



T.C.

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HUZUREVİNDE VE EVDE YAŞAYAN YAŞLI
BİREYLERDE ÜRİNER İNKONTİNANS HASTALIĞININ
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tuğba DURDU

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU

İSTANBUL-2016

ÖNSÖZ

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, katkılarıyla tezimi hazırlamamda yol gösteren, manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç.Dr.Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim süresince deneyimleriyle bizleri aydınlatan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Eski Başkanı Sayın Prof.Dr.Fikret SİPAHİOĞLU'na,

Tezimin hazırlanması sürecinde ilgi ve yardımlarından dolayı Uzm.Dr.Mehmet YÜRÜYEN'e ve Uzm.Dr.Hakan YAVUZER' e,

Rotasyon eğitimlerim süresince birikimlerinden faydalandığım hocalarıma ve uzmanlarıma,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte keyifle çalıştığım çok değerli asistan arkadaşlarıma, hemşire, sekreter ve sağlık personelimize,

Desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, bugünlere gelmemde büyük payı olan sevgili aileme sonsuz teşekkürler..

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. GİRİŞ	1
1.2. AMAÇ	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÜRİNER KONTİNANSIN FONKSİYONEL ANATOMİSİ.....	3
2.1.1. MESANE	3
2.1.2. ÜRETRA	4
2.1.3. PELVİK TABAN	5
2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ.....	7
2.2.1. OTONOM SİNİR SİSTEMİ	7
2.2.2. MESANE DOLUM VE İŞEME MEKANİZMALARI.....	9
2.3. ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU SINIFLAMASI.....	11
2.3.1. ALT ÜRİNER TRAKTUS DİSFONKSİYONUNDA ICS SINIFLAMASI	12
2.3.2. ÜRİNER İNKONTİNANSIN ALTTA YATAN PATOLOJİLERE GÖRE	
SINIFLAMASI	13
2.3.3. ÜRİNER İNKONTİNANSIN KLİNİK SINIFLAMASI.....	14
2.4. YAŞLILARDA ÜRİNER İNKONTİNANSI KOLAYLAŞTIRAN	
NEDENLER	19
2.4.1. Genitoüriner Nedenler	19

2.4.2.Genitoüriner Sistem Dışı Faktörler	20
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN EPİDEMİYOLOJİSİ	21
2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSTA RİSK FAKTÖRLERİ.....	22
2.6.1. CİNSİYET	22
2.6.2.YAŞ	22
2.6.3.IRK.....	22
2.6.4.DOĞUM	22
2.6.5.MENOPOZ	23
2.6.6. SİGARA.....	23
2.6.7. OBESİTE	23
2.7. İNKONTİNANSLA BAŞVURAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
2.7.1.HASTA ÖYKÜSÜ	25
2.7.2. HASTA MUAYENESİ.....	27
2.7.3. TANIYA YARDIMCI TESTLER.....	29
2.7.4. ÜRODİNAMİK LABORATUAR TESTLER.....	30
2.7.5. ALT ÜRİNER SİSTEM GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ	34
2.8. ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ.....	35
2.8.1. GERÇEK STRES İNKONTİNANS TEDAVİSİ	35
2.8.2.DETRÜSOR İNSTABİLİTESİ TEDAVİSİ.....	37
2.8.3. MİKST İNKONTİNANS TEDAVİSİ	39
3. MATERYAL METOD	40
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ.....	70
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ	90

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Yaşlıda inkontinansın geçici sebepleri	15
Tablo 2: Üriner inkontinansa yol açabilen ilaçlar ve inkontinans üzerine olan etkileri .	16
Tablo 3: Mesane fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler	19
Tablo 4: Üriner inkontinans gelişimine yol açabilen genitoüriner sistem dışı faktörler	21
Tablo 5: Demografik veriler ve dağılımları	44
Tablo 6: Kronik hastalık ve alışkanlık verilerinin gruplara göre dağılımı	46
Tablo 7: İlaç kullanımı verileri	48
Tablo 8: Gruplar ve ölçekler arası kıyaslama	48
Tablo 9: Demografik veriler ve ölçekler arası kıyaslama	50
Tablo 10: Eğitim durumu ve ölçekler arası kıyaslama	54
Tablo 11: İnkontinans tipleri ve dağılımları	55
Tablo 12: İdrar kaçırma tiplerinde gruplar ve ölçekler arası kıyaslama	56
Tablo 13: İdrar kaçırma tipleri ve ölçekler arası kıyaslama	57
Tablo 14: İdrar kaçırma sıklığının gruplara göre dağılımı	58
Tablo 15: İdrar kaçırma sıklığı ve ölçekler arası kıyaslama	60
Tablo 16: İdrar kaçırma miktarının gruplara göre dağılımı	62
Tablo 17: İdrar kaçırma miktarı ve ölçekler arası kıyaslama	63
Tablo 18: Günlük yaşam aktiviteleri dağılımı	64
Tablo 19: Grupların Bağımsızlık Skorları	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Mesane komşulukları.....	3
Şekil 2: Dış sfinkterin innervasyonu.....	9
Şekil 3: Mesane fonksiyonunda etkin olan nörolojik yollar	10
Şekil 4: Mesane dolum ve işeme mekanizmaları.....	11



KISALTMALAR

ICS	: Uluslararası Kontinans Birliği
Üİ	: Üriner İnkontinans
ASI	: Anatomik Stres İnkontinans
DI	: Detrüsor İnstabilitesi
VLPP	: Valsalva Leak Point Pressure
IVP	: İntravenöz Pyelografi
MRI	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
UPP	: Üretral Basınç Profili
PVR	: Postvoiding rezidü
OAB	: Overactive Bladder
DHIC	: Hyperactivity With İmpaired Contractility
GÖP	: Genel Ölçek Puanı
DSK	: Davranışları Sınırlama ve Kaçınma
PE	: Psikolojik Etki
SYS	: Sosyal Yaşamı Sınırlama

ÖZET

Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Üriner İnkontinans Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması

AMAÇ: Çalışmamız, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini karşılaştırmak amacı ile gerçekleştirildi.

MATERYAL METOD: Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında, Darülaceze’de yaşayan bireylerden ve İÜCTF İç Hastalıkları AD Geriatri polikliniğine başvuran evde yaşayan hastalardan rastgele örneklem yolu ile seçilen 65 yaş ve üstü, üriner inkontinansı olan, yazılı onam alınmış toplam 50 kişi çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara İnkontinans Değerlendirme Testi (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL), Katz’s Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi ve demografik veriler formu uygulandı. Elde edilen veriler Pearson Ki-Kare, İndependent-T ve One Way ANOVA testleri ile değerlendirildi.

BULGULAR: Yaşam kalitesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Genel olarak bireylerin yaşam kalitesinde orta düzeyde bir etkilenme olduğu görüldü. Her iki grupta da en fazla etkilenen alanın sosyal yaşamın sınırlandırılması olduğu görüldü. Bireylerin cinsiyetleri, eğitim durumları, obezite, diüretik kullanımı inkontinansa bağlı yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır. Üriner inkontinans, 65-75 yaş arasında olanların yaşam kalitesini 75 yaş üstü olanlara göre, diyabeti olanların yaşam kalitesini diyabeti olmayanlara göre daha fazla etkilemektedir. İnkontinans epizodları sık olanlar olmayanlara, kaçırılan idrar miktarı fazla olanlar az olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahiplerdi. Üriner inkontinans tipi ile grupların yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Ancak her iki grupta da miks inkontinans, stres ve urge inkontinansa göre yaşam kalitesini daha çok etkilemekteydi. ICIQ-SF; çok sorulu bir yaşam kalitesi formu yerine tek başına yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabilir.

SONUÇ: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde üriner inkontinansın yaşam kalitesini orta düzeyde etkilediği; ancak gruplar arasında yaşam kalitesi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, yaşlı, yaşam kalitesi

SUMMARY

The Comparison of The Effects of Urinary Incontinence on The Quality of Life of The Elderly Who Live at The Hospices and at HomeS.

OBJECTIVE: The aim of our study is to compare the effects of urinary incontinence on the quality of life between old individuals who live at the hospices and at homes.

MATERIALS AND METHODS: Fifty people ≥ 65 years old, who are chosen with random sampling technique from individuals who live at home and individuals who stay in Darulaceze (hospice), who have urinary incontinence and applied to Cerrahpasa Medical Faculty Department of Geriatrics between December 2015 and June 2016, are included in this research with their written consent. Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), Urinary Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL), Katz's Basic Activities of the Daily Living Scale and demographic datas form are applied to all individuals. The obtained datas were evaluated by Pearson chi-square, Independent-T and One Way ANOVA tests.

RESULTS: With the scores of I-QOL no statistically significant difference was found between the two groups. The quality of life scores of individuals are found high and there is a mid-level effect in general. We found that the most effected subdomain scales for both groups is limiting of the social life. Sex, educational status, obesity and use of diuretics of the individuals don't create a significant difference between the quality of life levels depending on the incontinence. Urinary incontinence affects the quality of life of those between 65-75 years of age more than those older than 75. And also it affects the quality of life of those with diabetes more than those without diabetes. The ones who have frequent incontinence episodes and higher incontinence urinary output have a lower quality of life than the ones who have rare episodes and lower incontinence output. There is no significant difference spotted between urinary incontinence type and the quality of life levels of the groups. However, for the both groups, mix type incontinence effects the quality of life more than stress and urge incontinence. ICIQ-SF can be used alone to evaluate the quality of life instead of the multi-selective quality of life form.

CONCLUSİONS: The quality of life scores of individuals are found high and there is a mid-level effect in general. In terms of quality of life between the groups was not statistically significant difference.

Key Words: urinary incontinence, elderly, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranları her geçen yıl artmaktadır. Ülkemizde halen 6 milyon (%8.2) yaşlı bulunmaktadır. 2030 yılı itibariyle bu oranın %15'lere çıkacağı öngörülmektedir. Bu oranlar yaşlanma ile birlikte sıklığı artan pek çok hastalıkla daha sık karşılaşacağımızı göstermektedir.

Uluslararası Kontinans Derneği [International Continence Society (ICS)] miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumunu üriner inkontinans olarak tanımlamıştır (1).

Üriner inkontinans (Üİ) yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli geriatrik rahatsızlıklardan birisidir. Yaşlanma ile ortaya çıkan bazı değişiklikler kontinansı etkilese bile, yaşlanma Üİ nedeni değildir. Yine de yaşa bağlı görülen birçok değişiklikler yaşlı bireylerde inkontinansı kolaylaştırır ve ilerleyen yaşla birlikte gelişme ihtimalini artırır. Yaşla ilişkili renal konsantrasyon mekanizmalarında oluşan düzensizlikler nokturiye neden olur (2).Nokturiye gece en az bir kez tuvalete kalkmak; uyku kalitesinin bozulmasına sebep olur. Uyku kalitesinde bozulma da ; genel sağlık ve psikolojik durumda bozulma, düşme ve kırıklarda artışa sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler (3).Yaşın ilerlemesi üretral sfinkter distrofisine sebep olduğu için Üİ özellikle 75 yaş üstünde daha sık görülmektedir (4).

Üriner inkontinans genellikle yaşlanmanın bir sonucu olarak kabul edilmekte ve günlük yaşamda kolayca göz ardı edilebilmektedir (5).Yaşlılar Üİ'yi yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görür ve tedavisinin güç olduğu veya cerrahi tedavi gerekeceği korkusu gibi değişik endişeleri vardır. Bunların yanında utanma duygusu Üİ'nin göz ardı edilmesi için önemli bir faktördür. Bu nedenle inkontinans açısından anamnez derinleştirilmelidir.

Hastalar dışında doktorlar da genelde Üİ konusunda ilgisizdir. Üriner inkontinans, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en son **“medikal tabu“** olarak isimlendirilmiştir. Pek çok doktorun Üİ ile ilgili soru sormaktan tereddüt ettiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bu konu ile özel olarak ilgilenenler dışındaki doktorların Üİ konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı da görülmüştür (6).Bu nedenle

sık görülen ve spesifik tedavilerle kür sağlanabilen veya sıklığı azaltılabilen bir hastalık tedavisiz bırakılmış olur (7). ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) yazarlarına göre yılda iki defa Üİ varlığının hasta ve bakım verenlere sorulması gerektiği görüş birliğine varılmıştır (8). Özellikle yaşlı bireylere hizmet veren disiplinlerde, sağlık personelinin konuyla ilgili özel eğitimi sağlanarak bilgi ve becerileri arttırılmalıdır (9). Bazı çalışmalarda Üİ şikayeti olanların bakımlarını üstlenenlerin de yaşam kalitesinin etkilendiği gösterilmiştir; psikolojik ve fiziksel yorgunluk yanında ilerleyici sosyal izolasyon ve maddi problemlere yol açabilmektedir(10).

Üriner inkontinans, her ne kadar hayatı tehdit eden bir durum olmasa da sıklıkla komorbid başka hastalıklara yol açar. Anksiyete ve depresyon ile birlikteliği sık görülür (%37-56). Özellikle kadınlarda yapılan çalışmalarda Üİ'ye %30-46 oranında değişen oranlarda seksüel disfonksiyonun eşlik ettiği görülmüştür. İnkontinansı olan yaşlılar sıklıkla fiziksel aktivitelerini kısıtlar ve uzun süreli egzersiz veya spor programlarına katılmak istemez. Utanma nedeniyle kendilerini toplumdan soyutlarlar. Bu durum sosyal fonksiyon ve davranışları olumsuz etkiler. Üriner inkontinansı olan yaşlılarda yaşam kalitesi bozulur ve fiziksel aktivitenin kısıtlanmasına paralel olarak hipertansiyon, osteoporoz, koroner kalp hastalıkları, psikolojik sorunlar gibi problemlerin görülme sıklığı artar. Yine lokal cilt reaksiyonları, dermatit, infeksiyon ve buna sekonder bası yarası gelişimi, uyku bozuklukları ve düşmeler bu hastalarda sık görülür. Yapılan çalışmalar Üİ'nin yaşlının uzun dönem bakımevlerine yatırılma sebeplerinin başında geldiğini göstermiştir. Kendisi olmasa bile yarattığı sonuçlar, önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir (6,11).

Üriner inkontinans konusunu iyi anlayabilmek için miksiyon fizyolojisi, inkontinansı kolaylaştıran yaşa bağlı değişiklikler ve kontinans için gerekli özellikler bilinmelidir.

1.2. AMAÇ

Bu çalışmada; yaşlanmanın bir sonucu olarak kabul edilen ve genellikle göz ardı edilen Üİ'nin yaşam kalitesine etkisinin huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde karşılaştırılması amaçlanmıştır.

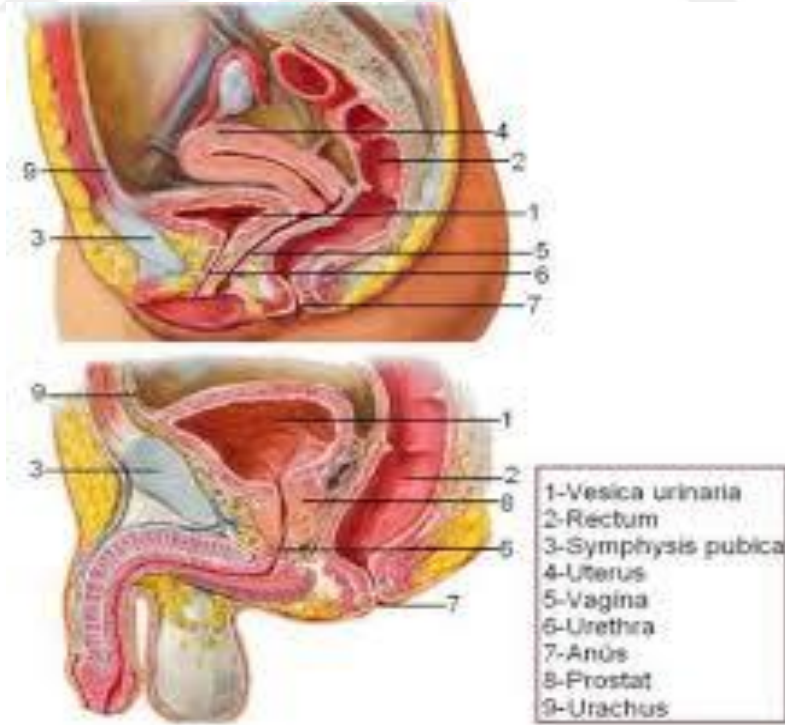
2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRİNER KONTİNANSIN FONKSİYONEL ANATOMİSİ

Kontinans mesane, üretra ve pelvik tabanın normal anatomik ve nörofizyolojik fonksiyonlarının kompleks mekanizması sayesinde gerçekleşir.

2.1.1. MESANE

Mesane pelviste pubis kemiklerinin hemen arkasında yer alan idrarın biriktirildiği bir rezervuardır ve erişkin bir insanda kapasitesi 400-500 ml'dir (12). Erkeklerde arkasında rektum, prostat ve vesicula seminalis'ler, kadında ise serviks uteri ve vajinanın ön yüzü ile komşuluk gösterir (Şekil-1) (13). Endodermal kaynaklı düz kas yapısında detrusör adelesi ve bunun tabanında mesodermal kaynaklı trigon bölümünden oluşur. Trigonun üst iki köşesine üreter orifisleri açılır. Miksiyon esnasında trigonun kasılması ile proksimal üretra ve mesane boynu açılıp huni şekline sokulurken aynı zamanda üreter orifisleri aşağı doğru çekilerek intramural üreterin boyu uzatılarak vesikoüreteral reflü engellenmektedir (12).



Şekil 1: Mesane komşulukları

İnternal vesikal orifis yakınında, mesane boynunda gerçek bir sfinkter yoktur. Detrüsörün spiral ve sirküler lifleri mesane boynuna yapışarak sonlanır ve burada ön tarafta daha belirgin olan bir kabartı meydana getirir. Miksiyon esnasında detrusor kontraksiyonuyla mesane boynunun açılmasına yardımcı olur (14). Mesane mukozası çok katlı değişici epiteldir ve gevşek bir submukozal areolar tabaka ile çevrilidir (12).

İşemenin başlangıcında mesane boynu ve üretra aşağı doğru yer değiştirdiğinde, mesane boynu pozisyonundaki değişiklik pubovesikal ligamentlerin mesane boynunu anteriora doğru çekmesini ve böylece de açılmasını sağlar (15).

Mesane boynu kapanması, normal retropubik pozisyonda mesane boynunun pubovesikal ligamente kompresyonu sonucu oluşur. Bu yapıdaki hasar sonucunda “stres inkontinans” oluşur.

Kadınlarda bazı üretra asıcı operasyonlar sonucunda mesane boynu mobilitesi ortadan kalkmakta ve hasta postoperatif dönemde spontan işemeyi gerçekleştirememektedir (16).

2.1.2.ÜRETRA

Kadın üretrası yaklaşık 4-5 cm uzunluğunda ve 8-9 mm çaptadır. Vajinanın hemen ön tarafında mesane ile vestibul arasında uzanır. Erkek üretrası 20-21 cm uzunluğunda olup mesaneden external meatusa kadar uzanır. Prostatik, membranöz (ikisine birlikte posterior üretra da denir) ve penil üretra (anterior üretra da denir) olmak üzere üç bölüme ayrılır. Penil üretranın ise bulboz üretra, pendüloz üretra ve fossa navicularis olmak üzere üç bölümü vardır

Mukoza ve vasküler submukoza tabakaları intravesikal basınç arttığında idrar kaçışını önleyen bir bariyer oluştururlar (12).

Mukoza ve submukozayı saran içte longitudinal ve dışta ince bir sirküler düz kas tabakası vardır (17).

Longitudinal düz kas tabakası miksiyon sırasında üretranın kısılmasını sağlamanın yanında kontinans için de önemlidir. Alfa adrenerjik reseptörler üretra düz kasındaki belirgin sempatik sistem reseptörleridir ve üretral düz kas kasılması yanında

submukozal damarlanmanın angorjmanını da sağlayarak kontinansa katkıda bulunurlar (14).

Kontinans iki faktöre bağlıdır: Normal alt üriner sistem desteği ve normal sfinkter fonksiyonu. Sfinkter mekanizması iki kısımda incelenebilir: İnternal ve external sfinkter

İnternal sfinkter mesane boynunda üretral lumenin proksimal kısmı yanındadır. U şeklindeki detrusor kas halkası mesane boynunun anterior kısmını sarar ve mesane boynu kapanmasını sağlar. Bu tabaka ile üretral lumen arasında düz kas ve elastinden oluşan bir halka yani Trigon bulunur. Trigon mesane boynunun bu kısmının kapanmasında rol oynar (14).

Alt üriner sistem desteği ve internal sfinkter idrarın proksimal üretraya girmesini engeller. Ancak bu mekanizma mükemmel değildir. Üretranın sfinkterik aktivitesi üç doku elemanından kaynaklanır: Düz kas, çizgili kas ve vasküler elemanlar. Herbiri üretranın istirahat kapanma basıncının yaklaşık üçte birini oluşturur (17). Çizgili ürogenital sfinkter kası, total üretra uzunluğunun %20-80 inde dış tabakayı oluşturur. Bu kas çoğunlukla slow-twitch (yavaş seğiren) kas liflerinden oluşur ki bu da sürekli olan tonusu sağlar ve fazla kapanma basıncı ihtiyacı olduğunda aktivitede istemli artış sağlayarak yedek kontinans mekanizması görevi yapar. Distal üretrada bu çizgili kas üretrayı yukarıdan ve proximalden komprese eder ve lumeni kapatır (15).

2.1.3.PELVİK TABAN

Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafta simfisis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina iskiadikaların sınırladığı eşkenardörtgen şeklidir. Spina iskiadikaların arasından geçen bir çizgi ile pelvik taban ön ve arka segmentlere ayrılmaktadır (12).

Pelvik taban anatomisi pasif ve aktif destek sağlayan yapılar olarak incelenebilir(12).

a.Pasif Destek Yapılar

Pelvik taban anatomisinde pasif desteği sağlayan yapılar kemik pelvis ve bağ dokusudur.

1)Kemik Pelvis

Pelvik kemik anomalileri veya fraktürleri uzun dönemde pelvik taban disfonksiyonuna yol açabilmekle birlikte bu tip yaralanma ya da anomaliler nadirdir (12).

2)Bağ Dokusu

Stres inkontinansı olan kadınların fasyasında hem kollajen içeriğinin hem de kollajen kuvvetinin daha az olduğu gösterilmiştir (18).

Pelvik Ligamentler :

i. Puboüretal Ligamentler :

İnferior pubisin iç yüzünü üretranın orta bölümüne bağlayan levator fasyasının yoğunlaşmış şeklidir. Üretrayı iki bölüme ayırır. Pasif veya istemsiz kontinansdan sorumlu olan intraabdominal bölgede yer alan proksimal üretra ve abdomen dışında yer alan distal üretra.

ii. Üreteropelvik Ligamentler :

Levator fasyasının yoğunlaşmasıyla iki tabakadan oluşur. İlk tabakayı periüretal fasya, ikinci tabakayı ise üretranın abdominal kısmını kaplayan levator fasyası oluşturur. Bu nedenle bu yapılar intraabdominal basınç artışında pasif kontinansın sağlanmasında önemlidir.

iii. Puboservikal Fasya:

Puboservikal fasyanın pelvik duvara bağlandığı bölgede mesaneye olan desteğinin zayıflaması lateral sistosel defektine neden olur.

iv. Kardinal Sakrouterin Bağ Kompleksi:

Uterusun her iki yan tarafında isthmus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasyanın yoğunlaşması ile oluşan bir bağdır. Uterus ve vajina apeksine destek görevi gören en önemli bağdır.

v. Rektovajinal Septum:

Vajina ile rektum ön yüzü arasında yer alan Douglas boşluğu aşağıya doğru rektovajinal septum adı ile bilinen fasiyal bir uzantı şeklinde devam eder. Vajina arka apeksine destek sağlarlar (19).

b. Aktif Destek Yapılar:

1) Kaslar

M.Levator Ani

Pelvik taban desteğin sağlanmasında en önemli faktör, aktif destek oluşturan Levator Ani kas grubudur. Levator Ani, lateralde ince tabaka halinde İliococcygeus ve medialde kalın Pubococcygeus kas gruplarından oluşan çizgili bir kastır (17).

Çizgili kaslarda iki çeşit kas lifi bulunur: Tip 1 (yavaş atımlı) ve Tip 2 (hızlı atımlı). Levator anideki kas liflerinin çoğunluğu Tip 1 dir ve sürekli tonusu sağlarlar. Perianal ve periüretal kısımlarda ise Tip 2 lifler mevcuttur.

Tip 1 lifler tarafından sağlanan sürekli tonus, ayakta durma aktiviteleri sırasında ürogenital hiatusun kapanmasını ve pelvik visseranın pasif bağ dokusu desteği üzerindeki yükün azaltılmasını sağlar. Tip 2 lifler ise öksürme veya hapşırma gibi stres durumlarında karın içindeki ani basınç değişikliklerine hızlı yanıt veren liflerdir (14).

2) Sinirler

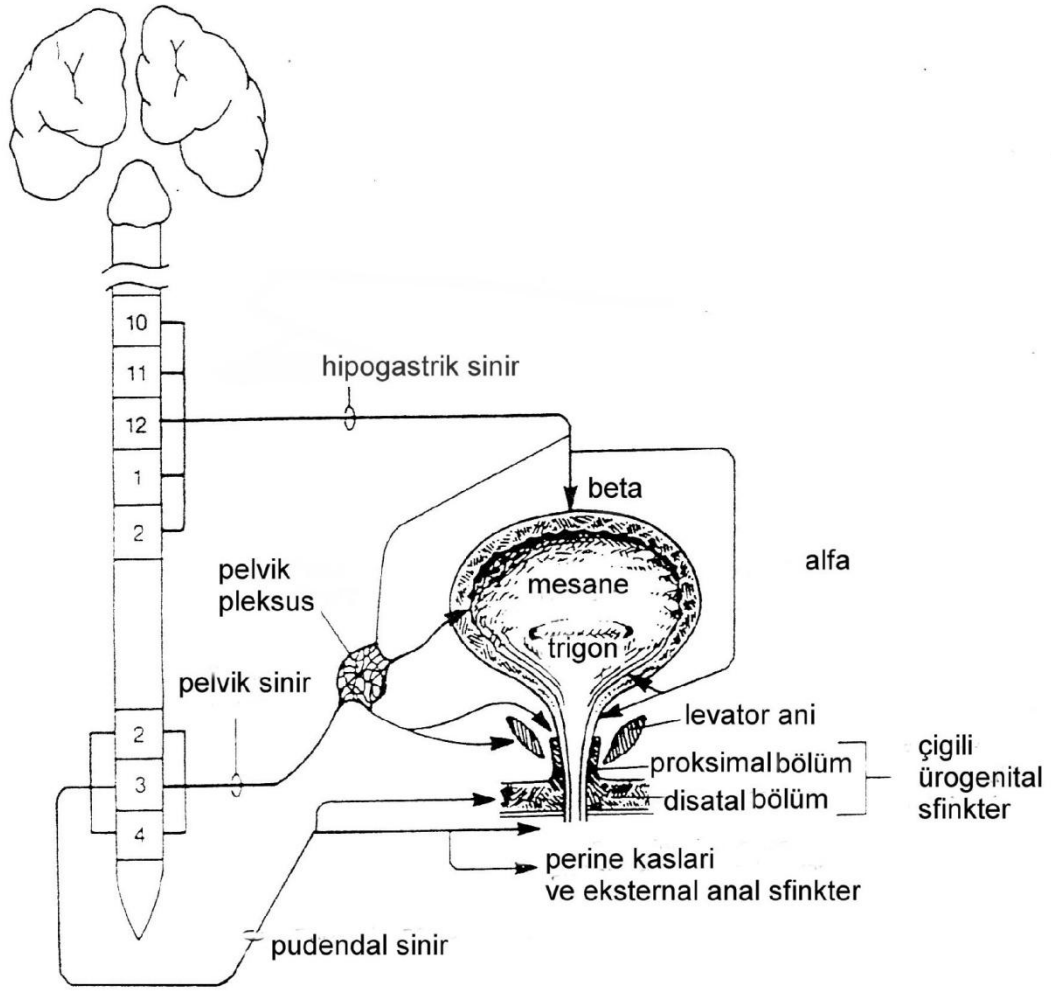
Pelvik taban kasları innervasyonu pudental sinir yoluyla sakral 2-4 ventral köklerinden sağlanır. Levator aninin kranial yüzünün sakral 3-4 motor sinir köklerinden direkt olarak innerve olduğu da tanımlanmıştır.

2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ

2.2.1. OTONOM SİNİR SİSTEMİ

Mesane de diğer düz kaslı organlar gibi parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi tarafından innerve edilir. Dış sfinkterin innervasyonu ise motor sinirler tarafından sağlanır. Mesaneye gelen parasempatik sinirler medulla spinalisin 2, 3 ve 4. sakral segmentlerindeki kolumna intermediomedialisinden çıkarlar. Pelvik sinirle

mesaneye gelir ve mesane duvarında sinaps yaparlar. Buradan çıkan postganglionik lifler detrüsör kasına ulaşır. Parasempatik sistem mesanenin motor kontrolünü sağlar. Parasempatik sinirlerin stimülasyonu ile sinir uçlarından asetil kolin salgılanır ve mesanedeki kolinerjik reseptörler uyarılır. Bu uyarılma ile detrüsör kasılır, iç sfinkter gevşer. İç sfinkterin gevşemesi, parasempatik stimülasyonun norepinefrin salınımını inhibe etmesiyle oluşur (20). Mesanenin sempatik sinirleri, T11-L2 segmentlerinin gri cevherinin intermediolateral kolonundaki hücrelerden başlar. Lomber paravertebral sempatik ganglionda sinaps yaptıktan sonra, hipogastrik sinir yoluyla mesane ve üretradaki alfa ve beta reseptörlerle sinaps yapar. İç sfinkter alfa adrenerjik reseptörlerden zengindir. Sempatik sinirlerin uyarılması ile sinirlerden noradrenalin salgılanır. Noradrenalin salgılanması ile iç sfinkter kasılarak mesanenin dolması sağlanır. Beta adrenerjik reseptörlerin egemen olduğu detrüsör kası ise noradrenalin etkisiyle mesanenin dolumu sırasında gevşek kalır (21). Dış sfinkter nervus pudentalis ile innerve olur. Motor lifler S2-4 segmentlerinden çıkar (Şekil-2) (22). Duyusal (afferent) stimuluslar pelvik ve hipogastrik sinirlerce taşınırlar. Hipogastrik sinirin afferent aksonları daha çok mesane boynunda bulunurken, pelvik sinirin afferent aksonları hemen tüm mesaneye dağılmıştır. Otonom sinir sisteminin etkileri, santral sinir sisteminin kontrolü altındadır. Detrüörün kasılması esnasında dış sfinkterin açılmasını, ponsdaki koordinasyon merkezi sağlar. Pons ise frontal lobun parasantral bölümündeki yüksek kortikal merkezlerin kontrolü altındadır. Yüksek kortikal merkezler ponsdaki işleme merkezinde inhibe edici bir etki oluşturarak, refleks hareketleri durdurabilirler. Böylece sfinkterin açılmasını gerektiren refleksler inhibe olur ve sfinkterin tonusu artar. Bu sayede işemeyi bir dereceye kadar istemli olarak kontrol eder ve isteğimize göre ayarlayabiliriz. Kortikal merkez işemenin istemli kontrolünü sağladığı gibi, inhibe olmamış kontraksiyonları inhibe ederek, yeterli mesane kapasitesini de sağlar.



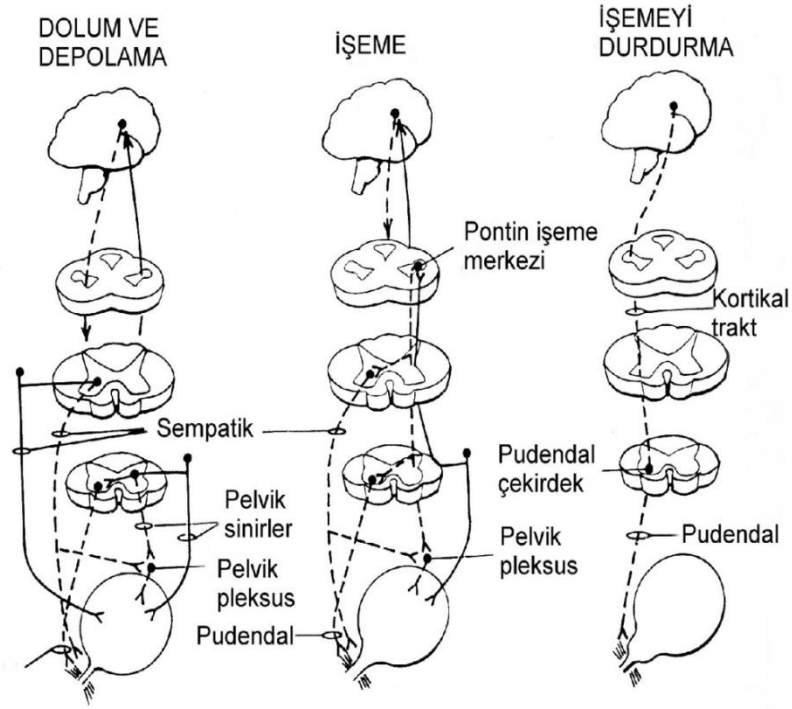
Şekil 2: Dış sfinkterin innervasyonu

2.2.2. MESANE DOLUM VE İŞEME MEKANİZMALARI

a. Dolum

Fizyolojik mesane dolumu sırasında idrar volumu artarken intravezikal basınçta artış minimal veya sıfırdır. Dolum sırasında mesane duvarındaki kas demetleri reorganizasyona uğrar ve kas hücrelerinin uzunlukları normalin dört katına çıkar.

Dolum devam ettikçe belli bir mesane duvarı gerginliğinde işeme isteği oluşur. Mesane duvarındaki mekanoreseptörler aktive olur ve uyarı afferent parasempatik sinirlerle spinal kordun S2-S4 seviyesine ulaşır (23).



Şekil 3: Mesane fonksiyonunda etkin olan nörolojik yollar (23)

Dolum kritik intravezikal basınca ulaştığında veya hızlı mesane dolumunda detrusor kas kontraktilesi, spinal sempatik refleks aktivasyonu ile durdurulur.

Artan mesane volümüne yanıt olarak üç çeşit sempatik nöral cevap saptanmıştır.

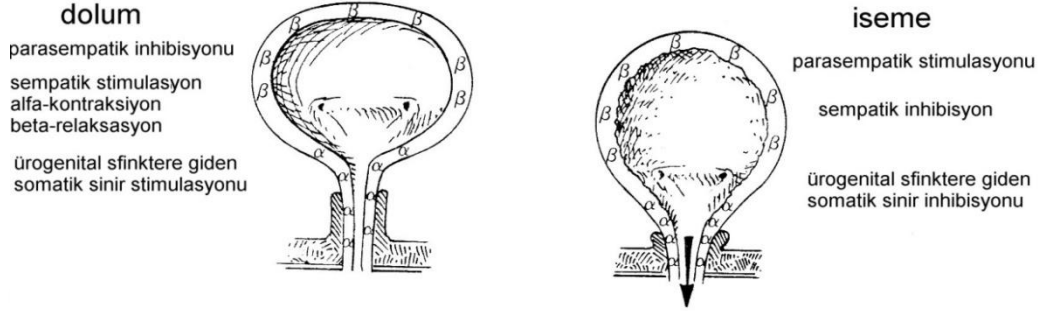
- 1) Detrusor kasın beta reseptör aracılığıyla gevşemesi.
- 2) Üretral düz kas aktivitesinde ve üretral basınçta alfa reseptör aracılığıyla artış.
- 3) Pelvik gangliyada transmisyon inhibisyonu ile mesaneye sakral parasempatik akışın engellenmesi.

Mesane dolumu sırasında mesane boynu ve proksimal üretra düz kasındaki alfa adrenerjik reseptörlerin refleks uyarılmasıyla çıkış rezistansı artar. Artan efferent somatik (pelvik ve pudental) aktiviteyle çizgili eksternal sfinkter uyarılır.

Ürogenital sfinkterin (üretral sfinkter) proksimal intramural kısmı, pelvik pleksus yoluyla pelvik sinirin somatik kısmı tarafından innerve edilir.

Distal ürogenital sfinkter ise pudendal sinir tarafından innerve edilir.

Bu nöral cevaplar, intraüretral basıncı arttırıp sakral spinal kordun intermediolateral kısmındaki pregangliyonik detrusor motor nöronlarını inhibe eder.



Şekil 4: Mesane dolum ve işeme mekanizmaları (23)

b. İşeme

Normal işeme, boşaltım tamamlanana kadar devam eden üretranın refleks koordineli relaksasyonu ve mesanenin kontraksiyonu ile olan istemli bir eylemdir.

İşeme, istemli olarak kortikal alanlar (frontal korteks), subkortikal alanlar (talamus, hipotalamus, bazal gangliya ve limbik sistem) ve beyin sapı (mezensefalik-pontin-meduller retikuler formasyon) arasındaki karmaşık bağlantılarla kontrol edilir.

2.3. ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU SINIFLAMASI

Alt üriner sistem disfonksiyonu için, hastalığın etyoloji ve fizyopatolojisinin anlaşılmasını kolaylaştırmak, tanı ve tedaviye yardımcı olmak amacıyla birçok sınıflama yapılmıştır.

1973 yılında ICS (Uluslararası kontinans birliği) tarafından terminoloji standardize edilmiştir.

ICS sınıflaması, alt üriner sistem disfonksiyonunu dolum-depolama fazı ve işeme fazı olmak üzere iki ana grupta incelemektedir (23).

2.3.1. ALT ÜRİNER TRAKTUS DİSFONKSİYONUNDA ICS SINIFLAMASI

Depolama Fazı

a. Depolama sırasında mesane disfonksiyonu

(1) Detrusor aktivitesi

i. Normal

ii. Artmış

(2) Mesane duyarlılığı

i. Normal

ii. Artmış (hipersensivite)

iii. Azalmış (hiposensivite)

iv. Yok

b. Depolama sırasında üretra fonksiyonu

(1) Normal

(2) Yetersiz

İşeme Fazı

a. İşeme sırasında detrusor fonksiyonu

(1) Normal

(2) Azalmış

(3) Akontraktil

b. İşeme sırasında üretra fonksiyonu

(1) Normal

(2) Obstruktif

i. Artmış aktivite

ii. Mekanik

a.Dolum-Depolama Fazı

Dolum ve depolama fazında sistometri yapılmaktadır. Artmış detrusor fonksiyonu mesanenin dolum fazında istemsiz detrusor kontraksiyonlarının gösterilmesiyle saptanır. Eğer bu duruma nörolojik bir bozukluk eşlik ediyorsa detrusor hiperrefleksisinden, nörolojik bir bozukluk saptanmamışsa detrusor instabilitesinden söz edilir. Her iki durum da üriner urge (zorlanma hissi ile birlikte idrar kaçırma) semptomları ile birliktedir. Bu semptomlar artmış detrusor fonksiyonu ile birlikteyse motor urge,mesane hipersensitivitesi ile ilgiliyse ve detrusor fonksiyonu artmamışsa duyuşal urge'den söz edilir (24).

Üretral kapanma mekanizması normal ya da yetersiz olabilir. Yetersiz bir üretral kapanma mekanizması (intrinsik sfinkter yetmezliği) detrusor kontraksiyonu olmadan idrarın kaçışına olanak verir. İdrar kaçışı intravezikal basıncın intraüretral basıncı geçtiği her durumda (gerçek stres inkontinans) veya üretral basınçta istemsiz bir düşüş olduğunda (üretral instabilite) ortaya çıkar (25).

b. İşeme Fazı

İşeme sırasında azalmış detrusor aktivitesi, detrusor kontraksiyonlarının mesanenin zamanında boşaltılması için yeterli güçte ya da sürede olmadığını düşündürür. İşeme sırasında üretra fonksiyonu normal veya obstrükte olabilir. Obstrüksiyon artmış üretral aktiviteye veya mekanik nedenlere bağlı olabilir.

Genelde azalmış idrar akımıyla beraber artmış detrusor basınçları obstrüksiyonu, azalmış idrar akımıyla birlikte azalmış detrusor basıncı ise azalmış ya da kaybolmuş detrusor aktivitesini gösterir.

Obstrüktif işemenin artmış üretra aktivitesine mi yoksa mekanik obstrüksiyona mı bağlı olduğunu anlamak için eksternal üretral sfinkter elektromyografisi yapmak gerekir(26).

2.3.2. ÜRİNER İNKONTİNANSIN ALTTA YATAN PATOLOJİLERE GÖRE SINIFLAMASI

a. Üretral sfinkterik yetmezlik

(1) Anatomik stres inkontinans (ASI)

i. Anatomik destek yetersizliđi (Tip 1 ve Tip 2 ASI)

ii. İntinsik sfinkter yetmezliği (Tip 3 ASI)

(2) İstemsiz üretral sfinkter relaksasyonu (üretral instabilite)

b. İstemsiz detrusor kontraksiyonu (mesane instabilitesi)

(1) Nörolojik problemlere bağlı (detrusor hiperrefleksisi)

(2) Diğer nedenlere bağlı veya idiyopatik (detrusor instabilitesi)

c. Mikst tip inkontinans (kombine ASI ve DI)

d. Taşma inkontinansı

(1) Atonik ya da hipotonik detrusor disfonksiyonu

(2) Üretral obstrüksiyon

e. Üretra dışındaki yollardan gelişen inkontinans (bypass inkontinans)

(1) Konjenital anomaliler (epispadias, ektopik üreter, mesane ekstrofisi, vb.)

(2) Üretral, vezikal veya üreteral fistüller

f. Belirgin bir patofizyoloji saptanamayanlar (Psikojenik inkontinans).

2.3.3. ÜRİNER İNKONTİNANSIN KLİNİK SINIFLAMASI

1. Akut, geçici (transient) inkontinans

2. Kronik, kalıcı (persistant) inkontinans

Akut nedenler bulunup ortadan kaldırılabilirse kişilerin büyük çoğunluğuunda inkontinans tedavisi mümkün olmaktadır. Çünkü bu nedenlerin büyük çoğunluğu geri dönüşümlü (reversibl) olan patolojilerdir. Kalıcı inkontinans yapan nedenler ise genellikle kronik ve yapısal problemler olup tam bir kür sağlanması genellikle zordur. Ancak inkontinans sıklığının azaltılması ve kişinin yaşam kalitesinin korunması genellikle mümkündür.

Geçici (Transient) İnkontinans

Toplumda yaşayan üriner inkontinans hastalarının %33'ü, hastanede veya bakımevlerinde kalanların yarısından fazlasında geçici veya geri dönüşümlü üriner inkontinans görülmektedir. Geçici nedenler DIAPPERS benzetmesi ile kolayca hatırlanabilir (**Tablo 1**).

Tablo 1: Yaşlıda inkontinansın geçici sebepleri

DIAPPERS
Delirium (deliryum-akut konfüzyonel bozulma)
Infection (idrar yolu infeksiyonları)
Atrophic vaginitis (atrofik vajinit-üretit)
Pharmaceuticals (ilaçlar)
Psychological (psikolojik sebepler)
Excess fluids (fazla sıvı alımı)
Restricted mobility (hareket kısıtlılığı)
Stool impaction (fokal impakt)

Deliryum özellikle hastane ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda sık karşılaşılan tablolardandır. Altta yatan pek çok faktör olabilir (akut infeksiyon ve hastalıklar, ilaçlar, operasyon vb.). Sebep olan etkenin ortadan kaldırılması, deliryum tablosuyla birlikte inkontinansın düzelmesiyle sonuçlanır. İdrar yolu infeksiyonları akut inkontinansın sık sebeplerindendir. Yaşlıda semptomatik idrar yolu infeksiyonu, dizüri, sık idrara çıkma ve üriner inkontinans ile sonuçlanır. Kültür ve uygun antibiyotik tedavisiyle sorun çözülebilir. Asemptomatik bakteriüri üriner inkontinansa yol açmaz. Tedavi gerektirmez.

Atrofik vajinit ve üretit genelde sıkışma ile birlikte. Konjuge östrojen (oral veya vajinal) tedavisi yanı sıra, davranışsal veya antikolinergik tedaviler ile kombine uygulamalar tedavide düşünülmelidir. Psikojenik sebepler daha az sıklıkla gözlenirse de ayırıcı tanıda mutlaka dikkate alınmalıdır (27,28).

İlaçlar yaşlılarda en önemli sebepler arasındadır. Çünkü yaşlılar mevcut kronik hastalıkları nedeniyle çok sayıda ilaç kullanır ayrıca polifarmasi yaşlılıkta sık yapılan yanlışlardır. Bu nedenle hastalar değerlendirilirken iyi bir ilaç öyküsü alınmalı ve kaydedilmelidir. Diüretikler, antikolinerjikler, psikotrop ilaçlar, narkotik analjezikler, α -adrenerjikler gibi ilaçlar poliüri ve üriner retansiyon oluşturarak inkontinansa yol açabilir. Antikolinerjik ilaçlardan sedatif antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar, antiparkinson ve antipsikotik ilaçlar mesane retansiyonu yaratarak inkontinansı artırır (Tablo 2).

Tablo 2: Üriner inkontinansa yol açabilen ilaçlar ve inkontinans üzerine olan etkileri

İlaçlar	Inkontinans üzerine potansiyel etkileri
Alfa-adrenerjik agonistler (sempatomimetik dekonjestanlar)	Erkeklerde mesane çıkış yolu obstrüksiyonu
Alfa-adrenerjik antagonistler (prazosin, terazosin, fenoksibenzamin)	Kadınlarda stres tipi inkontinans
Antikolinerjikler (antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antiaritmikler, antidiyarekterler, antispazmodikler)	Mesane boşaltım bozukluğu, retansiyon, deliryum, fekal impakt gelişimi
Antipsikotik ilaçlar	Antikolinerjik etkiler, sedasyon, immobilité
Sedatif hipnotikler	Sedasyon, deliryum, immobilité
Antidepresanlar	Antikolinerjik etkiler, sedasyon
Kalsiyum kanal blokerleri	Bozulmuş detrusor kontraktilesi, retansiyon, ayak bileği ödemi (noktürnal diürezise yol açar)
Klonazepam	Sedasyon, immobilité
Diüretikler	Poliüri, sık idrara çıkma, sıkışma
Etanol	Poliüri, sedasyon, deliryum, immobilité
ACE inhibitörleri	Öksürüğe bağlı stres inkontinans
NSAI ilaçlar	Ayak bileği ödemi, noktürnal enüresiz
Thiazolidinedionlar	Ödem, noktürnal enüresiz

ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim, NSAI: Nonsteroid antiinflatuvar.

Çay, kahve gibi kafein içeren ve kolalı içecekler poliüri ve mesane irritasyonu yaparak üriner inkontinansa yol açabilir. Fazla sıvı alımı veya volüm yükü ve ödem (kalp yetmezliği, venöz yetmezlik vs.), diyabet, hiperkalsemi gibi metabolik tablolar poliüriye yol açarak inkontinansa eğilim yaratır. 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 önlenabilir (29).

Kalıcı (Persistant) İnkontinans

Geçici inkontinans sebepleri dışlandıktan sonra üriner inkontinans devam ediyorsa kalıcı inkontinans sebepleri düşünülmelidir.

Bunları 5 kategoride incelemek mümkündür:

1. Sıkışma tipi üriner inkontinans (urge),
2. Stres tipi üriner inkontinans,
3. Mikst tip üriner inkontinans,
4. Taşma tipi üriner inkontinans (overflow),
5. Fonksiyonel tip üriner inkontinans.

Sıkışma tipi üriner inkontinans: En sık görülen üriner inkontinans tipidir. Ani gelen sıkışma hissi ile birlikte büyük miktarlarda veya bazen az miktarda idrar kaçırma ile karakterizedir. En sık nedeni detrusor aşırı aktivitesidir [Overactive Bladder (OAB)]. OAB yaşa bağlı olarak sıklıkla idiyopatik olarak görülürken, bazen de santral inhibitör yolda yer alan lezyonlara sekonder veya pelvik radyasyon ve mesanenin motor veya sensöriyal olarak lokal irritasyonu sonucu görülür. Genellikle sık idrara çıkma ($\geq 8/24$ saat) ve noktüri ($\geq 2/gece$) görülür. Erkeklerde prostat büyümesine bağlı irritatif semptomlar sıklıkla eşlik eder.

Detrusor aşırı aktivitesinin bozulmuş mesane kontraksiyonu ile birlikte olduğu tablo, özellikle kırılğan yaşlılarda ve bakımevleri gibi uzun dönem kalınan kurumlarda yaşayan yaşlılarda sık görülmektedir. Bu durumda mesanenin tam boşalamaması sonucu sıkışma tipi inkontinans görülür. Ancak burada mesane çıkış yolu obstrüksiyonu olmaksızın artmış PVR vardır. Sıkışma tipi inkontinanstaki kullanılan antimuskarinik ilaçlar idrar retansiyonunu daha çok artırıp mesane globuna yol açabilir. Bu nedenle özellikle kırılğan yaşlılarda bu durum dikkatle değerlendirilmelidir.

Stres tipi üriner inkontinans: Yaşlı kadınlarda üriner inkontinansın 2. en sık görülen tipidir. Östrojen eksikliği veya önceki pelvik cerrahi veya sık vajinal doğumlarla ilişkilidir. En sık nedenleri zayıf pelvik taban kaslarının eşlik ettiği mesane çıkışı ve üretranın hipermobilitesidir. Obezite, inkontinans şiddetini artırabilir.

İntraabdominal basıncı artıran öksürük, gülme, egzersiz, pozisyon değişikliği ile birlikte idrar kaçırma görülür.

İkinci sıklıkla intrensek sfinkter yetmezliğine bağlı görülür. Kadında genellikle antiinkontinans cerrahisine bağlı travma veya ciddi üretral atrofi sonucu görülür. İntraabdominal basınçta hafif artışlar bile inkontinansa yol açabilir veya fiziksel aktivite süresince devam eden sürekli idrar kaçağı görülür.

Stres tipi üriner inkontinans erkeklerde sık görülmez. Ancak erkeklerde üretral cerrahi veya radyasyon tedavisi sonrası görülebilir.

Mikst tip üriner inkontinans: Sıklıkla sıkışma ve stres inkontinansın birlikte görüldüğü bir tablo olup diğer inkontinans tiplerinin kombinasyonu şeklinde de görülebilir.

Taşma (overflow) tipi üriner inkontinans: Taşma inkontinansı mesane detrusor kasının zayıflığı veya mesane çıkış yolu obstrüksiyonu sonucu görülür. Bazen iki neden bir arada olabilir. Genellikle idrar yaparken duraklama, damlama, zayıf üriner akım ile karakterizedir. Semptomlar nonspesifik olup diğer inkontinans tiplerini taklit edebilir. Bazen sık idrara çıkma ve noktüri görülebilir. Diğer inkontinans türleri ile çakışan semptomlar içerdiğinden dolayı teşhisi zordur.

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) detrusor-sfinkter dissinerjisine yol açarak taşma tipi üriner inkontinansa neden olur. Nörojenik olaylarda perine duyusu azalır, sakral refleksler ve anal sfinkter tonusu bozulur. Antikolinerjik ilaçlar, narkotikler ve alfa adrenerjik agonistler taşma inkontinansına yol açabilir.

Fonksiyonel üriner inkontinans: Tuvalete ulaşabilme engellenmiş (fiziksel engeller) veya zamanında ulaşma için gerekli motivasyonun kaybı (depresyon) görülür. Tuvalete uzak odalarda barınma, mobilitayı kısıtlayan hastalıklar (ciddi eklem dejenerasyonu yapan hastalıklar), kognitif bozukluklar (demans) ve psikolojik hastalıklar (ciddi depresyon, psikozlar) en sık sebeplerdir.

Genellikle bakımevi ve hastane gibi yatılı kalınan kurumlarda görülen inkontinans tipidir. Diğer inkontinans tipleri ile bir arada bulunabilir (29,30 ,31).

2.4. YAŞLILARDA ÜRİNER İNKONTİNANSI KOLAYLAŞTIRAN NEDENLER

2.4.1. Genitoüriner Nedenler

Yaşlılık tek başına üriner inkontinansın sebebi değildir. Ancak yaşlılıkta üriner inkontinans prevalansının artması, yaşa bağlı üriner sistemde meydana gelen değişiklikler ile yakından ilgilidir.

Bu değişiklikleri özetlersek; üretral basınç yaşa bağlı azalma eğilimindedir. Erkeklerde yaşla birlikte prostat boyutlarının artış göstermesi idrar retansiyonuna yol açabilir. Kadınlarda ise menapozla birlikte azalan östrojen, vajinal atrofiye ve üretra çevresindeki destek dokuların azalmasına ve pelvik kaslarda zayıflamaya yol açarak inkontinans için eğilim yaratabilir. Yaşlanma ile birlikte mesane kapasitesinin azalması, rezidü idrar miktarı artışı ve istemsiz mesane kontraksiyonlarının oluşması, üriner inkontinans için diğer kolaylaştırıcı sebeplerdir (**Tablo 3**). Bunların yanında yaşla ilişkili renal konsantrasyon mekanizmalarında oluşan düzensizlikler ve arginin-vazopresinin normal diürenal ritmindeki bozulmalar gece idrar miktarının artmasına (noktürnall poliüri) ve inkontinansa eğilim oluşturur (30).

Tablo 3: Mesane fonksiyonlarında yaşa bağlı değişiklikler

- Azalmış mesane kapasitesi
- Semptomatik sıkışma ve işemeyi başlatan uyarı arasındaki süre kısalır
- Yetersiz boşalma ve artmış rezidüel volüm
- Azalmış akım hızı
- İstemsiz mesane kontraksiyonlarında artış (detrusor instabilitesi)
- Pelvik taban kas gücünde azalma
- Postmenapozal dönemde vajinal, üretral ve mesane trigonunda görülen atrofik değişiklikler

2.4.2.Genitoüriner Sistem Dışı Faktörler

Yaşlılarda insidansı %20'lere kadar çıkan diyabet, gerek ozmotik diürez, gerekse detrusor aşırı aktivitesine yol açabilen nöropatik değişikliklere yol açarak inkontinansa yol açar. Kalp yetmezliği, uyku apne nöbetleri ve ciddi konstipasyon üriner inkontinansa yol açabilen diğer nedenlerdendir. İlaçlar hem üriner inkontinansa yol açabilen hem de inkontinansı artıran önemli faktörlerdir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri öksürüğe yol açarak stres üriner inkontinans gelişimini kolaylaştırabilir. Diüretikler zorlu diüzeze yol açarak üriner inkontinans geliştirebilir. Kalsiyum kanal blokerleri, antikolinerjikler, opiyatlar mesane boşalmasını bozabilir. Yalnız yaşayan yaşlılarda bakım veren yardımcı kişilerin olmaması da önemli nedenlerden birisidir.

Özellikle kırılğan yaşlılarda mesane aşırı aktivitesi vardır ancak kontraksiyonlar zayıftır [hiperaktif detrusor ve zayıf mesane kontraktilitesi (Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractility, DHIC)] ancak teşhis için mesane çıkış yolu obstrüksiyonu dışlanmalıdır. Yaşlı bakımevlerinde kalan yaşlılarda üriner inkontinansın 2. en sık nedeni DHIC'dir. Sıkışma tipi (urge) üriner inkontinans ve yüksek postvoiding rezidü (PVR) tedavi şeklini etkiler. Antimuskarinikler, üriner inkontinansı daha da kötüleştirebilir. Menapoza bağlı olarak östrojen eksikliğine sekonder gelişen ürogenital mukozada atrofi ve üretral kapanma basıncındaki azalma stres üriner inkontinansa yol açabilir. Erkeklerde yaşla birlikte sıklığı artan benign prostat hiperplazisi (BPH) üriner retansiyon ve üriner inkontinansa yol açabilir. Seksen yaş üzerinde BPH sıklığı %80'in üzerindedir. Noktürnal poliüri yaşlılarda sık görülür. Yaşlılarda artan atriyal natriüretik peptid veya değişen vazopresin seviyeleri noktüriye yol açar. Bazı yaşlılar 24 saatlik idrar çıkışının %50'sini gece çıkarır. Bu nedenle bu kişilerde gece 1 veya 2 kez idrara kalkmak normal karşılanabilir. Ayak ödemi de noktürn timer poliüriye yol açan nedenlerdendir (Tablo 4).

Tablo 4: Üriner inkontinans gelişimine yol açabilen genitoüriner sistem dışı faktörler

Komorbid hastalıklar
Diabetes mellitus
Konjestif kalp yetmezliği
Dejeneratif eklem hastalıkları
Ciddi konstipasyon
Nörolojik/Psikiyatrik hastalıklar
İnme
Parkinson hastalığı
Demans
Depresyon
Normal basınçlı hidrosefali
Fonksiyonel ve çevresel faktörler
Bozulmuş kognitif fonksiyon
Bozulmuş mobilite ve tuvalete erişim zorluğu
Yalnız yaşama veya bakıcı eksikliği
İlaçlar
Polifarmasi

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Üriner inkontinans epidemiyolojisi ile ilgili çalışma sonuçları, kullanılan data toplama, hastalığı tanımlama metodlarına ve çalışılan populasyonların çeşitliliğine bağlı olarak farklılık gösterir.

Üriner inkontinans genellikle kadınlara atfedilen bir durumdur, ancak her iki cinsten de görülebilir. Çalışmalar kadınlarda daha yaygın olduğunu desteklemektedir, yine de farklı çalışmalarda farklı prevalans değerleri mevcut (32). Dünya genelinde 200 milyondan fazla insanda üriner inkontinans mevcuttur (33). Toplumda prevalansı yaşlı erkeklerde %11-34, kadınlarda %17-55, ortalama %15-35 arasındadır ve kadınlarda 2 kat daha sık görülür (34). Sürekli veya ciddi inkontinans toplumda yaşayan yaşlıların

yaklaşık %5’inde görülür. Prevalansdaki geniş farklılıklar çalışma dizaynları ve inkontinans tanımları ile ilişkilidir. Yaşlıda sık görülen diyabet, Alzheimer hastalığı gibi pek çok kronik hastalıktan daha sık görülür. Toplumda yaşayan kırılğan yaşlılarda (85 yaş ve üzeri) ise %5-30 gibi yüksek sayılabilecek oranlarda üriner inkontinans görülmektedir. Bu oranlar hastanede yatanlarda %40-70’lere, bakımevlerinde yaşayanlarda ise %40-50’lere ulaşmaktadır (35,36).

2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSTA RİSK FAKTÖRLERİ

2.6.1. CİNSİYET

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

2.6.2.YAŞ

Üriner inkontinans prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. İngiltere’de Thomas ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ayda en az iki kere idrar kaçırdıklarını bildiren kadınların oranı 15-24 yaş arasında %4 iken 75 yaş üzerinde bu oran %16 ‘ya yükselmiştir.

Stres inkontinans 65 yaş altında daha sık iken, miks inkontinans ve urge inkontinans 65 yaş üzerinde daha sık saptanmıştır (37).

2.6.3.IRK

Genital prolapsus, enterosel ve stres inkontinans Çinlilerde, Eskimo ve siyah ırkta nadirdir. Çinli kadavralarda yapılan çalışmalarda, levator ani kas demetlerinin daha kalın olduğu ve arkus tendineus üzerinde daha laterale uzandığı saptanmıştır

2.6.4.DOĞUM

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

Vajinal doğum pelvik fasyal desteğe direkt olarak hasar verir; pelvik taban ve üretra kaslarının parsiyel denervasyonuna yol açar (38).

Benzer şekilde vajinal doğum; fonksiyonel üretral uzunluğun, üretra kapanma basıncı ve maksimal üretra basıncının azalması ile ilişkilidir. Sezaryen doğum yapan kadınlarda bu değişikliklerin hiçbiri gözlenmez.

2.6.5.MENOPOZ

Bazı çalışmalarda cerrahi olarak çıkarılmış üretra dokusunda, pubococcygeal kasta ve mesane trigonunda yüksek afiniteli östrojen reseptörleri saptanmıştır.

Menopozla birlikte azalan östrojen vajendekine benzer şekilde distal üretrada sitolojik değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler menopoz sonrası sıkça görülen duyu semptomları ve artmış enfeksiyondan kısmen sorumludurlar. Azalmış üretral vaskularite, anormal düz ve çizgili kas etkinliği düşük istirahat üretra basıncına ve anormal stres cevaba yol açar (39).

Fantl ve arkadaşları tarafından gerçek stres inkontinanslı 72 postmenopozal kadında yapılan çalışmada estrojen replasman tedavisi alan ve almayan gruplar klinik ve ürodinamik parametrelerle karşılaştırılmış. Estrojen replasmanı alan gruptaki kadınların vajen ve üretralarında estrojen bağlantılı değişiklikler saptanmasına rağmen ,iki gruptaki üretral sfinkter fonksiyonuyla ilgili ürodinamik parametreler arasında fark saptanmamış (40).

2.6.6. SİGARA

Bump ve McClish tarafından yapılan çalışmalarda sigara içiminin üriner inkontinansın tüm tiplerini 2-3 kat arttırdığı saptanmıştır (41).

2.6.7. OBESİTE

Dwyer ve arkadaşları gerçek stres inkontinansı ve detrusor instabilitesi olan kadınlarda obesitenin daha sık olduğunu saptamışlar. Fakat obez olan ve olmayan inkontinan kadınların ürodinamik variabilitelerinde anlamlı farklılık bulunmamış (42).

2.7. İNKONTİNANSLA BAŞVURAN HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Hasta öyküsü (hasta soru formu, idrar günlüğü, hasta görüşmesi)

- a. Primer üriner yakınmaya yönelik öykü
- b. Hasta özgeçmişi (medikal, nörolojik, obstetrik, jinekolojik, ürolojik, cerrahi, ilaç kullanımı)

2. Hasta muayenesi

- a. Genel sistemik fizik muayene
- b. Nörolojik tarama muayenesi
- c. Lokal genitoüriner sistem muayenesi ve rektal tuşe

3. Tanıya yardımcı özel testler

- a. İdrar tetkiki ve idrar kültürü
- b. Stres testi
- c. Ped testi
- d. Q tip testi
- e. Pesser testi

4. Ürodinamik laboratuvar testler

a. Dolum fazı disfonksiyonunu araştıran testler

(1) Sistometri

i. Tek kanallı basit su seviyesi sistometrisi

ii. İki kanallı sistometri

(2) Üretral basınç profili (Multikanallı sistoüretrometri)

(3) Videoüretrosistometri

(4) İkinma kaçak noktası basınç ölçümü (VLPP=valsalva leak point pressure)

(5) Üriner inkontinansın varlığı ve şiddetini araştıran testler

- i. Elektronik çış bezi
- ii. Perineal ısı ölçümü
- iii. Üretral elektrik iletkenliği ölçümü

(6) Ambulatuvar ürodinami

(7) Sistoüretroskopi

(8) Nörofizyolojik testler (EMG, vb)

b. İşeme fazı disfonksiyonunu araştıran testler

- (1) İşeme sonrası rezidü idrar volumu ölçümü
- (2) Üroflowmetri
- (3) İşeme sistoüretrometrisi

5. Alt üriner sistem görüntüleme yöntemleri

- a. Düz pelvi-abdominal grafi
- b. İntravenöz pyelografi (IVP)
- c. Sistoüretrografi
- d. Ultrasonografi
- e. Magnetik rezonans görüntüleme (MRI)

2.7.1.HASTA ÖYKÜSÜ

Primer üriner yakınmaya yönelik olarak, üriner inkontinansın başlangıcı, gelişimi, şiddeti ve inkontinansın başlamasına ya da artmasına neden olan etkenler araştırılır.

Obstetrik öyküde, ASI için risk faktörü kabul edilen fazla vajinal doğum sayısı, uzamış doğum eylemi, iri bebek doğumu ve operatif doğum sorgulanır.

Jinekolojik öyküde, mesane kapasitesini azaltabilecek pelvik kitle, asit, endometriozis ya da pelvik enfeksiyon araştırılır. Abdominal ya da jinekolojik

operasyonlar alt üriner sistem denervasyonu veya pelvik adezyonlar, periüretral fibrozis yoluyla üriner inkontinansa yol açabilir.

Ürolojik öyküde ,kronik üriner enfeksiyon,interstisyel sistit, rekürren üriner taş sorgulanmalıdır.

Medikal özgeçmişte, karın içi basınç artışına yol açan KOAH (kronik obstruktif akciğer hastalığı), kronik konstipasyon, obesite; aşırı diürece yol açan DM, DI, kalp yetmezliği; sinir sistemi fonksiyon bozukluğu ile seyreden serbrovasküler hastalık, parkinson, disk hernisi, multipl skleroz gibi hastalıklar aranır.

Hastanın kullandığı tüm ilaçlar alt üriner sisteme olan etkileri açısından incelenmelidir (43).

İnkontinansı Değerlendirmeye Yardımcı Sorular

- 1.Öksürdüğünüzde, hapşırdığınızda veya güldüğünüzde idrar kaçırm mısınız?
- 2.Tuvalete yetişemezseniz idrar kaçırmacağınızı düşündüğünüz kuvvetli işeme hissi hiç oldu mu?
3. Eğer evetse hiç tuvalete yetişmeden idrar kaçırdınız mı?
4. Gün içerisinde kaç kez idrar yaparsınız?
5. Yattıktan sonra gece kaç kez idrar yaparsınız?
6. Geçtiğimiz yıl içerisinde hiç yatağınızı ıslattınız mı?
7. Sinirli olduğunuzda,stres altındayken veya aceleniz olduğunda hiç acilen idrar yapma isteği duyar mısınız?
8. Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında hiç idrar kaçırm mısınız?
9. İdrar kaçırm nedeniyle ped kullanma ihtiyacı duyar mısınız?
10. Ne sıklıkla idrar kaçırmısınız?
11. Hiç mesane, idrar yolu veya böbrek enfeksiyonu geçirdiniz mi?
12. İdrar yaparken rahatsızlık ya da ağrı duyar mısınız?
13. İdrarınızda hiç kan gördünüz mü?

14. İdrar yapmaya başlarken zorlanır mısınız?
15. Yavaş bir idrar akımınız var mı?
16. İdrarınızı yapabilmek için kendinizi zorladığınız oluyor mu?
17. İdrar yaptıktan sonra damlama ya da mesaneniz hala doluymuş hissi oluyor mu?

İlk soru stres inkontinans semptomunu açığa çıkarmaya yöneliktir. Stres inkontinans semptomu -her zaman olmamakla birlikte- gerçek stres inkontinans tanısıyla birlikte olabilir. 2-9'ncü sorular detrusor instabilitesine eşlik eden semptomları araştırmak içindir. Eğer 3'ncü soruya kesinlikle evet denirse urge inkontinans (ani ve şiddetli idrar yapma hissi) semptomu mevcuttur.

Sık idrara çıkma (frequency) (4ve 5nci sorular); yatak ıslatma (6'ncı soru); cinsel ilişkiyle idrar kaçırma (8'nci soru) ve urgency hissi (2-7'nci sorular) detrusor instabilitesiyle ilişkilidir.

9 ve 10'ncü sorular problemin ciddiyetini belirlemeye yardımcıdır. 11-13'ncü sorular idrar yolu enfeksiyonu ve neoplasmları taramada önemlidir. 14-17'nci sorular işeme disfonksiyonunu ortaya çıkarmaya yöneliktir (44,45).

İdrar Günlüğü

Üriner semptomlara yönelik hasta öyküsü genellikle doğru olmayabilir ve hekimi yanlış yönlendirebilir. İdrar günlüğü daha güvenilir bir kayıt sistemidir.

Hasta 1-7 günlük bir dönemde günlük sıvı alımını, idrar yapma sıklığı, miktarını, gece idrar yapma sayısını, alt ıslatma durumunu ve idrar kaçırırken ne yapmakta olduğunu kaydeder. Maksimum işenen volum, mesane kapasitesi hakkında fikir verir (46).

2.7.2. HASTA MUAYENESİ

a. Sistemik Fizik Muayene

Hastalar alt üriner disfonksiyonuna neden olabilecek nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunlar yönünden araştırılmalıdır. Genel fizik ve mental

durumlarının belirlenmesi ileride uygulanacak tedavi yöntemlerinin seçiminde yardımcı olacaktır.

b. Nörolojik Tarama Muayenesi

Üriner inkontinans nörolojik bir hastalığın semptomu olabilir. Nörolojik tarama muayenesi, mental durum yanında her iki alt ekstremitenin duyu ve motor fonksiyonlarını da değerlendirmelidir. Mental durum; hastanın bilinç düzeyi,oryantasyonu, hafızası, konuşması ve anlamasını değerlendirmekle saptanır. Mental durum bozukluğunun gözlendiği,nörolojik bulgulara yol açabilen hastalıklar; senil, presenil demans, beyin tümörleri ve normal basınçlı hidrosefalidir.

Ürolojik bozukluğa yol açabilen motor anormalliklerin eşlik ettiği hastalıklar; multipl sklerozis, serebrovasküler hastalık, enfeksiyonlar, tümörler ve Parkinson hastalığıdır. Özellikle sakral 2-4 segmentleri miksiyonu kontrol eden önemli nöronları içerdiklerinden önemlidir.

İki refleksin muayenesi önemlidir: anal refleks ve bulbokavernoz refleks.

Vajinal muayene ve rektal tuşe ile anal sfinkterin ve pubokoksigeal kasın tonusu, perineal ve perianal bölgenin duyu fonksiyonu değerlendirilmelidir(47).

c.Lokal Genitoüriner Sistem Muayenesi

Kadınlarda vulva inspeksiyonu sonrasında yapılan spekulum muayenesinde, vajende atrofi, ödem, eritem, akıntı, önceden geçirilmiş travma ya da operasyon skarı ve özellikle fistül bulgusu olan posterior fornikte idrar göllenmesi araştırılır. Valsalva manevrası yaptırılarak uterin ya da vajen kubbe desensusu, rektose, sistosel, üretrosel, mesane boynu mobilitesi, üriner divertikül ve fistül araştırılır. Pelvik relaksasyon, mesane boynu ve proksimal üretranın mobilitesi değerlendirilmelidir.

Mesane boynu ve proksimal üretranın aşırı mobilizasyonu (anterior sistosel) ile mesane tabanının vajene herniasyonunun (posterior sistosel) ayrımı yapılmalıdır. İlkinde üriner inkontinans gelişebilirken, ikincisinin inkontinans ile direkt ilişkisi yoktur (48).

2.7.3. TANIYA YARDIMCI TESTLER

a. İdrar Tetkiki ve İdrar Kültürü

Sistit ve üretrit birçok irritatif semptomu yol açabilir: dizüri, frequency, urgency, inkontinans ve işeme güçlüğü. Enfeksiyonun oluşturduğu mukozal inflamasyon duyuşal uyarı artışı ile istemsiz detrusor kontraksiyonuna yol açarken , endotoksinlerin anti alfa adrenerjik etkisi üretral sfinkterik yetmezliğe yol açabilir.

Bunun yanında idrar tetkiki ile üriner inkontinansa neden olabilen üriner taş, kanser, DM, böbrek fonksiyon bozukluğu saptanabilir (49).

b.Stres Testi

Üriner inkontinansın varlığını ve subjektif olarak şiddetini gösterir. Hastanın mesanesi dolu iken ve litotomi pozisyonunda ayakta yapılır. Öksürme, ıkınma sırasında eksternal üretral meatustan idrar kaçığı araştırılır.

ASI olanlarda stres süresince kısa süreli az miktarda idrar kaçığı olur. Detrusor instabilitesi olanlarda ya hiç kaçık gözlenmez veya karın içi basıncı artıran hareketlerin uyardığı detrusor kontraksiyonuna bağı daha uzun süren idrar kaçığı gelişebilir.

Stres testi sadece ayakta pozitif ise inkontinans hafif, yatarken pozitif ve ayakta daha da artıyorsa inkontinans şiddetlidir (50).

c.Ped Testi

Üriner inkontinansın varlığı ve derecesini gösteren en objektif testlerden biridir. ICS'nin standardize ettiği bir saatlik ped testi kliniklerinde en sık kullanılan testtir. Önceden ağırlığı ölçülmüş pedi hasta yerleştirir ve test şu şekilde uygulanır:

- (1) Hasta Na içermeyen 500 ml sıvıyı maksimum 15 dakikada içir, sonra oturur
- (2) 30 dakikalık sürede hasta yürür, merdiven çıkar (bir kattan başka kata iner, çıkar)
- (3) Kalan sürede şu aktiviteleri yapar:
 - i. 10 kez oturup kalkma

- ii. 10 kez kuvvetli öksürme
- iii. 1 dakika koşma
- iv. 5 kez yerden küçük cisimleri toplamak için eğilmek
- v. 1 dakika akan suda ellerini yıkamak

(4) Bir saatin sonunda ped tartılır.

(5) Eğer test uygun ise hasta işer ve idrar volumu ölçülür.

(6) Test uygun değilse hasta işetilmeden bir saat daha teste devam edilir. Ölçülen ağırlık, 50 gr şiddetli üriner inkontinans olarak değerlendirilir (51).

d. Q tip Testi

Litotomi pozisyonunda pamuk uçlu bir çubuk üretradan mesaneye itilir, daha sonra yavaşça geri çekilir. Tam takılmanın olduğu bölge mesane boynudur. İstirahat halinde çubuk ile horizontal düzlem arasındaki açı ölçülür. Daha sonra hastaya valsalva manevrası yaptırılır ve maksimum açı ölçülür. Bu değer mesane boynu ve proksimal üretra mobilitesini yansıtır. Kontinan kadınlarda üretral mobilite; yaş, parite ve ön vajen duvarının desteğiyle ilişkilidir. Asemptomatik, ortalama paritesi 2 ve ortalama yaşı 32 olan kadınlarda istirahat açısı 18 derece, maksimum açı 54 derece saptanmış. Gerçek stres inkontinanslı kadınların maksimum açısı 73 derece saptanmış(52,53).

e.Pesser Testi

Şiddetli pelvik relaksasyonu olan tüm olgularda üriner inkontinans yakınması olmasa da maskelenen üretral sfinkterik yetmezliği belirleyebilmek için tüm ürojinekolojik değerlendirmenin Pesser (Packing) testi sonrası yapılması önerilir. Bu test sırasında mesane boynu elevasyonu yapmayacak şekilde üst vajen bölgesine uygun boyutta pesser ya da spançlar yerleştirilerek sistosel dahil tüm prolabe organlar redükte edilmekte ve diğer tüm testler bu aşamadan sonra yapılmaktadır (54).

2.7.4. ÜRODİNAMİK LABORATUAR TESTLER

Ürodinami, alt üriner sistemin zaman içinde değişen fonksiyonunun gözlenmesi demektir (55).

a. Sistometri

Sistometrinin temel prensibi bir manometrinin mesane lumenine bağlanmasıdır. Bir dolum kısmı mesane içine yerleştirilir ve o doldukça volum ile intravezikal basınç ölçülür.

Test aparatı, tek kanallı elektronik ya da manuel olarak kontrol edilen basit metoddan; mesane, abdominal ve üretral basıncın elektronik olarak ölçümünün elektromiyografi ve floroskopi ile birleştirildiği karmaşık metoda kadar değişkenlik gösterir.

Sistometrogramın iki fazı vardır: Dolum/depolama fazı ve boşaltım/işeme fazı.

Dolum fazında başlangıçta kısa bir basınç yükselmesi ile mesane istirahat basıncına ulaşılır.

Ardından mesane duvarı kollajeni ve düz kas akomodasyonu ile vesikoelastik özellikleri yansıtan bir tonus artışı izlenir. Üçüncü aşamada basınç artışı, kollajen yapının ve detrusör kasının mesane kapasitesi limitinin üzerinde gerilmesiyle oluşur. Bu son aşamada hasta hala işemeyi önleyebilmektedir.

Mesane dolumu ilk olarak 150 ml'lik volumda hissedilir. 200-300 ml'de ilk işeme arzusu oluşur. 400-550 ml'de ciddi işeme isteği gelişir. Dolum sırasında başlangıçta 2-8 cmH₂O basınç artışı olur. Ortalama basınç artışı 6 cmH₂O'dur ve asla 15 cmH₂O'yu aşmaz. Mesanenin ani dolum, postür değişikliği, öksürme ya da kateterin oynatılmasıyla uyarılması detrusor basıncında anormal yükselmeye yol açmamalıdır.

Sistometreler tek kanallı ve multikanallı olarak ikiye ayrılabilir. Tek kanallı sistometride mesane içine yerleştirilen basınç ölçen bir kateter elektriksel sinyalle kayıt cihazında bir grafi oluşturur. Multikanallı sistometride ise abdominal basınç ve intravesikal basınç ölçümü yapılır. Aradaki fark ile gerçek detrusör basıncı saptanır. Multikanallı sistometride mesane basıncı ile üretral basınç arasındaki fark olan üretral kapanma basıncı da ölçülebilir.

Mesaneyi doldurmak için su, CO₂ veya kontrast madde kullanılabilir. CO₂ nin idrarda çözünerek karbonik aside dönüşmesi ve CO₂ ile üroflowmetri yapılamaması gibi sebeplerle günümüzde oda sıcaklığındaki su tercih edilmektedir.

Dolum yer çekimi kullanılarak ya da su pompası ile yapılabilir. Dolum hızı ICS tarafından standardize edilmiştir:

<10ml/dk yavaş dolum

10-100ml/dk orta hız dolum

100 ml/dk hızlı dolum

Hızlı dolum detrusör overaktivitesini tetikleyebilir, bu nedenle genellikle orta hız dolum veya hızlı dolum tercih edilir.

Multikanallı (subtracted=fark) sistometri tekniği:

1. Hasta semptomatik dolu mesane ile gelir. Üroflow sandalyesinde spontan olarak işer. Transüretral kateter ile postvoid residü idrar volumü saptanır. 100 ml oda sıcaklığındaki su/SF mesaneye yerleştirilir.

2. Abdominal kateter yerleştirilir. Kateterler uygun kablolarla bağlanır ve kalibrasyon sıfıra ayarlanır.

3. Mesane dolumu başlatılır. İlk his, ilk işeme isteği ve maksimum kapasite kayıt edilir. Dolum sırasında öksürme, ıkınma gibi manevralarla detrusör basınç artışları, idrar kaçırmaya not edilir. Dolum sonrası üroflowmetri çalışmaları yapılabilir (56,57).

b.UPP: Üretral Basınç Profili

Üriner kontinans üretradaki basıncın mesane içindeki basıncı geçmesine bağlıdır. Üretra basıncı ölçümünde en sık kullanılan yöntemler balon, membran kateter, perfüzyon tekniği veya mikrotransduserlerdir.

Statik üretral basınç profili, hasta yatarken mesane içine yerleştirilen 8F bir kateterin yavaş yavaş geri çekilerek intraüretral basıncın ölçülmesidir. İntravesikal basınç mesane içinde ölçülen basınçtır. Üretral basınç kateter geri çekilirken ölçülen en yüksek basınçtır. Maksimum üretral kapanma basıncı intravesikal basınçtan üretral basıncın çıkarılması ile elde edilen basınç değeridir.

Stres üretral kapanma basınç profili mesane ve üretrada iki ayrı sensör içeren katatlar aracılığı ile yapılır. Hasta öksürür ya da ıkınırken basınç değişiklikleri

kaydedilir. Normal insanlarda üretral basınç değışikliği her zaman mesane basınçdeğışikliği ile eşit ya da daha fazla olmalıdır. Ancak stres inkontinansı olan kişilerde üretral basınç değışikliği genellikle mesane basınç değışikliğinden daha düşük bulunur.

UPP klinik çalışmalarda yüksek hatalı pozitif ve hatalı negatif sonuçlar vermesi ve uygulanan tekniklerdeki farklılıklar nedeniyle normal değerlerin netleştirilememesi nedeniyle tartışmalı bir yöntemdir (58).

c.Videoürodinami

Videoürodinamide normal sistometri ekipmanının yanında görüntü güçlendiricisi, videokayıt cihazı ve kamera kullanılır. Floroskopi ile mesane boynunun hareketi, idrarın üretradan mesaneye kağışı eşzamanlı basınç değışiklikleri kaydı ve görüntüleme ile saptanabilir. Videoürodinami endikasyonları tartışmalıdır ancak sıklıkla kompleks inkontinans vakalarında, obstrüksiyon şüphesi olanlarda ve nörolojik vakalarda kullanılmaktadır (59).

d.VLPP: Valsalva ile idrar kaçırma tayini

En sık kullanılan yöntemlerden biri 6F çift lümenli kateter kullanarak mesaneyi 200 ml doldurup hastadan valsalva manevrası yapması istenir. Kaçak olursa kaydedilir. Kaçak olmazsa aynı işlem 250 ml de tekrarlanır. Kompliansı normal olan bir mesanede abdominal basınç 250 cm suya kadar çıksa bile normal bir üretradan idrar kağığı olmaması gerekir.

VLPP 90 cm su üzeri anatomik SUİ, VLPP 60 cm su altı sfinkter yetmezliğı için güvenilir bir kriter olarak kabul edilmektedir (60).

e.Üriner inkontinansın varlığı ve şiddetini araştıran testler

Elektronik çış bezi, perineal ısı ölçümü, üretral elektrik iletkenliğı ölçümü testleri rutin olarak kullanılmayan testlerdir.

f.Ambulatuvar ürodinami

Laboratuvar gözlemleri mesane ve üretranın fizyolojik davranışını her zaman doğru bir biçimde göstermez. Bazen hastanın semptomları laboratuvar koşullarında

oluşturulamaz. Böyle durumlarda teorik olarak ambulatuvar monitör takibi endikedir. Devamlı ambulatuvar ürodinami takibi, standart sistometrogramlara göre daha yüksek detrüsor instabilitesi insidansı saptar. Ambulatur ürodinami gelecekte daha popüler olacaktır (60).

g.Sistoüretroskopi

Sistoürotroskopi ürojinekolojide birçok durumu değerlendirmek için kullanılabilir. Sistoürotroskopinin önerilen endikasyonları:

1. Hematüri
2. Anormal idrar sitolojisi
3. Persistan veya tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu (>3 İYE /yıl)
4. Jinekolojik malignite evrelemesi
5. Alt üriner sistem fistülü
6. Üretra veya mesane divertikülü
7. Ağrılı mesane sendromu
8. Seçilmiş üriner inkontinans vakaları,özellikle postoperatif nüksler (61).

h.Nörofizyolojik testler

EMG işeme esnasında çizgili adele sfinkterinin değerlendirilmesini sağlar. İstemli miksiyon sırasında ilk saptanan ürodinamik bulgu çizgili sfinkterik aktivitenin tümüyle kaybolmasıdır. Bunu detrüsor basıncındaki artış takip eder ve koordine bir idrar boşaltımı gerçekleşir. Detrüsor-sfinkter dissinerjisi detrüsor kontraksiyonu esnasında çizgili sfinkterde istemsiz kontraksiyon olmasıdır ve bu durum hemen daima nörolojik bir patoloji ile birlikte dir (62).

2.7.5. ALT ÜRİNER SİSTEM GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

a. Düz Pelvi-abdominal Grafi

Üriner taş ve yabancı cisimlerin gösterilmesinde, alt üriner sistem anomalileri, kemik yapı bozuklukları ve spina bifida, simfizisyonel ayrılma meningo sel gibi sorunların saptanmasında kullanılabilir.

b. İVP (İntravenöz Pyelografi)

İVP ile üriner fistül, ektopik üreter, üriner sistem travmaları, mesane divertikülleri, üriner sistem konjenital anomalileri, üriner taş ve pelvik kitleler saptanabilir (63).

c. Sistoüretrografi

Retrograd ya da antegrad olarak mesanenin radyokontrast madde içeren sıvılarla doldurulduktan sonra ön-arka, oblik ya da yan filmlerinin çekilmesidir. Bu yöntemle alt üriner sistemin divertikül, fistül, taş, yabancı cisim, kitle, trabekülasyon gibi yapısal anormallikleri araştırılabilir (64).

d. Ultrasonografi

Yumuşak doku rezolusyonu iyi olduğu için ultrasonografi ile istirahat anında alt üriner sistemin ve çevre dokuların çoğu yapısal anomalileri saptanabilmektedir. Mesane içi idrar volümü hesaplanabilmekte, bu yolla kateter kullanmaksızın işeme sonrası rezidü idrar volümü ölçülebilmektedir. İkinma sırasında mesane mobilitesi ölçülebilir.

ASI tanısı alanlarda mesane boynu mobilitesinin objektif ölçümü ile ASI tipi belirlenebilir ve en etkin anti-inkontinans operasyon seçilebilir (65,66,67).

e. Magnetik Rezonans Görüntüleme

Statik MRI kullanılarak üretral, periüretral yapılar, mesane mukozası ve kas dokusu yanında pelvik tabanı döşeyen tüm kas ve bağ dokuları hakkında detaylı görüntüler elde edilmesiyle pelvik relaksasyon tipleri ve ASI patofizyolojisi hakkında önemli bulgular elde edilmiştir. Dinamik fast-scan MRI ile mesane boynu mobilite ölçümleri de yapılabilmektedir. Ancak pahalı ve zaman alan bir yöntem olması nedeniyle akademik çalışmalar dışında tercih edilmemektedir (68).

2.8. ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİ

2.8.1. GERÇEK STRES İNKONTİNANS TEDAVİSİ

Hastanın klinik değerlendirilmesi ve ürodinamik teşhis ardından mevcut konservatif tedavi modalitelerinden biri veya cerrahi tekniklerden hastaya en uygun olanı seçilerek tedavi planlanmalıdır. Konservatif tedavi endikasyonları:

1. İleri yaş
2. Gebelik varlığı veya ileride gebe kalma isteği
3. Operasyona engel olan diğer sağlık sorunları
4. Hastanın cerrahi tedaviyi reddetmesi
5. Hastanın varolan inkontinansı major problem olarak algılamaması
6. Sadece belirli aktivitelerde inkontinans varlığı
7. Mikst inkontinans veya major işeme güçlüğüne işaret eden ürodinamik veriler

a. Konservatif tedavi metodları

(1) Fizyoterapi

- i. Pelvik taban egzersizleri
- ii. Kadınlarda vajinal koniler
- iii. Biofeedback tedavisi
- iv. Davranış tedavileri (mesane alışkanlıklarının yeniden kazanılması, mesane eğitimi, zamanı ayarlayarak işeme)
- v. Fonksiyonel Elektriksel Stimulasyon (FES)

(2) Medikal Tedavi

- i. Östrojen
- ii. Alfa-adrenerjik ajanlar

(3) Mekanik Aletler

- i. Mesane boynu destek protezleri
- ii. Diafram
- iii. Peserler
- iv. Vajinal Tamponlar

(4) Diğer önlemler

- i. Obesitenin giderilmesi
- ii. Konstipasyonu önleyen diyetel modifikasyon
- iii. Sıvı kısıtlaması
- iv. Self kateterizasyon
- v. Kronik öksürüğe neden olan durumların tedavisi

b. Cerrahi Tedavi Metodları

Medikal ve davranışsal tedaviler yetersiz kaldığında cerrahi tedaviler seçilmiş hastalarda uygulanabilir. Yaşlılarda cerrahi kararı verirken hastanın kendi isteği ve mental durumu kadar aile bireylerinin tercihleri göz önüne alınmalıdır. Yaşlılarda uygulanacak cerrahi tedaviler standart cerrahi tedaviler modifiye edilerek daha az invaziv olarak uygulanabilir.

2.8.2.DETRÜSOR İNSTABİLİTESİ TEDAVİSİ

Tedavinin amacı: Frequency, nokturi, urgency ve urge inkontinans semptomlarının iyileştirilmesi olup birçok tedavi alternatifi mevcuttur.

a. Davranış Tedavileri: Biofeedback, mesane alışkanlıklarının yeniden kazandırılması, mesane eğitimi.

b. Elektriksel Stimulasyon

c. Farmakolojik ajanlar

(1) Antikolinergik Ajanlar (probanthine bromid) :

Bu ilaçların etki mekanizması istemsiz kontraksiyonların oluşacağı mesane volümünü arttırmak ve detrüsor kontraksiyonlarının amplitüdünü azaltmaktır. Mesane kapasitesinin artması semptomların azalmasına yol açar.

(2) Muskulotropik relaksanlar:

Bu ajanların belirgin düz kas gevşetici özellikleri ile zayıf antikolinerjik ve anestezik etkileri vardır.

i.Oxibutinin chloride (Üropan): 3x5-4x5 mg/gün p.o.

ii. Flavoxate hydrchloride (urispas): 3x100-200 mg/gün p.o.

(3) Trisiklik Antidepresanlar:

Üç şekilde etki ettikleri düşünülür, santral ve periferik antikolinerjik etkinlik (mesane kontraktilitesini azaltır), santral sedatif etki ve alfa adrenerjik agonist etkinlik (sfinkter resinstansını artırır.)

i. İmmipramin hydrochloride: 3x25-4x25mg/gün

(4)-Kalsiyum antagonistleri:

i.Terodoline: 2x12.5-25mg p.o.

ii. nifedipen: 2x10-20 mg/gün

(5) Prostaglandin sentetaz inhibitörleri:

i. Endometazin: 2x50-100mg.

ii.Mefenemik asit: 3x250-500mg/gün

d. Cerrahi Tedavi

Konservatif tedavi metodlarına dirençli detrüsor instabilitesi olgularında seçilebilir.

e. Alternatif tedaviler

Mesane distansiyonu, mesanenin dennervasyon prosedürleri (Sakral Rhizotomi), Subtrigonal fenol enjeksiyonu ve Augmentation Cystoplasti, üriner diversiyonlar alternatif tedavi seçenekleridir.

2.8.3. MİKST İNKONTİNANS TEDAVİSİ

Üriner inkontinans olgularının %30-50 kadarında mikst tipte inkontinans bulunur. Üriner inkontinansın tek sebebinin detrüsor instabilitesi olduğu olgularda mesane boynu cerrahisi kontrendikedir. Mikst inkontinansta ise cerrahinin yeri tartışmalıdır. Bazı araştırmacılar, bu hastalarda cerrahi tedavinin medikal tedaviye kıyasla daha fazla komplikasyona yol açacağı düşüncesiyle medikal tedaviyi ön planda tutarlar. Diğer bir grupta bu tip hastalarda primer yakınma stres inkontinans ise cerrahi tedavi uygulanabileceği görüşünü benimser (69,70,71).



3. MATERİYAL METOD

Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında, 65 yaş ve üstü, Üİ'si olan, yazılı onam (Ek-1) alınmış; Darülaceze'de yaşayan bireylerden 25 kişi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Geriatri polikliniğine başvuran evde yaşayan hastalardan 25 kişi olmak üzere toplam 50 kişi çalışmaya dahil edildi. Çalışma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Darülaceze Başkanlığından gerekli izinler alındı.(Ek-2,3) Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere 4 sorudan oluşan İnkontinans Değerlendirme Testi (ICIQ-SF) (Ek-4), 22 sorudan oluşan İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) (Ek-5) ve Katz's Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi (Ek-6) uygulandı. Demografik veriler formunda (Ek-7) ise bireylerin yaş,cinsiyet,boy,kilo,eğitim durumu,meslek,sosyal güvence,gelir durumu,medeni durum,çocuk sayısı,birlikte yaşadığı kişi, sigara ve alkol alışkanlığı,kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulandı.Kronik hastalıklar, hekim tarafından tanımlanmış olması koşulu aranarak sorgulandı.Çalışmaya iletişim kurulamayan (anlama,işitme problemleri),yatağa bağımlı (SVH ,kas-iskelet sistemi hastalığı),psikiyatrik hastalığı (deliryum,demans,depresyon),üriner sistemde malignite tanısı ve kronik böbrek yetmezliği olan bireyler dahil edilmedi. Anketler yüzyüze görüşme yöntemiyle yapıldı.

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life – I-QOL)

Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Üİ'li hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür. Ülkemizde I-QOL'in geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği; davranışları sınırlama (1,2,3,4,10,11,13,20. maddeler), psikolojik etkilenme (5,6,7,9,15,16,17,21,22. maddeler) ve sosyal yaşamını sınırlama (8,12,14,18,19. maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bütün maddeler 5 kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1=çok fazla,2=epeyce,3=bir miktar,4=nadir,5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine

dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (72).

İnkontinans Değerlendirme Testi(International Consultation on Incontinence Questionnaire -ICIQ-SF)

Çetinel ve ark. tarafından Türkçe'ye geçerliliği yapılan ve hazırlanan bu form idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı, tipi ve yaşam kalitesine etkisini araştıran bir formdur. ICIQ kısa formunda, vizüel analog skala tipi soru bulunur; “idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?”. 0- 10 arası skor büyüdükçe (0: hiçbir şekilde, 10: çok fazla) hayat kalitesi kötüleşmektedir (73).

KATZ's Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi

GYA ölçeği Katz ve ark. (74) tarafından 1963 yılında geliştirilmiş, Türkçe tercümesi Yardımcı (75) tarafından yapılmıştır. Ölçek; hareket, boşaltım, yıkanma, giyinme, tuvalet ihtiyacı ve beslenme aktivitelerinden oluşmaktadır. Her bir aktivite “bağımlı, kısmen bağımlı, bağımsız” olarak değerlendirilir. Birey GYA'sını bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, kısmen bağımlıysa 2 puan, bağımlıysa 1 puan verilir. GYA ölçeğinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan kısmen bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilir.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve (%) şeklinde gösterildi. Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle sınılandı.

Analizler sonucu “demografik veriler (cinsiyet, yaş vb)” için; kategorik değişkenlerde frekans ve (%) şeklinde, sürekli değişkenlerde ise ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde veriler verildi. Gruplar arasında fark olup olmadığı ise Pearson Ki-Kare testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyumu tespit edilen kategorik değişkenler ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında ise iki alt gruba sahip olan değişkenlerde parametrik testlerden **Bağımsız Gruplarda T-Testi (Independent T-Test)**, ikiden fazla alt gruba sahip olan değişkenlerde ise **Tek Yönlü**

Varyans Analizi (ONE Way ANOVA Test) kullanılarak gerekli analizler gerçekleştirildi.

İstatistiki anlamlılık düzeyi olarak **p <0.05** kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya alınan kişiler “Evde bakım hizmeti alan” ve “Huzurevinde kalan” katılımcılar olmak üzere iki ana gruptan oluşmaktadır.

Çalışmaya toplam 50 birey alınmış olup, bunlardan 33’ü (%66) “kadın”, 17’si (%34) “erkek”tir. Gruplara göre cinsiyet dağılımı ise, evde bakım hizmeti alan katılımcılarda %80 kadın, %20 erkek olarak görülmekte iken, huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda %52 kadın, %48 erkek olarak görülmektedir.

Eğitim durumları incelendiğinde, evde bakım hizmeti alan katılımcılarda okur-yazar olanlar % 8, ilköğretim mezunları %52, lise mezunları %20 ve yüksekokul mezunları %20 olarak bulunmuş iken, bu oranlar huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda okur-yazar olmayanlar %8, okur-yazarlar %36, ilköğretim mezunları %40, lise mezunları %12 ve yüksekokul mezunları %4 şeklinde saptanmıştır.

Evde bakım hizmeti alan kişilerin %24’ü, huzur evinde kalan kişilerin ise %40’ı 75 yaşın üzerinde olup, bu gruplarda bulunan diğer katılımcılar 65-75 yaş arasında yer almaktadır.

Evde bakım hizmeti almakta olan katılımcıların %32’si ev hanımı, %64’ü emekli iken buna karşılık olarak huzur evinde kalan katılımcıların ise %24’ü emekli, geri kalan katılımcılar ise çalışmıyor olarak saptanmıştır.

Evde bakım hizmeti alan ve huzurevinde kalan katılımcıları demografik veriler bakımından karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Katılımcılarla ilgili demografik bulgular tablo 5’te özetlenmiş ve detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 5: Demografik veriler ve dağılımları

DEMOGRAFİK VERİLER VE DAĞILIMLARI					
DEĞİŞKEN	GRUP	ALT GRUP	n	%	P
CINSİYET	EVDE BAKIM	Kadın	20	80.0	0.072
		Erkek	5	20.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	Kadın	13	52.0	
		Erkek	12	48.0	
		TOPLAM	25	100.0	
EĞİTİM DURUMU	EVDE BAKIM	okur-yazar	2	8.0	0.123
		ilköğretim mezunu	13	52.0	
		lise mezunu	5	20.0	
		yüksekokul mezunu	5	20.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	okur-yazar değil	2	8.0	
		okur-yazar	9	36.0	
		ilköğretim mezunu	10	40.0	
		lise mezunu	3	12.0	
		yüksekokul mezunu	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	
YAŞ	EVDE BAKIM	65-75 yaş arası	19	76.0	0.225
		>75 yaş	6	24.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	65-75 yaş arası	15	60.0	
		>75 yaş	10	40.0	
		TOPLAM	25	100.0	
MESLEK	EVDE BAKIM	Ev hanımı	8	32.0	0.057
		Emekli	16	64.0	
		Çalışmıyor	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	Emekli	6	24.0	
		Çalışmıyor	19	76.0	
OBEZİTE BMI ≥30	EVDE BAKIM	Normal	2	8.0	0.571
		Hafif Şişman	10	40.0	
		Şişman	13	52.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	Normal	5	20.0	
		Hafif Şişman	9	36.0	
		Şişman	10	40.0	
		Aşırı Şişman	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	

Tablo 5: Demografik veriler ve dağılımları (Devamı)

DEMOGRAFİK VERİLER VE DAĞILIMLARI					
DEĞİŞKEN	GRUP	ALT GRUP	n	%	P
MEDENİ DURUM	EVDE BAKIM	Evli	16	64.0	0.051
		Bekar	2	8.0	
		Dul	7	28.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	Bekar	10	40.0	
		Dul	15	60.0	
		TOPLAM	25	100.0	
GELİR DURUMU	EVDE BAKIM	İyi	1	4.0	0.062
		Orta	22	88.0	
		Kötü	2	8.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	İyi	1	4.0	
		Orta	12	48.0	
		Kötü	12	48.0	
		TOPLAM	25	100.0	
SOSYAL GÜVENCE	EVDE BAKIM	Sgk	25	100.0	0.072
	HUZUREVİ	Sgk	14	56.0	
		Yeşil Kart	10	40.0	
		Hiçbiri	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	
YAŞADIĞI KİŞİ	EVDE BAKIM	Yalnız	3	12.0	0.151
		Eşi,Çocuklar Ya Da	22	88.0	
		Akrabalar			
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	Diğer	25	100.0	
ÇOCUK SAYISI (YALNIZCA KADINLARDA)	EVDE BAKIM	Çocuk Yok	2	10.0	0.052
		1-3 çocuk	13	65.0	
		3'ten fazla çocuk	5	25.0	
		TOPLAM	20	100.0	
	HUZUREVİ	Çocuk Yok	8	61.5	
		1-3 çocuk	5	38.5	
		TOPLAM	13	100.0	

Çalışma kapsamında oluşturulan iki ana grupta kronik hastalıkların dağılımlarına bakıldığında ise, evde bakım hizmeti alan katılımcılarda diyabet %32, hipertansiyon %80, kronik obstrüktif akciğer hastalığı %4, obezite %52, koroner arter hastalığı %8, hiperlipidemi %56 ve tiroid hastalıkları ise %20 oranında görülmekte iken, huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda ise diyabet %28, hipertansiyon %72,kronik obstrüktif

akciğer hastalığı %4, obezite %44, koroner arter hastalığı %44 ve hiperlipidemi %32 oranında görülmektedir.

Bu bulgulara ek olarak katılımcıların %90'ının ise en az bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir.

Evde bakım hizmeti alan ve huzurevinde kalan katılımcıları kronik hastalıkların dağılımı bakımından karşılaştırdığımızda 'koroner arter hastalığı' dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Koroner arter hastalığı olan katılımcıların sayısı huzurevinde kalanlarda evde bakım hizmeti alanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.004$).

Alışkanlıkların dağılımına bakıldığında; sigara kullananların oranı evde bakım hizmeti alanlarda %16, huzurevinde kalmakta olanlarda %64 olarak tespit edildi. Alkol kullananların oranı ise evde bakım hizmeti alanlarda % 4, huzurevinde kalmakta olanlarda %12 olarak tespit edildi. Alışkanlıkların dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Kronik hastalık ve alışkanlık verilerinin gruplara göre dağılımı

KRONİK HASTALIK VERİLERİ VE GRUPLARA GÖRE DAĞILIMLARI					
DEĞİŞKEN	GRUP	ALT GRUP	n	%	P
DM	EVDE BAKIM	YOK	17	68.0	0.758
		VAR	8	32.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	18	72.0	
		VAR	7	28.0	
		TOPLAM	25	100.0	
HT	EVDE BAKIM	YOK	5	20.0	0.508
		VAR	20	80.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	7	28.0	
		VAR	18	72.0	
		TOPLAM	25	100.0	
KOAH	EVDE BAKIM	YOK	24	96.0	1.000
		VAR	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	24	96.0	
		VAR	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	

Tablo 6: Kronik hastalık ve alışkanlık verilerinin gruplara göre dağılımı (Devamı)

OBEZİTE	EVDE BAKIM	YOK	12	48.0	0.571
		VAR	13	52.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	14	56.0	
		VAR	11	44.0	
		TOPLAM	25	100.0	
KAH	EVDE BAKIM	YOK	23	92.0	0.004
		VAR	2	8.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	14	56.0	
		VAR	11	44.0	
		TOPLAM	25	100.0	
HL	EVDE BAKIM	YOK	11	44.0	0.087
		VAR	14	56.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	17	68.0	
		VAR	8	32.0	
		TOPLAM	25	100.0	
TİROİD	EVDE BAKIM	YOK	20	80.0	0.059
		VAR	5	20.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	25	100.0	
SİGARA	EVDE BAKIM	YOK	13	52.0	0.125
		VAR	4	16.0	
		BIRAKTIM	8	32.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	9	36.0	
		VAR	16	64.0	
		TOPLAM	25	100.0	
ALKOL	EVDE BAKIM	YOK	24	96.0	0.297
		VAR	1	4.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	22	88.0	
		VAR	3	12.0	
		TOPLAM	25	100.0	

Katılımcılarından evde bakım hizmeti alanların %40'ı, huzurevinde kalmakta olanların ise %32'si diüretik ilaç kullanmaktadır. İlaveten, “en az bir ilaç kullanan katılımcılar”ın yüzdesi ise %86 olarak tespit edilmiştir.

Diüretik kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7: İlaç kullanımı verileri

İLAÇ KULLANIMI					
DEĞİŞKEN	GRUP	ALT GRUP	n	%	P
DİÜRETİKLER	EVDE BAKIM	YOK	15	60.0	0.556
		VAR	10	40.0	
		TOPLAM	25	100.0	
	HUZUREVİ	YOK	17	68.0	
		VAR	8	32.0	
		TOPLAM	25	100.0	

Genel Ölçek Puanı (GÖP), Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK) Psikolojik Etki (PE), Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS) ölçekleri ile çalışma kapsamında oluşturulan iki ana grup arasında istatistiki açıdan fark olup olmadığı Bağımsız Gruplarda T-Testi (Independent T-Test) ile sınanmış olup sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır. Buna göre gruplar ile ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8: Gruplar ve ölçekler arası kıyaslama

GRUPLAR ve Ölçekler Arası Kıyaslama						
Ölçek	Değişken	N	Ort.	ss	t	P
Genel Ölçek Puanı	Evde Bakım	25	67.7273	16.63974	0.208	0.836
	Huzurevi	25	66.8182	14.11716		
Davranış Sınırlama ve Kaçınma	Evde Bakım	25	62.5000	19.34810	0.172	0.865
	Huzurevi	25	61.6250	16.62234		
Psikolojik Etki	Evde Bakım	25	77.2222	19.67456	0.202	0.841
	Huzurevi	25	76.2222	14.98199		
Sosyal Yaşamı Sınırlama	Evde Bakım	25	59.0000	21.16404	0.147	0.883
	Huzurevi	25	58.2000	17.00980		

Çalışmamızın bundan sonraki aşamasında ise katılımcılardan elde edilen demografik veriler ile yaşam kalitesi ölçeklendirilmesi ve bu ölçeğin alt grupları için sorulan sorulardan ve bu sorular sonucu elde edilen puanlar ile hesaplanmış olan **Genel Ölçek Puanı (GÖP)** , **Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK) Psikolojik Etki (PE)** , **Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)** ölçekleri arası ilişki her iki ana grup için ayrı ayrı olmak üzere incelenmiştir. İlişki incelenirken bu ilişkinin varlığı/yokluğunu ortaya koymak adına **Bağımsız Gruplarda T-Testi (Independent T-Test)** kullanılmış olup, sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda yaş değişkeni ile **GÖP, DSK ve PE** arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p=0.035, p=0.019, p=0.024**). Sonuç olarak >75 yaş olan katılımcıların GÖP, DSK ve PE puanları 65-75 yaş arası katılımcılara oranla istatistiki açıdan anlamlı düzeyde yüksektir.

Ayrıca huzurevinde kalan katılımcılarda DM değişkeni ile **GÖP** arasında da istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Huzurevinde kalan katılımcılarda diyabeti olanların diyabeti olmayanlara oranla GÖP puanları istatistiki açıdan anlamlı düzeyde düşüktür. (**p=0.040**)

Yapılan diğer analizlerin sonucunda ise demografik veriler ile sözü geçen ölçekler arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişkiler saptanamamış olup, detaylar tabloda özetlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Demografik veriler ve ölçekler arası kıyaslama

		Demografik Veriler Ve Ölçekler Arası Kıyaslama						
		Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	T	P
YAŞ	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı (GÖP)	65-75 Yaş Arası	19	68.4809	15.59411	0.396	0.696
			>75 Yaş	6	65.3409	21.08559		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma (DSK)	65-75 Yaş Arası	19	60.5263	18.52324	0.904	0.375
			>75 Yaş	6	68.7500	22.36068		
		Psikolojik Etki (PE)	65-75 Yaş Arası	19	80.4094	17.67703	1.476	0.153
			>75 Yaş	6	67.1296	23.92224		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)	65-75 Yaş Arası	19	59.7368	19.39886	0.304	0.764
			>75 Yaş	6	56.6667	28.04758		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	65-75 Yaş Arası	15	62.0455	14.04160	2.236	0.035
			>75 Yaş	10	73.9773	11.39453		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	65-75 Yaş Arası	15	55.4167	15.95485	2.532	0.019
			>75 Yaş	10	70.9375	13.42498		
		Psikolojik Etki	65-75 Yaş Arası	15	71.2963	16.45590	2.430	0.024
			>75 Yaş	10	83.6111	8.73026		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	65-75 Yaş Arası	15	56.0000	15.37623	0.786	0.440
			>75 Yaş	10	61.5000	19.58599		

Tablo 9: Demografik veriler ve ölçekler arası kıyaslama (Devamı)

		Demografik Veriler Ve Ölçekler Arası Kıyaslama						
		Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	T	P
CİNSİYET	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	KADIN	20	66,9318	18,31923	0.765	0.455
			ERKEK	5	70,9091	7,16900		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	KADIN	20	60,4688	20,78524	1.052	0.304
			ERKEK	5	70,6250	9,52997		
		Psikolojik Etki	KADIN	20	76,8056	20,87034	0.208	0.837
			ERKEK	5	78,8889	15,78697		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	KADIN	20	59,5000	21,51499	0.232	0.819
			ERKEK	5	57,0000	21,96588		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	KADIN	13	67.6573	13.76686	0.303	0.764
			ERKEK	12	65.9091	15.04439		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	KADIN	13	61.0577	15.02035	0.174	0.863
			ERKEK	12	62.2396	18.86604		
		Psikolojik Etki	KADIN	13	78.2051	14.24751	0.681	0.503
			ERKEK	12	74.0741	16.08119		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	KADIN	13	59.2308	16.43753	0.309	0.760
			ERKEK	12	57.0833	18.27297		
OBEZİTE	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	YOK	12	70.3598	15.91985	0.753	0.459
			VAR	13	65.2972	17.55314		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	12	63.8021	20.05224	0.317	0.754
			VAR	13	61.2981	19.41270		
		Psikolojik Etki	YOK	12	81.7130	18.81963	1.101	0.282
			VAR	13	73.0769	20.26651		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	12	60.4167	23.78486	0.315	0.755
			VAR	13	57.6923	19.32349		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	YOK	14	69.1558	12.85538	0.931	0.361
			VAR	11	63.8430	15.68691		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	14	63.8393	17.70800	0.744	0.464
			VAR	11	58.8068	15.48804		
		Psikolojik Etki	YOK	14	78.3730	12.52626	0.804	0.430
			VAR	11	73.4848	17.88870		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	14	61.0714	16.31170	0.950	0.352
			VAR	11	54.5455	17.95196		

Tablo 9: Demografik veriler ve ölçekler arası kıyaslama (Devamı)

		Demografik Veriler Ve Ölçekler Arası Kıyaslama						
		Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	T	P
DM	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	YOK	17	67.0455	17.63653	-.293	0.772
			VAR	8	69.1761	15.32361		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	17	60.1103	19.46957	-	0.379
			VAR	8	67.5781	19.33157		
		Psikolojik Etki	YOK	17	76.7974	20.10153	-	0.879
			VAR	8	78.1250	20.05490		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	17	60.5882	18.61471	0.539	0.595
			VAR	8	55.6250	26.91753		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	YOK	18	70.3914	10.77677	2.183	0.040
			VAR	7	57.6299	18.20210		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	18	65.1042	15.20577	1.749	0.094
			VAR	7	52.6786	17.89987		
		Psikolojik Etki	YOK	18	80.5556	9.57522	1.884	0.102
			VAR	7	65.0794	20.90156		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	18	60.5556	15.42428	1.116	0.276
			VAR	7	52.1429	20.58663		
DİÜRETİK	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	YOK	15	67.8030	13.23591	0.027	0.978
			VAR	10	67.6136	21.58260		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	15	64.1667	16.05944	0.519	0.608
			VAR	10	60.0000	24.19718		
		Psikolojik Etki	YOK	15	75.3704	19.69416	-	0.575
			VAR	10	80.0000	20.36195		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	15	60.0000	18.12654	0.284	0.779
			VAR	10	57.5000	26.06083		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	YOK	17	67.2460	14.68635	0.216	0.831
			VAR	8	65.9091	13.74416		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	17	61.5809	18.44692	-	0.985
			VAR	8	61.7188	13.01935		
		Psikolojik Etki	YOK	17	76.6340	15.68457	0.196	0.846
			VAR	8	75.3472	14.35239		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	17	59.4118	15.99632	0.511	0.614
			VAR	8	55.6250	19.89930		

Tablo 9: Demografik veriler ve ölçekler arası kıyaslama (Devamı)

		Demografik Veriler Ve Ölçekler Arası Kıyaslama						
		Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	T	P
SİGARA	EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	YOK	13	65.9965	15.78320	1.006	0.330
			VAR	4	75.0000	15.10409		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	13	57.6923	20.63507	1.498	0.155
			VAR	4	74.2188	12.59728		
		Psikolojik Etki	YOK	13	77.3504	15.58389	0.243	0.811
			VAR	4	79.8611	25.69757		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	13	58.8462	18.50156	0.749	0.466
			VAR	4	67.5000	25.98076		
	HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	YOK	9	67.0455	10.97341	0.059	0.953
			VAR	16	66.6903	15.95620		
		Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	YOK	9	63.1944	13.69108	0.348	0.731
			VAR	16	60.7422	18.43375		
		Psikolojik Etki	YOK	9	77.7778	12.18745	0.382	0.706
			VAR	16	75.3472	16.66281		
		Sosyal Yaşamı Sınırlama	YOK	9	53.8889	12.93681	0.948	0.353
			VAR	16	60.6250	18.87459		

Eğitim durumu ve **Genel Ölçek Puanı (GÖP)**, **Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK)** **Psikolojik Etki (PE)**, **Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)** ölçekleri arası ilişki her iki ana grup için ayrı ayrı olmak üzere incelenmiştir. Bu ilişkinin varlığı/yokluğunu ortaya koymak adına **Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE Way ANOVA Test)** kullanılmış olup, sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre eğitim durumu değişkeni ile ölçek puanları arasında çalışmaya dahil edilen katılımcılarda istatistiki açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Eğitim durumu ve ölçekler arası kıyaslama

	Eğitim Durumu ve Ölçekler Arası Kıyaslama (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)						
	Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	F	P
EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	Okur-Yazar	2	79.5455	16.07061	0.917	0.450
		İlköğretim Mezunlu	13	64.5105	18.53442		
		Lise Mezunlu	5	63.8636	13.66947		
		Yüksekokul Mezunlu	5	75.2273	13.66947		
		TOPLAM	25	67.7273	16.63974		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Okur-Yazar	2	68.7500	17.67767	0.232	0.873
		İlköğretim Mezunlu	13	60.8173	20.98701		
		Lise Mezunlu	5	59.3750	20.37251		
		Yüksekokul Mezunlu	5	67.5000	18.95719		
		TOPLAM	25	62.5000	19.34810		
	Psikolojik Etki	Okur-Yazar	2	87.5000	13.74930	1.523	0.238
		İlköğretim Mezunlu	13	73.0769	20.42453		
		Lise Mezunlu	5	70.0000	22.85556		
		Yüksekokul Mezunlu	5	91.1111	9.29622		
		TOPLAM	25	77.2222	19.67456		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Okur-Yazar	2	82.5000	17.67767	0.978	0.422
		İlköğretim Mezunlu	13	55.0000	21.21320		
		Lise Mezunlu	5	60.0000	16.20185		
		Yüksekokul Mezunlu	5	59.0000	25.83602		
		TOPLAM	25	59.0000	21.16404		
HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	Okur-Yazar Değil	2	74.4318	5.62471	1.978	0.137
		Okur-Yazar	9	68.3081	11.81551		
		İlköğretim Mezunlu	10	68.9773	14.13290		
		Lise Mezunlu	3	60.9848	15.51181		
		Yüksekokul Mezunlu	1	34.0909	.		
		TOPLAM	25	66.8182	14.11716		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Okur-Yazar Değil	2	71.8750	8.83883	1.920	0.146
		Okur-Yazar	9	61.1111	16.90904		
		İlköğretim Mezunlu	10	63.7500	15.32348		
		Lise Mezunlu	3	62.5000	12.50000		
		Yüksekokul Mezunlu	1	21.8750	.		
		TOPLAM	25	61.6250	16.62234		

Tablo 10: Eğitim durumu ve ölçekler arası kıyaslama (Devamı)

	Eğitim Durumu ve Ölçekler Arası Kıyaslama (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)						
	Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	F	P
HUZUREVİ	Psikolojik Etki	Okur-Yazar Değil	2	87.5000	9.82093	1.849	0.159
		Okur-Yazar	9	77.1605	8.19065		
		İlköğretim Mezunu	10	78.3333	15.86552		
		Lise Mezunu	3	69.4444	22.73709		
		Yüksekokul Mezunu	1	44.4444	.		
		TOPLAM	25	76.2222	14.98199		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Okur-Yazar Değil	2	55.0000	7.07107	1.456	0.253
		Okur-Yazar	9	63.8889	15.56795		
		İlköğretim Mezunu	10	60.5000	17.23208		
		Lise Mezunu	3	43.3333	18.92969		
		Yüksekokul Mezunu	1	35.0000	.		
		TOPLAM	25	58.2000	17.00980		

Katılımcılarda inkontinans tipleri incelendiğinde; evde bakım hizmeti alan kişilerde %44 oranında “urge”, %20 oranında “stres” ve %36 oranında da “miks” inkontinans saptanırken, huzurevinde kalmakta olan kişilerde ise %60 oranında “urge”, %12 oranında “stres” ve %28 oranında da “miks” inkontinans saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: İnkontinans tipleri ve dağılımları

İNKONTİNANS TİPLERİ VE DAĞILIMLARI			
GRUP	ALT GRUP	N	%
EVDE BAKIM	Urge	11	44.0
	Stres	5	20.0
	Miks	9	36.0
	TOPLAM	25	100.0
HUZUREVİ	Urge	15	60.0
	Stres	3	12.0
	Miks	7	28.0
	TOPLAM	25	100.0

İdrar kaçırma tipleri alt grupları (urge, stres ve miks) katılımcıları SPSS programı aracılığı ile ayrı ayrı seçilerek her seferinde bir grubun katılımcıları analize dahil edilmek suretiyle, bu idrar kaçırma tiplerinde katılımcıların gruplar bazında

ölçeklerle aralarında istatistiki ilişki olup olmadığı araştırıldı. Analizler yapılırken **Bağımsız Gruplarda T-Testi (Independent T-Test)** kullanıldı. Analiz sonuçlarına göre Urge, Stres ve Miks tip inkontinansı olan katılımcılarda, gruplarla ölçek puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki bulunamadı (Tablo 12).

Tablo 12: İdrar kaçırma tiplerinde gruplar ve ölçekler arası kıyaslama

İdrar Kaçırma Tiplerinde Gruplar Ve Ölçekler Arası Kıyaslama							
	Ölçek	Değişken	n	Ort.	Ss	t	P
URGE	Genel Ölçek Puanı	EVDE BAKIM	11	72.9339	12.47744	0.690	0.497
		HUZUREVİ	15	69.3939	13.22755		
	Davranış Sınırlama ve Kaçınma	EVDE BAKIM	11	69.0341	13.65411	0.400	0.693
		HUZUREVİ	15	66.8750	13.55997		
	Psikolojik Etki	EVDE BAKIM	11	82.0707	16.26192	0.833	0.413
		HUZUREVİ	15	76.8519	15.41842		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	EVDE BAKIM	11	62.7273	19.02152	0.376	0.710
		HUZUREVİ	15	60.0000	17.72811		
STRES	Genel Ölçek Puanı	EVDE BAKIM	5	76.1364	18.27038	-0.128	0.902
		HUZUREVİ	3	77.6515	11.03697		
	Davranış Sınırlama ve Kaçınma	EVDE BAKIM	5	75.0000	9.88212	0.791	0.459
		HUZUREVİ	3	68.7500	12.50000		
	Psikolojik Etki	EVDE BAKIM	5	81.1111	25.78999	-0.428	0.684
		HUZUREVİ	3	87.9630	10.51650		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	EVDE BAKIM	5	69.0000	20.43282	-0.335	0.749
		HUZUREVİ	3	73.3333	10.40833		
MIX	Genel Ölçek Puanı	EVDE BAKIM	9	56.6919	15.83225	0.005	0.996
		HUZUREVİ	7	56.6558	12.35154		
	Davranış Sınırlama ve Kaçınma	EVDE BAKIM	9	47.5694	20.83333	0.025	0.980
		HUZUREVİ	7	47.3214	17.06191		
	Psikolojik Etki	EVDE BAKIM	9	69.1358	19.56532	-0.081	0.937
		HUZUREVİ	7	69.8413	13.74262		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	EVDE BAKIM	9	48.8889	22.04793	0.120	0.906
		HUZUREVİ	7	47.8571	11.85227		

İdrar kaçırma tipleri ve **Genel Ölçek Puanı (GÖP)**, **Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK)** **Psikolojik Etki (PE)**, **Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)** ölçekleri arası ilişki her iki ana grup için ayrı ayrı olmak üzere incelenmiştir. Bu ilişkinin varlığı/yokluğunu ortaya koymak adına **Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE Way**

ANOVA Test) kullanılmış olup, sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda evde bakım hizmeti alan ve huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda miks inkontinans ile **GÖP** ve **DSK** puanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p <0.05**). Sonuç olarak her iki grupta da miks inkontinansı olanların GÖP ve DSK puanları urge ve stres inkontinansı olanlara göre istatistiki açıdan anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 13).

Tablo 13: İdrar kaçırma tipleri ve ölçekler arası kıyaslama

İdrar Kaçırma Tipleri Ve Ölçekler Arası Kıyaslama (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)							
	Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	F	P
EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	Urge	11	72,9339	12,47744	3.926	0.035
		Stres	5	76,1364	18,27038		
		Mix	9	56,6919	15,83225		
		TOPLAM	25	67,7273	16,63974		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Urge	11	69,0341	13,65411	6.256	0.007
		Stres	5	75,0000	9,88212		
		Mix	9	47,5694	20,83333		
		TOPLAM	25	62,5000	19,34810		
	Psikolojik Etki	Urge	11	82,0707	16,26192	1.213	0.316
		Stres	5	81,1111	25,78999		
		Mix	9	69,1358	19,56532		
		TOPLAM	25	77,2222	19,67456		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Urge	11	62,7273	19,02152	1.885	0.175
		Stres	5	69,0000	20,43282		
		Mix	9	48,8889	22,04793		
		TOPLAM	25	59,0000	21,16404		
HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	Urge	15	69,3939	13,22755	3.580	0.045
		Stres	3	77,6515	11,03697		
		Mix	7	56,6558	12,35154		
		TOPLAM	25	66,8182	14,11716		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Urge	15	66,8750	13,55997	4.743	0.019
		Stres	3	68,7500	12,50000		
		Mix	7	47,3214	17,06191		
		TOPLAM	25	61,6250	16,62234		
	Psikolojik Etki	Urge	15	76,8519	15,41842	1.655	0.214
		Stres	3	87,9630	10,51650		
		Mix	7	69,8413	13,74262		
		TOPLAM	25	76,2222	14,98199		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Urge	15	60,0000	17,72811	2.991	0.071
		Stres	3	73,3333	10,40833		
		Mix	7	47,8571	11,85227		
		TOPLAM	25	58,2000	17,00980		

ICIQ kısa formdaki skala ile I-QoL skorları karşılaştırıldığında (Pearson Korelasyon analizi) ise, genel skorumla ile ICIQ kısa formdaki skala arasında güçlü derecede korelasyon varlığı saptanmıştır (**r=-0.64, p<0.001**). Çalışmamızda ICIQ-kısa formundaki yaşam kalitesini sorgulayan vizüel analog skala skoru, idrar kaçırma

yaşam kalitesini ayrıntılı inceleyen I-QoL soru formuyla ileri derecede bir uyum göstermiştir.

İdrar kaçırma sıklığının gruplar bazında dağılımında ise, evde bakım hizmeti alan katılımcıların %28'i haftada bir veya daha seyrek, %24'ü haftada iki veya üç kez, %12'si günde 1 kez, % 36'sı ise günde birkaç kez idrar kaçırdığını ifade etmektedir. Huzur evinde yaşamakta olan katılımcıların ise %16'sı haftada bir veya daha seyrek, %24'ü haftada iki veya üç kez, %12'si günde 1 ez, % 36'sı günde birkaç kez, %12'si ise her zaman idrar kaçırdığını ifade etmektedir.

İdrar kaçırma sıklığı açısından iki grubu karşılaştırdığımızda, gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14: İdrar kaçırma sıklığının gruplara göre dağılımı

İDRAR KAÇIRMA SIKLIĞI GRUPLARA GÖRE DAĞILIMLARI				
GRUP	ALT GRUP	n	%	P
EVDE BAKIM	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	7	28.0	0.065
	Haftada İki Veya Üç Kez	6	24.0	
	Günde 1 Kez	3	12.0	
	Günde Birkaç Kez	9	36.0	
	TOPLAM	25	100.0	
HUZUREVİ	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	4	16.0	
	Haftada İki Veya Üç Kez	6	24.0	
	Günde 1 Kez	3	12.0	
	Günde Birkaç Kez	9	36.0	
	Her Zaman	3	12.0	
	TOPLAM	25	100.0	

İdrar kaçırma sıklığı ve **Genel Ölçek Puanı (GÖP)**, **Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK)** **Psikolojik Etki (PE)**, **Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)** ölçekleri arası ilişki her iki ana grup için ayrı ayrı incelenmiştir. Bu amaçla **Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE Way ANOVA Test)** kullanılmış olup, sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır.

Evde bakım hizmeti alan katılımcılarda, idrar kaçırma sıklığı değişkeni ile GÖP ($p=0.025$), DSK ($p=0.037$) ve PE ($p=0.032$) ölçekleri arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu aşamadan sonra farktan sorumlu grup veya grupların hangi grup veya gruplar olduğunu araştırmak üzere Post-Hoc Bonferonni testi uygulanmıştır. Sonuçta GÖP, DSK ve PE ölçeklerinde farktan sorumlu grubun “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıran katılımcılar olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar için, “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıran katılımcıların GÖP, DSK ve PE ölçek puanları diğer sıklıklarda idrar kaçıran katılımcılara oranla anlamlı şekilde düşüktür sonucuna varılmıştır.

Huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda, idrar kaçırma sıklığı değişkeni ile GÖP ($p=0.043$) ve PE ($p=0.022$) ölçekleri arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu aşamadan sonra farktan sorumlu grup veya grupların hangi grup veya gruplar olduğunu araştırmak üzere Post-Hoc Bonferonni testi uygulanmıştır. Sonuçta GÖP ve PE ölçeklerinde farktan sorumlu grubun “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıran katılımcılar olduğu tespit edilmiştir. “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıran katılımcıların GÖP ve PE ölçek puanları diğer sıklıklarda idrar kaçıran katılımcılara oranla anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 15).

Tablo 15: İdrar kaçırma sıklığı ve ölçekler arası kıyaslama

	İdrar Kaçırma Sıklığı Ve Ölçekler Arası Kıyaslama (Gruplara Göre) (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)						
	Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	F	P
EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	7	79.3831	8.98203	3.807	0.025*
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	69.1288	14.36350		
		Günde 1 Kez	3	73.4848	6.46164		
		Günde Birkaç Kez	9	55.8081	18.38878		
		TOPLAM	25	67.7273	16.63974		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	7	72.7679	12.06459	3.386	0.037
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	71.8750	18.85388		
		Günde 1 Kez	3	60.4167	7.21688		
		Günde Birkaç Kez	9	48.9583	20.31250		
		TOPLAM	25	62.5000	19.34810		
	Psikolojik Etki	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	7	91.2698	7.76265	3.545	0.032
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	73.6111	19.54340		
		Günde 1 Kez	3	87.9630	8.92931		
		Günde Birkaç Kez	9	65.1235	21.61100		
		TOPLAM	25	77.2222	19.67456		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	7	68.5714	22.49339	1.282	0.306
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	56.6667	19.91649		
		Günde 1 Kez	3	68.3333	7.63763		
		Günde Birkaç Kez	9	50.0000	22.22049		
		TOPLAM	25	59.0000	21.16404		

Tablo 15: İdrar kaçırma sıklığı ve ölçekler arası kıyaslama (Devamı)

İdrar Kaçırma Sıklığı Ve Ölçekler Arası Kıyaslama (Gruplara Göre) (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)							
	Ölçek	Değişken	N	Ort.	Ss	F	P
HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	4	71.0227	14.50812	3.011	0.043
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	79.3561	5.67803		
		Günde 1 Kez	3	68.1818	17.15871		
		Günde Birkaç Kez	9	58.3333	14.14761		
		Her Zaman	3	60.2273	1.13636		
		TOPLAM	25	66.8182	14.11716		
	Davranış Sınırlama Ve Kaçınma	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	4	61.7188	15.80624	2.018	0.131
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	76.5625	5.13490		
		Günde 1 Kez	3	58.3333	32.82490		
		Günde Birkaç Kez	9	54.8611	14.07214		
		Her Zaman	3	55.2083	7.21688		
		TOPLAM	25	61.6250	16.62234		
	Psikolojik Etki	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	4	77.7778	18.28557	3.622	0.022
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	89.8148	5.17194		
		Günde 1 Kez	3	81.4815	8.01875		
		Günde Birkaç Kez	9	65.4321	14.96595		
		Her Zaman	3	74.0741	5.78241		
		TOPLAM	25	76.2222	14.98199		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	Haftada Bir Veya Daha Seyrek	4	73.7500	8.53913	2.590	0.068
		Haftada İki Veya Üç Kez	6	65.0000	19.49359		
		Günde 1 Kez	3	60.0000	10.00000		
		Günde Birkaç Kez	9	51.1111	16.54119		
		Her Zaman	3	43.3333	5.77350		
		TOPLAM	25	58.2000	17.00980		

İdrar kaçırma miktarının gruplar bazında dağılımında ise, evde bakım hizmeti alan katılımcıların %88'i az miktarda, %8'i orta miktarda ve %4'ü ise çok miktarda idrar kaçırdığını ifade etmektedir. Huzur evinde yaşamakta olan katılımcıların ise %64'ü az miktarda, %28'i orta miktarda ve %8'i ise çok miktarda idrar kaçırdığını belirtmiştir.

İdrar kaçırma miktarı açısından iki grubu karşılaştırdığımızda, gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16: İdrar kaçırma miktarının gruplara göre dağılımı

İDRAR KAÇIRMA MİKTARI GRUPLARA GÖRE DAĞILIMLARI				
GRUP	ALT GRUP	N	%	P
EVDE BAKIM	Az	22	88.0	0.096
	Orta	2	8.0	
	Çok	1	4.0	
	TOPLAM	25	100.0	
HUZUREVİ	Az	16	64.0	
	Orta	7	28.0	
	Çok	2	8.0	
	TOPLAM	25	100.0	

İdrar kaçırma miktarı ve **Genel Ölçek Puanı (GÖP)**, **Davranış Sınırlama ve Kaçınma (DSK) Psikolojik Etki (PE)**, **Sosyal Yaşamı Sınırlama (SYS)** ölçekleri arası ilişki her iki ana grup için ayrı ayrı olmak üzere incelenmiştir. İlişki incelenirken bu ilişkinin varlığı/yokluğunu ortaya koymak adına **Tek Yönlü Varyans Analizi (ONE Way ANOVA Test)** kullanılmış olup, sonuçlar tabloda detaylandırılmıştır.

Evde bakım hizmeti alan katılımcılarda, idrar kaçırma miktarı değişkeni ile ölçekler arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanamamıştır. Detaylar tabloda verilmiştir.

Huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda, idrar kaçırma miktarı değişkeni ile DSK (**p=0.016**) ölçeği arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu aşamadan sonra farktan sorumlu grup veya grupların hangileri olduğunu araştırmak adına Post-Hoc Bonferonni testi uygulanmıştır. Sonuçta DSK ölçeğinde farktan sorumlu grubun “**Çok**” idrar kaçıran katılımcılar olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar için, “**Çok**” idrar kaçıran katılımcıların DSK ölçek puanları diğer miktarlarda idrar kaçıran katılımcılara oranla anlamlı şekilde düşüktür sonucuna varılmıştır (Tablo 17).

Tablo 17: İdrar kaçırma miktarı ve ölçekler arası kıyaslama

	İdrar Kaçırma Miktarı Ve Ölçekler Arası Kıyaslama (Gruplara Göre) (TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ)						
	Ölçek	Değişken	n	Ort.	ss	F	P
EVDE BAKIM	Genel Ölçek Puanı	AZ	22	69.0083	15.95611	1.083	0.356
		ORTA	2	65.3409	26.51650		
		ÇOK	1	44.3182	.		
		TOPLAM	25	67.7273	16.63974		
	Davranış Sınırlama ve Kaçınma	AZ	22	64.3466	18.36558	1.292	0.295
		ORTA	2	56.2500	30.93592		
		ÇOK	1	34.3750	.		
		TOPLAM	25	62.5000	19.34810		
	Psikolojik Etki	AZ	22	78.7879	19.02506	0.898	0.422
		ORTA	2	72.2222	31.42697		
		ÇOK	1	52.7778	.		
		TOPLAM	25	77.2222	19.67456		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	AZ	22	58.8636	22.14303	0.360	0.702
		ORTA	2	67.5000	10.60660		
		ÇOK	1	45.0000	.		
		TOPLAM	25	59.0000	21.16404		
HUZUREVİ	Genel Ölçek Puanı	AZ	16	70.2415	14.03593	2.747	0.086
		ORTA	7	64.4481	9.13140		
		ÇOK	2	47.7273	19.28473		
		TOPLAM	25	66.8182	14.11716		
	Davranış Sınırlama ve Kaçınma	AZ	16	66.9922	13.45172	5.051	0.016
		ORTA	7	57.1429	15.90523		
		ÇOK	2	34.3750	17.67767		
		TOPLAM	25	61.6250	16.62234		
	Psikolojik Etki	AZ	16	77.2569	15.98027	0.908	0.418
		ORTA	7	77.7778	9.07218		
		ÇOK	2	62.5000	25.53441		
		TOPLAM	25	76.2222	14.98199		
	Sosyal Yaşamı Sınırlama	AZ	16	62.8125	18.52645	2.049	0.153
		ORTA	7	52.1429	9.94030		
		ÇOK	2	42.5000	10.60660		
		TOPLAM	25	58.2000	17.00980		

Günlük yaşam aktiviteleri dağılımına baktığımızda katılımcıların hepsi bağımsız hasta (13-18 puan) kategorisindedir (Tablo 18-19).

Tablo 18: Günlük yaşam aktiviteleri dağılımı

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ DAĞILIMI				
DEĞİŞKEN	GRUP	ALT GRUP	N	%
BANYO	EVDE BAKIM	KISMEN BAĞIMLI	1	4.0
		BAĞIMSIZ	24	96.0
		TOPLAM	25	100.0
	HUZUREVİ	KISMEN BAĞIMLI	3	12.0
		BAĞIMSIZ	22	88.0
		TOPLAM	25	100.0
GİYİNME	EVDE BAKIM	KISMEN BAĞIMLI	1	4.0
		BAĞIMSIZ	24	96.0
		TOPLAM	25	100.0
	HUZUREVİ	BAĞIMSIZ	25	100.0
YEMEK	EVDE BAKIM	BAĞIMSIZ	25	100.0
	HUZUREVİ	BAĞIMSIZ	25	100.0
TUVALET	EVDE BAKIM	BAĞIMSIZ	25	100.0
	HUZUREVİ	KISMEN BAĞIMLI	1	4.0
		BAĞIMSIZ	24	96.0
		TOPLAM	25	100.0
TRANSFER	EVDE BAKIM	KISMEN BAĞIMLI	2	8.0
		BAĞIMSIZ	23	92.0
		TOPLAM	25	100.0
	HUZUREVİ	KISMEN BAĞIMLI	8	32.0
		BAĞIMSIZ	17	68.0
		TOPLAM	25	100.0
KONTİNANS	EVDE BAKIM	BAĞIMSIZ	25	100.0
	HUZUREVİ	BAĞIMSIZ	25	100.0

Tablo 19: Grupların Bağımsızlık Skorları

EVDE BAKIM	BAĞIMSIZLIK SKORU	Ort.±SS Med. (Min.-Max.)	17.84 ± (0.47) 18 (16-18)
HUZUR EVİ	BAĞIMSIZLIK SKORU	Ort.±SS Med. (Min.-Max.)	17.52 ± (0.82) 18 (15-18)

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli geriatrik rahatsızlıklardan birisidir. Gerek sağlık personeli, gerekse hastalar tarafından çeşitli nedenlerle sıklıkla gözardı edilse de, Üİ'nin belki de en önemli olarak değerlendirebileceğimiz sonuçları, psikolojik ve sosyal komplikasyonlarıdır. Basit utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında, kendine olan güvenin azalması, sonucunda sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyon, yaşlı bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (76,77).

Choo ve ark.'nın (78) çalışmasında da Üİ'nin sosyal yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Van Brummen ve ark.'nın (79) UDI (Urogenital Distress Inventory) ve IIQ (Incontinence Impact Questionnaire) anketlerini kullanarak 474 kadın üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda kadınların fiziksel, sosyal ve duygusal alandaki skorları düşük bulunmuş ve Üİ durumunun yaşam biçimlerini kısıtladığı görülmüştür (80). Akgün (GÖP:76.8) (81) ve Özerdoğan'ın (GÖP:55-94.97) (72) I-QOL skalası kullanarak Üİ'li kadınların yaşam kalitesi düzeyini ölçen çalışmaları sonucunda hafif ya da orta derecede etkilenme saptanmıştır.

McDowell, yaşlı, eve bağımlı, çeşitli hastalıkları ve fonksiyonel bozuklukları olan hastalarda bile, Üİ'nin kontrol altına alınması ile yaşam kalitesi ve kognitif fonksiyonların olumlu etkilendiğini belirtmiştir (82).

Hasta açısından olduğu kadar, bakmakla yükümlü aile bireyleri ve sağlık personeli açısından da sevimsiz ve zahmetli bir durum olan Üİ, ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde, yaşlı bir kişiyi bakımevine yerleştirmede, önemli endikasyonlardan birisini teşkil etmektedir (83).

Çalışmamızda huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi karşılaştırılmıştır. I-QOL ölçeğinin genelinden ve alt alan ölçeklerinden alınan puanlarla gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelendiğinde genel olarak bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerlerde olduğu (**GÖP:66.8-67.7**) ve orta düzeyde bir etkilenme olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak katılımcıların Üİ'yi yaşlılığın doğal bir sonucu olarak değerlendirip yaşamı çok olumsuz

yönde etkileyecek bir sorun olarak görmemelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Yine çalışmaya alınan kişilerin yaşa bağlı diğer sağlık sorunları inkontinansı yaşamlarının odak noktası yapmamalarına neden olmuş olabilir. Velazquez ve ark.'nın (84) yaptıkları çalışmada; davranışları sınırlama, psikolojik etki ve sosyal yaşamı sınırlama alt kategorileri arasında en düşük puanların sosyal yaşamı sınırlama skalasında olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da her iki grupta yaşam kalitesi alt ölçeklerinden en düşük puanın sosyal yaşamın sınırlanması ölçeğinde olduğu görülmüştür.

Yaşam kalitesi ölçek puanları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara, DM, obezite ve diüretik kullanımı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Üriner inkontinans, kadınlarda 80 yaşına kadar erkeklerden 2 kat daha sık görülürken, 80 yaşından sonra her iki cinsiyette benzer oranlarda görülmektedir (85). Irwin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Üİ'nin kadın/ erkek görülme oranı 60 yaş altında 4/1, 60 yaş ve üzeri için 2/1 olduğu belirtilmektedir (86). Ateşkan ve arkadaşlarının 65 yaş üstü bireylerde yaptığı çalışmada Üİ prevalansı kadınlarda %57.1, erkeklerde %21.5 olarak tespit edilmiştir (87). Yine ülkemizde huzurevlerinde kalan yaşlılarda Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %43, erkeklerin %20.9'unda Üİ olduğu ve bunun yaşam kalitesini ciddi olarak etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmaya göre Üİ kadınların yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir (88). Cervera ve arkadaşlarına göre bu farklılık erkeklerin sorunu dile getirmedeki isteksizliğine bağlı olabilir (89).

Bizim çalışmamızda evde bakım hizmeti alan katılımcılarda kadınların oranı %80, erkeklerin oranı %20 olarak görülmekte iken, huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda kadınların oranı %52 erkeklerin oranı ise %48 olarak görülmektedir. Üriner inkontinansı sorgularken huzurevinde bakım alanlardan bakıcılarının üriner inkontinansı olduğunu bildirdiği erkek bireylerin şikayetlerini dile getirmedikleri gözlenmiştir. Bu durum erkek katılımcıların sayısını etkilemiş olabilir. Analiz sonuçlarına göre ise cinsiyet ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Yaşın ilerlemesi üretral sfinkter distrofisine sebep olduğu için Üİ özellikle 75 yaş üstünde daha sık görülmektedir (4). Bizim çalışmamızda ise yaşı 65-75 arasında olanların oranı (%68) daha yüksektir (evde bakım hizmeti alan katılımcıların %76'sı, huzur evinde kalan katılımcıların ise %60'ı).

Yapılan analiz sonucunda huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda yaş ile **GÖP, DSK ve PE** arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p=0.035, p=0.019, p=0.024**). Sonuç olarak >75 yaş olan katılımcıların GÖP, DSK ve PE puanları 65-75 yaş arası katılımcılara oranla istatistiki açıdan anlamlı düzeyde yüksektir. Üriner inkontinansın huzurevindeki katılımcılardan 75 yaşın üstünde olanların yaşam kalitesini daha az etkilediği görülmektedir. Bunun nedeni 75 yaş üstünde olanların daha inaktif bir yaşam sürmeleri, daha az dışarı çıkmaları ve sosyal faaliyetlere daha az katılmaları olabilir. Bu sonuçlar Bartoli ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttiği inkontinanslı hastalarda yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğü bilgisini desteklemektedir (90).

Literatürü incelediğimizde, eğitim durumu ile Üİ arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışma sonuçları çelişkilidir. Benlioğlu'nun (91) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça inkontinans sıklığının azaldığı bulunmakla birlikte Kocaöz'ün (92) yaptığı prevalans çalışmasında eğitim düzeyi ile Üİ prevalansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da katılımcıları eğitim durumuna göre incelediğimizde; eğitim durumu değişkeni ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Vücut ağırlığının artışının, abdominal basıncın ve intravezikal basıncın artışına neden olarak Üİ'deki risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (93,94,95). Literatürde üriner inkontinans ile obezite arasında anlamlı ilişki bulamayan çalışmaların yanı sıra (91,96,97), beden kitle indeksi arttıkça inkontinansın görülme sıklığının arttığını belirten çalışmalar da vardır (91,72,98,84,99,100,101).Bizim çalışmamızda ise evde bakım hizmeti alan katılımcıların %52'sinde, huzurevinde bakım alan katılımcıların %44'ünde obezite mevcuttur. Ancak obezite ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Yaşlılarda insidansı %20'lere kadar çıkan diyabet gerek ozmotik diürez, gerekse detrusor aşırı aktivitesine yol açabilen nöropatik değişikliklere sebep olarak inkontinansa yol açar. Yapılan çalışmalarda Üİ görülme oranının diyabeti olanlarda anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (72,102,103,104) . Bizim çalışmamızda huzurevinde kalan katılımcılarda DM ile **GÖP** arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Huzurevinde kalan katılımcılarda diyabeti olanların diyabeti olmayanlara oranla GÖP puanları istatistiki açıdan anlamlı düzeyde düşüktür. (**p=0.040**).

Huzurevindeki katılımcılarda Üİ, diyabeti olanların yaşam kalitesini diyabeti olmayanlara göre daha fazla etkilemektedir.

Bump ve McClish tarafından yapılan çalışmalarda sigara içiminin Üİ'nin tüm tiplerini 2-3 kat arttırdığı saptanmıştır (41). Özerdoğan ise sigara kullanımı ile Üİ arasında bir ilişkinin olmadığını bildirmiştir(72). Kocaöz'ün (92) çalışmasında Üİ'si olan kadınlarda sigara kullananların oranı %39 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise evde bakım hizmeti alan katılımcıların %16'sının, huzurevinde bakım alan katılımcıların %64'ünün sigara kullandıkları bulunmuştur. Sigara ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Katılımcılarda ‘urge’ inkontinansın evde bakım hizmeti alan ve huzurevinde kalmakta olan kişilerde en sık rastlanan inkontinans tipi olduğu saptandı (%44 ,%60). Sonuçlarımıza benzer olarak Arslan ve arkadaşlarının çalışmalarında da urge inkontinans en yaygın üriner inkontinans tipidir (88).Bu çalışmada urge inkontinansın stres ve miks inkontinansa göre yaşam kalitesini daha çok etkilediği sonucuna varılmıştır (88).Benzer şekilde O'Conor özellikle urge Üİ olgularının yaşam kalitesini bozduğunu SF-36 anketi ile değerlendirmiş ve semptomlarla yaşam kalitesini ileri derecede ilişkili bulmuştur (105).

Bizim çalışmamızda ise her iki grupta da miks inkontinansı olanların GÖP ve DSK puanları urge ve stres inkontinansı olanlara göre istatistiki açıdan anlamlı düzeyde düşüktür (**E: p=0.035 - p=0.007, H: p=0.045 - p=0.019**). Sonuç olarak bulgularımıza göre miks inkontinans stres ve urge inkontinansa göre yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir. Urge, stres ve miks tip inkontinansı olan katılımcılarda, gruplarla ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Mertoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ICIQ kısa formdaki skala ile I-QoL karşılaştırıldığında aralarında orta düzeyde ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (**r: -0.58, p<0.01**) (106).

Bizim çalışmamızda da ICIQ kısa formdaki skala ile I-QoL karşılaştırıldığında aralarında orta-yüksek düzeyde ve anlamlı bir korelasyon varlığı saptanmıştır. (**r=-0.64, p<0.001**). Çalışmamızda ICIQ-kısa formundaki yaşam kalitesini sorgulayan vizüel analog skala skoru, idrar kaçırma yaşam kalitesini ayrıntılı inceleyen I-QoL soru formuyla ileri derecede bir uyum göstermiştir.

Evde bakım hizmeti alan katılımcılarda, “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıranların GÖP, DSK ve PE ölçek puanları diğer sıklıklarda idrar kaçıranlara oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (**p=0.025,p=0.037,p=0.032**). Huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda ise, “**Günde birkaç kez**” idrar kaçıran katılımcıların GÖP ve PE ölçek puanları diğer sıklıklarda idrar kaçıran katılımcılara oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur(**p=0.043,p=0.022**).

Huzurevinde kalmakta olan katılımcılarda, idrar kaçırmaya miktarı değişkeni ile DSK ölçeği arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. “**Çok**” idrar kaçıran katılımcıların DSK ölçek puanları diğer miktarlarda idrar kaçıran katılımcılara oranla anlamlı şekilde düşüktür (**p=0.016**).

Sonuçlarımıza benzer olarak Temml ve arkadaşlarının çalışmasında da Üİ sıklığı yaşam kalitesini düşürmektedir (**p=0.006**) (107). Özerdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşam kalitesindeki bozulmanın; inkontinans epizodlarının sıklığına ve kaçırılan idrar miktarına bağlı olarak anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (**p<0.001**) (72).

6. SONUÇ

Üriner inkontinans yaşlılarda sık görülen, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen; önemli fiziksel, ruhsal ve sosyal sonuçları olan geriatrik rahatsızlıklardan biridir. Artan yaş ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler nedeniyle sık görülmesine rağmen, yaşlılığın doğal bir sonucu değildir, her yaşta patolojiktir. Yaşlılar idrar kaçırdıklarını nadiren belirtir bu nedenle her anamnez formunda inkontinans sorgulaması mutlaka olmalıdır.

Çalışmamızda huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde Üİ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini karşılaştırdık.

I-QOL ölçeğinin genelinden ve alt alan ölçeklerinden alınan puanlarla iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerine baktığımızda genel olarak bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yüksek değerlerde olduğu ve orta düzeyde bir etkilenme olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak katılımcıların idrar kaçırmayı yaşlılığın doğal bir sonucu olarak değerlendirip yaşamı çok olumsuz yönde etkileyecek bir sorun olarak görmemelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca yaşlılığa bağlı diğer sağlık sorunlarının bu problemin önemini azaltabileceği düşünülmüştür. Yine her iki grupta yaşam kalitesi alt alan ölçeklerinden en fazla etkilenen alanın sosyal yaşamın sınırlanması olduğu görülmüştür.

Bireylerin cinsiyetleri, eğitim durumları, sigara, obezite, diüretik kullanımı inkontinansa bağlı yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır.

Huzurevinde kalmakta olanlarda yaş ile **GÖP**, **DSK** ve **PE** arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üriner inkontinans, 65-75 yaş arasında olanların yaşam kalitesini 75 yaş üstü olanlara göre daha fazla etkilemektedir.

Huzurevinde kalmakta olanlarda DM ile **GÖP** arasında da istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üriner inkontinans, diyabeti olanların yaşam kalitesini diyabeti olmayanlara göre daha fazla etkilemektedir.

Üriner inkontinans tipi ile grupların yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak her iki grupta da miks inkontinans, stres ve urge inkontinansa göre yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir.

İnkontinans epizodları sık olanlar olmayanlara göre, kaçırılan idrar miktarı fazla olanlar az olanlara göre daha düşük yaşam kalitesine sahipti.

Çalışmamızda ICIQ-kısa formundaki yaşam kalitesini sorgulayan vizüel analog skala skoru, idrar kaçırmada yaşam kalitesini ayrıntılı inceleyen I-QOL soru formuyla ileri derecede bir uyum göstermiştir. ICIQ-SF Üİ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisini sorgulamakta yeterli görünmektedir. Çok sorulu bir yaşam kalitesi formu yerine tek başına yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabilir.

Sonuç olarak; hekimler, yaşlılığın doğal bir sonucu olarak görülen ve genellikle göz ardı edilen Üİ konusunda daha duyarlı olmalı ve özellikle yaşlı hastalarda mutlaka Üİ'yi sorgulamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. 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: 167-78.
2. Chutka DS, Fleming KC, Evans MP, et al. Urinary incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 93-101.
3. Akman Y, Başar M. Urologic problems in the elderly population *Turkish Journal Of Geriatrics*, 15 (4) (2012), pp. 455-462
4. Escudero, J. Ramos de Campos, M. Ordoño, F., Fabuel, M., Navalón, P., & Zaragoza, J. Radical prostatectomy complications: Evolution and conservative management of urinary incontinence [in Spanish]. *Actas Urológicas Españolas*, (2006). 30, 991-997.
5. Kwak Y, Kwon H, Kim Y. Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging & mental health*. 2015;15:1-8
6. Wilson L, Brown JS, Shin GP, et al. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 398-406.
7. Padros J, Peris T, Salva A, et al. Evaluation of a urinary incontinence unit for community-dwelling older adults in Barcelona: Implementation and improvement of the perceived impact on daily life, frequency and severity of urinary incontinence. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 291-7.
8. Fung CH, Spencer B, Eslami M, Crandall C. Quality indicators for the screening and care of urinary incontinence in vulnerable elders. *J AmGeriatrSoc*. 2007;55 Suppl 2:S443-449.
9. Gray M. Assessment and management of urinary incontinence. *NursePract*. 2005 Jul;30(7):32-3, 36-43; quiz 43-45.
10. Di Rosa M, Lamura G. The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Aging Clin Exp Res* 2016; **28**: 89-97.
11. Torres C, Ciocon JO, Galindo D, et al. Clinical approach to urinary incontinence: A comparison between internists and geriatricians. *International Urology and Nephrology* 2001; 33: 549-52
12. Snell Richard S. Pelvis Boşluğu Klinik Anatomi 1998:307:312-315
13. Tanago EA: Anatomy of the lower urinary tract in Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stamey TA (Eds): *Campbell's Urology*. Philadelphia, WB Saunders. 1986 pp 46-61.

14. Gorsling JA, Dixon JS, Critchley HOD, et al. A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *Br J Urol* 1981;53:35-41
15. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, et al :The standardization of terminology lower tract function , *Scand J Urol Nephrol* 1988;114:5
16. DeLancey JOL, *Clin. Obst&Gynecol.* 1990;33:2:298-306
17. Lawson JON: Pelvic anatomy.I. Pelvic floor muscles. *Ann R Coll Sur Engl* 1974 54:244-252
18. Christian Falconer. Decreased collagen synthesis in stress continent women. *Obstet Gynecol* 1994;84:583-586
19. Norton PA: Pelvic floor disorders: The role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol* 1993 36:926-938
20. Fletcher TF, Bradley WE: Neuroanatomy of the bladder urethra. *J Urol* 1978; 119: 153-160.
21. Dursun E, Hamamcı N, Sağlam R. Nörojenik mesane ve bağırsak fonksiyon bozuklukları. Hasan Oğuz (ed): *Tıbbi Rehabilitasyon*. 1995; sayfa 443-459.
22. Wein AJ, Raezer DM: Physiology of micturition. In Krane RJ and Siroky MB (eds): *Clinical Neuro-Urology*. Boston, Little, Brown and Co. 1979 pp 1-34.
23. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, et al :The standardization of terminology lower tract function , *Scand J Urol Nephrol* 1988;114:5
24. Wein AJ: Pathophysiology and categorization of voiding dysfunction, In Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al, eds: *Campbell's urology*, ed 7, Philadelphia, 1998, WB Saunders
25. Blaivas JG, Olsson JA: Stress incontinence ;classification and surgical approach. *J of Urol* 1988;139:727
26. Enhorning G: Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure, *Acta Chir Scand* 1961;276:1
27. D, Badlani G. Treatment of overactive bladder and incontinence in the elderly. *Rev Urol* 2002; 4 (Suppl 4): 38-43.
28. Smith DA. Evaluation of urinary incontinence. *JAMDA* 2002; 2-10.
29. Ouslander JG. Incontinence. In: Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB (eds). *Essentials of Clinical Geriatrics*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Inc, 1999: 181-230.
30. Chutka DS, Fleming KC, Evans MP, et al. Urinary incontinence in the elderly population. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 93-101.

31. Santiago SK, Arianayagam M, Wang A. Urinary incontinence pathophysiology and management outline. *Australian Family Physician* 2008; 37: 106-10.
32. Cervera Deval, J., Sarraita Davia, I., Macia Pareja, C., Moreno Alzuyet, J., & Mayoral Azofra, E. (2004). Urinary incontinence: A hidden problem. *Rehabilitación*, 38(1), 1-6.
33. K.L. Miller Stress urinary incontinence in women: Review and update on neurological control *Journal of Women's Health*, 14 (2005), pp. 595–608
34. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(4):473-480.
35. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urology* 2008; 179: 1449-54.
36. Landi F, Cesari M, Russo A, et al. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing* 2003; 32: 194-9.
37. Carlile A, Davies I, Rigby A et al Age changes in the human female urethra :a morphometric study, *J Urol* 1988;139:532
38. Tapp A, Cardozo L, Versi E et al: The effect of vaginal delivery on the urethral sphincter, *Br J Obstet Gynecol* 1988;95:142
39. Semmens JP, Wagner G: Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women , *JAMA* 1982;248:445
40. Fantl JA, Wyman JF, Anderson RL, et al : Postmenopausal urinary incontinence : comparison between nonestrogen supplemented and estrogen supplemented women, *Obstet Gynecol* 1988;71:823
41. Bump RC, McClish DK : Cigarette smoking and urinary incontinence in women , *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1213
42. Dwyer PL. Obesity and urinary incontinence in women . *Br J Obstet Gynecol*. 1998;95(1):91-6
43. Walters Mark D, Karram Mickey M. Evaluation of Incontinence. *Clinical Urogynecol* 1993;5:49-59
44. Walters Mark D, Shields Larry E: The diagnostic value of history, physical examination, and the Q-tip cotton swab test in women with urinary incontinence . *Am J Obstet Gynecol* 1988 ;159:145-147
45. Ostergard DR: Effect of drugs on the lower urinary tract. In Ostergard DR: *Gynecologic urology and urodynamics*, ed 2, Baltimore, 1985, Williams & Wilkins

46. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, et al :The urinary diary in evaluation of incontinent women:a test-retest analysis, *Obstet Gynecol* 1988;71:812
47. Walters MD, Realini JP: The evaluation and treatment of urinary incontinence in women.a primary care approach. *J Am Board Fam Pract* 1992 ;5:289
48. Hilton P, Stanton SL: Algorithmic method for assesing urinary incontinence in elderly women. *Br Med J* 1981;282:940
49. Boscia JA, Kobasa WD, Abrutyn E, et al :Lack of association between bacteriuria and symptoms in the elderly. *Am J Med* 1986;81:979
50. Bhatia NN, Bergman A. Urodynamic appraisal of the Bonney test in women with stress urinary incontinence, *Obstet Gynecol* 1983;62:696
51. Sutherst JR, Brown MC, Shower M Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads , *Lancet* 1981;1(8230):1128
52. Bergman A, McCarthy TA, Ballard CA, et al. Role of the Q-tip test in evaluating stress urinary incontinence , *J Reprod Med* 1987;32:273
53. Karra MM , Narender N, Bhatia MD: The Q-tip test :standardization of the technique and its interpretation in women with urinary incontinence . *Obstet Gynecol* 75 1988;71:807
54. Richardson DA, Bent AE, Ostergard DR. The effect of uterovaginal prolapsa on urethrovesical pressure dynamics . *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:901-905
55. Bhatia NN, Bradley WE, Haldeman S: Urodynamics: continous monitoring, *J Urol* 1982;128:963
56. Bradley WE, Timm GW, Scott FB: Cystometry: Cystometers *Urology* 1975;5:843
57. Bump RC The urodynamic laboratory *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989;16:795
58. Massey A, Abrams P Urodynamics of the female lower urinary tract. *Urol Clin North Am* 1985;12:231
59. Barnick CG, Cardozo LD, Benness C Use of routine videocystourethrography in the evaluation of female lower urinary tract dysfunction. *Neurourol urodyn* 1989;8:447
60. Nitti VW, Combs AJ Correlation of Valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. *J Urol* 1996;155(1):286-
61. Green LF, Khan AU. Cystourethroscopy in the female *Urology* 1977;10:461
62. Barnick CGW, Cardozo LD Denervation and re-innervation of the urethral sphincter in the aetiology of genuine stress incontinence: an electromyographic study. *Br J Obstet Gynecol* 1993;100:750-753

63. Mostwin SL, Yang A, Sanders R, Gendary R. Radiography, sonography and magnetic resonance imaging for stress incontinence. *Urol Clin North Am* 1995;22:539-559
64. Greenwald SW, Thronbury JR, Dunn LJ. Cystourethrography as a diagnostic aid in stress incontinence: an evaluation. *Obstet Gynecol* 1967;29:324
65. Bergman A, Ballard CA, Lawrence DP. Ultrasonic evaluation of urethrovesical junction in women with stress urinary incontinence. *J Clin Ultrasound* 1988;16:295-300
66. Johnson JD, Lamensdorf H, Hollander IN, Thurman AL. Use of transvaginal endosonography in the evaluation of women with stress urinary incontinence. *J Urol* 1992;24:421-423
67. Bhatia NN, Ostergard DR, McQuown D. Ultrasonography in urinary incontinence. *Urology* 1987;29:90
68. Butler H, Bryan PJ, Lipuma JP, et al. Magnetic resonance imaging of the abnormal female pelvis. *Am J Roentgenol* 1984;143:1259
69. Walters MD, Karram MM. Genuine stress incontinence: non surgical treatment. *13:163-179 Mosby-Year Book* 1993
70. Varner RE. Retropubic long-needle suspension procedures for stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:551-557
71. Mundy AR. The surgical treatment of urge incontinence of urine. *J Urol* 1982;128:481
72. Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniv; 2003.
73. Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe Validasyon (geçerlilik) Çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*. 30: 33
74. Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185:914-9.
75. Yardımcı E. İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sonuçlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1995.
76. Ouslander JG, Abelson S. Perceptions of urinary incontinence among elderly outpatients. *Gerontol* 1990; 30: 369-372.
77. Wyman JF, Harkins SW, Choi SC. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:282-288.

78. Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Nov; 18(11):1309-15.
79. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz AP, Van der Vaart CH. What is the effect of overactive bladder symptoms on woman's quality of life during and after first pregnancy? *BJU Int* 2006 Feb; 97(2):296-300.
80. Bushnell DM, Martin ML, Svihra J. Evaluating the Performance of a New Slovak Version of the Incontinence- Specific Quality of Life Measure (I-QOL). 8th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research (ISOQOL), Amsterdam, The Netherlands, November 7-10, 2001.
81. Akgün G. 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Edirne-2009
82. McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N: Effective-ness of behaviour altherapy to treat incontinence in homebound older adults. *J AmGeriatrSoc* 1999 Mar; 47(3):309-18.
83. Ouslander JG, Zarit SH: incontinence among elderly community-dwelling dementia patients; characteristics, management and impact on caregivers *J AmGeriatrSoc* 1990; 38:440-444.
84. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecol Obstet Mex* 2007 Jun; 75(6):347-56.
85. Theodore M. Johnson II; Joseph G. Ouslander. Urinary incontinence. New York: InformaHazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 2009. p. 717-730.
86. Irwin ED et al. Population-Based Survey Of Urinary Incontinence, Overactive Bladder And Other Lower Tract Symptoms In Five Countries: Results Of The EPIC Study. *Europeanurology* 2006; 50: 1306-15.
87. Ateşkan Ü, Mas AR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatri*, 2000; 3(2): 45-50.
88. Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence (ui) and quality of life (qol) of the elderly residing in residential homes in turkey. *ArchGerontolGeriatr* 2009; 49:304-10.
89. CerveraDeval, J., SarraitaDavia, I., MaciaPareja, C., MorenoAlzuyet, J., & MayoralAzofra, E. (2004). Urinary incontinence: A hidden problem. *Rehabilitación*, 38(1), 1-6.
90. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: a systematic literature review. *Urology* 2010; 75: 491-500.

91. Benlioğlu C. Kahramanmaraş İl Merkezli 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması (Tez). Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniv; 2006.
92. Kocaöz S. Etimesgut İl No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniv; 2001.
93. Özdemir S, Çelebi G, Nurulloğlu N, Ark CH. Ürojinekoloji Kliniğimize BaĖvuran Üriner İnkontinans Olgularının Dağılımı. Genel Tıp Derg 2006; 16(2): 49-52.
94. Van Oyen H, Van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences. Acta Clin Belg 2002; 57(4):207-18.
95. Schorsch I, Soljanik I, Stanislaus P, Bauer R, Mayer M, Hocaoglu Y et al. Causes and diagnosis of female urinary incontinence. MMW Fortschr Med. 2007 Sep 20; 149(38):27-9.
96. Koçak G, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. Eur Urol 2005; 48:634-41.
97. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle- aged women. BJU Int 2002 Jan; 89(1):61-6.
98. Foldspang A, Mommsen S. Overweight and urinary incontinence in women. Ugeskr Laeger 195 Oct 16; 157(42):5848-51.
99. Lassere A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T et.al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life, Eur Urol 2009 Apr 10.
100. Minassian VA, Stewart WF, Wood GC. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. Obstet Gynecol 2008 Feb; 111(2 Pt 1):324-31. 126
101. MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. BMI, waist circumference, and incident urinary incontinence in older women. Obesity 2008 Apr; 16(4):881-6.
102. Güneş G, Güneş A, Pehlivan E (2000). Malatya Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. Turgut Ozal Tıp Merkezi Dergisi, 7 (I): 54-57.
103. Klingler HC, Schmidbauer J, Temme! C, Haidinger G, Madersbacher S (2000). Risk factors for urin'ary incontinence in men and women, JCS 2000 Tampere; posters, [http:// www.icsoffice.org/ publications/2000/POSTERS](http://www.icsoffice.org/publications/2000/POSTERS) (5.06.2001).
104. MacLennan, AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D (2000). The prevalance of pelvic no'r disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. British Journal ~f Obstetrics and Gynaecology, I 07: 1460-1470.

105. O'Connor RM, Johansson M, Hass SL: Urge incontinence, quality of life and patients valuation of symptom reduction. *Pharmacoeconomics* 1998Nov; 14(5):531-9.
106. Mertoğlu O, Şahin A, Altınok M, Zorlu F, ICIQ-Kısa form Türkçe, İdrar Kaçıran Kadınlarda Yaşam Kalitesini Değerlendirmekte Yeterli mi? I-QoL Formu ile Karşılaştırma. *Türk Üroloji Dergisi*: 2008.34 (3): 332-334.
107. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *NeurourolUrodyn* 2000; 19: 259-71.



8. EKLER

EK-1 : ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1.” Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlı bireylerde üriner inkontinans hastalığının yaşam kalitesi üzerine etkisinin karşılaştırılması”konulu çalışma bir araştırma özelliğindedir.

2.Araştırmamızın amacı; huzurevinde yaşayanlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisini , poliklinik hastalarıyla karşılaştırarak değerlendirmektir.

3.Size 4 soruluk İnkontinans Değerlendirme Testi (ICIQ-SF) , 22 soruluk İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve 6 soruluk KATZ’s Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Testi uygulanacaktır.

4. Araştırmamız 6 ay sürecektir ve araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 100 kişidir.

5. Size araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

6.Araştırmaya katılmanın size hiçbir sorumluluğu yoktur.

7.Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak sizin açınızdan hedeflenen herhangi bir klinik yarar bulunmamaktadır.

8.Size herhangi bir alternatif yöntem veya tedavi uygulanmayacaktır.

9.Size herhangi bir tazminat veya tedavi verilmeyecektir.

10.Size herhangi bir ulaşım, yemek gibi masraf yapılmayacaktır.

11.Size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır. Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan da herhangi bir ödeme alınmayacaktır.

12.Araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır. İsteddiğiniz zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir ve araştırmadan çekilebilirsiniz.

13.İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bu gönüllü olur formunun imzalanmasıyla siz veya yasal temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

14.Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacaktır; araştırma sonuçları yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizli tutulacaktır.

15.Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirileceksiniz.

16.Araştırma hakkında ,kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi edinebileceğiniz kişilerin(araştırmacıların) 24 saat ulaşabileceğiniz telefon numaraları size verilecektir.

17.Bu gönüllü olur formu sizin veya yasal temsilcinizin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermemektedir.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum(veya bu metin bana okundu). Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

GÖNÜLLÜNÜN

ARAŞTIRMACININ

ADI-SOYADI:

ADI-SOYADI:

İMZASI:

İMZASI:

TARİH:

TARİH:

TEL:

TEL:

EK-2 :



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı : 83045809/604.01/02-369807
Konu:

İstanbul / /

09 Kasım 2015

Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Başkanlığına

İlgi: 14.10.2015 tarih, 14028348-604.01.02-321792 sayılı yazınıza:

Bölümünüze bağlı Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Doç.Dr.Nurver Turfaner SİPAHIOĞLU**'nun danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Tuğba DURDU**'nun yürüttüğü **Uzm.Dr.Mehmet YÜRÜYEN**'in yardımcılığında "Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde İnkontinans Hastalığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması" başlıklı **Uzmanlık Tezi (Anket)** çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **03 Kasım 2015** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim.

Prof.Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Eki:
1 dosya

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa / İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili :22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:ctfetik@istanbul.edu.tr

EK-3 :



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Darülaceze Başkanlığı



Sayı : 52568945-020-90
Konu : Anket Çalışması Hk.

15.06.2015

BAŞKANLIK MAKAMINA

İlgi: 15.06.2015 tarih ve 1875 sayılı dilekçe.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Araş. Gör. Tuğba DURDU ilgi dilekçesinde, "Huzurevinde yaşayan geriatrik hastalarda Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi" konulu anket çalışmasını Kurumumuzda yapmak istemektedir.

İlgilinin talebi incelenmiş olup, çalışmanın bir nüshasının Kurumumuzda kalması şartıyla uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Makamınızca da uygun görülmesi halinde onayınıza arz ederim.

Dr. Çiçek ŞENEL
Başhekim

OLUR
15.06.2015

İlhan UĞUR
Darülaceze Başkanı

EKLER:

1. Test Ölçekleri

Adres : Halil Rıfatpaşa Mahallesi
Darulaceze Caddesi No: 51
Okmeydanı ŞİŞLİ/İSTANBUL

İrtibat: Sümeyye Kılıç Telefon : 0212 210 1895
Pbx Faks : 0212 210 18 96
E-posta : darulaceze@darulaceze.gov.tr.gov.tr

EK-4 : İNKONTİNANS DEĞERLENDİRME TESTİ (ICIQ-SF)

AD-SOYAD	TARİH		20
YAŞ-CİNSİYET	TOPLAM PUAN		

Aşağıdaki soruları son 1 ay içinde nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayınız.					
1) Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz?					
0	Hiçbir zaman	3	Günde bir kez		
1	Haftada bir veya daha seyrek	4	Günde birkaç kez		
2	Haftada iki veya üç kez	5	Her zaman		
2) Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (Ped, koruyucu bez kullanın veya kullanmayın)					
0	Hiç	4	Orta		
2	Az	6	Çok		
3) İdrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?					
0 (hiçbir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasında bir sayıyı yuvarlak içine alın.					
0	1	2	3 4 5 6	7	8 9 10
4) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (size uyanların tümünü işaretleyin)					
		Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum			
		Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum			
		Öksürürken veya hapşırırken idrar kaçıyorum			
		Uyurken idrar kaçıyorum			
		Hareket halinde ya da spor yaparken idrar kaçıyorum			
		İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum			
		Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıyorum			
		Her zaman idrar kaçıyorum			

İNKONTİNANS DEĞERLENDİRME TESTİ (ICIQ-SF)

Not: ICIQ skor= 1+2+3 soruların toplam yanıtları (Puan artıkça; inkontinans ve yaşam kalitesine olumsuz etkisi de artmaktadır). 4. Soruda ise hangi tip inkontinans olduğuna yanıt aranmaktadır.



EK-5: İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

***1-** Tuvalete zamanında yetişememe kaygısı duyuyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***2-** Öksürürken ve hapsirirken idrar kaçırırım diye kaygılanıyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***3-** Oturduktan sonra ayağa kalkarken, dikkatli olma zorunluluğu duyuyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***4-** Gittiğim yeni yerlerde, tuvaletlerin yerlerinin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#5- Kendimi depresif (bunalımda) hissediyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#6- Evimden uzun süre ayrı kalmaya cesaret edemiyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#7- İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için üzülüyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

Ø 8- Başkalarının benden idrar kokusu almasından rahatsız oluyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#9- İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***10-** Tuvalete sık sık gitmek zorunluluğu hissediyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***11-** İdrar kaçırmamdan dolayı, her ayrıntıyı önceden planlamak benim için çok önemlidir.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

ø 12- İdrar kaçırma sorununun, yaşım ilerledikçe kötüleşmesinden kaygı duyuyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***13-** Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

ø 14- İdrar kaçırmamdan dolayı utanç duymak yada küçük düşmekten korkuyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#15- İdrar kaçırma sorunu bana, sağlıklı bir insan olmadığımı düşündürüyor.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#16- İdrar kaçırma sorunu bana çaresizlik hissi veriyor.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#17- İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan zevk alamıyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

ø 18- İdrar kaçırp, altımı ıslatmaktan dolayı kaygı duyuyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

ø19- İdrar kesemi kontrol edemiyormuşum gibi hissediyorum.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

***20-** Ne içtiğime dikkat etmek zorundayım

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#21- İdrar kaçırma sorunu giysi seçimimi sınırılıyor.

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

#22- Cinsel ilişki kurmaktan kaygı duyuyorum

1- Çok fazla 2- Epeyce 3- Bir Miktar 4-Nadir 5- Hiç

* Davranışları sınırlama ve bu davranışlardan kaçınma 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, 20

Psikolojik etki 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, 22

ø Sosyal yaşamını sınırlama 8, 12, 14, 18, 19

EK-6:**KATZ's GÜNLÜK TEMEL YAŞAM AKTİVİTELERİ TESTİ**

AD- SOYAD		TARİH			
YAŞ- CİNSİYET		TOPLAM PUAN			18 puan

	1 Bağımlı	2 Kısmen Bağımlı	3 Bağımsız
BANYO			
GIYİNME			
YEMEK YEME			
TUVALET			
TRANSFER			
KONTİNANS			

Not: 0-6 puan= Bağımlı hasta, 7-12 puan= Kısmen bağımlı hasta, 13-18 puan= Bağımsız hasta

EK-7: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Yaş:

2.Cinsiyet: Kadın:

Erkek:

3.Boy:

4.Kilo:

5.BKİ:

6.Eğitim Durumu: okur-yazar değil okur-yazar

İlköğretim mezunu lise mezunu

Yüksekokul mezunu diğer

7.Meslek: memur işçi

Serbest meslek ev hanımı

Emekli çalışmıyorum

8.Sosyal Güvenceniz: SKG Özel sigorta

Yeşil kart Hiçbiri

9.Gelir Durumu: İyi Orta Kötü

10.Medeni Durum: Evli Bekar Diğer

11.Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?

12.Birlikte yaşadığınız kişi: Yalnız Bakıcı ile

Eşim ve çocuklar Diğer

13.Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Bıraktım Kaç yıldır bırakıldı? Kaç adet/gün, kaç yıl içildi?

14.Alkol: Evet Hergün Arasına Hayır

15.Kronik hastalıklarınız? Diyabet Tiroid hast.

Hipertansiyon KOAH

Hiperlipidemi Obezite

Koroner arter hastalığı Hiçbiri

Diğer

16.Kullandığınız ilaçlar?

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Tuğba Durdu
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 11.03.1985-Kayseri
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce
A.4.	Görev yeri: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): tugbadurdu@hotmail.com / 05057349164

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: Erciyes Üniversitesi / Tıp Fakültesi
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 2010
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Araştırma Görevlisi Doktor

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Koyulhisar İlçe Hastanesi Acil Hekimliği (Eylül 2010-Haziran 2011) , Koyulhisar İlçe Hastanesi Başhekimliği (Temmuz 2011-Ekim 2011) , Koyulhisar ASM Aile Hekimliği (Kasım 2011-Eylül 2013)
------	---

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

D.1.	İyi Klinik Uygulamalar (İKU) konusunda eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz:
D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.3.	Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.4.	Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:
D.5.	Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz:

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	El yazısıyla adı soyadı:
E.2.2.	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
E.2.3.	İmza: