



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GERİATRİK
DEPRESYON VE YALNIZLIK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hande DEMİRTAŞ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILARDA ÜRİNER İNKONTİNANS GERİATRİK
DEPRESYON VE YALNIZLIK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hande DEMİRTAŞ

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yaşlılarda Üriner İnkontinans, Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin
İncelenmesi

Hande DEMİRTAŞ

Yüksek Lisans Tezi

21.07.2015

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gül. PINAR

Yrd. Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21.07.2015

Hande Demirtaş

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve araştırmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, sabır ve anlayışla tecrübelerini aktaran, ilgi ve desteğini hiç esirgemeyen çok kıymetli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a teşekkür ederim.

Çalışmamın verilerinin istatistiksel analizini hazırlamamda bana yardımcı olan, sabır ve itina ile bilgilerini paylaşan sayın Prof. Tbp. Alb. Selim KILIÇ'a teşekkür ederim.

Araştırmayı yapabilmem için gerekli ortamı sağlayan GATA Geriatri Polikliniği çalışanlarına, çalışmamın veri tabanını oluşturan yaşlı bireylere teşekkür etmek isterim.

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, katkılarıyla çalışmamı zenginleştiren çok kıymetli Psikiyatri Kliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Her an varlığı ile bana büyük destek ve güç veren eşim Oktay DEMİRTAŞ'a ve varlığı ile hayatımı anlamlandıran canım oğlum Yusuf Efe DEMİRTAŞ'a,

Annem Ayten TOSUN, babam Mehmet TOSUN ve kardeşim Gizem TOSUN'a her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgileri ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi	7
2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi	10
2.2.1. Kontinans Fizyolojisi	11
2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	12
2.2.3. Akut İnkontinans	13
2.2.3.1. Akut İnkontinans Nedenleri.....	13
2.2.4. Kronik (Persistant) İnkontinans	15
2.2.4.1. Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans	15
2.2.4.2. Stres Tipi Üriner İnkontinans	15
2.2.4.3. Mix Tip Üriner İnkontinans.....	15
2.2.4.4. Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans.....	16
2.2.4.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans	16
2.2.5. ICS, Alt Üriner Sistem Semptomlarının Tanımı ve Sınıflandırılması	16
2.2.6. Üriner İnkontinanslı Birey Değerlendirilmesi	17
2.2.6.1. Hasta Öyküsü.....	17
2.2.6.2. İdrar Günlüğü	18
2.2.6.3. Fizik Muayene	18
2.2.7. Üriner İnkontinans Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	18
2.2.8. Üriner İnkontinans Rehabilitasyon Tedavi Yöntemleri.....	19
2.2.8.1. Davranış Tedavileri	19
2.2.8.2. Vajinal Konlar	22
2.2.8.3. Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES).....	22

2.2.8.4. Mekanik Araçlar	23
2.2.9. Cerrahi Tedavi Yöntemleri	23
2.3. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi	23
2.3.1. DSM-V Major Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri	24
2.3.2. ICD-10 Sınıflandırması	28
2.3.3. Depresyon Etiyolojisi	29
2.3.4. Depresyonun Belirti ve Bulguları	29
2.3.4.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar	29
2.3.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma	30
2.3.4.3. Duygulanım	30
2.3.4.4. Bilişsel Yetiler	30
2.3.4.5. Düşünce Süreci ve İçeriği	31
2.3.4.6. Devinim	31
2.3.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	32
2.3.5. Psikoanalitik Yaklaşımına Göre Depresyon	32
2.3.6. Yaşlılık Depresyonu ve Epidemiyolojisi	32
2.3.7. Yaşlılarda Depresyon İçin Risk Faktörleri	35
2.3.8. Yaşlılarda Depresyona Bağlı İntihar	35
2.3.9. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi	36
2.3.9.1. Farmakolojik tedavi	36
2.3.9.2. Psikoterapi	38
2.3.9.3. Elektro Konvülsif Tedavi (EKT)	39
2.4. Yalnızlık Tanımı	39
2.4.1. Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler	40
2.4.1.1. Yalnızlığı Hazırlayıcı Faktörler	40
2.4.1.2. Yalnızlığı Ortaya Çıkarıcı Faktörler	40
2.4.1.3. Bilişsel Faktörler	41
2.4.2. Yaşlılarda Yalnızlık	41
2.4.3. Yaşlıların Yalnızlık Yaşamalarına Neden Olan Sebepler	43
3. MATERYAL ve YÖNTEM	44
3.1. Araştırmanın Tipi	44
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	44
3.3. Araştırmanın Evreni	44
3.4. Araştırmanın Örnekleme	44

3.4.1. Örneklem seçim kriterleri	45
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	45
3.6. Veri Toplama Araçları.....	46
3.6.1. Tanımlayıcı Veri Formu	46
3.6.2. ICIQ-Kısa Form (ICIQ-SF)	46
3.6.3. Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form (GDS-K)	46
3.6.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-LS)	47
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	47
3.7.1. Ön Uygulama	47
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması	48
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi.....	48
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	49
3.9.1. Bağımsız Değişkenler	49
3.9.2. Bağımlı Değişkenler	49
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	49
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA	61
5.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması	61
5.2. Yaşlı Bireylerin ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K Genel Puan Ortancaları ve Aralarındaki İlişkinin Tartışılması.....	62
5.3. Yaşlı Bireylerin Üriner İnkontinans Özellikleri ve Tiplerine Göre Dağılımının Tartışılması.....	64
5.4. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ICIQ-SF Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	65
5.5. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre GDS-K Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	67
5.6. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre UCLA-LS Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	70
5.7. Araştırmanın Bilime Sağladığı Katkıların Tartışılması.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Araştırma Sonuçları.....	72
6.2. Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	77

8. EKLER.....	89
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	89
EK-2. TANIMLAYICI VERİ FORMU	92
EK-3. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU.....	95
EK-4. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ.....	96
EK-5. ICIQ-SF TÜRKÇE VERSİYONU	97
EK-6. ETİK İZİN	99
EK-7. GATA GERİATRİ POLİKLİNİĞİNDEN ALINAN YAZILI İZİN	103
EK-8. ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURULU İZİNİ.....	104
ÖZ GEÇMİŞ.....	106

ÖZET

Yaşlılarda Üriner İnkontinans, Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, yaşlı bireylerde üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Ankara ilinde bulunan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Geriatri Polikliniğinde Kasım 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Geriatri Polikliniğine tedavi için başvuran 200 yaşlı araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; Tanımlayıcı Veri Formu, ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15 paket programında sayı, yüzde, frekans, ortalama, ortanca, standart sapma, Kruskal Wallis, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U ve spearman korelasyon testi kullanılarak analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

Yaşlı bireylerde üriner inkontinans ile geriatrik depresyon arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=0.215$; $p<0.05$). Araştırmada yaşlılarda geriatrik depresyon ile yalnızlık arasında pozitif yönde ortanın üzerinde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=0.601$; $p=0,000<0.05$). Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %29.5'i 77-82 yaş grubu oluşturmaktadır. Araştırmada yaşlı bireyin sosyal aktivite durumu, sağlık algısı, kronik hastalığı bulunması, günlük aktivite durumu üriner inkontinans ile ilişkili saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşlı bireylerde medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı bireyler, sosyal aktivite durumu, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı ve günlük aktivite durumunun geriatrik depresyonu etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çocuk sayısı, birlikte yaşadığı bireyler, sosyal aktivite durumu, sağlık algısı ve günlük aktivite durumunun yalnızlıkla ilişkisi saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmada yaşlı bireylerin üriner inkontinans problemleri incelenirken geriatrik depresyon ve yalnızlık duygusunun da ele alınması önemlidir. Yaşlı bireylerin sağlıklarını korumada ve hastalıklarının önlenmesinde bireyin bütüncül ele alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik depresyon, üriner inkontinans, yaşlı, yalnızlık

ABSTRACT

The Relationship Among Urinary Incontinence, Geriatric Depression and Loneliness of Elderly Individuals.

This research is not only a descriptive research but also aimed to define the relationship among urinary incontinence, geriatric depression and loneliness of elderly individuals.

This research is done between the dates of 2014, October and 2015, February at GATA geriatrics outpatients in Ankara. 200 elder people who applied for treatment at geriatrics outpatients were the sample of the research. Descriptive data form, ICIQ-SF, GDS-K and UCLA-LS are used during the collection of data. Data is collected via face to face interviews. The data obtained are analyzed by using number, percent, frequency, mean, median, standart deviation, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test corrected by Bonferroni and spearman correlation test in SPSS 15 package programme. The significance level is taken as $p<0.05$.

In the research the results showed geriatric depression has a positive correlation with urinary incontinence ($r=0.215$; $p<0.05$) and lonelines ($r=0.601$; $p=0,000<0.05$). %29.5 of elderly individuals were between 77-82 age group. Social activity status, health perception, existance of chronic diseases and daily activity status were related with urinary incontinence ($p<0.05$). Geriatric depression was affected by marital status, number of children, people living with the individual, social activity status, health perception, existance of chronic diseases and daily activity status ($p<0.05$). Also number of children, people living with the individual, social activity status, health perception and daily activity status were related with loneliness ($p<0.05$).

In the future studies, geriatric depression and loneliness should be considered while reviewing incontinence problems of elderly individuals. We think that it is important to evaluate the elderly individuals as a whole for the health protection and prevention of the diseases.

Keywords: Elder, geriatric depression, loneliness urinary incontinence

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
UI	: Üriner İnkontinans
ICS	: Uluslararası Kontinans Derneği
FES	: Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon
PMS	: Psikoz Manyak Depresif
DSM	: Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
YDD	: Yeğın Depresyon Dönemi
NE	: Norepinefrin
HVA	: Homovalinik Asit
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
MAOI	: Mono Amino Oksidaz İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri
NGRI	: Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
ICIQ-SF	: International Consultation Incontinence Questionnaire Short Form (Türkçe versiyonu)
UCLA-LS	: UCLA Yalnızlık Ölçeği
GDS-K	: Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
KOAH	: Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalığı
DM	: Diyabetes Mellitüs
DI	: Diyabetes İnsipidus
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı	50
Tablo 4.2.	Yaşlı bireylerin ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçekleri genel puan ortancaları.....	51
Tablo 4.3.	Yaşlı bireylerin ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçekleri arasındaki ilişki	51
Tablo 4.4.	Yaşlı bireylerin üriner inkontinans özelliklerine göre dağılımı.....	52
Tablo 4.5.	Yaşlı bireylerin üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı	53
Tablo 4.6.	Yaşlı bireylerin yaşlarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.7.	Yaşlı bireylerin cinsiyet özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.8.	Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.9.	Yaşlı bireylerin eğitim özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS GDS-K ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.10.	Yaşlı bireylerin sağlık güvencelerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.11.	Yaşlı bireylerin gelir durumu özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması	55
Tablo 4.12.	Yaşlı bireylerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.13.	Yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı bireylere göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.14.	Yaşlı bireylerin yaşamakta olduğu yer özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.15.	Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılım özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	58

Tablo 4.16. Yaşlı bireylerin sağlık algılarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.17. Yaşlı bireylerin kronik hastalık varlığına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.18. Yaşlı bireylerin kronik hastalığın günlük aktiviteye etkisine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması.....	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlılık biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm süreci olarak tanımlanan bir dönemdir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sınıflandırmaya göre; 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 yaş ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmaktadır (3). Yaşlılık dönemi bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Yaşlının eğitim durumu, gelir düzeyi, mesleği, sağlık durumu, sosyal katılım, sosyal statü kaybı ve yaşlılığa karşı tutum bu faktörler arasında yer almaktadır (4, 5). Dünya, insan ömrünün uzamasıyla her geçen gün yaşlanmaktadır. Dünyadaki yaşlı nüfusu, doğum oranlarındaki düşme ve yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak giderek artmaktadır. DSÖ'nün 1970-2025 yılları arasındaki öngörülerine göre, beklenen yaşlı insan oranı %22.3 ile 624 milyon olarak belirlendiği, 2025 yılında yaklaşık 1.2 milyon insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında ise 2 milyona ulaşacağı ifade edilmektedir (1). 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 (6). Türkiye de bu yaşlanma sürecinin hızlı olduğu ülkeler arasındadır. Ülkemizde yaşlı (65 yaş ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2013 yılında %7.7 iken nüfus göstergelerine göre 2023 yılında %10.2, 2050 yılında %20.8, 2075 yılında ise %27.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Türkiye 2012 yılındaki bu sıralamada 91. sırada yer almaktadır. Buna göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10.2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (6). Yaşlı nüfusun dünyada ve Türkiye'de artmasına bağlı olarak yaşlı sağlığı oldukça önem kazanmaktadır (1). Yaşlı sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal özellikleri birlikte çok yönlü bir kavramdır.

Yaşlılık hücrel atrofî ve fonksiyonlarda gerileme görülen hastalıkların geliştiği bir dönem olmakla birlikte psikolojik ve sosyal boyutlarının da

değerlendirilmesi gereken bir süreçtir (7). Buna göre yaşlı bireyin fiziksel sağlığındaki olumsuz değişiklikler ruhsal sağlığını da etkileyebilmektedir (7, 8). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda görülebilen en yaygın fiziksel şikâyetlerinden birisinin üriner inkontinans (UI) olduğu belirtilmektedir (8, 9, 10).

Üriner inkontinans idrarın istemsiz kaçırılması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde üriner inkontinans görülme sıklığının %50'yi geçmesine rağmen ve bu problem nedeni ile yardım arama davranışı oranı oldukça düşük tespit edilmektedir (9, 11). Yaşlı bireylerde üriner inkontinansın oldukça yaygın olmasına rağmen bu sorunu yaşayan yaşlı bireylerin utanma duygusu nedeni ile bunu ifade edemedikleri saptanmıştır (9, 11, 12). Bundan dolayı bu sorunu yaşayan yaşlıların bunu gizleyebildikleri, kendi başlarına baş etmeye çalıştıkları düşünülmektedir. Yaşlının üriner inkontinansı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görmesi sebebiyle bu problemin tespiti zorlaşmaktadır. Bunun yanında yaşlı bireyin üriner inkontinansı ölümcül bir sorun olarak görmemesi ve katlanılabilir bir durum olduğu düşüncesi problemin tespitini zorlaştıran bir diğer faktördür. Sağlık çalışanları arasında, hemşireler yaşlıya daha uzun zaman bakım veren personel olduklarından bu sorunu daha kolay saptayabilecekleri düşünülmektedir. Bu yüzden toplumda üriner inkontinans tanılanması, değerlendirilmesi, izlemi ile üriner inkontinansın korunma konusunda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli danışmanlık sağlanarak problemin ele alınması sağlıklı yaşlanmanın geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin üriner inkontinansı önlemek ve bu problemi yaşayan yaşlıların tedavisinde aktif rol almak temel sorumluluklar arasında yer almaktadır. Bu sorumluluklar içerisinde hemşirelik bakımın planlanmasında yaşlı birey değerlendirme araçlarının, protokollerin ve izlem yollarının tanımlanmasının yer alması gerekmektedir. Bunun yanında bakım verirken yaşanan engellerin belirlenmesi için politika ve prosedürler gözden geçirilmektedir. Yapılan uygulamalar sonucunda üriner inkontinansa ve bakım sonuçlarına yönelik özel yönetimsel düzenlemeler geliştirebilmektedir.

Bu nedenle yaşlı bireylerin sağlık sorunları ele alınırken bu sorun dikkatle incelenmelidir. Yaşlıların üriner inkontinans gibi fiziksel şikâyetleri bazı ruhsal sorunlar ile birlikte olumsuz duygular yaşamalarına neden olabilmektedir. Kanada'lı yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada üriner inkontinans oranının kadın

yaşlılarda erkek yaşlılara göre daha fazla olduğu ve yalnızlık gibi olumsuz duygularla ilişkisi olduğu ortaya konmuştur (10). Yaşanan duygular, yalnızlık, kaygı, umutsuzluk, çaresizlik, isteksizlik ve korku olarak sıralanmaktadır. Bu yaşanan duygular yaşlıların yaşadığı şikayetlere bağlı umutsuzluk, çaresizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama benzeri duygular depresyon gibi yaşlıda sık rastlanan ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabilmektedir. Literatüre bakıldığında, yaşlının üriner inkontinans ile ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sayısının sınırlı olduğu saptanmıştır (10).

Yaşlılarda görülen en sık ruhsal bozukluklardan biri de depresyondur. Depresyon, derin üzüntü ile karakterize bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında pek çok bozukluğa yol açan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (13, 14, 15, 16). Depresyonun en yaygın belirtileri arasında, çökkünlük, bunaltı, genel isteksizlik, ilgide azalma, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, çabuk yorulma ve dikkat eksikliği sayılabilir. Bununla birlikte depresyon belirtileri arasında dalgınlık, yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri, uyku sürecinde değişim, beslenmede değişim, ölüm ve özkıyım düşünceleri, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon yer almaktadır (14, 15). DSÖ verilerine göre depresyon fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yola açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır (16).

Depresyon toplumda genellikle benzer özellikler gösterse de yaşlılarda daha farklı özellikler gösterebilmektedir. Bu nedenle yaşlılığa özgü geriatrik depresyon tanımlanmış ve özellikleri belirlenmiştir. Geriatrik depresyon yaşlılıkta en sık görülen ruhsal hastalıkların başında yer almaktadır (17, 18, 19). Geriatrik depresyon genç ve orta yaş depresyonuna benzemekle birlikte, bazı özellikleri ile farklılık göstermektedir. Yaşlılarda görülen depresyona bakıldığında depresif duygu durumuna az rastlanırken, bedensel şikayetler ve bilişsel belirtilerin daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Yaşlıların duygu ve düşüncelerini ifade etmekte bazı sınırlılıklar görülebilmektedir. Geriatrik depresyonda kilo kaybı, beden yakınmaları ve fiziksel hastalık varlığı daha fazladır ve bununla birlikte ölüm oranı yüksektir. Yaşlılarda görülen depresyon bazı bedensel hastalıklarının öncü belirtisi de olabilmektedir. Yaşlılarda serebral atrofi, derin beyaz madde değişiklikleri sık görülmektedir ve demansa benzer durumlar görülmektedir. Bütün bu özellikler ile geriatrik depresyonlar gençlerde görülen depresyonlardan ayrılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Demet ve arkadaşları huzurevinde kalan

yaşlılarda depresyon sıklığını %36 olarak bulmuşlardır (18). Çınar ve Kartal'ın yaptığı çalışmada yaşlıların genel olarak %53.2'sinin depresif belirti gösterdiği, bunlardan %10.3'ü şiddetli düzeyde depresif belirti gösterdiği belirlenmiştir (20). Yapılan diğer bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin %10-25'inde önemli düzeyde depresyon saptanmıştır (17).

Depresyon belirtilerinin ortaya çıkışında çok sayıda etken rol oynamaktadır. Depresyonda önemli risk etkenleri; aile öyküsü, kadın olmak, bekar olmak, boşanmış olmak, sosyal destek yetersizliği, stres etkenleri, tıbbi ve nörolojik hastalıkların varlığı, alkol ve madde kullanımı, daha önce depresyon atağı geçirmiş olmak gibi faktörlerdir (17, 21). Yaşlılarda bunlara ek olarak eş kaybı, iş kaybı, emeklilik, günlük işlerde başkalarına bağımlılık, bilişsel bozukluk olması, iletişim becerilerinin azlığı, davranışsal problemler, vasküler bozuklukların varlığı, parasal sorunlar gibi etkenler, ayrıca normal yaşlanma süreci, tıbbi hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaçlar, psikososyal etkenler ve genetik etmenler depresyon gelişmesine neden olabilmektedir (17, 21). Yapılan bir çalışmada depresyon düzeyinin ve ağrı şiddetinin yaşam kalitesi olumsuz etkilediği ve yaşlılarda kronik hastalık varlığının depresyon düzeyini arttırdığı sonucuna varılmıştır (22). Depresyonu olan yaşlı bireylerin çevreleri ile paylaşımları azalmaktadır. İnsanları güvenilmez görerek, hayatta hiçbir desteği olmadığını ve güçsüz olduklarını düşünmektedirler. Çevresindeki insanlar ile ortak yön bulmakta zorlanır, ilgilerinin ve fikirlerinin çevresindekiler tarafından paylaşılmadığını düşünmektedirler. Bu da topluma uyumlarını bozmaktadır ve toplumdan uzaklaşmaları görülmektedir. Bunun sonucunda yaşlı bireyler yalnızlık yaşayabilmektedir.

Yalnızlık, bireyin sosyal çevresiyle iletişimin hem niteliksel hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan çok yönlü bir kavramdır. Yalnızlık subjektif bir kavram olarak düşünüldüğünde, boşlukta hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanmaktadır (23, 24). Yalnızlıkta yaşlı bireyler olumlu beklentilerden çok olumsuz beklentilerini ve düşüncelerini kendi üzerine odaklaştırma eğilimindedirler (10). Diğer insanlara güven hissetmede yetersizlik utangaçlık, öfke, gerginlik, şiddete maruz kalma korkusu, onların toplumdan geri çekilmelerine neden olmaktadır (19, 25). Aydın il merkezindeki dokuz sağlık ocağı bölgesinde 50–65 yaş arası 390 birey ile kesitsel tipte yapılan çalışmada yalnızlık ile depresif belirti puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki tespit

edilmiştir (25). Başka bir çalışmada yaşlılarda yalnızlık hissini partner kaybının ardından daha fazla yaşadığı ve bu yalnızlık hissini yaşlıda depresif semptomları artırdığı açıklanmıştır (19). Cukanoviç ve arkadaşlarının İsveç'te yaptığı çalışmada yaşlılarda %9.8 oranında depresif semptomlar ve %27.5 oranında yalnızlık yaşadığı belirtilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre depresif belirtiler ve yalnızlık duyguları daha fazla yaşanmakta olup, büyük oranda 75-80 yaş grubundaki erkeklerde görülmektedir (24). Boehlen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise subjektif olarak yalnızlık yaşayan yaşlı birey ile antidepressan kullanımı arasında ilişki olduğu bulunmuştur (26). Yalnızlık yaşlı bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyebilmektedir. Yaşlı bireyin sağlığını değerlendirme ve koruma konusunda sağlık personeline önemli sorumluluk düşmektedir. Bu sebeple hemşirelerin bakım verdikleri yaşlı bireyleri bedensel, kültürel, psikolojik ve sosyal bir bütün olarak değerlendirmeleri gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Yaşlılık olgusunun giderek arttığı günümüzde yaşlılar ile ilgili çalışmaların gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yaşlılık problemi olarak görülen üriner inkontinansın yaşlı bireylerde depresyon gelişimini ve yalnızlık duygusunu etkileyebileceği düşünülmüştür. Literatür incelendiğinde yaşlı bireylerde fiziksel hastalıklar ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte bu fiziksel hastalıklar içerisinde üriner inkontinans ile ilişkisini saptayan dünyada ve Türkiye'de sınırlı sayıda çalışma tespit edilmiştir. Üriner inkontinansın bireylerin yaşamını önemli ölçüde etkilediği açıklanmış fakat yaşlı bireylerin bu durumla baş etme çabaları sonucunda geriatrik depresyon ve yalnızlık ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenlerden dolayı böyle bir çalışmanın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Tüm bunların sonucunda bu çalışma Geriatri Polikliniği'ne gelen yaşlılarda üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi ve ortaya çıkarılması amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Yaşlı bireylerde üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasında ilişki var mı?

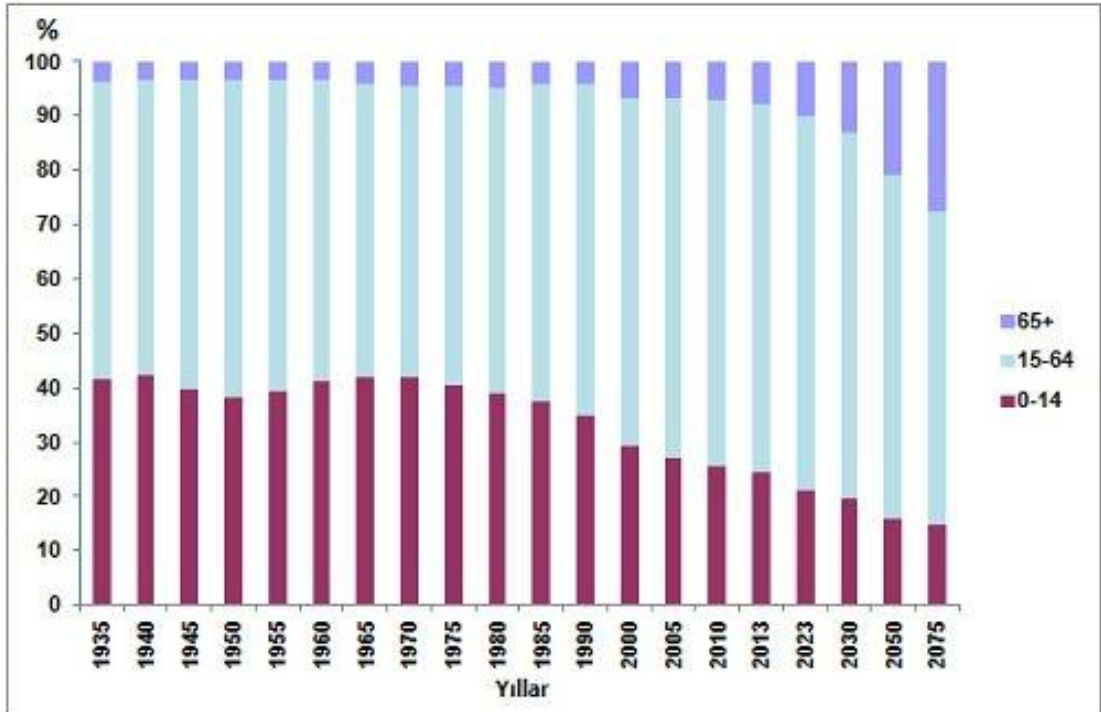
- Üriner inkontinansın yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisi var mı?
- Geriatrik depresyonun yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisi var mı?
- Yalnızlığın yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisi var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi

Dünya ülkelerinde yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusunun artmasının sebepleri arasında doğurganlık hızındaki belirgin azalma, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi, erken dönemde teşhis ve tedavinin sağlanması belirlenmiştir (6, 27). Bugün dünya üzerindeki toplam nüfusun yüzde 10'u 65 ve daha yukarı yaşlardaki nüfusu oluştururken 2050'de bu oranın yüzde 16'nın üzerine çıkması beklenmektedir. Günümüzde dünyadaki gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerinde 146 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir ve bu yaş grubunun 2020 de 232 milyon civarında olacağı, 2030 yılında ise 1.4 milyara ulaşacağı ön görülmektedir (6, 28, 29). Türkiye de bu artışın olduğu ülkeler arasındadır.

Tablo 2.1. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075



TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-1990

TÜİK, Nüfus Tahminleri, 2000-2007

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları, 2008-2013

TÜİK, 2013 Nüfus Projeksiyonları, 2023-2075 (6).

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerinde 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 üç katı fazla olup %36.2 olarak belirlenmiştir (6). Bu kadar hızlı yaşlanan bir dünyada yaşlı bireylerin yaşadıkları sağlık problemlerinin önemi daha da artmaktadır.

Yaşlanma her bireyin anne karnında başlayıp ölümüne kadar devam eden, işlevlerde azalmaya sebep olmakla birlikte bireyin genetiği, yaşam tarzı, çevresel faktörleri ve karşılaştığı olumsuzluklarla baş etme yeteneğinden etkilenen süreğen bir süreçtir (28, 29). Kronolojik olarak yaşlanma takvim yaşı olarak ifade edilmektedir. Biyolojik olarak yaşlanma organlar düzeyinde fonksiyon azalması, dokularda yıpranma ve tahribatın artmasıdır. Psikolojik yaşlanma yaşlı bireyin zeka ve duyu yitimine bağlı olarak geçmişe duyduğu özlem, kendine yetemeyeceğini düşünmeye bağlı geleceğe güvensizlik biçiminde ortaya çıkmaktadır. Sosyal yaşlanma ise yaşlı bireyin toplumda gücünün azalması veya kaybolması ve yaşlı bireyin sosyal ortama uyum sağlayamaması biçiminde ortaya çıkmaktadır (29). Yaşlanma bütüncül değerlendirilmesi gereken ve durağan olmayan bir dönemdir. Yaşlanan bireyler yaşlanma sebebiyle biyolojik, psikolojik ve sosyal problemler yaşamaktadır. Bu bağlamda hızla yaşlanan dünya nüfusunda yaşlılık kavramı da önem kazanmaktadır.

Yaşlılık; biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm süreci olarak tanımlanan bir dönemdir (1). DSÖ yaşlılığı; “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamıştır (28). Yaşlılık Erikson’un psikososyal kuramına göre benlik bütünlüğü olan sekizinci döneme denk gelen süreçtir. Bu dönemde yaşlı bireyler tekrar hayatlarına dönüp bakarlar ve hayatlarının muhasebesini yapmaktadırlar. Mutlu ve üretken bir hayat geçiren bireyler benlik bütünlüğüne ulaşmaktadırlar. Mutlu ve üretken bir hayat geçiremeyen bireyler ise umutsuzluğa kapılıp bu çağın tehlikesi olan umut yitimi ve ölüm korkusunu yaşamaktadırlar (14).

Kutsal’ın yaptığı çalışmaya göre yaşlı bireyin iyilik hali beş yönden incelenmektedir. Bunlar fiziksel, manevi, duygusal, sosyal ve zihinsel iyilik halidir. Fiziksel iyilik; beslenme, uyku ve hareketlerinde uyum içinde olması, manevi iyilik; yaşamında amacının olması, duygusal iyilik anladığını ve anlaşıldığını hissetmesi ve

duygusal açıdan dengede olması, sosyal iyilik; çevresiyle iletişim içerisinde olması ve bunun için çaba göstermesi, zihinsel iyilik de bilincinin yerinde olması, problem çözme ve yaratıcılık süreçlerinin olması şeklinde açıklanmaktadır (28). Yaşlı bireyin bu süreçte yaşam kalitesini etkileyen bir takım değişiklikler olmaktadır. Bunlar fiziksel değişiklikler, organ fonksiyonlarındaki değişiklikler ve yaşam biçimindeki değişikliklerdir. Fiziksel değişiklikler içerisinde vücut ağırlığında azalma belirgindir. 60 yaştan sonra vücut ağırlığı azalmaya başlamaktadır. 80 yaştan sonra bu azalma daha belirginleşmektedir. Vücut kompozisyonunda değişiklikler olmaktadır. Bunlar içerisinde yağsız doku kütlelerinde azalma ve yağ miktarındaki bir artıştır. Yaşlılarda kemiklerde kalsiyum azalmasına bağlı olarak iskelet sisteminde değişiklikler olmaktadır. Bununla birlikte vücutlarındaki su yüzdesi azalmaktadır. Organ fonksiyonlarındaki değişiklikler içerisinde tat ve koku duyusunda azalma, tükürük salgısında azalma, ağız ve diş problemleri, yutmada güçlük, mide fonksiyonlarında azalma, bağırsak fonksiyonlarında azalma, bağışıklık sistemi ve sinir sistemi fonksiyonlarında azalma olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan organ sistemlerinin kapasitesindeki azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma gibi problemlerin ortaya çıkmasıyla birlikte yaşlı birey hastalıklara karşı korunmasız hale gelmektedir.

Genellikle yaşlılarda birkaç hastalık birlikte bulunduğundan yaşlının buna uyumu zorlaşmaktadır. Yaşlının iyileşme süreci gençlere göre daha yavaş olduğu için yaşlı bireylerin sağlık problemleri daha da önem kazanmaktadır. Yaşlılığa bağlı olarak inkontinans, uyku bozuklukları, malnutrisyon, deliryum, bası yaraları, ağrı ve düşmeler gelişebilmektedir (28). Bununla birlikte yaşlının yaşam biçimindeki değişiklikler içerisinde de eşini kaybetme, yalnız yaşama, aileden ya da arkadaşlarından ayrılma, işten ya da evden ayrılma, fiziksel engel ve hareket güçlüğü, yardımcı kişi veya kurumların olmaması, gelir yetersizliği ve bağımlılık olabilmektedir (30, 31).

Yaşlı bireyin bu mevcut değişikliklere uyum sağlayabilmesi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin sağlanması gerekmektedir. Sosyal yaşama katılımlarının arttırılabilmesi için sahip oldukları potansiyellerinin farkına varmaları ve bunu kullanabilmelerinin yolunun açılması yeterli koruma, güvenlik ve bakım desteğinin sağlanması hemşirelerin sorumluluğundadır. Hızlı yaşlanan nüfus halen gelişmekte olan ülkelerde önemli problemlere neden olacaktır (32). Bu problemleri önleyebilmek amacıyla hemşireler için önem kazanan aktif yaşlanma kavramı ortaya çıkmaktadır.

Aktif yaşlanma; yaşlı insanların yaşam kalitesini artırabilmek için; sağlık, güvenlik ve katılım olanaklarını en uygun hale getirme sürecidir. Bireyin yaşamını uzatmanın yanında yaşlılık döneminde sağlığının geliştirilmesi de önem taşımaktadır. Bunun için DSÖ 1990'ların sonunda aktif yaşlanma kavramını benimseyerek önemini vurgulamış ve yaşlı bireylerde aktif yaşlanma için yapılacak stratejilerin geliştirilmesi gerekliliğini açıklamıştır. Aktif yaşlanma kavramı, yaşlı insanların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam etmeleri için daha fazla fırsatın sunulmasını içermektedir. Aktif yaşlanma, yaşlı bireylerin sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından yaşam kalitelerini ideal seviyelere çıkarmayı amaçlamaktadır. Aktif yaşlanma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, sosyal ve kültürel katılımı da içermektedir. Amerika Birleşik Devleti (ABD) ise “başarılı yaşlanma” görüşünü ileri sürmüştür. Rowe ve Kahn başarılı yaşlanmayı, hastalık ve maluliyet olmaması, bilişsel ve fiziksel fonksiyonların devam etmesi ve yaşamla bağlantılı olmak (bağlantılı olmayı da hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantılı olarak kullanmaktadır) olarak tanımlamaktadır (33). Yaşlı bireylerde sık karşılaşılan bir problem olan üriner inkontinansın ortaya çıkarılması ve tedavisinin yapılması yaşlı bireylerin aktif ve başarılı yaşlanmalarına önemli katkı sağlayabilecektir. Bu konuda hemşireler insan sağlığının gelişimi yaşlıların bakım ihtiyaçları konusunda bütünleştirici ve dengeli bir yaklaşım sağlama sorumluluğundadır.

2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi

Üriner inkontinans en önemli ve sık geriatrik sendromların birisi olarak belirtilmektedir. Bu, sessiz ama büyük bir toplumsal sorun olarak kabul edilmektedir. Yaşlı nüfusu arttıkça üriner inkontinans daha büyük bir problem haline dönüşebilecektir. Üriner inkontinansın birçok tanımı vardır. Fakat Uluslararası Kontinans Derneği'nin [International Continence Society (ICS)] belirlediği tanım genel kabul görmektedir. ICS 2002 yılında yaptığı tanımına göre miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmaktadır (34, 35, 36, 37, 38). Üriner inkontinans yaşlanmanın normal bir sonucu olduğu varsayılarak yaşlı hastalar bu sorunu yeterince yansıtmamaktadır. Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere oranla üç dört kat daha sık görülmekte ve her iki cinste de yaşla birlikte artış göstermektedir (39). DSÖ dünyada 200

milyondan fazla kişinin mesane kontrol problemi yaşadığını ve bunun büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirmektedir (40). Ateşkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinansı olan yaşlılarda üriner inkontinans nedeni ile utanma, sosyal izolasyon, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin, kadınlar arasında %61.8 ve erkeklerde ise %72.7 olduğu sonucu bulunmuştur (9). Bu problem bireyin toplum içinde bağımsız olup olmadığını belirlemede önemli role sahiptir. Yaşlı bireylerde bu problem sorgulanmalı ve bunun yaşlılığın bir sonucu olmadığı konusunda farkındalık sağlanmalıdır. Uygun değerlendirme ve tedaviyle yaşlı bireyin yaşam kalitesi artırılmalıdır (41).

Üriner inkontinansın kişiler arası ilişkileri engelleyebildiği gibi cinsel fonksiyonda zayıflama, toplumdaki uzaklaşma hatta mortaliteyi artırıcı etkileri olabilmektedir. Bu sebeplerle birlikte üriner inkontinans topluma büyük ekonomik yük oluşturmaktadır (42, 43). ABD'de üriner inkontinans yıllık doğrudan maliyeti kadınlar için 12 400 000 000\$ (%76) ve erkekler için 3 800 000 000\$ (%24) olmak üzere, 16 300 000 000\$ olarak tahmin edilmiştir. En büyük maliyet kategorisi huzurevinde kabul (%14), tedavi (%9), komplikasyon (%6), tanı ve değerlendirmeler (%1) takip rutin bakım (kadınlar için maliyetlerin %70) dır. UI kadınlarda diğer kronik hastalıklara benzer yıllık harcamalar ile kıyasla çok masraflı bir durumdur (43). ABD'de ürolojik hastalıkların mali yükünün 1992 yılından bu yana iki katına çıktığı açıklanmaktadır (44).

2.2.1. Kontinans Fizyolojisi

Kontinans kompleks bir olaydır. Sempatik, parasempatik ve somatik liflerin koordinasyonu gerekmektedir. Kontinans otonom bir fonksiyon olduğu kadar beyin sapı, korteks gibi üst merkezlerin etkisi altındadır. Bu merkezlerin devreye girmesi kontinansın istemli bir şekilde başlatılabilmesini sağlamaktadır. Mesanenin dolması ve boşaltılmasında rol oynayan otonom mekanizmalar sempatik ve parasempatik sinir liflerinin kontrolü ile sağlanmaktadır. Mesane dolarken sempatik sistem aktif durumdadır ve mesaneyi gevşetirken, mesane boynunun kasılmasına yol açar, mesane dolduğunda ise duvar gerilimi nedeniyle mekanoreseptörler devreye girer ve işeme olayının başlatılması bilgisi üst merkezlere iletilir. Bu dönemde sempatik tonus azalmakta ve parasempatik sistem aktif hale gelmekte ve mesane kontraksiyonları

başlamaktadır. Sakral pudental somatik dallar pelvik taban kasları ve eksternal üretral sfinkteri kontrol ederek kontinansı sağlamada rol oynamaktadır (38, 45, 46).

Bireylerde mesane kapasitesi 300-500 mL'dir. İlk sıkışma hissi ve işeme genellikle idrar 150-300 mL'ye ulaştığında görülmektedir. Kontinansın sağlanmasında işemenin fizyolojik mekanizmaları kadar fonksiyonel tuvalet yetenekleri (mobilité) ve kognitif yetiler de önemli olmaktadır (45, 47). Yaşlıda alt üriner sistemin yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünü etkileyen faktörler, idrar miktarı artışı ve tuvalete bağımsız olarak ulaşımı engelleyen durumlar üriner inkontinans gelişimini kolaylaştırmaktadır (47). Yaşlılık tek başına üriner inkontinansın sebebi değildir. Ancak yaşlılıkta üriner inkontinans sıklığının artmasının sebepleri arasında yaşa bağılı üriner sistemde meydana gelen değişiklikler vardır. Bu değişiklikler içerisinde üretral basıncın yaşa bağılı azalma eğiliminde olması, erkeklerde yaşın ilerlemesine bağılı prostat boyutlarındaki artışın idrar retansiyonuna yol açması, kadınlarda menapozla birlikte östrojenin azalması, vajinal atrofi ve üretra çevresindeki destek dokuların azalması ve pelvik kaslardaki zayıflama sayılmaktadır. Bunların yanında yaşlıda rezidü idrar miktarı artışı, istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması ve mesane kapasitesinin azalması inkontinansı etkileyen sebepler arasında belirtilmektedir. Yaşla ilişkili renal konsantrasyon mekanizmalarında oluşan düzensizlikler ve arginin-vazopresinin normal diürenal ritmindeki bozulmalar gece idrar miktarının artmasına (noktürnal poliüri) ve inkontinansa eğilim oluşturmaktadır (41, 47). Yaşlılarda diyabet, ozmotik diürez, nöropatik değişiklikler, kalp yetmezliği, uyku apne nöbetleri, ciddi konstipasyon, kullanılan ilaçlar ve yalnız yaşayan yaşlıların bakım verecek kimselerinin olmaması inkontinansa sebep olmaktadır (48).

2.2.2. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

- 1- Yaş ve cinsiyet
- 2- Doğum travması
- 3- Östrojen yetersizliği
- 4- Irk
- 5- Obezite ve kronik konstipasyon

- 6- Bağ dokusu
- 7- Sigara kullanımı
- 8- Geğirilmiş pelvik cerrahi
- 9- Genital prolapsus
- 10- Radyoterapi
- 11- Üriner sistem enfeksiyonu
- 12- Abdominal tümör
- 13- Nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları
- 14- İlaçlar (35, 49)

İnkontinans, akut, geçici (transient) inkontinans ve kronik kalıcı (persistent) inkontinans olarak ele alınmaktadır.

2.2.3. Akut İnkontinans

Üriner inkontinans hastalarının %33'ünde, hastanede veya bakımevlerinde kalan üriner inkontinans hastalarının yarısından fazlasında geçici veya geri dönüşümlü üriner inkontinans görülmektedir. Akut inkontinansda göz önüne getirilmesi gerekenler kısaca DIAPPERS şeklinde özetlenebilmektedir (48).

2.2.3.1. Akut İnkontinans Nedenleri

- Delirium (konfüzyon durumu)
- İnfeksiyon-üriner (yalnızca semptomatik)
- Atrofik uretrit, vajinit
- Pharmaceuticals (ilaçlar)
- Psikolojik, özellikle şiddetli depresyon
- Excess idrar oluşumu
- Restrikte mobilite
- Stool impaction (kabızlık) (38, 48, 49)

Deliryum üriner inkontinansın en sık sebeplerinden birisi olarak belirtilmektedir (48). Deliryuma sebep olan faktörler (ilaçlar, hastalıklar vb.) ortadan kaldırıldığında inkontinans da ortadan kalkabilmektedir. Yaşlı bireylerde idrar yolu enfeksiyonu inkontinansın sıkça ortaya çıkma sebepleri arasında yer almaktadır. Uygun tedavi ile bu sorun çözülebilmekte ve inkontinans ortadan kalkmaktadır. İlaç kullanımı da yaşlılarda inkontinans sebepleri arasındadır (48, 49). Bu nedenle yaşlı bireylerden iyi bir ilaç öyküsü alınmalıdır ve kaydedilmelidir. Diüretikler, antikolinergikler, psikotrop ilaçlar, narkotik analjezikler, α -adrenerjikler, kalsiyum kanal blokerleri gibi ilaçlar poliüri ve üriner retansiyon oluşturarak inkontinansa yol açabilmektedir. Antikolinergik ilaçlardan sedatif antihistaminikler, trisiklik antidepressanlar, antiparkinson ve antipsikotik ilaçlar mesane retansiyonu yaratarak inkontinansı artırmaktadır (48).

Çay, kahve gibi kafein içeren içecekler poliüri ve mesane irritasyonu yaparak üriner inkontinansa yol açabilmektedir. Fazla sıvı alımı veya volüm yükü ve ödem (kalp yetmezliği, venöz yetmezlik vs.), diyabet, hiperkalsemi gibi metabolik tablolar poliüriye yol açarak inkontinansa eğilim yaratmaktadır. Nörolojik hastalıklar, dejeneratif eklem problemleri veya iyatrojenik sebeplerle hastanın hareket kısıtlılığı varsa ve tuvalete ulaşabilmesi engelleniyorsa uygun çevresel düzenlemeler yapılması (lazımlıklı iskemle, ördek, sürgü vs. kullanımı) ve düzenli tuvalet alışkanlığı kazandırılması ile bu durum önlenmektedir (50).

Yaşlı kadınlarda üriner inkontinans tedavisindeki son yaklaşımların incelendiği çalışmada veri eksikliğinin devam etmekte olduğu ve bu sorun için etkin olmayanlar tedavilerin varlığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda yaşlı bireyler için daha bütüncül ve kapsayıcı yaklaşımların olması gerekliliği ortaya çıkarılmıştır (51).

Yaşlı hastalarda aşırı aktif mesane ve üriner inkontinansın başarılı tedavisi inkontinansın türü ve nedeninin doğru belirlenmesine bağlıdır. Yaşlı hastalarda üriner inkontinans geçici olabildiği gibi uzun süreli de olabilmektedir. Birçok hastada üriner inkontinans sıvı kısıtlaması veya tuvalet alışkanlığındaki değişiklikler gibi basit önlemlere yanıt vermektedir (52). Bunun yanında yaşlı bireylerde günde bir kez ilaç tedavisi ile inkontinans semptomlarının azaltılmasında etkili bulunan çalışmalar mevcuttur (53).

2.2.4. Kronik (Persistant) İnkontinans

Akut inkontinans sebepleri elenmesine rağmen inkontinansın devam etmesi kronik inkontinans göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bunlar; sıkışma tipi üriner inkontinans (urge), stres tipi üriner inkontinans, mikst tip üriner inkontinans, taşma tipi üriner inkontinans (overflow), fonksiyonel tip üriner inkontinansdır (38, 54).

2.2.4.1. Sıkışma Tipi Üriner İnkontinans

Sıkışma tipi üriner inkontinans en yaygın görülen tiptir. Ani gelen sıkışma hissi ile birlikte büyük miktarlarda veya bazen az miktarda idrar kaçırma şeklinde görülmektedir. En sık nedeni detrusor aşırı aktivitesidir. Genellikle gün içerisinde sekiz veya daha sık idrara çıkma ve gecede iki veya daha fazla gece işemesi şeklinde görülmektedir. Erkeklerde prostat büyümesine bağlı irritatif semptomlar sıklıkla eşlik etmektedir (38, 39, 54).

2.2.4.2. Stres Tipi Üriner İnkontinans

Yaşlı kadınlarda ikinci sırada olarak görülen üriner inkontinans tipi olarak belirtilmektedir (32). Östrojen eksikliği veya önceki pelvik cerrahi veya sık vajinal doğumlarla ilişkilidir. Obezite, inkontinans şiddetini artırabilmektedir. İntraabdominal basıncı artıran öksürük, gülme, egzersiz, pozisyon değişikliği ile birlikte idrar kaçırma görülmektedir. Bunun yanında intrensek sfinkter yetmezliğine bağlı olarak da inkontinans görülmektedir. Kadında genellikle cerrahiye bağlı travma veya ciddi üretral atrofi sonucu gözlenmektedir. İntraabdominal basınçta hafif artışlar bile inkontinansa yol açabilmekte veya fiziksel aktivite süresince devam eden sürekli idrar kaçağı görülmektedir. Stres tipi üriner inkontinans erkeklerde sık görülmemektedir. Ancak erkeklerde üretral cerrahi veya radyasyon tedavisi sonrası görülebilmektedir (32, 38, 49, 54).

2.2.4.3. Mix Tip Üriner İnkontinans

Sıklıkla sıkışma ve stres inkontinansın birlikte görülmektedir. Bunun yanında bir diğer inkontinans tipleriyle birlikte de görülebilmektedir (38, 39, 54).

2.2.4.4. Taşma (Overflow) Tipi Üriner İnkontinans

Taşma inkontinansı mesane detrusor kasının zayıflığı veya mesane çıkış yolu obstrüksiyonu sonucu görülmektedir. Bazen iki neden bir arada olabilmektedir. Genellikle idrar yaparken duraklama, damlama, zayıf üriner akım ile karakterizedir. Belirtileri diğer inkontinans türlerine benzediğinden teşhis aşamasında zorlanılmaktadır.

Prostat büyümesi, mesane çıkışı ve üretral darlıklar, sistosel gibi anatomik engeller, hipoaktif detrusor (diabetes mellitus ve spinal kord hasarı), nörojenik faktörler (multipl skleroz ve diğer supraspinal lezyonlar) taşma tipi üriner inkontinansa neden olmaktadır. Antikolinergik ilaçlar, narkotikler ve alfa adrenerjik agonistler taşma inkontinansına yol açabilmektedir (35, 38, 48, 54).

2.2.4.5. Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Bu tip genellikle bakım evi yada hastane gibi kurumlarda görülen inkontinans tipidir. Bunda birey tuvalete ulaşmada yaşadığı zorluk gibi fiziksel engellerin bulunması veya tuvalete ulaşabilmek için gerekli motivasyonun olmaması (depresyon vb) sayılmaktadır. Tuvalete uzak odalarda barınma, mobilitiyi kısıtlayan hastalıklar (ciddi eklem dejenerasyonu yapan hastalıklar), kognitif bozukluklar (demans) ve psikolojik hastalıklar (ciddi depresyon, psikozlar) en sık sebepleri arasında yer almaktadır (55).

2.2.5. ICS, Alt Üriner Sistem Semptomlarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Anormal Depolama

İnkontinans; herhangi bir derecede istemsiz idrar kaçırma.

Stres üriner inkontinans; efor, egzersiz, öksürme, hapşırma durumunda oluşan istemsiz idrar kaçırma.

Stres üriner inkontinans; efor, egzersiz, öksürme, hapşırma durumunda üretradan idrar kaçırmanın görülmesi.

Urge inkontinans; ani işeme hissi (urgency) ile istemsiz idrar kaçırma.

Mikst üriner inkontinans; stres ve urge inkontinansın birlikte bulunması.

Sürekli üriner inkontinans; Sürekli istem dışı idrar kaçırma.

Frequency; uyandıktan sonra uykuya kadar gün içinde idrara çıkma sayısı.

Noktüri; uykudan uyanıp gecede bir veya daha fazla idrara çıkma.

Noktürnal enürezis; uykuda idrar kaçırma.

Ekstraüretral inkontinans; üretra dışı kaynaktan idrar kaçışının gözlenmesi.

Sınıflandırılmayan inkontinans; yukarıdaki tanımlara uymayan idrar kaçırmanın gözlenmesi.

Aşırı-aktif mesane sendromu, urge sendrom, urgency-frequency sendrom; hepsi urge inkontinans ile birlikte olan veya olmayan urgency'yi tarifler. Genellikle frequency ve noktüri ile birlikte görülmektedir.

Anormal boşaltım

İşemeyi başlatmada sorun; (hesitancy) işemeye çabalama; abdominal gerilme ile idrara çıkma.

İdrar akım zayıflığı; idrar akım gücünün zayıflaması.

İntermittant akım; duraksayarak işeme.

İnkomplet boşalma; işeme sonrası mesane doluluğu hissi.

İşeme sonrası damlatma; normal işeme bittikten hemen sonra idrar kaçırma.

Akut üriner retansiyon; ani işeme kaybı sonucu kateterizasyon gerektiren ağrılı mesane distansiyonu (56).

2.2.6. Üriner İnkontinanslı Birey Değerlendirilmesi

Üriner inkontinanslı birey değerlendirilirken hasta öyküsü, fizik muayene ve idrar günlüğü değerlendirilmesi yapılması gerekmektedir.

2.2.6.1. Hasta Öyküsü

Hastanın öyküsünde yaşlı bireyin sosyodemografik verileri üriner inkontinans şikayetlerinin ne zaman başladığı, ne şekilde olduğu ve şiddeti araştırılmalı ve bunların hastanın günlük yaşam aktivitelerini ne derece etkilediği sorgulanmaktadır. Üriner

inkontinans patofizyolojisinde etkili olabilecek faktörleri belirlemek için ayrıntılı ürolojik hikaye alınmaktadır. Bunun yanında yaşlı bireyin genel sağlık durumu, geçirdiği cerrahi operasyonlar, geçirdiği hastalıklar ve kullandığı ilaçlar ayrıntılı olarak araştırılmaktadır. Karın içi basınç artışına yol açan kronik obsrükatif akciğer hastalığı (KOA), kronik konstipasyon, obezite; aşırı diürece yol açan diyabetes mellitus (DM), diyabetes insipidus (DI), kalp yetmezliği, serebrovaskuler hastalık, parkinson, disk hernisi, multipl skleroz gibi hastalıklar araştırılmaktadır (54, 57).

2.2.6.2. İdrar Günlüğü

Bireyin bir haftalık süreçteki günlük aldığı çıkardığı miktarı kaydetmesiyle sağlanmaktadır. Yaşlı bireye aldığı sıvının ne olduğu, ne kadar sıklıkla idrar yaptığı, ne zaman idrar kaçırdığı ve idrar kaçırırken yaptığı aktivitesini saatleriyle birlikte kaydetmesi istenerek belirlenmektedir (58).

2.2.6.3. Fizik Muayene

Bireyin üriner fonksiyon bozukluğuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların belirlenmesi yönünden genel sağlık durumunun araştırılarak ortaya çıkarılması olarak açıklanmaktadır (54, 58).

2.2.7. Üriner İnkontinans Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

İlaç tedavisi üriner inkontinans için uygun tedavi biçimleri arasında yer almaktadır. Bunun yanında diğer konservatif tedavilerle birlikte de uygulanabilmektedir (59). Üriner sistem idrar depolama ve boşaltma olarak iki fonksiyonu olduğundan ilaç tedavisinde de mesane boşalmasını kolaylaştırıcı ilaçlar ve depolama fonksiyonunu kolaylaştırıcı olarak iki bölümde incelenmektedir (58).

Mesane boşaltılmamasının sebepleri azalmış kontraktilite ve çıkış rezistansındaki artma veya her ikisinin birlikte bulunmasıdır. Bunun için mesane kontraksiyonlarını kolaylaştırıcı veya intravezikal basıncın arttırılmasını sağlayıcı ilaçlar verilmektedir. Bunlar içerisinde parasempatomimetikler, prostoglandinler, inhibisyon blokörleri ve opiot antagonistleri vardır. Çıkış direncinin azaltılması için,

alfa adrenerjik antagonistler, benzodiazepinler, baklofen, dantrolen ve diğerk potansiyel non-spesifik tedaviler, verilmektedir (60).

Mesanenin depolama bölümünde mesane hiperaktivitesi, istemsiz kontraksiyonlar veya azalmış komplians olmaktadır. İstemsiz kontraksiyonlar en sık olarak mesane duvarını irrite eden inflamatuvar durumlar nedeniyle, mesane çıkış obstrüksiyonu veya idiopatik olarak ortaya çıkmaktadır. Azalmış komplians ise nörolojik hasar veya mesane duvarının elastik ve viskoelastik özelliklerinin bozulması halinde görülmektedir (58, 60). Mesane kontraktilesinin azaltılması için antikolinerjik ajanlar, propantelin bromid, muskulotropik gevşeticiler, kalsiyum antagonistleri, potasyum kanal açıcıları, prostoglandin inhibitörleri, beta adrenerjik agonistler, trisiklik antidepresanlar, dimetilsülfoksit, polisnaptik inhibitörler ve diğerk potansiyel ajanlar verilmektedir. Çıkış direncinin arttırılması için alfa adrenerjik agonistler, beta adrenerjik antagonistler ve agonistler, östrojenler ve selektif serotonin ve noradrenalin reuptake inhibitörü verilmektedir (58).

2.2.8. Üriner İnkontinans Rehabilitasyon Tedavi Yöntemleri

2.2.8.1. Davranış Tedavileri

Davranış tedavilerinin hastalara yarar sağlaması, maliyetinin az olması ve invaziv işlem içermemesi bakımından ilk tercih edilmesi gereken tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (58). Üriner inkontinansa yönelik davranışsal tedavilerin uygulanması ve takibinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastanın değerlendirilmesinde; üriner inkontinansa ilişkin sağlık hikayesi, mental durum değerlendirilmesi, fonksiyonel ve çevresel değerlendirme, sosyal destekler, mesane kaydı ve fizik muayene alanlarında rol almaktadır. Bu bilgiler çerçevesinde ekip üyeleri ile birlikte kişiye özgü bakım planı geliştirmektedirler (61).

Diyet

Bireylerde aşırı sıvı tüketimi üriner inkontinans semptomlarını arttırabilmektedir. Sıvı kısıtlamasında ise bireylerde idrar konsantrasyonunda artış, dehidratasyon ve konstipasyon oluşabilmektedir. Bazı yiyecek ve içecekler; diürezi ya da mesanenin uyarılmasını arttırarak aşırı aktif mesane ve sıkışma tipi üriner

inkontinans semptomlarını arttırmaktadır. Baharatlı, asidik ve karbonatlı besinler, mesanede irritasyon oluşturabilmekte, kafeinli yiyecek ve içecekler diürezisi, detrusor basıncını ve detrusor kasınınuyarılmasını arttırarak olumsuz etki sağlamaktadır. Alkol, domates, bal ve şekerli yiyecekler, suni tatlandırıcılar, mısır şurubu, asitli içecek ve meyveler, süt ve süt ürünleri inkontinanslı bireylerde tüketimi kısıtlanmalıdır (45, 61).

Biofeedback

Biofeedback anal bölge veya vajene yerleştirilmiş olan sensörlerin monitorize edilmesiyle pelvik taban kaslarının tanımlanması ve ölçülmesini sağlamayı amaçlayan yöntemdir. Biofeedback yönteminde pelvik tabanın kasılma ve gevşemesi ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılır hale getirilmektedir. Bu sayede hastanın kendisi tarafından pelvik taban kas fonksiyonlarının düzenlenmesi sağlanmaktadır. Biofeedback yönteminin başarısı için doğru hasta seçimi önem taşımaktadır. Hastanın motivasyonunun iyi olması, kendiışlerini yapabilme yeteneğinin olması ve kognitif fonksiyonların yerinde olması gerekmektedir (45, 61).

Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi, istemli kortikal kontrol ile istemsiz detrusor kontraksiyonların önlenbilmesinin sağlandığı tedavi yaklaşımıdır. Mesane eğitiminde belirli zamanlarda idrar yapılmasının öğretilmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesinin arttırılması sağlanıp mesanenin kontrolünü sağlamaktır. Bireylerde mesane kapasitesi 300-500 ml'dir. Sağlıklı bireylerde mesanedeki idrar 150-200 ml'e ulaşıncaya idrar yapma isteği oluşmaya başlamaktadır. Mesane buna uyum sağlayabilmek için gevşer ve bu sayede birey uygun ortam sağlanana kadar idrar yapma isteğini erteleyebilmektedir (45, 61). Bu eğitimde bireye idrar günlüğü doldurmasına teşvik edilerek günde ne sıklıkta tuvalete çıktığı belirlenmektedir. İlk hafta tuvalete çıkma sıklığı 30-60 dk olarak belirlenmektedir. Bireyin bu sıklıkta tuvalete gitme isteği olmasa bile belirlenen sürelerde tuvalete çıkması istenmektedir. Bunun yanında planlanan süreden önce tuvalete gitme isteği olsa da gitmemesi anlatılmaktadır. Birey her tuvalet gidişini, idrar kaçırmalarını, aldığı sıvı miktarlarını idrar günlüğüne yazması istenmektedir. Tuvalete çıkma sıklığı

hastanın başarısına ve uyumuna göre haftalık 15-30 dk arasında arttırılarak tuvalete çıkma aralığını 3-4 saate çıkarılması sağlanmaktadır (45).

Alışkanlık Eğitimi (Zamanlı Miksiyon Tuvalete Gitme Programı Oluşturma)

Alışkanlık eğitiminin amacı bireyin inkontinansı olmadan idrarını yapabilmemesini sağlamaktır. Bireye uygun tuvalete gitme programı planlanmasıyla sağlanmaktadır. Bireyin düzenli aralıklar ile (2-4 saat) tuvalete gitmesi önerilmektedir. Genellikle sıkışma tip üriner inkontinans ve fonksiyonel inkontinansı olan bireylerde kullanılmaktadır. Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı hastalar ve alzheimer hastalarında kullanılmaktadır (62). Bu kişilerin bilişsel fonksiyonlarının yerinde olup olmadığı dikkate alınmalıdır. Eğer bilişsel fonksiyonlarda bozulma varsa bu bireylerin yakınları ya da bakım vericileri tarafından desteklenerek uygulanması sağlanmaktadır (61).

İdrar Yapmayı Teşvik Etme

Bu yöntem daha çok bilişsel yetenekleri azalmış, bağımlı kişiler için uygun bir yöntemdir. Bireyin mesanesi dolmaya başladığında bireyi idrar yapmaya teşvik edilmektedir. Bu tedavide bireyin tedaviye katılımı yöntemin başarısı için önem arz etmektedir (61).

Kegel Egzersizleri

1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanan kegel egzersizleri ile inkontinans tedavisinde %80'in üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Genellikle sıkışma, miks ve stres tipi üriner inkontinansı olanlar ile yaşlılar ve beden kitle indeksi fazla olan bireylerde daha etkili olmaktadır (55). Kegel egzersizlerinin maliyetinin olmaması, risk içermemesi ve hastane dışında da uygulanabilmesi açısından avantajlı bir tedavi seçeneği olmaktadır. Kegel egzersizlerinde amaç; mesane, esane boynu, üretra, vajina ve rektumu destekleyen pubokoksigeal kasları güçlendirmek, üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirerek üretranın kapanmasını ve pelvik organların desteğini arttırmak, istemli periüretral ve perivajinal kasları güçlendirmek, levator ani kasını ayırt edebilmek ve gücünü arttırmak, karın içi

basıncı arttırmadan kontraksiyonları harekete geçirmek ve inkontinans sıklığını azaltmaktır (61). Bu egzersizi öğretecek kişinin bireye doğru uygulama tekniğini öğretmesi önemli olduğu kadar öğrenen bireyin de öğrenmeye ve egzersizi yapmaya istekli olması, kognitif fonksiyonlarının iyi olması ve pelvik tabanın nörolojik olarak sağlam olması da önemli olmaktadır (55). Kegel egzersizlerinin otururken, ayakta veya yatarken günde 2-3 kez minimum 30-45 kez yapılması tavsiye edilmektedir. Değişik pozisyonlarda yapılan bu egzersiz mesane boynu ve üretranın abdominal kavitede stabilizasyonunu sağlamaktadır (61). Egzersizlerin etkileri iki hafta sonra başlamaktadır. Altı veya sekiz hafta sonra şikayetler azalmaya başlamaktadır. Fakat yaşlı hastalarda bu süre daha uzun olabilmektedir. Bu egzersizler ile tedaviye yanıt alınmadığı takdirde kolajen yapı defektleri ile ilgili bir problem olduğu düşünülmektedir (55).

2.2.8.2. Vajinal Konlar

Vajinal konlar pelvik taban kas gücünü arttırmak için kullanılan davranış tedavisidir. Vajinal konlar ile pelvik tabanın kas yapısının kasılma etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Vajinal konların vajinada kalarak pelvik kas gücü artırılması sağlanmaktadır. Ağırlıkları 20 gr ile 100 gr arasında olan beş vajinal konun en hafif olanından başlayarak en ağır olana doğru vajinada taşınması ile pelvik taban egzersizleri sağlanmaktadır. Bireye günde iki kez ilk olarak 10 dk daha sonra 20 dk süre ile vajinal konu vajina içerisinde tutmaya çalışması istenmektedir. Daha sonra diğer ağırlıktaki vajinal kona geçilmektedir. Böylece en hafiften en ağıra doğru bütün vajinal konları taşıyarak pelvik taban esnekliğinin kazanılması sağlanmaktadır. Doğum sonrası dönemde pelvik taban esnekliğinin geri kazanılmasında etkili bir yöntemdir. Aşırı pelvik organ prolapsus varlığında kontraendike bir yöntemdir (45, 61).

2.2.8.3. Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon (FES)

Pelvik taban kas gruplarına uyarıcı olarak vajinal veya rektal yoldan düşük doz elektrik akım verilmesidir. Vajinal elektrotlar veya yüzeysel elektrotlar ile pelvik taban kasları elektriksel olarak uyarılmaktadır. Böylece bu yöntemle perine bölgesine yerleştirilen yüzeysel ya da vaginal elektrotlar vasıtasıyla pelvik taban kas kontraksiyonlarının artırılması, üretral fonksiyonun düzenlenmesi ve mesane

kontraktilitesinin azaltılması sağlanmaktadır. Ciddi vaginal prolapsusu olan, kardiyak pacemakerlı, kardiyak aritmili, üriner retansiyonu ve periferik denervasyonu ve menstrual dönemde olan bireylerde kullanımı uygun olmamaktadır (45).

2.2.8.4. Mekanik Araçlar

Bayanlarda sıkışma tip üriner inkontinansı önlemek için kullanılan vajinal pesseler mekanik araçlar olarak adlandırılmaktadır. Pesseler mesane tabanını stabilize ederek ve fonksiyonel üretral uzunluğu arttırarak kontinansı sağlayabilmektedir. İrritasyon ve üriner infeksiyon nedeniyle kullanımları kısıtlı kalmaktadır. Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için bireylere vajinal hijyen konusunda bilgi verilmektedir. Bunları uygulamaya yönlendirilmesi ve düzenli kontroller ile oluşabilecek komplikasyonlar en az düzeye indirilebilmektedir (58).

2.2.9. Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavide üriner inkontinanstaki önemli tedavi seçeneklerinden biridir. Ameliyat tipinin seçiminde hastanın genel durumu, üretral mobilite, preoperatif ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve kullanılan tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir. Cerrahi tedavi seçilirken hastanın tercihi de önem verilmelidir (56).

2.3. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi

Latince kökü “depressus” olan depresyon kelimesinin sözlük anlamı aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı, kederli, meyas etmek, cesaretini kırmak donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamında kullanılmaktadır. Depresyon Türkçe’de, ruhsal çöküntü ya da çökkünlük olarak ifade edilmektedir (15). Ağır çökkünlük olarak bilinen bozukluğa Hipokrat melankoli adını vererek ilk defa melankoli terimini kullanmıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi açıklayanlardan olan İbni Sina ruhsal çökkünlükle ilgili ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. Yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlardır. Kraepelin, bunları psikoz manyak depresif (PMS) adı altında toparlamış, hastalığın

belirtilerinin, gidiş ve sonlanış tanımlamasını yapmıştır. Kraepelin aynı zamanda yaş dönümü çökkünlüğünün (envolüsyon melankolisi) tanımlamasını yapmıştır (14).

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Duygu durum (mood); bireyin bir süre, değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içerisinde olması olarak tanımlanmaktadır. Duygulanım (affect) ise; bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabileceği becerisi olarak açıklanmaktadır. Depresyon, derin üzüntü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı duygu durumuyla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (5, 14, 63). Depresyon; olağan etkinliklerden ve daha önce kişiye zevk veren durumlardan zevk alamama ve bunlara karşı ilginin kaybolmasıyla birlikte, çökkünlük, karamsarlık yanında keder ve elem duygularının olduğu depresif bir duygudurumu (disforik mood), gerek mental gerekse fiziksel alanda enerji azlığı ile kendini gösteren psikomotor yavaşlama (psikomotor baskılanma), düşünce içeriği kısıtlılığı ile belirgin bilişsel yavaşlama (bilişsel baskılanma), kişinin işlevselliğinde azalma ile kendini gösteren bir hastalıktır (14, 64). DSÖ verilerine göre depresyon fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yola açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. DSÖ, Harvard Üniversitesi ve Dünya Bankası ile birlikte yaptığı çalışmada depresyonun bireyler için büyük bir engellilik nedeni olduğunu ortaya koymaktadır. Dünya çapında büyük bir sorun olarak görülen depresyonun 2020 yılından itibaren kalp hastalıklarından sonra insanların ikinci ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir (65).

Depresyon tanısının konabilmesi için Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) kriterleri şunlardır:

2.3.1. DSM-V Major Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri

- A- Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması, bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

- 1- Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülü, kendini boşlukta hissediyor ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür)(not: çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).
- 2- Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse hergün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
- 3- Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken)çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).
- 4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
- 5- Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
- 6- Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
- 7- Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
- 8- Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
- 9- Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), öznel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B- Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlara ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C- Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemi oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. Yas, batıklık (parasal çöküntü), doğal bir yıkım sonucu yitilener, önemli bir hatalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D- Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanamaz.

1- Yası, bir yeğin depresyon döneminden (YDD) ayırt ederken, yas sürecinde baskın duygulanımın boşluk duyguları ve yitim olduğunu, ancak YDD'nde süregiden çökkün duygudurumun olduğunu ve mutluluk ya da zevk alma beklentisi içinde olunmadığını düşünmek yararlı olmaktadır. Yasta yaşanan disforinin yoğunluğu günler ve haftalar içerisinde azalma eğilimi gösterir ve bu belirti dalgalar biçiminde ortaya

çıkar (ölüm acısı çekme olarak da adlandırılabilir.) Bu dalgalara, ölen kişiyle ilgili düşüncelerin ya da azımsatıcıların eşlik etmesi eğilimi görülür. YDD'nin çökkün duygudurumu daha sürekli ve özgül birtakım düşüncelere ya da takılan düşüncelere bağlı değildir. Yasta yaşanan acıya, olumlu duygular ve kimi zaman gülünçlük eşlik edebilir, ancak bu durum YDD'e özgü yaşanan genel mutsuzluk ve acı çekmeye özgü durumdan değişiktir. Yasa eşlik eden düşünce içeriği, YDD'nde görülen kendini eleştirici ya da kötümser düşüncelerle uğraşp durmaktan çok ölen kişiyle ilgili düşünceleri ve anıları düşünüp durma özelliği taşır. Yasta benlik saygısı genellikle korunmuştur, oysa YDD'nde değersizlik duyguları ve kendine karşı olumsuz duygular besleme gibi duygularla sık karşılaşılır. Yasta kendini aşağılayan düşünceler olursa, bunlar daha çok ölen kişiyle ilintili, yapılmayan eylemlerle ilgili algılardan oluşur (örn. Yeterince sık görmeye gitmediği, ölen kişinin nedenli sevildiğini söylemediği) yastaki kişi ölümü ya da ölmeyi düşünüyorsa, bunlar genellikle ölen kişi odaklıdır ve olasılıkla ölen kişinin 'yanına gitme', 'ona kavuşma' ile ilgilidir. Oysa YDD'nde bu düşünceler, değersizlik duygularından ötürü ya da yaşamayı hak etmediği ya da depresyonun acısıyla başa çıkamadığı için kişinin yaşamını sonlandırması üzerine odaklıdır (66).

DSM-V' e Göre Depresyonun Alt Tipleri

- . Süregiden depresyon bozukluğu (distimi)
- . Aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu
- . Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu
- . Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu
- . Tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu
- . Tanımlanmamış depresyon bozukluğu
- . Depresyon bozuklukları belirleyicileri
 - Karma özellikler gösteren
 - Melankoli özellikleri gösteren

- Değişik tür (atipik) özellikleri gösteren
- Psikotik özellikleri gösteren
- Katotoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren (64, 66)

2.3.2. ICD-10 Sınıflandırması

Depresif Atak

Hafif depresif atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen

Orta şiddette atak; somatik sendrom eşlik eden/etmeyen

Şiddetli depresif atak; psikotik özellikler gösteren/göstermeyen

Tekrarlayan (rekürren) depresif bozukluk

Şimdiki depresif atak; hafif, orta, şiddetli, şiddetli ve psikotik belirtilerle birlikte (64, 66)

Başka Duygudurum Bozuklukları

Başka tek duygudurum bozukluğu

Karma affektif bozukluk

Başka duygudurumu bozukluğu

Rekürren kısa depresif bozukluk

Başka sınıflandırılmış/belirlenmiş duygu durumu bozukluğu (64, 66)

İnatçı Duygudurum Bozukluğu

Siklotimi

Distimi

Diğer inatçı duygudurum bozuklukları

Belirlenmemiş inatçı duygudurum bozukluğu (64, 66)

2.3.3. Depresyon Etiyolojisi

Depresyonun ortaya çıkışında tek bir etkenin sorumlu olmadığı belirtilmektedir. Psikososyal, genetik ve biyolojik nedenler etkili olmaktadır. Depresyonun etiolojisinde genetik geçişin rolü önemlidir. Bunun yanında sosyal ve kültürel etmenlerin bireysel farklılıklar göstererek etkilediğini ve biyolojik olarak nörotransmitterlerde işlevsel bozukluğun olduğu belirtilmektedir (67).

Depresyon etiolojisinde özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Norepinefrin ve serotonin duygudurum bozukluklarında üzerinde en çok durulan nörotransmitterlerdir. Depresyonu serotonin yetersizlik sendromu olarak düşünenler olduğu gibi serotonin işlevinde artma olduğunu düşünenler de bulunmaktadır (68, 69).

Depresyonlu bireylerde beyin omurilik sıvısı (BOS) homovalinik asit (HVA) düzeyi düşük bulunmuştur. Dopamin döngüsünün azaldığı öne sürülmektedir. Psikotik belirtili depresyonlarda dopamin döngüsü ve HVA düzeyi düşük tespit edilmiştir. Depresyonda gama amino bitürik asit (GABA) düşük bulunmuştur. GABA agonistleri NE ve seratonerjik nöronların ateşlenmesini artırır. Dopamin döngüsünü azaltır. Depresyonda kolinerjik etkinliğin arttığı, kolinerjik ilaçların depresyona neden olduğu bulunmuştur. Buna göre kolinerjik adrenarjik etkinlik oranı kolinerjik etkinlik lehine bozulmuştur. Depresyonda BOS somatostatin düzeyi düşük bulunmuştur. Nöronal iletimde rol oynamaktadır. Limbik sistemde fazla bulunmakta ve stres durumunda da yükseldikleri için sadece depresyona özgü olmamaktadırlar. İçine kapanmış bireylerde trombosit monoamin oksidaz (MAO) aktivitesi yüksek bulunmuştur. Depresyonda intraselüler sodyumun arttığı belirtilmektedir (68, 69).

2.3.4. Depresyonun Belirti ve Bulguları

2.3.4.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar

Çökkün bir bireyde genel olarak omuzlar çökmüş, postürü öne doğru eğilmiştir. Yüz çizgileri belirginleşmiş, alın çizgileri derinleşmiş ve yüzünde üzüntülü bir ifade mevcuttur. Bireylerin öz bakımı azalmış olabilmektedir. Bu kişilerde genel bir yavaşlama, durgunluk ilk göze çarpan durumdur. Bazen çok sıkıntılı ve tedirgin görünümü ile birlikte yerinde duramaz, el ovuşturma, saç çekme

gibi belirtiler görülebilmektedir. Ağız kenarlarında çökkünlük, tedirginlik ve şaşkınlık gözlenebilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarda psikomotor ajitasyon görülebilmektedir (4, 14, 26, 69, 70).

2.3.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Hafif ve orta şiddetteki çökkünlüklerde hasta ile ilişki kurmak ve konuşmak zor olmamakla birlikte şiddetli çökkünlüklerde iletişim kurmak zorlaşmaktadır. Bireyin konuşması yavaş ve alçak ses tonundadır. Bazen hastadan yanıt almak zor olabilmektedir. Çok ağır çökkünlüklerde mutizm (hiç konuşmama) görülebilmektedir. Birey ilgisiz, duygusuz görünmektedir (14, 26, 69, 70).

2.3.4.3. Duygulanım

Depresyonda bireyin duygulanımında genel bir keyifsizlikten derin üzüntü, iç acısı duyma derecesine kadar değişen bir artış vardır. Bu duruma çökkün duygu durum (low mood) denir. Birey sık sık ağlamaktan yakınmaktadır. Ağır depresyonda bireydeki üzüntü, keder ve elem duygularının yoğunluğunun çok baskın olması bazen başka duyguların yaşanmasını engelleyebilmektedir. Bazı bireylerde üzüntü ile birlikte bunaltı, tedirginlik, kimi zaman da öfke hali olabilir. Bu duruma bunaltılı ya da tedirgin çökkünlük (agitated depression) denir. Genelde bunaltı sabah saatlerinde çok belirgindir. Bu nedenle sabah bunaltısı ağır depresyonların tanısında önemli bir bulgudur. Bireyler sabah bunaltısını göğsünde bir ateş varmış gibi bir yanma şeklinde ve tahammülü zor bir duygu olarak tariflemektedirler. Bununla birlikte çabuk öfkelenme, çevresinden nefret etme veya çevresindekilere karşı bütün duygularını yitirmiş gibi duygulanım azalması görülebilmektedir. Sıklıkla tanımlanan eskiden istekle, zevkle yaptıklarına karşı isteksizlik ve zevk alamama (anhedoni) depresyonun en önemli belirtilerindendir (14, 26, 70).

2.3.4.4. Bilişsel Yetiler

Depresyonda bireyin bilinci açıktır. Yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdır. Bu bireyler genellikle unutkanlıktan şikayet etmektedir. Unutkanlıklarının sebebi ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlı olmaktadır. Bazı bireylerde unutkanlık

baskın olduğundan yalancı bunama (psödodemans) izlenimi olabilmektedir. Bunun ayrımının iyi yapılması gerekmektedir. Depresyon ortadan kalktığında bu tür unutkanlıklar da ortadan kalkmaktadır. Bu bireylerde genellikle algı bozukluğu görülmemektedir (14, 26, 69, 71).

2.3.4.5. Düşünce Süreci ve İçeriği

Depresyondaki bireyde düşünce hızı yavaşlamaktadır. Bireyin ses tonu kısık ve konuşması yavaştır. Düşünce içeriğinde suçluluk, geçmişteki pişmanlıklar, olumsuz anılar, gelecek korkusu mevcuttur. Geçmiş yaşantısından memnuniyetsiz, gelecek için ise umutsuzdur. Bireyde suçluluk, çaresizlik, umutsuzluk düşünceleri hakimdir. Özsaygısı azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz hissetmektedir. Değersizlik düşünceleri çok artarsa bireyin düşünceleri küçüklük sanrılarına dönüşebilmektedir. Yaşamını anlamsız bulduğunu düşünmektedir. Suçluluk, değersizlik, umutsuzluk düşünceleri hastada cezalandırılma beklentilerine neden olmaktadır. Her türlü cezayı hak ettiğini düşünüp yaşamının anlamsızlığı düşünceleriyle özkıyım kadar sürüklenebilmektedir. Depresyondaki hastalarla görüşürken bireyin mutlaka özkıyım düşüncesi olup olmadığı sorulmalı ve bu düşüncesi varsa bunun metodu sorgulanmalıdır. Depresyondaki hastalarda hipokondriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar olabilmektedir (18 26, 69, 71).

2.3.4.6. Devinim

Depresyondaki bireylerde psikomotor yavaşlama görülmektedir. Bireylerin konuşmaları, yürümeleleri, iş yapmaları yavaşlamaktadır. Bu yavaşlama bireydeki isteksizlik, enerji azlığı, ilgi ve zevk kaybına bağlı olmaktadır. Ağır bunaltılı bireylerde yerinde duramama, sürekli dolaşma şeklinde psikomotor ajitasyon görülebilmektedir. Depresyonun ortaya çıkmasıyla birlikte çoğu kez etkinliklerde azalma ve toplumdan uzaklaşma görülmektedir. Major depresyonda etkinliklerde azalma öyle ileri bir derecede olabilir ki hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturuyor ve taş gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilmektedir. Her hareketi sanki aşırı bir çabayı gerektiriyor gibi davranmaktadır (14, 26, 69, 70, 72).

2.3.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Depresyondaki bireylerde genellikle iştahsızlık görülmektedir. Daha seyrek olarak da birlikte aşırı yemek yeme ve kilo artışı görülebilmektedir. Bu bireylerde güçsüzlük, halsizlik, enerji azlığı sık görülmektedir. Bireylerin uykusu bozulmuştur. Bireylerin uykuya dalmakta güçlük, sık sık uyanma, uyuyamama ya da erken uyanma görülmektedir. Bireyler uyanığında yorgun kalktığını ifade eder ve uyanır uyanmaz sıkıntılarının devam ettiğini belirtmektedir. Bireyin toplam uyku süresi ve uyku derinliği azalmaktadır. Bazen bunun tam tersi depresyondaki bireylerde uykuya aşırı eğilim olmaktadır. Bireylerde kabızlık, cinsel istekte azalma, zevk alamama görülebilmektedir. Sıradan bir engellenme durumunda beklenmedik öfke patlamaları gösterme, sese ve kalabalığa tahammülsüzlük gibi belirtiler de görülebilmektedir (14, 26, 69, 70, 71, 73).

2.3.5. Psikoanalitik Yaklaşımına Göre Depresyon

Psikoanalitik yaklaşımda S. Freud'a göre depresyondaki bireyde üst benlik katı ve güçlüdür. Bireyin ilişkilerinde ambivalent duygular hakimdir. Bu duygular sevgi ve nefrettir. Bireyde gerçek veya imgesel bir kayıp duygusu vardır ve bu kayıp duygusu bilinçdışında olan kin ve nefreti canlandırmaktadır. Katı üstbenlik nedeniyle birey kin ve nefreti dışa yansıtamaz ve bu duyguları kendisine yöneltmektedir. Olumsuz duyguları kendisine yönelterek birey aşağılık ve suçluluk duyguları yaşamakta ve benlik saygısı düşmektedir. Benlik güçsüzdür ve depresyonun diğer belirtileri ortaya çıkmaktadır (68).

2.3.6. Yaşlılık Depresyonu ve Epidemiyolojisi

Depresyon, ruhsal hastalıklar içerisinde en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Depresyon bebeklikten başlayarak her yaş grubunda görülebilmektedir. Yaşlı bireylerde tek başına ya da diğer hastalıklarla ilişkili olarak çıkabilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireyde fiziksel hastalıkların arttığı gibi ruhsal hastalıklar da artış göstermektedir. Depresyon yaşlılarda sık görülen ruhsal hastalıklar arasındadır. Amerikan psikiyatri derneği yaşlılık depresyonunu yavaşlamış düşünce ve azalan fiziksel aktivite ile birlikte görülen mood değişimi olarak açıklamaktadır (74). Yaşlılık dönemindeki depresyon bireyin yaşam kalitesini

olumsuz etkilediği gibi var olan fiziksel hastalıkları üzerinde de olumsuz etki yaratmaktadır. Bunlar göz önünde bulundurularak yaşlılarda depresyon ele alınırken daha dikkatli olunmalıdır. Çünkü yaşlılarda yaşlılığın oluşturduğu normal değişimlerin ruhsal hastalıklar ile karıştırılmaması gerekmektedir. Ruhsal hastalıkların yaşlılığın normal bir sonucu olarak görülerek tedavi arayışına girilmemesi veya geç kalınmasına sebep olabilmektedir. Yaşlılık dönemi depresyonunu ayırıcı tanı için ayrı kriterler olmasa da yaşlı depresyon tanısının genç erişkin tanısından farklılıklar mevcuttur.

Genç erişkinlerde majör depresyon görülme oranları %10-15 arasında bildirilirken, yaşlılarda majör depresyon görülme sıklığı %3 civarında açıklanmaktadır. Bunu yanında yaşlılarda da eşik altı depresyon görülme sıklığı %15, depresif belirtilerin görülme sıklığı ise özellikle de bakımevleri, hastaneler ya da diğer uzun süreli bakım veren kurumlarda %60'a varan oranlarda bildirilmektedir (75). Yaşlı kadınlarda depresyon yaşlı erkeklerden daha fazla görülmektedir (19). Yaşlı depresyonunda gençlerde olduğu gibi disforik bir mizaç, aktivitelerde azalma ve zevk alamama gözlenmektedir. Depresyondaki yaşlı bireyde ileri derecede retardasyon ve ajitasyon belirtileri görülmeden, kötümserlik, umutsuzluk ve apati hali görülebilmektedir. Major depresyon içinde olan yaşlı birey üzgün görünümde, elem, umutsuzluk, değersizlik fikirleri taşımaktadır. Bireyin düşünce içeriğinin büyük bölümünde yaşantısındaki gerçek ya da hayal ürünü olan başarısızlıkları, hastalıkları ve düşüncesizlikleri ve bunlardan dolayı kendini suçlaması vardır. Genelde depresyonlu yaşlı çevreden çekilme yaşamakta ve içine kapanmaktadır. Yeme ve içmeyi reddedebilmektedir. Ağır vakalarda yataklarından bile çıkmak istemeyebilmektedir. İnkontinans durumu bile gözlenebilmektedir. Kendilerine göre durumları umutsuz, hayatları anlamsızdır. Faydaları olmadığını düşünmektedirler. Uykusuzluk, kilo kaybetme ile birlikte iştahsızlık ve yorgunluk belirtiler arasında yer almaktadır (4). Yaşlı bireylerde depresyonun neden olduğu şikayetleri yaşlılığın doğal bir sonucu gibi düşünülüp atlanabilmektedir. Bunun gözden kaçırılmasının diğer sebebi yaşlıların bu belirtileri anlatmaya istekli olmayışıdır. Yaşlı birey kendisindeki değişimi ve sıkıntıyı fark eder ama utanma, başkalarına yük olmama gibi sebepler ile bu durumunu dile getirememektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerin depresyon belirtileri ayrıntılı olarak sorgulanmalı ve bireyin bunları anlatmasına teşvik edilmesi gerekmektedir. Bunun tam tersi olarak yaşlı birey yaşlılıktaki fiziksel değişimleri ya da

fiziksel hastalıkları depresyon belirtisi olarak anlatarak yanlış tanı ve tedaviler alabilmektedir (75). Yaşlılarda depresyon ve fiziksel hastalık arasında güçlü ilişki mevcuttur. Yaşlılarda depresyona neden olabilecek hastalıklar ve ilaçları şunlardır:

Metabolik Hastalıklar: Üremi, diğer böbrek hastalıkları, hiponatremi, hipokalemi, serum bikarbonat düzeyinde yükselme, gut, porfiri (67).

MSS Hastalıkları: Multipl skleroz, parkinson, demans, beyin tümörleri, inme, huntington koresi, süregen subdural hematoma, temporal lobe nöbetleri, myastenia gravis, serebrovasküler hastalıklar, epilepsi, fahr hastalığı, hidrosefali, MSS enfeksiyonları, migren, narkolepsi, ilerleyici supranükleer palsi, uyku apnesi, MSS travmaları, wilson hastalığı (67).

Cerrahi Komplikasyonlar

Diğer Nedenler: Kranial radyasyon, amiloidosis, psoriasis, sarkoidosis (67).

Endokrin Bozukluklar: Hipotiroidizm, hipertiroidizm, cushing sendromu, addison hastalığı, birincil aldosteronizm, menopoza, postpartum dönem, diabetes mellitus, hiperinsulinizm, hipoparatiroidizm, hipopituitarizm, akromegali, menstruasyon dönemleri (67).

Beslenme Yetersizliği: Pellegra, tiamin yetmezliği, skorbit, vitamin B12 eksikliği, folat eksikliği, piridoksin eksikliği, demir eksikliği, protein eksikliği, niasin eksikliği (67).

Gastrointestinal Hastalıklar: Siroz, inflamatuvar barsak hastalıkları, celiac hastalığı, whipple hastalığı, pankreatit (67).

Kollagen Doku Hastalıkları: SLE, romatoid artrit, poliarteritis nodosa, dev hücreli arterit, temporal arterit (67).

İlaçlar: Antihipertansif ilaçlar, L-dopa, beta-blokerler, reserpin, kemoterapi ilaçları, vinkristin, L-asparaginaz, prokarbazin, interferon, tamoksifen, steroidler, simetidin, ranitidin, difenilhidantoin, dijital, benzodiyazepinler, oral kontraseptifler, psikoaktif maddeler, alkol, opiyatlar, anfetamin, kokain kesilmesi (67).

Yaşlı depresyonu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM) sınıflamasına göre yaşlı bireylerde depresif belirti yaygınlığı %8-35 arası oranlarda, major depresyon görülme yaygınlığı %0.8-2.9 olarak açıklanmaktadır (67). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'nin 1255 yaşlıda yapılan çalışmada, klinik geriatrik değerlendirme yapılmış ve geriatrik depresyon skalası ve minimal skor incelemesi sonrası %14.4 demans, %21.8 depresyon hastası saptanmıştır. Bu çalışmada alzheimer hastalarının %34'ünde depresyon ile birlikte tespit edilmiştir (76).

2.3.7. Yaşlılarda Depresyon İçin Risk Faktörleri

Depresyonu tanılamak yaşlı bireylerde zorlaşmaktadır. Yaşlı depresyonunda risk genel sağlık sorunları ve olumsuz yaşam olayları ile artmaktadır. Yaşlı bireylerde depresyonun normal olabileceği ile ilgili yanlış düşünceler uygun biçimde başatmayı engellemektedir. Bununla birlikte yaşlı bireylerde depresyon tedavisinin gençlerdeki kadar etkili olmadığı ile ilgili yanlış düşünceleri beraberinde getirmektedir. Yaşlı bireylerde depresyonun tekrarlama riski fazladır ve bu sebeple bu hastalar uzun süre takip edilmesi gerekmektedir (4, 77).

İzmir ili İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 65 yaş ve üzeri 359 yaşlıda yapılan çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük, yaşam koşulları kötü ve geleneksel aile yapısının egemen olduğu bir bölgede 65 yaş ve üzeri yaşlılarda depresif belirtilerin yüksek olmadığı düşünülmektedir. Depresif belirtileri etkileyen en önemli etmen yakınları ile görüşme sıklığı olarak bulunmuştur (78). Altuk'un yaşlılıkta bilişsel işlevler, empatik eğilimler ve depresyon belirtileri adı altındaki çalışmasında ağır depresyon belirtileri olan yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapmadıkları, geleceğe yönelik beklentilerinin olmadığı, kronik hastalıklarının olduğu, meslek ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu ve empatik eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (79).

2.3.8. Yaşlılarda Depresyona Bağlı İntihar

Bütün yaş grupları içerisinde depresyon nedeniyle intihar planlaması, teşebbüsü ve ölümlerle sonlandırma riski en fazla olan yaşlı grubudur. Yapılan

çalışmalarda 65 yaşın üzerindeki erkeklerde genel toplumda beklenen intihar oranının beş katı, 85 yaşın üzerinde altı katı olduğunu belirtilmektedir (80). Erkeklerde intihar oranı yaşla birlikte sabit olarak artmaktadır. Yaşlılarda intihar için yalnızlık ve sosyal izolasyon risk faktörüdür. Yas ve eş kaybı da en önemli izolasyon nedeni olarak belirtilmektedir. İntihar eden yaşlıların çoğu duldur. Daha az kısmı ise bekar, eşinden ayrılmış veya boşanmıştır. Yaşlılar genelde intihar düşüncelerini etrafında, kendine yakın hissettiği ve güvendiği kişilere veya sağlık çalışanlarına söylemektedir. Bunun için depresif her yaşlıda intihar düşünceleri sorgulanmalıdır. İntihar riski olan yaşlılar için aile desteği, sosyal çalışmacı ve psikolog desteği sağlanması, depresyonun erken tanınması, intihar düşüncelerinin mutlaka sorgulanması ve çevresel önlemlerin alınması önerilmektedir. İzolasyon, yas, işe yaramazlık, kötü fiziksel sağlık ve yetiyitimi gibi faktörlerin ele alınması intiharı önlemede önemli derecede etkili olmaktadır (72, 77).

2.3.9. Yaşlılarda Depresyon Tedavisi

Tedavide izlenecek yol depresyon belirti ve bulgularının azaltılmasının veya ortadan kaldırılmasının, bunun yanında yaşlı bireyin toplumsal işlevselliğini yeniden kazanmasının amaçlandığı akut evredir. Bu evre 2-4 aylık bir süreyi kapsamaktadır. Ardından 6-12 aylık süreyi kapsayan idame evresi ve son olarak da bireyin daha önceki tekrarlama ve alevlenme öyküleri göz önüne alınarak daha sonraki depresyon dönemlerinden korumak için uygulanan ve yaklaşık üç yıllık süreyi kapsayan koruma tedavisini kapsamaktadır (81).

2.3.9.1. Farmakolojik tedavi

SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri)

Reseptör düzeyinde seçici etki göstermektedir. Kuvvetli ve seçici bir biçimde serotoninin geri alınımını bloke etmektedir. Bununla birlikte yan etki olarak; bulantı, ishal, anoreksi, anksiyete, baş ağrısı, uykusuzluk ve orgazm bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu grup ilaçlar; paroksetin, fluoksetin, sitalopram, sertralin ve fluvoksamin'dir (61). Özellikle ek medikal tedavileri olan yaşlı bireylerde çoklu ilaç

kullanımında sorun oluşturabilecek sitokrom enzim düzeyindeki etkileşimlere dikkat edilmesi gerekmektedir (71).

Trisiklik ve Benzer Etkili Antidepresanlar

Depresyon tedavisinde etkisi kanıtlanmıştır. Fakat ciddi yan etkilerinin olması, fazla dozda ölümcül olması ve ilaç etkileşiminin çok olması nedenleri ile bu ilaçların kullanımı kısıtlı kalmaktadır (72). Trisiklik antidepresanlar (opipramol, klomipramin, imipramin, amitriptilin, maprotilin) serotonin ve noradrenalin gerialım pompalarını, az olarak da dopamin gerialım pompalarını inhibe ederek etki etmektedir (82).

MAOI (Mono-Amino Oksidaz İnhibitörleri)

İlk olarak geliştirilen antidepresanlardır. Monoamin oksidaz A ve B enzimlerini geri dönüşümsüz inhibe etmektedir. Diyetle alınan aminlerde kan basıncı yükselmeleri tehlikeli boyutlara ulaştığı için kullanımı sınırlı kalmaktadır. Bu yan etkiyi engellemek için geri dönüşümlü MAO inhibitörleri geliştirilmiştir. Bu gruptan ülkemizde bulunan ilaç ise moklobemiddir (82).

SNRI (Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri)

Trisiklik antidepresanlara benzemekle birlikte, yan etki profillerinin daha olumlu bu ilaçlara yönelimi arttırmaktadır. Bu sınıfta venlafaksin, milnasipran yer almaktadır (72).

NDGI (Noradrenalin ve Dopamin Gerialım İnhibitörleri)

Bupropion olarak yer olan bu grup düşük dozda sigarayı bırakma tedavisinde de kullanılmaktadır. Dirençli vakalarda tek veya diğer ilaçlara ek olarak kullanılabilir (82).

2.3.9.2. Psikoterapi

Depresyonda etkili olduğu bilinen ve kanıtlanmış olan çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin hepsi ilaç tedavisi ile birlikte kullanılmaktadır. Bunlar bilişsel terapi, kişiler arası (interpersonal), davranış terapisi, psikoanalitik terapi ve aile terapisi (72).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel kuram, bilişsel psikolojinin temel ilkelerine dayalı olarak geliştirilmiş bir kuramdır. Esas olarak olayların kendisinden çok algılama ve yorumlama tarzına önem vermektedir. Bilişsel davranışçı terapide bilişsel süreçler kişinin olayları algılaması, değerlendirmesi, ardından aralarındaki ilişkiyi belirleyerek öngörmesiyle bireyin değişen ve kişiye zaman zaman engeller çıkaran çevresine uyum yapmasını sağlamaktadır. Bu anlamda bilişsel terapi bireyin yaşantılarını yorumlama biçiminin duyguları ve eylemleri üzerine önemli bir etkisinin olduğu varsayımına dayanmaktadır. Türkçapar bilişsel terapi temel ilkeler ve uygulamalar kitabında bilişsel yapıyı, bireyin içsel süreçlerini ve dış dünyayı gözlemlemekte ve değerlendirmekte kullandığı öznel bir merceğe benzetmektedir. Kişinin belli bir duygusal ve davranışsal tepkisinin ortaya çıkması için öncelikle dünyayı, yani çevresindeki kişileri, olayları, durumları algılaması, ardından anlamlandırması ve yorumlaması gerektiğini vurgulamaktadır (83).

Bilişsel terapi, öncelikle duygu, davranış ve düşünceler arasındaki bağlantıları saptamaya çalışarak bireyin yaşantılarını daha gerçeğe uygun ve uyumsal biçimde yorumlamasına çalışmaktadır. Soruna neden olan anlamlandırma ve yorumlama biçimlerinin yerine gerçeklikle daha uyumlu ve işlevsel olanları bulmaya ve göstermeye dayanmaktadır (83).

Kişiler Arası Psikoterapi

Kişiler arası psikoterapi depresyona neden olan problemleri bulup bunları değiştirmeyi hedeflemektedir (72).

Aile Terapisi

Depresyonun tedavisinde aile terapileri de fayda sağlamaktadır. Ailenin tedaviye katılımı önemlidir. Aile ile etkili kurulan işbirliği tedaviye uyumu olumlu etkilemektedir. Bu yöntem distimik vakalarda daha fazla yardımcı olmaktadır (72).

2.3.9.3. Elektro Konvülsif Tedavi (EKT)

İntihar riskinin yüksek olduğu bireylerde, malnutrisyon, dehidratasyon vakalarında, ilaç tedavisinin etkili olmadığı ve psikotik hezeyanların yoğun olduğu vakalarda EKT tedavisi uygulanabilmektedir. Fakat EKT tedavisi uygulanmadan önce yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmemiş olmasına, kalp solunum yetmezliği olmamasına, üremi ve karaciğer yetmezliği olmamasına ve ileri derecede organik beyin sendromu olmamasına dikkat etmek gerekmektedir (84).

2.4. Yalnızlık Tanımı

Günümüzde yalnızlık gün geçtikçe artan bir durum olmaktadır. Evrensel bir olgu olan yalnızlık insanlığın gelişim aşamasından günümüze kadar gelen zamanda değişen sosyo-kültürel yapı ve bu yapıyı etkileyen etmenlerin etkisi ile, daha yoğun yaşanan ve travmatik boyutlara ulaşması nedeniyle, daha fazla üzerinde tartışılan bir konu haline gelmektedir. Yalnızlık tanımlanması zor bir kavramdır. Yalnızlığın öznel nitelikli olmasının yanında yalnızlığı doğuran etkenlerin çok çeşitli ve çok boyutlu olması tanımlanmasını zor hale getirmektedir. Yalnızlığa değişik bakış açıları vardır. Örneğin; psikodinamik düşüncede yalnızlığın temelinde; bebek-anne bağımlılık duygusunun yoksunluğuna dayandırarak bu duygunun yetişkinlik dönemine taşınan ego-savunma işlevini yerine getirdiği biçiminde açıklanmaktadır. Bilişselci yaklaşımdaki düşüncede; yalnızlığı, bireyin, algı, tutum, içsel ilişkisel ve iletişimsel süreçleri üzerinde odaklanmakta ve bireyin farklı bir öz farkındalık biçimi oluşturarak aidiyet duygusunu kaybettiği biçiminde açıklamaktadır. Buna karşın existansiyelist düşüncede ise yalnızlığı olumlayarak, bireyin tüm yaşamının yalnızlık olduğunu iddia etmektedir (85, 86).

Yalnızlık bireylerin fiziksel, sosyokültürel ve psikolojik yaşamlarını etkileyebilen çok boyutlu bir kavramdır. Yalnızlık genel olarak ‘ sosyal ilişkilerdeki

yoksunluk ve yetersizlikten kaynaklanan, bireyleri pek memnun etmeyen, psikolojik bir durum' olarak tanımlanmaktadır (23).

Sullivan'a göre yalnızlık' kişilerarası yakınlık gereksiniminin yetersiz olarak karşılanması sonucu ortaya çıkan, oldukça rahatsız edici ve hoş olmayan bir deneyim' olarak tanımlanmaktadır (23). Peplau yalnızlığı; yapayalnızlık, tek başınalık ve yalnızlık olarak açıklamaktadır. Yapayalnızlık; başkalarıyla beraber olmayı isterken yine de onlardan uzak olmak olarak tanımlanmaktadır. Tek başınalık; hayatla ilgili belirli kararlar verilirken birlikteliğinin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Yalnızlık; boşlukta hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanmaktadır. Peplau'a göre yalnızlığın tercih edilen ve seçilmiş bir durum olmaması dikkat çekilmesi gereken bir durumdur. Yalnızlık bireylerde genellikle bir duygu olarak değil, bireyde açıklanamayan bir korku, sıkıntı veya ümitsizlik olarak ortaya çıkmaktadır (23, 86, 87). Peplau ve Perlman'a göre yalnızlık, bireyin sosyal ilişki ağında niceliksel ve niteliksel eksiklikler sonucu ortaya çıkan sıkıntı verici bir duygudur (88). Eskin'in ergenlerde yaptığı çalışmada yalnızlık duygusunun lise öğrencisi ergenler arasında oldukça yaygın olduğunu bulunmuştur. Çalışmada ergenlerin edilgen etkinlik, ilişki arama, kendini etkinleştirme, okuma-ders çalışma ve düşünme-hayal etmeyi yalnızlık duygularından kurtulmak için sıklıkla kullandıklarını sonucu bulunmuştur (89).

2.4.1. Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler

2.4.1.1. Yalnızlığı Hazırlayıcı Faktörler

- Bireysel özellikler
- Sosyal ilişkiler
- Ekonomik durum
- Kültürel özellikler (23, 86)

2.4.1.2. Yalnızlığı Ortaya Çıkarıcı Faktörler

- Boşanma
- Ayrılık

- Kayıp
- Yeni bir iş
- Hastalık
- Farklı bir şehre taşınma (23, 86)

2.4.1.3. Bilişsel Faktörler

- Bireyin yalnızlığı yaşama biçimi
- Bireyin sosyal ilişkileri ve bu ilişkilerinden beklentileri
- Yalnızlığın nedenlerine yönelik düşünceler
- Bireyin inançları (23, 86)

Yalnızlık kavramı birçok sosyal değişkenle ilişkilendirilmektedir. Bu durum yalnızlık sürecindeki neden sonuç ilişkisini anlamada zorluklara yol açmaktadır. Kavramların birbiri içine geçtiği bu süreçte yalnızlığın bir neden mi olduğu yoksa onun bir sonuç mu olduğunu açıklamak güçleşmektedir. Mesela depresyon yalnızlığın hem nedeni hem de bir sonucu olabilmektedir. Bunlardan bazıları aynı anda meydana geliyor olabilir ya da bu kavramlar birbirinden ilişkisiz birlikte de olabilmektedir (90). Yalnızlık hem fiziksel, hem de ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Yalnızlık yaşayan bireyler önemsenmediklerini düşünerek suicidal girişimlerde bulunabilmektedir veya aşırı yemek, alkol almak, sigara imek gibi sağlığı etkileyen davranışlarda bulunabilmektedir (23, 85, 86).

Karaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yalnızlık ile organik hastalıklar arasındaki bağlantı halen tartışmalı olmasına karşın yalnız kişilerin sağlık sistemini daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır (91).

2.4.2. Yaşlılarda Yalnızlık

Yalnızlık bireyler için yaygın ve rahatsız edici bir durum olmaktadır. Yalnızlık bütün yaş gruplarında olabilmekte fakat yaşlı grubunda daha fazla olmaktadır. Yalnızlık yaşlı bireylerde meydana gelen fiziksel ve ruhsal hastalıkların oluşmasında da rol oynayabilmektedir (92). Bireyin medeni hali, eğitim düzeyi,

yalnız ya da eş ve çocuklarıyla birlikte yaşama durumu, sağlık durumu, kurum bakımı altında olup olmaması, cinsiyeti ve sosyo-kültürel durumu yalnızlık duygusunu önemli ölçüde etkilemektedir. Toplumumuz yapısı itibari ile yaşlısına sahip çıkan bir toplum özelliğindedir. Fakat gelişen sosyo-ekonomik koşullar, geniş aileden çekirdek aileye dönüş gibi nedenlerle, yaşlı bireylerin sosyal sorunlarına ilgi azalmaktadır (88, 92). Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, medikal problemlerden daha fazladır ve bu sosyal problemler medikal problemlerin seyrini daha da kötüleştirmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin sosyal sorunlarına önem verilmesi gerekmektedir. Yalnızlık, yaşlılarda önemli bir sosyal sorun olarak ortaya çıkmaktadır ve araştırmalar huzurevinde kalan yaşlıların toplum içinde yaşayan akrabalarına oranla daha fazla yalnızlık duygusu yaşadıklarını belirtmektedir (92).

Bireyler yaşlandıkça sosyal izolasyon yaşayabilmektedir. Yalnızlığın ilgili olduğu kavramlardan biri sosyal izolasyondur. Yalnızlık sosyal izolasyonla benzer özellikler göstermektedir. Fakat yalnızlıktan farklıdır. Sosyal izolasyon yalnızlıkla tek bırakılmanın bir karışımı olarak ifade edilebilmektedir. Bunun yanında tek başına kalmak bir tercihi de ifade edebilmektedir. Bütün bu terimlere bakıldığında sosyal izolasyonun, tek olmakla yalnızlık arasındaki yer almaktadır. Holmen, ölüm oranlarındaki artışın çoğu zaman yalnızlıkla kronikleşen sosyal izolasyonla ilgili olduğunu ifade etmektedir (90). Danış'ın 2004 yılında yaptığı çalışmasında huzurevinde olmanın yaşlı birey üzerindeki olumsuz etkileri arasında yalnızlık ve terk edilmişlik duygusu olduğunu belirtilmektedir (92). Yalnızlık ve terkedilmişlik duygusu yaşlılar için çok önemli bir duygudur. Yaşlı bireylerin önemli bir bölümünün yalnızlıktan ve terkedilmişlikten şikayetçi oldukları belirtilmektedir. Yalnız yaşamak yaşlı bireyde güvensizlik, korku, depresyon, yakın ilişki özlemi ve gelecek kaygısı olarak ortaya çıkmakta ve yaşlı bireylerin yaşamı anlamlandırması, önemli ölçüde aileleri, eşleri, çocuklarıyla birliktelikleri çerçevesinde gerçekleşmektedir (92). Genç ve Dalkılıç'ın yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin sosyal hayata uyum sağlama ve başarılı yaşlanma bilinci eğitilmiş bireylerde daha fazla görülmektedir. Yaşlılarınailesi ile birlikte olmaları mutlulukları için yeterli gözükmemektedir. Yarıya yakını (%45) aile içinde mutlular, yarıdan fazlası hüznü ve yalnızlık (%55) hissetmektedirler (93).

2.4.3. Yaşlıların Yalnızlık Yaşamalarına Neden Olan Sebepler

- Eş veya arkadaş ölümü
- Emekli olma
- Evinden ayrılma
- Rollerde değişim veya kayıp
- Kronik hastalıklar
- İyilik halinin olmayışı
- Duygusal kayıplar
- Fiziksel sınırlılıklar
- Ekonomik güçlükler
- Başkalarına bağımlı olma (23)

Yaşlı bireylerde yalnızlık bireyin fiziksel ve psikososyal iyilik halini azaltmaktadır. Yaşlılarda yalnızlık zayıf kognitif fonksiyon ve depresif semptomla da ilişkili bulunmaktadır (19). Yaşlı bireylerde bilişsel bozulma, sosyal izolasyon, umutsuzluk ve günlük yaşam faaliyetlerini bağımsız yapamama, samimi ilişkilerin eksikliği, artan bağımlılık ve kayıpların yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerini arttırmaktadır. Yaşlı bireylerin bakımında hemşirelerin bireyselleşmiş müdahaleleri yaşam kalitelerini yükseltmeyi sağlayacaktır (86).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma yaşlı bireylerde üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Geriatri Polikliniği'nde Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında hafta içi ve 08:30-16:30 saatleri arasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi 1898 yılında kurulmuş olup 1200 yatak kapasitelidir. Hastane bünyesinde 751 hemşire ve 651 doktor görev yapmaktadır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'ne bağlı Geriatri Polikliniği bulunmakta olup, 10 hemşire, 6 doktor ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. GATA Geriatri Polikliniği ayaktan tedavi hizmeti verip yatan hasta bölümü bulunmamaktadır.

Çalışmanın Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde yapılmasının nedeni; geriatri polikliniğinin olması, bu polikliniğe başvuran hasta sayısının fazla olması, hastane personelinin işbirliğine açık olması, hastane ulaşımının kolay olması, farklı sosyokültürel düzeyde hastaların başvurmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nin Geriatri Polikliniği'ne başvuran, 60 yaş ve üzeri 1284 yaşlı oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmanın örneklem sayısının belirlenmesinde bu konuda daha önce yapılmış benzer çalışmaların denek sayısı dikkate alınmıştır (8, 19, 25, 26). Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde evreni belli örneklem hesaplama formülü

kullanılarak çalışmanın 200 kişi ile yapılmasına karar verilmiştir. Bu formül aşağıda yer almaktadır;

$$x = Z(c/100)2r(100-r),$$

$$n = N x / ((N-1)E^2 + x),$$

$$E = \text{Sqrt}[(N - n)x/n(N-1)]$$

3.4.1. Örneklem seçim kriterleri

- 60 yaş ve üzeri olmak
- İletişim kurmayı engelleyecek işitme vb. duyuşal sorunu olmamak
- GATA Geriatri Polikliniği'ne başvurmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Alzeimer, demans tanısı almamış olmak

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı Gülhane Askeri Tıp Akademisi etik kurulundan alınmıştır (19.08.2014, 1511-2913) (Ek-6) Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Yaşlılara çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır. Araştırmayı kabul eden yaşlılarla görüşme öncesi araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup, araştırmacılar tarafından geliştirilen gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Ek-1).

“Zarar vermeme-yarar sağlama” ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada yaşlı bireyleri Tanımlayıcı Veri Formu (Ek-2), ICIQ-SF (international consultation incontinence questionnaire short form) (Ek-5) UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-LS) (Ek-4) ve Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form (GDS-K) (Ek-3) ölçekleri kullanılmıştır.

3.6.1. Tanımlayıcı Veri Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen tanımlayıcı veri toplama formu literatüre uygun olarak (20, 86, 93) hazırlanmış 13 sorudan oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5 numaralı sorular yaşlıların tanıtıcı özelliklerini, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 numaralı sorular da yaşlıların yaşamlarına ilişkin özelliklerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.6.2. ICIQ-Kısa Form (ICIQ-SF)

Son uluslar arası üriner inkontinans konsültasyonlarında tavsiye edilen ve Türkçe geçerliliği 2004'te Çetinel ve arkadaşları tarafından yapılmış olan, üriner inkontinans yakınmalarını ve yaşam kalitesini sorgulayan bir formdur. Bu form üriner inkontinans şiddeti, sıklığı, tipi ve yaşam kalitesini araştırmaktadır. ICIQ-SF de vizüel analog skala tipi sorular bulunmaktadır. Ölçek 0-10 arası puana sahiptir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe (0: hiçbir şekilde, 10: çok fazla) yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Çetinel' in yaptığı ve testin iç uyumunu saptamak için 43 olguda yapılan çalışmanın cronbach alfa değeri 0.71 bulundu (94). Çalışmamızın cronbach alfa değeri 0.73 olarak saptanmıştır.

3.6.3. Geriatrik Depresyon Skalası Kısa Form (GDS-K)

Yaşlı bireylerin depresif semptomlarının değerlendirilmesi için Yesavage tarafından geliştirilmiş GDS-K kullanılmış olup, toplam 15 soru içermektedir (Ek-3). 5 soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1'er puanla eşleşmiştir. Ölçekten toplam 6 ve üzerinde puan alınması depresyon tanısı için anlamlı kabul edilmektedir (92). Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği ondokuz toplumda yaşayan bireylerde, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda, bakımevlerinde yaşayan

bireyler ve ayaktan tedavi gören hastalarda değerlendirilmiş ve geçerli olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte medikal hastalık nedeni ile tedavi altında olanlarda ve demanslı bireyler de de ölçek geçerli bulunmuştur. Ülkemizde iki ayrı grup tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ertan ve ark. 1997, Sağduyu 1997). Bu çalışmada Ertan ve Eker (1997) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek kullanılmıştır. Çalışmanın cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (95). Çalışmamızda cronbach alfa 0.86 olarak bulunmuştur.

3.6.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-LS)

UCLA-LS bireyin genel yalnızlık derecesini belirlemeye yarayan likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin orjinalinde gözden geçirilen formu 10 maddesi olumlu yani anlamsal olarak yalnızlık içermeyen, diğer 10 maddesi olumsuz yani anlamsal olarak yalnız bireyleri belirlemeye yönelik toplam 20 maddelik ‘tamamen katılıyorum’ (1) ile ‘tamamen katılmıyorum’ (4) arasında derecelenmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20’dir. Alınan yüksek puanlar bireylerin daha fazla yalnızlık yaşadığını işaret etmektedir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Demir (1989) tarafından yapılmıştır. Demir’in (1989) yaptığı çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili analizler toplamı 72 kişi üzerinde hesaplanmış ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin beş hafta ara ile yapılan test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur (96). Çalışmamızda cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Ön Uygulama

Ön uygulama GATA Geriatri Polikliniği’ne gelen 10 hasta ile gerçekleşmiştir. Ön uygulamada yaşlı bireyleri tanımlayıcı veri formu (Ek:2), Geriatrik Depresyon Skalası (Ek:3), UCLA Yalnızlık Ölçeği (Ek:4) ve ICIQ-SF (international consultation incontinence questionnaire short form) (Ek:5) ölçekleri kullanılmıştır. Geriatrik Depresyon Skalası’nda ise yaşlı bireylerin sorulara cevap verirken sıkılmaları ve sorulara verilen cevap süresinin uzun olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle ön uygulama

sonrası aynı ölçeğin kısa formuna ulaşılarak ön uygulama tekrarlanmıştır. Ön uygulamadan elde edilen veriler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden Tanımlayıcı Veri Formu, ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ölçeklerini kapsayan değerlendirme formları ile birebir görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır. Veriler yaşlı bireyin anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla soru cevap şeklinde toplanmıştır. Bunun yanında bu yöntemin seçilme sebebi maliyetinin düşük olması, katılımcılar için hiçbir tıbbi, yasal risk içermemesi ve araştırma evreninde belirlenen yaşlı birey sayısındaki kayıpların engellenmesi olarak düşünülmektedir.

Araştırmada yaşlı bireylerde yüz yüze yöntemi ile veriler elde edilmiştir. Uygulama yaşlı bireyin durumuna göre yaklaşık 20–30 dk. sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmadaki tüm gruplar arasındaki verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simimov Testi ile değerlendirilmiş olup, verilerin normal dağılıma uygun olmadığı saptanmıştır. Normal dağılımın sağlanamaması nedeniyle istatistiksel değerlendirme ikili gruplarda Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. İki'den fazla grup arasında sayısal değişkenlerin farklılıkların araştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Çoklu karşılaştırmalar parametrik test varsayımlarının sağlanmaması nedeni ile non parametrik test varsayımları ile Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi yapılarak mevcut olan farklılık saptanmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Sosyal güvence durumu
- Gelir durumu
- Çocuk sayısı
- Birlikte yaşadığı bireyler
- Yaşamakta olduğu yer
- Sosyal aktivite durumu
- Sağlık algısı
- Kronik hastalık durumu
- Günlük aktivite durumu

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

- ICIQ-SF Toplam Puanı
- UCLA-LS Toplam Puanı
- GDS-K Toplam Puanı

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırmada maddi kaynağın yokluğu, örneklemin küçük olması, geriatrik depresyon ölçeğinde yaşlı bireylerin sorulara cevap verirken sıklımları ve sorulara verilen cevap süresinin uzun olduğu gözlenmesi bu nedenle n uygulama sonrası aynı ölçeğin kısa formuna ulaşılarak n uygulama tekrarlanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu yaşlı grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı. (n=200)

Özellik	n	%
Cinsiyet		
Erkek	81	40.5
Kadın	119	59.5
Yaş Ortalaması		
60 – 65	16	8
66 – 70	47	23.5
71 – 76	53	26.5
77 – 82	59	29.5
83 Yaş ve Üzeri	25	12.5
Medeni Durumu		
Evli	139	69.5
Dul	61	30.5
Eğitim Durumu		
Okuryazar olmayan	35	17.5
İlkokul	100	50
Ortaokul	15	7.5
Lise	38	19
Üniversite	12	6
Sağlık Güvencesi Durumu		
Sosyal güvencesi olmayan	8	4
Sosyal güvencesi olan	192	96
Gelir Durumu		
1.000 TL'den az	28	14
1.000 - 2.000 TL arası	121	60.5
2.001 - 3.000 TL ve 3.000 TL üzeri	51	25.5
1 – 3	115	57.5
4 – 6	77	38.5
7 – 10	8	4
Birlikte Yaşadığı Bireyler		
Yalnız	32	16
Eşi ile	134	67
Çocukları ile	25	12.5
Akrabaları ile	9	4.5
Yaşadığı Yer		
Köy	8	4
İlçe	9	4.5
İl	183	91.5
Sosyal Aktivite Durumu		
Yeterli	142	71
Yetersiz	58	29
Sağlık Algısı		
İyi	61	30.5
Kötü	28	14
Orta	111	55.5
Kronik Hastalık Durumu		
Yok	53	26.5
Var	147	73.5
Günlük Aktivite Durumu		
Etkiliyor	61	30.5
Etkilemiyor	139	69.5

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan yaşlıların %59.5’ini kadın, 29.5’i 77-82 yaş grubu, %69.5’ini evli bireyler oluşturmaktadır. Çalışmadaki bireylerin %50’sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bireylerin %96’sının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %60.5’inin 1000-2000 TL arasında geliri olup, %57.5’i bir ile üç arası çocuğa sahiptir. Çalışmadaki bireylerin %67’sinin eşi ile yaşadığı belirlenmiştir. Tabloda yer aldığı gibi yaşlıların %91.5’i ilde yaşamaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerin %71’i yeterli sosyal aktivitelere katılmakta olup, %55.5’i ise sağlıklarının orta düzeyde olduğunu ifade etmektedirler. Katılımcılardan %73.5’inin kronik hastalığı bulunmakta ve kronik hastalığa sahip olan bireylerin %69.5’inin var olan hastalığının günlük aktivitelerini etkilemediği saptanmıştır.

Tablo 4.2. Yaşlı bireylerin ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçekleri genel puan ortancaları. (n=200)

	Median Min-max	$\bar{x} \pm SS$
ICIQ-SF	5(0-21)	6.52± 6.26
GDS-K	3(0-15)	4.66±4.21
UCLA-LS	39(27-71)	41.14±10.70

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin ICIQ-SF genel puan ortancaları 5 olup, ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 21 olarak saptanmıştır. GDS-K’da saptanan en düşük puan 0, en yüksek puan 15 bulunmuş olup genel puan ortancaları 3 olarak saptanmıştır. UCLA-LS’de genel puan ortancası 39 olarak saptanmış olup ölçekten alınan en düşük puan 27, en yüksek puan ise 71 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Yaşlı bireylerin ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçekleri arasındaki ilişki. (n=200)

		ICIQ-SF	GDS-K	UCLA-LS
ICIQ-SF	r	1.000	0.215**	0.107
	p	0.000	0.002	0.133
GDS-K	r		1.000	
	p		0.000	
UCLA-LS	r		0.601**	1.000
	p		0.000	0.000

Tablo 4.3’de yapılan spearman korelasyon analizinde ICIQ-SF ve GDS-K arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.215$; $p=0,002<0.05$). UCLA-LS ve GDS-K arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.601$; $p=0,000<0.05$). Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Yaşlı bireylerin üriner inkontinans özelliklerine göre dağılımı. (n=200)

		n	%
Hiçbir zaman idrar kaçırmayan	Evet	71	35.5
	Hayır	129	64.5
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıran	Evet	88	44
	Hayır	112	56
Öksürürken veya hapsürürken idrar kaçıran	Evet	68	34
	Hayır	132	66
Uyurken idrar kaçıran	Evet	12	6
	Hayır	188	94
Hareket halinde veya spor yaparken idrar kaçıran	Evet	43	21.5
	Hayır	157	78.5
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıran	Evet	28	14
	Hayır	172	86
Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıran	Evet	36	18
	Hayır	164	82
Her zaman idrar kaçıran	Evet	6	3
	Hayır	194	97

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %35.5’i hiçbir zaman idrar kaçırmamaktadır. Bireylerden %44’ü tuvalete yetişmeden idrar kaçırmaktadır. %34’ü öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırmaktadır. Bununla birlikte çalışmadaki yaşlı bireylerin %6’sı uyurken idrarını kaçırmaktadır. %21.5’i hareket halinde veya spor yaparken idrar kaçırmaktadır. %14’ü işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmaktadır. Ek olarak çalışmadaki bireylerin %18’i belirgin bir sebep olmadan idrar kaçırmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %3’ü ise her zaman idrar kaçırmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Yaşlı bireylerin üriner inkontinans tiplerine göre dağılımı. (n=200)

Üriner İnkontinans Tipi	n	%
Stres tip üriner inkontinans	81	40.5
Sıkışma tip üriner inkontinans	101	50.5
Mix tip üriner inkontinans	60	30

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %40.5’inde stres tip üriner inkontinans, %50.5’inde sıkışma tip üriner inkontinans ve %30’unda ise mix tip üriner inkontinans saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Yaşlı bireylerin yaşlarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Yaş	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
60–65	16	2.5(0-13)	4.25±4.72	2(0-12)	3.43±3.57	45(29-55)	42.18±8.08
66–70	47	5(0-20)	6.85±6.22	3(0-15)	3.93±3.57	37(29-95)	41.85±13.66
71–76	53	5(0-19)	5.16±5.09	3(0-13)	4.05±3.67	36(27-65)	38.43±9.14
77–82	59	6(0-21)	6.59±6.41	5(0-18)	5.83±5.06	39(28-71)	41.18±10.84
83 ve Üzeri	25	9(0-21)	10.08±7.77	5(0-15)	5.72±4.83	42(29-68)	44.96±11.24
χ^2*		8.96		5.18		7.64	
p		0.062		0.269		0.105	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin yaş grupları ile ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçeklerinin genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p > 0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Yaşlı bireylerin cinsiyet özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Cinsiyet	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Erkek	81	5(0-20)	5.40±5.55	3(0-18)	5.08±4.74	39(27-69)	40.05±10.36
Kadın	119	6(0-21)	7.28±6.61	3(0-15)	4.45±3.99	39(29-95)	41.91±11.57
z*		-1.815		-0.621		-1.059	
p		0.069		0.535		0.289	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyet özelliklerine ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ölçeklerinin genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. ($n=200$)

Medeni Durum	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Evli	139	5(0-21)	6.12±5.98	3(0-18)	4.27±4.20	37(27-71)	40.23±10.66
Dul	61	6(0-21)	7.44±6.82	4(0-15)	5.70±4.43	41(29-95)	43.26±11.89
z*		-1.114		-2.208		-1.772	
p		0.265		0.027		0.076	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin medeni durumları ile ICIQ-SF ve UCLA-LS puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p > 0.05$), GDS-K ölçeği genel puan ortancaları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p < 0.05$). Bu farkın medeni durumu evli olan katılımcıların dul olan katılımcılara göre puan ortancalarının düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Yaşlı bireylerin eğitim özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS GDS-K ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. ($n=200$)

Eğitim Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Okuryazar olmayan	35	6(0-21)	6.91±6.28	4(0-15)	5.85±4.78	45(29-95)	46.25±13.90
İlkokul	100	6(0-21)	7.43±6.52	3(0-18)	4.51±4.03	38(29-71)	40.57±10.26
Ortaokul	15	5(0-13)	5.40±3.71	3(1-15)	5.00±4.73	37(29-69)	40.53±11.70
Lise	38	2(0-20)	4.97±6.24	3(0-13)	4.34±4.15	38.5(27-65)	39.71±9.88
Üniversite	12	0(0-15)	4.16±5.58	1(0-14)	3.83±5.25	33(28-63)	38.66±11.20
χ^2*		7.185		4.901		7.599	
p		0.126		0.298		0.107	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Örnekleme katılan bireylerin eğitim özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Yaşlı bireylerin sağlık güvencelerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Sağlık Güvencesi Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Yok	8	6.5(4-20)	7.75±5.06	3(0-18)	4.12±2.41	39.5(36-49)	41.62±4.71
Sosyal güvenlik kurumu	192	5(0-21)	6.47±6.31	3(0-18)	4.73±4.38	39(27-95)	41.27±11.40
z*		- .907		- .223		- .847	
p		0.366		0.824		0.397	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi örnekleme katılan yaşlı bireylerin sağlık güvencesine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Yaşlı bireylerin gelir durumu özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Gelir Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
1000 TL'den az	28	5(0-20)	5.78±5.13	4.5(0-18)	5.25±4.78	41.5(29-95)	43.35±12.09
1000-2000 TL	121	6(0-21)	7.09±6.57	3(0-15)	4.71±3.99	39(27-71)	41.23±10.99
2001-3000 TL ve 3000 TL üzeri	51	5(0-21)	5.56±6.00	2(0-15)	4.41±4.82	36(27-69)	40.25±11.29
χ^2 *		1.889		2.335		2.589	
p		0.389		0.311		0.274	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo incelendiğinde yaşlı bireylerin gelir düzeyi ile ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Yaşlı bireylerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Çocuk Sayısı	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
1-3	115	5(0-21)	6.06±5.95	3(0-14)	3.85±3.75	37(28-65)	39.44±9.35
4-6	77	5(0-21)	7.12±6.84	5(0-18)	5.77±4.80	39(27-95)	43.46±13.48
7-10	8	7(0-14)	7.25±4.49	5.5(0-13)	6.75±4.46	45(41-55)	46.75±5.65
χ^2*		1.102		9.916		7.675	
p		0.576		0.007		0.022	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin çocuk sayılarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarına bakıldığında çocuk sayısı ile ICIQ-SF arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). GDS-K ve UCLA-LS ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). GDS-K’da bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testinin kullanılması ile 1-3 çocuğa sahip katılımcılar ile 4-6 çocuğa sahip olan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z: -2.743$, $p<0.017$). Yine UCLA-LS’de ise farklılığı saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testi ile 1-3 çocuğa sahip katılımcılar ile 7-10 çocuğa sahip olan katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır ($z:-2.386$, $p<0.017$). GDS-K ve UCLA-LS ölçeklerinde 7-10 çocuğa sahip bireylerin ortancaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı bireylere göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Birlikte Yaşadığı Bireyler	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Yalnız	32	5(0-20)	6.28±6.42	3(0-11)	3.75±3.31	36.5(29-65)	39.56±9.74
Eşi ile	134	5(0-21)	6.03±5.94	3(0-18)	4.25±4.21	37(27-71)	40.07±10.57
Çocukları ile	25	8(0-21)	7.92±6.06	7(0-15)	7.16±4.57	43(29-95)	46.28±13.90
Akrabaları ile	9	15(0-21)	10.77±9.35	10(0-13)	8.11±4.85	50(32-65)	48.77±9.27
χ^2*		3.71		14.55		11.60	
p		0.294		0.002		0.009	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere göre ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile ICIQ-SF genel puan ortancası arasında anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$), GDS-K ve UCLA-LS genel puan ortancaları ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). GDS-K için bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve bu farkın yalnız yaşayan katılımcılar ve eşi ile yaşayan katılımcılar ile ($z:-2.876$, $p<0.009$) eşi ile yaşayan katılımcılar ve çocukları ile birlikte yaşayan katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($z:-3.119$, $p<0.009$). Akrabaları ile yaşayan yaşlı bireylerin UCLA-LS genel puan ortancaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.009$). GDS-K ve UCLA-LS ölçeklerinde akrabaları ile yaşayan yaşlı bireylerin ortancaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Yaşlı bireylerin yaşamakta olduğu yer özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. ($n=200$)

Yaşadığı Yer	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Köy	8	5.5(0-20)	6.25±6.22	5.5(0-15)	6.62±5.60	46(38-71)	49.62±12.51
İlçe	9	4(0-12)	4.22±3.96	2(0-18)	4.55±5.74	39(29-51)	38.88±7.67
İl	183	6(0-21)	6.65±6.35	3(0-15)	4.63±4.18	38(27-95)	40.90±11.08
χ^2*		1.152		1.425		4.895	
p		0.562		0.491		0.087	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Örnekleme katılan yaşlı bireylerin yaşadığı yer ile ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılım özelliklerine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Sosyal Aktivite Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Yeterli	142	5(0-21)	5.65±5.70	2.5(0-18)	3.45±3.46	35(27-70)	37.64±8.60
Yetersiz	58	7(0-21)	8.65±7.07	8(0-15)	7.79±4.66	48.5(32-95)	49.72±11.91
z*		-2.602		-5.862		-6.837	
p		0.009		0.000		0.000	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo incelendiğinde yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılım durumlarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancaları ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). Örnekleme katılan bireylerden sosyal aktivitelere katılımı yeterli olanların GDS-K genel puan ortancaları sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olanlardan düşük olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). Yine örnekleme katılan bireylerden sosyal aktivitelere katılımı yeterli olanların ICIQ-SF genel puan ortancaları sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olanlardan düşük olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). Yaşlılardan sosyal aktivitelere katılımı yeterli olanların UCLA-LS genel puan ortancaları sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olanlardan düşük olup, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Yaşlı bireylerin sağlık algılarına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Sağlık Algısı	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
İyi	61	4(0-21)	4.67±5.59	2(0-18)	3.29±3.80	32(27-70)	36.60± 8.80
Orta	111	6(0-21)	6.97±6.26	3(0-13)	4.31±3.66	39(27-66)	40.92±9.53
Kötü	28	8(0-21)	8.78±6.76	11(0-15)	9.35±4.77	51(32-95)	52.89±13.92
χ^2*		10.22		31.17		35.82	
p		0.006		0.000		0.000	

* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 4.16’de görüldüğü gibi yaşlı bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıkları ile ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarına bakıldığında ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). ICIQ-SF genel puan ortancası ile sağlık algısı durumu arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile örnekleme katılan yaşlı bireylerden sağlığını iyi ile kötü algılayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($z:-2.905$, $p<0.017$). Sağlığını iyi ve orta algılayan yaşlı bireylerin ICIQ-SF genel puan ortancaları sağlığını kötü algılayanlara göre daha düşüktür ($p<0.017$). Ucla Yalnızlık Ölçeği genel puan ortancaları incelendiğinde farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerin UCLA-LS genel puan ortancaları sağlığını iyi ve orta algılayan yaşlılardan yüksektir ($p<0.017$). GDS-K genel puan ortancası ile sağlık algısı durumu arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacı ile yapılan ikili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U testi analizinde sağlığını kötü algılayanların genel puan ortancalarının sağlığını iyi algılayanlardan daha yüksek olduğu ve farkın bundan kaynaklandığı bulunmuştur ($z:-5.038$, $p<0.017$). Yine sağlığını kötü algılayan bireylerin GDS-K genel puan ortancaları sağlığını orta düzeyde algılayanlardan daha yüksek olduğu saptanmış ($z:-4.738$, $p<0.017$) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçeklerinde sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerin genel puan ortancaları sağlığını iyi ve orta olarak algılayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Yaşlı bireylerin kronik hastalık varlığına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. ($n=200$)

Kronik Hastalık Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Yok	53	5(0-20)	4.54±4.40	2(0-18)	3.47±3.85	38(28-71)	39.37±8.71
Var	147	6(0-21)	7.23±6.67	4(0-15)	5.15±4.40	39(27-95)	41.81±11.82
z*		-2.254		-2.579		-0.970	
p		0.024		0.010		0.332	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin kronik bir hastalığı bulunup bulunmamasına göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarına bakıldığında UCLA-LS arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup ($p>0.05$), ICIQ-SF ve GDS-K genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerden herhangi bir kronik hastalığı var olanların GDS-K genel puan ortancaları ve ICIQ-SF genel puan ortancaları herhangi bir kronik hastalığı olmayanlardan yüksek olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Yaşlı bireylerin kronik hastalığın günlük aktiviteye etkisine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=200)

Günlük Aktivite Durumu	n	ICIQ-SF		GDS-K		UCLA-LS	
		Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$	Median min-max	$\bar{x} \pm SS$
Etkiliyor	61	7(0-21)	8.68±6.74	6(0-15)	7.09±4.47	44(29-95)	45.16±12.56
Etkilemiyor	139	5(0-21)	5.57±5.81	3(0-18)	3.66±3.81	37(27-71)	39.39±9.95
z*		-3.029		-5.295		-3.262	
p		0.002		0.000		0.001	

* Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo incelendiğinde yaşlı bireylerin var olan kronik hastalığının günlük yaşamını etkileyip etkilememesine göre ICIQ-SF, GDS-K ve UCLA-LS ölçek genel puan ortancalarına bakıldığında üç grubun toplam puan ortancaları günlük yaşamı etkileyenlerin günlük yaşamı etkilemeyenlerden yüksek olarak saptanmıştır ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.18).

5. TARTIŞMA

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Geriatri Polikliniği'ne gelen 60 yaş ve üzeri yaşlılarda üriner inkontinans ile geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi ve ortaya çıkarılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular yedi başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımının tartışılması
- Yaşlı bireylerin ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K genel puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması
- Yaşlı bireylerin üriner inkontinans özellikleri ve tiplerine göre dağılımlarının tartışılması
- Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre ICIQ-SF genel puan ortancalarının karşılaştırılmasının tartışılması
- Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre GDS-K genel puan ortancalarının karşılaştırılmasının tartışılması
- Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre UCLA-LS genel puan ortancalarının karşılaştırılmasının tartışılması
- Tezin hipotezlerinin doğrulanıp doğrulanmadığı ve araştırmanın bilime sağladığı katkıların tartışılması

5.1. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımının Tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan yaşlı bireylerin %59.5'inin kadın, %40.5'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadaki bireylerin büyük çoğunluğu 77-82 yaş grubundadır, %69.5'i evli, %50'si ise ilkokul mezunu, %67'sinin eşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Bunun yanında çalışmada bireylerin sağlık algılarının orta düzeyde olduğu, %73.5'inin kronik bir hastalığı bulunduğu ve %30'unun ise bu hastalığın günlük yaşamını etkilediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).

Çalışmada kadın bireylerin sayısı erkek bireylerden fazladır. TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye’de kadın ömrü erkek ömründen daha uzun saptanmıştır (97). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) 2012 raporuna göre 60 yaş üzeri bireylerde kadın/erkek oranı 100/83 olarak belirlenmiştir (38). Çalışmada kadın bireylerin erkek bireylerden daha fazla olmasının sebebi kadın ömrünün erkek ömründen daha uzun olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmada 77-82 yaş grubu bireyler diğer gruplardan daha fazladır. DSÖ 75-89 yaş arasını ileri yaşlılık dönemi olarak tanımlamaktadır (3). İleri yaşlılık döneminin çalışmada da fazla saptanması toplumumuzda yaşlanmanın hızlı olduğunu gösterdiği düşünülebilir. Ayrancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %65’i ilkokul mezunu oldukları, %74’ünün eşi ile birlikte yaşadıkları, %72’sinin sağlık güvencesi olduğu sonucu bulunmuştur (98). Bu veriler bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmada yaşlı bireylerin %73.5’inde kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri çalışmasında da yaşlıların %78.8’inde en az bir kronik hastalıkları olduğu sonucu bulunmuştur (99). TÜİK 2012 verilerine göre yaşlı bireylerin genel sağlık durumunun yerleşim yeri ve cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, Türkiye’de yaşayan erkeklerin %43.1’i, kadınların ise %17.8’i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmişlerdir. Kentte bu oran erkekler için %46.7, kadınlar için %18.5 iken, kırdaki erkekler için %39.0, kadınlar için %16.8 seviyesindedir. 75 yaş ve üzerinde ise erkeklerin %35.1’i, kadınların %51.9’u sağlık durumunun kötü ya da çok kötü olarak beyan etmişlerdir (6). Bizim çalışmamızda ise yaşlı bireylerin %55.5’i sağlıklarını orta olarak algıladıkları saptanmıştır. Yaşlılık döneminde bireylerin sağlığının ve psikososyal durumlarının pek çok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Çalışmada saptanan bu etmenlerin yaşlı sağlığını etkilediği düşünülebilir.

5.2. Yaşlı Bireylerin ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K Genel Puan Ortancaları ve Aralarındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin ICIQ-SF genel puan ortancaları 5 olup, ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 21 olarak saptanmıştır. GDS-K’ da saptanan en düşük puan 0, en yüksek puan 15 bulunmuş olup genel puan ortancaları 3 olarak saptanmıştır. UCLA-LS’ de genel puan ortancası 39 olarak

saptanmış olup ölçekten alınan en düşük puan 27, en yüksek puan ise 71 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Çalışmada ICIQ-SF ile UCLA-LS genel puan ortancaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3). Literatürde üriner inkontinans ile yalnızlık ilişkisini inceleyen çalışma kısıtlıdır. Pamela L'in Kanada'daki yaşlı bireyler üzerindeki çalışmasında üriner inkontinansı olan erkeklerden %34'ü, kadınların ise %53'ü yalnızlık yaşamakta olduğu sonucu bulunmuştur (10). Çalışmada üriner inkontinansın yalnızlıkla ilişkisinin olmamasının sebebi bizim toplumumuzda aile kavramının ve geleneklerin önemli olması ve bu kavramların sosyal destek sağlayarak yaşlı bireylerde yalnızlığı engelleyen unsur olması düşünülebilir.

Çalışmada üriner inkontinans ile geriatrik depresyon ölçeği toplam puanları arasında çok zayıf anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.215$; $p=0,002<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3). Nas Acar'ın yaptığı çalışmada yaşlı kadınların %81.5'i idrar kaçırmanın kişilerarası ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir ve kişilerarası ilişkileri etkilenen kadınların depresyon puanları ilişkileri etkilenmeyenlere göre yüksek olarak saptanmıştır (58). Benlioğlu'nun yaptığı çalışmada üriner inkontinans olgularının %34.9'u idrar kaçırmayı utanç verici ve küçük düşürücü bir durum olarak algıladıklarını ve %59.3'ünün kendilerini sınırlı ve gergin olarak ifade ettikleri; %25,3'ünün antidepresan kullandıklarını saptamıştır (100). Melville ve arkadaşlarının, üriner inkontinans ile major depresyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında major depresyon sıklığını inkontinansı olanlarda %6.1 ve inkontinansı olmayanlarda %2.2 olarak saptamışlardır. Major depresyon görülme sıklığının inkontinans şiddeti (%2.1 hafif, %5.7 orta ve %8.3 şiddetli) ve inkontinans tipi (%4.7 stres, %6.6 urge/miks) ile anlamlı farklılık saptamışlardır (101).

Yaptığımız çalışmada geriatrik depresyon ile yalnızlık toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.601$; $p=0,000<0.05$) (Bkz. Tablo 4.3). Depresyonda şiddetli üzüntü ya da umutsuzluk hissi vardır ve bireyin çalışmak, yemek yemek, uyumak gibi günlük hayat etkinlikleri bozulduğu için depresif bireyler ümitsiz olmaya ve kimseden yardım göremeyeceklerine inanma eğiliminde olurlar. Böyle hissettikleri için de kendilerini suçlarlar, yaptıkları işlerden zevk alamazlar. Bu sebeplerle sosyal etkinliklere katılmaktan kaçınabilecekleri, aile ve arkadaşlarından uzaklaşarak yalnızlaşabilecekleri düşünülmektedir. Akyüz'ün çalışması da bizim

çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Akyüz huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmada depresyon ve yalnızlık arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (102). Parlar Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlıların yalnızlık puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında ilişki bulunmuş olup, yaşlılık algısı ile istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (103).

5.3. Yaşlı Bireylerin Üriner İnkontinans Özellikleri ve Tiplerine Göre Dağılımının Tartışılması

Miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmaktadır (34). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %35.5' i hiçbir zaman idrar kaçırmamaktadır. Bireylerden %44'ü tuvalete yetişmeden idrar kaçırmaktadır. %34'ü öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırmaktadır. Bununla birlikte çalışmadaki yaşlı bireylerin %6'sı uyurken idrarını kaçırmaktadır. %21.5'i hareket halinde veya spor yaparken idrar kaçırmaktadır. %14'ü işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmaktadır. Ek olarak çalışmadaki bireylerin %18'i belirgin bir sebep olmadan idrar kaçırmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %3'ü ise her zaman idrar kaçırmaktadır (Tablo 4.4).

Üriner inkontinansın tipinin belirlenmesinde; “öksürürken, hapsirirken idrar kaçıyorum” ve “hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum” cevapları stres tip üriner inkontinans olarak tanımlanırken, “tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum” ve “işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum” sıkışma tip üriner inkontinans olarak tanımlandı. Stres ve sıkışma tip inkontinans beraber görüldüğünde ise miks tip üriner inkontinans olarak tanımlandı. (39, 104). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %40.5'inde stres tip üriner inkontinans, %50.5'inde sıkışma tip üriner inkontinans ve %30'unda ise mix tip üriner inkontinans saptanmıştır (Tablo 4.5). İlçe ve Ayhanı'n çalışmasında yaşlıların 3/5'inde miks tip inkontinans, 1/5'inde urge inkontinans, yaklaşık 1/5'inde de stres ve noktürnal inkontinans saptanmıştır (104). Yaşlı bireylerde sıkışma tip üriner inkontinansın diğer tiplere göre daha sık görülmektedir. Hayek ve Abrams'ın yaptığı çalışmada 60 yaşından sonra sıkışma tip üriner inkontinansın daha sık görüldüğünü saptamışlardır (105). Çalışmamız Hayek ve Abrams'ın çalışması ile uyumludur. Ergin ve arkadaşlarının çalışmasında üriner inkontinansı olan yaşlıların %54'ü sıkışma tipi, %22'si stres tipi, %18'i mix tip ve

%6'sı diğer tip inkontinansa sahip olduğu belirlenmiştir. Bu alışma da bizim sonucumuzu desteklemektedir (106).

5.4. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre ICIQ-SF Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Üriner inkontinans en önemli ve sık geriatrik sendromların birisi olarak belirtilmektedir. Bu, sessiz ama büyük bir toplumsal sorun olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Kontinans Derneği'nin [International Continence Society (ICS)] 2002 yılında yaptığı tanımına göre miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanmaktadır (34, 36, 37, 38, 98). Üriner inkontinans yaşlanmanın normal bir sonucu olduğu varsayılarak yaşlı hastalar bu sorunu yeterince yansıtmamaktadır. İdrar kaçırma kadınlarda erkeklere oranla üç dört kat daha sık görülmekte ve her iki cinste de yaşla birlikte artış göstermektedir (39). DSÖ dünyada 200 milyondan fazla kişinin mesane kontrol problemi yaşadığını ve bunun büyük bir toplum sağlığı problemi olduğunu bildirmektedir (40). Ateşkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inkontinansı olan yaşlılarda üriner inkontinans nedeni ile utanma, sosyal izolasyon, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenimin, kadınlar arasında %61.8, erkeklerde ise %72.7 olduğu sonucu bulunmuştur (9). Bu problem bireyin toplum içinde bağımsız olup olmadığını belirlemede önemli role sahiptir. Yaşlı bireylerde bu problem sorgulanmalı ve bunun yaşlılığın bir sonucu olmadığı konusunda farkındalık sağlanmalıdır. Uygun değerlendirme ve tedaviyle yaşlı bireyin yaşam kalitesi arttırılmalıdır (41). Üriner inkontinansın kişiler arası ilişkileri engelleyebildiği gibi cinsel fonksiyonda zayıflama, toplumdaki uzaklaşma hatta mortaliteyi arttırıcı etkileri olabilmektedir. Bu sebeplerle birlikte inkontinans topluma büyük ekonomik yük oluşurmaktadır (42, 43). Üriner inkontinans kadınlarda diğer kronik hastalıklara benzer yıllık harcamalar ile kıyasla çok masraflı bir durumdur (43). Amerika'da ürolojik hastalıkların mali yükünün 1992 yılından bu yana iki katına çıktığı açıklanmaktadır (107).

Çalışmada ICIQ-SF genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere yeterli katılma arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Demir ve Beji'nin yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan bireylerin 30 dakikadan uzun süren yolculuklarda (%36.6), ufak tefek ev işlerini yapabilmeye

(%30.5), eğlence amaçlı etkinliklere katılabilme (%36.3), ve ev dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilme (%38.4), gibi durumlarda sosyal yaşantılarının olumsuz etkilediği belirlenmiştir (46). Yaşlı bireyler utanma duygusu ile sosyal ortamlardan uzaklaşabilmektedirler. Çalışmada da üriner inkontinans sorunu yaşayan yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılımının yeterli olmadığı sonucu bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Çalışma sonucumuza göre yaşlı bireyin idrar kaçırmaya endişesi, elbiselerinin ıslanarak utanç duyma ve olduğu mekânda tuvalet bulamama korkusu sebebiyle sosyal aktivitelere katılma ve hobilerini yapmada yetersizlik yaşadığı düşünülebilir. Riss ve Kargıl'ın üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada inkontinansın bireylerin günlük işleri, eğlence veya cinsel aktivitelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır (108). Bu sonuçlar doğrultusunda elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumlu olduğu gözükmektedir.

Dünya nüfusunun yaşlanmasına paralel olarak artan kronik hastalıklar, hem DSÖ hem de Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Emeklilik yaşına ulaşan Avrupalıların en az bir kronik hastalığa yakalanma riski oldukça fazladır. DSÖ'e göre, emeklilik yaşına ulaşmış her üç Avrupalı'dan ikisinde en az iki kronik hastalığın olduğu açıklamıştır (109). Kronik hastalıkların en önemli özellikleri, bazılarının önlenemez olması, çoğunun yaşam boyu tedavi gerektirmesi, tedavide sorumlulukların sağlık çalışanları ve hasta tarafından paylaşılmasının gerekli olması, komplikasyonlarının önlenemez olması, sağlık çalışanı ve hasta eğitiminin başarılı sonuç almada çok önemli yerinin olması ve maliyetlerinin çok yüksek olmasıdır (110). Bu çalışmada ICIQ-SF genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının günlük aktiviteleri etkilemesi arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Bu çalışmanın bu bulgusunu destekleyici niteliği bulunan bir çalışmada yaşlıların beslenme, boşaltım, banyo yapma, ev iş yapma ve merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktiviteleri sırasında güçlük yaşadığı belirlenerek kronik hastalığın ve üriner inkontinansın günlük aktiviteleri olumsuz etkilediği sonucu bulunmuştur (58). Gökdoğan ve arkadaşları kronik hastalığı olan yaşlıların evde bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada yaşlıların %30'unun öz bakım, hareket etme ve günlük işlerinde yardıma gereksinimlerinin olduğunu saptamışlardır (111). Bu bulgular ile kronik hastalığa sahip yaşlıların günlük yaşantılarını sürdürmede zorlandıklarını ve tuvalete ulaşabilmede başkalarının yardımına gereksinim duydukları düşünülebilir.

Üriner inkontinansı kronik hastalıkları ve kronik hastalık sebebiyle bireyin günlük aktivitesini etkilemektedir. Hemşireler yaşlı bireye daha uzun zaman bakım veren sağlık personeli olduğu için bu problemin sorgulanması ve tespitinde sorumluluk sahibi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada ICIQ-SF genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıkları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16). Bu farkın hangisinden kaynaklandığına bakıldığında üriner inkontinansın sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerde sağlığını iyi ve orta algılayanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.017$). Altıparmak'ın yaptığı çalışmada bireylerin sağlık algısı sorgulandığında %47.7'si orta, %46.2'si iyi, %6.2'si kötü olarak ifade ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (107). Bizim çalışmamızda yaşlıların büyük bir çoğunluğunun sağlık durumlarını kötü algılamaları yaşam kaliteleri ve psikososyal durumlarını etkileyen önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir. Ergün ve arkadaşlarının yaşlılarda yaptığı çalışmada her gün üriner inkontinansı olanların genel sağlık algısı, üriner inkontinansı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür (112). İnkontinans yaşlıların psikososyal durumlarını etkileyen durumların başında gelmektedir. Bizim çalışmamızda da görüldüğü gibi sağlık algılarını iyi algılayan yaşlıların inkontinans puanları düşük, sağlığını kötü algılayanların inkontinans puanları yüksek olarak bulunmuştur. Bu bağlamda inkontinans varlığının yaşlıların sağlığını olumsuz etkilediği söylenebilir.

5.5. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre GDS-K Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Yaşlılarda depresyona sık rastlanmaktadır. Bu yaş grubunda depresyon varlığı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır (113). Çalışmamızda sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olan yaşlı bireylerin GDS-K genel puan ortancalarının yüksek olduğu dikkat çekmektedir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Onat ve arkadaşlarının çalışmasında da fonksiyonelliğin düşük olması ve depresyon ilişkisinin iç içe geçtiği saptanmıştır (53). Depresyondaki bireyde ilgi kaybı, isteksizlik, enerji azlığı ve yorgunluk olabilmektedir. Bu sebeple bireyin sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olduğu düşünülmektedir.

Yaşlıların önemli bölümünün duygusal ve sosyal anlamda kendilerine destek olan kişi ya da kişilerin varlığını tanımlamaları depresyonu önlemede önemli bir etkidir (69). Bu sebeple yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı kişiler depresyonu etkileyebilmektedir. Çalışmada bireyin birlikte yaşadığı kişiler ile GDS-K genel puan ortancaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Yalnız, eşi, çocukları ve akrabaları ile birlikte yaşayan bireyler arasındaki GDS-K puanları incelenmiştir. Akrabaları ile birlikte yaşayan bireylerin depresyon puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.13). Akrabaları ile yaşayan bireylerin ortalama ve ortancalarının yüksek saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun sebebi akrabaları ile yaşayan bireylerin örneklem içerisinde dokuz kişi ile sınırlı kalmasından kaynaklandığı, daha büyük örnekleme çalışılması durumunda istatistiksel olarak anlamlı olacağı düşünülmektedir. Akrabaları ile birlikte yaşayan bireylerde depresyon ortancalarının yüksek bulunması bireylerin ihmal ve istismara uğrama ihtimalini düşündürmektedir. Yapılan araştırmalar yaşlı istismar ve ihmalinin, en fazla bireyin yaşadığı ev ortamında gerçekleştiğini göstermektedir (114). Yaşlı birey çok az bazen de hiç evin dışına çıkmayabilir bu nedenle yaşlıya uygulanan istismarın, aile üyeleri dışındaki bireylerden saklanabilir. Ayrıca sağlık çalışanları yaşlıların çeşitli kaygıları nedeniyle sorunları görmezlikten gelmeleri durumunda istismar ve ihmal fark edemeyebilir. Akrabaları ile yaşayan yaşlı bireyler ailesi ile birlikte yaşamadıkları ve kendilerini ait olmadıkları bir yerde hissettikleri için depresyon puanının daha yüksek bulunduğu düşünülebilir.

Yaşlıların medeni durumlarına göre depresyon görülme sıklığı bakımından fark yaratmaktadır. Çalışmada dul olanların evli olanlara göre depresyon puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu sonuca göre evli bireylerin eşlerinden sosyal destek sağladığını ve bu desteğin depresyonu önlemede önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Aslantaş ve Ergin'in çalışmasında katılımcıların %23.8'inde depresif belirti saptanmıştır. Depresif belirtiler görülme durumunun, evli olmayanlarda 2.59 kat daha yüksek bulunmuştur (25). Benzer çalışmalar da bizim sonucumuzu desteklemektedir (115, 116, 117).

Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ile depresif belirti düzeyleri yakından ilişkilidir. Yaşlılarda yeti yitimi arttıkça depresif belirtiler de artmaktadır (118). Çalışmada kronik hastalığı bulunan bireylerde depresyon puanı kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir. ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). Kronik

hastalığı sebebiyle günlük yaşam aktiviteleri etkilenen yaşlı bireylerde de depresyon puanı artmaktadır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Yeti yitimi artan bireyler günlük aktivitelerini kendileri yapamaz duruma gelebilmekte ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Bu sebeple bireyler kendilerini yetersiz ve işe yaramaz düşünebilmektedir. Altay ve Üstün'ün yaptığı çalışmada kronik hastalığın depresyon riskini arttırdığı sonucu bulunmuştur. Çalışmada bir kronik hastalığı bulunan bireylerin depresyon riski %42 bulunurken birden çok kronik hastalığı bulunan bireylerde depresyon riski %51.9 olarak saptanmıştır (117). Bu sonuç bizim çalışmamızla da uyumludur.

Yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarını ailesi veya kurumlar karşılamaktadır. Ancak, kurum bakımı yaşlılar tarafından fazla benimsenmemekte, genellikle zorunluluk olarak düşünülmekte, kendilerini yalnız ve terkedilmiş hissetmektedirler. Bu durumda aile yaşlılar açısından destek sağlayan önemli araçlardan birisi olmaktadır. Bu çalışmada 7-10 çocuğa sahip bireylerde depresyon puanı 1-3 ve 4-6 çocuğu olan bireylere göre daha fazla saptanmıştır (Tablo 4.12). Çocuk sayısı arttıkça bireylerin sorumlulukları artmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirmekte zorlanarak yetersizlik hissetmekte ve bu sebeplerin depresyona neden olduğu düşünülebilir. Bingöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beş ve üzeri çocuğa sahip yaşlı bireylerin depresyon düzeyi daha yüksek saptanmıştır (119). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında ise huzurevinde yaşayan ve çocuğu olan yaşlılarda depresyon çocuğu olmayan yaşlılara göre daha yüksek saptanırken, evde yaşayan yaşlılarda çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre daha yüksek saptanmıştır (115).

Çalışmada sağlığını kötü algılayanlarda depresyon puanı yüksek saptanmıştır ($p<0.017$) (Tablo 4.16). Buna göre sağlık algısının birçok parametreden etkilenmekte olduğu ve bu parametrelerden birisinin de ruh sağlığı olduğu düşünülebilir. Bingöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %22.5'i sağlık durumunu kötü olarak belirtmiş ve sağlığını algılama durumları ile depresyon puanları arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı bulunmuştur (119). Altay ve Üstün'ün yaptığı çalışmada sağlığını kötü olarak algılayan yaşlıların %76'sında depresyon riski saptanmıştır (117). Bu çalışmalar da bizim çalışmamızla uyum içerisindedir.

5.6. Yaşlı Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre UCLA-LS Genel Puan Ortancalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Günümüzde yalnızlık gün geçtikçe artan bir durum olmaktadır. Evrensel bir olgu olan yalnızlık insanlığın gelişim aşamasından günümüze kadar gelen zamanda değişen sosyo-kültürel yapı ve bu yapıyı etkileyen etmenlerin etkisi ile daha fazla üzerinde tartışılan bir konu haline gelmektedir. Yalnızlık tanımlanması zor bir kavramdır. Yalnızlığın öznel nitelikli olmasının yanında yalnızlığı doğuran etkenlerin çok çeşitli ve çok boyutlu olması tanımlanmasını zor hale getirmektedir. Yalnızlık bireyler için yaygın ve rahatsız edici bir durum olmaktadır. Yalnızlık bütün yaş gruplarında olabilmekte fakat yaşlı grubunda daha fazla olmaktadır. Yalnızlık yaşlı bireylerde meydana gelen fiziksel ve ruhsal hastalıkların oluşmasında da rol oynayabilmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (120).

Çalışmadaki UCLA-LS genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılımı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Yalnızlık puanı arttıkça bireylerin sosyal aktivitelere katılmaları yetersiz bulunmaktadır. Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılmasını engelleyen sebepler arasında gelir düzeyi, kronik hastalıklarının bulunması ve olumsuz sağlık algısının varlığı olabileceği düşünülebilir. Milli Eğitim Bakanlığı'nın yayınında ise yaşlıların sosyal aktivitelere katılımında gelir düzeyleri etkili olduğu saptanarak, kişi yaşlandıkça sağlığıyla ilgili harcamaları ve bakım masrafları artma eğilimi göstermekte ve eğer kişinin sosyal güvencesi varsa ve gelir düzeyi sağlıklı ve rahat yaşamasını sağlayabilecek düzeyde ise yaşam doyumu yükselmekte, sosyal katılımı artmakta olduğu bulunmuştur (4). Dereli ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da bizim sonucumuzu desteklemektedir (121).

Çalışmadaki UCLA-LS genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin kronik hastalıkların günlük aktivitelerini etkilemeleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Kronik hastalıklar sebebiyle günlük aktiviteleri etkilenen bireyler daha fazla yalnızlık yaşamaktadır. Yaşlı bireyin sağlık durumu yalnızlık duygusunu yakından etkileyen parametrelerden birisidir. Genel olarak, toplumumuz yaşlısına sahip çıkan toplum özelliğindedir. Fakat değişen sosyo-ekonomik koşullar,

geniş aileden çekirdek aileye dönüş gibi sebepler ile ailelerin, yaşlı bireyin sosyal sorunlarıyla ilgilenmesi zorlaşmaktadır. Yaşlılıkta yaşanan sosyal problemler, var olan fiziksel problemlerin daha ağır yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle yaşlıların yalnızlığına eğilinmesi oldukça önemlidir. Benzer çalışmalarda da elde edilen sonuçlar da yalnızlığın yaşlının günlük aktivitelerini etkilediği görülmektedir (92, 121, 122).

Çalışmadaki UCLA-LS genel puan ortancaları ile yaşlı bireylerin sağlık algıları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelendiğinde sağlıklarını kötü algılayan bireylerin daha fazla yalnızlık yaşamakta oldukları saptanmıştır ($p<0.017$). Bu da sağlıklarını iyi algılamayan bireylerin kendilerini yetersiz ve bağımlı olarak düşünerek toplumdan uzaklaşma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir.

5.7. Araştırmanın Bilime Sağladığı Katkıların Tartışılması

Yaptığımız çalışmada üriner inkontinans ile yalnızlık arasında ilişki saptanmamıştır. Fakat üriner inkontinanslı bireylerde geriatrik depresyon riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yalnızlık ile geriatrik depresyon arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışma yaşlı bireylerde üriner inkontinans yalnızlık ve geriatrik depresyon arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada yaşlı bireylerin idrar kaçırma problemleri incelenirken geriatrik depresyon riski ve yalnızlık duygusunun da ele alınması gerekliliğinin önemli olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışma yaşlı bireylerin sağlıklarını korumada ve hastalıklarının önlenmesinde bireyin bütüncül ele alınması gerekliliğini vurgulamıştır ve gelecekteki olası hastalıkları önlemede önemlidir. Bu çalışma yaşlı bireylerin sağlıklarını korumaları ve başarılı yaşlanmaları açısından bir erken tarama niteliğinde olup kişilerin yardım bulmaları için bir fırsattır. Bu sebeple gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalara da ışık tutacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma GATA Geriatri Polikliniği'nde yaşlı bireylerde üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

6.1. Araştırma Sonuçları

Yaşlıların %59.5'ini kadın, 29.5'i 77-82 yaş grubu, %69.5'ini evli bireyler oluşturmaktadır. Çalışmadaki bireylerin %50'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Yine %96'sının ise sosyal güvencesi bulunmaktadır. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %60.5'inin 1000-2000 TL arasında geliri olup, %57.5'i bir ile üç arası çocuğa sahiptir. Çalışmadaki bireylerin %67'sinin eşi ile yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Yaşlıların %91.5'i ilde yaşamaktadır. Yaşlı bireylerin %71'i yeterli sosyal aktivitelere katılmakta olup, %55.5'i ise sağlıklarını orta düzeyde olduğunu ifade etmektedirler. Katılımcılardan %73.5'inin ise kronik hastalığı bulunmakta ve kronik hastalığa sahip olan bireylerin %69.5'inin var olan hastalığının günlük aktivitelerini etkilemediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.1).

Üriner inkontinans ile geriatrik depresyon arasında çok zayıf, pozitif bir ilişki saptanmıştır. ($r=0.215$; $p=0,002<0.05$) (Tablo 4.3). Yalnızlık ve geriatrik depresyon arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0.601$; $p=0,000<0.05$) (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %35.5'i üriner inkontinans problemi yaşamadığı saptanmıştır. Bireylerden %44'ü tuvalete yetişmeden idrar kaçırmakta, %34'ü öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırmakta olduğu bulunmuştur. Yaşlı bireylerin %6'sı uyurken idrarını kaçırmaktadır. %21.5'i hareket halinde veya spor yaparken idrar kaçırmaktadır. %14'ü işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmakta olduğu belirlenmiştir. Ek olarak çalışmadaki bireylerin %18'i belirgin bir sebep olmadan idrar kaçırmakta olup, %3'ü ise her zaman idrar kaçırmakta olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %40.5'inde stres tip üriner inkontinans, %50.5'inde sıkışma tip üriner inkontinans ve %30'unda ise mix tip üriner inkontinans saptanmıştır (Tablo 4.5).

Yaşlı bireylerin medeni durumlarının geriatrik depresyonu etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.8). Bu farkın medeni durumu evli olan katılımcıların dul olanlara göre puan ortancalarının düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.8).

Yaşlı bireylerin çocuk sayıları geriatrik depresyon ve yalnızlık durumlarını etkilediği saptanmıştır. ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.12). 7-10 çocuğa sahip katılımcıların geriatrik depresyon puan ortancası daha yüksek saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.12). UCLA-LS toplam puan ortancasında ise 7-10 çocuk sahibi yaşlı bireylerin daha yalnız oldukları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.12).

Yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı kişiler ile GDS-K ve UCLA-LS genel puan ortancaları ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.13).

Yaşlı bireylerin sosyal aktivitelere katılım durumlarına göre ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ölçek genel puan ortancaları ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Yaşlı bireylerden sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olanların geriatrik puan ortancaları yeterli sosyal aktivitelere katılanlardan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Üriner inkontinas problemi yaşayan yaşlı bireylerin yeterli sosyal aktivite yapamadıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Yaşlılardan sosyal aktivitelere katılımı yeterli olanların UCLA-LS genel puan ortancaları sosyal aktivitelere katılımı yetersiz olanlardan düşük olup, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.15).

Yaşlı bireylerin sağlıklarını nasıl algıladıkları ile ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K genel puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16).

Yaşlı bireylerin ICIQ-SF genel puan ortancası ile sağlık algısı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16).

Üriner inkontinans problemi yaşayan bireyler sağlığını kötü algılayan yaşlıların ICIQ-SF genel puan ortancaları sağlığını iyi ve orta algılayanlara göre daha yüksektir ($p<0.017$).

UCLA-LS genel puan ortancalarında ise sağlığını kötü algılayan yaşlı bireylerin UCLA-LS genel puan ortancaları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.017$) (Bkz. Tablo 4.16).

GDS-K puan ortancalı ile sağlık algısı durumu arasında sağlığını kötü algılayanların puan ortancalarının sağlığını iyi algılayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($z:-5.038$, $p<0.017$). Yine sağlığını kötü algılayan bireylerin GDS-K genel puan ortancaları sağlığını orta düzeyde algılayanlardan daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($z:-4.738$, $p<0.017$).

Yaşlı bireylerden herhangi bir kronik hastalığı var olanların GDS-K genel puan ortancaları ve ICIQ-SF genel puan ortancaları herhangi bir kronik hastalığı olmayanlardan yüksek olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.17).

Yaşlı bireylerin var olan kronik hastalığının günlük yaşamını etkileyip etkilememesine göre ICIQ-SF, UCLA-LS ve GDS-K ölçek genel puan ortancalarına bakıldığında üç grubun toplam puan ortancaları günlük yaşamı etkileyenlerin günlük yaşamı etkilemeyenlerden yüksek olarak saptanmıştır ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.18).

6.2. Araştırmadan Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

Üriner inkontinans bulgularını belirlemeye yönelik çalışmaların daha da artırılması ve sağlık profesyonelleri tarafından toplumun üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumlarını arttırmak için özellikle yaşlılara yönelik hizmetlere önem verilmesi gerekmektedir.

Özellikle üriner inkontinansa neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması veya erken tanınması ile üriner inkontinans oluşumu önlenabilir veya sıklığı azaltılabilir. Bu amaçla; yaşlı bireylerin rutin kontrollerinde üriner inkontinans probleminin

sorgulanması gerekmektedir. Sosyal yaşamı kısıtlayan ve geç tanılandığında ülke ekonomisine büyük yük getiren bu problemin çözümlenmesine katkı sağlaması açısından yaşlı bireylerin daha iyi bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Yaşlı bireyin sosyal aktivite durumu, sağlık algısı, kronik hastalığı bulunması, günlük aktivite durumu üriner inkontinans görülme sıklığını etkilemektedir. Üriner inkontinans problemi olan yaşlıların tedavi hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Sağlık çalışanları arasında, hemşireler yaşlıya daha uzun zaman bakım veren personel olduklarından bu sorunu daha kolay saptayabilecekleri düşünülmektedir. Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli danışmanlık sağlanarak problemin ele alınması sağlıklı yaşlanmanın geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Hemşirelik bakımın planlanmasında yaşlı birey değerlendirme araçlarının, protokollerin ve izlem yollarının tanımlanmasının yer alması gerekmektedir. Bunun yanında bakım verirken yaşanan engellerin belirlenmesi için politika ve prosedürler gözden geçirilmesi gerekmektedir. Yapılan uygulamalar sonucunda üriner inkontinansa ve bakım sonuçlarına yönelik özel yönetsel düzenlemeler geliştirilebilir.

Depresyon, somatik yakınmalar arasında bazen kolaylıkla fark edilememektedir. Bu nedenle, Yaşlı bireylerde depresyonun önlenmesine yönelik olarak birinci basamağa başvuran her yaşlı bireyin depresyon açısından taranması ve incelenmesi önerilmektedir.

Özellikle depresyon yönünden risk taşıyan yaşlı bireylerin (dul olanlar, çok çocuğu olanlar, çocukları ile yaşayanlar, sosyal aktiviteye katılımı yetersiz olanlar, sağlık algısı kötü olanlar, kronik hastalığı olanlar, günlük aktiviteleri etkilenenler) düzenli olarak izlenmesi ve bu alanda çalışan sağlık ekibi tarafından tedavi ve bakım programlarının oluşturulması, riskli bireylerin toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında psikiyatrik hizmetlere yönlendirilmesi önerilmektedir.

Yaşlı bireyin sosyal desteğinin sağlanmasında bireyin ailesi veya yakınları ile görüşerek yalnızlığın giderilmesine yönelik çözüm önerileri geliştirilerek yaşlı bireylerin yalnızlık duygusunu azaltılması önerilmektedir.

Çalışmada yaşlı bireylerin idrar kaçışma problemleri incelenirken geriatrik depresyon ve yalnızlık duygusunun da ele alınması önerilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlıklarını korumada ve hastalıklarının önlenmesinde bireyin bütüncül ele alınmasının yaşlı sağlığına katkı sağlayabileceği görüşüne varılmıştır.

7. KAYNAKLAR

1. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi, *Klinik Gelişim*, 2012, 25:1-3.
2. Duyar İ. Yaşlanma, yaşlılık ve antropoloji. İçinde: Mas MR (editör). *Geriatrı*, 1. Baskı. Ankara, Fersa Matbaacılık Ltd. Şti., 2008: 9-20.
3. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı. <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-hizmetleri>. 20 Şubat 2015.
4. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Aile ve Tüketici Hizmetleri. Yaşlılıkta görülebilen uyum sorunları. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9Fl%C4%B1%C4%B1kta%20G%C3%B6r%C3%BClebilen%20Uyum%20Sorunlar%C4%B1pdf. 21 Mart 2015.
5. Konak A, Çiğdem Y. Yaşlılık Olgusu: Sivas Huzurevi Örneği, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005, 29(1):23-63.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (2013). İstatistiklerle yaşlılar. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>. 21 Mart 2015.
7. Er D. Psikososyal açıdan yaşlılık, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4(11).
8. Kılınç F. Geriatrik hastalarda idrar inkontinansı, *GeroFam.*, 2011, 1(4):46-59.
9. Ateşkan Ü, Mas M, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2000, 3(2):45-50.
10. Pamela L, Ramage M, Gilmour H. Urinary incontinence and loneliness in canadian seniors, Statistics Canada, Catalogue no:82-003-X Health Reports, 2013, 24(10):3-10.

11. Doğan Z. Yaşlılarda ũriner inkontinans sıklığı ve dũzeltilebilir sebepleri, Akademik Geriatri Toplantısı, Antalya, *Akademik Geriatri Toplantısı 2009 Bildiri Kitabı*, 2009: 161.
12. Ŗzcan M, Kapucu S. Ŗriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı, *Hacettepe Ŗniversitesi Hemşirelik Fakũltesi Dergisi*, 2014: 101-109.
13. Dinç S. Yaşlı bireylerde depresyon ve vaskũler risk faktŖrlerinin ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Ŗniversitesi, 2014.
14. Ŗztũrk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. I.Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, Nova Danışmanlık, Dış Ticaret, Taşımacılık ve Turizm Ltd.şti, 2011, 11(1).
15. KŖknel Ŗ. *Ruhsal çŖkũntũ depresyon*, 1. Baskı. İstanbul, Altın Kitaplar, 2005, (6):15-17.
16. Yũksel N. Agomelatinin klinik kullanımı: Major depresyon, *Klinik Psikiyatri*, 2012, 15(1):20-28.
17. Bektaş H, şahin H. Dahiliye kliniklerinde yatarak tedavi gŖren geriatrik hastaların gũnlũk yaşam aktivite durumları ve depresyon dũzeyleri, Akademik Geriatri 2009 Kongresi, Antalya, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2009.
18. Demet MM, Taşkın EO, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Tũrk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13: 9-290.
19. Ŗnal G, Bilge A. İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi, *Tũrk Geriatri Dergisi*, 2005, 8(2):89-93.
20. Çınar İ, Kartal A. Depresyon ve sosyodemografik Ŗzellikler arasındaki ilişki yaşlılarda depresyon belirtileri, *TAF Prev Med Bull*, 2008, 7(5):399-404.
21. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzincan huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktŖrler, *Tũrk Geriatri Dergisi*, 2009, 12(1):25-30.

22. Akyol Y, Durmuş D, Doğan C, Bek Y, Cantürk F. Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population, *Türk Journal Rheumatol*, 2010, 25:73-165.
23. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010: 149-155.
24. Cukanoviç I, Sorjonen K, Peterson U. Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden, *Yaşlanma Ment Sağlık*, 2015, 19(6):8-56.
25. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler, *Türk Geriatri Dergisi*, 2011: 2-14.
26. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatouk İ, Niehoff FD, Saum K, Brenner H, Yabani B. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs, *Geriatrisk Psikiyatri Dergisi*, 2014: 42-46.
27. Türk Geriatri Derneği. İstedüğümüz/beklediğimiz Gelecek Yaşlıların Anlattıklarında Saklıdır! Genişletilmiş Basın Bildirisi. http://www.turkgeriatri.org/pdf/TURK_GERIATRI_DERNEGI_1_EKIM_BASIN_ACIKLAMASI_1_10_2013.pdf. 20 Nisan 2015.
28. Kutsal YG. *Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsan*, 1.Baskı. Ankara, Algı Tanıtım, 2012: 7-16.
29. Ölüç F. Edirne Kentsel Kesimde Yaşlılarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2007.
30. Aksoydan E. Yaşlılık ve Beslenme. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-36400/h/a -1-yaslilik-ve-beslenme.pdf>. 22 Mayıs 2015.
31. Pehlivan S, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(3):385-393.

32. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri, *Ege Tıp Dergisi*, 2010, 49(3):39-45.
33. Baran E, Özvarış ŞB. *Yaşlılık Döneminde Sağlığın Gelistirilmesi. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler*, 1. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012: 25-31.
34. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization sub-committee of the International Continence Society, *Neurourology and Urodynamics*, 2002, 21:78-167.
35. Demirel T. 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Konya: Konya Selçuk Üniversitesi, 2012.
36. Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009, 6(1):178-186.
37. Aksu Ş. Genç kızlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
38. UNFPA and Help Age International. Ageing in the Twenty-First Century, A Celebration and A Challenge, 2012. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>. 20 Mayıs 2015.
39. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 2005, 31(2):246-252.
40. Dinç K, Kızılkaya BN. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 2008, 16(62):143-149.
41. Chutkan DS, Fleming KC, Evans MP, Evans JM, Andrews KL. Urinary incontinence in the elderly population, *Mayo Clin Proc.*, 1996, 71(1):93-101.
42. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population, *Arch Gynecol Obstet.*, 2008, 277(4):90-285.

43. Wilson L, Kahverengi JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence, *Obstet Gynecol.*, 2001, 98(3):398-406.
44. Stothers L, Thom D, Calhoun E. Urologic diseases in Amerika Project: urinary incontinence in males demographics and economic burden, *J Urol.*, 2005, 173(4):8-13.
45. Sarıcı DY. Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback için Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçları, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
46. Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları, *F.N. Hem. Derg.*, 2015, 23(1):23-31.
47. Gibbs CF, Johnson TM, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence, *Am J Med.*, 2007, 120:20-211.
48. Varlı M, Aras SD, Atlı T. Yaşlılarda üriner inkontinans ve tedavisi. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-045-058.htm. 22 Mayıs 2015.
49. Çetinel B. Yaşlıda idrar inkontinansı, Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 1998: 83-93.
50. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of Clinical Geriatrics, New York: *McGraw-Hill Inc.*, 1999, 4:181-230.
51. Wagg A. Recent advances in the treatment of urinary incontinence in older women, *Curr Opin Urol.*, 2008, 18(4):8-383.
52. Şah D, Badlani G. Treatment of overactive bladder and incontinence in the elderly, *Rev Urol.*, 2002, 4(4):38-43.

53. Şahin Onat Ş, Özel S, Ünsal Deliağaoğlu S. Geriatrik hastalarda depresyonun yaşam kalitesi ve fonksiyonel aktiviteye etkisi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2012: 120.
54. Can Güler T, Yağcı N. Urinary incontinence in women and physical therapy, *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2006, (11):205-218.
55. Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansda konservatif tedavi metotları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5(13):1-14.
56. Uslu Altaş ZG. Stres üriner inkontinans hastalarında midüretal transobtural bant (TOT) cerrahisi, klinik gözlem ve erken dönem sonuçları, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
57. Küçükdikencik B. *Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri (Ed:Kızılkaya BN), Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayını, Emek Matbacılık, 2002: 29-50.
58. Acar BN. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2010.
59. Thompson DL, Smith DA. Continence nursing: A whole person approach, *Holist Nurs Pract.*, 2002, 16(2):14-31.
60. Sarı D. Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, EGE Üniversitesi Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir: EGE Üniversitesi, 2007.
61. Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 101-109.
62. Demirci H, Kızılkaya BN. *Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulan Konservatif Tedavi Yöntemleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, 1. Baskı. İstanbul, Emek Matbacılık, 2002: 102-108.

63. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Ruh sağlığı ve hastalıklarına giriş, Hemşirelik. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ruh%20Sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Ve%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1na%20Giri%C5%9F.pdf. 22 Mayıs 2015.
64. Annagür BB. Depresyon Hastalıklarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.
65. Güven H. Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
66. Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5*, 5. Baskı. HYB Yayıncılık, 2015: 91-112.
67. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2008.
68. Balcıoğlu İ. Depresyon etyopatogenezi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999: 19-28.
69. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, Çalık E, Kayalı D, Yetiş Ç, Şentürk E, Kurulay M, Gülcan MA. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007, 21(3):145-153.
70. Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3(2):86-91.
71. Varcarolis EM. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, 3. Baskı. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998: 552-580.
72. Avanoğlu A. Üriner inkontinans cerrahisi, *Çocuk Cerrahisi Dergisi*, 2013, 27(1):1-7.
73. İlbaşı AR. İzole edilen hastaların izolasyon sonrası anksiyete, depresyon durumları ile izole edilmeyen hastaların anksiyete, depresyon durumlarının

değerlendirilmesi ve izole edilmeyen hasta yakınlarının, sağlık personelinin anksiyete durumlarının incelenmesi, Uludağ Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2014.

74. Bahar A. Huzurevinde yaşayan yaşlıların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6(4):227-239.
75. Erden Aki Ö. *Birinci Basamak İçin Temel Geriatri, Yaşlıda Psikiyatrik Sorunlar*, 1. Baskı. Ankara, Algi Tanıtım, 2012: 34-38.
76. Cankurtaran M, Arıoğul S. *Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Geriatrik Yaş Grubunda Depresyon*, 1. Baskı. Ankara, 2002: 173.
77. Cankurtaran EŞ, Cankurtaran M. Geriatrik depresyon ve yaşlılık psikozu, *İç Hastalıkları Dergisi*, 2007, 14(1):55-68.
78. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca R. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri, *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16(1):21-26.
79. Altuk B. Yaşlılıkta bilişsel işlevler, empatik eğilimler ve depresyon belirtileri, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2011.
80. Bruce ML, Ten TR, Reynolds CR. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients, *JAMA*, 2004, 291(9):1081-1091.
81. Aşkın R. Kronik Depresyon (distimi), 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, *Duygudurum Dizisi*, 2000, (1):44-47.
82. Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar, *Klinik Psikiyatri*, 2004, (4):17-24.
83. Türkçapar HM. *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama*, 1. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2007: 58-61.
84. Eker E. Yaşlıda depresyon, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999: 63-73.

85. Armağan A. Yalnızlık ve kişilerarası iletişim ilişkisi, *Uluslararası sosyal araştırmalar dergisi*, 2013, 7(30):31-35.
86. Kurt D. Müzik terapinin huzurevinde yaşayan yaşlıların yalnızlık hissi üzerine etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2014.
87. Özatça A. Ergenlerde sosyal ve duygusal yalnızlığın yordayıcısı olarak aile işlevleri, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Adana Çukurova Üniversitesi, 2009.
88. Kahraman S, Zincir H, Kaya Z, Esen F. Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi, *Türkiye Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2011, 14(2).
89. Eskin M. Ergenlikte yalnızlık, baş etme yöntemleri ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisi, *Klinik Psikiyatri*, 2001, 4:5-11.
90. Yaşar MR. Yalnızlık, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2007, 17(1).
91. Karaoğlu N, Avşaroğlu S, Deniz ME. Yalnız mısınız? Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyi ile ilgili bir çalışma, *Marmara Medical Journal*, 2009, 22(1):19-26.
92. Danış MZ. Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf.20 Nisan 2015.
93. Genç Y, Dalkılıç P. Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri, *International Journal of Social Science*, 2013, 6(4):461-482.
94. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması, *Türk Üroloji Dergisi*, 2004, 30(3): 332-338.
95. Ertan T. Geritrik Depresyon Ölçeği İle Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeğinin 60 Yaş Üzeri Türk Popülasyonunda Geçerlilik-Güvenilirlik İncelemesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1996.

96. Duru E. Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın rolü, *Türk Psikoloji Dergisi*, 2008, 23(61):15-24.
97. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18522>. 01 Haziran 2015.
98. Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F. Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2005, 14(5):113-119.
99. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri, *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 27(3):89-94.
100. Benlioğlu C. Kahramanmaraş il merkezli on beş yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, 2006.
101. Melville JL, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women, *Obstet Gynecol.*, 2005, 106(3):585-592.
102. Akyüz A. Huzurevi ve evde yaşayan yaşlıların, yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile sosyal destek sistemleri açısından karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2004.
103. Parlar Kılıç S, Karadağ G, Koçak HS, Korhan EA. Evde yaşayan yaşlıların yalnızlık ve depresyon düzeyleri ile yaşlılık algılarının incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2014, 17(1):70-76.
104. 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.
105. Hayek S, Abrams P. Incontinence in the Elderly, *Women’s Health Medicine*, 2005, 2(6):46-50.

106. Ergin A, Toptaner NE, Başak T, Baran S, Akkaya G, Ekim N, Özkan P, Cesur E, Şakiroğlu R. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2011, 3(3).
107. Altıparmak S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.*, 2009, 23(3):159-164.
108. Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women, *Maturitas*, 2011, 68(2):42-137.
109. Buzgan T, Çom S, Keskinçilç B, Yardım N, İmamecioğlu AR, Çoban N. T.C. Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, Ankara, 2008.
110. Econmist Intelligence Unit Raporu 2012. http://pages.eiu.com/rs/eiu2/images/EIU_BestCities.pdf. 01.Haziran.2015.
111. F, Yıldırım Y, Ayhan F, Alpteker H, Ocak Z, Can S. Bir yaşlı merkezine kayıtlı kronik hastalığı olan yaşlıların evde bakım gereksinimleri, Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul, 2. *Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı*, 2008: 147.
112. Ergün A, Toptaner NE, Bıçakçı T, Baran S, Akkaya G, Ekim N, Özkan P, Cesur E, Şakiroğlu R. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi üzerine üriner inkontinansın etkisi, *Akademik Geriatri Dergisi*, 2011, 3:159-167.
113. Bilgin Cebe E, Özişler Z, Ünsal Deliağaoğlu S, Özel S, Ergün N. Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi ağrıları, depresyon ve yaşam kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 2012: 75.
114. Akdemir N, Görgülü Ü, Çınar Fİ. Yaşlı istismarı ve ihmali, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008: 67-75.
115. Demir G, Ünsal A, Gürol Arslan G, Çoban A. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(1):1-9.

116. Gül HL, Evcili G, Karadaş Ö, Gül ES. Geriatrik depresyon ve ilişkili risk etkenleri: huzurevinde kalan yaşlılarda depresif belirti düzeyi, *J Clin Anal Med.*, 2012, 3(3):308-310.
117. Altay B, Üstün G. Bir üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riski ve bazı sosyo-demografik özelliklerin etkisi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3(2):108-114.
118. Tel H. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22(2):69-74.
119. Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaş EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi, *Göztepe Tıp Dergisi*, 2010, 25(4):169-176.
120. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075. 04 Şubat 2015.
121. Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N. Bir huzurevinde kalan yaşlıların yalnızlık düzeylerinin incelenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2010, 27:93-97.
122. Kurt G, Beyaztaş FY, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti, *Adli Tıp Dergisi*, 2010, 24(2).

8. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı; Yaşlılarda üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu araştırmanın amacı, yaşlılarda üriner inkontinans ile geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu çalışmada size, sosyodemografik veri toplama formu, Geriatrik Depresyon Skalası, Ucla Yalnızlık Ölçeği ve ICIQ-Kısa Form ölçeği uygulanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 10-15 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı 200 kişidir. Bu çalışma ile ilgili olarak soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırma sizin ve hastanız için herhangi tıbbi bir risk içermemektedir. Araştırma hastanızın tedavisini etkilemeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 05076152437 no.lu telefondan Yüksek Hemşire Hande Demirtaş'a başvurabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından desteklenmektedir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, size ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-2. TANIMLAYICI VERİ FORMU

Sayın Katılımcı

Bu anket, yaşlı bireylerde üriner inkontinans, geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilen sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul eden katılımcılardan soruları içtenlikle yanıtlamaları rica edilmektedir.

Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet

Hayır (neden?)

Hande DEMİRTAŞ

handedt5@gmail.com

Tel: 304 51 78

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

TANIMLAYICI VERİ TOPLAMA FORMU

Tanıtıcı Özellikler

- 1) Doğum tarihiniz:
- 2) Cinsiyet: Erkek Kadın
- 3) Medeni durum: Evli Bekar Dul
- 4) Eğitim durumunuz nedir?
 - Okuryazar değilim
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Üniversite
- 5) Sağlık güvenceniz nedir?
 - Yok
 - Yeşil kart
 - Sosyal güvenlik kurumu

Yaşamlarına ilişkin özellikler

- 6) Gelir durumunuz nedir?
 - Düzenli gelirim var
 - Düzenli gelirim yok
- 7) Kaç çocuğunuz var?
 - Yok
 - 1-3
 - 4-6
 - 7-10

8) Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

- Yalnız
- Eşi ile birlikte
- Eşi ve çocukları
- Diğer

9) Yaşadığınız yer:

- İl
- İlçe
- Köy

10) Sosyal aktivitelere katılır mısınız?

- Evet
- Hayır

11) Sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?

- İyi
- Kötü
- Orta

12) Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Evet
- Hayır

13) Kronik hastalıklarınız günlük yaşam aktivitelerinizi etkiliyor mu?

- Evet
- Hayır

EK-3. GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ KISA FORMU

1. Hayatınızdan memnun musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
2. İlgilendiğiniz ve yapmakta olduğunuz işlerden çoğunu yapmayı bıraktınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
3. Hayatınızın boş olduğunu mu düşünüyorsunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
4. Zamanınızın büyük kısmında sıkılıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
5. Çoğunlukla olumlu ruh halinde misiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
6. Size kötü şeyler olacağından korkuyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
7. Kendinizi çoğunlukla mutlu mu hissedersiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
8. Sıklıkla umutsuzluk hisseder misiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
9. Dışarı çıkıp yeni bir şeyler yaptıktan sonra çoğunlukla evde/odanızda kalmayı mı tercih edersiniz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
10. Her zamankinden daha fazla hafıza sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
11. Şu an hayatta olmak güzel mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
12. Sizce şu anki durumunuz değersiz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
13. Enerji dolu olduğunuzu mu hissediyorsunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
14. Durumunuzun ümitsiz olduğunu mu hissediyorsunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
15. Diğer insanların çoğunun sizden iyi durumda olduklarını mı düşünüyorsunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

EK-4. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben bu durumu HİÇ yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN yaşarım	Ben bu durumu BAZEN yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4. Kendimi tek başıyım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılıyor.	1	2	3	4
9. Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12. Sosyal ilişkilerim.	1	2	3	4
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

EK-5. ICIQ-SF TÜRKÇE VERSİYONU

Sayı: Bugünün tarihi

(----/----/----)

(GÜN/AY/YIL)

ICIQ-SF

(TÜRKÇE VERSİYON)

GİZLİ

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini bulmaya çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilirsiniz minnettar oluruz.

1. Lütfen doğum tarihinizi yazınız:.....GÜN / AY / YIL

2. Cinsiyet

kadın

erkek

3. Ne sıklıkla idrar kaçırsınız? (Bir kutuyu işaretleyin)

Hiçbir zaman	0
Haftada bir veya daha seyrek gibi	1
Haftada iki veya üç kez	2
Günde bir kez gibi	3
Günde birkaç kez	4
Her zaman	5

4. Ne kadar idrar kaçırdığınızı düşündüğünüzü bilmek istiyoruz.

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz (koruyucu takın veya takmayın)?

(Bir kutuyu işaretleyin)

Hiç	0
Az bir miktarda	2
Orta derecede bir miktarda	4
Büyük bir miktarda	6

5. Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma hergünkü yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

hiç bir şekilde

çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5....

6. İdrar ne zaman kaçar?

(lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

Hiçbir zaman - idrar kaçırmıyorum	
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum	
Öksürürken veya hapsirirken idrar kaçıyorum	
Uyurken idrar kaçıyorum	
Hareket halinde iken veya spor yaparken idrar kaçıyorum	
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum	
Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıyorum	
Her zaman idrar kaçıyorum	

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

EK-6. ETİK İZİN

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -581 - 14/1648.4- 2002 20 Ekim 2014
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Svl.Me.(Hemş.) Hande DEMİRTAŞ'a

İLGİ : GATA K.lığının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 14 Ekim 2014 günü yapılan 44'nci oturumunda GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.(Hemş.) Hande DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Yaşlılarda Üriner İnkontinans Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı araştırma olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.
2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.



Orhan KOZAK
Profesör Hava Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.F.ÇİĞDEM (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 44
OTURUM TARİHİ : 14 Ekim 2014
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 14 Ekim 2014 günü yapılan 44'nci oturumunda GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.(Hemş.) Hande DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Yaşlılarda Üriner İnkontinans Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı araştırma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının idari izin alınmak koşuluyla amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI

Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.

Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

Rıdvan AKIN
Prof.Tbp.Alb.

Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.

Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.

Muharrrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -116 - 15/1648.4- 241
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

06 Şubat 2015

Svl.Me.(Hem.) Hande DEMİRTAŞ'a

İLGİ : GATA K.İğınının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 03 Şubat 2015 günü yapılan 03 'ncü oturumunda GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.İğında görevli Svl.Me.(Hem.) Hande DEMİRTAŞ'ın "Yaşlılarda Üriner İnkontinans, Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli araştırma dosyası ile ilgili protokol değişikliği teklifi olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.
2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.

Orhan KOZAK
Profesör Hava Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.F.ÇİĞDEM (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 03
OTURUM TARİHİ : 03 Şubat 2015
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 03 Şubat 2015 günü yapılan 03'ncü oturumunda, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.(Hem.) Hande DEMİRTAŞ'ın "Yaşlılarda Üriner İnkontinans, Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" isimli araştırma dosyası ile ilgili protokol değişikliği teklifi olan araştırma dosyası değerlendirildi.


Protokol değişikliğinin amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

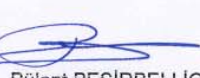
BAŞKAN

ÜYE

ÜYE


ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI

Rıdvan AKIN
Prof.Tbp.Alb.


Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Dış.Tbp.Alb.

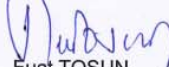
ÜYE

ÜYE

ÜYE

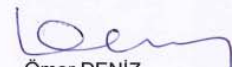
ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI

Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

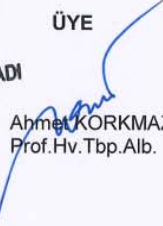
ÜYE

ÜYE

ÜYE

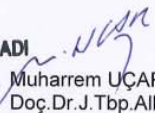
TOPLANTIYA KATILMADI

Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.


Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI

Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI

Emine İYİĞÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

EK-7. GATA GERİATRİ POLİKLİNİĞİNDEN ALINAN YAZILI İZİN

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI VE EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

GERİATRİ BD.: 50687469-8050- 177 -14/1608- 177

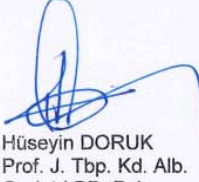
30 Eylül 2014

KONU : Etik Kurul Başvurusu.

GATA ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Sorumlu araştırmacılığını Yüksek Hemşire Hande DEMİRTAŞ'ın (G-2007-37) yürüteceği " Yaşlılarda Üriner İnkontinans Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu çalışmayı Geriatri polikliniğinde yapması uygundur.

Arz ederim.


Hüseyin DORUK
Prof. J. Tbp. Kd. Alb.
Geriatri BD. Bşk.

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası: Bnb.Y.TUTUŞ.(3115)

HİZMETE ÖZEL

EK-8. ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURULU İZİNİ

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

İÇ HST. BD. : 50687469-3730-576 -14/1601-576

29 Aralık 2014

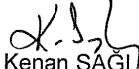
KONU : Araştırma İzin Talebi

GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA
(DOSYA)

İLGİ : GATA Komutan Bilimsel Yrdc.lığının 12 Kasım 2014 tarihli, EĞT.ÖGT.: 50687469-3730
1548-14/Mzn.Son.(4)(1648-2169) sayılı ve "Araştırma İzin Talebi" konulu emri.

İlgili emir ile gönderilen, anket yapma talebinde bulunan personelin anket dosyaları
Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek, sonucu EK' te
gönderilmiştir.

Arz ederim.


Kenan SAĞLAM
Profesör Taıp Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

EKİ _____:

EK-A (Anket Değerlendirme Kurulu Raporu)

EK-B (2 Adet Değerlendirme Formu ve Yapılan Düzeltmeler)

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me. (VHKI) Ö. GÜŞEN (4007)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

EK-A

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURURLU RAPORU

S. NO.	ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ	GÖREV YERİ	ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN DURUMU
1	Svl.Me.Hem. Hande DEMİRTAŞ	GATF Ruh Sağ.AD	Yaşlılarda Üriner İnkontinans Geriatrik Depresyon ve Yalnızlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Anket Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Ve düzeltmeleri Ek'te gönderilmiştir.
2	Svl.Me.Hem. Merve GÜLEŞEN	GATF Ruh Sağ.AD	Migren veya Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Hastaların Bakım Vericilerinin Aile Yükü, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması	Anket Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. . Ve düzeltmeleri Ek'te gönderilmiştir.

Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me. (VHK) O. GÜŞEN (4007)

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hande Demirtaş
Doğum tarihi	: 17.02.1985
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0 507 615 24 37
E-mail	: handedt5@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Bilecik Anadolu Lisesi
Lisans	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu
Yüksek Lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL PUANI	
İngilizce	: Orta