endişelendirdiğini işaretleyiniz. Eger endişeniz dışkı kaçırmamanızın dışında bir nedenden dolayı ise lütfen boş bırakınız .

Dışkı kaçırmaya nedeni	Her zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.Evden dışarı çıkmaya korkuyorum				
2.Arkadaşlarımı ziyaret etmekten çekiniyorum				
3. Geceyi evimin dışında geçirmekten çekiniyorum				
4. Benim için evden dışarı çıkmak sinemaya ya da camiye vb. yerlere gitmek zordur				
5. Evden dışarı çıkmadan önce daha az yiyorum				
6. Evin dışında olduğum zamanlarda mümkün olduğu kadar tuvalete yakın yerlerde olmaya çalışıyorum				
7. Günlük aktivitelerimi barsak alışkanlıklarına göre (dışkılama zamanıma göre) planlamam önemlidir				
8. Seyahat etmekten çekiniyorum				
9. Tuvalete zamanında yetişememekten endişeleniyorum				
10.Dışkılamamı kontrol edemediğimi düşünüyorum				
11.Dışkıyı tuvalete yetişebilecek kadar uzun tutamıyorum				
12. Bazen dışkı kaçırdığının farkında bile olmuyorum				
13. Dışkı kaçırmamı önlemek için tuvalete çok yakın yerlerde olmaya çalışıyorum				

3) Dışkı kaçırmaya bağlı olarak aşağıdaki her bir madde ile ilgili katılıp katılmama derecenizi belirtiniz. Diğer yanıtlar sizin için dışkı kaçırmaktan önemli ise boş bırakınız.

Dışkı kaçıрма nedeniyle	Kesinlikle katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Utaniyorum				
2.İstediğim birçok şeyi yapamıyorum				
3.Dışkı kaçırmak beni endişelendiriyor				
4.Kendimi depresyonda hissediyorum				
5.Diğer insanların bende dışkı kokusu duymasından endişe ediyorum				
6.Kendimi sağlıklı hissetmiyorum				
7.Hayattan daha az zevk alıyorum				
8.İstediğimden daha az cinsel ilişkide bulunuyorum				
9.Kendimi diğer insanlardan farklı hissediyorum				
10.Dışkı kaçırdığımı hiç aklımdan çıkaramıyorum				
11.Cinsel ilişkide bulunmaktan korkuyorum				
12.Uçakla ya da trenle seyahat etmekten çekiniyorum				
13.Dışarıda yemek yemekten çekiniyorum				
14.Ne zaman yeni bir yere gitsem, özellikle tuvaletlerin yerini öğreniyorum				

4) Geçen bir ay boyunca kendinizi çok üzgün, isteksiz, umutsuz hissettiniz mi veya buna değer mi diyeceğiniz kadar çok probleminiz oldu mu?

1.Çok aşırı derecede – Neredeyse pes edecek kadar 2.Çok fazla3.Oldukça fazla

4.Biraz – Beni rahatsız edecek kadar

5.Oldukça az

6.Hiç

EK-D. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

İsim/Soyadı:
Eğitim (yıl):
Toplam Puan:

Tarih:
Meslek:

Yaş:
Aktif El:

YÖNELİM (Toplam Puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz()
Hangi mevsimdeyiz()
Hangi aydayız()
Bugün ayın kaçı()
Hangi gündeyiz()
Hangi ülkede yaşıyoruz()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız()

KAYIT HAFIZASI (Toplam Puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

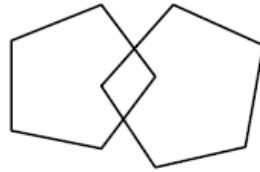
100' den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise).....()

LİSAN (Toplam puan 9)

- Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut).....()
- Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan.....()
- Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her doğru işlem 1 puan.....()
- Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın.(1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"()
- Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan).....()
- Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)()



Referans: Güngen ve Ark (2002) *Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği*, Türk Psikiyatri Dergisi, 13(4): 273-281.

EK-D. (Devamı) SMMT İçin Açıklama:

Başlangıç

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test sırasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçimde iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

Uygulama

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı sorunler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye başlayın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler bu kadar yeterli"

“diyerek bir sonraki soruya geçer.

Yönelim

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

Kayıt Hafızası

1. Görüşmeci kişiden 1 sn ara ile söyleyeceği üç kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

Dikkat ve Hesap

100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir.

Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra kişiye doğru rakam söylenerek devam etmesi istenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsizdir.

Lisan Testleri

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam 2 puan).
2. Yandaki cümlenin tekrarı istenir. “Eğer ve fakat istemiyorum” 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için

dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlenin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).

3. Yaşlının üç basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle bireyin sürekli kullandığı elini öğrenmek gerekir. Yaşlıya “Masada duran kağıdı sol/sağ elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen” cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın yaşlı tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı yaşlının uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı yaşlının uzanabileceği alana doğru itmeli.

4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir (Toplam 1 puan).

5. Yaşlıya bir kağıt ve kalem verilerek tam bir cümle yazması istenir. 30 sn süre tanınır.

Anlam içeriği olan doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem ve nesne bulunmalıdır).

6. Yaşlıya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni çizmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayısının tam olmasına dikkat edilir (Toplam 1 puan).

EK –E. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test (SMMT_E)

İsim/Soyadı :Aktif kullanılan el :
Yaş :Tarih :
Eğitim (yıl) :Toplam Puan :

ORYANTASYON (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz.....()
Hangi mevsimdeyiz.....()
Hangi aydayız.....()
Hangi gündeysiniz.....()
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı.....()
Hangi ülkede yaşıyoruz.....()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir.....()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir.....()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız.....()
(Her bir madde için 1 puan verilir)

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

- Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.
(masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir.).....()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

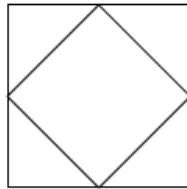
- Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir ondan
Önce ne gelir? Devam edin. (Deneğin toplam 5 günü sırasıyla doğru sayması gerekir, her doğru gün
için 1 puan verilir.).....()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(masa, bayrak, elbise) Her doğru isim için 1 puan verilir.).....()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a)Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan
verilir, toplam puan 2).....()
b)Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat
istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir).....()
c)Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada
durana kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
(30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3).....()
d)Şimdi yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir.)... ()
e)Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30sn süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)()
f)Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dak. Süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)()



Referans: Turan Ertan, Engin Eker, Can Güngen, Funda Engin, Resmiye Yaşar, Gülhatun Kılıç, Sevda Özel.
The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International
Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders,
August 28-30 1999, Kirazlıyayla, Bursa TURKEY

EK-E. (Devamı) SMMT_E İçin Açıklama:

Başlangıç

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test sırasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır.
4. Soruların anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamamışsa sözel veya fiziksel hiçbir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.

Uygulama

1. SMMT-E “size bazı sorular sormak istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın” sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci “Teşekkürler, bu kadarı yeterli” diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği artırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sessizliğini korumak için

konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenir.

6. "Pazartesi mi yoksa Salı mı?" gibi kararsızlık içeren yanıt alındığında hastaya biri hakkında karar vermesi söylenir. Tekrar aynı tür yanıt alındığında puan verilmez.

Oryantasyon Bölümü

1. Hangi yılda bulunduğu sorulduğunda, yılbaşının bir iki gün sonrasında bulunuluyorsa bir önceki yıl doğru olarak kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. Son günlerde sıradışı bir hava durumu var ise örneğin yazın yağmur yağıyor ise "Yağmurlu mevsim" yanıtı kabul edilmez. "Lütfen yılın hangi mevsiminde olduğunuzu söyler misiniz?" sorusu tekrarlanır. Mevsim dönümlerinde "yaz sonbahar arası" gibi yanıtlar kabul edilir.

Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Hangi günde bulunduğu sorulduğunda bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. "Haftanın ikinci günü" gibi bir yanıt kabul edilmez. Bireyden günün isminin söylenmesi istenir. Günün bölümü sorulduğunda denek bulunulan gün dilimine uygun olarak "saba öğlen arası" ya da "öğlen akşam arası" gibi yanıtlar veriyorsa yanıt doğru olarak kabul edilir. "Saat 10.00" gibi bir yanıt alındığında "saati değil günün hangi kısmında olduğumuzu soruyorum, yani sabah mı, öğlen mi, akşam mı" sorusu tekrarlanır. Tekrar "saat 10.00" gibi bir yanıt alınırsa puan verilmez.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur. Kırsal alanda bulunuluyor ise bu sıra

"Ülke, şehir, köy, bina, kat" şeklinde sorulur. Bina için "ev" yanıtı alınırsa "kimin evi" sorusu sorulur.

Kayıt Hafızası

1. Görüşmeci bireyden 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi (masa, bayrak, elbise) tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

Bireye bu kelimeleri akılda tutması, kendisine bir süre sonra tekrar sorulacağı uyarısında bulunulur.

Dikkat ve Hesap

Bireyden haftanın günlerini geriye doğru sayması istenir. Burada yardımcı olmak amacıyla

“Örneğin Pazar’dan önce Cumartesi gelir. Ondan önce ne gelir? Sırasıyla devam edin” denir.

Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru gün söylenerek devam edilmesi istenir. Örneğin birey “Cuma” ile başlamalıdır. Perşembe’den başlar ise düzeltilir ve bir puan düşülür. Birey toplam 5 gün sayıncaya kadar beklenir.

Hatırlama

Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsizdir.

Lisan Testleri

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam puan 2).

2. Yandaki cümlenin tekrarı istenir. “Eğer ve fakat istemiyorum” 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlenin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).

3. Bireyden birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. “Masada duran kağıda sol/sağ (non dominant) elinizle alın iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın

lütfe" denir. 30 sn süre tanır ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli. (Toplam puan 3)

4. Bireye "Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığımı aynısını ben bitirdikten sonra yapın" cümlesi söylenir. Ardından uygulayıcı gözlerini yumar ve tekrar açar. (Toplam puan 1)

5. Bireye "Evinizle ilgili bir şey söyleyin" cümlesi söylenir. Birey "Ne söyleyeyim?" derse

"Önemli değil aklınıza gelen bir şey söyleyin" denir 30 sn süre tanır. Bir cümle yeterlidir.

Bireyin devam etmesi halinde teşekkür edilerek sözü kesilir. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir. (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır) (Toplam puan 1).

6. Bireye bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen bir kare içine başka bir kareyi kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanır. Karelerin kenar sayılarının tam olmasına ve birbirine temas etmesine dikkat edilir. Birey önce beceremem derse "Önemli değil güzel olması gerekmiyor, yapabildiğiniz kadar yapın" denir. İkinci kez reddettiğinde soru geçilir

(Toplam puan 1).

EK-F. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Alınan İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SELÇUKLU TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARLARI

Toplantı Sayısı: 09

Toplantı Tarihi : 30.12.2010

Karar Sayısı 2010/37 S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç.Dr.Belgin AKIN'ın, "65 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı projesi görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç.Dr.Belgin AKIN'ın, evde yaşayan 65 yaş ve üzeri kadınlarda Üriner İnkontinans (Üİ) ve Fekal İnkontinans (Fİ) görülme sıklığı, risk faktörleri ve Üİ-Fİ'nin yaşam kalitesine etkisini incelemek amaçlı olan "65 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal İnkontinansın Yaygınlığı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırma projesinin kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
30/12/2010

Mahmut KEŞİK
Sekreteryası

EK-G. Akşehir Sağlık Grup Başkanlığı'ndan Alınan İzin Belgesi

T.C
AKŞEHİR KAYMAKAMLIĞI
Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI :B.10.4.ISM.4.42.26.18- 2318
KONU : Araştırma İzni.

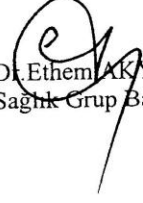
28.12.2010


KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi:Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünün 27/12/2010 tarih,
360/1332 sayılı yazısı

Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünde görevli Araştırma
Görevlisi Tuba DEMİREL danışmanlığında 01/01/2011-30/04/2011 tarihleri arasında 01
Nolu Aile Sağlığı Merkezi bölgesindeki "65 Yaş üzeri Kadınlarda Üriner-Fekal
İnkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi" konulu Araştırma
yapmak istediklerini talep etmektedirler.

İlgili evrak ve dökümanlar incelenmiş olup, Makamlarınızca da uygun görüldüğü
taktirde ilgili öğretim görevlisi danışmanlığında belirtilen konuda Merkez 01 Nolu Aile
Sağlığı Merkezinde Araştırma yapılması hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.


Dr. Ethem AKYEL
Sağlık Grup Başkanı


OLUP
.../12/2010
Ahmet KAYMAKAM
KAYMAKAM

Sağlık Grup Başkanlığı / Seyran Mah. / Sağlık Sok / No:12 / Akşehir/Konya
Tel:0 (332) 812 33 29 / Fax:0 (332) 812 33 29 / e-mail:aksehirsgb@gmail.com

EK-H. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi

Windows Live Hotmail İletiyi Yazdır

Sayfa 1 / 1

Ynt: Üriner İnkontinans Yaşam Kaşlitesi Ölçeği

Kimden: **nozerdogan@mynet.com**
Gönderme tarihi: 28 Kasım 2010 Pazar 13:57:14
Kime: tuba demirel (tuba_demirel_70@hotmail.com)
2 ek
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği[2].doc (48,0 KB) , ZGYNO802[2][2].txt (26,4 KB)

Sayın Tuba Demirel,
Tez çalışmanızda Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanabilirsiniz.
İstemiş olduğunuz belgeleri ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarı ve kolaylıklar diliyorum.
Yrd.Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan

----- Özgün İleti -----

Kimden : "tuba demirel"
Kime : nozerdogan@mynet.com
Gönderme tarihi : 26/11/2010 16:35
Konu : Üriner İnkontinans Yaşam Kaşlitesi Ölçeği

Hocam ben Selçuk Üniversitesinden Arş.Gör. Tuba Demirel.

**Hocam tezimde sizin 2003 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız " Üriner İnkontinans Yaşam Kaşlitesi Ölçeğini" izninizle kullanmak istiyorum. Fakat ben ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışmasına ulaşamadım. Ölçeğe ilişkin bilgileri ve ölçeği kullanmama dair izin verdiğiniz belgeleyen bir yazı gönderebilir misiniz?
İlginize teşekkür edrim hocam**

İyi Çalışmalar.

Saygılar

Facebook ve Twitter hesaplarını tek yerden güncelle, anında paylaş! Hemen tıkla!

EK-I. Fekal İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzin Belgesi

Windows Live Hotmail İletiyi Yazdır

Sayfa 1 / 1

Re: FEKAL İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Kimden: **özden dedeli** (ozdendedeli@yahoo.co.uk)
Gönderme tarihi: 09 Ağustos 2010 Pazartesi 20:27:10
Kime: tuba demirel (tuba_demirel_70@hotmail.com)
3 ek
FIQOLQ-TR.doc (78,5 KB) , GİA.doc (72,0 KB) , AÇIKLAMA.doc (35,5 KB)

Sevgili Meslektasım,
öncelikle çalışmamla ilgilendigin için teşekkür ederim. Ölçek, anket ve ilgili açıklama
ektedir. Çalışmada başarılar dilerim
Ogr Gor Dr Ozden DEDELI

From: tuba demirel <tuba_demirel_70@hotmail.com>
To: ozdendedeli@yahoo.co.uk
Sent: Mon, 9 August, 2010 10:53:04
Subject: FEKAL İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

İyi günler

Ben Arş.Gör Tuba Demirel.Konya Selçuk Üniversitesinde Halk Sağlığı Hemşireliğinde
Yüksek Lisans yapmaktayım.Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz FEKAL
İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ölçeğini ve anket formunu tezimde kullanmak
istiyorum.Ancak ben ölçeğe ve anket formuna ulaşamadım yaptığınız çalışmadan mail
adresinize ulaşabildim. Eğer mümkünse ve sizin için bir sakıncası yoksa ölçeği bana mail
atabilir misiniz? Şimdiden ilginize teşekkür ederim.

Saygılarımla

10. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Karaman’da doğdu. İlköğretimini Karaman Yem Sanayi İlköğretim Okulu’nda ve liseyi KaramanYabancı Dil Ağırlıklı Lisesi’nde tamamladı. 2005 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nü kazandı ve 2009 yılında mezun oldu. Mezun olduğu yıl Konya’da özel bir hastanede hemşire olarak görev yaptı. 2010 yılında Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu’na araştırma görevlisi olarak atandı ve halen araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.