



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLI KADINLARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tuba YILMAZ**

**Samsun**

**Ağustos-2015**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLI KADINLARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tuba YILMAZ**

**Danışman**

**Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY**

**Samsun**

**Ağustos-2015**

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuba YILMAZ tarafından Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan 'Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi' başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 14/08 /2015 tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç.Dr.İlknur AYDIN AVCI, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. Huriye Demet CABAR, Sinop Üniversitesi



Üye : Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

...../...../.....

**Doç.Dr. Aydın HİM**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen, tüm meslek eğitimim boyunca emeğini esirgemeyen ve desteğini hissettirerek güç aldığım tez danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocam Sayın Doç.Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Sayın Prof.Dr. Yüksel BEK'e,

Çalışmamı kliniklerinde yürütmeme izin veren Onkokuş Mayıs Üniversite Hastanesi Başhekimlik ve Başhemşireliğine,

Çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen Bafra Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servis Sorumlusu Ayşe ÖRKÜN ve çalışma arkadaşlarıma,

Beni cesaretlendiren, yardımını ve desteğini daima hissettiğim ve güç aldığım Arş. Gör. Kübra YENİ'ye, Arş. Gör. Yasemin ÇEKİÇ'e, Arş. Gör. Alaattin ALTIN'a, Öğr. Gör. Tina Sani MALEKİ'ye, Fatma BOLAT'a, Taha Kıyas BULUT'a, Mesiya AYDIN'a, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN'a

Beni yetiştiren ve hayatım boyunca beni destekleyen, anlayışlarını, emeklerini ve sevgilerini esirgemeyen biricik aileme; canım anneme, sevgili babama, canım kardeşlerim Barış ve İbrahim'e çok teşekkür ederim.

Tuba YILMAZ  
Samsun-2015

## ÖZET

### ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN YAŞLI KADINLARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Amaç:** Bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine kadın hastalıkları problemleri nedeniyle başvuran, üriner inkontinans problemi olan yaşlı kadınların uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** İlişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak araştırma kapsamına 15 Aralık 2014 – 15 Mart 2015 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, 65 yaş üzeri olan 140 kişi alınmıştır. Araştırmanın verileri, Üİ olan yaşlı kadınların tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi” ve uyku kalitelerini değerlendirmek amacıyla “PITTSBURG Uyku Kalitesi Anketi” kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS’de nonparametrik testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis Varyans analizi ile test edilmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalaması  $70,36 \pm 4,14$  olduğu bulunmuştur. Çalışmada üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların uyku kaliteleri puan ortalaması  $63,55 \pm 11,84$ , toplam Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi puan ortalaması  $61,66 \pm 13,56$  tespit edildi. Yaşlı kadınların %89,3’ünün uyku kalitesi kötü olarak tespit edilmiştir. Diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalığı ve kabızlık sorunu olanlarda, ara sıra, her zaman ve uyurken idrar kaçıranlarda, geceleri idrar yapmaya kalkanlarda ve uyumak için uyku ilacı alanlarda uyku ve yaşam kalitelerinde bozulma saptandı ( $p < 0,05$ ). Ayrıca ilerleyen yaş, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, üriner inkontinans için tedavi almama ve düzensiz uykusu olanlarda yaşam kalitelerinde bozulma saptandı.

**Sonuç:** İdrar kaçırma özellikle yaşlı kadınlarda çok görülmektedir. Polikliniğe gelen yaşlı kadınlara bu sorun için farkındalık oluşturmak, uyku ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bu sorunun tedavisini kolaylaştırmak gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Uyku Kalitesi; Üriner İnkontinans; Yaşam Kalitesi; Yaşlılık

**Tuba YILMAZ, Yüksek Lisans Tezi**  
**Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ağustos-2015**

**ABSTRACT**  
**TO EVALUATE OF SLEEP AND LIFE QUALITY OF THE OLD WOMEN**  
**OVER 65 YEARS OLD WITH URINARY INCONTINENCE**

**Aim:**It was made to examine changes in sleep and life quality of the old women with urinary incontinence who applied to Obstetrics Polyclinic of Samsun Ondokuz Mayıs University due to the gynecological problems.

**Material and Method:** In accordance with the investigation principles of descriptive looking for relationship, 140 people over 65 years old who applied to the polyclinic in the date interval of 15 December 2014 – 15 March 2015 constitute the investigation scope. The data of the research was collected using the "Personal Information Form" including elderly women's with urinary incontinence identifying informations, In order to assess quality of life 'The Patient's –with Incontinence Quality of Life Scale' and in order to assess quality of sleep; 'PITTSBURG Sleep Quality Survey'. The data were prepared using the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis Variance Analysis test from nonparametric tests in SPSS program.

**Results:** Found that the average age is  $70.36\pm 4.14$ . The older women's -with urinary incontinence - average score of sleep quality is  $63.55\pm 11.84$ , was determined-total The Patient's –with Incontinence Quality of Life Scale average score is  $61.66\pm 13.56$ . The sleep quality of 89% was determined as bad ( $p<0.05$ ). Deterioration was detected in sleep quality and life quality of the patients with diabetes and cardiovascular, the patients with the problem of constipation, with urinary incontinence occasionally, every time and in one's sleep, who wake up to urinate at night and who take the sleeping pills for sleeping. In addition, the deterioration was detected in life quality, of people with increased age, chronic disease, continuous using drugs, irregular sleep.

**Conclusion:** Urinary incontinence is seen especially in older women. It's necessary to raise awareness for this issue for elderly women who is coming to the clinic, to facilitate the treatment of this issue which effect negative quality of sleep and life.

**Keywords:** Geriatric; Quality of Life; Sleep Quality; Urinary Incontinence

**Tuba YILMAZ, Master Thesis**

**Ondokuz Mayıs University - Samsun, August-2015**

## SİMGELER ve KISALTMALAR

- ABD:** Amerika Birlesik Devletleri
- DM:** Diabetes Mellitus
- DS:** Davranışların Sınırlandırılması
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EEG:** Elektroensefalografi
- EMG:** Elektromiyografi
- ExMI:** Ekstrakorporal Manyetik İnnervasyon Tedavisi
- GH:** Growth Hormon
- ICS:** Uluslararası İnkontinans Derneği
- ICIQ-SF:** İdrar Kaçırma Anket Kısa Formu
- KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- KW:** Kruskal-Wallis Varyans Analizi
- MW-U:** Mann-Whitney U Testi
- NREM:** Yavaş Dalga Uykusu
- PE:** Psikososyal Etkilenme
- PFM:** Pelvik Taban Kası
- PUKİ:** PITTSBURG Uyku Kalitesi Anketi
- RAS:** Retiküler Aktive Edici Sistem
- REM:** Hızlı Uyku Devresi
- SD:** Standart Sapma
- Sİ:** Sosyal İzolasyon
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences
- Üİ:** Üriner İnkontinans
- X:** Ortalama



## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Yaşlılık ve Genel Bilgiler .....	5
2.1.1. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları .....	9
2.2. Yaşlı Kadınlarda Üriner İnkontinans.....	9
2.3. Üriner İnkontinans.....	10
2.3.1. Kontinans Mekanizması .....	10
2.3.2. Dolum Fazı .....	10
2.3.3. İşeme Fazı .....	10
2.3.4. Miksiyonun Nörolojik Kontrolü .....	11
2.3.5. Üriner İnkontinans Tanımı.....	11
2.3.6. Üriner İnkontinans Nedenleri .....	12
2.3.7. Yaşlanmanın İnkontinans Üzerine Etkisi .....	12
2.3.8. Üriner İnkontinans Tipleri .....	13
2.3.9. Stres İnkontinans.....	13
2.3.10. Urge İnkontinans (Acil İdrar Kaçırma) .....	14
2.3.11. Mikst Tip İnkontinans (Karma İdrar Kaçırma).....	14
2.3.12. Overflow (Tasma Tipi) İnkontinans .....	15
2.3.13. Fonksiyonel ve Bilişsel İnkontinans .....	15
2.3.14. Ekstraüretal İnkontinans .....	15
2.3.15. Üriner İnkontinans Patofizyolojisi.....	15
2.3.16. Alt Üriner Sistem Anatomisi .....	15
2.3.17. Mesane (Bladder).....	15
2.3.18. Trigon.....	16

2.3.19.Mesane Boynu .....	17
2.3.20.Üreterovezikal Bileşke.....	18
2.3.21.Üretra .....	18
2.3.22.Pelvik Taban Anatomisi.....	20
2.3.23.Üriner İnkontinans Tedavisi .....	22
2.3.24.Üriner İnkontinansın Cerrahi Olmayan Tedavisi.....	22
2.3.25.Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Hemşirelik Yaklaşımı	26
2.4. Yaşam Kalitesi.....	27
2.4.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler .....	30
2.5. Uyku .....	31
2.5.1.Uykunun Tanımı ve Özellikleri .....	31
2.5.2.Uykunun Fizyolojisi .....	33
2.5.3.Uykunun Evreleri.....	33
2.5.4.Yavaş Dalga Uykusu – NREM.....	34
2.5.5.Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu .....	34
2.5.6.Uyku Gereksinimi.....	35
2.5.7.Uykunun İşlevi.....	35
2.5.8.Üriner İnkontinanslı Yaşlı Kadınlarda Uyku ve Yaşam Kalitesi ....	36
<b>3. MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	38
3.3.1.Araştırmanın Evreni.....	38
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi .....	38
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
3.4.1.Bağımlı Değişken .....	38
3.4.2.Bağımsız Değişken .....	38
3.5. Verilerin Toplanması.....	39
3.5.1.Kişisel Bilgi Formu.....	39
3.5.2.Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL)).....	39
3.5.3.Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	41

3.6. İstatistiksel Analiz .....	44
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	44
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>45</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>81</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>88</b>
6.1. Sonuçlar .....	88
6.2. Öneriler.....	89
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>91</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>100</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>101</b>
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu .....	101
Ek -2: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	105
Ek -3: Pittsburg Uyku Kalitesi Anketi .....	106
Ek -4: Etik Kurul Raporu .....	107

## 1. GİRİŞ

### 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma zamanla hücre ve dokularda ortaya çıkan hasarın sonucudur (Karan, 2010). Organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yaşlanma, geri dönüşü olmayan ve yapısal fonksiyonel değişikliklerin bir sonucudur (Gökçe, 2014). Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte toplumda ileri yaşta sıkça görülen hastalıkların prevalansı da artmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %5.7'si iken, Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 verilerine göre bu oran %7.2'dir (5.327.736 kişi). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan verilere göre yaşlı nüfusun 2015 yılında 8.4 milyon, 2025 yılında ise 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Yaşam süresi uzadıkça, kronik hastalık sıklığı artmakta, idrar kaçırma ve alt üriner sistem disfonksiyonu daha sık görülmektedir. Üriner inkontinans; uluslararası inkontinans derneği (ICS) tarafından istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Kuyumcu ve ark. 2011 ). Epidemiyolojik çalışmalarda, genel olarak kadınlarda prevalansı %15-55 arasında, yaşlılarda ise %11-80 oranında farklılık göstermektedir (Demirci, 2012).

Üriner inkontinans, ICS tarafından sosyal ya da hijyenik sorun haline gelen istem dışı idrar kaybı olarak tanımlanmaktadır. Üriner inkontinans kadınlarda sık görülen bir sorundur. İlerleyen yaş, menopoz, doğum sayısı, ve zor doğumlar bu konuda olumsuz etkiler meydana getirirler (Yalçın, 2009). Fiziksel, ekonomik, psikososyal boyutları ile yaşlı nüfusta karşımıza çıkan önemli geriatric sendromlardan birisi olan Üİ ülkemizde yaşayan yaşlılarda sık rastlanılan önemli sorunlardandır (Kuyumcu ve ark., 2011).

Ürojinekolojik şikayetler, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de olan problemlerdir. Üriner İnkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren durumlardır ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olmaktadır. İdrarını artık tutamadığının farkına varan bir kadın, mesane boşaltımında obsesyonlar, rutin tuvalet planı, hedeflenen güzergahlarda kolay bulunabilecek bir tuvaletin varlığının araştırılması, evden dışarı çıkarken ya da aktiviteler esnasında kaçırılmış olup

olmadığının kontrolü, idrar kaçırma riski olan hareketlerden sakınma, sıvı alımını kısıtlama, ayakkabı, iç çamaşırı, ya da giysi seçiminde sınırlama gibi davranış değişiklikleri geliştirerek, zihnini tamamen bu olayla meşgul edebilir ve kendini sürekli dikkatli davranmak zorunda hissedebilir. Bu tür davranış değişiklikleri belki hastalığın derecesini azaltır ama yaşlı kadının yaşam kalitesini düşürür (Yalçın, 2009).

Tüm kadınların yaklaşık %20'sinde görülen Üİ şikayetleri kadınlarda premenopozal dönemde %20-25 ve menopoz döneminde ise %40-60'lara kadar çıkmaktadır. Üriner inkontinans tek bir hastalık değildir. Daha çok altta yatan bir hastalığın belirtisidir. Önemli bir klinik sorun, önemli bir bağımlılık ve düşkünlük nedenidir (Çiftçi, 2009).

Gençlere kıyasla yaşlı hastalarda üriner inkontinans daha sık olarak üriner sistem dışı nedenlere bağlıdır. Yaşlılarda insidansı %20'lere çıkan diyabet gerek fazla diürez gerekse detrusitol kası aşırı aktivitesine neden olabilen nöropatik değişikliklere yol açabilmektedir. Kalp yetmezliği, konstipasyon ve kullanılan ilaçlar da üriner inkontinansın diğer nedenleridir. Diüretikler zorlu diürez ile, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri öksürüğe bağlı stres inkontinans yaparak; kalsiyum kanal blokerleri, antikolinergikler, alfa-agonistler ve narkotikler ise mesane boşalmasını bozarak üriner inkontinansa neden olabilmektedir (Goepel ve ark 2010).

İdrar kaçırmak insanlar tarafından kabul edilmesi zor bir durum olarak görüldüğü için yapılan çalışmaları sınırlamakta ve dolayısı ile bu sıkıntı verici sorunun gerçekte ne kadar çok kişi tarafından yaşandığı saptanamamaktadır (Beji, 2010). Dünya'da 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı ve bunların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bilinmektedir (Demirci, 2012). Kontinans hemşirelerinin klinik ve ekonomik etkilerini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında bu konuda yapılan 11 randomize kontrollü araştırma değerlendirilmiş; sekiz çalışmada, girişim uygulanan grupta inkontinans sıklığında anlamlı düzeyde azalma, sağlık durumunda düzelmeye ve hasta memnuniyetinde artış belirlenmiştir. Üriner inkontinansın maliyeti ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelik bakımı ile iki çalışmadan birinde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir (Du Moulin ve ark., 2005).

Gece sık tuvalete kalkma, uyku periyotlarını azaltır, uykuya dalma hızını azaltır. Uyku, insan yaşamının 1/3'ünü kapsayan sağlık durumunun sürdürülmesinde

önemli rol oynayan temel bir yaşam aktivitesidir. Uyku sırasında vücut kendini bir sonraki güne hazırlar (Önler, 2008). Yaşam kalitesinde ki değişiklik, yaşamlarını korku ile yaşamaları da uyku düzenlerini etkilemektedir.

Hemşirelik, uyku gereksinimini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları sorunları bilmeli, uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi uyku sorununa müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir. Hemşireler uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlara müdahale ederek, uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek sorunları önleyebilecektir. Üriner inkontinans hastanın uyku sorunlarını nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin belirlenmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak tedavinin ve bakımın Üİ olan hastalarının uyku ve yaşam kalitesini arttıracağı düşünülmektedir.

### **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine üriner inkontinans şikayeti ile başvuran yaşlı kadın hastaların uyku ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

### **1.3.Araştırmanın Soruları**

- 1) Üriner inkontinanslı yaşlı kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları nasıldır?
- 2) Üriner inkontinanslı yaşlı kadınların idrar kaçırma, uyku süresi, doğurganlık ile ilgili özelliklerinin puan ortalamaları nelerdir?
- 3) Üriner inkontinanslı yaşlı kadınların kronik hastalık dağılımı ile tanıtıcı özellikleri nasıldır?
- 4) Üriner inkontinanslı yaşlı kadınların Üİ ile ilgili özellikleri nelerdir?
- 5) Üriner inkontinanslı yaşlı kadınlarda uyku ile baş etme yöntemleri nelerdir?
- 6) Üriner inkontinanslı olan yaşlı kadınların tanıtıcı özellikleri ile uyku ve yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki var mı?
- 7) Üriner inkontinanslı olan yaşlı kadınların uyku kaliteleri nasıldır?

- 8) Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda uyku kalitesi alt boyut puan ortalaması nasıldır?
- 9) Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda uyku ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında ilişki var mı?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Yaşlılık ve Genel Bilgiler

‘Yaşlanma’, ‘yaşlılık’ ve ‘ihtiyarlık’ gerontoloji ve geriatri alanlarında oldukça sık kullanılan ve karışan kavramlardır. Bu kavramlar irdelendiğinde birbirleri arasındaki ayrımın net olmadığı ve çoğu zaman yanlışlıkla birbirleri yerine kullanıldığı görülmektedir ( Mas ve ark., 2008).

Canlılar için biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir. Bu değişimlerin ise en önemlisi doğurganlığın azalması ve mortalitenin artmasıdır. Yaşın artması anlamına gelen ‘yaşlanma’ ile yaşamın spesifik bir bölümünü tanımlamak için kullanılan ‘yaşlılık’ kavramı arasında da küçük bir farklılık vardır; örneğin dört yaşını bitirip beş yaşına gelen bir çocuk bir miktar ‘yaşlanmış’ olmakla beraber henüz ‘yaşlılık’ evresine girmemiştir. İnsan dışındaki canlılarda ‘yaşlılık’ büyük ölçüde biyolojik ve fizyolojik değişimle ilişkilidir. Oysaki insanın yaşlılığında bu sürece ek olarak toplumsal ve kültürel anlamlar da yüklenmiştir (Mas ve ark., 2008).

Yaşlı bireyde, yaşın ilerlemesi ile birlikte belirli bir hastalığı olmadığı halde fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden bazı değişimler görülmektedir. Yaşlı birey, kendi yaşantısı etkilendiğinden dolayı, yeni değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, bir yandan da yeni yaşantısıyla birlikte, bakımı ile de özel bir yaklaşımı gerektirmektedir (Bilgili, 2003).

Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yaptığı bir ayrıma göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır. Biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi zorunlu kılmakla birlikte, bu değerlendirmenin kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Yaşlanma ile birlikte zihinsel ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinden yavaşlama görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık, durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir. Tam karşıtı, yaşlılık çeşitli güçlerin etkileşimini içerir. Bu güçlerin temelinde yaşamın



tüm evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu sürdürebilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü bulunur (Beğer ve ark., 2012).

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

- **Biyolojik yaşlanma:** Zamana bağlı olarak bireyin anatomi ve fizyolojisindeki değişimlerdir.
- **Ekonomik yaşlanma:** Parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı kişinin yaşam tarzının değişmesidir.
- **Patolojik yaşlanma:** Fakirliğe ya da alışkanlığa bağlı olarak ya da ömür boyu süren ekonomik faktörler nedeniyle (beslenme, diş bakımı yetersizliği, orta zenginlikte ya da zenginlikte aşırı beslenme, hareket eksikliği) ortaya çıkar.
- **Psikolojik yaşlanma:** Bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlere denir.
- **Sosyal yaşlanma:** Zaman akışı içinde edinilen sosyal davranış ve sosyal konumun ve bireylerin sosyal rollerinin değişmesidir. Modern anlamda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısı ile ya da birikimleri ile yaşadığı dönemin adıdır (Beğer ve ark., 2012).

Nüfus yapısının temel belirleyicisi olan doğurganlık ve mortalite hızlarının düşmesi Dünya'da ve Türkiye'de nüfusun yaşlanmasına yol açmaktadır. Yaşlılık kaçınılmazdır, ancak özürülük ve buna bağlı bağımlılık ve bakım gereksiniminin en az düzeyde tutulabildiği ve yaşam doyumunun artırılabilirdiği bir yaşlılık mümkündür. Yaşlılıkta yaşam kalitesi ve yaşam doyumunun yükseltilmesi büyük bir kısmı fiziksel ve ruhsal sağlık alanında kronik özellikteki sağlık sorunlarının azaltılması, sosyal sağlık alanında ise bireyin toplum ve iş yaşamına aktif katılımının sürdürülmesi ile sağlanabilir (Güler, 2006).

Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon %30,7, osteoartrit %13,7, kronik kalp yetersizliği %13,7, diyabetes mellitus %10,2, koroner arter hastalığı %9,8 ve osteoporoz %8,2 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde de mortalitenin en önemli sebeplerinden biri olan kanser insidansı birçok merkezde araştırılmıştır. Bu oranlar sırasıyla en sık akciğer

kanseri %32, meme kanseri %14, beyin tümörü %10 ve gastrointestinal kanser %9 olarak ortaya çıkmıştır (Beğer, 2012).

Yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edildi. En yüksek yaşlı nüfus oranına 2012 yılında sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %24,4 ile Japonya, %21,1 ile Almanya ve %20,8 ile İtalya'dır. Türkiye 2012 yılındaki bu sıralamada 91. sırada yer almaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı 2013 yılında %13,7 iken yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup %36,2'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2013).

#### **Dünya toplumları yaş özellikleri açısından 4 gruba ayrılmaktadır;**

**Genç Toplumlar:** Bu toplumlarda nüfusun %4'ünden azı 64 yaşın üzerindedir. Az gelişmiş ülkelerin çoğunda nüfus genç toplum özelliğindedir.

**Erişkin Toplumlar:** Altmış dört yaş üzeri nüfus %4-7 arasındadır. Çin dahil Batı Asya ve ılıman Güney Amerika bölgesindeki ülkeler bu gruptadır.

**Yaşlı Toplumlar:** Yaşlı nüfusun oranı %7-10 aralığında olan toplumlardır. Kanada, Avustralya, Japonya gibi ülkeler bu gruptadır.

**Çok Yaşlı Toplumlar:** Yaşlı nüfusun oranı %10'un üzerindedir. Bu toplumlarda fertilité çok düşük orandadır, bazen de genç nüfusun göç etmesi buna katkıda bulunmaktadır. Norveç ve İsveç gibi gelişmiş Avrupa ülkeleri genellikle bu gruptadır (Uncu ve Ark., 2003).

Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelere benzer bir süreçten geçmektedir. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra 1927 yılında, yapılan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğurganlığı teşvik edici pronatalist politikaların etkisiyle 1960 yılına gelindiğinde iki katına çıkarak 27,7 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise altı çocuk civarında olmuştur. 1965 yılından itibaren doğurganlığı kontrol altına almaya yönelik antinatalist nüfus politikalarının uygulanmasıyla doğurganlık düşme eğilimine girmiştir. Kırdan kente göç hareketlerinin 1950'li yıllarda başlaması ve son 30 yılda hız kazanması, ana-çocuk sağlığındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artması, kadının çalışma hayatına katılımı ile özellikle de 1980'lerden sonra

doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve bunun sonucu olarak toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 2,16 çocuga gerilemiştir (Koç ve ark., 2010).

Bununla birlikte, genel ölümlülük düzeyindeki, özellikle de erken yaş ölümlerindeki, iyileşme ile bağlantılı olarak Türkiye’de doğuşta beklenen yaşam süresi yıllar içinde artış göstermiştir. 1940’lı yıllarda erkekler ortalama 30, kadınlar ise 33 yaşına kadar yaşarken günümüzde bu süre erkekler için 71’e kadınlar için ise 76 yaşa çıkmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun yapmış olduğu projeksiyolarda doğuştaki yaşam beklentisinin 2025 yılında erkeklerde 73,1’e, kadınlarda da 78,9’a yükseleceği öngörülmektedir. Bu da Türkiye nüfusunun yaşlanmaya devam edeceği ve yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü kadınların oluşturacağı anlamına gelmektedir (Tezcan, 2012).

Dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanması ve yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle son 20 yılda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgi artmıştır. Yaşlı nüfusun artması ile yaşa bağlı gelişen fizyolojik değişiklikler ve bunlara yönelik sorunlar, bu yaş grubunda kronik hastalıklar beraberinde yeni bakım ve tedavi yaklaşımlarını, politika ve stratejilerin geliştirilmesini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda en önemli gelişme ve politikalara yol gösterici olan 26 Temmuz- 6 Ağustos 1982 tarihleri arasında Viyana’da gerçekleştirilen ‘Yaşlılar Asamblesi’dir. Birleşmiş Milletler 1982 yılında dünya çapında politika ve programların oluşturulması amacıyla Uluslararası Yaşlanma İle İlgili Eylem Planı’nı onaylamıştır. Ayrıca DSÖ’nün 1990 yılında aktif yaşlanmayı benimsemesi, Uluslararası Hemşireler Birliğinin 1992 yılında ‘Sağlıklı Yaşlanma’ temasını ele alması ve Mart 1992 yılında da Sağlık Bakanlığının 1. Ulusal Sağlık Kongresinde ülkemizdeki yaşlılık sorunlarını ayrı bir tartışma grubunda ele alması, DSÖ’nün tüm dünyada sağlıklı yaşlanma için ‘Yaşlanma ve Sağlık’ programlarını onaylaması, DSÖ’nün 1999 yılını ‘Uluslararası Yaşlılar Yılı’ olarak belirlemesi ve 12 Nisan 2002’de ‘Uluslararası Yaşlanma Asamblesi’, 1994 yılında Kahire’de ‘Uluslararası Nüfus ve Gelişme’ konferansında yaşlılığın da ele alınması önemli gelişmeleri sağlamıştır (Akdemir, 2005).

12 Nisan 2002’de Yaşlılık Asamblesinde yayınlanan Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı’nın amacı ‘her yerde insanların güvenli ve saygın bir şekilde yaşlanmalarını ve toplumda bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşlanmaya devam etmelerini garanti etmek’ şeklinde ifade edilmektedir (Akdemir, 2005).

### **2.1.1. Yaşlılıkta Sağlık Sorunları**

Yaşlılar gençlere göre daha fazla hastalanırlar. Bunda fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yaşlıların hastalık etmeni ile karşılaşma olasılığının daha fazla olmasının da rolü vardır (Bilir, 2012).

Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizce'de ki baş harfleri dikkate alınarak yaşlılığın 7 I'sı olarak adlandırılmıştır. Buna göre yaşlılığın 7 I'sı şunlardır (Bilir, 2012).

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

Yaşlı grupta en yaygın görülen tıbbi sorunlar ilk sırada %50 gibi bir sıklıkla dejeneratif hastalıklar olmak üzere, hipertansiyon (%40), kalp hastalıkları (%30), üriner inkontinans (%30), işitme kaybı (%28), ortopedik bozukluklar (%18), diyabetes mellitus (%15)'tur. 70 yaşın üzerinde kadınların %50'si, erkeklerin ise %40'ı iki ya da daha fazla tıbbi sorun yaşamaktadır. 80 yaşın üzerindeki yaşlıların ise çoğunluğu tedavi gerektiren çok sayıda tıbbi soruna sahiptir. Yaşlı grup, nokta prevalans açısından hastane yatışlarının yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır (Bilir, 2012).

### **2.2. Yaşlı Kadınlarda Üriner İnkontinans**

Dünyada yaklaşık 250 milyon bireyin inkontinans sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de Üİ prevalansının da %9,6 ile %25,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve ark., 2004; Koçak ve ark., 2005; Beji ve ark., 2010).

Üriner inkontinans tedavi edilebilmesine rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve tedavi olmakta geçikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların Üİ'ı yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılamadıkları ve göz ardı ettikleri düşünülebilir (Dinç ve Beji., 2008).

Kadınlarda görülme sıklığının yüksek olmasına rağmen, etkilenen her dört kadından ancak biri problemin çözümü yoluna gitmektedir. Hastalar tarafından önemli bir sorun olarak algılanmamakla birlikte, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Özerdoğan ve ark., 2004; Koçak ve ark., 2005; Beji ve ark., 2010).

## **2.3.Üriner İnkontinans**

### **2.3.1. Kontinans Mekanizması**

Kontinans, kişinin istediği zaman ve yerde kontrollü idrar yapmasıdır. İntrauterin basıncın, mesane basıncından daha yüksek olması ile sağlanır. İntrauterin basıncı, mesane boynu, üretranın iç ve dış sfinkterleri ve pelvik taban kaslarının istirahat tonusu ve gücü sağlar. Kontinans ile ilgili en önemli anatomik yapı levator ani kas grubudur. Levator ani kas grubu pubisten koksikse pelvik kaviteyi çaprazlar. Bu grubun en önemli kası pubokoksigeustur. Uretra kadında 3–4 cm, fonksiyonel üretral uzunluk ise 2–8 cm. kadardır. İnternal sfinkter düz kastan oluşurken, eksterna sfinkter çizgili kastan oluşur ve istemli kontrolü sağlar (Çelik ve Tunç, 2009; Yıldız ve ark., 2009).

### **2.3.2. Dolum Fazı**

Mesane dolumu sırasında mesane boynu ve proksimal üretra düz kasındaki alfa adrenerjik reseptörlerin refleks uyarılmasıyla çıkış rezistansı artar. Artan efferent somatik aktiviteyle çizgili eksternal sfinkter uyarılır. Ürogenital sfinkterin proksimal intramural kısmı, pelvik pleksus yoluyla pelvik sinirin somatik kısmı tarafından innerve edilir. Distal ürogenital sfinkter ise pudental sinir tarafından innerve edilir. Dolum devam ettikçe belli bir mesane duvarı gerginliğinde işeme isteği oluşur. Mesane duvarındaki mekanoreseptörler aktive olur ve uyarı afferent parasempatik sinirlerle spinal kordun S2-S4 seviyesine ulaşır, uygun zaman ve yer bulana kadar idrar tutulmaya çalışılır (Yıldız ve ark., 2009).

### **2.3.3. İşeme Fazı**

Mesane içinde 300–400 ml idrar biriktiğinde intravesikal basınç artmıştır. Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve volanter işeme başlatılır. Öncelikle pelvik taban ve üretra çizgili kaslar gevşer, üretral basınç azaltılır. Sonra detrusor kas kontrakte olur ve mesane içi basınç artar. Detrusor ile birlikte üretral düz kaslarda kontrakte olur ve

üretanın genişlemesi sağlanır. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilir, üretravesikal açı düzleşir ve idrar akışı başlar. İşeme fazı sonlandığında pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kontrakte olur. Mesane boynu symphysise doğru yükselir. Üretral basınç artar. Refleks olarak  $\beta$  adrenerjik sempatik reseptörler detrusor kasını gevşetir. Siklus yeniden başa döner (Wein ve Rovner, 2002; Nitti ve Blaivas, 2007; Abrams ve ark., 2008).

#### **2.3.4. Miksiyonun Nörolojik Kontrolü**

Miksiyon karışık bir nörolojik mekanizma ile gerçekleşir. Bu olayda kişinin istemli kontrolü söz konusu olduğu gibi, refleks mekanizması da mevcuttur. Buna göre 4 yoldan oluşan nöral sistem vardır:

**1.Yol: Serebral korteks- beyin sapı:** Korteks ile bulbus arasındaki bu ilişki frontal lobdan başlar, beyin sapında sonlanır. Fonksiyonu, istemli miksiyon kontrolünü sağlamaktır.

**2.Yol: Beyin sapı- sakral yol:** Beyin sapından başlar, sakral miksiyon bölgesinde sonlanır. Vezikanın tam boşaltılması için gerekli stimülasyonun beyin sapına iletilmesini sağlar.

**3.Yol: Vezikal- sakral- sfinkter yolu:** Sakral miksiyon bölgesi ile üretra sfinkteri arasındadır. Sfinkterin fonksiyonunu koordine eder.

**4.Yol: Serebral korteks- sakral yol:** Frontal lob ile sakral miksiyon bölgesi arasındadır. Üretral sfinkterin istemli kontrolünü sağlar (Abrams ve ark., 2008).

Ayrı ayrı anlatılmalarına rağmen, unutulmamalıdır ki bu devreler birbirleri ile devamlılık gösteren bir çalışma düzeni içinde bulunurlar. Miksiyon spinal bir refleks ve serebral kontrolden ibarettir. Vezika içinde belli bir miktar idrar toplanınca mesane gerilmesi ile oluşan impulslar medulla spinalis aracılığı ile beyin sapına iletilir. İdrar yapmak istenirse motor impulslar retiküler formasyon aracılığıyla alt üriner sisteme ulaşılır. İlk önce üretral kaslar gevşer, detrusor kasılır bunu takiben üretral çizgili kasların kasılması ile üretra içindeki idrar da boşaltılır (Abrams ve ark., 2008).

#### **2.3.5. Üriner İnkontinans Tanımı**

Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. ICS'nin son raporunda idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar

kaçırma) her türlü idrar tutamama yakınması olarak tanımlanmaktadır(Abrams ve ark., 2008).

### 2.3.6. Üriner İnkontinans Nedenleri

Üriner inkontinans bir hastalık ya da yaşlanmanın doğal bir parçası değil, çeşitli nedenlerle oluşan bir belirtidir. Bu nedenler; mesane kaynaklı, üretra kaynaklı ve üriner sisteme bağlı olmayan nedenler olmak üzere 3 ana başlık altında incelenebilir. (<http://med.cu.edu.tr/urology/DersNot/bolum12.htm>, 2015).

<b>Mesane Kaynaklı</b>	<b>Üretra Kaynaklı</b>	<b>Üriner Sisteme Bağlı Olmayan</b>
Detrüsor insitabilitesi	Üretral yetmezlik	Zayıflamış mobilite
Nörojenik disfonksiyon	Hipermobilite	Zayıflamış mental
Taşma inkontinansı	Travma	Konfüzyon
Düşük komplians	Radyoterapi	İlaçlar
		Çevresel Faktörler
		Psikiyatrik bozukluklar

### 2.3.7. Yaşlanmanın İnkontinans Üzerine Etkisi

Bir kişinin kontinan olabilmesi için hangi yaşta olursa olsun alt üriner sistem işlevlerinin normal olmasının yanı sıra zeka düzeyi, mobilitesi, motivasyonu ve elini kullanabilme yeteneğinin de normal olması gerekmektedir. Bu sayılan özellikler gençlerde genellikle normal iken, yaşlılarda sıklıkla değildir. Bu özelliklerin yaşlılarda sıklıkla yetersiz olması idrar inkontinansının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. Yaşla ilgili bu değişikliklerin hiçbiri inkontinansa neden olmaz ancak zemin hazırlar. Böyle bir zeminde yaşlıların ilave patolojik, fizyolojik ya da farmakolojik etkilere oldukça sık maruz kaldıklarını da düşünürsek, yaşlılarda idrar inkontinansı kolayla ortaya çıkabilmektedir (Çetinel, 2005).

Yaşlılarda idrar inkontinansının ortaya çıkması ya da alevlenmesi sıklıkla alt üriner sistemin dışındaki kolaylaştırıcı faktörler nedeniyle olmaktadır. Bu kolaylaştırıcı faktörler de sıklıkla medikal tedaviyle ortadan kaldırılabilir. Dolayısıyla yaşlılarda yalnızca bu kolaylaştırıcı faktörlerin tedavisi kontinansın yeniden sağlanmasında yeterli olabilmektedir (Çetinel, 2005).

Bu konuda şu tipik örnek verilebilir. Yaşlılığa bağlı detrüsor overaktivitesi olan bir kadında sık idrar ve idrar sıkışma hissi tipiktir. Aynı kadında diz ekleminde artrit ortaya çıkarsa bu idrar yakınmaları kolaylıkla idrar inkontinansına dönüşebilmektedir.

Bu kadında kontrolsüz kontraksiyonlar tedavi edilmeden yalnızca artrit tedavi edilirse idrar inkontinansı da ortadan kalkabilir. İşte bu mantıktan çıkarak yaşlılarda idrar inkontinansının alt üriner sisteme ait kalıcı nedenleri dışında geçici inkontinansa neden olan çoğu alt üriner sistem dışı bir dizi neden de söz konusudur.

### **2.3.8. Üriner İnkontinans Tipleri**

Üriner inkontinans; inkontinansın tedavisi, patofizyolojisi ve etiyolojisi açısından birçok tiplere ayrılabilir.

### **2.3.9. Stres İnkontinans**

Stres inkontinans, karın içi basıncını arttıran aktiviteler esnasında (gülerken, hapşırırken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken) istemsiz idrar kaybıdır (Wein ve Rovner 2002; Abrams ve ark., 2008; Yıldız ve ark, 2009). Stres inkontinans idrar kaçırmanın en sık görülen nedenidir ve idrar kaçıranların %50-70'inde görülmektedir. Üriner inkontinansın en önemli nedeni pelvik taban kaslarının zayıflığıdır. Güçlü bir pelvik taban üretrayı idrar yapma zamanı gelinceye kadar kapalı tutar. Pelvik taban kasları zayıf olduğunda, karın içi basıncını arttıracak durumlar (hapşırma gibi) üretranın açılmasına ve idrar kaçırmasına neden olur. Çok sayıda doğum, iri bebek doğurma, vakum ile doğurma, ailesel yatkınlık ve menopoz risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Stres üriner inkontinansın bir diğer nedeni de mesane boşalmasını sağlayan kasların yetersizliğidir. Bu kaslar mesane dolarken üretrayı tutar, idrar zamanı gelince gevşeyerek idrar yapmaya yardımcı olur. Sfinkter denen bu kasların yetmezliğinde kaslar işlevlerini yerine getiremediği için çeşitli hareketler sırasında (öksürme, hapşırma gibi) idrar kaçırlır (Abrams ve ark., 2008; Can ve ark., 2009).

Yaşlı kadınlarda stres inkontinansın en sık nedeni üretral hiper mobilitedir. Şişman kadınlar diet uygulanarak zayıflatılabilirse ya da atrofik varofik vajinit veya öksürük gibi prespitan faktörler ortadan kaldırılırsa üretral hiper mobiliteye bağlı stres inkontinans hafifleyebilir. İşeme çizelgesi incelenip idrar inkontinansının belirli mesane hacimlerinde ortaya çıktığı tespit edilirse ve hastaya bu hacimlere ulaşmadan işemesi öğretilirse inkontinans düzelebilir. Ancak 150-200 ml'nin altında ortaya çıkan idrar kaçırmalarda bu yöntem pek yararlı olmamaktadır (Çetinel, 2005).

Motivasyonu ve konisyonu iyi olan yaşlı kadınlarda pelvik kas egzersizleri de bu tip inkontinansın tedavisinde yararlı olabilmektedir. Ancak bu egzersizlerin ömür boyu ve düzenli olarak yapılması gerekmektedir. Bu yöntemin şiddetli inkontinanstaki



sınırlıdır. İmipramine'nin hem mesanedeki kontrolsüz kontraksiyonları inhibe edici hem de çizgili sfinkter direncini artırıcı etkisi vardır. Bu nedenle sıkışma ve stres inkontinansı olan yaşlı kadınlarda postural hipotansiyon bertaraf edilebilirse iyi bir tedavi seçeneğidir (Çetinel, 2005).

### **2.3.10. Urge İnkontinans (Acil İdrar Kaçırma)**

Bu idrar kaçırma tipi genellikle mesane dolumu ya da diğer uyarılmalarla kendiliğinden mesane kasılmalarına bağlı olup, üriner inkontinansı olan hastaların %20-30'unda görülmektedir. Tuvalet gitme ihtiyacı hissedildiği anda tuvalet yetişmeden idrar kaçırma olayına bu tipte sık rastlanmaktadır. Stres inkontinans farkı; idrar kaçırmanın pelvik tabandaki zayıflıktan değil, mesane kaslarının aşırı duyarlı olmasından kaynaklanıyor olmasıdır. Hastaların büyük çoğunluğunda neden bilinmemektedir. Bir kısmında da geçirilmiş sık mesane enfeksiyonları, omurga travması, bel fıtığı, diyabet, parkinson, demans ve kas hastalıkları gibi kronik hastalıklar görülmektedir. Acil inkontinans, aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden istem dışı idrar kaçırmadır. Bazı insanlarda özellikle yaşlı insanlarda bu durum herhangi bir heyecan durumunda, idrar yapma hissi uyandırmadan, altında yatan bir mekanizmaya bağlı olarak (detrusor kasların aşırı çalışması gibi) ortaya çıkabilmektedir. Acil inkontinans, mesanenin spontan kontraksiyonları veya mesanenin dolu olduğu durumda hastanın idrara çıkmamasına bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Bu durum mesanenin aşırı aktivitesi olarak bilinmektedir. Mesanenin aşırı aktivitesi, günlük aktivitelerin azalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda kişi idrarı geldiğinde tuvalet yetiştiirmeden kaçırma problemi ile karşı karşıyadır. Klasik bulguları; idrar yapma (miksiyon) sıklığında artma (frequency), ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma hissi (urgency) ve bu hissin bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır (Stewart, 2003).

### **2.3.11. Mikst Tip İnkontinans (Karma İdrar Kaçırma)**

Mikst tip inkontinans, stres inkontinans ve acil inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü idrar kaçırma tipi olup, inkontinanslı hastaların %15-20'sinde görülmektedir.

Bir çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; Üİ'nin %48,5'ini stres üriner inkontinans, %17,5'ini urge inkontinans, %34,0'ını mikst tipi oluşturmaktadır (Yıldız ve ark., 2009).

### **2.3.12. Overflow (Tasma Tipi) İnkontinans**

Overflow inkontinans, pelvik organ prolapsusu ve/veya omurilik zedelenmesi gibi sinirsel durumlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. İdrar kaçıran kadınların %5-10'unda görülmekte olup en az yaygınlıkta görülen inkontinans tipidir. Mesanede kapasitenin üzerinde idrar biriktiğinde, idrar yapma zorunluluğu hissetmeden küçük miktarlarda idrar kaçırlır. Kadın hiçbir zaman idrar torbasını tamamen boşaltamaz. Overflow inkontinans; diyabet, geniş pelvik ameliyatlar, omurilik yaralanmaları ve multiple skleroz gibi bazı kas hastalıkları sonucu görülmektedir. Özellikle şeker hastalığına (diyabet) bağlı sinir harabiyeti sonucunda (diyabetik nöropati) ortaya çıkmaktadır ve bu durum 'nörojenik mesane' olarak da isimlendirilir. Bu durumda kişinin mesanesinin dolmasına rağmen idrar gelme hissi tam oluşmaz. İdrar hissi oluştuğu anda ise kişi idrarını tutamayarak kaçırma problemi ile karşı karşıya kalır. Mesane çıkımında ki bazı darlıklar sonucunda da taşma inkontinansı görülebilir (Stewart, 2003).

### **2.3.13. Fonksiyonel ve Bilişsel İnkontinans**

Fonksiyonel inkontinans, romatizmal birtakım hastalıklar gibi 'hastanın hareket kısıtlılıklarına neden olan durumlar' sonucunda görülen idrar kaçırma problemidir. Bilişsel inkontinans ise, demanslı (bunaması olan) hastalarda sıktır ki bunlar ya tuvalete gitmeyi unuturlar ya da mesanelerinin dolduğunu fark edemezler (Yıldız ve ark., 2009).

### **2.3.14. Ekstraüretral İnkontinans**

Üretral çıkış dışındaki yerlerden idrar kaçağı olarak tanımlanır. Vezikovajinal, üretrovajinal fistüller ve ektopik ureter gibi durumlarda görülür (Yıldız ve ark., 2009).

### **2.3.15. Üriner İnkontinans Patofizyolojisi**

Teorik olarak üriner stres inkontinans , mesane ve üretral des-teğın kaybolması (anatomik stres inkontinans) veya uretranın bütünlüğünün bozulmasına (intrinsic sfinkter yetmezliği) bağlı gelişir (Cavkaytar ve Aksakal, 2014).

### **2.3.16. Alt Üriner Sistem Anatomisi**

Alt üriner sistem fonksiyonel olarak; mesane, ureterovezikal bileşke, trigon, eksternal uretral sfinkter ve uretrayı içermektedir (Şen, 2008).

### **2.3.17. Mesane (Bladder)**

Mesane boşken yassı, distansiyon halinde küre biçiminde olan, içi boş ve düz kaslarla çevrili bir organdır(Karadakovan, 2010).

Mesane pelviste pubis kemiklerinin hemen arkasında yer alan idrarın biriktirildiği bir rezervuardır ve erişkin bir kadında kapasitesi 400-500 ml'dir (Karadakovan, 2010).

Sınırları ventralde simfizis pubis, dorsalde uterovesikal periton, ve lateralde rektovesikal fasiyadır. Mesanenin tabanı üst ön vajinal duvar ve serviks anteriorundaki bağ dokusu ile komşudur (Sivrioğlu, 2005).

Endodermal kaynaklı düz kas yapısında detrusör adelesi ve bunun tabanında mesodermal kaynaklı trigon bölümünden oluşur. Trigonun üst iki köşesine üreter orifisleri açılır. Miksiyon esnasında trigonun kasılması ile proksimal üretra ve mesane boynu açılıp huni şekline sokulurken aynı zamanda üreter orifisleri aşağı doğru çekilerek intramural üreterin boyu uzatılarak vesikoüreteral reflü engellenmektedir (Karadakovan, 2010).

Mesanenin içyapısı; mukoza, submukoza, kas ve seroza olmak üzere dört tabakadan oluşur. Mesanenin iç yüzünü örten mukoza, çok katlı değişici epitelden oluşmuştur. Transisyonel epitelin yüzeyindeki hücreler oval, derindeki hücreler ise kübik şeklinde sıralanır. Boş mesanedeki oval ve kübik epitelyum hücreler mesane olduğunda yassı epitelyum şekline dönüşür. Mukoza altında yer alan submukozada, her yöne uzanan elastik ve kollajen liflerden oluşan gevşek bağ dokusu ve kapiller damarlar yer alır. Mesane mukozası, kas tabakasına trigon dışında gevşek submukoza tabakasıyla bağlanmıştır. Bu nedenle boş mesanenin iç yüzü plikalı, buruşuk ve düzensiz bir görünüme sahiptir. Aksine dolu mesanede ise, duvarın genişlemesiyle bu kıvrımlar kaybolur ve mukoza düzgün bir hal alır. Trigon bölgesinde submukozanın bulunması ve mukozanın kas tabakasına sıkıca tutunması nedeniyle trigon her zaman düz olarak görülür (Sivrioğlu, 2005).

Mesane anatomik olarak; trigon, boyun ve fundus olmak üzere üç bölümden oluşur (Çetinel, 2005).

### **2.3.18. Trigon**

Ürogenital üçgen olarak da adlandırılmaktadır. Mesane çıkışında ki üçgen bölgeye denilmektedir. Üreterlerin ağızlaştığı bölge ile üretranın çıktığı bölge arasında yer alan mesane trigonu rengi, parlaklığı, yapısı ve ittirilememe özellikleri ile mesanenin geriye kalan kıvrımlı, kırmızımsı ve farklı yapıdaki mukozasından ayrılır.

Mesanenin iç, ön alt yüzünde yer alan trigonun; üst köşelerinde sağ ve sol üreteral orifis, alt açıklıkta ise internal orifis bulunur (Yalçın, 2009).

Mesane trigonunda, orjin ve fonksiyon yönünden detrüörden farklı olan iki kas tabakası vardır. Yüzeysel kas tabakası, distal üreterin longitudinal kas tabakasının devamıdır ve proksimal üretranın düz kasları ile devam eder. Yüzeysel tabakada çok sayıda sempatik sinirler bulunur. Derin kas tabakası detrüör kas lifleri ile birleşir ve detrüöre benzeyen bir şekilde parasempatik sinirlerden zengindir (Yalçın, 2009).

#### **Trigonun başlıca görevleri:**

- İdrar depolanmasında idrar çıkışını önlemek
- Miksiyon (işeme) fazında huni biçimini alarak mesanenin etkin boşaltımını kolaylaştırmak.
- Miksiyon sırasında vezikoüretal reflüye engel olmaktır (Sivrioğlu, 2005).

#### **2.3.19. Mesane Boynu**

Mesane boynu, trigon, detrüör ve üretra kas yapılarının karmaşık bir kombinasyonu ile oluşur. Ürojinekoloji de hem fonksiyonel hem de anatomik olarak ayrı bir anlamı vardır. Anatomik anlamı; mesane tabanının kalın tabakası içine üretra lümeninin girdiği bölgedir. Dolayısıyla üretra lümeni yanında kısmen mesane tabanının lokal bölümünü de kapsar. Bu bölümde detrüör kas, üretral meatus ve trigonal halkanın etrafını sarar. Fonksiyonel anlamda mesane boynu, bir vezikoüretal birim olarak algılanır ve 'Ekstresek Kontinans Mekanizma' terimi veya 'Ekstresek Sfinkterik Mekanizma' idrar akışını durdurmak için görev alan yapıları fonksiyonlarını kapsar (Yalçın, 2009).

Mesane boynu mesane ve üretradan farklı algılanır, çünkü farklı fonksiyonel özellikleri vardır. Sempatik nörolojik denervasyon veya hasar halinde mesane boynu açık kalır ve stres inkontinanslı hastalarda bu olduğu zaman üretranın basitçe süspansiyonu iyileşmede yetersiz kalır. İntrensek kontinans mekanizmasında ise, mesane boynu yapısına giren ancak istemli kas kontraksiyonlarından etkilenmeyen oluşumlar yer alır. Bu yapıların yetmezliği ile bir grup hastada istirahat halinde de mesane boynu açık olarak görülür (Yalçın, 2009).

### 2.3.20. Üreterovezikal Bileşke

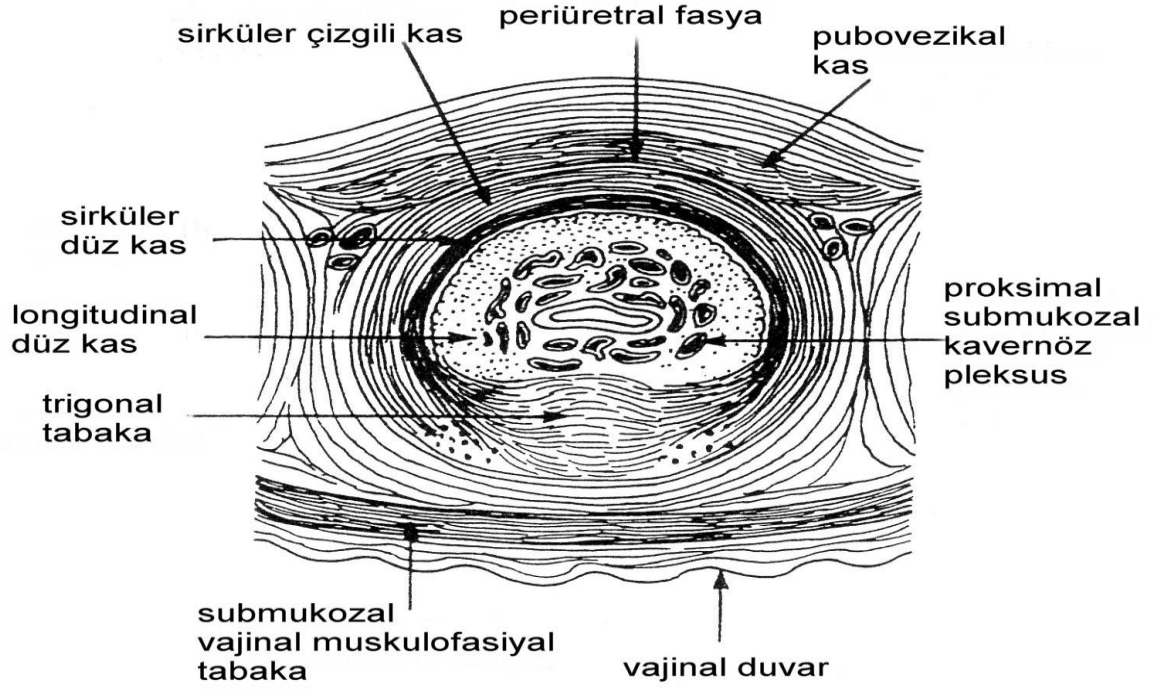
Üreterovezikal bileşke, idrarın üreterden mesaneye akışını sağlayan ve mesaneden üretere reflüyü önleyen kompleks bir yapıdan oluşmuştur. Detrusörün üreterin geçişine izin verdiği bölüm mesanenin en zayıf bölgesi durumunda olup, üreteral hiatus adını alır (Özerdoğan, 2003).

Üreterovezikal bileşkenin en önemli işlevi, böbrekten gelen idrar akımını (eflüks) mesaneye geçirmek, buna karşın mesane idrarının üretere geri akımını (reflüks) önlemektir. Trigon ve intravezikal üreterin istirahat tonüsü, bu bölümün kapalı kalmasını sağlamaya yeterlidir. Ancak peristaltik dalga geldikçe açılarak, idrarı minimal bir dirence karşı mesaneye boşaltır. Mesane doldukça trigonda gerilir ve intravezikal üreter direnci artar, reflüyü önlemek üzere sıkıca kapanır. Miksiyon sırasında detrusörün aktif kalması ve mesane içi basıncının maksimuma ulaşması durumunda eş zamanlı olarak trigon da kasılarak üreter duvarını tam olarak birbirine yapıştırır. Bu dönem oldukça kısa sürer ve miksiyondan sonra mesane iç basıncı düşerek, üreterden mesaneye idrar akımı yeniden başlar (Özerdoğan, 2003).

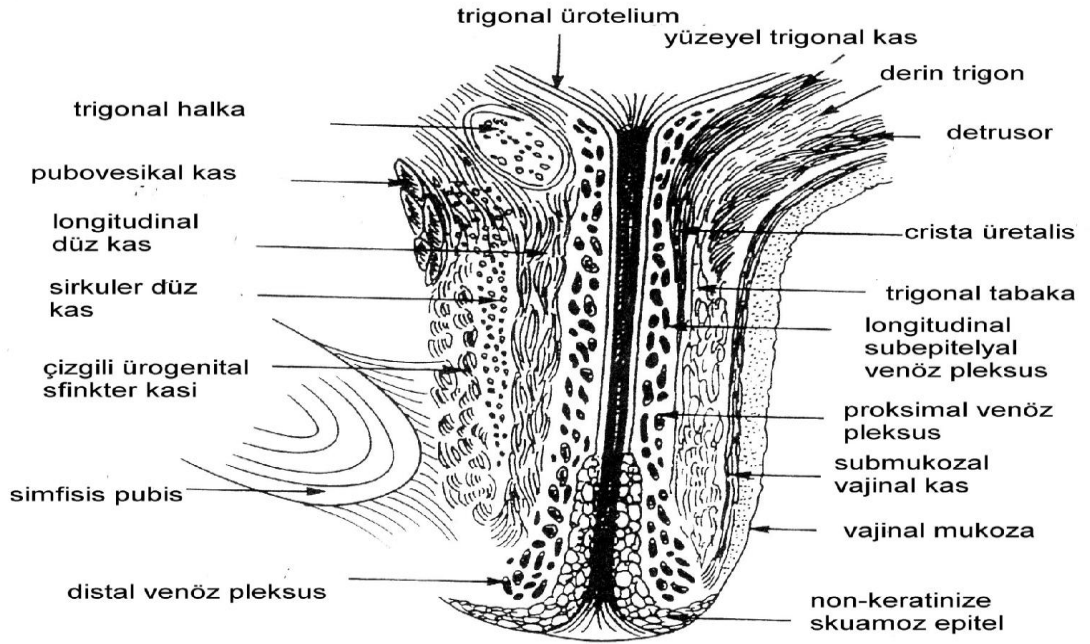
### 2.3.21. Üretra

Kadın üretrası yaklaşık 4-5 cm uzunluğunda ve 8-9 mm çaptadır. Vajinanın hemen ön tarafında mesane ile vestibul arasında uzanır. Mukozası proximal kısımda çok katlı değişici epitel ile dış orifise yakın kısımlarda ise çok katlı yassı epitel ile döşelidir (Akdemir ve Birol, 2005; Sivrioğlu, 2005).

Üretra hem intrinsik hem de extrinsik özellikleriyle Üİ'a katkıda bulunur. Mukoza ve vasküler submukoza tabakaları intravesikal basınç arttığında idrar kaçışını önleyen bir bariyer oluştururlar. Mukoza ve submukozayı saran içte longitudinal ve dışta ince bir sirkuler düz kas tabakası vardır (Mutlu, 2005)(Şekil-1, Şekil-2).



Şekil 1. Üretra yapısı



Şekil 2. Üretranın kas tabakalarını gösteren şekil

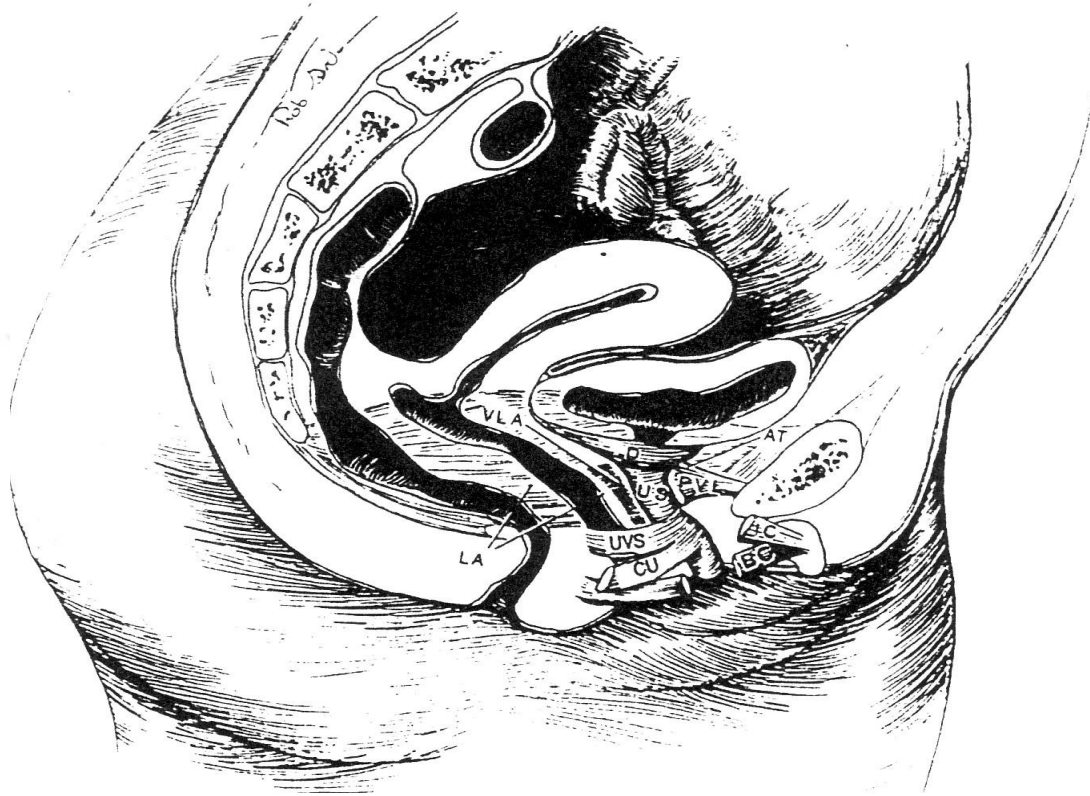
Üretranın kas tabakası düz ve çizgili kaslardan oluşur. İçte bulunan oblik ve longitudinal kas liflerinden oluşan düz kaslar, internal üretral sfinkter mekanizmasını oluşturur. Düz kaslardan longitudinalların, muhtemelen üretral lümeni miksiyon sırasında kısaltıp genişlettiği oysa oblik düz kasların, çizgili ürogenital sfinkter kas ile birlikte istirahatte iken üretral dirence katkıda buldukları belirtilmektedir. Üretranın dıştaki kas katmanını, sirküler dizili, çizgili kas lifleri oluşturur. Çizgili intraüretral ve periüretral kaslar, eksternal üretral sfinkter mekanizmayı biçimlendirir. Üretranın 1/3 orta bölümünü saran istemli olarak çalışan çizgili kas yapısında 'Eksternal Sfinkter' mevcuttur. Eksternal sfinkter üç farklı yapı içermektedir. Proksimal kısımda sirküler bant yapısındaki kas, distal kısımda kasın vajinal duvarlara bağlandığı üretrovajinal sfinkter ve en distal kısımda perineal membrana bağlanan kompresör üretra vardır. Üretranın dış iskelet kasları, üretra ve mesane boynunu destekleyen ve pelvis tabanında yer alan kaslardır. Bu kaslar kontinans mekanizmasında etkili oldukları gibi kadın genital organ statüğünü de korurlar. Karın içi basıncını arttıran durumlarda (öksürme, ıkınma, ağır kaldırma vb.) refleks yolla kasılarak aralıkların kapanmasını ve pelvis taban doku direncinin artmasını sağlarlar (Yalçın, 2009; Yazıcı, 2008).

### **2.3.22. Pelvik Taban Anatomisi**

Pelvik tabanda kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırlandığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiadicaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır (Yazıcı, 2008).

Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafında symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırladığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Spina ischiadicaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır. Pelvik tabandaki çizgili kaslar kendi fasial bağlantıları ile birlikte çalışarak tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsusunu önlerler ve kontinansı sağlarlar. Kemik pelvisin koruyucu rolü belirgin iken, pelvik organları destekleyici rolü çok azdır. Pelvik organlar primer olarak pelvik tabanı oluşturan kaslar ve bunların ligament bağlantıları ile desteklenmektedir. Pelvik kaslar rijit ve sert bir yapı olmaktan çok değişen durumlarda değişen cevaplar verebilen dinamik bir destek görevi görmektedirler. Pelvik taban kaslarının fonksiyonel anatomisi uzun zamandan beri çalışılmakla beraber çok az anlaşılmıştır. Pelvik taban kasları üriner ve fekal kontrolü

sürdürmek için kasılır, barsak ve mesane boşaltımına izin vermek için gevşerler. Normal kadın seksüel cevabında rol oynarlar. Pelvik taban miadında doğan bir bebeğin doğumuna izin vermek için çok fazla gerilmek, ancak postpartum dönem sırasında değişik fonksiyonlarını sürdürmek için tekrar kasılmalıdır (Sungur, 2006).



Şekil 3. Pelvik taban anatomisini gösteren şekil

Pelvik taban kasları üriner ve fekal inkontinansın önlenmesi için kasılırken, gastrointestinal ve üriner sistem içeriğinin boşalması için gevşerler. Kadının seksüel aktivitesinde rol oynarlar. Doğumda term bir fetüsün geçebilmesi için ileri derecede distansiyon oluştururken, postpartum dönemde normal fonksiyonların devamı için tekrar kontrakte olurlar (Yazıcı, 2008).

### Üriner İnkontinans Vakalarının İnkontinans Türlerine Göre Dağılımı

- Avrupa’da stres üriner inkontinans, mikst (karma) tip inkontinans ve urge (acil) inkontinansdan daha sık görülmektedir.
- Amerika’da Üİ’ı olanların %41,5’inde Stres üriner inkontinans, %45,0’ında Mikst(karma) tip inkontinans, %13,5’inde ise Urge(acil) inkontinans görülmektedir.



- Asya’da Üİ’ı olanların %13,0’ında Stres üriner inkontinans, %64,0’ında mikst (karma) tip inkontinans, %23,0’ında ise Urge(acil) inkontinans görülmektedir.
- Türkiye’de Üİ görülme sıklığı %23,9 olup, Üİ’ı olanların %33,1’inde stres üriner inkontinans. %25,6’sında urge(acil) inkontinans, %41,3’ünde ise mikst(karma) tip inkontinans görülmektedir (Koçak, 2005).

### **2.3.23. Üriner İnkontinans Tedavisi**

Üriner inkontinansın tedavisi, inkontinansın nedenine ve türüne göre yapılır. inkontinan bir hastanın tedavisi amacıyla davranış, ilaç ve cerrahi temelli olmak üzere çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Bu seçenekler, taşıdıkları risklere ve hastanın şikayetlerini düzeltme potansiyeline göre tercih edilirler. ‘Agency for Health Care Policy and Research’s Clinical Practice Guidelines on Urinary Incontinence in Adults’; hasta için en az invaziv ve en az tehlikeli yöntemin ilk seçenek olmasını önermektedir (Çiftçi, 2009).

### **2.3.24. Üriner İnkontinansın Cerrahi Olmayan Tedavisi**

Davranış tedavileri, düşük risk taşıdıkları ve hem stres inkontinans hem de urge inkontinans semptomlarının düzeltilmesini hedefledikleri için umut verici olarak gözükmektedirler.

Stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kasları biofeedback egzersizlerinin Arnold Kegel tarafından 1951’de öne sürülmesiyle ön plana çıkan alt üriner sistem disfonksiyonu davranış tedavileri iki majör kategoriye ayrılırlar:

- Mesaneyi hedefleyenler
  - Mesane eğitimi
  - Davranış modifikasyonu
- Mesane çıkışını hedefleyenler
  - Pelvik taban kasları egzersizleri
  - Biofeedback ile pelvik taban kas egzersizleri
  - Vajinal ağırlıklar
  - Elektriksel stimülasyon
  - Ekstrakorporal Manyetik innervasyon Tedavisi (ExMI)
  - Sakral sinir nöromodülasyonu
  - Östojen hormonu uygulaması
  - Ağızdan ilaç tedavileri

**Mesane Eğitimi:** En fazla frequency, urgency ve detrusör instabilitesi ile mesane hipersensitivitesinin neden olduğu sıkışma (urge) inkontinansa yararlıdır. Stres inkontinans ve overflow inkontinanslı hastalar için uygun değildir. Hasta alt üriner sistemin anatomi ve patofizyolojisi hakkında eğitilmelidir. Mesane günlüğünde günlük işeme aralığına bakarak işeme şeması belirlenir. İlk hafta işeme aralığı 30-60 dakika olabilir. İşeme isteği olmasa dahi şemaya göre işemesi için hasta teşvik edilmelidir. Sıkışma (Urgency) mevcutsa hastaya koşmaması öğütlenir. Koştuğunda intraabdominal basınç artar. Geçmesi mümkünse urge geçene kadar oturmalı. Tuvalet gidecekse koşmadan, yavaşça gitmeli. İdrar kaybı ile karşılaşıldığında, devam eden aktivite durdurulmalıdır. Sıkışmanın geçmesi için pelvik taban kas egzersizi yapılır, perine sıkılır, solunum egzersizi yapılarak abdominal kaslar ve diafragma gevşetilir, matematiksel problemler çözülür. Urgency bastırılmıyor ve kaçırma kaçınılmazsa işenebilir. Sıkışma geldiğinde başarılırsa şemada sonraki işemeye yazılır. Sıkışma ve gecikmiş işemeler sayılır. İşeme aralığı uzaması hesaplanır. Gelişim belirlenir. Hasta 6 ardışık hafta gelir. İşeme aralığı her hafta yaklaşık olarak 30 (15-60) dakika arttırılır. Amaç 3-6 saatlik intervale ulaşmaktır. Hasta uyuma esnasında şemaya uyması için zorlanmaz. 6 hafta sonra mesane günlüğü gözden geçirilir. Kontroller sırasında şemaya uyması teşvik edilir. Mesane eğitimi kaçırmamak için mesaneyi sık boşaltarlarda, mesane volümünü arttırmaya yöneliktir (Polat, 2008).

**Davranış Modifikasyonu:** Davranış modifikasyonu, pelvik taban kası rehabilitasyonunu içerir. Mesane ve pelvik taban kaslarının fizyolojik cevaplarını değiştirmeye odaklanırken, miksiyon (işeme) alışkanlıkları daha az ön plandadır.

- Önce hasta biofeedback veya diğer metotlarla pelvik taban kaslarını tanır.
- Pelvik taban kaslarını selektif olarak, intraabdominal basıncı arttırmadan kasıp gevşetmeyi öğrenir.
- Mesane tabanı kasılması esnasında üretrayı kapatacak kasılmaları uygulamayı öğrenir.

En önemli konu; pelvik taban kontraksiyonlarının suprese edilerek urge inkontinansın engellenmesidir. Bu yaklaşımda, hastalar urge duygusuna daha farklı bir cevap vermek için eğitilirler.

- Tuvalet acilen koşmak yerine; intraabdominal basıncı arttırır, inkontinansı tetikleyecek duyusal uyarılar yaratır.

- Hastalar farklı tepkiye yönlendirilir (faaliyete ara vermek, oturmak, tüm vücudu gevşetmek, pelvik taban kaslarını urge duygusu geçene kadar tekrar kasmak, kaçağın önlenmesi, urgenin kaybolması, tuvalete normal bir ritimde gidilmesi (Çiftçi, 2009).

**Egzersiz:** Pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizlerini ilk kez 1951 yılında Kegel tarif ettiğinden dolayı Kegel egzersizleri denir. Mundy, Pelvic floor muscle-pelvik taban kasını (PFM) üçüncü bir sfinkter olarak kabul etmektedir. Bu nedenle egzersiz ayrı bir önem kazanmaktadır. Egzersiz, özellikle stres inkontinansında PFM'yi güçlendirmek için verilir. Egzersiz programı düzenli olarak en az 6-8 hafta devam etmeli ve belli bir tonüse ulaşınca ömür boyu devam edilmelidir. İki hafta sonra egzersizin fizyolojik etkileri ortaya çıkmaya başlar, 6-8 haftada şikayet azalır, 6 ayda da düzelme olur. Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması için daha uzun bir süre geçebilir. Yapılan çalışmalarda egzersiz süreleri 6 hafta ile 4 ay arasında değişmektedir. Eğer istenilen yanıt alınmazsa altta yatan başka bir neden araştırılmalıdır. Bu tip hastalarda kollajen yapının defektif olabileceği bildirilmiştir. Pelvik taban kasları rehabilitasyonu; egzersizin üretral kapanmayı ve pelvik organ desteğini arttırdığı teorisine dayanır. Uygun zamanda kuvvetli bir pelvik taban kası kasılması, idrar kaçağını şu yollarla engeller:

- Üretrayı pubise doğru sıkıştırarak
- Karın içi basınçlarının ani artışında üretranın aşağıya yer değişimini azaltarak
- Egzersize bağlı kas hipertrofinin üretral basıncı ve pelvik organların yapısal desteğini artırarak (Çiftçi, 2009).

Çeşitli randomize çalışmalar ve sistematik derlemeler pelvik taban kası egzersizlerinin hem stres hem de mikst (karışık) inkontinans tedavilerinde tek başına etkili olduğunu gösteren kuvvetli kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Egzersizlerin etkisi; kas gücü artışı yanında, uterusun sarkma ihtimalini azaltması ve barsak kontrolünü arttırmasıdır. Perinenin tonus ve elastikiyeti arttığı için vajinal doğumlarda yırtık oluşma ihtimali azalmaktadır. Egzersiz, mesane boynu ve üretranın hipermobilitelerini önler. 8 haftada öncelikle motor ünit aktivasyonu olmakta, daha sonra kas hipertrofisi gelişmektedir. Bu nedenle egzersize uzun süre devam edilmelidir. Aynı zamanda kadınlar bilinçlendiği için, ağır bir aktiviteden önce PFM'yi bir şekilde kasarak idrar kaçırmayı önlemektedirler (Çiftçi, 2009).

Egzersiz kontrendikasyonu yoktur. En önemli endikasyonları prepartum ve postpartum dönemlerdir. Başarılı bir egzersiz programı için, öncelikle uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç veya premenopozal dönemde olması, semptomların kısa süreli olması ve stres inkontinansta başarı artar. Kasılma olmaksızın obezitenin kendisi intraabdominal (karınıçi) basıncı artırır ve idrar kaçırmaya sebep olur. Bu nedenle obez hastalarda başarı daha kısıtlıdır. Cerrahi girişim geçirme; etkinliği azaltır, çünkü oluşan skar dokusu kasların kasılma yeteneğini azaltır. Depresyon ve yorgunluk tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Çiftçi, 2009).

**Biofeedback:** Biofeedback fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni aracılığı ile görsel ve işitsel sinyaller halinde hastaya yansıtılmasıdır. Biofeedbackte, Elektrik stimülasyonuna göre kişi daha bağımsızdır. Aktif bir yöntem olduğundan kas gücü artışı daha fazladır. Egzersiz ve elektrik stimülasyonunda görsel bir feedback olmadığından istenmeyen kaslar da kasılabilir. Biofeedbackte bu olasılık daha azdır. Pelvik taban kasının selektif kontrolünü sağlar. Haftada 3 kez 25–35 dk uygulanır, 10–20 seans sonunda istenen cevap elde edilir, program egzersiz ile devam etmelidir (Can ve Yağcı, 2006; Yıldız ve ark., 2009).

Üriner inkontinansta tedaviyi değerlendirme ve takip kriterlerinin en önemlileri şunlardır:

- **İdrar kaçırma sayısının azalması veya tamamen ortadan kalkması:** Bazı yazarlara göre hastanın bu yöndeki ifadesi en önemli ölçüt olarak kabul edilmektedir.
- **Perineometre ile kas ölçümü:** Perineometre, pelvik taban kas gücünü objektif olarak değerlendiren bir dinamometredir.
- **Stop testi:** Sadece stres Üİ'ta kullanılır. Hastadan günün ikinci miksiyonunun ortasında pelvik taban kaslarını kasarak istemli olarak idrar akışını durdurması istenir. Tamamen durdurma veya yavaşlatma uygun kasların kullanıldığını ve kas gücünün iyi olduğunu gösterir. İdrarını ne kadar çabuk durduruyorsa kas gücü o kadar iyidir. Bir egzersiz olarak kullanılamaz, infeksiyon riski vardır, mesanenin boşalmasını güçleştirebilir.
- **Ped testi:** Ped testinde amaç; belli bir zaman diliminde kaybedilen idrar miktarını objektif olarak göstermektir. Sadece stres Üİ'ta kullanılır. Hasta

mesanesini boşaltır, 1 lt meyve suyu ya da su içer. Test hasta su içmeye başladıktan 1 saat sonra başlar. 60 dk boyunca 10 dk'da bir bir ped yerleştirilir. 30 dk hasta istirahat eder veya oturur. 15 dk yürür, merdiven çıkar. 45 dk sonra 10 kez oturur, kalkar, 10 kez öksürür, 1 dk koşar, yerden cisim alır. Pedler tartılır, son ağırlıktan ilk ağırlık çıkarılır.

2 gramın altında ise kuru,

2-10 gram hafif veya orta derece,

10-50 gram ağır kayıp,

50 gramdan fazla ise çok fazla kayıp söz konusudur.

Üriner inkontinansa, ileri derecede anatomik bozukluk ile birlikte olan ve kesin cerrahi endikasyon konan vakalar dışında, fizik tedavi ve egzersizin yer aldığı konservatif tedavi mutlaka denenmelidir. Stres inkontinanslı hastaların hepsine nonoperatif tedavi tavsiye edilmelidir, bunların %50-70'i düzelmektedir. Duruma göre tedavi seçenekleri arasında kombinasyon yapılabilir ve bu bir ekip çalışması şeklinde yürütülmelidir. Her zaman kür elde etmek mümkün değildir, ancak hastanın yaşam kalitesini arttırmak mümkündür (Can ve Yağcı, 2006).

### **2.3.25. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Hemşirelik Yaklaşımı**

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).

Üriner inkontinans 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).

Hemşireler, Üİ sorunu olan hastaların hemşirelik tanılarını belirlemek amacıyla tanılama aşamasında elde edilen verileri analiz etmektedir.

Bu analizler sonucunda sıklıkla aşağıdaki hemşirelik tanıları konulmaktadır.

- Üriner inkontinansa 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 ve ark., 2010).

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 ve ark., 2010).

#### **2.4.Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak ‘iyi olma’ durumu için kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir kavramdır. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir ( Eser, 2006).

Son yıllarda gerek sosyal gerek tıp bilimlerinde çok fazla kullanılmakla birlikte, ‘Yaşam Kalitesi’ni tanımlamak oldukça zordur. Çünkü yaşam kalitesi pek çok alanı kapsayan çok faktörlü bir kavramdır. Toplumlar arasında önemli farklılıklar görüldüğü gibi aynı toplumdaki bireyler arasında bile değişkenlik gösterebilmektedir (Müezzinoğlu, 2005).

Üriner inkontinans tedavisinin amacı; İnkontinans sorununu önleyerek hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (Ergün ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün bu tanımı fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler, ruhsal özellikler olmak üzere altı alanı içermektedir. Yaşam kalitesi kavramının tarihi; gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır (Müezzinoğlu, 2005).

Szlai, yaşam kalitesini, bireyin varoluş hali, refahı ve hayattan memnuniyet düzeyi ile ilişkilendirmekte, yaşam kalitesinin bir yandan objektif gerçekler ve etkenlerle, diğer yandan ise bireysel algı ve değerlendirmelere dayalı subjektif etkenlerle şekillendiğini belirtmektedir (Müezzinoğlu, 2005).

Hunt ve arkadaşları ise yaşam kalitesini gereksinimlerin belirlenmesi olarak tanımlamaktadır. Buna göre henüz elde edilmemiş olsa da bu gereksinimler yaşam kalitesini elde etmek için kişinin yaşamı boyunca ortaya koyduklarını yansıtmaktadır. Gill ve arkadaşları ise ‘hastaların kendi sağlık durumları ve /veya yaşamlarının sağlık dışında kalan alanı ile ilgili olarak hissettiklerini gösteren, kişisel algısı’ olarak tanımlamaktadır (Müezzinoğlu, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşam kalitesi; bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında kendi durumunu algılama biçimidir ve kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır (Başaran ve ark., 2005).

Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Sonuçta; yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (Durukan, 2007).

Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını bireysel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Başkalarının, ailesinin veya sağlık

çalışanlarının o kişinin sağlığını nasıl algıladıklarını veya gördüklerini belirtmemektedir. Bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesinin sürdürülmesi yalnızca bireyin var olan kişiliğini korumakla gerçekleşmez. Kişinin işlevselliği, kendini iyi hissetmesi ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren yaşam kalitesi ölçülebilir (Durukan, 2007).

Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır. Bunlar: sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlidir. Bu bileşenlerin hepsi önemlidir. Birinin bile eksikliği 'kaliteli bir yaşam sürüyorum' duygusunu zedeler (Durukan, 2007).

Bir bireyin yaşam kalitesini yalnızca onun öznel yaşam niteliğinden yola çıkarak saptamak mümkün değildir. Yaşam kalitesini belirlerken bireyin içinde yaşadığı toplumdaki sosyal sistemler (aile, eğitim, politika, çalışma hayatı, ekonomi, inanç sistemi, kültür ve değerler sistemi, sosyal refah sistemi vb.) ile olan ilişki ve etkileşimini de göz önünde bulundurmak gerekir çünkü insan, biyo-psiko-sosyal boyutu olan, kültürel bir varlıktır. Davranışlarıyla çevresini etkilediği gibi, aynı zamanda içinde bulunduğu çevresel sistemlerden de etkilenir. Bu nedenle yaşam kalitesini belirlerken objektif ve sübjektif göstergelerin her ikisinden de yararlanılmaktadır. Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve ulaşım sistemleri, milli gelir, istihdam oranları, sosyal ve fiziksel çevre, tasarruf ve yatırımlar, beslenme biçimleri, güvenlik, sosyal olanaklar, serbest zaman değerlendirme olanakları, boşanma ve suç oranları, makro ekonomik göstergeler, yaşam koşulları, yaşam düzeyi, kentleşme oranı literatürde en sık rastlanan objektif yaşam kalitesi göstergelerindedir (Danış, 2009).

Fiziksel çevrenin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği araştırmalarda tespit edilmiştir (Danış, 2009). Yaşlıların yaşam kalitesinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, riskli yaşlılara yönelik koruyucu ve önleyici girişimlerin sağlanması açısından önemlidir.

Menopoz döneminde kadın sağlığını tehdit eden birçok sorunlar da yaşanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde menopoza ilişkin belirtilerin yaygınlığı iyi bilinmediği gibi, koruyucu önlemler konusundaki uygulamalar hakkında da bilinenler



azdır. Menopoza bağlı bu değişiklikler her kadını farklı ölçüde etkilemekte ve kadınların yaşam kalitesini düşürmektedir (Bezircioğlu ve ark., 2004).

Menopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Menopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini, ilişkili faktörleri belirlemek ve sonuçlarını kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır. Kadın ve ailesi içinde bulunduğu bu özel dönemi anlamsız için eğitim verilmeli ve desteklenmelidir. Verilen eğitimlerle kadının yaşayacağı ya da yaşamakta olduğu menopoz dönemine özgü fiziksel ve psikolojik sorunlar bir bilinmez olmaktan çıkarak anksiyetesini azaltır ve kadının baş etme mekanizmalarını harekete geçirmesini sağlar (Bezircioğlu ve ark., 2004).

Üriner inkontinans 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 (Durukan, 2007).

#### **2.4.1. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

- Bireyin kendisine saygısı
- Bireyin memnuniyeti
- Performans yeteneği
- Önceki bilgi ve tecrübeler
- Emosyonel durum
- Genel sağlık
- Ekonomik durum

Yaşam kalitesinin farklı araştırmacılar tarafından belirtilen belirleyiciler, ve boyutları bulunmaktadır (Bakın, 2011).

**Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri:** Geniş bir alanda farklı gruplar ve klinik koşullarda uygulanabilir. Belirli bir hastalık tedavi veya yaş grubuna özgü 15 değildir. Bu tür ölçekler farklı hasta grupları ve farklı şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlar.

**Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri:** Sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik ve spesifik medikal şikayetlerin etkisini belirlemek amacıyla

oluşturulan ölçeklerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesine olanak verir. Üriner inkontinansla ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- Incontinence Impact Questionnaire (Whyman 1987)
- Urogenital Distress Inventory (Shumaker, Whyman 1994)
- Symptom Impact Questionnaire (Black, 1996)
- İncontinence –Quality of Life (I-QQL) (Wagnerwork 1996)
- King’s Health Questionnaire (Kellener, 1997) yer alır (Güler, 2006)

Üriner inkontinans olan kadınlar, utanma, kırgınlık, hüsrans duygusu, beden imajında bozulma, kendilerine olan güvenlerin azalması, kendini kirli ve yetersiz hissetme, seksüel istekte azalma, suçluluk, inkar birçok emosyonel tepkiler görülmektedir (Güler, 2006; Dinç ve Beji, 2008).

Üriner inkontinansla karşılaşan kadınlar, özgürlük ve doğallıklarının kaybolduklarını düşünürler. Aktivitelerini kısıtladıkları için gerileme hissi duyarlar. Daha ciddi kısıtlamalarla karşılaşmaktan, utanç verici durumlara düşmekten, koruyucu önlemlerin işe yaramamasından, kesin tedaviye ihtiyaç duymaktan ve hasta bir kişi olarak görmekten korkarlar (Bakın, 2011).

Kadın, üriner fonksiyonlarını denetleyemediği için kendini kusurlu, eksik ve aşağılık olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesinin kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hisseder, kendini değersiz, dünyayı kötü, karamsar ve anlamsız görür. İnkontinanslı hastaların sosyal bakımdan izole, depresif, enerjilerinin düşük ve iştahsız oldukları, ev işlerini tamamlayacak durumda olmadıkları ve kişisel bakımın azalabileceği değişik araştırmalarda rapor edilmiştir (Bakın, 2011).

## **2.5.Uyku**

### **2.5.1. Uykunun Tanımı ve Özellikleri**

Uyku; bilincin geçici kaybolması, organik faaliyetlerin özellikle sinir duyusunun ve istemli kas hareketlerinin azalmasıyla ortaya çıkan normal, geçici, periyodik ve psikofizyolojik bir durumdur. Uyku; bireyi stres ve sorumluluklardan uzaklaştırarak rahatlatan, ruhsal ve fiziksel açıdan yeniden enerji depolamasını sağlayan

bir süreçtir. Uyku, organizma için yemek yemek, su içmek, nefes almak gibi zorunlu fizyolojik bir ihtiyaçtır (Kaynak, 2008; Karadağ ve Aksoy, 2009).

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesi durumudur (Köktürk, 2005).

Uyku adı verilen periyodik, fizyolojik ve geri dönen bilinç ve davranış değişikliği dönemlerinin ne olduğu, nasıl oluştuğu, o sırada neler yaşandığı ve ne işe yaradığı gibi temel bazı sorular, insanlık tarihi kadar eskidir. Uykunun üzerini örten sır perdesinin aralanabilmesi, elektroensefalografinin (EEG) Hans Berger tarafından keşfinden sonra olmuştur. Berger ilk defa oğlunda saçlı deriden kortikal bioelektrik aktiviteyi yazdırmış ve kısa bir süre sonra uyuyan insanda kayıtlar yapmaya başlamış. Bundan sonra konuya ilişkin bilimsel çalışmalar günümüze dek artarak gelmiştir (Kryger ve ark., 2005).

#### **Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler:**

- Yaşlılık
- Egzersiz
- Çevresel Faktörler( gürültü, sıcak vb.)
- İlaçlar, alkol ve sigara
- Psikolojik ve psikiyatrik problemler
- Hastalıklar

Uyku sağlıklı kişilerde kalitatif ve kantitatif özellikleri bakımından oldukça fazla değişiklikler gösteren, çevreye yanıt vermekten ve algılamadan giderek uzaklaşmayla karakterize olan bedensel bir fonksiyondur. Dinamik bir süreçtir ve beynin bir görevi olduğu için de, yaş ile uyku parametreleri arasında çok sıkı bir ilişki vardır. Zaman zaman bu değişiklikte cinsiyetin de etkisinin bulunduğu gözlenmektedir. Bu nedenle “Normal uyku nasıl olmalıdır?” sorusuna hekimlik pratiğinde oldukça sık rastlamamıza rağmen cevap vermek çok kolay olmamakta, “Normal şartlar altında herkesin uykusu kendine göre en iyidir” tarzında bir cevap ile bu soru geçiştirilmeye çalışılmaktadır (Kryger ve ark., 2005).

Uykunun genelde düşünüldüğü gibi organizmanın işlevlerinde pasif bir yavaşlama ve sessizliğe geçiş durumu değil, uykuya geçme ve uykunun devamının etkin

(aktif) bir süreç olduğu ve karmaşık, nörofizyolojik, biyokimyasal mekanizmaları içerdiği savunulmaktadır. Beynin etkin olarak çalıştığı belirtilen uyku durumunda, nörofizyolojik toparlanma ve onarım işlevlerinin ele alındığı, uyanık oldukları dönemde öğrenilenleri ayıklama ve depolamanın yanı sıra beyin korteksinde uyanıklık için etkin hazırlanma süreçlerinin gerçekleştiği ileri sürülmektedir (Öztürk, 2007).

### **2.5.2. Uykunun Fizyolojisi**

Hipokrat'a göre uyku, kanın, dolayısıyla ısının vücudun derinliklerine doğru akışıyla oluşur. Aristo ise uykunun besinlerin sindirilmesi sonucu başladığını ifade etmiştir. Uyku periferik sinir, endokrin, kardiyovasküler, solunum ve kas sistemindeki değişiklikler ile sağlanan bir dizi biyolojik basamakları içerir (Kaynak, 2008).

Uyku, aktif bir inhibisyon sürecidir. Retiküler aktive edici sistem (RAS), uyanıklık süresince yorulmakta ve bir süre sonra inaktif hale gelmektedir. Uykunun doğal siklusunu kontrol etmede retiküler aktive edici sistem ve bulber senkronize edici bölge beraber çalışmaktadır. RAS, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktivitelerin yanında refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu da sağlar ve uyku esnasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyaranları algılayabilir ve bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyaranların azalması sistemin aktivasyonunu azaltmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç gibi dışarıdan gelen uyaranlar RAS'ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine neden olur. Bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçici sağlamaktadır (Ay ve ark., 2008).

### **2.5.3. Uykunun Evreleri**

Uyku temel olarak REM ve Nonrapid eye movement (NREM) olmak üzere iki dönemden oluşmaktadır. Uykunun %20'si REM, %80'i NREM evresinde geçirilmektedir. NREM sırasında sistemin tümüyle dış dünyaya kapalı olmadığı, çevredeki değişimlerin algılanarak düzenlemelerin yapıldığı, REM ise çevreden bağımsız bir şekilde iç düzenlemelerin yapıldığı bir dönemdir (Kaynak, 2008).

Uykuya fiziksel dinlenmenin gerçekleştiği ve sessiz evre olarak bilinen NREM evresiyle başlanmaktadır. Bu evrede parasempatik sinir sisteminin etkisiyle kalp hızı solunum sayısı, kas tonüsü ve göz hareketlerinde azalma ortaya çıkmaktadır. Bu evrenin sonuna doğru bu azalma düzenli hale gelmektedir. Bu dönemin bir temel özelliği de

büyüme hormonu salgılanmasındaki artıştır. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamaktadır. NREM dört evreden oluşmaktadır. Evre I ve II yüzeysel uyku, evre III ve IV ise derin uyku evreleridir. Uyku süresince birey NREM'in birbirini takip eden dört evresini geçirmekte, sonra IV, III, II olmak üzere geri dönmektedir. Birey NREM I'e dönmek yerine REM uykusuna geçmekte ve tekrar NREM II, III, IV evrelerini geçirmektedir. REM I evresine tekrar dönüldüğünde ise birey uyanmaktadır (Kaynak, 2008).

Uykuda birbirini periyodik olarak izleyen iki değişim dönemi vardır. Bunlar REM ve NonREM dönemleridir. Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın latent dönemi adı verilir. Bu latent dönemden sonra değişim dönemleri başlar.

#### **2.5.4. Yavaş Dalga Uykusu – NREM**

Normalde, uykuya NREM uykusu ile başlanır, bu uyku dört evreden oluşur, NREM I. ve II. evreleri yüzeysel uyku, III. ve IV. evrelere ise derin uyku denilmektedir (Eryavuz, 2007). NREM IV. evresinden sonra IV, III ve II olarak geriye döner ve REM uykusuna geçer. REM evresi geçirildikten sonra tekrar NREM dönemi (NREM I, II, III, IV, IV, III, II) başlar. Uykunun NREM I ile başlamasından REM'in bitimine kadar olan döneme bir uyku siklusu (NREM-REM döngüsü) denilir. İnsanlarda her bir NREM-REM döngüsünün uzunluğu yaklaşık olarak 90 dakikadır ve her gece dört ila altı kez tekrarlanır (Penev, 2007).

Non- Rapid Eye Movement evresinde, norepinefrinerjik, serotonerjik, kolinerjik ve histaminerjik uyarılarda azalma olur. Beyin bölgesel kan akımında ve metabolizmada yaygın azalma görülür. EEG'de yavaş salınımlar, delta ve sigma dalgaları, uyku içcikleri, K kompleksi özellik gösterir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

#### **2.5.5. Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu**

REM dönemi toplam uyku süresinin %20-25'ini oluşturur. EEG ve EMG özelliklerine göre tonik ve fazik olmak üzere iki alt gruba ayrılabilir. Tonik REM evresinde EEG'de desenkronizasyon, büyük kas guruplarında hipotoni veya atoni, reflekslerin baskılanması görülürken, fazik REM döneminde hızlı göz hareketleri, kan basıncı ve kalp hızında fazik salınımlar, düzensiz solunum görülmektedir. REM uykusu rüyaların görüldüğü ve ruhsal dinlenmenin sağlandığı dönemdir. Gece boyunca REM dönemi genellikle 5–30 dakika süren sikluslar halinde, 90–120 dakika aralarla

gerçekleşir ve uyku süresince 4–6 kez tekrarlanır. REM uykusu beynin aktif olduğu bir dönemdir ve rüyaların %80'i REM döneminde görülmektedir. Gecenin ilk yarısında NREM, ikinci yarısında ise REM dönemi baskındır (Carskadon ve Dement, 2005).

#### **2.5.6. Uyku Gereksinimi**

Uyku, Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre önemlidir ve yeme, nefes alma, boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli değişkeni olarak görülmektedir. İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır (Biol, 2004).

Yaşlılıkta uyku döngülerinin sayısının arttığı ve sürelerinin kısaldığı, yatakta uyumak için geçen sürenin %70-80 oranında azalırken, uyumak için daha az çaba sarf edildiği, ayrıca ışık, gürültü ve ısı değişikliklerinde daha çabuk uyanıldığı ve uyku EEG'sinde sabit bir değişiklik olarak, yavaş dalga aktivitesinde azalma gözlemlendiği vurgulanmaktadır. Yaşlılıkta daha sık uyanma ve 1. dönem uykunun yüzdesinin arttığı ancak REM uykusunun göreceli yüzdesinin yaşla beraber çok az değişime sahip olduğu dikkati çekmektedir. REM uykusundaki değişikliklerin yüzdesinin daha az ancak REM'in zamana ait dağılımının "düzleşme eğiliminde" olduğu, gecenin her iki döneminde de eşit ve aynı şekilde dağılım gösterdiği bildirilmektedir. Azalmış gece uykusu, uyuklama eğilimi ve gündüz uykuları, uyanıklık/uyku dengesinde bozulma yaşla birlikte daha az bağlı duruma gelirken, düzleşmenin, bir eğilimi ortaya çıkarmaktadır (Ay, 2008).

#### **2.5.7. Uykunun İşlevi**

Uykunun temel fonksiyonunun, bedenin kendini yenilemesini ve gelecek güne hazırlamasına ortam hazırlamak olduğu, uyku ve uyanıklık durumunun biyolojik ritim ve tekrarlayan periyotlara sahip bir süreç olarak ele alınması gerektiği, birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etkenlerin uykunun kalitesini bozabileceğine dikkat çekilmektedir. Uykuyu etkileyen en önemli faktörlerden birinin, bireyin içinde bulunduğu çevre olduğu açıktır. Kuramcıların, psikolojik ya da sosyal çevreden çok, fiziksel çevre, özellikle, havalandırma, sıcaklık, koku, gürültü ve aydınlatma gibi etmenler üzerinde durduğu gözlenmekte, çevre koşullarının, bireyin uyku ve dinlenmesini önemli ölçüde etkilediği savunulmaktadır (Eryavuz, 2007; Uğraş, 2006).

### 2.5.8. Üriner İnkontinanslı Yaşlı Kadınlarda Uyku ve Yaşam Kalitesi

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).

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). Üİ görülen bireylerde davranışsal tedavide bakım üç boyutta ele alınmaktadır. Bunlar; inkontinans eğitim programları, cilt bakımı ve harici ürünlerin kullanılmasıdır (Şenturan 2010).

Uyku ve dinlenme ile ilgili belirlenen girişimlerin amacı, uyku sonrası yaşlı kadınların kendilerini enerjik hissetmesi, düzenli uyku periyodu kurabilmesi, yaşlı kadınların uykularını engelleyen etkenleri tanımlayabilmesi ve uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışlar edinmesidir (Ay, 2008). Yaşlı kadınların sağlıklı bir uyku uyumaları için yapmaları gereken girişimler şunlardır:

- Uyku gelmeden yataga yatılmamalıdır.
- Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, kitap okumak veya tv seyretmek gibi aktivitelerinden kaçınılmalıdır
- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Her zaman aynı saatte kalkılmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur.
- Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yataktan kalkma süresi uzatılmamalıdır.

- Yatak odası ses, ısı, ısı yönünden korunmuş olmalıdır.
- Aksam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
- Çok aç ya da tok olunmamalıdır. Gece sıvı alımı gündüze göre az olmalı.
- Kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınmalıdır.
- Doktorun bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı alınmamalıdır (Göktaş ve Özkan, 2006).





### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla ilişki arayan tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

İlişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak planlanan bu çalışma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine yapılmıştır. Araştırma 15 Aralık 2014– 15 Mart 2015 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri olan yaşlılardan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim kurulabilen, görme ve işitme engeli bulunmayan ve üriner inkontinans tanısı olan hastalara yapılmıştır.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 15 Aralık 2014 – 15 Mart 2015 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine gelen üriner inkontinansı olan 140 hasta oluşturmuştur.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örneklem seçimini Sample Size Calculator Güç Analizi Programında %95 güven aralığında %5 hata payı ve %40 Üİ prevalansı ile polikliniğe gelen toplam 140 kişi oluşturmuştur. Hastalara idrar kaçırıp kaçırmadıkları sorulup idrar kaçırdığını ifade eden tüm hastalar Üİ'nin tipini ve şiddetini ayırt etmeden örnekleme alınmıştır. Bu hastalar arasına hekim tarafından Üİ tanısı alanlar veya almayanların hepsi olacaktır.

#### **3.4.Araştırmanın Değişkenleri**

##### **3.4.1. Bağımlı Değişken**

Üriner inkontinans yaşam kalitesi düzeyi ve uyku kalitesi düzeyi.

##### **3.4.2. Bağımsız Değişken**

Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, en uzun süre yaşanan yer, sosyal güvence durumu, algılanan ekonomik durum ve aile tipi. Toplam gebelik sayısı, doğum

şekli, doğumda yardımcı doğum aletleri (forseps, vakum) kullanılma durumu, menopoz sonrası hormonal ilaç alma durumu. Kronik hastalık ve ilaç kullanma durumu. Üriner inkontinans durumu, Üİ görülme durumu, Üİ tipi, sıklığı ve miktarı, gece idrara çıkma durumu, Üİ nedeniyle doktora gitme durumu, kegel egzersizini bilme durumu ve kegel egzersizini uygulama durumu.

### **3.5.Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri, üriner inkontinansı olan yaşlı kadın hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi” (Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL)) ve uyku kalitelerini değerlendirmek amacı ile uygulanan “PITTSBURG Uyku Kalitesi Anketi” kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel Bilgi Formu, üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri hasta kadınların yaşam kalitesi ve uyku düzeyini etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik ve fizyolojik faktörleri belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür taraması sonucunda 36 soru şeklinde oluşturulmuştur. Kişisel bilgi formunun 19 sorusu tanıtıcı özellikleri ile ilgili, 12 sorusu üriner inkontinans ile ilgili ve 5 soru uyku kalitesi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL))**

Üriner İnkontinansı olan 65 yaş ve üzeri hastaların yaşam kalitesini belirleyebilmek amacı ile “Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika’da geliştirilmiştir. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22’ye düşürülmüştür (Patrick ve ark., 1999).

Üriner İnkontinanslı Hasta Yaşam Kalitesi Anketi (Incontinence Quality of Life Scale) üç alt alan ölçeğinden oluşmaktadır. Bunlar; davranışların sınırlandırılması (DS) (1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. maddeler), psikososyal etkilenme (PE) (5., 6., 7., 9.,

15., 16., 17., 21., 22. maddeler) ve sosyal izolasyondur (Sİ) (8.,12.,14.,18.,19. maddeler). I-QOL'da, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için, 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanmaktadır. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (Patrick ve ark., 1999; Özerdoğan ve Beji, 2004).

Ölçeğin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin toplamı alınır. Toplam skorun aldığı maksimum puan 110, DS'nin ölçeğin alt skalada maksimum skor 40, PE alt skorunun alacağı maksimum puan 45, Sİ alt skalası için ise 25 puandır. Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini gösterir.

Incontinence Quality of Life Scale toplam skorunu ve alt boyut skorlarını hesaplamada her bir bireyin aldığı skorlar aşağıdaki dönüşümler kullanılarak 0-100 lük skalaya uyarlandı.

$$\text{IQOL toplam skor} = \frac{X_i}{110} \times 100$$

Alt boyutlara giren maddeler ve skorların hesaplanması aşağıdaki gibidir;

**Davranışların sınırlandırılması alt skala skoru (n=8 soru):** Bu boyutta yer alan 8 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 40 * 100.$$

**Psikososyal etkilenme alt skala skoru (n=9 madde):** Bu boyutta yer alan 9 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı

$$\text{Skor} = X_i / 45 * 100.$$

**Sosyal izolasyon alt skala skoru (n= 5 madde):** Bu boyutta yer alan 5 maddeye ilişkin puanların toplamı alınarak 100'lük skalaya uyarlandı.

$$\text{Skor} = X_i / 25 * 100.$$

Patrick ve arkadaşlarının çalışmasında, I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,95, DS alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,87, PE alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,93 ve Sİ alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Patrick ve ark., 1999).

Üriner inkontinanslı hasta yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. Özerdoğan ve Beji'nin çalışmasında I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,96, DS alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,88, PE alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 ve Sİ alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Özerdoğan ve Beji, 2004). Bu araştırma da ise, I-QOL'ın geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,89, DS alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,81, PE alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,78 ve Sİ alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,57 olarak bulunmuştur

### **3.5.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)**

Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Smyth C.'nin çalışmasında rapor edildiğine göre; 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçmiş 1 aylık sürede uyku kalitesi ve bozukluğunu değerlendiren bir öz bildirim ölçeği olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise geçerlik güvenilirlik ( $r = 0.804$ ) çalışması Ağargün ve ark. tarafından 1996 yılında yapılmıştır (Ağargün ve ark. 1996). Ölçek toplam 18 soru ve 7 bileşenden oluşmaktadır. Bileşenler şu şekilde sıralanabilir: subjektif uyku kalitesi (bileşen1), uyku latensi (bileşen2), uyku süresi (bileşen3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen4), uyku bozukluğu (bileşen5), uyku ilacı kullanımı (bileşen6), gündüz işlev bozukluğu (bileşen7). Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazılarıysa birkaç maddenin gruplandırılmasıyla elde edilmektedir (Smyth, 2007).

Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Yüksek değerler uyku kalitesinin kötü, uyku bozukluğu seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Toplam puanın 5'in üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Toplam puanın 5'in altında olması ise uyku kalitesinin iyi olduğunu gösteren bir durumdur (Ağargün ve ark., 1996).

#### **Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin (PUKİ) Hesaplanması**

**Bileşen 1:** Öznel uyku kalitesi soru 9'un puanlaması ile elde edilir.

Soru 9 için;

Çok iyi: 0 puan Oldukça iyi: 1 puan Oldukça kötü: 2 puan Çok kötü: 3 puan

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmiştir.

**Bileşen 2:** Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir.

Soru 2 için;

≤15 dakika: 0 puan 16-30 dakika: 1 puan 31-60 dakika: 2 puan >60 dakika: 3 puan Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru5a için;

Hiç: 0 puan Haftada birden az: 1 puan Haftada bir veya iki kez: 2 puan Haftada üç veya daha fazla: 3 puan

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 2 ve 5a'nın toplamı için;

0: 0 puan; 1-2; 1 puan; 3-4; 2 puan; 5-6: 3 puan. Böylece elde edilen puan ile Bileşen 2 puanı bulunmuştur.

**Bileşen 3:** Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.

Soru 4 için;

≥7 saat: 0 puan; 6-6,9 saat: 1 puan; 5-5,9 saat: 2 puan; <5 saat: 3 puan. Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir.

**Bileşen 4:** Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır.

Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi hesaplanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

Uyuma saatlerinin süresi

Alışılmış uyku etkinliği(%) =----- x 100

Yatakta geçen saatlerin süresi

Alışılmış uyku oranı;

>%85: 0 puan; %75-84: 1 puan; %65-74: 2 puan; <65: 3 puan. Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir.

**Bileşen 5:** Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir.

Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları için;

Hiç: 0 puan; Haftada birden az: 1 puan; Haftada bir veya iki kez: 2 puan; Haftada üç veya daha fazla: 3 puan Daha sonra 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

Soru 5b-5j toplamları için; 0: 0puan 1-9: 1 puan 10-18: 2 puan 19-27: 3 puan.  
Bu değerlendirme sonunda bileşen 5 puanı elde edilmiş olur.

**Bileşen 6:**Uyku ilacı kullanımı soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

Soru 6 için;

Hiç: 0 puan; Haftada birden az: 1puan; Haftada bir veya iki kez: 2 puan;  
Haftada üç veya daha fazla: 3 puan. Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilmiş olur.

**Bileşen 7:**Gündüz işlev bozukluğu soru 7 ve soru 8'in puanlaması ile elde edilir.

Soru 7 için;

Hiç 0 puan; Haftada birden az 1 puan; haftada bir veya iki kez 2 puan; haftada üç veya daha fazla 3 puan

Buradan soru 8'in puanı elde edilir.

Soru 8 için;

Hiç problem oluşturmadı 0 puan, yalnızca çok az bir problem oluşturdu 1 puan, bir dereceye kadar problem oluşturdu 2 puan, çok büyük bir problem oluşturdu 3 puan.  
Buradan soru 9'un puanı elde edilir.

Soru 7 ve 8 in puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 7 ve 8'in toplamı için;

0 puan 1-2, 1 puan 3-4, 2 puan 5-6, 3 puan. Bu değerlendirme sonucunda bileşen 7 puanı elde edilmiştir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda bileşen 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 puanları toplanarak Global PUKİ (Global PSQI) puanı bulunmuştur.

PUKİ, bir aylık bir zaman aralığındaki uyku kalitesi ve bozukluğunu değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. PUKİ, Smyth C.'nin çalışmasında rapor edildiğine göre; 1989 yılında Buysse ve ark. tarafından geliştirilmiş ve yeterli iç tutarlılığa (Cronbach's alfa= 0,80), test-tekrar test güvenilirliğine ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde PUKİ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve ark. tarafından 1996 yılında (Cronbach's alfa= 0,80) yapılmıştır. Smyth'in PUKİ ile ilgili çalışmasında cronbach alfa sayısı 0,83 bulunmuştur. Bu çalışmada ise cronbach alfa sayısı 0,68 bulunmuştur.

### **3.6.İstatistiksel Analiz**

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 20,0 istatistik paket programı (Statistical Package for Social Sciences) ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı nicel veriler (ortalama= $\bar{x}$ ), (standart sapma, SD), nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Testte verilen yanıtların normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edilmiştir. Veriler normal dağılım gostermediği için nonparametrik testler kullanılmıştır. Üriner inkontinans durumu ve Üİ yaşam kalitesinin bağımsız değişkenlerine ilişkin incelemede Mann-Whitney U (MW-U) testi ve Kruskal-Wallis Varyans (KW) analizi kullanılmıştır.

İlişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına p değerlerine gore karar verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık duzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7.Araştırmanın Etik Yonu**

Araştırma oncesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulundan B,30,2,ODM,0,20,08/1451 numaralı etik onay, uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. I-QOL oleęinin araştırmada kullanılabilmesi için Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN'dan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sozlu onamları alınmış ve gonullu katılımları sağlanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmamız idrar kaçırma şikayeti olan 65 yaş üzeri yaşlı kadınlar ile yapılmıştır (n=140). Olgulara ilişkin demografik özellikler Tablo 1 görülmektedir.

**Tablo 1.** Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
<b>Yaş ile ilgili özellikler</b>	<b><math>\bar{X}\pm SD=70,36\pm 4,14</math></b>	<b>(Min-Max)=(65-83)</b>
65-74 yaş arası	120	85,7
75-84 yaş arası	20	14,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	115	82,1
Dul-boşanmış	25	17,9
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Hiç çocuğu olmayan	2	1,4
1-4 arası çocuğu olan	82	58,5
5 ve üzeri çocuğu olan	56	39,9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	45	32,1
Okuryazar	55	39,3
İlkokul mezunu	23	16,4
Ortaokul	9	6,4
Lise	5	3,6
Yüksekokul	3	2,1
<b>Çalışma Durumu</b>		
Ev hanımı	89	63,6
Emekli	51	36,4
<b>Gelir Durumu</b>		
Geliri giderden yüksek	53	37,9
Geliri gidere denk	68	48,6
Geliri giderden az	19	13,6

Yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %85,7'sinin 65-74 arası yaş grubunda, %82,1'inin evli olduğu ve %58,5'inin 1-4 arası çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Yaşlı kadınların %32,1'inin okuma yazması olmadığı, %39,3'ünün okur yazar olduğu ve %16,4'ünün ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).



Yaşlı kadınların %63,6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiş olup, %37,9'u gelir durumlarını iyi, %48,6'sı ise gelir durumlarını orta olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 1).

**Tablo 2.** Yaşlı kadınların yaş, idrar kaçırma, uyku süresi, doğum sayısı, abortus sayısı ve çocuk sayısı puan ortalamaları(n=140)

Özellikler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
İdrar Kaçırma Süresi	1	5	3,20	0,94
Günlük Uyku Süresi	2	14	1,65	0,57
Doğum Sayısı	-	4	4,50	0,86
Abortus Sayısı	1	4	1,77	0,99
Çocuk Sayısı	-	10	4,45	2,07

Hastanede polikliniğe gelen 65 yaş üstü yaşlılardan oluşan örneklem grubunun çocuk ortalaması  $4,45 \pm 2,07$ 'dir ( Tablo 2).

**Tablo 3.** Yaşlı kadınların sağlığı algılama durumu, sürekli ilaç kullanım durumu, kabızlık sorunu olma durumu, sigara kullanma durumu, kolalı içecek tüketme durumu ile ilgili tanıtıcı özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Sağlığı Algılama Durumu</b>		
İyi	50	35,7
Orta	59	42,1
Kötü	31	22,1
<b>Sürekli İlaç Kullanım Durumu</b>		
Evet	112	80,0
Hayır	28	20,0
<b>Kabızlık Sorunu Olma Durumu</b>		
Var	88	62,9
Yok	52	37,1
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	11	7,9
Hayır	129	92,1
<b>Kolalı İçecek Tüketme Durumu</b>		
Hiç içmeyenler	54	38,6
1-2 su bardağı	66	47,1
2 su bardağından fazla	20	14,3

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların %80'inin sürekli ilaç kullandığı, %62,9'unun kabızlık yaşadığı, yaşlıların yalnızca %7,9 unun sigara kullandığı ve %38,6 hiç kolalı içecek içmediği saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Yaşlı kadınların kronik hastalık dağılımı (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Üriner İnkontinans Dışında Başka Hastalığın Varlığı</b>		
<b>Sık idrar Yolu Enfeksiyonu</b>		
Evet	67	47,9
Hayır	73	52,1
<b>Kronik Kabızlık</b>		
Evet	15	10,7
Hayır	125	89,3
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Evet	26	18,6
Hayır	114	81,4
<b>Böbrek Yetmezliği</b>		
Evet	15	10,7
Hayır	125	89,3
<b>Kardiyovasküler Hastalık</b>		
Evet	48	34,3
Hayır	92	65,7
<b>Nörolojik Hastalık (MS, Parkinson, Demans, Alzheimer, Epilepsi)</b>		
Evet	21	15,0
Hayır	119	85,0
<b>Tiroid Hastalıkları</b>		
Evet	9	6,4
Hayır	131	93,6
<b>KOAH</b>		
Evet	8	5,7
Hayır	132	94,3
<b>Kas-iskelet Hastalıkları</b>		
Evet	57	40,7
Hayır	83	59,3

Araştırmaya katılan yaşlı kadınlarda en sık görülen hastalıklar sırası ile %47,9'unun sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, %40,7'sinde ise kas iskelet sistem hastalıkları, %34,3'ünde kardiyovasküler hastalık ve %18,6'sında diabetes mellitus olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).



**Şekil 4.** Kronik hastalık olma durumu grafiksel gösterimi

Araştırmaya katılan kadınların %85'inin kronik hastalığının olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4).

**Tablo 5.** Yaşlı kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Doğum Sayısı</b>		
Hiç doğum yapmayan	2	1,4
Bir doğum yapan	3	2,1
İki doğum yapan	13	9,3
Üç doğum yapan	27	19,3
Dört ve üzeri doğum yapan	95	67,9
<b>Doğumların Şekli</b>		
Normal doğum	110	78,6
Sezeryan	18	12,9
Müdahaleli normal doğumlar	10	7,1
<b>Düşük Sayısı</b>		
Düşük yok	78	55,7
Bir tane düşük yapan	25	17,9
İki tane düşük yapan	27	19,3
Üç veya üzeri düşük yapan	10	7,1
<b>Menopoz Hormon Tedavisi Alma Durumu</b>		
Hormon tedavisi alanlar	49	35,0
Hormon tedavisi almayanlar	91	65,0
<b>Ağır Cisim Kaldırma Durumu</b>		
Evet	114	81,4
Hayır	26	18,6

Araştırma kapsamına alınan kadınların doğurganlık özellikleri Tablo 5'de verilmiştir. Yaşlı kadınların %1,4' ü hiç doğum yapmadığını %19,3'ü 3 doğum ve %67,9'unun ise 4 ve üzeri doğum yaptığını ifade etmiştir (Tablo 5) .

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların doğum şekillerine bakıldığında, %78,6'sının normal doğum yaptığı, %12,9'unun sezeryan doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Yaşlı kadınların %55,7'sinin hiç düşük yapmadığı saptanmış olup, %17,9'u bir düşük, %19,3'ünün iki düşük yaptığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan yaşlı kadınların %35'i menopoz döneminde hormon tedavisi aldığını belirtmiştir. Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların %81,4'ü ağır cisim kaldırdığını ifade etmiştir (Tablo 5).



**Tablo 6.** Yaşlıların üriner inkontinans ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Üriner İnkontinans Sıklığı</b>		
<b>Ara Sıra</b>		
Evet	18	12,9
Hayır	122	87,1
<b>Bazen</b>		
Evet	24	17,1
Hayır	116	82,9
<b>Genellikle</b>		
Evet	43	30,7
Hayır	97	69,3
<b>Her zaman</b>		
Evet	56	40,0
Hayır	84	60,0
<b>Önceden Kaçıyordum Şimdi kaçırmiyorum</b>		
Evet	4	2,9
Hayır	136	97,1
<b>Üriner inkontinans Durumları</b>		
<b>Tuvalete Yetişmeden İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	50	35,7
Hayır	90	64,3
<b>Öksürürken veya Hapşırırken İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	71	50,7
Hayır	69	49,3
<b>Uyurken İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	11	7,9
Hayır	129	92,1
<b>Hareket Halinde İken İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	33	23,6
Hayır	107	76,4
<b>Bir Neden Olmadan İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	20	14,3
Hayır	120	85,7
<b>Her Zaman İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	23	16,4
Hayır	117	83,6
<b>Yakınlarında İdrar Kaçırma Sorunu Olma Durumu</b>		
Evet	98	70,0
Hayır	9	6,4
Bilinmiyor	33	23,6
<b>Üriner İnkontinans Süresi</b>		
0-1 yıldır	9	6,4
1-3 yıldır	24	17,1
3-5 yıldır	37	26,4
5 yıl veya üzeri	70	50,0

Yaşlı kadınların %12,9'u ara sıra idrar kaçırdığını, %30,7'si genellikle idrar kaçırdığını, %40'ı ise her zaman idrar kaçırdığını ifade etmiştir (Tablo 6).

Yaşlı kadınların %50'si 5 yıl ve daha uzun süredir idrar kaçırdığını ifade etmiştir. Bunların %35,7'sinde tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı %50,7'sinde öksürürken/hapşırırken idrar kaçırdığı, %7,9'unda uyurken, %23,6'sında hareket halinde iken, %14,3'ünde bir neden olmadan, %16,4'ünde ise her zaman idrar kaçırma şikayeti olduğu belirlenmiştir. İdrar kaçırma şikayeti olan ve yaşlı kadınların %70'i yakınlarında da idrar kaçırma şikayeti olduğunu belirtmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Yaşlıların üriner inkontinans ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Üriner İnkontinansa Yönelik Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	135	96,4
Hayır	5	3,6
<b>Üriner İnkontinans Bilgisinin Alındığı Yer</b>		
Tv-Radyo-Gazete	32	22,9
Akraba ve arkadaş	34	24,3
Doktordan	50	35,7
Hemşire-ebe	25	15,7
<b>Üriner İnkontinans İçin Tedavi Alma Durumu</b>		
Evet	54	38,6
Hayır	86	61,4
<b>Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Tutumları</b>		
Önemsemedim	25	17,9
Çekindim	3	2,1
Vaktim olmadı	1	0,7
Yaşla birlikte normal olduğunu düşünenler	31	22,1
Beni rahatsız etmiyor	13	9,3
Tedavi edilemez diye düşünenler	19	13,6
<b>İdrar Tutmayı Sağlayan Kasları Güçlendirmek İçin Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Evet	66	47,1
Hayır	74	52,9

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların %96,4'ü Üİ ile ilgili bilgi aldığını söylemiştir. Kadınların %22,9'u Üİ ile ilgili bu bilgiyi televizyondan aldığını, %24,3'ü akraba ve arkadaşlarından ve %35,7'si doktordan aldığını ifade etmiş olduğu ve kadınların %38,6'sı Üİ için tedavi aldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Üriner inkontinansı olan kadınların tutumlarına bakıldığında; %17,9'u idrar kaçırmayı önemsemediğini, %22,1'i yaşla birlikte normal olduğunu, %9,3'ü kendilerini rahatsız etmediğini ve %13,6'sı inkontinansın tedavi edilemez olduğunu düşünmekte olup, araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlı kadınların %47,1'i idrar tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için egzersiz yaptığını ifade etmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8.** Üriner inkontinans olan kadınların, üriner inkontinansa ve uyku ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İdrar Kaçırma Miktarı</b>		
Damla damla	39	27,9
Az miktarda	90	64,3
İdrarın tamamı	11	7,9
<b>Geceleri İdrar Yapmaya Kalkma Durumu</b>		
Evet	110	78,6
Hayır	30	21,4
<b>Uykunun Düzenli Olma Durumu</b>		
Evet düzenli	65	46,4
Hayır düzensiz	75	53,6
<b>Günlük Uyku Saati</b>		
2-6 saat arası	56	40,0
6-10 saat arası	77	55,0
10-14 saat arası	7	5,0
<b>Gündüz Uyuklama Sorunu Olma Durumu</b>		
Evet	92	65,7
Hayır	48	34,3

Yaşlı kadınların %65,7'sinin gündüz uyuklama sorunu olduğu belirlenmiştir. Yaşlı kadınlarda idrar kaçırma miktarlarına bakıldığında %27,9'u damla damla, %64,3'ü az miktarda idrarını kaçırdığı, %78,6'sının geceleri idrar yapmaya kalktığı, %46,4'ünün uykusunun düzenli olduğu ve %55'inin günde 6-10 saat uyuduğu saptanmıştır(Tablo 8).

**Tablo 9.** Yaşlı kadınlarda uyku sorunları ile baş etme yöntemlerinin dağılımı (n=140)

Özellikler	n	%
<b>Uyku Sorunları İle Baş Etme Yöntemleri</b>		
<b>Hiçbir Yöntem Kullanmama Durumu</b>		
Evet	35	25,0
Hayır	105	75,0
<b>Süt Yoğurt Tüketme</b>		
Evet	69	49,3
Hayır	71	50,7
<b>Televizyon Seyretme</b>		
Evet	37	26,4
Hayır	103	73,6
<b>İlaç Alma</b>		
Evet	39	27,9
Hayır	101	72,1
<b>İdrara Çıkmamak İçin Az Sıvı Tüketmek</b>		
Evet	40	28,6
Hayır	100	71,4
<b>Yalnız Bir Yerde Uyumak İsteme</b>		
Evet	33	23,6
Hayır	107	76,4

Üİ olan yaşlı kadınların uyku sorunları ile başa çıkma yöntemlerine bakıldığında %49,3'ünün süt veya yoğurt yediği, %26,4'ünün TV izlediği, %27,9'unun uyku ilacı aldığı, %28,6'sının gece idrara çıkmamak için az sıvı tükettiği belirlenmiştir (Tablo 8).



**Tablo 10.** Yaşlı kadınlarda uyku kalitesi alt boyutları puan ortalamaları, uyku kalitesi puan ortalaması, uyku kalitesi puanları

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
<b>Uyku Kalitesi Alt Boyutları</b>		
Öznel Uyku Kalitesi	1,50±0,87	0-3
Uyku Latensi	1,71±0,87	0-3
Uyku Süresi	0,90±1,07	0-3
Alışılmış Uyku Etkinliği	1,22±1,14	0-3
Uyku Bozukluğu	1,64±0,55	1-3
Uyku İlacı Kullanımı	1,25±0,82	0-3
Gündüz İşlev Bozukluğu	1,45±0,75	0-3
<b>Uyku Kalitesi</b>	<b>63,55±11,84</b>	<b>(37,04-92,59)</b>
<b>Bileşenlerin Toplam Ortalaması</b>		<b>9,67±6,08</b>
<b>Uyku Kalitesi Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Uyku Kalitesi İyi (0-4,99 Puan Alanlar)	15	10,7
Uyku Kalitesi Kötü (5 ve Üzeri Puan Alanlar)	125	89,3

Üriner inkontinanslı hastalarda yapılan Pittsburg uyku kalitesi anketi ve alt skalalarının aldığı skorlar Tablo 10’da gösterilmektedir. Alt skalaların ortalaması ise en fazla etkilenenden en etkilenmeyen alana göre sırasıyla Uyku Latensi alt skalası için 1,71±0,87, Uyku Bozukluğu alt skalası için 1,64±0,55, Öznel Uyku Kalitesi alt skalası için 1,50, Gündüz İşlev Bozukluğu 1,45±0,75, Uyku İlacı Kullanımı 1,25±0,82, Alışılmış Uyku Etkinliği 1,22±1,14 ve Uyku Süresi alt boyutu ise 0,90±1,07 olarak belirlenmiştir. Bileşenlerin toplamı ise 9,67±6,08 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Çalışmada Üİ olan yaşlı kadınların uyku kaliteleri puan ortalamasının 63,55±11,84 olduğu ve yaşlıların %89,3’nün uyku kalitesi puanı kötü, %10,7’sinin iyi olarak bulunmuştur (Tablo 10).

**Tablo 11.** Yaşlı kadınların demografik özellikleri ile uyku kalitesi puan ortalaması karşılaştırılması(n=140)

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>Uyku kalitesi</b> $\bar{X} \pm SS$	<b>Önemlilik testi</b>
<b>Yaş</b>		
65-74 yaş arası	63.00±12.01	Z=-1.56
75-84 yaş arası	66.85±10.47	p=0.11
<b>Medeni durum</b>		
Evli	63.17±11.59	Z=-0.77
Dul-boşanmış	65.33±13.05	p=0.43
<b>Çocuk sayısı</b>		
Hiç çocuğu olmayan	4.45±2.07	KW=3.09 p=0.21
1-4 arası çocuğu olan	63.12±12.38	
5 veya üzeri çocuğu olan	64.58±11.09	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar değil	66.62±12.58	KW=8.44 p=0.13
Okuryazar	62.35±10.16	
İlkokul mezunu	61.83±18.72	
Ortaokul	62.13±18.72	
Lise	55.18±10.98	
Yüksekokul	70.98±2.82	
<b>Çalışma durumu</b>		
Ev hanımı	64.44±11.97	Z=-1.28
Emekli	62.01±11.57	p=0.20
<b>Ekonomik durum</b>		
İyi	63.20±11.44	KW=0.93 p=0.62
Orta	63.20±12.58	
Kötü	65.78±10.48	

Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

**Tablo 12.** Yaşlı kadınların hastalık durumları ile uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Uyku kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik testi
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	63,95±11,85	Z=-0,86
Yok	61,28±11,84	p=0,38
<b>Sık idrar Yolu Enfeksiyonu</b>		
Evet	63,79±11,06	Z=-0,28
Hayır	63,34±12,59	p=0,77
<b>Kronik Kabızlık</b>		
Evet	65,92±13,20	Z=-0,59
Hayır	63,27±11,69	p=0,59
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Evet	68,44±11,88	<b>Z=-2,15</b>
Hayır	62,44±11,60	<b>*p=0,03</b>
<b>Böbrek Yetmezliği</b>		
Evet	60,49±15,32	Z=-1,17
Hayır	63,92±11,38	p=0,23
<b>Kardiyovasküler Hastalık</b>		
Evet	67,24±12,47	<b>Z=-2,53</b>
Hayır	61,63±11,09	<b>**p=0,01</b>
<b>Nörolojik Hastalık(MS, Parkinson, Demans, Alzheimer, Epilepsi)</b>		
Evet	61,90±10,30	Z=-0,78
Hayır	63,85±12,11	p=0,43
<b>Tiroid Hastalıkları</b>		
Evet	67,48±9,31	Z=-1,04
Hayır	63,28±11,98	p=0,29
<b>KOAH</b>		
Evet	70,13±12,34	Z=-1,38
Hayır	63,15±11,74	p=0,16
<b>Kas-iskelet Hastalıkları</b>		
Evet	64,97±11,52	Z=-1,31
Hayır	62,58±12,03	p=0,18

\*=P<0.05, \*\*=P<0.01

Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda kronik hastalığı olanların sayısı kronik hastalığı olmayanlardan fazladır. Ancak kronik hastalık durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

Diabetes Mellitus’u olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre düşük bulunmuştur ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,15$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 12).

Kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,53$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 12).

Sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren yaşlı hastalar, kronik kabızlığı olanlar, böbrek hastalığı olanlar, nörolojik hastalığı olanlar, tiroid hastalığı olanlar, akciğer hastalığı ve kas iskelet sistemi hastalığı olan yaşlı hastalar ile uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13.** Yaşlı kadınların sağlığı algılama durumu, sürekli ilaç kullanım durumu, kabızlık sorunu olma durumu, sigara kullanma durumu, kolalı içecek tüketme durumu ile uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması( $n=140$ )

Özellikler	Uyku kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik testi
<b>Sağlığı Algılama Durumu</b>		
İyi	61,00±11,06	KW=3,71 p=0,15
Orta	63,93±10,71	
Kötü	66,96±14,32	
<b>Sürekli İlaç Kullanım Durumu</b>		
Evet	64,17±11,84	Z=-1,10
Hayır	61,11±11,74	p=0,26
<b>Kabızlık Sorunu Olma Durumu?</b>		
Var	62,08±11,98	<b>Z=-2,10</b>
Yok	60,96±11,26	<b>*p=0,03</b>
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	62,74±8,21	Z=-0,20
Hayır	63,62±12,12	p=0,83
<b>Kolalı İçecek Tüketme Durumu</b>		
Hiç içmeyenler	63,75±12,11	KW=1,08
1-2 su bardağı	64,05±11,08	p=0,58
2 su bardağından fazla	61,38±13,82	

\*= $P<0.05$  Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Kadınlar ile sağlığı algılama durumu, sürekli ilaç kullanma durumu ve kolalı içecek içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 13).

Kabızlık sorunu olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ( $Z=-2,10$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 14.** Yaşlı kadınların doğurganlık özellikleri ile uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Uyku kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik testi
<b>Doğum Sayısı</b>		
Hiç doğum yapmayan	54,50±0,86	
Bir doğum yapan	59,25±9,79	KW=4,80 p=0,30
İki tane doğum yapan	60,68±11,56	
Üç tane doğum yapan	62,20±12,05	
Dört veya üzeri doğum yapan	64,71±11,90	
<b>Doğumların Şekli</b>		
Normal doğum	63,40±11,96	
Sezeryan	65,84±11,11	KW=3,30 p=0,34
Müdahaleli normal doğumlar	61,52±11,59	
<b>Düşük Sayısı</b>		
Düşük yok	62,31±11,97	
Bir tane düşük yapan	64,88±11,83	KW=2,84 p=0,41
İki tane düşük yapan	66,04±11,89	
Üç veya üzeri düşük yapan	64,25±11,04	
<b>Menopoz Hormon Tedavisi Alma Durumu</b>		
Hormon tedavisi alanlar	62,84±11,46	Z=-0,77 p=0,44
Hormon tedavisi almayanlar	64,06±12,08	
<b>Ağır Cisim Kaldırma Durumu</b>		
Evet	63,77±11,94	Z=-0,47 p=0,63
Hayır	63,03±11,62	

Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda doğum sayısı, doğumların şekli, düşük sayısı, menopoz döneminde hormon tedavisi alma durumu, ağır cisim kaldırma durumu ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans özellikleri ile uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Uyku Kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik Testi
<b>Ara Sıra İdrar Kaçıran</b>		
Evet	57,92±10,60	Z=-2,15
Hayır	64,38±11,83	*p=0,03
<b>Bazen İdrar Kaçırması Olan</b>		
Evet	64,04±8,85	Z=-0,23
Hayır	63,45±12,40	p=0,81
<b>Genellikle İdrar Kaçırması Olan</b>		
Evet	62,48±10,95	Z=-0,59
Hayır	64,03±12,24	p=0,55
<b>Her Zaman İdrar Kaçırması Olan</b>		
Evet	67,29±12,93	Z=-2,95
Hayır	61,06±10,41	**p=0,001
<b>Önceden Kaçırıyordum, Şimdi Kaçırmiyorum</b>		
Evet	45,37±2,39	Z=-3,06
Hayır	64,09±11,58	**p=0,001
<b>Tuvalete Yetişmeden İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	62,88±10,58	Z=-0,41
Hayır	63,93±12,53	p=0,67
<b>Öksürürken veya Hapşırırken</b>		
Evet	63,34±11,95	Z=-0,91
Hayır	62,74±11,76	p=0,36
<b>Uyurken İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	72,39±9,27	Z=-2,59
Hayır	62,80±11,76	**p=0,001
<b>Hareket Halinde İken</b>		
Evet	64,02±13,28	Z=-0,32
Hayır	63,41±11,43	p=0,74
<b>Bir Neden Olmadan İdrar Kaçıranlar</b>		
Evet	63,70±12,79	Z=-0,03
Hayır	63,53±11,73	p=0,97
<b>Yakınlarında İdrar Kaçırma Sorunu Olma Durumu</b>		
Evet	65,00±12,07	KW=5,12 p=0,07
Hayır	60,90±8,85	
Bilinmiyor	59,98±11,23	
<b>Üriner İnkontinans Süresi</b>		
0-1 yıldır	56,58±10,84	KW=1,44 p=0,48
1-3 yıldır	61,88±11,58	
3-5 yıldır	60,91±11,99	
5 yıl veya üzeri	66,42±11,39	

\*=P<0,05 \*\*=P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Ara sıra idrar kaçıırma Şikayeti olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,15$ ;  $p<0,05$ ), (Tablo 15).

Her zaman idrar kaçıran yaşlı kadınların uyku kalitesi her zaman idrar kaçırmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,95$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

Önceden idrar kaçıırma problemi olan Şimdi olmayan yaşlı kadınların uyku kalitesi olanlara göre düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-3,06$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

Uyurken idrar kaçıırma problemi olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,59$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 15).

Yaşlı kadınlar ile bazen idrar kaçıırması olanlar, genellikle idrar kaçıırması olanlar, tuvalete yetiŐemededen idrar kaçıranlar, öksürürken ya da hapşırırken idrar kaçıranlar, hareket halinde iken idrar kaçıranlar, bir neden olmadan idrar kaçıranlar ve üriner inkontinans süresi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16.** Üriner inkontinans ve uyku ile ilgili bazı özelliklere göre kadınların, uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Uyku kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik testi
<b>İdrar Kaçırma Miktarı</b>		
Damla damla	59,44±11,03	<b>KW=12,59</b>
Az miktarda	63,97±11,41	<b>*p=0,001</b>
İdrarın tamamı	74,74±11,05	
<b>Geceleri İdrar Yapmaya Kalkma Durumu</b>		
Evet	66,75±10,53	<b>Z=-6,01</b>
Hayır	51,85±8,67	<b>*p=0,001</b>
<b>Uykunun Düzenli Olma Durumu</b>		
Evet düzenli	56,66±10,16	<b>Z=-6,43</b>
Hayır düzensiz	69,53±9,81	<b>*p=0,001</b>
<b>Günlük Uyku Saati</b>		
2-6 saat arası	69,84±11,04	<b>KW=34,19</b>
6-10 saat arası	60,58±10,01	<b>*p=0,001</b>
10-14 saat arası	46,03±4,71	
<b>Gündüz Uyuklama Sorunu Olma Durumu</b>		
Evet	65,35±11,55	<b>Z=-2,50</b>
Hayır	60,10±11,74	<b>*p=0,01</b>

\*=P<0,01 \*\*=P<0,001; Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

İdrarın tamamını kaçıran yaşlı kadınların uyku kalitesi, damla damla ve az miktarda idrar kaçıranlara göre daha düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=12,59; p<0,001) (Tablo 16).

Geceleri idrar yapmaya kalkan yaşlı kadınların yaşam kalitesi kalkmayanlara göre düşük bulunmuştur ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-6,01; p<0,001) (Tablo 16).

Yaşlı kadınların günlük uyku saatlerine bakıldığında, günde 10-14 saat arası uyuyanların uyku kalitesi günde 2-6 saat arası ve 6-10 saat arası uyuyanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. (KW=34,19; p<0,001) (Tablo 16).

Gündüz uyuklama şikayeti olan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,50; p<0,01) (Tablo 16).



**Tablo 17.** Üriner inkontinans ve uyku ile ilgili bazı özelliklere göre kadınların, uyku kalitesi puan ortalamasının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Uyku Kalitesi $\bar{X} \pm SS$	Önemlilik Testi
<b>Uyku Sorunları İle Baş Etme Yöntemleri</b>		
<b>Uyku Sorunları ile Baş Etme Yöntemlerini Kullanmayanlar</b>		
Evet	58,62±11,33	Z=-2,77
Hayır	65,20±11,60	**p=0,001
<b>Süt Yoğurt Tüketme</b>		
Evet	65,42±10,66	Z=-1,94
Hayır	61,73±12,69	p=0,05
<b>Televizyon Seyretme</b>		
Evet	62,16±12,35	Z=-0,83
Hayır	64,05±11,67	p=0,40
<b>İlaç Alma</b>		
Evet	70,89±10,14	Z=-4,54
Hayır	60,72±11,26	**p=0,001
<b>İdrara Çıkmamak İçin Az Sıvı Tüketmek</b>		
Evet	67,03±11,01	Z=-2,33
Hayır	62,16±11,93	*p=0,02
<b>Yalnız Bir Yerde Uyumak İsteme</b>		
Evet	63,29±11,02	Z=-0,26
Hayır	63,63±12,13	p=0,79

\*=P<0,05 \*\*=P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların, gece idrara çıkmamak için yaptıkları uygulamalardan uyku sorunları ile baş etmede hiçbir yöntem kullanmayanların uyku kalitesi kullananlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,77; p<0,001) (Tablo 17).

Uyku sorunları ile baş etme yöntemlerinden gece uyku ilacı alan yaşlı kadınların uyku kalitesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-4,54; p<0,001) (Tablo 17).

Gece idrara ıkılmamak için az sıvı tuketen yaşı kadınların uyku kalitesi tuketmeyenlere göre düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,33$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 17).

Uyku sorunları ile baş etme yöntemlerinden gece süt yoğurt kullanan, televizyon seyreden ve yalnız biryerde uyumak isteyen yaşı kadınlar ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 17).



**Tablo 18.** Yaşlı hastalarda sosyo-demografik özellikler ile I-QOL ölçeği ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>Yaş</b>				
65-74 yaş arası	56,18±15,50	73,68±14,41	55,03±15,89	63,08±13,10
75-84 yaş arası	48,37±15,11	61,11±14,30	46,40±15,21	53,13±13,44
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=2,09</b> <b>*p=0,03</b>	<b>Z=3,61</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=2,26</b> <b>*p=0,02</b>	<b>Z=3,13</b> <b>*p=0,02</b>
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	55,26±14,92	71,82±14,69	53,73±15,76	61,69±13,00
Dul-boşanmış	54,20±18,89	72,17±16,71	54,08±17,59	61,52±16,17
<b>Önemlilik testi</b>	Z=0,30 P=0,76	Z=-0,10 P=0,91	Z=-0,09 P=0,92	Z=0,05 P=0,95
<b>Çocuk Sayısı</b>				
Hiç çocuğu olmayan	65,00±28,28	71,11±34,56	72,00±22,62	69,09±29,56
1-4 arası çocuğu olan	55,27±14,68	72,42±13,98	52,88±14,84	61,75±2,26
5 veya üzeri çocuğu olan	54,42±16,75	71,15±16,04	54,45±17,34	61,27±14,96
<b>Önemlilik testi</b>	KW=0,91 p=0,63	KW=0,23 p=0,88	KW=1,78 p=0,041	KW=0,53 p=0,76
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuryazar değil	52,94±17,84	70,32±17,37	53,60±17,33	60,20±16,05
Okuryazar	54,95±14,20	72,12±14,8	54,10±16,23	61,78±12,52
İlkokul mezunu	56,30±11,69	72,27±12,16	53,21±14,79	62,13±10,15
Ortaokul	55,55±18,74	75,80±14,88	52,44±13,02	63,13±13,85
Lise	69,50±19,15	74,66±18,76	55,20±20,86	68,36±17,24
Yüksekokul	54,16±16,07	71,85±14,79	57,33±12,22	62,12±14,26
<b>Önemlilik testi</b>	KW=4,30 p=0,50	KW=1,07 p=0,95	KW=0,45 p=0,99	KW=1,99 p=0,85
<b>Çalışma Durumu</b>				
Ev hanımı	54,10±15,73	71,06±15,27	52,71±16,13	60,72±13,75
Emekli	56,76±15,47	73,33±14,57	55,68±15,85	63,29±13,19
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,97 p=0,33	Z=-0,81 p=0,41	Z=-0,98 p=0,32	Z=-0,89 p=0,37
<b>Ekonomik Durum</b>				
İyi	56,32±15,59	72,78±14,27	53,88±15,32	62,50±12,87
Orta	53,30±16,02	69,77±15,46	53,23±16,91	60,02±14,42
Kötü	57,89±14,34	76,95±14,65	55,57±15,42	65,16±11,90
<b>Önemlilik testi</b>	KW=1,54 p=0,46	KW=3,91 p=0,14	KW=0,41 p=0,81	KW=2,76 p=0,25

\*=P<0,05 \*\*=P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Yaşlı kadınların yaş gruplarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde 65-74 yaş arası hastaların yaşam kalitesi alt grup ve toplam puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=2,09; P<0.05), (Z=3,61; P<0.001), (Z=2,26; 0.05), (Z=3,13; p<0.05 ) (Tablo 18).

Yaşlı kadınların I-QOL alt ölçek puan ortalamaları ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki verilmiştir. I-QOL alt ölçek puan (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) ortalamaları ile medeni durum, çocuk sayısı eğitim durumu, çalışma durumu ekonomik durum arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05), (Tablo 18).

**Tablo 19.** Yaşlı kadınların I-QOL ve alt boyutları puan ortalamaları (n=140)

Özellikler	Ortalama±SS	Minimum	Maksimum
Toplam I-QOL	61,66±13,56	30	94
Davranışları Sınırlandırma	55,07±15,63	20	92
Psikososyal Etkilenme	71,88±15,01	33	100
Sosyal İzolasyon	53,80±16,03	20	96

Toplam I-QOL ortalaması 61,66±13,56 olarak bulunmuştur (Tablo 19).

**Tablo 20.** Yaşlı kadınlarda kronik hastalık durumu ile toplam I-QOL ölçeği ve alt grupları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma X ± sd	Psikososyal Etkilenme X ±sd	Sosyal İzolasyon X± sd	Toplam I-QOL X± sd
<b>Kronik Hastalık</b>				
Var	53,90±15,56	70,56±15,20	52,53±16,21	60,41±13,68
Yok	61,66±14,73	79,36±11,55	60,95±13,13	68,74±10,57
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,18</b> <b>*p=0,02</b>	<b>Z=-2,47</b> <b>**p=0,01</b>	<b>Z=-2,30</b> <b>*p=0,02</b>	<b>Z=-2,69</b> <b>***p=0,001</b>
<b>Sık idrar Yolu Enfeksiyonu</b>				
Var	53,69±15,99	70,21±15,01	52,35±16,04	60,14±13,61
Yok	56,33±15,30	73,42±14,94	55,12±16,03	63,05±13,46
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,19 p=0,23	Z=-1,06 p=0,28	Z=-1,24 p=0,21	Z=-1,59 p=0,11
<b>Kronik Kabızlık</b>				
Var	50,33±21,37	68,00±18,94	49,60±18,38	57,39±17,89
Yok	55,64±14,81	72,35±14,49	54,30±15,74	62,17±12,94
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,41 p=0,15	Z=-0,70 p=0,48	Z=-0,78 p=0,43	Z=-0,98 p=0,32
<b>Diabetes Mellitus</b>				
Var	48,55±12,37	65,72±16,44	46,76±12,63	55,17±12,64
Yok	56,55±15,96	73,29±14,37	55,40±16,34	63,14±13,38
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,30</b> <b>*p=0,02</b>	Z=-1,77 *p=0,07	<b>Z=-2,61</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-2,40</b> <b>**p=0,01</b>
<b>Böbrek Yetmezliği</b>				
Var	56,16±16,49	73,92±16,74	61,86±15,10	64,72±14,31
Yok	54,94±15,59	71,64±14,84	52,83±15,92	61,29±13,48
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,07 p=0,94	Z=-0,57 p=0,56	<b>Z=-1,99</b> <b>*p=0,04</b>	Z=-0,77 p=0,44
<b>Kardiyovasküler Hastalık</b>				
Var	50,00±16,32	65,50±13,60	47,33±15,19	55,73±13,29
Yok	57,71±14,67	75,21±14,69	57,17±15,49	64,75±12,70
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,54</b> <b>**p=0,01</b>	<b>Z=-3,74</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-3,49</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-3,64</b> <b>***p=0,001</b>
<b>Nörolojik Hastalık(MS, Parkinson, Demans, Alzheimer, Epilepsi)</b>				
Var	21	55,59±16,82	68,78±16,33	52,57±14,54
Yok	119	54,97±5,49	72,43±14,76	54,01±16,33
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,13 p=0,89	Z=-1,02 p=0,30	Z=-0,38 p=0,70	Z=-0,55 p=0,57

\*=P<0,05 \*\*=P<0,01 \*\*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Kronik hastalığı olmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grup ve toplam puan ortalamaları Kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,18; p<0,05$ ), ( $Z=-2,47; p<0,05$ ), ( $Z=-2,30; p<0,05$ ), ( $Z=-2,69; p<0,001$ ) (Tablo 20).

Araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlardan Diabetes Mellitus'u olmayanların yaşam kalitesi DM'si olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki Davranışları sınırlandırma, Sosyal izolasyon alt grup ve Toplam I-QOL puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-2,30; p<0,05$ ), ( $Z=-2,61; p<0,01$ ), ( $Z=-2,40; p<0,001$ ) (Tablo 20).

Kardiyovasküler hastalığı olmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grupları ve Toplam I-QOL puan ortalaması Kardiyovasküler hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2,54; p<0,01$ ), ( $Z=-3,74; p<0,001$ ), ( $Z=-3,49; p<0,001$ ), ( $Z=-3,64; p<0,001$ ) (Tablo 20).

Sık idrar yolu enfeksiyon hastalığı, kronik kabızlık, böbrek yetmezliği ve nörolojik hastalığı varlığının I-QOL ve alt ölçek puan ortalamalarını (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21.** Yaşlı kadınlarda kronik hastalık durumu ile toplam I-QOL ölçeği ve alt grupları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma X ± sd	Psikososyal Etkilenme X ±sd	Sosyal İzolasyon X± sd	Toplam I-QOL X± sd
<b>Tiroid Hastalıkları</b>				
Var	48,61±14,42	67,16±14,17	55,11±15,46	57,67±12,76
Yok	55,51±15,67	72,21±15,06	53,70±16,13	61,93±13,61
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,10 p=0,27	Z=-0,91 p=0,36	Z=-0,31 p=0,75	Z=-0,67 p=0,49
<b>KOAH</b>				
Var	54,68±17,69	69,16±19,27	44,00±18,76	58,18±17,25
Yok	55,09±15,58	72,05±14,78	54,39±15,74	61,87±13,36
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,04 p=0,96	Z=-0,25 p=0,80	Z=-1,43 p=0,15	Z=-0,51 p=0,60
<b>Kas-iskelet Hastalıkları</b>				
Var	53,46±15,13	67,60±15,96	52,14±17,48	58,94±14,14
Yok	56,17±15,97	74,83±13,65	54,93±14,96	63,52±12,90
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,02 p=0,30	Z=-2,89 *p=0,001	Z=-1,13 p=0,25	Z=-1,95 p=0,05

\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Kas iskelet hastalığı olmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi Kas iskelet hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki Psikososyal etkilenme alt grubu ve toplam I-QOL puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,89; p<0,001)(Tablo 21).

Tiroid hastalığı, akciğer hastalığı ve nörolojik hastalığı varlığının I-QOL ve alt ölçek puan ortalamalarını (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) etkilemediği bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 21).

**Tablo 22.** Yaşlı kadınların sürekli ilaç kullanım durumu, kabızlık sorunu olma durumu, sigara kullanma durumu, kolalı içecek tüketme durumu ve sağlığı algılama durumu ile toplam I-QOL ölçeği ve alt grupları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma X ± sd	Psikososyal Etkilenme X ±sd	Sosyal İzolasyon X± sd	Toplam I-QOL X± sd
<b>Sürekli İlaç Kullanım Durumu</b>				
Evet	53,12±15,20	69,72±14,84	51,75±15,66	59,60±13,12
Hayır	62,85±15,17	80,55±12,49	62,00±15,10	69,90±12,26
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,96</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-3,33</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-2,84</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-3,46</b> <b>**p=0,001</b>
<b>Kabızlık Sorunu Olma Durumu</b>				
Var	53,06±16,06	70,73±15,25	51,63±16,73	59,96±14,10
Yok	58,46±14,41	73,84±14,51	57,46±14,19	64,52±12,20
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,19</b> <b>*p=0,02</b>	Z=-1,26 p=0,20	Z=-1,85 p=0,06	<b>Z=-1,95</b> <b>*p=0,05</b>
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>				
Evet	57,27±11,96	67,87±12,74	52,72±16,27	60,57±11,94
Hayır	54,88±15,93	72,23±15,18	53,89±16,07	61,75±13,72
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,59 p=0,55	Z=-1,10 p=0,26	Z=-0,51 p=0,60	Z=-0,46 p=0,64
<b>Kolalı İçecek Tüketme Durumu</b>				
Hiç içmeyenler	54,35±14,87	69,95±15,45	52,07±17,03	60,21±13,56
1-2 su bardağı	55,71±16,39	73,29±13,95	55,39±15,18	62,83±13,56
2 su bardaktan fazla	54,87±15,80	72,44±17,24	53,20±16,31	61,68±13,87
<b>Önemlilik testi</b>	KW=1,21 p=0,89	KW=1,70 p=0,42	KW=1,25 p=0,53	KW=1,11 p=0,57
<b>Sağlığı Algılama Durumu</b>				
İyi	58,30±14,58	77,11±13,09	59,68±14,69	66,30±11,95
Orta	53,26±13,52	68,77±14,45	48,94±13,72	58,62±11,81
Kötü	53,30±20,12	69,39±17,00	53,54±19,25	59,94±17,08
<b>Önemlilik testi</b>	KW=3,05 p=0,21	<b>KW=8,58</b> <b>**p=0,01</b>	<b>KW=11,08</b> <b>***p=0,001</b>	<b>KW=8,33</b> <b>**p=0,01</b>

\*=P<0,05 \*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Sürekli ilaç kullanmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grupları ve toplam I-QOL puan ortalaması sürekli ilaç kullananlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,96; p<0,001), (Z=-3,33; p<0,001), (Z=-2,84; p<0,001), (Z=-3,46; p<0,001), (Tablo 22).



Kabızlık sorunu olmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi davranışları sınırlandırma alt boyutu ve toplam yaşam kalitesi puanı kabızlık sorunu olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $Z=-2,19$ ;  $p<0,05$ ), ( $Z=-1,95$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 22).

Üriner inkontinansı olan ve sağlığını iyi olarak algılayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi davranışları sınırlandırma alt boyutu anlamsız bulunmuş olup ( $p>0,05$ ), Psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve toplam yaşam kalitesi boyutlarında yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $KW=8,58$ ;  $p<0,001$ ), ( $KW=11,08$ ;  $p<0,001$ ), ( $KW=8,33$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 22).

I-QOL ve alt ölçek puan ortalamaları (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) ile sigara kullanma durumu ve kolalı içecek içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23.** Yaşlı kadınların doğurganlık özellikleri İle I-QOL ölçeği ve alt boyutları puan ortalamasının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma X ± sd	Psikososyal Etkilenme X ± sd	Sosyal İzolasyon X ± sd	Toplam I-QOL X ± sd
<b>Doğum Sayısı</b>				
Hiç doğum yapmayan	62,12±8,15	64,12±10,5	58,12±8,06	66,12±10,2
Bir tane doğum yapan	63,33±7,21	71,11±15,55	54,66±16,65	64,54±11,02
İki tane doğum yapan	56,73±15,65	75,89±17,65	54,46±16,85	64,05±14,48
Üç tane doğum yapan	54,53±13,86	73,33±13,04	52,44±14,04	61,75±11,58
Dört veya üzeri doğum yapan	54,52±16,20	70,97±14,99	53,68±16,44	61,06±13,91
<b>Önemlilik testi</b>	KW=2,72 p=0,60	KW=2,15 p=0,70	KW=2,03 p=0,73	KW=1,92 p=0,75
<b>Doğumların Şekli</b>				
Normal doğum	56,36±15,94	72,70±14,96	54,51±15,75	62,56±13,74
Sezeryan	50,13±10,09	69,50±11,52	49,11±14,82	57,82±8,03
Müdahaleli normal doğumlar	49,44±16,43	68,88±18,85	57,33±17,20	59,19±15,74
<b>Önemlilik testi</b>	KW=6,20 p=0,10	KW=3,27 p=0,35	KW=4,69 p=0,19	KW=5,66 p=0,12
<b>Düşük Sayısı</b>				
Düşük yok	55,29±15,36	72,35±15,83	56,36±16,87	62,51±13,98
Bir tane düşük yapan	53,90±16,70	71,91±16,81	50,72±15,30	60,54±14,43
İki tane düşük yapan	57,50±17,47	74,07±11,67	53,33±13,31	63,33±12,75
Üç veya üzeri düşük yapan	50,75±10,20	64,88±8,62	42,80±14,61	54,72±8,45
<b>Önemlilik testi</b>	KW=1,36 p=0,71	KW=4,65 p=0,19	KW=6,35 p=0,09	KW=3,74 p=0,29
<b>Menopoz Hormon Tedavisi Alma Durumu</b>				
Hormon tedavisi alanlar	55,05±14,56	73,37±13,21	54,50±15,36	62,42±11,67
Hormon tedavisi almayanlar	55,19±16,30	71,37±15,75	53,40±16,53	61,40±14,50
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,13 p=0,89	Z=-0,59 p=0,54	Z=-0,49 p=0,62	Z=-0,05 p=0,96
<b>Ağır Cisim Kaldırma Durumu</b>				
Evet	55,72±15,62	71,75±15,13	52,84±16,11	61,62±13,67
Hayır	52,50±15,82	73,51±14,03	58,08±15,62	62,36±13,29
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,94 p=0,34	Z=-0,29 p=0,76	Z=-1,47 p=0,14	Z=-0,15 p=0,87

Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

I-QOL ve alt ölçek puan ortalamaları (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme, sosyal izolasyon ve I-QOL toplam puan) ile doğum sayısı, doğumların şekli, düşük sayısı, menopoz döneminde hormon tedavisi alma durumu ve

ağır cisim kaldırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans özellikleri ile I-QOL ölçek ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>Ara sıra İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	65,13±15,89	83,45±11,20	66,00±9,02	72,82±9,32
Hayır	53,58±15,10	70,18±14,77	52,00±16,08	60,01±13,33
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,73</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-3,58</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-3,91</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-3,94</b> <b>***p=0,001</b>
<b>Bazen İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	55,83±11,57	70,37±11,88	51,00±15,52	60,68±10,36
Hayır	54,91±16,39	72,20±15,60	54,37±16,14	61,86±14,16
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,46 p=0,64	Z=-0,49 p=0,62	Z=-1,19 p=0,23	Z=-0,46 p=0,64
<b>Genellikle İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	59,36±14,00	74,26±12,91	55,06±14,60	64,48±11,74
Hayır	53,17±16,01	70,83±15,79	53,23±16,67	60,41±14,17
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,65</b> <b>*p=0,02</b>	Z=-1,22 p=0,22	Z=-0,49 p=0,62	Z=-1,47 p=0,14
<b>Her zaman İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	46,91±14,40	65,27±15,60	48,78±15,98	54,85±13,40
Hayır	60,50±14,05	76,29±12,91	57,14±15,26	66,20±11,69
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-5,13</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-4,35</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-2,95</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-4,75</b> <b>***p=0,001</b>
<b>Önceden Kaçırıyordum Şimdi Kaçırmiyorum</b>				
Evet	68,75±14,50	94,44±5,87	75,00±11,48	80,68±9,37
Hayır	54,66±15,53	71,22±14,68	53,17±15,75	61,10±13,28
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,73 p=0,07	<b>Z=-2,94</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-2,62</b> <b>***p=0,001</b>	<b>Z=-2,62</b> <b>***p=0,001</b>
<b>Üriner İnkontinans Süresi</b>				
0-1 yıldır	73,88±12,87	86,66±8,38	66,22±12,66	77,37±7,44
1-3 yıldır	61,45±14,98	77,03±12,86	63,16±12,86	68,21±11,51
3-5 yıldır	58,58±15,04	72,25±13,11	55,67±17,13	64,74±12,55
5 yıl veya üzeri	48,60±13,08	66,44±15,06	48,00±14,30	55,76±12,25
<b>Önemlilik testi</b>	<b>KW=6,53</b> <b>*p=0,03</b>	<b>KW=5,75</b> <b>*p=0,05</b>	KW=5,57 p=0,06	<b>KW=9,04</b> <b>**p=0,01</b>

\*=P<0,05 \*\*P<0,01 \*\*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Ara sıra idrar kaçırma şikayeti olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt boyut ve toplam Toplam I-QOL puan ortalaması idrar kaçırma şikayeti olmayanlara göre düşük bulunmuş olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,73;p<0,001),(Z=-3,58; p<0,001), (Z=-3,91; p<0,001), (Z=-3,94; p<0,001) (Tablo 24).

Genellikle idrar kaçıırma Őikayeti olan yaŐlı kadınların yaŐam kalitesi DavranıŐları sınırlandırma alt boyutunda daha yūksek bulunmuŐ olup aralarındaki iliŐki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $Z=-2,65$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 24).

Her zaman idrar kaçıırma Őikayeti olan yaŐlı kadınların yaŐam kalitesi toplam puan ortalaması her zaman idrar kaçıırma Őikayeti olmayanlara gūre daha dūŐūk bulunmuŐ olup aralarındaki iliŐki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuŐtur ( $Z=-5,13$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-4,35$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-2,95$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-4,75$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 24).

Őnceden idrar kaçıırıp Őimdi idrar kaçıırma Őikayeti olmayan yaŐlı kadınların yaŐam kalitesi Psikososyal etkilenme, Sosyal izolasyon ve toplam yaŐam kalitesi alt boyut puan ortalaması daha yūksek olup, aralarındaki iliŐki istatistiksel olarak ters yūnde anlamlı bulunmuŐtur ( $Z=-2,94$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-2,62$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-2,62$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 24).

YaŐlı kadınlarda idrar kaçıırma sūresi arttııkça yaŐam kalitesinin dūŐtūėū bulunmuŐ olup, DavranıŐları sınırlandırma, Psikososyal etkilenme ve Toplam I-QOL alt boyutlarında aralarındaki iliŐki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuŐtur ( $KW=6,53$ ;  $p<0,05$ ), ( $KW=5,75$ ;  $p<0,05$ ), ( $KW=9,04$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 24).

Bazen idrar kaçıırma problemi olanlar ile I-QOL ūlçek ve alt boyut puan ortalamalarını (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) etkilemediği bulunmuŐtur ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 25.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans özellikleri ile I-QOL ölçek ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>Tuvalete Yetişmeden İdrar Kaçırma Durumu</b>				
Evet	57,60±14,21	73,46±14,18	56,56±15,37	63,85±12,31
Hayır	53,66±16,28	71,01±15,45	52,26±16,27	60,44±14,12
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,56 p=0,11	Z=-0,86 p=0,38	Z=-1,67 p=0,09	Z=-1,41 p=0,15
<b>Öksürürken veya Hapşırırken</b>				
Evet	53,87±13,59	71,01±15,31	53,74±14,91	60,85±12,49
Hayır	56,30±17,51	72,78±14,74	53,85±17,22	62,49±14,62
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,54 p=0,58	Z=-0,68 p=0,49	Z=-0,02 p=0,97	Z=-0,73 p=0,46
<b>Uyurken İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	48,63±16,25	67,47±16,63	48,72±18,91	56,36±15,75
Hayır	55,62±15,52	72,26±14,87	54,23±15,77	62,11±13,33
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,33 p=0,18	Z=-1,18 p=0,23	Z=-0,99 p=0,32	Z=-1,36 p=0,17
<b>Hareket Halinde İken İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	54,62±15,00	67,07±15,39	50,18±18,46	58,70±13,98
Hayır	55,21±15,89	73,37±14,64	54,91±15,13	62,57±13,36
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,05 p=0,95	Z=-1,90 *p=0,05	Z=-1,25 p=0,20	Z=-1,29 p=0,19
<b>Bir Neden Olmadan İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	59,62±20,39	75,33±14,23	55,00±19,59	65,00±15,66
Hayır	54,31±14,67	71,31±15,11	53,60±15,45	61,10±13,17
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,11 p=0,26	Z=-1,16 p=0,24	Z=-0,43 p=0,66	Z=-1,40 p=0,15
<b>Her Zaman İdrar Kaçıranlar</b>				
Evet	45,00±13,39	62,60±14,67	48,17±14,98	52,92±12,74
Hayır	57,05±15,32	73,71±14,44	54,90±16,06	63,38±13,09
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-3,37 ***p=0,001	Z=-3,20 ***p=0,001	Z=-1,89 *p=0,05	Z=-3,42 ***p=0,001
<b>Yakınlarında İdrar Kaçırma Sorunu Olma Durumu</b>				
Evet	53,97±16,14	70,97±15,78	53,46±16,64	60,81±14,32
Hayır	57,77±10,34	75,30±13,71	61,77±14,98	68,85±11,27
Bilinmiyor	57,57±15,27	73,67±12,92	52,60±14,21	63,03±11,67
<b>Önemlilik testi</b>	KW=1,89 p=0,40	KW=1,12 p=0,57	KW=2,34 p=0,30	KW=1,32 p=0,51

\*=P<0,05 \*\*P<0,01 \*\*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Hareket halinde iken idrar kaçırma şikayeti olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki fark ters yönde anlamlı bulunmuştur (Z=1,90; p<0,05)(Tablo 25).

Tuvalete yetişemedi, öksürürken veya hapsirirken, uyurken, hareket halinde iken, bir neden olmadan idrar kaçırma problemi olanlar ve yakınlarında idrar kaçırma problemi olma durumunun I-QOL ölçek ve alt boyut puan ortalamalarını (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 26.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans özellikleri ile I-QOL ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>Üriner İnkontinans İçin Bilgi Alma Durumu</b>				
Evet	55,40±15,80	72,14±15,07	54,10±16,21	61,95±13,68
Hayır	46,00±5,47	64,88±12,21	45,60±6,69	53,63±5,74
	Z=-1,52	Z=-1,04	Z=-1,49	Z=-1,61
<b>Önemlilik testi</b>	p=0,12	p=0,29	p=0,13	p=0,10
<b>Üriner İnkontinans Bilgisinin Alındığı Yer</b>				
Tv-Radyo-Gazete	58,67±16,80	75,13±14,48	54,12±19,51	64,37±14,27
Akraba ve arkadaş	55,00±13,74	73,85±14,41	54,58±12,25	62,62±11,81
Doktordan	51,25±16,21	66,80±16,32	51,04±15,76	57,56±14,61
Hemşire-ebe	59,09±14,75	75,85±11,48	59,09±16,41	65,95±11,16
	KW=5,87	<b>KW=7,84</b>	KW=4,78	KW=7,34
<b>Önemlilik testi</b>	p=0,11	<b>*p=0,04</b>	p=0,18	p=0,06
<b>Üriner İnkontinans İçin Tedavi Alma Durumu</b>				
Evet	48,93±15,20	65,02±15,12	50,00±17,28	55,75±14,00
Hayır	58,92±14,72	76,20±13,30	56,18±14,81	65,37±11,93
	Z=-3,49	Z=-4,22	Z=-2,27	Z=-3,88
<b>Önemlilik testi</b>	<b>***p=0,001</b>	<b>***p=0,001</b>	<b>*p=0,02</b>	<b>***p=0,001</b>
<b>Kadınların İnkontinansla İlgili Tutumları</b>				
Önemsemedim	57,70±15,11	77,68±13,66	59,52±15,63	66,29±12,45
Çekindim	69,16±11,54	77,77±15,55	50,66±16,65	68,48±13,67
Yaşla birlikte normal olduğunu düşünüyorum	55,40±13,86	72,90±12,13	52,38±14,17	61,87±10,76
Beni rahatsız etmiyor	74,23±10,67	86,32±9,84	66,15±12,60	77,34±7,46
Tedavi edilemez diye düşünüyorum	49,21±10,96	69,00±13,70	48,84±12,33	57,22±10,25
	KW=24,74	<b>KW=16,85</b>	<b>KW=13,78</b>	<b>KW=23,36</b>
<b>Önemlilik testi</b>	<b>***p=0,001</b>	<b>***p=0,001</b>	<b>**p=0,01</b>	<b>***p=0,001</b>
<b>İdrar Tutmayı Sağlayan Kasları Güçlendirmek İçin Egzersiz Yapma Durumu</b>				
Evet	55,03±15,91	72,82±14,82	54,42±16,27	62,17±13,31
Hayır	55,10±15,49	71,05±15,22	53,24±15,91	61,20±13,85
	Z=-0,08	Z=-0,58	Z=-0,52	Z=-0,56
<b>Önemlilik testi</b>	p=0,93	p=0,55	p=0,60	p=0,57

\*=P<0,05 \*\*P<0,01 \*\*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Üriner inkontinans bilgisini en çok Hemşire-ebe'den aldığını bildirenlerin yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek olup, Psikososyal Etkilenme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=7,84;p<0,05) (Tablo 26).

Üriner inkontinans için tedavi almayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi ve alt boyutları puan ortalamaları tedavi alanlara göre daha yüksek olup, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Z=-3,49; p<0,001), (Z=-4,22; p<0,001), (Z=-2,27; p<0,05), (Z=-3,88;p<0,001), (Tablo 26).

Üriner inkontinansı olan kadınların tutumları değerlendirildiğinde; idrar kaçırma şikayetinin kendisini rahatsız etmeyen yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grup ve toplam I-QOL puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=24,74;p<0,001), (KW=16,85;p<0,001), (KW=13,78;p<0,001), (KW=23,36;p<0,00), (Tablo 26).

Yaşlı kadınların I-QOL ve alt ölçek puan ortalamaları (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) ile Üİ için bilgi alma durumu ve idrar tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için egzersiz yapmış olanların durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05), (Tablo 26) .

**Tablo 27.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans ve uyku kalitesi ile I-QOL ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>İdrar Kaçırma Miktarı</b>				
Damla damla	65,96±13,74	81,88±13,32	62,15±14,24	71,60±10,98
Az miktarda	52,41±14,04	69,50±13,24	51,73±15,24	59,25±12,01
İdrarın tamamı	38,18±9,29	55,95±13,28	41,09±15,70	46,11±10,48
<b>Önemlilik testi</b>	<b>KW=35,29 **p=0,001</b>	<b>KW=29,83 **p=0,001</b>	<b>KW=19,51 **p=0,001</b>	<b>KW=38,08 **p=0,001</b>
<b>Geceleri İdrar Yapmaya Kalkma Durumu</b>				
Evet	51,81±14,06	69,05±14,23	51,23±15,26	58,73±12,38
Hayır	67,00±15,52	82,29±13,23	63,20±15,52	72,39±12,38
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-4,43 **p=0,001</b>	<b>Z=-4,37 **p=0,001</b>	<b>Z=-3,36 **p=0,001</b>	<b>Z=-4,72 **p=0,001</b>
<b>Uykunun Düzenli Olma Durumu</b>				
Evet düzenli	61,03±15,12	78,46±12,12	58,95±15,31	67,69±11,80
Hayır düzensiz	49,90±14,25	66,19±15,01	49,33±15,38	56,43±12,86
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-4,07 **p=0,001</b>	<b>Z=-4,83 **p=0,001</b>	<b>Z=-3,65 **p=0,001</b>	<b>Z=-4,91 **p=0,001</b>
<b>Günlük Uyku Saati</b>				
2-6 saat arası	48,34±15,16	68,37±16,26	50,28±17,55	56,98±14,61
6-10 saat arası	59,02±14,45	73,39±13,57	54,85±14,11	63,95±11,68
10-14 saat arası	65,35±12,78	83,49±12,56	70,28±12,82	73,89±11,37
<b>Önemlilik testi</b>	<b>KW=18,40 **p=0,001</b>	<b>KW=7,33 *p=0,02</b>	<b>KW=9,88 **p=0,001</b>	<b>KW=13,82 **p=0,001</b>

\*=P<0,05 \*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlardan damla damla idrar kaçırma problemi olanların yaşam kalitesi alt grup ve Toplam I-QOL puan ortalaması az miktarda ve idrarın tamamını kaçırma problemi olanlardan daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=35,29;p<0,001), (KW=29,83;p<0,001), (KW=19,51;p<0,001), (KW=38,08;p<0,001) (Tablo 27).

Araştırmamıza katılan ve geceleri idrar yapmaya kalkmadığını söyleyen kadınların yaşam kalitesi alt grup ve Toplam I-QOL puan ortalaması geceleri idrar yapmaya kalkanlara göre daha yüksek olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-4,43; p<0,05), (Z=-4,37; p<0,05), (Z=-3,36; p<0,05); (Z=-4,72; p<0,05)( Tablo 27).



Uykusu düzenli olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grup ve Toplam I-QOL puan ortalaması Uykusu düzenli olmayanlara göre daha yüksek olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-4,07$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-4,83$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-3,65$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-4,91$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 27).

Üriner inkontinansı olan ve günde 10-14 saat arası uyuduğunu bildiren yaşlı kadınların uyku kalitesi günde 2-6 ve 6-10 saat arası uyuyanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $KW=8,40$ ;  $p<0,001$ ), ( $KW=7,33$ ;  $p<0,05$ ), ( $KW=9,88$ ;  $p<0,001$ ) ( $KW=18,82$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 27).



**Tablo 28.** Yaşlı kadınların üriner inkontinans özellikleri ile I-QOL ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=140)

Özellikler	Davranışları Sınırlandırma	Psikososyal Etkilenme	Sosyal İzolasyon	Toplam I-QOL
<b>Uyku Sorunları İle Baş Etme Yöntemleri</b>				
<b>Hiçbir Yöntem Kullanmayan</b>				
Evet	60,57±13,45	73,20±12,58	56,34±12,81	64,77±10,86
Hayır	53,23±15,94	71,44±15,76	52,95±16,94	60,62±14,24
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-2,62</b> <b>**p=0,001</b>	Z=-0,51 p=0,60	Z=-1,30 p=0,19	Z=-1,76 p=0,07
<b>Süt Yoğurt Tüketme</b>				
Evet	52,93±14,96	71,88±14,88	53,68±16,54	60,85±13,34
Hayır	57,14±16,09	71,89±15,23	53,91±15,65	62,44±13,82
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,93 p=0,05	Z=-0,02 p=0,97	Z=-0,49 p=0,62	Z=-1,04 p=0,29
<b>Televizyon Seyretme</b>				
Evet	58,91±17,36	73,99±15,37	56,32±16,84	64,49±14,51
Hayır	53,68±14,81	71,13±14,87	52,89±15,72	60,64±13,12
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-1,42 p=0,15	Z=-0,78 p=0,43	Z=-0,99 p=0,32	Z=-1,14 p=0,25
<b>İlaç Alma</b>				
Evet	46,73±12,35	63,76±12,90	46,56±13,81	53,65±10,80
Hayır	58,29±15,63	75,02±14,63	56,59±16,02	64,75±13,29
<b>Önemlilik testi</b>	<b>Z=-3,84</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-3,77</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-3,32</b> <b>**p=0,001</b>	<b>Z=-4,26</b> <b>**p=0,001</b>
<b>İdrara Çıkılmamak İçin Az Sıvı Tüketmek</b>				
Evet	53,31±14,78	68,11±15,40	54,40±17,69	59,61±13,91
Hayır	55,77±15,98	73,40±14,75	53,56±15,41	62,48±13,40
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,60 p=0,54	<b>Z=-1,96</b> <b>*p=0,04</b>	Z=-0,16 p=0,87	Z=-1,15 p=0,24
<b>Yalnız Bir Yerde Uyumak İsteme</b>				
Evet	55,15±15,61	71,17±16,28	49,09±13,23	60,33±13,36
Hayır	55,06±15,72	72,10±14,66	55,25±16,59	62,07±13,65
<b>Önemlilik testi</b>	Z=-0,01 p=0,99	Z=-0,11 p=0,91	<b>Z=-1,89</b> <b>p=0,05</b>	Z=-0,55 p=0,58

\*=P<0,05 \*\*P<0,001 Z:Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis

Yaşlı kadınlarda uyku sorunları ile baş etme yöntemlerine bakıldığında Hiçbir yöntem kullanmayanların yaşam kalitesi Davranışları sınırlandırma alt boyutunda daha yüksek olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Z=-2,62; p<0,001) (Tablo 28).

Yaşlı kadınlarda uyku sorunları ile baş etme yöntemlerinden gece uyku ilacı almayanların yaşam kalitesi alt grup ve Toplam I-QOL puan ortalaması uyku ilacı alanlara göre daha yüksek bulunmuş olup, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $Z=-3,84$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-3,77$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-3,32$ ;  $p<0,001$ ), ( $Z=-4,26$ ;  $p<0,001$ )(Tablo 28).

Gece idrara çıkmamak için az sıvı tüketen yaşlı kadınların yaşam kalitesi sıvı tüketmeyenlere göre daha düşük bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $Z=-1,96$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 28).

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlardan gece yalnız bir yerde uyumak istemeyenlerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $Z=-1,89$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 28).

I-QOL ölçek ve alt boyut puan ortalamaları (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) ile TV seyretme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29.** Yaşlı kadınların uyku kalitesi ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişki (n=140)

Yaşam Kalitesi		
	r	p
Uyku Kalitesi	0,54	0,001

Araştırmamızın istatistiğinde uyku kalitesi skoru ile Üİ yaşam kalitesi ölçeği skoru arasında korelasyon 0,54 olarak bulunmuştur. Bu durum uyku kalitesi ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Tablo 29).

## 5. TARTIŞMA

Yaşın ilerlemesi ile birlikte organizmada bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm sistemlerdeki değişimler sonucu hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve kronikleşen hastalıklar kişilerin beden yapısında bozulmaya neden olmaktadır. Yaşanan hastalıklar ve buna bağlı gelişen kısıtlılık ve sınırlılıklar bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte, yaşamdan alınan zevki, mutluluğu azaltmakta, yaşlı bireyi bağımlı hale getirmekte, yaşanan sıkıntılar, rahatsızlıklar hastalıkların neden olabileceği ağrı vb. birçok rahatsız edici durum yaşlı bireyin yaşam kalitesini kötüleştirmekte ve uyunan uykunun süresini ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaşanan fonksiyonel bozukluk, yetersizlik ve sakatlıklar sonrasında ise bireyin yaşam kalitesi bozulmaktadır (Işıklı ve ark., 2007).

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde yaşlı kadınların yaş ortalaması  $70,36 \pm 4,14$  olduğu görülmüştür. Yaşlı kadınların yaşları ile Üİ yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak uyku kalitesi puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Zincir ve arkadaşları (2008) yaşlılarda yaptıkları çalışmalarında, yaş arttıkça yaşam kalitesi puanında anlamlı bir düşme olduğunu belirlemiştir.

Artan yaş ile birlikte yaşlı kadınların günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve yavaşlama görülebilir, buna bağlı olarak yaşlı kadınlar günlük hijyen ihtiyaçlarını karşılayamayabilirler ve yaşam kalitelerinde düşme olabilir.

Araştırmamızdaki yaşlı kadınların %82,1'inin evli olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Behice Naz'ın (2010) yaşlılar ile yaptığı çalışmada da medeni durum ve Üİ yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Acar, 2010). Demirel'in (2012) yaptığı çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların çocukları olanların yaşam kalitesi toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Çocuk sayısının artması veya azalması yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz etkilemediği tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olan veya çocuk sahibi olmayan yaşlı kadınların Üİ yaşam kalitesi toplam puanı ve alt ölçekleri arasında yapılan istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Yapılan araştırmada Üİ olan yaşlı kadınların %85'inde kronik hastalık vardır. Zincir ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %95,7'sinde, Ölçün'ün çalışmasında ise %85'inde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmada kronik hastalığı olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Arslantaş ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin %90,4'ünün kronik hastalığı bulunduğu ve kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin diğer bireylere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Arslantaş ve ark., 2006).

Kronik hastalığa sahip olma durumunun yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmaktadır. Kronik hastalığı olan yaşlı kadınlar da ağrı, yorgunluk, halsizlik gibi fizyolojik değişiklikler olabileceğinden buna bağlı olarak yaşam kalitesi düşüyor olabilir.

Kronik hastalıklardan DM ve kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı kadınların yaşam kalitelerinin dştğ bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Yüksel'in yaptığı çalışmada da tip 2 diyabetli hastaların PUKİ bileşenlerinin birbirine etkileşimleri incelendiğinde; hastalarda uyku latensi, uyku süresi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve global PUKİ ile öznel uyku kalitesi arasında önemli derecede anlamlı, pozitif yönlü fark bulunmuştur.

Fiorentini ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada hipertansiyon ve tip 2 diyabetli hastalarda PUKİ leği kullanarak uyku bozukluklarını saptamaya çalışmışlardır. Ve hipertansiyon ve tip 2 diyabetin uyku kalitesini düşürdüğü belirlendi (Paschalides, 2004).

Uyku süresi ve kalitesinin hafızayı, öğrenmeyi, performansı, metabolik ve endokrin sistemi etkilediği, uyku süresinde azalmanın nöro hormonal dengeyi bozarak kilo alımında artışa, obeziteye ve hipertansiyona neden olduğu tespit edilmiştir (Taheri ve ark., 2004). Ayrıca hipertansif hastaların kullanmak zorunda oldukları antihipertansif ajanlar da uyku kalitesini etkileyebilmektedir (Yılmaz ve ark., 2008).

Arslan ve ark.'larının kanserli yaşlı hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada da bireylerin yarıdan fazlasının (%66,2) uyku kaliteleri kötü iken, %33,8'inin iyi uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (Arslan, 2009).

Kanser gibi kronik hastalıklar yaşlı kadınlarda uyku kalitesini düşürdüğü söylenbilir.

Araştırmamıza katılan yaşlı kadınların %80'i sürekli ilaç kullanmaktadır. Yapılan istatistikte ilaç kullanımı ile yaşlılarda ki uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak sürekli ilaç kullanma ile Üİ yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Altay ve Avcı (2009) yaptıkları çalışmada ilaç kullanımı ile Üİ yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bazı ilaçların uyku bozukluğuna yol açabildiğini de düşünürsek ilaç kullanımı yaşam kalitesini düşürebilir.

Kabızlık şikayeti olan Üİ'li kadınların uyku ve yaşam kalitesinin olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kabızlık kronik zorlanmaya ve bu da intra-abdominal basınçta artışa ve pudendal noropatiye neden olabilmektedir. Vajinal doğum ve kabızlığa bağlı kronik zorlanma double inkontinansın en önemli nedenleridir (Eskiyurt, 2008). Kabızlığa bağlı Üİ şikayeti artabilir ve buna bağlı yaşlı kadınların yaşam kaliteleri düşebilir buna bağlı da uyku kalitesi de azalmış olabilir.

I-QOL puan ortalamaları (DS, PE, Sİ ve I-QOL toplam puan) ve Pittsburg uyku kalitesi ile doğum sayısı, düşük sayısı, menopoz döneminde hormon tedavisi alma durumu ve ağır cisim kaldırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Sonucun böyle çıkması araştırmamıza katılan tüm yaşlı kadınlarda Üİ şikayeti olmasından kaynaklanmış olabilir.

Kim ve ark. (2002) ortalama yaşı 60 olan inkontinanslı kadınlarla yaptıkları çalışmada fazla sayıda doğum yapanlarda inkontinans şiddetinin arttığını ve haftalık idrar kaçırmanın sık görüldüğünü aynı zamanda kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Öztaç (2009) yaptığı çalışmada idrar kaçırma sıklığı ile parite arasında doğrudan ilişkinin olduğunu ve doğum sayısı arttıkça idrar kaçırma görülme sıklığının da doğrusal olarak arttığını bulmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise paritenin kaçırmanı etkilemediği tespit edilmiştir.

Araştırmada %12,9'u ara sıra idrar kaçırdığını, %17,1'i bazen idrar kaçırdığını, %30,7'si genellikle idrar kaçırdığını, %40'ı her zaman idrar kaçırdığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı kadınlardan ara sıra idrar kaçıranların uyku kalitesi ve yaşam kalitesi düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu da yaşlı kadınların ne zaman idrar kaçırdıklarını bilememelerinden dolayı onları daha çok strese sokup yaşam kalitelerini

etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Geceleri uykularında idrar kaçırma ihtimalini düşüneceklerinden uyku kaliteleri de etkilenmiş olabilir.

Araştırmaya katılan yaşlı kadınlardan her zaman idrar kaçıranların uyku ve yaşam kalitesi düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Her zaman idrar kaçırma doğal olarak geceleri sıklıkla idrar çıkmaya ve dolayısı ile uykusuzluğa yol açabilir. Bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi beklenebilir.

Araştırmaya benzer şekilde Demir ve Beji (2015) yaptıkları araştırmada kadınların %41,8'sinin ara sıra (haftada 1 kez ya da daha az ), %33,2'sinin bazen (haftada 2-3 kez), %15,1'inin genellikle (günde 1 kez ), %9,9'unun her zaman (günde birkaç kez ) idrar kaçırdığı tespit etmişlerdir.

Üriner inkontinans süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Üriner inkontinans süresinin Pittsburg uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %6,4'ü 0-1 yıldır idrar kaçırdığı, %17,1'i 1-3 yıldır idrar kaçırdığı, %26,4'ü 3-5 yıldır idrar kaçırdığı, %50'si ise 5 yıl ve üzeri idrar kaçırdığı belirlenmiştir.

Acar ve Yurtsever (2010)'in, çalışmasına göre Üİ'si olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının, %21,5'inin bir yıldan az, %29,8'inin 1-3 yıl , %21'inin 4-6 yıl , %28,2'inin 7 ve daha uzun süre idrar kaçırdığı saptanmıştır. Kök ve ark. (2006), yaptıkları çalışmada Üİ bulguları olan hastaların, göz ardı edilemeyecek oranda (%14,11) 8 yılı aşkın süreden beri Üİ bulguları yaşadıkları tespit etmişlerdir, çalışmasında ise %40'ının beş yıldan uzun süredir inkontinans yakınmalarının olduğu saptanmıştır.

Güler (2006), 15-49 yaş arası inkontinansı olan 160 kadın üzerinde yaptığı çalışmada inkontinans süresi 10 yıl ve daha uzun olanlarda ruhsal iyilik durumu ve genel sağlık puanlarının oldukça düşük olduğu ve inkontinans süresi uzadıkça kadınların ruhsal bozukluğu, depresyonu arttığını tespit etmiştir (Güler, 2006).

PUKİ puanı 5 den yüksek yani uyku kalitesi kötü olanların yüzdesi %89,3'dür. Yapılan çalışmalarda Fransa'da nüfusun %62'si, ABD'de %90'ı, Türkiye'de de %28'i uyuyamamaktan şikâyet etmektedir. Bu sonuçlara göre insanların büyük çoğunluğunun uykusuzluk problemi yaşadıkları ve sabahları yataklarından dinlenmemiş olarak kalktıkları söylenebilir (Kaynak, 2008).

Fadıloğlu ve ark. (2006) huzurevinde kalan yaşlı bireylerde; Görgülü(2003), KOAH hastalarında; Şen (2005), menopoz kadınında uyku kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, araştırma kapsamına aldıkları bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduklarını bulmuşlardır (toplam PUKİ puanı >5). Araştırmada literatürle benzer Şekilde İ olan yaşlı kadınlarda uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.

Yapılan araştırmaya bağlı olarak da İ olan yaşlı kadınlarda gece idrar kaçırma riskine karşı uykularını iyi alamama olasılığına bağlı olarak uyku kalitelerinde düşme olabilir.

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlardan sağlığı iyi olarak algılayanların yaşam kalitesi, orta ve kötü olarak algılayanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Koçak ve ark.(2005) yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %87,2'sinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu etkilenmenin sıklıkla hafif (%31,8) ve orta derecede (%36) olduğunu belirtmişlerdir. İ olan kadınlarda %40,4'nde anksiyete ve sinirlilik, %17'sinde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, %11,1'inde genel sağlıklarının olumsuz yönde etkilenme ve %2,8'ninde çalışma performanslarının ve sosyal ilişkilerinin azalma tespit etmişlerdir (Koçak ve ark., 2005).

Araştırmaya katılan yaşlı kadınlarda %61,4' İ için tedavi almamıştır. Ve idrar kaçırmadan rahatsız olmayanların yaşam kalitesi olanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Üriner inkontinans için tedavi almayan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi alanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Tedavi alan yaşlı kadınlarda üriner inkontinans Őikayetinde azalma olabileceği için tedaviye bağlı iyileşmeden dolayı yaşam kaliteleri yükselmiş olabilir.

İlçe ve Ayhan (2011) İ Şikayeti ile en az bir kez doktora gitme oranı % 42,9 olarak tespit etmiştir. Aslan ve arkadaşları (2009) kadınlarda sadece %17,6'sının İ için tedavi aldığını saptamıştır. Literatürde kadınlarda İ'a yönelik tedavi olmama nedenlerine baktığımızda, Altman ve ark. (2007) ve Ateskan'ın (1999) alışmalarında kadınlarda çoğunlukla utanma nedeniyle tedavi olmadıklarını bulmuşlardır. zerdoğan (2003) ise çalışmasında, tıbbi yardım almama nedeni olarak kadınlarda %48,4'ünün yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak gördüğünü, %16,5'inin ise utanma nedeniyle tedavi olmadıklarını saptamıştır. Akgün (2009) alışmasında inkontinansın kadınlarda



üriner inkontinans sorununa karşı tedavi olmayanları %75,8 olarak belirlenmiştir. İnkontinans kadınların tedavi olmama nedenlerini %37,3'ü yaşlılığa bağlı doğal bir süreç olarak gördüklerini, %24,6'sı bu sorunun kendilerini rahatsız etmediğini, %11,3'ü muayene olmaktan utandıklarını, %5,6'sı ise muayene olmak için vakit bulamadıklarını ifade etmişler. İlçe ve Ayhan (2011) bireylerin % 41,9'unun Üİ'in önemli olmaması ve %38,7'sinin yaşlılık nedeniyle normal kabul ettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların %52,9'u kegel egzersizlerini yapmadığını ifade etmişlerdir. Ve I-QOL yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sarı (2007) yaş ortalaması 41 olan bir grup Üİ'si olan kadınla yaptığı çalışmada DS alt boyutu puan ortalamasını 74,26, PE alt boyutu puan ortalamasını 65,84, Sİ alt boyutu puan ortalamasını 57,94, I-QOL toplam puan ortalamasını 67,11, olarak saptamıştır. Bizim çalışmamızda ise DS alt boyutu puan ortalaması 55,07, PE alt boyutu puan ortalaması 71,88, Sİ alt boyutu puan ortalaması 53,80, I-QOL toplam puan ortalaması 61,66, olarak saptanmıştır. Özerdoğan ve Beji (2004)'nin çalışmada, Üİ'si olan kadınlarda en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanı Sİ yaşama durumu, daha sonra DS alanı olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada en olumsuz etkilenen yaşam kalitesi alanı literatür ile benzer şekilde olan sosyal izolasyon daha sonra davranışların sınırlandırılması en son da PE bulunmuştur.

Güler (2006), 160 üriner inkontinansı olan kadın ile yaptığı çalışmada kadınların yaşamış oldukları üriner inkontinans sıklığı ve şiddetine bağlı olarak anlamlı derecede yaşam kalitesini etkilediğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise katılan yaşlı kadınların %27,9'u damla damla idrar kaçırdığını, %64,3'ü az miktarda idrar kaçırdığını ve %7,9'u idrarın tamamını kaçırdığını ifade etmiştir. İdrarın tamamını kaçırdığını ifade eden yaşlı kadınların uyku kalitesi, damla damla ve az miktarda kaçıranlara göre düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bilgili ve arkadaşları (2008) yaşlılarda hafif derecede Üİ %50,2, orta derecede Üİ %25,3 ve ciddi derecede Üİ %24,5 görüldüğünü belirtmiştir.

İdrar kaçırmaya miktarı arttıkça yaşlı kadınlarda ıslaklık artabilir, bu durumun dışarıdan anlaşılacağı korkusu ve gece yatak çarşafına geçebileceği korkusu olabileceğinden buna bağlı uyku ve yaşam kalitesi düşebilir.

Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların %78,6'sı gece idrar yapmaya kalktığını ifade etmiştir gece idrar yapmaya kalkan yaşlı kadınların uyku kalitesi

kalkmayanlara göre düşük bulunmuştur( $p<0,001$ ). Üriner inkontinans nedeniyle sık idrar çıkma uykusuzluğa neden olmakta ve uyku kalitesini düşürmüş olabilir. Uyku kalitesi düştükçe yaşam kalitesinde uykuya bağlı olarak düşebilir. Bu anlamlı sonuç üzerinde durulması gereken önemli bir yaşlı kadın sağlığı sorunudur. Demirel (2012) 65 yaş üzeri yaşlılar ile yaptığı benzer çalışmada gece idrar yapmaya kalkma durumu ile I-QOL toplam puan değeri ve alt grupları ortalamaları ile arasında bir ilişki saptamamıştır. Bu durumun çalışma popülasyonu ile ilgili olabileceği gibi uyku kalitesini etkileyebilecek yaş, gelir durumu, psikolojik durumlar, ilaç kullanma gibi başka faktörlerden etkilenme ile ilgisi olabileceği düşünülebilir.

Yapılan araştırmada uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında korelasyon 0,54 olarak bulunmuştur.

Yaşlı kadınların uyku kalitesi bozulduğunda buna bağlantılı olarak yaşam kalitesinde etkileniyor olabilir. Uykuda yaşamın bir parçası olduğunu düşünürsek uykusuz kalan birey günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyebilir ve buna bağlı yaşam kalitesinde de düşme olabileceği düşünülebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Yaşlıların %85,7'sinin 65-74 yaş grubunda, %82,1'inin evli olduğu, %58,5'inin 1-4 tane çocuğu olduğu, %32,1'inin okuryazar olmadığı, %63,6'sının ev hanımı olduğu, %48,6'sının ekonomik durumunu orta olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 1).
- Yaşlı kadınların %80'inin sürekli ilaç kullandığı, %22,1'inin sağlığını kötü algıladığını ve %92,1'inin sigara kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Yaşlı kadınların %67,9'unun 4 ve üzeri doğum yaptığını, %78,6'sının normal doğum yaptığını, %81,4'ünün ağır cisim kaldırdığı saptanmıştır (Tablo 5).
- Yaşlı kadınların %85'inin kronik hastalığı olduğu, %47,9'unun sık idrar yolu enfeksiyonu olduğu, %34,3'ünün kardiyovasküler hastalığının olduğu, %40,7'sinin kas-iskelet sistemi hastalığının olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
- Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların %12,9'unun ara sıra idrar kaçırdığı, %40'ının her zaman idrar kaçırdığı, %50'sinin 5 yıl ve üzeri süredir idrar kaçırdığı, %35,7'sinin tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı, %50,7'sinin öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırdığı, ve %70'inin yakınlarında idrar kaçırmaya sorunu olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- Yaşlı kadınların %38,6'sının Üİ için tedavi aldığı, yaşlı kadınların çoğunluğunun Üİ konusunda bilgi almadıkları, Üİ sorununu önlemek için düzenli olarak kegel egzersizi yapmadıkları belirlendi (Tablo 7).
- Yaşlı kadınların %64,3'ünün az miktarda idrar kaçırdığı, %78,6'sının geceleri idrar yapmaya kalktığı, %53,6'sının uykusunun düzensiz olduğu, %65,7'sinin gündüz uyuklama sorununun olduğu saptanmıştır (Tablo 8).
- Uyku kalitesi ortalama puanı 63,55 olarak bulundu (Tablo 10).
- Yaş'ın Üİ yaşam kalitesini etkilediği, yalnız uyku kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 11).
- Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda şeker hastalığı olanların, kardiyovasküler sistem hastalığı olanların ve kabızlık sorunu olanların uyku kalitesi ve yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlendi (Tablo 12).

- Kronik hastalıkların var olma durumu yaşlı kadınlarda uyku kalitesini etkilemezken (Tablo 12) yaşam kalitesini etkilediği ve kronik hastalığı olanların yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlendi (Tablo 20).
- Düşük sayısı, doğum sayısı ve doğumların şekli yaşlı kadınlarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi (Tablo 14).
- Yaşlı kadınlardan ara sıra idrar kaçırınlar ve her zaman idrar kaçırınlarda ve uyurken idrar kaçırınlarda uyku kalitesinin kötü olduğu, yine ara sıra ve her zaman idrar kaçırınlarda yaşam kalitesinin kötü olduğu belirlendi (Tablo 15).
- Yaşlı kadınlarda sürekli ilaç kullanma durumu yaşam kalitesini kötü etkilediği belirlendi (Tablo 13).
- Yaşlı kadınların sağlığı algılama durumu Üİ yaşam kalitesini etkilediği sağlığını kötü algılayanların yaşam kalitelerinin kötü olduğu belirlendi(Tablo 13).
- Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınların Üİ için tedavi almayanların alanların yaşam kalitesinden daha kötü olduğu ve tedavi almama nedenleri arasında en çok da kendilerini rahatsız etmeme düşüncesinin yer aldığı belirlendi (Tablo 26).
- Kadınların idrar kaçırdıkları süre değerlendirildiğinde %6,4'ünün bir yıldan az, %17,1'inin 1-3 yıl, %26,4'ünün 3-5 yıl, %50'sinin 75 yıl ve daha uzun süredir idrar kaçırdığı belirlenmiştir (Tablo 6). İdrar kaçırma süresi ile yaşam kalitesi ve alt boyutları olan DS, PE, Sİ arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Üriner inkontinans süresinde uzama olması yaşam kalitesini etkilediği ancak uyku kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 24).
- Yaşlı kadınların alt ölçek puanlarından PE, diğer alt ölçek puanlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19).
- Üriner inkontinans sık idrara çıkma nedeni ile uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesinde düşmektedir.

## 6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Yaşlı kadınlar tarafından ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve genellikle yaşlılığın sonucu olarak görülen Üİ'ın erken dönemde belirlenebilmesi ve bu sorunla baş edebilmeleri için sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmelerini sağlayacak uygun ortamların oluşturulması, özellikle birinci

basamakta çalışan hemşire ve ebelerin Üİ'a yönelik farkındalık çalışmaları yapılması,

- Yaşlı kadınlara idrar kaçırmanın yaşlılığa bağlanamayacağı ve bu problemin tedavisi konusunda birçok alternatifin söz konusu olduğu konusunda bilinçlendirilerek, bu nedenle sağlık kuruluşlarına başvurmaları sağlanmalıdır. Halk sağlığı hemşirelerinin ve diğer sağlık personelinin de konuya ilgisi çekilerek, bu konuda bilgi ve becerinin artırılması yolunda gerekli tedbirler alınmalıdır,
- Özellikle birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumuna başvuran yaşlı kadınlara Üİ şikayeti olup olmadıkları sorulmalı ve bu yönde yönlendirme yapılmalı,
- Üriner inkontinans bulgularını belirlemeye yönelik çalışmaların daha da artırılması ve sağlık profesyonelleri ve özellikle halk sağlığı hemşireleri tarafından toplumun Üİ yönelik farkındalık durumlarını arttırmak için özellikle toplumda erkeklere göre daha riskli grup olan kadınlara yönelik hizmetlere önem verilmesi,
- Yaş ilerledikçe azalan uykuya yönelik gece kafeinli içecekler içmemelerine yönelik bilgi verilmesi, özellikle akşam yemeğine dikkat etmeleri konusunda önlemlerin alınması,
- Özellikle gece idrar kaçırmanın azalması için çevre koşullarının düzenlenmesi ve buna bağlı uyku kalitesini arttırmaya yönelik çalışmaların yapılması,
- Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda uyku kalitesi ve yaşam kalitesinin incelendiği daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence In: 4th International Consultation on Incontinence. Healt Publications. 2008: 2-4.
- Acar NB, Yurtsever S. Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 40-44.
- Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburg uyku kalitesi indeksinin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7: 107-15.
- Akca F, Şahin G. Huzurevinde yaş ayan yaşlılar ile aile ortamında yaşayan yaşlıların psikolojik belirtilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Turk J Geriatrics. 2008; 1(4):190-9.
- Akdemir N, Birol L, Bedük T. Kronik Hastalıklar. Akdemir N, Birol L, Bedük T. Editörler, İç Hastalıkları Hemşireliği. 4. Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 2005; 193-200.
- Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. 2009, <http://www.akadgeriatri.org>, 20,07,2015.
- Akgün G. 40 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 110-124.
- Altay B, Avcı İ. Samsun alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. TAF Prev Med Bulletin, 2009; 8(2): 139-146.
- Altman D, Ekström A, Forsgren C, Nordenstam J, Zetterström J. Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197(5): 512.

- Arslan S, Fadiloğlu . Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2009; 16-27.
- Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2006; 81-89.
- Ay F. Temel Hemşirelik “ Kavramlar, ilkeler ve uygulamalar” Akça F. Editör, 2. Baskı, İstanbul, Medical Yayıncılık. 2008; 410-420.
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma. 2005; 20 (1): 55–63.
- Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012; 25: 1-3.
- Beji KN, Özbaş A, Aslan E, Bilgi D, Erkan AH. Overview of social impact of üriinary incontinence with a focus on turkish women. Urol Nurs. 2010; 30 (6): 327-335.
- Bezircioğlu İ. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon- anksiyete ve yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004; 15(3): 199-207.
- Bilir N. Toplumun yaşlanması (güvenli yaşlanma). Gökçe Y. Editör, Geriatri, 2. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık. 2012; 66-68.
- Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda üriiner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. Türkiye Klinikleri. 2008; 28 (4):487-93.
- Biröl L. Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık. 2004;51-92.
- Can BMB, Aketin ZY. Definition and classification of üriinary incontinence. Türkiye Klinikleri. J Uro Special Topics. 2009; 2(1):13-6.
- Can Güler, T Yağcı. Kadın Üriiner İnkontinansı ve Fizyoterapi Yaklaşımları. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2006; 11: 1302-3010.

Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: An overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC. Editörs. Principles and Practice of Sleep Medicine. Elsevier Saunders. 2005; 13-23.

Cavkaytar S, Aksakal O. Üriner stres inkontinansın cerrahi tedavisinde güncel yaklaşımlar. J Clin Anal Med. 2014; 5(5): 444-448.

Çelik M, Tunç L. Classification of Stress urinary incontinence, diagnosis and symptoms Türkiye Klinikleri. J Uro Special Topics. 2009; 2(1): 9-17.

Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. Türk üroloji dergisi. 2005; 31(2): 246-52.

Çiftçi Ö. Kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 70-81.

Danış MZ. Kurumlarda kalan yaşlıların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler: Ankara örneğinde bir alan araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, Doktora Tezi, 2009; 75-86.

Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015; 23(1): 23-31.

Demirel T. 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinans yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 47-68.

Demirci N, Aba YA, Sürer F, Karadağ F, Ataman H. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012; 19(1): 7-19.

Dinç A, Beji KN. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2008; 16(62): 143-149.



- Du Moulin, Hamers JPH, Paulus A, Berendsen C, Halfens R. The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42: 472-492.
- Ergün O, Armağan A, Soyupek S, Oksay T, Koşar A. Üretral hipermobilitiyi değerlendirmede Q tip test ve POP-Q evreleme sisteminin karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi.* 2010; 36(4): 387-392.
- Eryavuz N. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 50-52.
- Esenyel C. Edirne huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 30-34.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi.* 2006; 1: 1-5.
- Eskiyurt N, Karan A. Üriner İnkontinansta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Güner H. Editör, *Ürojinekoloji*, 2. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2008; 135-155.
- Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım Y. Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006; 9: 165-169.
- Goepel M, Kirschner-Hermanns R, Welz-Barth A, Steinwachs KC, Rübgen H. Urinary incontinence in the elderly: part 3 of a series of articles on incontinence. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107: 531-6.
- Gökçe Y, Bal S. Yaşlılık ve kadın sağlığı. <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>, 30.10.2014.
- Göktaş K, Özkan İ. Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006; 9(4): 226-233.

Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1.Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2006; 1019-1029.

Güler TC. Doğurgan çağda kadınlarda görülen üriner inkontinansın sağlık, sosyal, seksüel ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 80-82.

Hasler G, Buysse D, Klaghofer R. The association between short sleep duration and obesity in young adults: 13-year prospective study. *Sleep*. 2004; 27: 661-666.

Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni, Özet Kitabı*, 2007; 26(3): 7-12.

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.

Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner sistem hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE. Editör, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Bölüm 1, Adana, Nobel Kitabevi. 2010; 919-921.

Karan MA, Tufan F. Yaşlanma mekanizmaları. *Ege Tıp Dergisi*. 2010; 49(39):11-17.

Karadağ MG, Aksoy M. Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Derg*. 2009; 24(1): 9-15.

Kaynak H. Uyku Uykusuzluk mu? Aşırı Uyumak mı? 3. Baskı, Ankara, Doğan Egmont Yayıncılık. 2008; 102-104.

Kılıç D. Yaşlı Sağlığı. Erci B. Editor, Halk Sağlığı Hemşireliği, 1. Baskı, Ankara, Fırat Matbaacılık. 2009; 133-155.

Koçak I, Okyay P, DüNDAR M, Erol H, Beşer E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol*. 2005; 634-641.

Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye’nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki

değişimler, 1968-2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü TNSA 2008 Verileri, Ankara, 2010; 18-21.

Kök G, Şenel N, Akyüz, A. Gülhane Askeri Tıp Akademisi jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006; 48(3): 132-136.

Köktürk O. Normal uyku. *Toraks Derneği Merkezi Kursları*, Ankara, 2005; 116-117.

Kuyumcu ME, Yeşil Y, Cankurtaran M. İç hastalıkları pratiğinde önemsenmeyen bir hastalık: Üriner inkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2011; 18:91-99.

Kryger MH, Roth T, Dement WC. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: WB. Saunders Company. 2005; 44-46.

Mas R, Işık AT, Karan MA, Beğler T, Akman Ş, Ünal T. Geriatri. Duyar İ. Editör, *Gerontolojinin Temelleri*. Bölüm 1, Ankara, TGV. 2008; 9-19.

Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F. İciq-kısa form türkçe, idrar kaçırın kadınlarda yaşam kalitesini değerlendirmekte yeterli mi? I-QOL formu ile karşılaştırma. *Türk Üroloji Dergisi*. 2008; 34(3): 332-334.

Mutlu S. Üriner inkontinanslı hastalarda anamnez ile ürodinami bulgularının karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2005; 86-92.

Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Konuşması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Manisa, Özet Kitabı, 2005; 215-217.

Nitti VW, Blaivas JG. Urinary incontinence: Epidemyology, Pathophysiology, Evaluation, and Management Overview. *Campell-Walsh Urology*; Philadelphia; WB Saunders. 2007; 3(60): 2046-78.

Önen RF, Kaptanoğlu C, Seber G. Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörlerle ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 1995; 3(1): 88-103.

Önler E, Yılmaz A. Cerrahi birimlerde yatan hastalarda uyku kalitesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2008; 16(62): 114-121.

Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors, effects on the quality of life in Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2004; 58:145-150.

Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, 2003; 36-40.

Öztürk L. Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuruz? İstanbul Tıp Dergisi. 2007; 70-72.

Paschalides C. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. J Psychosom Res. 2004; 57: 557-564.

Penev PD. Uyku yoksunluğu ve enerji metabolizması. Current Opinion in Endocrinology. Diabetes Obesity. 2007; 2(4), 233-241.

Polat M. Stres üriner inkontinans ve mikst inkontinans olan kadınlarda fonksiyonel elektrik stimülasyonun tek başına ve biofeedback ile birlikte kullanılmasının etkinliği. İstanbul Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2008; 39-42.

Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Programı. 24.07.2002 Tarih ve 6886 Sayılı Yazısı, <http://13-14>, www.saglik.gov.tr., 2010.

Sarı D. Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir, Doktora Tezi, 2007; 45-46.

Sivrioglu K. Mesane anatomisi ve işeme fizyolojisi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2005; 51: 116-118.

Smyth C. The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). Revised. [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_6\\_1.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf), 2007.

Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003; 20: 327–336.

Sungur MZ. Kadında cinsel işlev bozuklukları, cinsel eğitim ve seks terapileri. Beksaç MS, Ayhan A, Demir N, Hassa H, Kösebay D, Tıraş MB, Tuncer ZS, Yaralı H, Yüce K. Editör, *Jinekoloji: Üreme Endokrinolojisi ile İnfertilite ve Jinekolojik Onkoloji*, Ankara, Medikal Network. 2006; 756-770.

Şen İ, Kıraç M, Onaran M. Alt üriner sistemin ve miksiyonun nörofizyolojisi, Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi. 1. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2008; 21-23.

Şen Y. Menopoz kadınında uyku kalitesinin saptanması ve uyku kalitesini bozan etkenlerin belirlenmesi. Afyonkocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 98-102.

Şenturan L. İnkontinas ve inkontinansı olan hasta bakımı. Sabuncu N, Ay FA. Editors. *Klinik beceriler, sağlığın değerlendirilmesi, hasta bakım ve takibi*, İstanbul, Nobel Matbaacılık. 2010; 612-622.

Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *Plos Med.* 2004; 1: 62.

Tezcan S, Seçkürer P. Türkiye’de demografik değişim; Yaşlılık perspektifi. 1. Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık ve Hasuder. 2012; 28-33.

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yaşlılık verileri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=160571>, 2014.

Uğraş GA. Nöroşirurji yoğun bakım ünitesindeki hastaların uykusunu etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 24-27.

- Uncu Y, Özçakır A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi. 2003; 6(1): 31-37.
- Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. Urology. 2002; 60: 7-12.
- Yağcıoğlu R. Huzurevinde kalan 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 3-17.
- Yalçın Ö. Temel Ürojinekoloji. İstanbul Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi. 2009; 163-177, 275-283.
- Yalçın Ö. Pelvis tabanı anatomisi. Yalçın Ö. Editör, Temel Ürojinekoloji. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2009; 7-19.
- Yazıcı G. Kadın genital sistemi ve pelvik taban cerrahi anatomisi. Güner, H. Editör, Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri. 2008; 293-345.
- Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F. Kadınlarda stres üriner inkontinans ve konservatif tedavi yaklaşımları. FTR Bil Der J PMR Sci. 2009;12: 42-50.
- Yılmaz MB, Erdem A, Yalta K, Turgut OO, Yılmaz A, Tandoğan I. Impact of beta-blockers on sleep in patients with mild hypertension: a randomized trial between nebivolol and metoprolol. Adv Ther. 2008; 25: 871-883.
- Yüksel S. Tip 1 ve Tip 2 diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 58-60.
- Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008; 17: 168-174.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Tuba YILMAZ

**Doğum Yeri:** Bafra

**Doğum Tarihi:** 15.09.1991

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu:** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, 2008-2012.

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:**

Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi ve Sinop Gerze Devlet Hastanesi klinik Hemşireliği, 2012-2013.

2013-Halen Samsun Bafra Devlet Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi.

**E-posta:** tuba\_yilmaz1991@hotmail.com

## EKLER

### Ek-1

#### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşınız: .....

2) Medeni durumunuz? 1.Evli ( ) 2.Bekar ( ) 3.Dul/Boşanmış ( )

3)Eğitim durumunuz? 1.Okuryazar değil ( ) 2.Okuryazar ( ) 3.İlkokul ( )  
4.Ortaokul ( ) 5.Lise ( ) 6.Yüksekokul ( )

4)Sosyal güvenceniz? 1.Var ( ) 2.Yok ( )

5)Çocuk sayınız:.....

6)Çalışma durumunuz?

1.Ev hanımı ( ) 2.Memur ( ) 3.İşçi ( ) 4.Emekli ( ) 5.İşsiz ( )

7)Ekonomik durum? 1.İyi ( ) 2.Orta ( ) 3.Kötü ( )

8)Kronik bir hastalığınız var mı? 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

9)Bbaşka hastalığınız var mı?

1.Sık idrar yolu enfeksiyonu ( )

3.Kronik kabızlık ( )

4.Diabetes Mellitus ( )

5. Böbrek yetmezliği ( )

6.Kardiyovasküler hastalıklar ( )

7.Nörolojik hastalıklar MS, Parkinson, Demans, Alzheimer, Epilepsi ( )

8.Tiroid hastalıkları ( )

9. KOAH ( )

10.Kas iskelet hastalıkları ( )

10)Sürekli ilaç kullanıyor musunuz?

1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

11)Kaç doğum yaptınız? (Ölü doğumlar dahil)

1.Hiç yapmadım ( ) 2. 1 tane ( ) 3. 2 tane ( ) 4. 3 tane ( ) 5. 4 ve üzeri



**Ek -1 (Devamı)**

12)Doğumlarınızın şekli nasıldır?

- 1.Normal doğum ( ) 2.Sezeryan ( ) 3.Vakum ( ) 4. Forseps ( )

13)Düşük sayınız kaçtır?

- 1.Yok ( ) 2. 1 tane ( ) 3. 2 tane ( ) 4. 3 veya üzeri ( )

14)Menopoza girdiniz mi?

- 1.Evet ( ) 2. Hayır ( )

15)Menopoz döneminde hormon tedavisi aldınız mı?

- 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

16)Ağır cisim kaldırır mısınız?

- 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

17)Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz?

- 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

18)Sigara kullanıyor musunuz

- 1.Evet ( ) 2.Hayır ( )

19)Günde ortalama ne kadar kolalı içecek içersiniz?

- 1.Hiç içmem ( ) 2. 1-2 su bardağı ( ) 3. 2 su bardağından fazla ( )

20)Ne kadar sıklıkta idrar kaçıyorsunuz?

- 1.Ara sır (Haftada 1 kez ya da daha az) ( ) 2.Bazen(Haftada 2-3 kez) ( )  
3.Genellikle (Günde bir kez) ( ) 4.Her zaman(Günde birkaç kez) ( )  
5.Daha önce kaçıyordum şu an kaçırmıyorum. ( )

21)Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz?

- 1.Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum( ) 2.Öksürürken veya hapsirirken ( )  
3.Uyurken idrar kaçıyorum ( ) 4.hareket halinde iken idrar kaçıyorum ( )  
5.Bir neden olmadan idrar kaçıyorum ( ) 6.Her zaman idrar kaçıyorum ( )

22)Ne kadar süredir idrar kaçıyorsunuz?

1. 0-1 yıldır 2. 1-3 yıldır 3. 3-5 yıldır 4. 5 yıl veya üzeri

**Ek-1 (Devamı)**

23)Şu an sağlığınıza nasıl algılıyorsunuz?

- 1.İyi ( )      2.Orta ( )      3.Kötü ( )

24)İdrar kaçırma ile ilgili olarak herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

25)Bu idrar kaçırma ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

- 1.TV-Radyo-Gazete ( )    2.Akraba ve arkadaş ( )    3.Doktordan ( )    4.Hemşire-Ebe ( )

26)Yakın akrabalarınızda idrar kaçırma sorunu var mı?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )      3.Bilinmiyor ( )

27)İdrar kaçırmaya yönelik tedavi aldınız mı?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

28)Tedavi almadıysanız doktora neden geç başvurduunuz?

- 1.Önemsemedim ( )  
2.Çekindim ( )  
3.Vaktim olmadı ( )  
4.Yaşla birlikte normal olduğunu düşündüm ( )  
5.Beni rahatsız etmiyor ( )  
6.Tedavi edilemez diye düşündüm ( )  
7.Sosyal güvencem olmadığı için ( )  
8.Diğer.....

29)İdrar tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için egzersiz yapıyor musunuz?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

30)İdrar kesesinden veya kadınlık organlarından ameliyat oldunuz mu?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

31)İdrar kaçırma miktarı ne kadar oluyor?

- 1.Damla damla ( )      2.Az miktarda ( )      3.İdrarın tamamı ( )

32)Geceleri idrar yapmaya kalkar mısınız?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

**Ek-1 (Devamı)**

33)Uykunuz düzenli midir?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

34)Günlük kaç saat uyuyorsunuz?

1. 2-6 saat arası ( )  
2. 6-10 saat arası ( )  
3. 10-14 Saat arası ( )

35)Gündüz uyuklama sorunuz var mı?

- 1.Evet ( )      2.Hayır ( )

36)Uyku sorunuzla baş etme yöntemleriniz nelerdir?

- 1.Hiç bir şey yapmama ( )  
2.Süt yoğurt yeme ( )  
3.TV seyretme ( )  
4.İlaç alma ( )  
5.İdrara çıkmamak için az sıvı tüketme( )  
6.Yalnız bir yerde uyumak istemek ( )

## Ek -2

## İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

	Çok Fazla (1)	Oldukça (2)	Orta Düzeyde (3)	Biraz (4)	Hiç (5)
Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum					
Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum					
Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olmam gerekiyor.					
İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.					
Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum.					
Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum					
İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum.					
Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum					
İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.					
Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir.					
İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor.					
Yaşlandıkça idrar kaçırma sorunumun, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum.					
Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.					
İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum.					
İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığımı hissinin veriyor.					
İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor.					
İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum.					
Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum.					
İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.					
İçtiklerimi takip etmek zorundayım.					
İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor.					
Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum.					

**Ek -3**

**PITTSBURG UYKU KALİTESİ ANKETİ**

**Açıklamalar:** Aşağıdaki sorular geçen ay boyunca olan uyku alışkanlığınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen aydaki gündüz ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

**Geçen ay boyunca;**

1. Genellikle ne zaman yatmaya gittiniz?.....
2. Her gece uykuya dalmanız ne kadar (kaç dakika) sürdü? sürdü?
3. Sabahları genellikle ne zaman uyandınız?.....
4. Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz? (bu yatakta kaldığınız süreden farklı olabilir).....

	<b>Hiç (0)</b>	<b>Haftada birden az (1)</b>	<b>Haftada 1-2 (2)</b>	<b>Haftada 3 veya daha fazla(3)</b>
<b>5. Geçen ay boyunca aşağıda belirtilen uyku sorunlarını ne sıklıkta yaşadınız?</b>				
a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b. Gece yarısı veya sabah uyandınız				
c. Tuvalet gereksiniminizi karşılamak zorunda kaldınız				
d . Rahat şekilde nefes alamadınız				
e. Öksürdünüz veya gürültülü şekilde horladınız				
f. Aşırı şekilde üşüdünüz				
g. Aşırı şekilde sıcaklık hissettiniz				
h. Kötü rüyalar gördünüz				
i. Ağrınız oldu				
a. Diğer nedenler, lütfen belirtiniz...				
<b>6. Geçen ay boyunca uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkta uyku ilacı (reçeteli-reçetesiz) kullandınız?</b>				
<b>7. Geçen ay boyunca araba kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktivite esnasında ne kadar sıklıkta uyanık kalmak için zorlandınız?</b>				
<b>8. Geçen ay boyunca bu durum işlerinizi istekle yapmanızda ne derece sorun oluşturdu?</b>				
<b>9. Geçen ay boyunca genel uyku kaliteniz nasıldı?</b>				

## ETİK KURUL RAPORU



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ *1651*

16.02.2015

Sayın Yrd.Doç. Dr. Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kadın doğum polikliniğinde Tedavi Gören Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi başlıklı OMÜ KA EK 2014/870 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.11.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNER  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı