

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ KADINLARA
VERİLEN KEGEL EGZERSİZİNE İLİŞKİN
BİLGİLENDİRMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Münevver ÖZCAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2012

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN 65 YAŞ ÜSTÜ KADINLARA
VERİLEN KEGEL EGZERSİZİNE İLİŞKİN
BİLGİLENDİRMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Münevver ÖZCAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU**

**ANKARA
2012**

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği

Program: İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Başlığı: Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi

Öğrenci Adı-Soyadı: Münevver ÖZCAN

Savunma Sınavı Tarihi: 17.01.2012

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Nuran Akdemir

(Hacettepe Üniversitesi)



Tez danışmanı:

Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

(Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Prof. Dr. Sevilay ŞENOL ÇELİK

(Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Yrd. Doç. Dr. Gülten IŞIK KOÇ

(Hacettepe Üniversitesi)



Üye:

Dr. İmatullah AKYAR

(Hacettepe Üniversitesi)



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. ORER

Müdür

TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesinde;

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU'ya tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında yol gösterici katkıları nedeniyle,

Çalışmamın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi çalışanlarına uygulama aşamasında yardımcı olmaları nedeniyle,

Çalışmaya katılan hastalara uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaları nedeniyle,

Aileme özellikle annem İkramiye ÖZCAN'a çalışma süresince sevgi ve sabırla bana destek olduğu için içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Özcan, M. Üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012. Çalışma, üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin değerlendirilmesi amacıyla müdahale çalışması olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Ünitesi'ne başvuran ve üriner inkontinansı olan 31 kadın hasta oluşturmuştur. Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Mini Mental Durum Değerlendirme Testi İnkontinans Şiddet İndeksi ve mesane günlüğü kullanılmıştır. Hastalarla yapılan ilk görüşmede hastalara kullanılan ölçekler uygulanmış, ikinci görüşmede Kegel egzersizi anlatılmıştır. Hastaların üriner inkontinansı şiddeti, Kegel egzersizine yönelik yapılan bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonunda İnkontinans Şiddet İndeksi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmanın verileri, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H testi, Friedman testi, Wilcoxon testi ve korelasyon kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda hastaların bilgilendirme sonrası inkontinans şiddet indeksi puanlarında azalma olmuştur. İnkontinans şiddet indeksi puanlarına göre değerlendirildiğinde hastaların %38.7'sinde eğitim öncesinde orta düzeyde üriner inkontinans bulunurken, bu oranın eğitim sonrası birinci ayda %35.5'a, ikinci ayda ise %19.4'e gerilediği; eğitim öncesi hastaların %6.5'inde hafif düzeyde üriner inkontinans var iken eğitim sonrası birinci ayda bu oranın %51.6, ikinci ayda ise %67.7'ye yükseldiği belirlenmiştir. Hastaların başlangıç, birinci ve ikinci ay sonundaki İnkontinans Şiddet İndeksi puanları karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada hastaların %35.5'inin Kegel egzersizlerini her gün düzenli olarak yaptıkları belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, 65 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın tedavisinde Kegel egzersizinin kullanılması ve hemşirelerin hastalara Kegel egzersizlerini öğretmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, kadın, üriner inkontinans, Kegel egzersizleri, hemşirelik

ABSTRACT

Özcan, M. The evaluation of Kegel exercises information given to urinary incontinent women aged 65 years old. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Master Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2012. The research was conducted as an intervention study to evaluate the Kegel exercises information given to urinary incontinent women aged 65 years old. The sample of the research was 31 incontinent women 65 years old and over, who applied to the Hacettepe University Medical Faculty Adult Hospital Department of Internal Medicine Geriatrics Unit. The data of the study was collected by using data collection form prepared by the researcher by reviewing the related literature and Activities of Daily Living Scale, Instrumental Activities of Daily Living Scale, Mini Mental State Examination, Incontinence Severity Index. At first interview, questions of scales were asked and at second interview, information about Kegel exercises were given to the patients. After giving information about Kegel exercises, the severity of urinary incontinence was evaluate by using Incontinence Severity Index at the end of the first and second months. The data obtained from the study was analyzed by identifying statistics as well as Chi-square, Mann-Whitney U, Bonferroni corrected Kruskal-Wallis H, Friedmann, Wilcoxon test and correlation. As a result of the study, Incontinence Severity Index scores were decreased. According to Incontinence Severity Index scores, 38.7% of patients had moderate urinary incontinence before giving information; at the end of the first and second month proportion is decreased to 35.5% and 19.4% after the giving information. According to Incontinence Severity Index scores, 6.5% of patients had slight urinary incontinence before giving information; at the end of the first and second month increased to 51.6 % and 67.7 % after information. The difference between the Incontinence Severity Index scores of the initial, first and second months were statistically significant ($p<0.05$). It was observed that 35.5% of patients did Kegel exercises regularly during study. It can be recommended that behavioural treatments are used by 65 years old and over incontinent womens' treatment. Kegel exercises training instructions is explained by nurses.

Keywords: Elderly, women, urinary incontinence, Kegel exercises, nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Hipotezi.....	5
1.3.Araştırmanın Amacı.....	5
2.GENEL BİLGİLER	
2.1.Yaşlanmaya Bağlı Olarak Yaşlıda Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler.....	6
2.2. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi.....	7
2.3 Kontinans.....	9
2.4.Üriner İnkontinans.....	10
2.4.1.Geçici Üriner İnkontinans.....	10
2.4.2.Kalıcı Üriner İnkontinans.....	13
2.5. Üriner İnkontinansın Belirti ve Bulguları.....	14
2.6. Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri.....	15
2.7.Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi.....	17
2.8.Üriner İnkontinansın Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	20
2.8.1. Kegel egzersizi.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Formları.....	29

3.4.1. Üriner İnkontinans Değerlendirme Soru Formu.....	29
3.4.2.Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	30
3.4.3. Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	30
3.4.4. Mini Mental Test.....	30
3.4.5.İnkontinans Şiddet İndeksi.....	31
3.4.6.Mesane Günlüğü.....	31
3.4.7. İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Hastalar İçin Kegel Egzersizi Bilgilendirme Kitapçığı.....	32
3.5. Ön Uygulama.....	32
3.6.Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler.....	37
3.9.1.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.9.2.Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	
6.1. SONUÇLAR.....	55
6.2.ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR.....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	72
EK 1. Üriner İnkontinans Değerlendirme Soru Formu	
EK 2. Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	
EK 3. Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	
EK 4. Mini Mental Test	
EK 5. İnkontinans Şiddet İndeksi	
EK 6. Mesane Günlüğü	
EK 7. İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Hastalar İçin Kegel Egzersizi Bilgilendirme Kitapçığı	
EK 8. Egzersiz Kayıt Formu	
EK 9. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	

EK 10. Ek Tablolar

EK 11. İzin Yazıları

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKI	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
EGYAÖ	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
GÜİ	Geçici Üriner İnkontinans
GYAÖ	Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
İŞİ	İnkontinans Şiddet İndeksi
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
KÜİ	Kalıcı Üriner İnkontinans
MMT	Mini Mental Test
SVO	Serebrovasküler Olay
Üİ	Üriner İnkontinans

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.....	35
--	----

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	38
Tablo 4.2. Hastaların Üriner İnkontinansa Yönelik Risk Faktörlerine İlişkin Özellikleri.....	39
Tablo 4.3. Hastaların Üriner Sistem Bulguları ve Üriner İnkontinans Özelliklerine Yönelik Bilgileri.....	42
Tablo 4.4. Hastaların İnkontinans Şiddet İndeksinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	44
Tablo 4.5. Hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Değişimi.....	45
Tablo 4.6. Hastaların Kegel Egzersizini Uygulama Durumları.....	46
Tablo 4.7. Hastaların Başlangıç ve İkinci Ay Sonunda Mesane Kaydına Göre Özellikleri.....	47

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşlanma, her canlı için intrauterin hayatta başlayıp ölüme kadar devam eden bir değişim sürecidir. Bu süreçte bireysel farklılıklar, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler etkilidir. Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, geliştirilen etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi ya da erken dönemde tedavinin sağlanmasına bağlı olarak ölüm hızı azalmış; koruyucu sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucu ise doğumda beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bu etkenler sonucunda 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı artmıştır (3,16).

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun yıllara göre oranlarına bakıldığında sırasıyla 1990, 2000 ve 2008 oranları 4.3, 5.7 ve 6.8'tir (63). 2010 yılı adrese dayalı nüfus sayımı sonuçlarına göre ülkemizdeki yaşlı nüfus oranı ise %7.2'dir (62). Bu oranlara bakıldığında ülkemizdeki yaşlı nüfusun giderek artmakta olduğu görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte bireyde kronik hastalıkların yanı sıra geriatrik sendromların görülme sıklığı da artmaktadır. Yaşlılarda sık görülen geriatrik sendromlardan biri üriner inkontinanstır (Üİ) (124).

Üİ son 12 ay içinde istem dışı idrar kaçırmının olması ya da ayda birden fazla idrar kaçırmının olması olarak değerlendirilmektedir. Üİ yaşa bağlı olarak artış göstermesine karşın yaşlanma sürecinin bir parçası değildir. Yaşlı bireyde görülen Üİ'nin çoğunluğu birden çok ve tedavi edilebilir nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Yaşla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, kişinin sahip olduğu sağlık sorunları ve kullandığı ilaçlar gibi faktörler Üİ'nin görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır. Avrupada yapılan çalışmalarda Üİ prevalansı % 15-46 arasında değiştiği bildirilmiştir (22,35,128). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlarda Üİ prevalansının %22.8-57.1 arasında değiştiği görülmektedir (10,27,78,118).

Üİ, yaşla birlikte görülme sıklığı artan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve kadınlarda daha sık görülen bir durumdur (22,38,49,71,78,123). Üİ'ye bağlı olarak yaşlı bireyde hijyen kaybı, cilt problemleri, düşmeler, depresyon, sosyal izolasyon, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları (İYE), özgüvende azalma ve saygı yitimi görülmektedir. Bu faktörler yaşam kalitesinin azalmasına ve yaşlı bireylerin bakım

evlerine yerleştirilmesine, ayrıca bakım veren kişide tükenmişlik ve depresyon görülmesine neden olabilmektedir (72,75,80,123). Bunun dışında Üİ yaşlı birey için mali bir yük de oluşturmaktadır. Üİ'ye bağlı olan harcamaların maliyeti, doğrudan ve dolaylı harcamaları içermektedir. Doğrudan harcamalar tanı, tedavi, rutin bakım ve Üİ'a bağlı olarak gelişen diğer sağlık sorunlarına bağlı olan harcamaları; dolaylı harcamalar ise Üİ'ye bağlı olarak iş performansında azalma ya da çalışamama gibi faktörlere bağlı olan harcamaları içerir (25). Guzzo ve Drach'ın belirttiğine göre 2000 yılında ABD'nde Üİ ile ilgili olan tüm harcamaların 20 milyar dolar olduğu tahmin edilmiştir (45).

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2008 yılında yayınladığı Sağlık Araştırması'nda Türkiye'de 15 yaş üstü Üİ sorunu yaşadıklarını belirtenlerin %6.3'ünün; hekim tarafından Üİ tanısı konulan bireylerin %3.6'sının kadın olduğu saptanmıştır (120). Bu verilere bakıldığında hekimin saptadığı idrar kaçırma oranı ile idrar kaçırma sorununu belirten bireylerin oranında belirgin bir farklılık bulunmaktadır.

Üİ'den etkilenen her dört kadından sadece biri Üİ'nin tedavisi için hastaneye başvurmaktadır (71). O'Donnell ve arkadaşlarının dört Avrupa ülkesinde tedavi arama davranışıyla ilgili yaptıkları çalışmada, Üİ'si olan kadınlardan sadece %31'nin doktora başvurduğu belirlenmiştir. Doktora başvuran kadınların oranının yaşla birlikte arttığı ve miks tip Üİ'si olanlarda ve ped kullandığını belirten kadınlarda doktora başvurma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (97).

Üİ'nin tedavisinde uygulanan farmakolojik yöntemler ya da davranışsal yöntemlerin düzenli uygulanması ile Üİ'nin görülme sıklığı azaltılabilir ya da tamamen düzelebilir (119,123). Davranış tedavileri, hem etkin hem ucuz hem de daha az invaziv yöntemler olmaları nedeniyle Üİ tedavisinde ilk seçenek olmalıdır (28). Davranışsal yöntemlerin uygulanmasında hastanın eğitimi, çaba göstermesi ve bu çabayı sürdürmesi için pozitif destek olunması önemlidir. Bu yöntemler genellikle hasta ve hastaya bakım veren kişinin tedaviye birlikte katılımını gerektirir ve hastaya uygulanacak olan diğer tedavi seçeneklerini etkilemez (85). Davranışsal yöntemlerin tek başına kullanımı sıklıkla kontinansı sağlayabilir, davranışsal yöntemlere ek olarak farmakolojik tedavinin kullanılması Üİ'nin tedavisinin

etkinliğini arttırır. Davranışsal yöntemlerin eğitilmiş sağlık personeli tarafından öğretilmesi hastaların çoğunda Üİ'nin sıklığının azalmasını sağlamaktadır (18,85).

Kegel egzersizleri, Üİ'ye yönelik olarak etkili, yararlı, kullanışlı, Girişimsel olmayan ve güvenli davranışsal tedavi yöntemlerinden biridir (93,119). Bunun yanı sıra, tıbbi kaynakların maliyetini azaltır ve hastaların yaşam kalitesini yükseltir (93). Kegel egzersizleri, idrar kaçırma şikayetinde azalmaya ve mesane kontrolünün artmasına yardımcı olan egzersizlerdir (58,60,111). Kegel egzersizleri doğru ve düzenli yapıldığında, mesaneyi destekleyen kasların güçlenmesini sağlar (56,58,59,111,131). Kegel egzersizinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda egzersizi düzenli olarak yapan kişilerin Üİ'sinde azalma olduğu belirlenmiştir. Aslan (9)'ın yaptığı çalışmada huzurevinde kalan ve Üİ'si olan kadınlarda mesane eğitimi ve Kegel egzersizlerinin etkinliği değerlendirilmiş, araştırmacı tarafından tedavi grubunu oluşturan 25 hastaya 6-8 hafta süre ile mesane eğitimi ve Kegel egzersizleri öğretilmiş, mesane eğitimi ve Kegel egzersizini yapmak istemeyen 25 hasta kontrol grubunu oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından hastalar tedaviden sonra 8. hafta ve 6. ayda tekrar değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında tedavi grubunda acil idrar yapma hissinde %52; idrar yapma sıklığında %64 ve noktüride %32 azalma görülmüştür. Kegel egzersizlerinin %56 oranında pelvik kasları güçlendirdiği saptanmıştır.

Sampselle ve diğ.(105)'lerinin 55-80 yaş arası kadınların mesane eğitimi ve Kegel egzersizine uyumunu değerlendirdikleri çalışmada tedavi grubuna Kegel egzersizi ve mesane eğitime ilişkin 2 saat grup eğitimi ile 10 dakika bireyselleştirilmiş eğitim verilmiş, kontrol grubuna ise eğitim verilmemiştir. Hastalara 5 kez hızlı ve 20 kez yavaş kasılmadan oluşan Kegel egzersizinin günde 2 kez yapılması önerilmiştir. Her iki gruptaki hastalar araştırmacılar tarafından 12 ay boyunca takip edilerek 3.,6.,9., ve 12. aylarda değerlendirilmişlerdir. Eğitimden 2-4 hafta sonra hastaların %68'inin etkili pelvik taban kasma tekniğini kullandığı saptanmıştır. Hastalara verilen eğitimden 3 ay sonra Kegel egzersizini hastaların %65'inin günde en az bir kez, %17'sinin haftada 2-3 kez, %18'inin ise haftada bir kez yaptıkları; eğitimden 12 ay sonra hastaların %36'sının Kegel egzersizini günde en az bir kez yaptıkları saptanmıştır.

Diokno ve diğ.(32)'lerinin çalışmasında tedavi grubunda bulunan 55-80 yaş arası hastalara davranışsal modifikasyon programı (pelvik taban kas eğitimi ve mesane eğitimi) kapsamında 2 saat süren eğitim verilmiş, kontrol grubunda olan hastalara hiçbir uygulama yapılmamıştır. Davranışsal modifikasyon programı kapsamındaki eğitim sonrası hastalar 3 ay aralıklarla toplan 12 ay telefon ve e-posta yoluyla değerlendirilmiştir. Tedavi grubunda olan hastaların 12 ayın sonunda kontinans durumunun kontrol grubuna göre önemli oranda iyi olduğu belirlenmiştir. Kim ve diğ.(74)'lerinin yaptığı çalışmada 70 yaş ve üzeri olan hastalarda çok boyutlu egzersiz programının fonksiyonel düşüş, Üİ ve düşme korkusuna etkisi değerlendirilmiştir. Egzersiz grubuna, hastaların kas kuvvetini, yürüme yeteneğini ve pelvik taban kaslarını güçlenmek amacıyla çok boyutlu egzersizler hastalara 3 ay süreyle haftada 2 kez 60 dakika yaptırılmış, Kontrol grubunda bulunan hastalara 3 ay boyunca ayda bir albümin, osteoporoz ve malnütrisyondan önlenmesiyle ilgili eğitim verilmiştir. Üİ'si olan hastalara Kegel egzersizleri öğretildikten sonra egzersiz grubu başlangıç, 3. ay ve 6. ayda değerlendirilmiş ve Üİ oranlarının ilk değerlendirmeye göre azaldığı belirlenmiştir. Camargo ve diğ. (21)'lerinin yaptığı çalışmada hastalara Kegel egzersizi grup terapisi ya da bireysel eğitim verilerek hastalar 12 ay takip edilmiştir. 3 ayın sonunda her iki grupta benzer sonuçların olduğu, hastaların yaşam kalitelerinin önemli oranda arttığı, grup eğitimi alan hastalara göre bireysel eğitim alan hastalarda pelvik taban kas kuvvetinde anlamlı artış olduğu belirlenmiştir.

Üİ'nin azaltılmasında hemşirenin önemli rolü vardır. Hemşirenin Üİ'nin tanı ve tedavisindeki rolü, hasta ile görüşüp bilgi toplamak, hastayı değerlendirmek, elde ettiği veriler ışığında hastaya uygun davranışsal uygulamaları belirlemek ve bu davranışsal uygulamalar hakkında hastaya eğitim vermektir (28,137). Hastanın değerlendirilmesinde; Üİ'nin belirlenmesine yönelik sağlık hikayesi, mental, fonksiyonel, çevresel durumlarının değerlendirmesini, sosyal destekleri, mesane kaydını ve fizik muayeneyi içerir (137). Hemşirelerin yaşlılarda boşaltımı düzenli ve kapsamlı olarak değerlendirmeleri, koruyucu uygulamalarla düzenli ve normal boşaltımın sürdürülmesini desteklemeleri, rutin izlemelerle boşaltım sorunlarını erken dönemde tanılamaları ve rehabilitasyona yönelik her türlü girişime aktif olarak katılmaları gerekir (98). Hemşire bütüncül bir yaklaşımla, yaşlılıkta kadın sağlığının korunmasında, erken tanıda, sağlığın bozulduğu durumlarda tanı ve tedavide, kadının

sonraki yaşamını mutlu olarak sürdürebilmesi için rehabilitasyon ve sağlık eğitimi verilmesinde önemli görevler üstlenmektedir (28).

Yaşlıların Üİ'yi sorun olarak görmemeleri Üİ'nin şiddetinin ve sıklığının artmasına dolayısıyla yaşlının yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Sağlık personelinin Üİ'yi sorun olarak görmemesi ve yaşlının Üİ nedeniyle hastaneye geç başvurusu Üİ'nin tedavi edilmesini geciktirmektedir. Hemşireler Üİ'si olan hastalarla kilinik ortamda sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin Üİ'ye neden olan durumları, Üİ'nin belirti ve bulguları, Üİ'ye yönelik uygulanan tedavi yöntemleri hakkında bilgili olması ve hastaları yönlendirmeleri önemlidir. Üİ'nin sağlık personeli tarafından sorun olarak görülmemesi ve ülkemizde Üİ'si olan yaşlı hastalara yönelik yapılan çalışmaların az olması bu çalışmayı planlamamızda etkili olmuştur.

1.2.Araştırmanın Hipotezi

Ho: Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın azalmasında Kegel egzersizine yönelik yapılan bilgilendirmenin etkisi yoktur.

Hı: Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın azalmasında Kegel egzersizine yönelik yapılan bilgilendirmenin etkisi vardır.

1.3.Araştırmanın Amacı

Araştırma, geriatri polikliniğine başvuran üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlanmaya Bağlı Olarak Yaşlıda Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler

Bireyde yaşlanma ile birlikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler bireyin kontinansını sürdürmesini zorlaştırarak üriner inkontinansa neden olabilmektedir (91,125).

Yaşlanmayla birlikte üriner sistemde gelişen fizyolojik değişiklikler aşağıda belirtilmiştir: (11,13,18,29,37,66,69,71,91,98,124,129,130,135,137)

- Böbreklerin kütlesi ve fonksiyonel glomerül sayısı azalır.
- Renal korteksteki kan damarlarındaki atrofiye bağlı olarak böbreklere olan kan akımı azalır.
- Glomeruler bazal membranında kalınlaşmaya bağlı olarak nefronlara olan kan akımı, böbreklerin idrarı konsantre etme yeteneği ve Ph dengesini sürdürme yeteneği azalır.
- Glomerüler filtrasyon hızı düşer ve 80 yaşında %50 oranında azalmış olur.
- Detrusor kasının daha az kontraktıl olması ve kısmen düzensiz kasılması nedeniyle yaşlı bireylerde mesanenin tamamen boşalmaması ve istemsiz mesane kasılmaları gibi sorunlar gelişir. Mesane kapasitesi azalır ve mesanede postvoidal rezidü artar.
- İdrar yapmayı kontrol eden pelvik kaslar zayıflar.
- Mesanedeki afferent reseptörlerin yaşla birlikte duyarlılığı azalır. Yaşlılar, mesanenin %90'ı dolmadan idrar yapma isteğinin farkında olmazlar.
- Kadınlarda kollajen doku ve östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olarak vajinal ve üretral dokuda atrofi gelişir, üretral sfinkter zayıflar. üretral basınç düşer, üretra kısalır ve

Yaşlanmayla Birlikte Oluşan Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanmayla oluşan psikolojik değişiklikler çoğunlukla yaşlılık döneminde görülebilen bazı sosyal ve fizyolojik değişikliklere bağlı oluşur. Yaşlı birey; emeklilik, fiziksel kısıtlılıklar, kronik hastalıklar nedeniyle iş yapamamaları nedeniyle çevre tarafından işe yaramaz olarak algılanabilmesine ve yalnızlık hissetmesine neden olmaktadır. Yaşlıların bir ya da daha fazla kronik hastalığı olması kişinin yaşam biçimini, yaşlı bireyi ve bakım veren kişiyi olumsuz etkileyerek psikolojik sorunlara neden olmaktadır.

Yaşlı bireyde görülen duygusal sorunlar;

- Hakimiyet kaybı nedeniyle kişinin kendini çaresiz, aciz ve güçsüz hissetmesi
- Kısıtlılıklar ve evde bakım sorunları nedeniyle bağımlılık, işe yaramaz ve yük olarak algılanma
- Geleceğe yönelik endişeler, belirsizlikler
- Kayıp ya da yas sürecinde yaşanan sorunlar
- Yaşlıda mutsuzluk, depresyon, öz güven kaybı, endişe, beden bilincinde sarsılma, korku, kızgınlık, öfke, suçluluk duyguları, hipokondriyak yakınmalar, paranoid davranışlar ve egoizm görülebilir.
- Psikolojik olan bu sorunlara bağlı olarak iştahsızlık, yeme bozuklukları, bağırsak alışkanlıklarının değişmesi ve uyku sorunları gelişebilir (4,14,23).

2.2. Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi

Uluslararası Kontinans Derneği Bilimsel Komitesi ve Abrams'ın 2002 yılı raporuna göre dünyada 200 milyon yetişkinin Üİ'si olduğu tahmin edilmektedir (104). Üİ, 65 yaş üzerinde yaygın olan ve insidansı giderek artan bir durumdur (100). Üİ'nin insidansı ve prevalansı kadınlarda daha yüksek (22,71,83,123) olup yaşla birlikte artış gösterir (22,123). Sağlıklı toplumlarda 60 yaş ve üzeri kadınların üçte birinde ve erkeklerin %20'sinde belirgin derecede Üİ görülmektedir (123).

Üİ, Amerikalı kadınların yaklaşık olarak %45'ini etkilemektedir. Yaş gruplarına ayrıldığında ise Üİ'nin en yüksek insidansı, %55 oranında 80-90 yaş arası

kadınlarda görülmektedir (100). Ulusal Aşırı Aktif Mesane Değerlendirme (National Overactive Bladder Evaluation: NOBLE Programı'nda 2735 Amerikalı kadın değerlendirilmiş ve kadınların %34.4'ü miks tip; %33.8'i stres tip, %31.8'i sıkışma tip üriner inkontinansı olduğu belirtilmiştir (110).

Literatürde Üİ prevalansının %2.5- 46 arasında değiştiği belirlenmiştir (48,110). Hannestad ve diğ.(51)'lerinin yaptığı çalışmada, 60 yaş ve üzerindeki kadınların %24'ünün hafif, %31'inin orta ve %44'ünün şiddetli derecede Üİ'si olduğu görülmüştür. Üİ, premenapozal kadınların yaklaşık %25'inde, postmenapozal kadınların ise yaklaşık %40'ında görülmektedir (103). Orta yaşlı kadınların %10'u her gün, 1/3'ü ise haftada bir inkontinans sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (95).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Üİ prevalansı %40.4- 57.1 arasında olduğu belirlenmiştir (11,19,133). Ülkemizde İnci'nin huzurevlerinde yaptığı çalışmada kadınların %43'ünün Üİ'si olduğu ve inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (67). Üİ'nin prevalansı, hastanede yatan yaşlılarda %40-70, bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda %40-50'lere çıkmaktadır (79).

Üİ belirgin olarak fiziksel ve psikososyal morbidite ve sağlık bakım maliyetine neden olmaktadır (15,80,83,123). Üİ ve komplikasyonlarının tedavi ve bakımı yıllık maliyetinin 20 milyon dolardan daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (123). Üİ'ye bağlı olan harcamaların miktarını tahmin edebilmek için çamaşır, pedler, tedaviler, kişinin üretkenliğinin azalması ve enfeksiyon gibi dolaylı durumlar ve hareket kısıtlılığı olan kişilerin tualete giderken düşmelerine bağlı gelişen fraktürler gibi yaşlı bireyin rutin bakım harcamalarının içinde olan faktörlere bakılmalıdır (110). Üİ'nin maliyetinin Koroner arter bypass cerrahisi ve diyaliz maliyetlerinin toplamını aşmaktadır (83). Amerika'da Üİ'ye bağlı olan sağlık bakım harcamalarının 1995 yılında yılda 16.3 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir. Bu harcamalar 2000 yılında 19.5 milyar dolara çıkmıştır (110). Bu harcamaların 14.2 milyar doları toplumda yaşayan; 5.3 milyar doları ise kurumda yaşayan yaşlılara harcanmıştır (83,110).

İngiltere'de 2000 yılında sağlık hizmetlerindeki doğrudan Üİ'ye bağlı olan harcama miktarı, tahminen 536 milyon pound ve kişi başı 207 milyon pounddur. Bireyler tarafından yapılan dolaylı giderler ise tahminen 669 milyon pound, yıllık

toplam harcama 1.41 milyar pound'dur. Harcanan bu miktar, İngiltere'nin ulusal sağlık hizmetinin harcamalarının %1.1'i civarındadır (110) .

2.3. Kontinans

Normal idrar yapma dinamik bir süreçtir. Mesanenin dolumu ve boşaltımı serebellum, serebral korteks ve beyin sapındaki yüksek merkezlerince koordine edilmektedir. Serebral korteks temelde inhibitör etki gösterirken beyin sapı miksiyonu uyarır (11,70,73,117). Beyinde frontal lopta, ponsta ve sacral bölgede işeme merkezleri bulunmaktadır (70,94).

'Kontinans, alt üriner sistemin normal anatomi ve fonksiyonunun yanı sıra uygun davranışı öğrenmeyi gerektiren bir dolum kontrol yeteneğidir' (73). Kontinansın sürmesi için miksiyon dışındaki zamanlarda üretral basıncın her zaman mesane içi basınçtan daha fazla olması gerekir (5,99).

Kontinansı sağlamak için olması gereken koşullar aşağıda belirtilmiştir. Bunlardan herhangi birinin bozulması bireyde Üİ'ye neden olabilir (37,66, 70,99,113,117,126).

Sağlam Genitoüriner Sistem: Alt üriner sistem fonksiyonlarının (depolama, boşaltma) normal olması

Yeterli Bilişsel Durum: Kişinin tuvalet ihtiyacını algılaması ve tuvaleti bulabilmesi için bilişsel fonksiyonlarında bozulma olmaması gerekir. Bilişsel fonksiyonların bozulması, deliryum veya psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak kişinin bilişsel durumunun ve mobilitesinin etkilenmesi kişide uygunsuz tuvalet davranışlarına, idrar yapma ve tuvalete gitmede sorunlara neden olabilir.

Mobilite: Kişinin mobilite kısıtlılığının olmaması tuvalete gitmesi, kıyafetlerini kendisinin değiştirmesi açısından önemlidir. Bireyin fiziksel kapasitesindeki azalma, kişinin tuvalete yetişme zamanının uzamasına neden olacağından sıkışma tipi inkontinansa neden olur.

Motivasyon: Kişinin kontinansını sürdürebilmesi için motivasyonu önemlidir.

El Koordinasyonu: El koordinasyonu, kişinin idrar yapmak için giysilerini zamanında çıkarmasını içerir ve el becerisinde bozulma ise kişinin giysilerini zamanında çıkarıp idrarını yapmasını engeller.

Tuvalete Gitme İçin Uygun Ortam: Çevre, kişinin zamanında tuvalete ulaşabilmesi için önemlidir. Kişinin zamanında tuvalete ulaşamadığında Üİ oluşabilir.

Yaşlılardaki kontinans problemlerinde mesane kapasitesinin azalması, mesane dolumu algısı, detrusor kasının kasılma hızı, pelvik taban kas kütlesi ve tonüsü, sfinkterin direnci ve idrarın akım hızı önemli rol oynar (11,70,125,130). Bu etkenlere bağlı olarak bireyin idrar yapma sıklığında ve miksiyon sonrası mesanede kalan idrar miktarında artış olabilir (11,37,70,91,125).

2.4. Üriner İnkontinans

Üİ, Uluslararası Kontinans Derneği'nin 1976 yılındaki ilk raporunda, “sosyal ve hijyenik problem olan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu” (5,91,99); 2002 yılındaki son raporunda ise “her türlü idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanmıştır (1).

Üİ, toplumda yaşayan birçok yaşlıyı etkileyen yaygın bir durum olup yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir (48,49,66,113). Ancak yaş ilerledikçe bireyde Üİ gelişme riski de artmaktadır (48,49).

2.4.1. Geçici Üriner İnkontinans

Geçici üriner inkontinans (GÜİ); 6 ay ya da daha kısa süren ve genellikle akut bir hastalığa sekonder olarak ve aniden gelişen, tedavi edilebilen inkontinanstır (34,70,83,100,113).

GÜİ, hastanede yatan hastaların 1/3'ünde ve ayaktan tedavi gören hastaların %50'sinde görülmektedir (49). Pringle-Spect'in belirttiğine göre 52 bakımevinde yapılan bir çalışmada; araştırmacılar, bakımevinde kalanlardaki Üİ'nin %81'inin Üİ'ye neden olan tedavi edilebilen sağlık sorunlarına bağlı olduğunu saptamışlardır (100). GÜİ, akut bir hastalığa sekonder olarak gelişen konfüzyon ya da deliryum; enfeksiyon özellikle İYE, atrofik üretrit ya da vajinit; hiperglisemi, hiperkalsemi ya da paget hastalığı gibi metabolik durumlara bağlı olarak idrar yapımının artması; fekal impaksiyonun üretraya bası yapması; idrar çıkışında artış ve hareket kısıtlılığı gibi nedenlere bağlı olarak oluşur (49,100,113).

GÜİ nedenlerini hatırlamak için GÜİ nedenlerinin ingilizce kelimelerinin baş harflerinin oluşturduğu **DIAPPERS** (42,99,123,124,127), **DRIP** (70,83) ya da **TOILETED** (34) akronimleri kullanılabilir.

Akronimlerde yer alan GÜİ nedenleri arasında deliryum, İYE, atrofik vajinit ve üretrit, psikojenik sebepler, kafeinli ve kafeinli ve karbonatlı içecekler, fazla sıvı alımı/volüm yükü ve ödem, nörolojik hastalıklar, dejeneratif eklem problemleri ya da iyatrojenik nedenler, ilaçlar bulunmaktadır.

Deliryum, özellikle hastane ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda sık görülen bir durumdur. Deliryumun oluşmasında akut enfeksiyon, ilaçlar, hastalıklar ve operasyonlar gibi altta yatan bir çok faktör olabilir. Neden olan faktörün ortadan kaldırılması ile deliryum ve deliryumla birlikte gelişmiş olan inkontinans tablosu da düzelir (124).

İdrar yolu enfeksiyonu, GÜİ'nin en sık görülen nedenlerinden biridir. Yaşlılarda semptomatik İYE'ye bağlı olarak dizüri, acil idrar yapma, sık idrara çıkma ve inkontinans gelişir (99,124).

Atrofik vajinit ve üretrit, acil idrar yapma ve genellikle dizüri ile karakterizedir (99,124). Postmenapozal kadınlarda atrofik vajinit ve üretrit, irritasyon ve mukozal doku kaybı sonucu oluşan üretranın epitel doku ve submukozanın incelmesine bağlı olarak sıklıkla üriner sistem semptomlarına neden olabilir (99).

Psikojenik sebepler, daha az görülmelerine karşın ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır (124). Üİ'si olan kadınlarda majör depresyon ve anksiyete bozukluklarının prevalansı yüksektir. Depresyon, demans, normal basınçlı hidrosefali gibi nörolojik durumlarda sıkışma tipi Üİ ile birlikte görülebilir (99).

Kafeinli ve karbonatlı içecekler poliüri ve mesane irritasyonu yaparak Üİ'ye yol açabilir (70,124).

Fazla sıvı alımı/volüm yükü ve ödem (kalp yetmezliği, venöz yetmezlik gibi hastalıklara bağlı), diabetes mellitus (DM), hiperkalsemi, hiperglisemi gibi metabolik tablolar, diüretikler, sıvı retansiyonu yapan sebepler poliüriye neden olarak Üİ riskini artırır (49,124).

Nörolojik hastalıklar, dejeneratif eklem problemleri ya da iyatrojenik nedenlerle hareket kısıtlılığı üriner retansiyona neden olarak Üİ'ye zemin hazırlar (113,126). Bu durumda uygun çevresel düzenlemelerin yapılması ve düzenli tuvalet alışkanlığının kazandırılması önemlidir (113,124,126).

İlaçlar, yaşlıların kronik hastalıklarına bağlı olarak çok sayıda ilaç kullanmaları, Üİ'nin en önemli nedenlerinden biridir. İlaçlar, mesanenin ve üretranın fonksiyonunda yetersizliğe neden olur. Üİ'ye neden olan ilaçlar aşağıda belirtilmiştir.

Üriner retansiyona neden olan ilaçlar; diüretikler, antikolinerjik ilaçlar, trisiklik antidepresanlar, sedatif ve hipnotikler, narkotik analjezikler, kalsiyum kanal blokörleri, α -adrenerjik, β -adrenerjik agonistler.

Poliüriye neden olan ilaçlar; trisiklik antidepresanlar ve antipsikotik ilaçların antikolinerjik etkileri bulunmaktadır. Diüretikler, antikolinerjik ilaçlar, trisiklik antidepresanlar, sedatif ve hipnotikler, narkotik analjezikler, kalsiyum kanal blokörleri.

Deliryuma neden olan ilaçlar; trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, narkotik analjezikler sedasyona neden olurlar. Sedatif ve hipnotikler, narkotik analjezikler, antikolinerjik ilaçlar.

Fekal impakşına neden olan ilaçlar; antikolinerjik ilaçlar, narkotik analjezikler, kalsiyum kanal blokörleri.

Bunların dışında diüretikler, sık idrar çıkma, acil idrar yapma hissine; sedatif ve hipnotikler ve antipsikotikler immobilitateye; H_2 reseptör antagonistleri konfüzyona; nonsteroid antiinflatuar ilaçlar su ve tuz retansiyonunu; anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri öksürük nedeniyle stres inkontinansına; prostoglandinler üretral relaksasyon, ve stres inkontinansına; kalsiyum kanal blokörleri detrusor kontraktilitesinde azalma, periferik ödemden nedeniyle noktüriye; α -blokörler üretral relaksasyon, stres inkontinansına; sedatifler ve hipnotikler kaslarda gevşemeye; antipsikotikler rijiditeye ve antikolinerjikler taşma inkontinansına neden olurlar (37,41,49,70,99,100,113,124).

2.4.2. Kalıcı Üriner İnkontinans (KÜİ)

Geçici üriner inkontinansa neden olan durumlar dışlandıktan sonra Üİ devam ediyorsa kalıcı Üİ olarak değerlendirilir (124).

Sıkışma tipi inkontinans; acil idrar yapma isteği sonrası gerçekleşen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanır (42,48,99,124,131). Yaşlılarda en sık görülen inkontinans türüdür (100,124). En sık nedeni detrusör kasının aşırı aktivitesidir (30,71,124). İstemsiz mesane kasılmaları sonucunda idrar mesane içinde tutulamaz (66,113,137). Kişi idrar yapma isteğini baskılayamaz ve tuvalete yetişemez (24,83,100). Sıkışma tipi inkontinans; enfeksiyon, taş, tümör ya da obstrüksiyon gibi lokal irrite eden faktörlere; diyabet, serebrovasküler olay (SVO), suprasakral spinal hastalık, parkinson, demans ve demiyelizan hastalıkları ya da detrusör kasının hiperaktivitesine bağlı olarak gelişir (5,24,83,113,114).

Stres inkontinans; gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma gibi karın içi basıncını arttıran aktivitelere bağlı olarak aniden 50 ml.'den daha az idrar kaçağının olması şeklinde tanımlanmaktadır (42,44,48,99,131). Genellikle 75 yaş altı kadınlarda daha sık görülmektedir (11).

Pelvik taban kaslarının zayıflaması durumunda, iç üretral sfinkter zayıfladığında ve mesane basıncı üretral basınçtan fazla olduğunda stres inkontinansı meydana gelir (5,22,24,38,83,113,121,137). Perinatal travma, yaşa bağlı olarak perineal bölgedeki dokunun zayıflaması, östrojen eksikliği, pudental sinir hasarı ve cerrahiye bağlı olarak pelvik taban kaslarında zayıflama oluşabilmektedir (113). Pelvik taban kasları zayıfladığında üretra aşağıya doğru iner ve sfinkter açılır ve idrar kaçırma oluşur (44,100).

Taşma inkontinansı; idrarın mesaneden yeterince boşalamaması ve mesanenin aşırı gerilmesi sonucu gelişen istemsiz idrar kaybıdır (44,66,100,113,137). Taşma inkontinansı, genellikle sıkışma hissi olmaksızın damlalar halinde sürekli idrar kaçırma şeklinde olmaktadır (11,124). Mesane içi basıncı üretral dirençle eşitlendiğinde idrar kaçırma başlar (66).

Taşma inkontinansın olası nedenleri arasında (11,100,124,137);

- Fekal impaksiyon ya da büyümüş prostat nedeniyle üretranın obstrüksiyonu,
- Kalsiyum kanal blokörleri, antikolinergik, adrenerjik ve düz kas gevşetici ilaçların kullanılması,
- Diyabet,
- Spinal kord hasarı gibi sinir iletiminin bozulduğu durumlar,
- Multiple Skleroz gibi nörolojik bir hastalığa sekonder olarak gelişen periferik nöropatinin neden olduğu kasılma yetersizliği bulunmaktadır.

Fonksiyonel inkontinans; kişinin kontrolü dışında zamanında tuvalete ulaşamamasına bağlı olarak oluşur. Fonksiyonel inkontinans genellikle kırılğan, bakımevinde kalan ve demansı olan ve fonksiyonel olarak başka kişilere bağımlı olan kişilerde daha çok görülür. Fonksiyonel inkontinans; fiziksel kısıtlamalar, hafıza kaybı ya da oryantasyonun bozulması gibi nedenlere bağlı olarak bireyin zamanında tuvalete ulaşamaması sonucu oluşur. Hareket etmeye engel olan giysiler de fonksiyonel inkontinansa neden olabilir (11,22,48,66,83,100,113,137).

Miks inkontinans; iki ya da daha fazla tip inkontinansın birlikte olmasıdır. Çoğunlukla stres ve sıkışma tipi inkontinans bir arada görülür (5,12,33,41,48,124).

Refleks inkontinans ve total inkontinans; daha az görülen inkontinans tipleridir. Refleks inkontinansda mesane otonomik olarak boşalır ancak kişi idrar yapma ihtiyacına yönelik bir şey hissetmez. Spinal kord yaralanmaları, nörojenik mesane, ya da diğer nörolojik anomaliler refleks inkontinansına neden olabilir (4,24,44,100).

Total inkontinans, idrarın sürekli ve öngörülemez kayıptır (4,100). Genellikle cerrahi, travma ya da ektopik üreter gibi malformasyon sonucunda oluşur (100).

2.5. Üriner İnkontinansın Belirti ve Bulguları (24,37,113)

- İdrara çıkma sayısının fazla olması
- Mesanenin yetersiz boşalması
- Tuvalete zamanında ulaşamaması
- Acil idrar yapma hissi

- Sık idrara çıkma
- Noktüri (gece idrara çıkma)
- Gülerken, hapşırırken, hoplarken, öksürürken ya da eğilirken küçük miktarlarda idrar kaçırma
- Damla damla idrar yapma
- İstemsiz idrar yapma
- Kötü hijyen ya da enfeksiyon belirtilerinin olması

2.6. Üriner İnkontinansın Risk Faktörleri

Üİ'nin risk faktörleri şunlardır:

Yaş: Üİ'nin prevalans ve şiddeti yaşla birlikte artış gösterir. Üİ prevalansı yaklaşık olarak 50 yaşına kadar artar, 50- 65 yaş arası sabit kalır ve sonrasında yaşla birlikte tekrar artış gösterir (22,43,102).

Kalıtım: Stres Üİ'sinde görülen konnektif doku atrofisinin ve zayıflığının genetik faktörlere bağlı olup olmadığı araştırılmıştır. Saigal ve Litwin'in bildirdiğine göre Mushkat ve diğ.lerinin stres Üİ'si olan kadınlarla yaptıkları çalışmada 1.derecede akraba olan kadınlarda stres Üİ prevalansının 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (102).

Obesite: Beden kitle indeksinde (BKI) her 5 birim artış, günlük Üİ riskini yaklaşık %60 oranında arttırmaktadır. Obesiteye bağlı oluşan Üİ, intraabdominal ve mesane üzerindeki basıncın artışına ve üretra mobilitesinin artmasına sekonder olarak oluşabilir (43,61,90,91,121). Kilo verilmesi ile mesane üzerindeki basıncın azalması sonucu Üİ'nin azalması sağlanabilir (30,31,72,131). Üİ'si olan kişilerin kilo vermesi Üİ'de azalmayı sağlamaktadır (131).

Konstipasyon: Özellikle stres Üİ'sinin gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (71). Kadınlarda şiddetli konstipasyon eksternal anal sfinkterin ve pelvik taban kaslarının sinirsel yapısını azaltmasına bağlı olarak pelvik tabanın nörolojik fonksiyonunda değişikliklere neden olur (131). Konstipasyonu önlemek için lifli gıda ve yeterli sıvı alımı, düzenli egzersiz yapma, defekasyon ihtiyacının düzenli olarak karşılanması gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilir (30,71,72,98,131).

Konstipasyonun azalması yaşlılarda sık idrara çıkma, acil idrar yapma hissinin önemli oranda azalmasını sağlar (131).

Histerektomi: Histerektomi sırasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir pleksus hasarı ve pelvik destek yapısı yaralanmaları, vajinanın kısaltılması, mesane destek yapılarının çıkarılması, cerrahi menapoz veya östrojen eksikliği sonucu Üİ gelişebilir (22,33,43,91). Saigal ve Litwin'in bildirdiğine göre Brown ve diğ.lerinin 1966-1997 arasında basılan literatüre bakarak yaptıkları derlemede histerektomi yapılan 60 yaş üzeri kadınlarda Üİ gelişme olasılığının 1.6 oranında olduğunu saptamışlardır (103).

Gebelik Sayısı ve Parite: Kadınlarda gebeliğe ve doğum sırasında pelvik taban invazyonuna bası olmasına ve pelvik taban konnektif doku ve kaslarında gerilmeye ya da yırtılmaya bağlı olarak Üİ gelişebilmektedir (40,90,103). Normal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğuma göre Üİ gelişme riski daha fazladır. Sezaryenin koruyucu etkisi bir ya da iki doğum için geçerli olup sonraki doğumlardan sonra bireyde Üİ gelişme riski artar (40).

Sigara Kullanımı: Kadınlarda stres ve sıkışma tipi Üİ ile sigara kullanımı arasında bağlantı olduğuna dair kanıtlar vardır (103,131). Nikotinin, mesane üzerinde potansiyel kontraktıl etkisi bulunmaktadır. Sigara kullanımına bağlı bireyde öksürük şikayeti olabilir. Birey öksürürken mesane ve üretra üzerine önemli oranda basınç uygulanır. Kronik öksürüğe bağlı olarak üretral ve vajinal desteklerde hasar oluşabilir ve perineal sinir hasarına neden olabilir (91). Hannestad ve diğ.(52)'lerinin çalışmasında bağımsız olarak sigara içmenin miks tip Üİ'yi önemli oranda etkilediği belirlenmiştir. Sigarayı bırakanlar ya da hala içenler sigara içmeyenlere oranla Üİ oluşması açısından risk taşımakta olduğu, Üİ'nin şiddeti ile sigara içme arasında zayıf ama önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

İrk: Kadınlarda Üİ'nin prevalansının yanı sıra Üİ tiplerinin dağılımında da ırkın rol aldığı düşünülmektedir (67). Ancak ırksal ve etnik faktörlerle ilgili yeterli çalışma yoktur (96). Üİ prevalansının Afrikan-Amerikalı kadınlarda beyaz ırka göre daha az olduğunu gösteren az kanıt bulunmakta olup, beyaz ırktan olan kadınlarda Afrikan-Amerikalı kadınlara göre üretranın daha kısa, pelvik kasların daha zayıf ve mesane boynunun daha aşağıda olduğu belirtilmiştir (83,90,91,103). Stres Üİ'sinin

prevalansı Afrikan-Amerikalı ve Asyalı kadınlarda, beyaz ırktan olan kadınlara göre daha azdır (43).

2.7. Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

Üİ'si olan hastaların değerlendirilmesinde genel sağlık durumlarının ve alt üriner sistem disfonksiyonuna neden olabilen nörolojik, endokrin, metabolik ve psikolojik sorunların belirlenmesi gerekir. Hastanın kapsamlı değerlendirilmesi; Üİ'nin tipinin, probleme yönelik kişinin verdiği emosyonel cevabın saptanması ve Üİ'ye yönelik olan en iyi girişimin belirlenmesine yardım eder (22,100).

Değerlendirme şunları içerir:

Hasta Öyküsü: Üİ patofizyolojisinde rol oynayabilecek genitoüriner faktörlerin belirlenmesi amacıyla ayrıntılı olarak bireyden obstetrik ve ürojinekolojik öykünün alınması önemlidir. Üİ'nin başlangıcı, süresi, sıklığı, ne zaman olduğu, oluş şekli, sık görülen semptomları, şiddeti ve yaşam şekline olan etkisi, kaçırılan idrar miktarı, Üİ'nin oluşumunu kolaylaştıran nedenler, dizüri, hematüri, noktüri, sıkışma hissi ve sıvı alımı sorulmalıdır (11,22,94,100,132).

Tıbbi öyküde, karın içi basınç artışına yol açan günlük yaşam aktiviteleri, kronik konstipasyon, obezite; aşırı diüreze yol açan diabetes mellitus, diabetes insipidus, kalp yetmezliği; sinir sistemi fonksiyon bozukluğu ile seyreden serebrovasküler olay, parkinson, disk hernisi, multipl skleroz gibi hastalıklar sorgulanmalıdır. Ayrıca sık tekrarlayan İYE'ları, vajinal doğum sayısı, pelvik cerrahi, depresyon, geçmişteki Üİ nedeni ile almış olduğu tedavileri içeren ayrıntılı bir tıbbi öykü alınmalı, hastanın kullandığı ilaçları tek tek sorgulanmalıdır (11,22,26,94,100,124,137).

Yaşam Tarzı Öyküsü: Sigara içme durumu, sıvı alımı, fiziksel aktivitesi, kilosu, bağırsak alışkanlıkları konusunda hastadan bilgi alınır (100).

Fonksiyonel Değerlendirme: Değerlendirme hastanın dengesini, kol gücünü ve vücudunun esnekliğini, mobilitesini, el koordinasyonunu, görmesini ve tuvalet hijyenini sağlama yeteneğini içermelidir (69,100,129).

Sosyal Fonksiyon: Kişinin yalnız yaşayıp yaşamadığı, gerektiğinde yardım edebileceği kişilerin olup olmadığı gibi durumlar sosyal faktörlerin

değerlendirilmesinde önemlidir. Ayrıca bu kişilerin tuvalete giderken onlara yardımcı olan kişilerin yaşadıkları sorunlar da değerlendirilmelidir (129,137).

Mental Durum: Hastanın mental durumu kendi gereksinimlerini karşılaması, idrar yapma ihtiyacını hissetmesi ve tuvaleti kullanabilmesi açısından önemlidir (72,100). Bilişsel fonksiyonu yetersiz olan yaşlı bireyler Üİ'ye yönelik olan yaşam tarzı uygulamalarını yapamazlar (72,100,127).

Çevre: Çevrenin kontinans üzerinde önemli etkileri bulunmakta olup hangi problemlerin çevreden kaynaklandığının belirlenmesi gerekir. Hasta için tuvaletin konumu ve ulaşılabilirliği, yeterli ışıklandırma, hastanın yatağının ve yatak başında bulunan komodinin ve sandalyelerin uygun olması, destekleyici aletlerin kullanımı, hastanın giydiği kıyafetleri ve fiziksel yardıma ihtiyacının olup olmadığı değerlendirilir (11,100,129,137).

Fizik Muayene: Fizik muayene kardiyovasküler, abdominal, rektal ve genital muayeneyi ve lumbosakral inervasyonunun değerlendirilmesini içerir (117,124,132,137).

Kardiyovasküler muayenede; yaşlıda sıvı yüklenmesinin değerlendirilmesi için hastada raller, ayaklarda ödem, patolojik kalp sesleri olan S3, S4 gibi kalp yetmezliği bulgularının olup olmadığı değerlendirilmelidir (124).

Abdominal muayene; yaşlıda mesanenin palpasyonu, olası kitleyi ve mesane distansiyonunu fark edebilmek için önemlidir (11,47,70,117,124,127,137).

Pelvik muayene; perineal cilt durumunun gözlemlenmesi, kadınlarda prolapsus, atrofik vajinit, sistosel olma olasılığı ve pelvik kas tonüsünün belirlenmesi açısından önemlidir (11,26,70,100,117,124,137). Pelvik muayene inspeksiyonu ve stres testini içerir (117).

Stres testi; Hastadan dolu bir mesane ile ayakta dururken kuvvetli bir şekilde 3 kez öksürmesi istenir. Hastanın Üİ'si öksürükle birlikte oluyorsa hastada stres Üİ'si; öksürüğü takiben gecikmeli olarak gerçekleşiyorsa öksürüğün hızlandırdığı detrusor hiperaktivitesinin yani sıkışma tipi Üİ'nin düşünülmesi gerekir (11,87,117).

Rektal muayene; özellikle pelvik taban kaslarının ve anal sfinkter tonüsünü, perineal duyuyu ve prostat bezini değerlendirmek ve fekal impaksiyon, rektosel gibi sorunları belirlemek için yapılır (11,18,70,100,124,127,137).

Nörolojik ve Romatolojik muayene; fonksiyonel Üİ'ye neden olabilecek sorunların değerlendirilmesi için önemlidir (11). Nörolojik muayenede mental durum, refleksler, duyu ve kasların motor gücü değerlendirilir (22,41).

İdrar Tetkiki: İYE'ları özellikle sıkışma tipi Üİ'ye neden olabilir (102). Bu nedenle Üİ ya da İYE olabileceği düşünülen hastalardan idrar tetkiki istenmelidir (11,99,127). İdrar tetkiki ile hasta İYE, proteinüri, hematüri ve glikozüri yönünden değerlendirilir (100,117,127). Poliüri oluşturabilecek nedenleri dışlayabilmek için açlık kan şekeri ve serum kalsiyum düzeylerine bakılması gerekebilir. Obstrüksiyon ya da üriner retansiyon olduğu düşünülen hastalarda böbrek fonksiyon testlerinin yapılması gerekebilir (10).

Postvoidal Rezidü Kateterizasyon: Postvoidal rezidü ölçümü, üriner retansiyonu dışlamak için yapılan bir testtir. Ölçümler hasta idrarını yaptıktan sonra birkaç dakika içinde yapılmalıdır (11). Mesanede 150 ml' den fazla idrar kalıyorsa üriner retansiyon yönünden anlamlıdır (102).

Mesane Günlüğü: Mesane günlüğü, Üİ'nin değerlendirilmesi ve yönetiminde etkin, ucuz ve bulguların değerlendirilmesinde objektif bilgi sağlayan bir yöntemdir (26,137). Mesane günlüğü ile mesane aktivitesinin, mesane fonksiyonlarının ve Üİ'ye yönelik uygulanan tedavilere olan cevabın izlenmesi hakkında gerçek zamanlı ve objektif bilgi elde edilmesini sağlar. Mesane günlüğü, sadece problemin tanımlanmasını sağlamaz, hemşirelik girişimlerinin ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesini de sağlar (73,83). Mesane günlüğünün dezavantajı; hastalar tarafından anlaşılması ve uygulanmasındaki güçlüklerdir. Mesane günlüğü hastaların idrar yapma davranışı ve oluş şekli ile ilgili bilgi veren kullanışlı bir araçtır. Mesane günlüğü genellikle 3-7 gün süresince tutulur (26,34,131).

Mesane günlüğüne kaydedilen bilgiler genellikle şunları içerir (11,22,34,41,73,90,94,100,102,131):

- Tuvalette idrar yapma sıklığı, idrar zamanı
- İnkontinans sıklığı, zamanı ve kaçırılan idrar miktarı
- İnkontinans sıklığını arttıran ya da azaltan durumlar ve aktiviteler
- İçilen sıvının miktarı, sıvının cinsi ve sıvının alındığı zaman

2.8. Üriner İnkontinansın Tedavisi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Akut ve Kronik Üriner İnkontinansın Yönetiminde Klinik Uygulama Kılavuzları 1996 yılında oluşturulmuş ve Üİ'de etkili olan birçok tedaviyi tanımlamış ve kendi uygulamalarını tavsiye etmiştir. Etkili tedavi yöntemleri 2002 ve 2003'te Üriner İnkontinans Sempozyumu ve Uluslararası İnkontinans Hemşirelik Zirvesi sırasında tekrar incelenmiş ve Üİ'ye yönelik olan birçok girişimin hemşireliğin uygulama alanına girdiği vurgulanmıştır. Davranışsal uygulamaların bir kısmı iyi bir araştırma tabanına sahip olup yaygın ve pahalı değerlendirme olmadan uygulanabilirler (5).

Üİ'si olan hastaların tedavisindeki amaç; kontinansı sağlamaktır (24,30). Tedavi, Üİ'nin tipine ve inkontinansın nedenlerine bağlı olarak belirlenir (18,44,124). Üİ tedavisinde ilk aşama, geçici Üİ nedenlerinin belirlenip ortadan kaldırılmasıdır (109,124). Uygulanacak tedavi belirlenirken hastaya Üİ'ye yönelik olan tüm tedavi seçeneklerinin, tedavinin risklerinin ve olası sonuçlarının detaylı olarak anlatılması gerekir (30). Ayrıca hastanın kendisine uygulanacak tedavi yöntemini seçmesi sağlanır (30,137). Üİ'ye yönelik uygulanabilen tedaviler; ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve davranışsal tedavidir (18,24,30,45).

İlaç Tedavisi: İlaç tedavisinin amacı; mesanedeki detrüsor kasının kontraktilesini azaltarak detrüsor kasının istemsiz kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncının artmasını sağlamaktır (22). İlaç tedavisi davranışsal tedavi ile birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır (18,70,137).

Hemşirenin ilaç tedavisi alan hastaya ilaç kullanımının amacını, kullanılacak ilacın hangi dozda ve ne sıklıkla alınacağını, ilaca bağlı oluşabilecek yan etkileri anlatmalıdır. Hastaya ilaç kullanımına bağlı yan etki oluştuğunda doktora bildirmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Diüretik kullanan hastalara ilacı gündüz alması önerilmelidir (18, 24).

Cerrahi Tedavi: Cerrahi tedavi, ilaç tedavisi ve davranışsal tedaviye yanıt vermeyen hastalara uygulanır (18,44). Cerrahi tercihler altta yatan anatomik ve fizyolojik probleme göre değişir (18). Cerrahi olarak uygulanan yöntemler; Tension Free Vaginal Tape, Sling, Rozz, Gittes, Burch, Trans Obturator Bant ve Paravaginal operasyon gibi yöntemlerdir (22).

Hemşirelik bakımında hastaya cerrahi girişim hakkında bilgi verilmesi, cerrahi girişim sonrasında yara enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu hakkında bilgi vermesi önemlidir (18,24).

Davranışsal Tedavi: Davranışsal tedavi, sağlık profesyonelleri tarafından kolaylıkla uygulanabilen, yan etkileri olmayan, basit, ucuz ve etkili bir yöntemdir (30,71). Cerrahi olmayan diğer yöntemlerle beraber kolaylıkla kullanılabilir. Davranışsal tedavi yöntemleri zaman alıcı ve yoğun bir tedavi olması nedeniyle sağlık personeli ve hasta arasında pozitif, destekleyici bir ilişkinin olmasını gerektirir (30).

Davranışsal tedavinin amacı; mesanenin kapasitesini arttırarak mesane kontrolünün geri kazanılmasını sağlamaktır. İnkontinansa yönelik davranışsal tedavi yöntemleri diyet, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, biyofeedback, vajinal koni uygulaması ve fonksiyonel elektriksel stimülasyondur (30,71).

Üİ'a ilişkin davranışsal tedavinin uygulanmasında hemşirelerin olarak başlıca iki sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumlulukları Üİ'nin gelişmesini önlemek ve Üİ'si olan kadınların tedavisinde aktif rol almaktır. Hemşirenin Üİ'si olan hastanın öyküsü ve fizik muayenesinden edinilen bilgiler doğrultusunda diğer ekip üyeleri ile birlikte kişiye özgü bakım planı geliştirilmesi gereklidir. Üİ'ye neden olan ilaçların kullanımından kaçınılmalı, hastanın yeterli sıvı alması sağlanmalı ve çevre düzenlemesi yapılmalıdır (18,57,71).

Üriner İnkontinansa Yönelik Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi yöntemleri şunları kapsar:

Diyet

Üİ'si olan kadınlarda mesane günlüklerine bakılarak diyetlerinde düzenlemeler yapılabilir (30,71,91).

Aşırı sıvı alımı; Üİ'yi ve aşırı aktif mesane semptomlarını arttırabilir (131). Sıvı kısıtlaması ise dehidratasyon, konstipasyon ve idrar konsantrasyonunun artmasına neden olabilir (72,91,131). İdrar konsantrasyonundaki artış, mesane mukozasını irrite edebilir, acil idrar yapma hissini, sık idrar yapmayı ve İYE'leri arttırabilir (131).

Hidrasyonu sağlamak için kişinin günde en az günlük 8 bardak, yaklaşık olarak 1500 ml ya da 30ml/kg sıvı alması gerekir (7,30,90,91,129,131). Kişinin

günlük idrar atılımı 1200-1600 ml olmalıdır (30). Akşam sıvı alımı ile noktüri arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Noktüriyi azaltmak için kişinin akşam saat altıdan sonra, yaklaşık olarak yatmadan 3-4 saat önce sıvı alımının azaltılması ve alacakları sıvıları sabah ve öğleden sonraya kaydırmaları önerilir (72,91,131).

Bazı yiyecek ve içecekler; diüzezi ya da mesanenin uyarılabilirliğini arttırarak aşırı aktif mesane ve sıkışma tipi Üİ'nin semptomlarını şiddetlendirir (91,131). Baharatlı, asidik ve karbonatlı besinler, mesaneyi irrite edecekleri için üriner semptomlara neden olurlar (91). Kafeinli yiyecekler ve içecekler, diürezisi arttırarak inkontinansa neden olabilecekleri için kişinin kola, kahve, çay, alkol ve çikolata gibi kafeinli yiyecek ve içecekleri kısıtlaması gerekir (71,90,131). Ayrıca, kafeinli yiyecek ve içecekler detrusor basıncını ve detrusor kasının uyarılabilirliğini arttırarak aşırı aktif mesane semptomlarını arttırabilirler (131). Alkol, domates, bal ve şekerli yiyecekler, suni tatlandırıcılar, mısır şurubu, asitli içecek ve meyveler, süt ve süt ürünleri de inkontinans oluşumunda etkili olan diğer gıdalardır (30,72).

Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi, yan etkisi olmayan, girişimsel olmayan, basit ve oldukça ucuz bir yöntemdir (30,71). Mesane eğitimi, sıkışma tipi Üİ'si olan kişilerde daha etkilidir (72,100). Mesane eğitimi, tedavinin ilk aşaması olarak uygulanabildiği gibi diğer davranışsal tedavi yöntemleriyle ya da ilaç tedavisiyle kombine olarak uygulanabilir (30,71). Uygulayacak kişilerin kendilerini banyoya götürebilecek kadar fiziksel ve mental olarak yeterli olması gerekmektedir (36,100).

Alışkanlık Eğitimi (Zamanlı Miksiyon, Tuvalet Gitme Programı Oluşturma)

Alışkanlık eğitimi, hastanın idrar yapma alışkanlığına uygun olarak planlanan tuvalet gitme programıdır. Bakım veren kişiler, hastanın belirli aralıklarla ve belirli zamanlarda tuvalet gitmesini sağlar. Bu uygulamada amaç; hastanın inkontinansı olmadan önce idrarını yapması sağlanarak kuru kalmasıdır (30,73). Sıkışma tipi ve fonksiyonel inkontinans tedavisinde kullanılır. Bu yöntem kognitif fonksiyonu sağlam olan, mesane günlüğü tutabilen ve fiziksel olarak kendisi tuvalet gidebilen kişiler ile Alzheimer hastalığı gibi kognitif fonksiyonlarında bozulma olan kişilerde bakım veren kişi tarafından kullanılabilir (30,73,100,131).

İdrar Yapmayı Teşvik Etme

Bu yöntem; mesanenin doluluk derecesine göre ya da idrar yapma gereksinimini fark etmeyi öğrenebilecek, tuvalete gitmesi için teşvik edildiğinde buna uyacak ya da yardım isteyecek hastalarda kullanılabilir (30,73). Yöntemin başarısı, hastanın uygulamada aktif rol almasının yanı sıra hasta ve bakım veren kişinin iletişimine de bağlıdır (100). İdrar yapmaya teşvik etme, hastaların mesanenin dolum hissini algılamaya başladıkları ve tuvalete gitme ihtiyacı duydukları dönemde uygulanır. Bağımlı ya da bilişsel yeteneği azalmış hastalar ve diğer kompleks davranışsal tedavileri uygulamak için yeterli bilişsel yeteneği olmayan hastalar için uygun bir yöntemdir (30,73).

Aralıklı Kateterizasyon

Aralıklı kateterizasyonun amacı, mesanede 300 ml ya da daha az idrarın kalmasını sağlamaktır (100). Aralıklı kateterizasyonu uygulayacak kişilerde yeterli bilişsel fonksiyon ve el becerisinin olması gerekir (7). Üretra blokajı ya da spinal kord yaralanması sonucu refleks inkontinansı gelişen, detrusor kasının zayıflamasına bağlı üriner retansiyon oluşan kişilerde aralıklı kateterizasyon kullanılabilir (100).

2.8.1. Kegel Egzersizi

Pelvik taban kasları istemli olarak kasılan çizgili kaslardan oluşmuştur. Kegel egzersizleri, 2 ayrı kas liflerinin (Tip 1, yavaş kasılan kas lifleri ve Tip 2, hızlı kasılan kas lifleri) tekrarlanan, yüksek- yoğunluklu olan kasılmaları ile oluşur. Levator ani kasının % 70-80'i tip 1 kas liflerinden oluşmaktadır. Tip 1 kas lifleri yorgunluğa karşı dayanıklıdır. Tip 2 kas lifleri güçlü ve hızlı kasılarak üretral kapanmaya katkıda bulunur. Bu liflere egzersiz yaptırılarak pelvik kas kuvvetinin artması sağlanır (47,72,76,92).

Kegel egzersizleri ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır (22,30,71,93,111,134). Kegel, egzersiz ile inkontinansın tedavi oranının %80'in üzerinde olduğunu belirtmiştir (134). Kegel egzersizleri, sıkışma, miks ve stres tipi Üİ'si olanlar, yaşlılar ve BKİ'i yüksek olanlarda etkili olan egzersizlerdir (18,30,71,92,100). Kegel egzersizleri mesane, mesane boynu, üretra

vajina ve rektumu destekleyen pubokoksigeal kasları güçlendirmek için kasın tekrarlı kasılmasını içerir (22,36,71,100).

Kegel egzersizlerinin amaçları (22,28,44,71,75,92,100,131);

- Üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirerek üretranın kapanmasını ve pelvik organların desteğini arttırmak,
- İstemli periüretral ve perivajinal kasları güçlendirmek,
- Levator ani kaslarının gücünü arttırmak ve karın içi basıncı arttırmadan kontraksiyonları harekete geçirmek,
- Levator kasını ayırt edebilmek,
- İnkontinans sıklığını azaltmaktır.

Pelvik taban kasının kuvveti, gücü, dayanıklılığı, kas kontraksiyonların tekrarlanması ve kasın yorgunluğu kasın daha kuvvetli kasılmasını sağlamak için birlikte düşünülmelidir (92).

a. Kuvvet (Strength): Kasın oluşturacağı maksimum kuvvet ya da kasılmasıdır.

b. Güç (Power): Kasın kas yorulana kadar olabildiğince hızlı ve kuvvetli bir şekilde kasılma-gevşeme yeteneğidir.

c. Dayanıklılık (Endurance): 10 saniyeye kadar sürdürülebilen ya da tekrarlanabilen maksimum kas kontraksiyonudur.

d. Kasılmaların tekrarlanması (Repetitions): Eşit kuvvette ve tekrarlanabilir olan kas kontraksiyonlarının tekrar sayısıdır.

e. Yorgunluk (Fatigue): Pelvik taban kasının ardı ardına 1-2 kereden fazla sayıda kasılamamasıdır (93).

Kegel egzersizi doğru bir şekilde yapıldığında hastaların pelvik taban kaslarının sıkılaşmasını, kas kuvvetini ve kas liflerinin sayısını artırır (30,111). Kegel egzersizlerinin öğretileceği kişilerin; egzersizi yapmaya istekli olmaları, bilişsel olarak durumlarının iyi olması ve pelvik tabanın nörolojik olarak sağlam olması gerekir (71,92,117,123).

Egzersizlerin yararları (2,22,30,72,92,111)

- Pelvik taban kas gücünü artırır ve kas gücünü, tonüsünü ve elastikiyetini korur.
- Üretral kapanma basıncını ve direncini artırır.
- Üretral sfinktere ve detrusor kasına olan desteği artırır.
- Uterus ve pelvik organ prolapsusu, pelvik taban güçsüzlüğü ve üriner inkontinans gibi pelvik sorunları önler.
- Anal sfinkter kas gücünü artırır. Dolayısıyla barsak kontrolünü artırır.
- Hemoroidal ağrıyı giderir.
- Seksüel hassasiyet artar ve cinsel problemler azalır.
- Doğum sonrası vajinanın toparlanmasını sağlar.
- Doğumda bu kasların gevşeme yeteneğini sağlayarak epizyotomi ihtiyacını azaltır.

Kegel egzersizlerinin avantajı; risk ve maliyetinin olmaması ve hastane dışında da uygulanabilmesidir (71,134).

Yaşlı hastalarda egzersize yanıt alınması daha uzun bir süre gerektirebilir (71,134). Kegel egzersizleri ile istenilen sonucun alınmadığı hastalarda kollajen yapı defekti olabileceği düşünülmelidir (71).

Hastaların Kegel egzersizleri sırasında pelvik taban kaslarını tanımlamada ve ayırmada zorluk çekmeleri nedeniyle bu egzersizin doğru uygulama tekniğinin hastaya öğretilmesi önemlidir. Kadınlar yeterli bilgi olmadan hatalı ve etkisiz egzersiz yapabilirler (92). Egzersiz, hastaya ‘sık’, ‘sıkıştır’, ‘tut ve bırak’, ‘içine çek’, ‘yukarı kaldır’ şeklinde yönlendirmelerle anlatılmalıdır (92,134).

Kegel Egzersizini Uygulanmasının Aşamaları (30,71,76,100,131,134)

- Kegel egzersizleri öğretilmeden önce hastanın mesanesini boşaltması ve rahat bir giysi giymesi önerilir.
- Egzersiz yapılırken kişinin bacaklarını düz bir şekilde uzatması gerekir. Çünkü kişinin bu pozisyonda diğer kasların kontraksiyonundan kaçınması daha kolaydır. Kegel egzersizleri yapılırken, idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına pelvik taban kaslarının kasılması gerekir.

- Pelvik taban kasları kasılırken hastanın bacak, kalça ve karın kaslarını kasmaması ve nefesini tutmaması gerekir.

- Egzersiz için ideal olan ilgili kasların 10 saniye kasılmasını takiben 10 saniye gevşetilmesidir. Zayıf kasları olan hastalarda dinlenme süresi daha uzun olmalıdır.

- Kegel egzersizleri genellikle eşit gevşeme aralıklarıyla 5-10 saniye kontraksiyon şeklinde yapılır.

- İdeali bu pozisyonda 10 saniye tutmak ve 10-20 saniye dinlenmektir. Kişinin egzersizleri günlük aktiviteler sırasında da yapması istenir.

- Egzersiz her gün düzenli olarak uygulanmalıdır.

- Günde minimum 30-45 egzersiz yapılması önerilmektedir (76,87,92). Hastaların egzersizleri otururken, ayakta ve yatarken günde 2-3 kere yapmaları önerilir (72,90,92). Egzersizin değişik pozisyonlarda yapılması mesane boynu ve üretranın abdominal kavitede stabilizasyonunu sağlar (134).

- Kegel egzersizlerinin fizyolojik etkileri iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar (71), 6 ile 8 haftada şikayetlerde azalma olur (71,92,100,134) Optimal etkinlik için egzersizlerin 8-12 hafta uygulanması gerekir (7,131).

Literatürde hastaların Kegel egzersiz programını bırakma nedenleri; zaman yetersizliği, disiplin veya ilgi eksikliği, günlük aktivite ile uyuşmaması, rahatsızlık duyulması, yorgunluk, egzersizin nasıl yapılacağının bilinmemesi ve egzersizin faydasının olacağına inanılmaması olarak belirtilmektedir (71).

Kegel egzersizleri ile mesane eğitiminin birlikte donanımlı ve lisanslı hemşireler tarafından her girişimin ayrı ayrı uygulanmasında inkontinans sıklığını önemli derecede azalttığı belirlenmiştir. Borrie ve diğ.(17)'lerinin yaptığı çalışmada hemşirelerin rehberliğinde toplumda yaşayan ve haftada en az bir kez inkontinans olan kişilere uygulanan yaşam tarzı değişiklikleri (sıvı ve kafein alımının azaltılması) ve davranışsal girişimlerinin (sıklıkla pelvik taban kas egzersizleri, mesane eğitimi, her 4 haftada bir hemşire izlemi) inkontinans sıklığında azalma olduğu gösterilmiştir.

Alparslan ve diğ.(6)'lerinin yaptığı çalışmada kadınların üriner inkontinans konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve araştırmaya katılan tüm kadınların Kegel egzersizleri hakkında bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.

Ng ve diğ.(93)'lerinin miks tip Üİ'si olan kadınlarda 6 ay süreyle evde uygulanan pelvik taban kas eğitim programının etkisini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirdikleri randomize klinik çalışmada hastalara 4 hafta boyunca haftada 2 kez birer saat olacak şekilde Kegel egzersizine ilişkin eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası hastalara evde Kegel egzersizini nasıl uygulayacaklarına ilişkin yazılı açıklama verilmiş, egzersizi günde 3 defa 50-70 kez yapmaları önerilmiştir. Çalışmada kontrol grubundaki hastalar Kegel egzersizi uyguluyorken deney grubundaki hastalar Kegel egzersizi uygulamalarının yanı sıra hemşire tarafından haftada 2 kez yapılan telefon görüşmesi ile hastaların egzersizi yapmaları takip edilmiştir. 6 ayın sonunda sık idrara çıkma, noktüri sıkışma tipi Üİ ve stres Üİ'de önemli oranda azalma ve yaşam kalitesinde artma olduğu belirlenmiştir.

Üİ'nin azaltılmasında hemşirelerin önemli rolü vardır. Hemşirelerin Üİ'nin tanı ve tedavisindeki rolü, hasta ile görüşüp bilgi toplamak, hastayı değerlendirmek ve elde ettiği veriler ışığında hastaya uygun davranışsal tedavi yöntemlerini belirlemek ve bu yöntemler hakkında hastaya eğitim vermektir (137). Hastanın değerlendirilmesinde; Üİ'nin belirlenmesine yönelik sağlık hikayesi, mental durum değerlendirmesi, fonksiyonel değerlendirme, çevresel değerlendirme, sosyal destekler, mesane kaydı ve fizik muayene alanları kullanılır (137). Hemşireler Üİ'si olan yaşlılara davranışsal yöntemleri öğretmekle görevlidir. Davranışsal tedaviler, hem etkin hem ucuz hem de daha az invaziv yöntemler olmaları nedeniyle Üİ tedavisinde ilk seçenek olmalıdırlar (28).

Hemşirelerin yaşlılarda boşaltımı düzenli ve kapsamlı olarak değerlendirmeleri, koruyucu uygulamalarla düzenli ve normal boşaltımın sürdürülmesini desteklemeleri, rutin izlemlerle boşaltım sorunlarını erken dönemde tanılanmasına ve rehabilitasyona yönelik her türlü girişime aktif olarak katılmaları gerekir (98). Hemşire bütüncül bir yaklaşımla, yaşlılıkta kadın sağlığının korunmasında erken tanı, sağlığın bozulduğu durumlarda tanı ve tedavide, kadının sonraki yaşamını mutlu olarak sürdürebilmesi için rehabilitasyon ve sağlık eğitimi verilmesinde önemli görevler üstlenmektedir (28).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma, geriatri polikliniğine başvuran üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin değerlendirilmesi amacıyla müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi'nde 01.07.2010- 30.05.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. 65 yaş üstü hastaların kabul edildiği Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi Üİ'si olan 65 yaş üstü kadın hastalara ulaşılabilir en uygun ünite olduğundan araştırmanın uygulanması için seçilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Morfoloji Binası zemin katta bulunmaktadır. Ünite 4 öğretim üyesi, 2 uzman doktor, 1 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 diyetisyen ve 3 sekreter bulunmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi'ne her gün ortalama 25 hasta başvurmaktadır. Geriatri Ünitesi'ne başvuran hastalar geriatrik sendromlar olan demans, depresyon, deliryum, üriner inkontinans, düşmeler ve bası yaraları açısından değerlendirilmekte ve tedavi edilmektedirler. Geriatri Ünitesi'nde hemşirenin hastalara eğitim verme, danışmanlık yapma fonksiyonlarının yanı sıra klinikte de yatan geriatrik hastaların değerlendirilmesi ve eğitiminden sorumludur. Hacettepe Üniversitesi Geriatri Ünitesi'nde üriner inkontinansa yönelik olarak farmakolojik tedavinin yanı sıra üriner inkontinansa yönelik uygulanacak yaşam tarzı değişiklikleri anlatılmaktadır. Günde alınması gereken sıvı miktarı, üriner inkontinansı neden olan yiyecekler, düzenli aralıklarla tualete gitmeyi önemi, üriner inkontinansa neden olan risk faktörlerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri hemşire tarafından anlatılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi'ne 2008 yılında 1650 kadın hasta başvurmuş olup, Ünite'ye başvuran kadın hastalardan 164'üne doktor tarafından üriner inkontinans tanısı konulmuştur.

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi'ne başvuran ve üriner inkontinansı olan kadın hastalar oluşturmuştur. 01.07.2010- 30.05.2011 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılan araştırmanın örneklemini, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'ne başvuran, doktor tarafından üriner inkontinans tanısı konulan ve çalışmaya katılım için aranan kriterlere sahip olan 31 kadın hasta oluşturmuştur. Araştırma süresi boyunca toplam 40 hasta ile görüşülmüş, 6 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 3 hastadan 2'si Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirme için gelmemiş, 1'i ise bilgilendirme sonrası sağlık sorunu nedeniyle bırakmıştır.

Çalışmaya Katılım İçin Aranan Kriterler

- Kişinin araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olması
- En az okur-yazar olması
- Bilişsel fonksiyonlarının tam olması (Mini Mental Test'ten 24 ve üzeri puan alması)
- Herhangi bir duyu kaybının olmaması
- İletişim probleminin olmaması

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmada, örneklem seçiminde bağımsızlık düzeyinin değerlendirilmesi için Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Bkz. EK 2) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Bkz. EK 3); bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (Bkz. EK 4) kullanılmıştır. Araştırmada, Üriner İnkontinans Soru Formunun (Bkz. EK 1) yanı sıra hastaların üriner inkontinans durumunun değerlendirilmesi için mesane günlüğü (Bkz. EK 6) ve inkontinans şiddetini değerlendirmek için İnkontinans Şiddet İndeksi (Bkz. EK 5) kullanılmıştır. Bu ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda belirtilmiştir.

3.4.1. Üriner İnkontinans Değerlendirme Soru Formu (EK 1)

Üriner inkontinans değerlendirme soru formu, kadınlarda üriner inkontinans ve Kegel egzersizleri ile ilgili literatür incelenerek hazırlanmıştır

(8,9,22,29,38,70,77,107). Soru formu ile hastalara sosyo-demografik özellikleri,hastalıkları, alışkanlıkları, örneklem seçiminde kullanılan ölçeklerin puanları ve inkontinans değerlendirmesine ilişkin sorular ile toplam 20 soru sorulmuştur.

3.4.2. Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 2)

Günlük temel yaşam aktiviteleri ölçeği (GYAÖ), Dorothea Barthel tarafından düzenlenip Florence Mahoney tarafından geliştirilmiştir. Kişinin özbakım kapasitesini değerlendirmek için kullanılan bir araçtır. Kişinin idrar-gaita inkontinansı, beslenmesi, yıkanması (yüz yıkama, saç bakımı, traş dahil), giyinmesi, transferi, tuvaleti kullanması, mobilitesi, basamak çıkması ve banyo yapması değerlendirilir. Ölçeğin puanlaması, hastanın günlük temel yaşam aktivitelerini işleri bağımsız, kontrollü, yardımcı ya da bağımlı yapmasına göre yapılır. Puan, kişinin bağımsızlık düzeyini gösterir. Hastanın bağımsızlık düzeyi arttıkça alınan puan azalır (113,133,136).

3.4.3. Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (EK 3)

Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği (EGYAÖ), Edith Buctuald Lawton tarafından geliştirilmiş olup kişinin telefon kullanımı, alışveriş, çamaşır yıkama, para yönetimi, ilaçların kullanımı ve yemek hazırlama gibi bağımsız yaşamasını destekleyen ve daha kompleks olan kişisel bakım aktiviteleri yapma yeteneğini değerlendiren bir ölçektir. Toplam 17 puan üzerinden değerlendirilir. Alınan puan kişinin bağımsızlık derecesini gösterir. Kişinin bağımsızlık düzeyi arttıkça puan da artar (113,133,136).

3.4.4. Mini Mental Test (EK 4)

Mini mental test (MMT), bilişsel değerlendirmede en yaygın kullanılan değerlendirme aracıdır. MMT, 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. MMT'nin en büyük avantajı, kolay ve hızlı uygulanabilir olmasıdır. MMT, 11 sorudan oluşmakta olup 30 puan üzerinden değerlendirilir.

MMT ile kişinin oryantasyon, hafıza, dikkat ve hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, visiospasiel yetenekleri test edilir (46,101,133).

3.4.5. İnkontinans Şiddet İndeksi (EK 5)

İnkontinans şiddet indeksi (İŞİ), 1993 yılında Sandvik ve diğerleri tarafından Norveç'te inkontinansı olan kadınlarda Üİ şiddetini değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Üİ'nin şiddetinin değerlendirilmesinde yüksek oranda (A düzeyi) önerilen bir ölçektir (89,106). İŞİ kadınlarda Üİ ölçümlerinde kısa, basit, geçerli, güvenilir ve hassas bir değerlendirme aracıdır (50). İŞİ 2 sorudan oluşmakta olup, toplan skor idrar kaçırmanın sıklığı ve kaçırılan idrar miktarının çarpımı ile elde edilmektedir ve puan aralığı 1-12 arasında değişmektedir (89,106,122). İŞİ puanlarına göre 1-2 puan hafif; 3-6 puan orta; 8-9 puan şiddetli ve 12 puan çok şiddetli Üİ'yi ifade eder (89,122). Tipik olarak hafif inkontinans, ayda birkaç kez olan damla şeklinde idrar kaçırmayı, orta derecede inkontinans her gün damla şeklinde idrar kaçırmayı, şiddetli inkontinans ise en az haftada bir kez olan fazla miktarda olan idrar kaçırmayı tanımlamaktadır (106).

İŞİ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hazar ve Şirin tarafından 2008 yılında yapılmıştır. İŞİ'de ortalama değer; 3.70, SS:1.40, Cronbach alfa: 0.67'dir (122).

3.4.6. Mesane Günlüğü (EK 6)

Mesane günlüğü, Üİ'nin değerlendirilmesi ve yönetiminde etkin, ucuz ve belirtilerin değerlendirilmesinde objektif bilgi sağlayan bir yöntemdir (26,137). Hastaların idrar yapma davranışı ve oluş şekliyle ilgili bilgi veren kullanışlı bir araç olan mesane günlüğü ile mesane aktivitesitedavi başlamadan önceki mesane fonksiyonları ve girişimlere olan cevabın izlenmesi hakkında gerçek zamanlı ve objektif bilgi elde edilmektedir (34,131). Mesane günlüğü, problemin tanımlanmasını sağlamanın yanı sıra hemşirelik girişimlerinin ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesini sağlamaktadır (83,131). Mesane günlüğü genellikle 3-7 gün süresince tutulur (26,34,131). Mesane günlüğünün dezavantajı; hastalar tarafından anlaşılması ve uygulanmasında güçlükler yaşanmasıdır (26).

Mesane günlüğüne kaydedilen bilgiler genellikle şunları içerir (10,22,34,100, 102,131):

- Tuvalete idrar yapma sıklığı ve zamanı
- İnkontinans sıklığı, zamanı ve kaçırılan idrar miktarı
- İnkontinans sıklığını arttıran ya da azaltan durumlar ve aktiviteler
- İçilen sıvının miktarı, sıvının cinsi ve sıvının alındığı zaman

3.4.7 İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Hastalar İçin Kegel Egzersizi Bilgilendirme Kitapçığı (EK 7)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak idrar yolları anatomisi, işeme, idrar kaçırma, idrar kaçırmayı arttıran durumlar, pelvik taban kasları, pelvik taban kas egzersizleri, kendinize yardım etmek için yapabileceğiniz diğer uygulamaları içeren bilgilendirme el kitapçığı (4,24,92,111,127,131) hazırlanmıştır.

3.5. Ön Uygulama

Soru kağıdının ve hazırlanan kitapçığın ön uygulaması anlaşılmayan ve eksik olan bölümlerin saptanarak düzeltilmesi amacıyla 12.04-22.06.2010 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'nde 5 hastaya uygulanmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda soru kağıdına hastanın BKI'sini hesaplayabilmek için boy ve kilo eklenmiş, bilgilendirme kitapçığının içeriğinde daha anlaşılır ifadeler kullanılmıştır. Ön uygulamanın uygulandığı 5 hasta araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Ünitesi'nde 01.07.2010 – 30.05.2011 tarihleri arasında kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 31 hasta ile görüşülmüştür. Hastalara üriner inkontinans tanısı doktor tarafından konulduktan sonra araştırmacı hastalarla görüşmüştür.

Soru formunun uygulamasından önce hastalara araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından 01.07.2010 – 30.05.2011 tarihleri arasında

çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Sorular araştırmacı tarafından hastaya okunarak sorulmuş ve alınan yanıtlar soru kağıdına kaydedilmiştir. Hastalarla yapılan ilk görüşmede veri toplama formu ile günlük yaşam aktiviteleri ölçeği, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve mini mental testi uygulanmıştır. Örnekleme alınacak hastaların belirlenmesinin ardından hastalara 3 günlük mesane günlüğü verilerek günlüğü nasıl dolduracakları anlatılmış ve doldurdukları mesane günlüğünü Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin yapılacağı ikinci görüşmeye gelirken getirmeleri istenmiştir. Hasta ile yapılan ikinci görüşme tarihi hasta ile yapılan ilk görüşmede ilk görüşmeden sonraki 2-7 gün içinde olacak şekilde hasta ile birlikte belirlenmiştir. Hasta ile yapılan ikinci görüşmede hastalara Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirme yapılmış, hazırlanan powerpoint sunusunda egzersiz şekilleri ile anlatılmıştır. Hastalara bilgilendirme sonrasında ‘İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Hastalar İçin Kegel Egzersizi Bilgilendirme Kitapçığı’ verilmiştir. Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmede hastalara günde 3 kez (sabah, öğle, akşam) her seferinde 10 egzersiz olmak üzere günde toplam 30 egzersiz yapmaları, egzersizi her seferinde farklı pozisyonda (otururken, ayakta, yatarken) yapmaları belirtilmiştir. Hastaya verilen bilgilendirme ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Hastalara ikinci ay sonunda 3 günlük mesane günlüğü dolduracakları ifade edilmiştir. Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin yapıldığı gün hastalara ikinci ay sonunda dolduracakları 3 günlük mesane günlüğü verilmiştir.

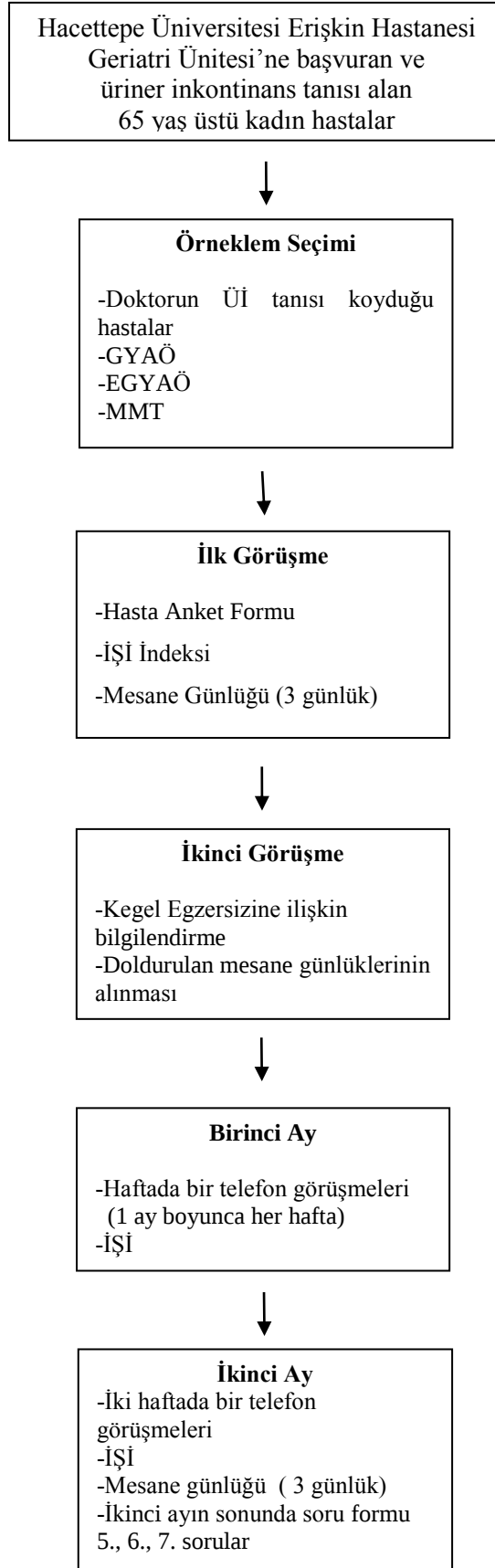
Hastanın takibinde ilk ay haftada bir; ikinci ay iki haftada bir telefon görüşmeleri yapılmış, egzersizi düzenli yapmayan hastalar ile rutin telefon görüşmelerinin dışında yapılan telefon görüşmelerinde egzersizleri uygulama durumları, inkontinans durumları ile ilgili bilgi alınmıştır. Hastalara verilen Kegel egzersizi ilişkin bilgilendirme sonrası yapılan telefon görüşmeleri ile birinci ay sonunda İnkontinans Şiddet İndeksi puanları ve ikinci ay sonunda Üriner İnkontinans Değerlendirme Soru Formundaki inkontinans değerlendirmesi bölümünde bulunan 5, 6 ve 7. sorular hastaya tekrar sorulmuş ve İnkontinans Şiddet İndeksi puanları değerlendirilmiştir. Ayrıca ikinci ayın sonunda 3 günlük mesane günlüğü hastalarla yüzyüze görüşülerek alınmıştır.

Araştırmada hastalardan ve Kegel egzersizine ilişkin yapılan bilgilendirme öncesi ve bilgilendirme sonrası ikinci ayın sonunda üriner inkontinans sıklığındaki değişimi belirlemek için 3 günlük mesane günlüğü tutmaları istenmiştir (26,34,127,131). Literatürde kegel egzersizinin etkisini 2 ay sonrasında gösterdiği belirtilmesi nedeniyle egzersizin etkisini değerlendirmek için süre 2 ay olarak kabul edilmiştir (71,92,100,131,134).

Araştırmada hastaların bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla GYAÖ ve EGYAÖ hastalarla yapılan ilk görüşmede uygulanmıştır. Ölçeklerin değerlendirilmesi 15 dakika sürmüştür.

Araştırmada Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirme yapılacak hastaların Kegel egzersizini uygulayabilmeleri ve mesane günlüğünü tutabilmeleri için bilişsel fonksiyonlarının tam olması gerekmektedir. Bu nedenle MMT, hastalarla yapılan ilk görüşmede toplam 20 dakikada uygulanmıştır.

Araştırmada hastalarla yapılan ilk görüşmede ve Kegel egzersizine yönelik yapılan bilgilendirme sonrasındaki birinci ayın ve ikinci ayın sonunda İŞİ değerlendirilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ile (ortalama, standart sapma, ortanca), nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 2'den daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Bonferonni düzeltmeli Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Aynı grupta ikiden fazla olan ölçümlerin istatistiksel analizinde Friedman testi; sayısal veriler karşılaştırılırken Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye ise Spearman Korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır (54,112). İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

GYAÖ, toplam 27 puan üzerinden değerlendirilir.

EGYAÖ, toplam 17 puan üzerinden değerlendirilir.

MMT, 11 sorudan oluşmakta olup 30 puan üzerinden değerlendirilir (46,133). Ölçekte 10 puan ve altı ciddi demans, 10-17 puan arası demans, 18-23 puan hafif demans ve 24-30 puan normal olarak değerlendirilir (133).

İŞİ 2 sorudan oluşmakta olup, toplam skor idrar kaçırmanın sıklığı ve kaçırılan idrar miktarının çarpımı ile elde edilmektedir ve puan aralığı 1-12 arasında değişmektedir (89,106,122). İŞİ puanlarına göre 1-2 puan hafif; 3-6 puan orta; 8-9 puan şiddetli ve 12 puan çok şiddetli Üİ'yi ifade eder (89,122).

Hastaların BKİ'leri araştırmacı tarafından hastaların ifade ettiği boy ve kilo değerleri kullanılarak BKİ: $\text{Kilo (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$ formülüne göre hesaplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'na başvurulmuş ve 24.06.2010 tarihli B.30.2.HAC.0.20.05.04/354 sayılı ve LUT 10/20-3 karar numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz.EK 11.1).Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi izin; (Bkz.EK 11.2), araştırmaya katılan 20 kişiden yazılı izin, imza atmak istemeyen 11 kişiden ise sözlü izin alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan İŞİ için yazardan yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 11.3). Temel

Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ve Mini Mental Testi hastanede kullanıldığı için izin alınmamıştır.

Araştırmaya katılmaları konusunda 20 hastadan yazılı; onama imza atmamak istemeyen 11 hastadan ise sözel izin alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Kegel egzersiz etkinliği standart bir yöntem ile ölçülememiş (perineometre, ped testi ya da digital palpasyon yöntemi gibi), mesane günlüklerini doğru şekilde dolduramamaları nedeniyle hastaların bilgilendirme sonrası değerlendirmeleri sadece hastaların beyanına göre değerlendirilmiştir.

3.9.2. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

1. Hastaların mesane günlüklerini doğru şekilde ya da hiç dolduramamaları nedeniyle hastaların üriner inkontinansa ilişkin şikayetleri objektif olarak değerlendirilememiştir.

2. Egzersizi düzenli olarak yapmayan hastaların üriner inkontinans şikayetlerinde olan değişim objektif olarak değerlendirilememiştir.

4. BULGULAR

Üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n:31)

Genel Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} \pm SS = 71.1 \pm 5.02$)		
65-69	14	45.2
70-74	7	22.6
75-79	8	25.8
80-85	2	6.4
Medeni Durum		
Evli	20	64.5
Bekar	11	35.5
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	3	9.7
İlkokul	12	38.7
Ortaokul	7	22.6
Lise	5	16.1
Üniversite	4	12.9
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Yalnız	9	29.0
Eşi	18	58.1
Akrabaları*	4	12.9

* 3 kişi çocukları, 1 kişi kardeşi ile birlikte yaşamaktadır.

** Birden fazla cevap verildiği için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgileri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 71.1 ± 5.02 olup, %45.2’si 65-69 yaş aralığındadır. Hastaların % 64.5’i evli, %38.7’si ilkokul mezunu ve %58.1’i eşi ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların Üriner İnkontinansa Yönelik Risk Faktörlerine İlişkin Özellikleri (n:31)

Risk Faktörleri	Sayı	%
Beden Kitle İndeksi ($\bar{x} \pm SS = 30.3 \pm 4.9$)		
Normal (18.5-24.9 kg/m ²)	3	9.7
Şişman (25- $\geq$ 40 kg/m ²) *	28	90.3
Konstipasyon		
Var	6	19.4
Yok	25	80.6
Sigara Kullanımı		
Halen Kullanıyor	1	3.2
Sigarayı Bırakmış	2	6.5
Hiç İçmemiş	28	90.3
Kahve Tüketimi		
Var	18	58.1
Yok	13	41.9
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	29	93.5
Yok	2	6.5
Çocuk Sayısı ** ($\bar{x} \pm SS = 3 \pm 1.22$)		
1-2	11	41.9
3 -4	14	45.2
5 ve üzeri	4	12.9
Gebelik Sayısı ** ($\bar{x} \pm SS = 3.59 \pm 1.54$)		
1-2	7	24.1
3-4	14	48.3
5 ve üzeri	8	27.6
Doğum Şekli**		
Normal	28	96.6
Sezaryan	1	3.4

Tablo 4.2.(Devam)

Mesane Prolapsusu Tanısı		
Var	2	6.5
Var opere	3	9.7
Yok	26	83.9
Uterus Prolapsusu Tanısı		
Var/opere	1	3.2
Yok	30	96.8
Hastalıklar***		
Hipertansiyon	26	83.9
Hiperlipidemi	18	58.1
Osteoporoz	13	41.9
Gastroösefageal reflü	12	38.7
Diabetes mellitus	10	32.3
Depresyon	10	32.3
Osteoartrit	6	19.4
Astım	5	16.1
Koroner Arter Hastalığı	4	12.9
Hipotiroidi	4	12.9
İnsomnia	2	6.5
Serebrovasküler olay	1	3.2
Hafif kognitif bozukluk	1	3.2
Kullanılan İlaçlar***		
Antihipertansif ilaçları	25	80.6
Bifosfonat ilaçlar	8	25.8
Antikolinerjik ilaçlar	8	25.8
Oral antidiyabetik ilaçlar	7	22.6

* Hastaların %35.5’u hafif şişman (25-29.9 kg/m²), %41.9’u 1. derece şişman (30-34.9 kg/m²), %9.7’si 2. derece şişman (35-39.9 kg/m²), %3.2’si 3. derece şişman (≥ 40 kg/m²) olarak belirlenmiştir.

** n:29

*** Birden fazla cevap verildiği için yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.'de hastaların üriner inkontinansa yönelik risk faktörlerine ilişkin özellikleri görülmektedir. Tablo 4.2.'ye bakıldığında hastaların BKİ ortalaması 30.3 ± 4.9 olduğu görülmektedir. Hastaların %80.6'sının sürekli olarak kabızlık şikayeti bulunmamaktadır. Hastaların %90.3'ünün hiç sigara içmediği, %58.1'inin günde en az bir fincan kahve kullandığı, tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların %96.8'inin hiç alkol kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların %48.3'ünün 3-4 gebelik geçirdiği, %96.6'sının normal doğum yaptığı görülmektedir. Hastaların %93.5'inin çocuğu bulunmakta olup %45.2'sinin 3-4; %41.9'unun 1-2 çocuğu bulunmaktadır. Ayrıca hastaların %83.9'unun mesane prolapsusu; %96.8'inin uterus prolapsusu ve tabloda yer almamakla birlikte hepsinin rektum prolapsusu tanısı almadıkları belirlenmiştir. Hastalarda var olan hastalıklara bakıldığında hipertansiyonun % 83.9 ile en sık gözlenen hastalık olduğu, bunu %58.1 ile hiperlipidemi ve %41.9 ile osteoporozun izlediği, gastroösefageal reflünün %38.7, diabetes mellitusun %32.3, depresyonun ise %32.3 oranında bulunduğu saptanmıştır. Hastaların % 80.6'sının antihipertansif ilaçlar, % 25.8'inin osteoporoza yönelik bifosfonat ilaçlar, % 25.8'inin üriner inkontinansa yönelik antikolinerjik ilaçlar ve %22.6'sının oral antidiyabetik ilaç kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hastaların Üriner Sistem Bulguları ve Üriner İnkontinans Özelliklerine Yönelik Bilgileri

Gündüz idrara çıkma sıklığı	Sayı	%
1 saatten daha az	6	19.4
1-2 saatte bir	14	45.1
3-5 saatte bir	11	35.5
Gece İdrara Çıkma Sıklığı		
Hiç	3	9.7
1-3 kez	20	64.5
4 ve fazla	8	25.8
Tuvalete Yetişememe		
Var	26	83.9
Yok	5	16.1
İnkontinans Zamanı		
Gündüz	16	51.6
Gündüz ve gece	15	48.4
İnkontinans Tipi		
Stres	6	19.4
Sıkışma tipi	8	25.8
Miks tip	17	54.8
Üriner İnkontinans Süresi		
1 Yıldan Az	3	9.7
1-5 Yıl	16	51.6
5 Yıldan Fazla	12	38.7
İnkontinans Sıklığı		
Ayda Bir Kezden Az	1	3.2
Ayda Birkaç Kez	4	12.9
Haftada Birkaç Kez	14	45.2
Her Gün Veya Her Gece	12	38.7

Tablo 4.3.(Devam)

Kaçırılan İdrar Miktarı		
Birkaç Damla	8	25.8
Küçük Lekeler	10	32.3
Daha Fazla	13	41.9
Koruyucu Materyal Kullanımı		
Bez/Ped	27	87.1
Kullanmıyor	3	9.7
Kağıt Havlu	1	3.2
Koruyucu Materyal Kullanım Sıklığı/gün (n: 28)		
1-3	21	75.0
4 ve üzeri	5	17.9
Diğer*	2	7.1

*Değişen sıklıkta koruyucu materyal kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3.'te Hastaların üriner sistem bulguları ve üriner inkontinans özelliklerine yönelik bilgileri görülmektedir. Hastaların %45.1'inin gündüz 1-2 saatte bir idrara çıktıkları, %64.5'inin ise gece 1-3 kez idrara çıktıkları belirlenmiştir. Tablo 4.3.'e bakıldığında hastaların %54.8'inde miks tipi, %25.8'inde sıkışma tipi ve %19.4'ünde stres Üİ'si olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların %51.6'sının 1-5 yıl, %38.7'sinin 5 yıldan fazla süredir Üİ'sinin olduğu; %45.2'sinin haftada birkaç kez, %38.7'sinin ise her gün ya da gece Üİ yaşadığı görülmektedir. Kaçırılan idrar miktarına göre değerlendirildiğinde; hastaların %41.9'unun kaçırdığı idrar miktarının fazla, %32.3'ünün küçük lekeler şeklinde ve %25.8'inin birkaç damla olduğu belirlenmiştir. Üİ'ye yönelik koruyucu materyal olarak hastaların %87.1'inin bez/ped kullanıldığı ve hastaların %75.0'inin koruyucu materyali 1-3 adet/gün şeklinde kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların İnkontinans Şiddet İndeksinden Aldıkları Puanların Dağılımı (n:31)

İnkontinans Şiddet İndeksi	Başlangıç		Birinci Ay		İkinci Ay	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hafif	2	6.5	16	51.6	21	67.7
Orta	12	38.7	11	35.5	6	19.3
Şiddetli	10	32.2	1	3.2	2	6.5
Çok Şiddetli	7	22.6	3	9.7	2	6.5
Toplam	31	100.0	31	100.0	31	100.0

Tablo 4.4.'te hastaların inkontinans şiddet indeksinden aldıkları puanlara göre dağılımı bulunmaktadır. Bilgilendirme öncesi hastaların %38.7'sinde orta düzeyde Üİ bulunurken, bilgilendirme sonrası birinci ay sonunda hastaların % 35.5'inde, ikinci ay sonunda ise %19.3'ünde orta düzey Üİ olduğu belirlenmiştir. Bilgilendirme öncesi hastaların %6.5'inde hafif düzeyde Üİ varken bilgilendirme sonrası birinci ay sonunda hastaların %51.6'sında, ikinci ay sonunda ise %67.7'sinde hafif düzey Üİ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Değişimi

İnkontinans Şiddet İndeksi	Min-Max	Ortanca	X^{2*}	p
İŞİ bilgilendirme öncesi	1-12	9	34.95	0.00
İŞİ bilgilendirme sonrası birinci ay	1-12	4		
İŞİ bilgilendirme sonrası ikinci ay	1-12	3		

Tablo 4.5.'te hastaların Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirme öncesi ve sonrası birinci ve ikinci ay İŞİ puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Tablo 4.5.'e bakıldığında hastaların bilgilendirme öncesi, bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonundaki İŞİ puanları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tabloda gösterilmemekle birlikte hastaların bilgilendirme öncesi İŞİ puanı ile bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların bilgilendirme sonrası birinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı ile ikinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İŞİ puanında bilgilendirme sonrası birinci ay sonunda belirgin azalma olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Kegel Egzersizini Uygulama Durumları

Kegel Egzersizi Uygulama Durumu	Sayı	%
Hergün	11	35.5
Haftada 2-3 kez	7	22.6
Haftada 4-5 kez	2	12.9
Haftada 1 kez	4	6.5
Egzersiz yapmayı bırakanlar	7	22.6
TOPLAM	31	100.0

Tablo 4.6.'da hastaların Kegel egzersizini uygulama durumları görülmektedir. Hastaların %35.5'inin Kegel egzersizini her gün düzenli olarak yaptıkları; %22.6'sının haftada 2-3 kez, %12.9'unun haftada 4-5 kez, %6.5'inin haftada bir kez yaptıkları belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %22.6'sının ikinci ayın sonunda Kegel egzersizini yapmayı bıraktığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Başlangıç ve İkinci Ay Sonunda Mesane Kaydına Göre Özellikleri

	Bilgilendirme Öncesi					Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay				
	Sayı	$\bar{X}$	S.S	Min	Max	Sayı	$\bar{X}$	S.S	Min	Max
Alınan sıvı miktarı (cc)	17	2200	798	1200	3600	9	2340	917.9	1000	3400
İdrar yapma zorunluluğu	11	9.36	5.76	2	21	8	3.5	2.67	1	7
İdrar yapma sayısı	17	9.35	3.8	3	16	9	9.9	5.08	4	17
İnkontinans Sayısı	11	1.81	0.75	1	3	3	2	1.00	1	3

Tablo 4.7.'de hastaların mesane günlüklerinde doldurdukları bilgiler bulunmaktadır. Bilgilendirme öncesi 17 hasta, bilgilendirme sonrası 2. Ay sonunda 9 hasta istenen mesane günlüklerini doldurmuşlardır. Hastaların Bilgilendirme öncesi doldurdukları mesane günlüklerinden edinilen sonuçlara bakıldığında hastaların idrar yapma zorunluluğu hissedilme sayısının 9.36'dan 3.5'a düştüğü, diğer sonuçların benzer olduğu belirlenmiştir. Hastaların mesane günlüklerini etkin bir şekilde doldurmamış olmaları ve mesane günlüğü doldurmayan hastaların olması mesane günlüğündeki bilgilerin değerlendirilmesini olumsuz etkilemiştir.

Çalışmamızda hastaların bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası 1. ve 2. Aylar arasında hastanın yaşı, eğitim durumu, eşiyle birlikte yaşaması, medeni durumu ile (EK Tablo 9.2); hastaların var olan hastalıklardan hipertansiyon, osteoporoz ve hiperlipidemi ile (EK Tablo 9.3); hastaların kullandıkları ilaçlardan kalsiyum ve statin ile (EK Tablo 9.4); hastaların Üİ'ye ilişkin risk faktörlerinden BKİ, çocuk sayısı ile hastaların İŞİ puan ortancalarındaki değişim incelendiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.5). Hastaların bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası 1. ve 2. Aylar arasında miks tip Üİ'ı olan hastaların (EK Tablo 9.6); Kegel egzersizini her gün yapan hastaların İŞİ puan ortancalarındaki değişim incelendiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.6).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde bulgular tartışılmıştır.

Üİ, toplumda yaşayan birçok yaşlıyı etkileyen, yaş ilerledikçe görülme sıklığı artan kadınlarda yaygın olarak görülen bir durumdur (48,49,81,106).

Yaş, Üİ gelişiminde etkisi olan risk faktörlerinden biridir. Yapılan çalışmalarda yaş ile Üİ arasında ilişki olduğu ve yaşın ilerlemesi ile görülme oranının arttığı belirlenmiştir (86,117). Hunskar ve diğ.(64)'lerinin dört Avrupa ülkesinde yaptıkları çalışmada kadınlarda Üİ prevalansının yaşla birlikte arttığı, miks tip Üİ ile sıkışma hissinin yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır. Wenberg ve diğ.(128)'lerinin çalışmasında kadınlar Üİ semptomları açısından ilk değerlendirmeden 16 yıl sonra tekrar değerlendirilmiş ve Üİ prevalansının %15'ten %28'e çıktığı saptanmıştır. Maggi ve diğ.(84)'lerinin çalışmasında kadınlarda Üİ'nin yaşla birlikte arttığı ve bu artışın 85 yaş ve üzerinde daha fazla (%34.7) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yaş grupları ile İŞİ puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Yaş grupları ile bilgilendirme öncesi, bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ayda değerlendirilen İŞİ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.2). 65-74 yaş grubunda İŞİ puan ortancalarındaki değişimin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni, 65-74 yaş grubundaki hastaların egzersiz yapmaya daha uyumlu olmaları, Üİ'nin prevalansının ve şiddetinin yaşla birlikte artış göstermesi nedeniyle 65-74 yaş arasında Üİ şiddetinin daha az olabileceğini düşünmekteyiz.

Üİ gelişiminde etkisi olan bir diğer risk faktörü paritedir. Normal doğum yapan kadınlarda doğum sırasında pelvik taban inervasyonuna bası olması ve pelvik taban konnektif doku ve kaslarında gerilmeye ya da yırtılmaya bağlı olarak Üİ gelişebilmektedir (40,90,103). Çalışmamızda Üİ yaşayan hastaların %96.6'sının normal doğum yaptığı ve %48.3'ünün 3-4 gebelik geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.). İlçe ve Ayhan'ın (65) 65-96 yaş arasında çalışmasında çalışmamızla benzer olarak Üİ'si olan kadınların %93.2'sinin normal doğum yaptığı, %66'sının 3-5 doğum yaptığı belirlenmiştir. Tozun ve diğ.(118)'leri, çalışmasında Üİ ile parite

arasında anlamlı bir ilişki olduğu; Kocaöz ve diğ.(78)'lerinin çalışmasında Üİ ile gebelik sayısı ve doğum sayısı arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu; Byles ve diğ.(20)'lerinin çalışmasında parite ile ilişkinin zayıf olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonucunda hastaların pariteye göre İŞİ puan ortancaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Buna karşın Üİ'si olan hastalarda parite ile bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay İŞİ puan ortancalarındaki arasındaki farkın anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.5). Çalışmamızda 1-2 çocuğu olan kadınların İŞİ puan ortancalarındaki azalma daha fazladır.

Obesite, Üİ'nin gelişiminde rol oynayan önemli risk faktörlerinden biridir. Obesiteye bağlı olarak görülen Üİ, intraabdominal basınç ve mesane üzerindeki basınç artışına ve üretranın mobilitesinin artması nedeniyle sekonder olarak oluşabilir (91,121). Çalışmamızda hastaların BKİ ortalaması 30.32 ± 4.9 belirlenmiştir (Tablo 4.2). Üİ ile ilgili yapılmış çalışmalarda hastaların BKİ'nin yüksek olduğu bildirilmiştir (65,78,115). Çalışmamızda yapılan diğer araştırmalarla benzer olarak Üİ'si olan hastaların çoğunluğunun BKİ'inin yüksek olduğu tespit edilmiştir. BKİ ile bilgilendirme sonrası ikinci aydaki İŞİ puan ortancaları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$). Çalışmamızda yapılan istatistik testine göre normal ve hafif şişman olan hastalarda İŞİ puan ortancalarındaki değişim anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.5). İŞİ puan ortancalarında oluşan değişimin hastanın intraabdominal basınç artışının daha az olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların %58.1'inin kahve tükettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2). Çalışmamızda Üİ'ye yönelik risk faktörlerinden kahve tüketimi ile İŞİ puan ortancaları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p<0.05$). Kegel egzersizi uygulamaları sonrasında kahve tüketmeyen hastalar ile İŞİ puan ortancası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.5). Kafeinli yiyecekler ve içeceklerin diürezisi arttırarak Üİ'ye neden olabildiği, detrusor basıncını ve detrusor kasının uyarılabilirliğini arttırarak aşırı aktif mesane semptomlarını arttırabildiği belirtilmiştir (71,131). Çalışma sonucumuz bu bilgiyi desteklemektedir.

Çalışmamızda hastaların %16.1'inin mesane prolapsusu; %3.2'sinin uterus prolapsusu tanısı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2). Pelvik organ prolapsus

oranlarını Nygaard ve diğ.(96)'leri 20 yaş ve üzeri kadınlarda %2.9; 65 yaş ve üstü kadınlarda Bilgili ve diğ.(15)'leri %28.9; Harari ve Igbedioh (53) ise %41.4 olarak saptamışlardır. Nygaard ve diğ. (96)'lerinin çalışmasında prolapsus oranları çalışmamızın sonuçlarına göre daha az olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, Nygaard ve diğ.lerinin çalışmasındaki kadınların yaş aralığının geniş olduğu görülmektedir. Çalışmamızda mesane ve uterus prolapsusu olan hastaların sayısının az olması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Kişide 2 ya da daha fazla hastalığın olması Üİ oluşumunu kolaylaştıran bir durumdur (69). Çalışmamıza katılan hastaların en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. İlçe ve Ayhan'ın (65) çalışmasında Üİ olan yaşlıların %82'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda bulunan ortalama hastalık sayısını Du Moulin ve diğ.(35)'leri 2.5; Heidrich ve Wells (55) 3.96 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda kadınların sahip olduğu hastalık sayısı literatür ile uyumlu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda (20,35,78,118) Üİ ile bazı hastalıklar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Üİ ile Kocaöz ve diğ.(78)'lerinin çalışmasında kalp, endokrin, solunum ve üriner sistem hastalıkları; Du Moulin ve diğ.(35)'lerinin çalışmasında DM, SVO, solunum hastalıkları; Byles ve diğ.(20)'lerinin çalışmasında inme; Tozun ve diğ.(118)'lerinin çalışmasında DM, kronik obstrüktif akciğer hastalığı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda ise Üİ ile bazı hastalıklar arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (20,78,118). Kocaöz ve diğ.(78)'lerinin çalışmasında hipertansiyon, depresyon, alerji, gastrointestinal sistem hastalıkları; Byles ve diğ.(20)'lerinin çalışmasında DM; Tozun ve diğ.(118)'lerinin çalışmasında SVO ile Üİ arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hastalıklardan hipertansiyon, osteoporoz ve hiperlipidemi ile İŞİ puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.3).

Çalışmamızda hastaların en sık antihipertansif, osteoporoza yönelik ve oral antidiyabetik ilaçlarını kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.2). İlçe ve Ayhan'ın (65) çalışmasında Üİ'si olan hastaların (44 kadın, 11 erkek) birinci sırada antihipertansif ilaçları, ikinci sırada antiagregan - antikoagülanları ve üçüncü sırada antidiyabetik ilaçları kullandıkları belirlenmiştir. Tozun ve diğ. (118)'lerinin çalışmasında Üİ'si olan 20 yaş ve üzeri 785 kadında diüretik kullanımı ile Üİ arasında ilişkinin

istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kalsiyum ve statin kullanan hastalar ile bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonunda İŞİ puan ortancalarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.4).

Çalışmamızda hastaların %64.5'inin ise gece 1-3 kez idrara çıktıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3). Aydoğmuş ve diğ.(12)'lerinin çalışmasında 65 yaş ve üstü Üİ'si olan kadınların %50'sinde noktüri olduğu belirlenmiştir. Bu durumda yaşlıların yeterince dinlenmesini ve uyumasını engelliyor olabilir.

Çalışmamızda hastaların %51.6'sının sadece gündüz idrar kaçırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). 65 yaş ve üzeri Üİ'si olan kadınlarda yapılan çalışmalarda kadınların %29.5'inde sadece gece, %27.3'ünde ise hem gece hem gündüz (12); stres Üİ'si olan hastalarda çoğunlukla gündüz; diğer tip inkontinansı olan kadınlarda gece ve gündüz Üİ'si (35) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonucunda hastaların yaklaşık olarak yarısının gündüz Üİ'sinin olması Du Moulin ve diğ.(35)'lerinin çalışmasının sonucuyla uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların gündüz idrar kaçırmamasının fazla olmasını hastaların yatmadan önce gece idrara az çıkmak için sıvı kısıtlamalarına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda mesane günlüğünden elde edilen hastaların idrar yapma sayısı bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası alınan sıvı miktarı, idrar yapma sayısı ve inkontinans sayısında bir değişiklik olmadığı; buna karşın acil idrar yapma zorunluluğu hissetmede azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Hastaların mesane günlüğünü etkin bir şekilde dolduramamaları ve mesane günlüğünü dolduran hasta sayısının az olması günlükte doldurulan verilerin değerlendirilmesini sınırlamaktadır.

Çalışmamızda hastaların %54.8'inde miks tip Üİ'si olduğu görülmektedir (Tablo 4.3). Literatürde bazı çalışmalarda kadınlarda miks tip Üİ prevalansının %32-%70, arasında olduğu belirlenmiştir (9,93,119). Çalışmamızın bu bulgusu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların %51.6'sının 1-5 yıl, %38.7'sinin 5 yıldan fazla süredir Üİ'sinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Çalışmamızın bu bulgusuyla benzer olarak Kocaöz ve diğ.(78)'lerinin çalışmasında kadınların %42.6'sının 4 yıl ya da daha uzun süredir; Ertem'in (39) çalışmasında ise kadınların %42.2'sinin 1-5 yıl

arasında Üİ'sinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bu sonucu yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların %45.2'sinin haftada birkaç kez, %38.7'sinin ise her gün ya da gece Üİ'yi yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.3). Melville ve diğ.(86)'lerinin çalışmasında 30-90 yaş arası kadınların % 26'sının her gün; 65 yaş ve üstü kadınlarda yapılan Kocaöz ve diğ.(78)'lerinin çalışmasında kadınların %37.7'sinin ayda en az iki kez, Bilgili ve diğ.(15)'leri kadınların %38.8'inin ayda iki ya da daha fazla, Aydoğmuş ve diğ.(12)'leri hastaların %45.5'inin her gün, Maggi ve diğ.(84)'lerinin çalışmasında 65 yaş ve üstü kadınların %36.8'inin hergün Üİ'si olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bu sonucu Maggi ve diğ.(84)'leri ile Aydoğmuş ve diğ.(12)'lerinin çalışmasının sonucuyla benzer bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda Üİ sıklığı çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçtan daha az sıklıktadır. Çalışmalarda farklı sonuçların bulunması örnekleme oluşturan hastaların Üİ risk faktörlerine ait özelliklerinin farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda hastaların %32.3'ünde şiddetli ve %22.6'sında ise çok şiddetli Üİ görüldüğü saptanmıştır (Tablo 4.3). Jackson ve diğ.(68)'lerinin çalışmasında 55-75 yaş arası Üİ'si olan kadınların %77'sinin, Melville ve diğ.(86)'lerinin çalışmasında ise 80-90 yaş arasındaki kadınların şiddetli Üİ'si olduğu saptanmıştır. Yaşlılarda Üİ şiddetinin fazla olması onların yaşamlarını olumsuz etkileyeceğinden dolayı bu sorunun sağlık personeli tarafından ele alınması gerekmektedir.

Çalışmamızda hastalar kaçırılan idrar miktarına göre değerlendirildiğinde; hastaların %41.9'unun kaçırdığı idrar miktarının fazla miktarda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Locher ve diğ.(82)'lerinin çalışmasında yaşlı kadınların %56.9'unun orta; Du Moulin ve diğ.(35)'lerinin çalışmasında kadınların yarıdan fazlasının fazla miktarda Üİ'si olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bu sonucu literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların yarısına yakınının fazla miktarda idrar kaçırmayı, hastaların Üİ'yi sorun olarak görmemeleri nedeniyle Üİ tedavisi için hastaneye geç başvurmalarına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların Üİ'nin şiddeti İŞİ'ye göre değerlendirildiğinde başlangıçtaki Üİ şiddetine göre ikinci ayın sonunda değerlendirilen Üİ şiddetinde azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu durum için hastalara Kegel egzersizine ilişkin yapılan bilgilendirmede Kegel egzersizlerinin yanı sıra egzersizi düzenli

yapamayan hastalarda anlatılan yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ'nin gerilemesinde etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Hastaların başlangıç, birinci ve ikinci ay sonundaki İŞİ puanları karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Çalışmamızda hastaların %87.1'i Üİ'ye yönelik koruyucu materyal olarak ped/bez kullandığı belirlenmiştir. 65 yaş ve üzeri kadınlarda yapılan çalışmalarda Kocaöz ve diğ.(78)'leri kadınların % 55.7 sinin ped/bez kullandığını, Bilgili ve diğ. (15)'leri ise kadınların %35.9'unun sürekli ped kullandığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ped kullanım sıklığı literatürden daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların koruyucu materyal kullanım sıklığının %75 oranında 1-3 adet/gün olduğu saptanmıştır. İlçe ve Ayhan'ın (65) çalışmasında çalışmamızın sonucuna benzer olarak %41.1 oranında hergün 1-2 defa ped kullandıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda 3 hastadan birinin Kegel egzersizlerini her gün düzenli olarak yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.6). Çalışmamızın sonucuna benzer olarak Kocaöz'ün (77) çalışmasında kadınların %25'inin; Moen ve diğ.(88)'lerinin çalışmasında ise egzersizi uygulayan kadınların %22'sinin her gün; Subak ve diğ.(115)'lerinin çalışmasında ise kadınların Kegel egzersizlerini en az haftada bir kez yaptıkları belirlenmiştir. Schiotz ve diğ. (108)'lerinin yaptığı çalışmada 10 yıllık takip sonunda kadınların % 15'inin hala egzersizleri yaptığı saptanmışlardır. Çalışmamızın sonucuna göre hastaların düzenli Kegel egzersizini uygulaması literatüre göre daha azdır. Bunun nedeni; yapılan egzersizin etkisinin kısa sürede görülmemesi sonucunda hastaların egzersizi düzenli yapmamaları olabilir.

Literatürde Kegel egzersiz eğitiminin hastaların Üİ şiddeti ve sıklığında azalma sağladığı belirtilmiştir (8,21,32,74,117). Tannenbaum ve diğ.(116)'lerinin çalışmasında 65 yaş ve üstü 52 kadın 1 yıl boyunca takip edilmiş ve hastaların %86'sı telefonla takip edilerek anketi tamamlamışlardır. Hastaların tedavisinde davranışsal yöntemler ya da ilaç tedavisi uygulanmıştır. Takip sonucunda hastaların %30'u Üİ'nin tedavi olduğunu; %30'u ise Üİ durumunda gelişme olduğunu belirtmişlerdir.

Sampselle ve diğ.(105)'lerinin 55-80 yaş arası kadınların mesane eğitimi ve Kegel egzersizine uyumunu değerlendirdikleri çalışmada tedavi grubuna Kegel

egzersizi ve mesane eğitimine ilişkin 2 saat grup eğitimi ile 10 dakika bireyselleştirilmiş eğitim verilmiş, kontrol grubuna ise eğitim verilmemiştir. Hastalara 5 kez hızlı ve 20 kez yavaş kasılmadan oluşan Kegel egzersizinin günde 2 kez yapılması önerilmiştir. Kegel egzersiz eğitimi sonrasında hastaların %29'unun etkili tekniği kısa bir açıklamadan sonra uygulayabildikleri saptanmıştır. Eğitimden 2-4 hafta sonra hastaların %68'inin etkili pelvik taban kasma tekniğini kullandığı saptanmıştır. Hastalara verilen eğitimden 3 ay sonra Kegel egzersizini hastaların %65'inin günde en az bir kez, %17'sinin haftada 2-3 kez, %18'inin ise haftada bir kez yaptıkları; eğitimden 12 ay sonra hastaların %36'sının Kegel egzersizini günde en az bir kez yaptıkları saptanmıştır. Kim ve diğ.(74)'lerinin yaptığı 70 yaş ve üzeri olan hastalarda çok boyutlu egzersiz programının fonksiyonel düşüş, Üİ ve düşme korkusuna etkisinin değerlendirildiği çalışmada Üİ'si olan hastalara Kegel egzersizleri öğretildikten sonra egzersiz grubu başlangıç, 3. ay ve 6. ayda değerlendirilmiş ve Üİ oranlarının ilk değerlendirmeye göre azaldığı belirlenmiştir. Ng ve diğ.(93)'lerinin 6 ay süreyle evde yapılan pelvik taban kas eğitim programının etkisini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirdikleri randomize klinik çalışmada Kegel egzersiz eğitimi sonrasında 6 aylık takipte hastaların sık idrara çıkma, acil idrar yapma hissi, noktüri, stres Üİ, sıkışma tipi Üİ'ta kontrol grubuna göre önemli oranda azaldığı saptanmıştır. Diokno ve diğ.(32)'lerinin çalışmasında tedavi grubunda bulunan 55-80 yaş arası hastalara davranışsal modifikasyon programı (pelvik taban kas eğitimi ve mesane eğitimi) kapsamında 2 saat süren eğitim verilmiş, eğitim sonrası hastalar 3 ay aralıklarla toplam 12 ay telefon ve e-posta yoluyla değerlendirilmiştir. Tedavi grubunda olan hastaların 12 ayın sonunda kontinans durumunun kontrol grubuna göre önemli oranda iyi olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen Kegel egzersizine ilişkin bilgilendirmenin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda ele alınmıştır.

- Hastaların yaş ortalaması 71.1 ± 5.02 olup, %45.2'si 65-69 yaş aralığındadır. Hastaların %64.5'u evli, %38.7'si ilkokul mezunu ve %58.1'i eşi ile birlikte yaşamaktadır (Tablo 4.1).
- Hastaların ortalama BKİ'si 30.32 ± 4.9 'dur. Hastaların %80.6'sının konstipasyon şikayeti bulunmadığı %90.3'ünün hiç sigara içmediği, %96.8'inin hiç alkol kullanmadığı, %58.1'inin ise kafein kullandığı saptanmıştır. Hastaların %48.3'ünün 3-4 gebelik geçirdiği, %96.6'sının normal doğum yaptığı belirlenmiştir. Hastaların %93.5'inin çocuğu bulunmakta olup, %45.2'sinin 3-4; %41.9'unun 1-2 çocuğu bulunmaktadır. Hastaların %16.1'inde mesane prolapsusu ve %3.2'inde uterus prolapsusu tanısı aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Hastalarda hipertansiyonun (%83.9) en sık gözlenen hastalık olduğu, bunu hiperlipidemi (%58.1), osteoporoz (%41.9), gastroösefageal reflü (%38.7), diabetes mellitus (%32.3) ve depresyonun (%32.3) izlediği saptanmıştır. Hastaların %80.6'sının antihipertansif ilaç, %25.8'inin osteoporoza yönelik bifosfonat ilaçlar ve %22.6'sının oral antidiyabetik ilaç kullandığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların %25.8'inin inkontinansa yönelik antikolinerjik ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2)
- Hastaların %45.1'inin gündüz 1-2 saatte bir, %64.5'unun ise gece 1-3 kez idrar çıktıkları belirlenmiştir. Hastaların %54.8'inde miks tip, %25.8'inde sıkışma tipi ve %19.4'ünde stres Üİ'si olduğu belirlenmiştir. Hastaların %51'inin 1-5 yıl, %38.7'sinin 5 yıldan fazla süredir Üİ'sinin olduğu; %45.2'sinin haftada birkaç kez, %38.7'sinin ise her gün ya da gece Üİ'yi yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %41.9'unun kaçırdığı idrar miktarının fazla, %32.3'ünün küçük lekeler şeklinde ve %25.8'inin birkaç damla olduğu belirlenmiştir. Üİ'ye yönelik koruyucu materyal olarak %87.1 oranında bez/ped kullanıldığı ve koruyucu materyal kullanım sıklığının %75 oranında 1-3 adet/gün olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

- Bilgilendirme öncesi hastaların %38.7'sinde orta düzeyde Üİ bulunurken, bilgilendirme sonrası birinci ayda hastaların %35.5'inde, ikinci ayda ise %19.3'ünde orta düzeyde Üİ olduğu belirlenmiştir. Bilgilendirme öncesi hastaların %6.5'inde hafif düzeyde Üİ varken bilgilendirme sonrası birinci ayda hastaların %51.6'sında, ikinci ayda ise %67.7'sinde hafif düzeyde Üİ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).
- Hastaların bilgilendirme öncesi, bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonundaki İŞİ puanları karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların bilgilendirme öncesi İŞİ puanı ile bilgilendirme sonrası birinci ve ikinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların bilgilendirme sonrası birinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı ile ikinci ay sonunda değerlendirilen İŞİ puanı karşılaştırıldığında sonuç istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).
- Hastaların %35.5'inin Kegel egzersizini her gün düzenli olarak yaptıkları; %22.6'sının haftada 2-3 kez, %12.9'unun haftada 4-5 kez, %6.5'inin haftada bir kez yaptıkları belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %22.6'sının ikinci ayın sonunda Kegel egzersizini yapmayı bıraktığı belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Bilgilendirme öncesi 17 hasta, bilgilendirme sonrası 2. Ay sonunda 9 hasta istenen mesane günlüklerini doldurmuşlardır. Hastaların Bilgilendirme öncesi doldurdukları mesane günlüklerinden edinilen sonuçlara bakıldığında hastaların idrar yapma zorunluluğu hissedilme sayısının 9.36'dan 3.5'a düştüğü, diğer sonuçların benzer olduğu belirlenmiştir. Hastaların mesane günlüklerini etkin bir şekilde doldurmamış olmaları ve mesane günlüğü doldurmayan hastaların olması mesane günlüğündeki bilgilerin değerlendirilmesini olumsuz etkilemiştir (Tablo 4.7).
- Çalışmamızda hastaların bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası 1. ve 2. Aylar arasında hastanın yaşı, eğitim durumu, eşiyle birlikte yaşaması, medeni durumu ile (EK Tablo 9.2); hastaların var olan hastalıklardan hipertansiyon, osteoporoz ve hiperlipidemi ile (EK Tablo 9.3); hastaların kullandıkları ilaçlardan kalsiyum ve statin ile (EK Tablo 9.4); hastaların Üİ'ye ilişkin risk faktörlerinden BKİ, çocuk sayısı ile hastaların İŞİ puan ortancalarındaki değişim

incelendiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.5). Hastaların bilgilendirme öncesi ile bilgilendirme sonrası 1. ve 2. Aylar arasında miks tip Üİ'ı olan hastaların; Kegel egzersizini her gün yapan hastaların İŞİ puan ortancalarındaki değişim incelendiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (EK Tablo 9.6).

6.2 ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hastalara Üİ tedavisinde Kegel egzersizleri ve önemi konusunda eğitim verilmesi, Üİ'si olan kadınlara Kegel egzersizlerinin öğretilmesi ve düzenli olarak uygulamalarının sağlanması önerilir.
- Kegel egzersizini düzenli yapan hastaların Üİ'sinde azalma olması nedeniyle 65 yaş üstü hastalara öncelikle davranışsal tedavi yöntemlerinin uygulanması önerilir.
- Hastaların mesane günlüğünü etkin bir şekilde dolduramamaları nedeniyle hastaların daha rahat doldurabilecekleri yaşlılara özel mesane günlüğünün geliştirilmesi önerilir.
- Araştırmanın daha fazla örneklem sayısı ile tekrarlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ve diğ erleri(2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society, *Neurourology and Urodynamics*. 21, 167-178
2. Akbayrak, T. (2001). Ü riner Stres İ nkontinans ta Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ü. Ateş kan, M.R. Mas, H. Doruk, M. Kutlu ve F. Kocabalkan (Ed.). Geriatrik Sendromlar (s.79-83). Ankara: GATA Bası mevi.
3. Akdemir, N. (1997). Hemş irelik Bakımı. Y. Gökçe-Kutsal, M. Ç akmakçı, S. Ü nal (Ed.). Geriatri (s.116-118). Ankara: Hekimler Yayın Birliğı
4. Akdemir, N., Birol, L. (2004). İ ç Hastalıkları ve Hemş irelik Bakımı (s.165-189). Ankara: Sistem Ofset
5. Allen, C., Keane, D. (2005). Pathophysiology of Urinary Incontinence. *Reviews in Gynaecological Practice*, 5, 65-70
6. Alparslan, Ö., Doğaner, G., Ç iftçi, M. (2007). Kadınların Ü riner Enkontinans ve Kegel Egzersizi Hakkında Bilgi Düzeyleri. *Sürekli Tıp Eğı tım Dergisi*,16(9), 129-133
7. Anders, K. (2000). Coping Strategies for Women with Urinary Incontinence. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(2), 355-361
8. Aslan, E. (1999). Stres İ nkontinans ta Ped Testinin Önemi ve Bu sorunun Yaşam Kalitesi Ü zerine Etkisi.Yüksek Lisans Tezi, İ stanbul Üniversitesi,İ stanbul
9. Aslan, E. (2005). Huzurevinde Yaşayan Ü riner Ş ikayetleri Olan Kadınlarda Mesane Eğı tımı ve Kegel Egzersizlerinin Etkinliğı. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağı k Bilimleri Enstitüsü, İ stanbul
10. Ateş kan, Ü. (2001). Ü riner İ nkontinansın Tanımı, Önemi ve Sınıflandırılması, Ü. Ateş kan, M.R. Mas, H. Doruk, M. Kutlu ve F. Kocabalkan (Ed.). Geriatrik Sendromlar (s.63-72). Ankara: GATA Bası mevi
11. Ateş kan, Ü., Mas, M.R., Doruk, H., Kutlu, M. (2000). Yaş lı Türk Popölasyonunda Ü riner İ nkontinans: Görölme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değı erlendirilmesi, *Geriatri*, 3(2), 45-50

12. Aydoğmuş, S., Yavuz, B.B. (2011). Geriatrik Yaş Grubunda Kadın Sağlığı: Yaşla Beraber Gelişen Jinekolojik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Akademik Geriatri Dergisi*, 3(1),13-16
13. Aydoğmuş, S., Yavuz, B.B., Ekmekçi, Y., Gürel, D. (2011).Yaşlı Kadınlardaki Ürolojik Sorunlar. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 3 (1), 8- 10
14. Bahar, G.,Bahar, A., Savaş, H.H.(2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 85-98
15. Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., Ayaz, S. (2008). Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri*, 28, 487-493
16. Bilir, N. (2006). Türkiye’de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. S. Arıoğlu (Ed.).Geriatri ve Gerontoloji (s.3-9). Ankara:MN Medikal&Nobel Yayınevi
17. Borrie, M.J. Bawden, M., Speechley, M.,Kloseck, M. (2002). Interventions Led by Nurse Continence Adviser in the Management of Urinary Incontinence: A Randomised Controlled Trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166(10), 1267-73
18. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. (2008). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
19. Büyükkayacı Duman, N., Özhan Elbaş, N. (2009). 65 Yaş ve Üstündeki Kadınların Kadın Sağlığına Yönelik Sorunlarının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12 (2), 62-71
20. Byles, J., Millar, C.J., Sibbritt, D.W., Chiarelli, P. (2009). Living With Urinary İncontinence: A Longitudinal Study Of Older Women. *Age and Ageing*, 38, 333–338
21. Camargo, F.O., Rodrigues, A.M., Arruda, R.M., Sartori, M.G.F., Girão, M.J.B.C., Castro, R.A.(2009). Pelvic Floor Muscle Training İn Female Stres Urinary İncontinence: Comparison Between Group Training and İndividual Treatment Using Perfect Assessment Scheme. *International Urogynecology Journal*, 20,1455–1462
22. Can Güler, T., Yağcı, N. (2006). Urinary İncontinence in Women and Physical Therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11, 205-218

23. Cangöz, B., Uluç, S.(2006). Böbrek ve Yaşlanma, S. Arıoğlu (Ed.).Geriatric ve Gerontoloji (s.221-230).Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi
24. Canobbio, M.M. (2000). Mosby's Handbook Of Patient Teaching, St. Louis: Mosby
25. Cortes, E., Kelleher, C. (2005) Costs Of Female Urinary İncontinence. *Women's Health Medicine*, (2), 6
26. Çetinel, B., Demirkese, O., Tarcan, T., Yalçın, O., Koçak, T., Şenocak, M., İtil, İ. . (2007). Hidden Female Urinary İncontinence İn Urology And Obstetrics And Gynecology Outpatient Clinics İn Turkey: What Are The Determinants Of Bothersome Urinary İncontinence And Help-Seeking Behavior?. *International Urogynecology Journal*, (18), 659-664
27. Çetinel, B., Tarcan, T., Demirkese, O. (2005). Tartışmalı Olgu: Kadın Ürolojisi. *Türk Üroloji Dergisi*, 31(3), 411-416
28. Çoban, A., Şirin, A. (2003). Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatric*, 6 (2), 80-83
29. Dash, M.E., Foster, E.B., Smith, D.M., Phillips, S.L. (2004). Urinary İncontinence: The Social Health Maintenance Organization's Approach, Continuing Education. *Geriatric Nursing*, 25(2), 81-89
30. Demirci, N., Coşar, F. (2009). Üriner inkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 35-40
31. Deng, D.Y. (2011). Urinary İncontinence in Women. *Medical Clinics Of North America*, 95, 101-109
32. Diokno, A.C., Sampselle, C.M., Herzog, R., Raghunathan, T.E., Hines, S., Messer ve diğerleri. (2004). Prevention of Urinary İncontinence by Behavioral Modification Program: A Randomised, Controlled Trial Among Older Women in the Community. *The Journal of Urology*, 171, 1165-1171
33. Dougherty, M.C., Dwyer, J.W., Pendergast, J.F., Boyington, A.R., Tomlinson, B.U., Coward, R.T. ve diğerleri. (2002). A Randomized Trial of Behavioral Management for Continence With Older Rural Women. *Research in Nursing & Health*, 25, 3-13

34. Dowling-Castronovo, A., Specht, J.K. (2009). Assessment of Transient Urinary Incontinence in Older Adults. *American Journal of Nursing*, 109(2), 62-71
35. Du Moulin, M.F.M.T., Hamers, J.P.H., Ambergen, A.W., Janssen, M.A.P., Halfens, R.J.G. (2008). Prevalence of Urinary Incontinence Among Community-Dwelling Adults Receiving Home Care. *Research in Nursing&Health*, 31, 604-612
36. DuBeau, C.E. (2004). Urinary Incontinence. Current Geriatric Diagnosis & Treatment (239-246). C. S. Landefeld et al.(Ed.). New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill
37. DuBeau, C.E. (2006). The Aging Lower Urinary Tract. *The Journal of Urology*, 175, S11-S15
38. Eliopoulos, C. (2005). Gerontological Nursing, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
39. Ertem, G. (2009). Investigating urinary incontinence patients coping with their illness. *International Journal of Human Sciences*, 6(1), 177-187
40. Eskiuyurt, N. (2009). Pelvik Taban Yetmezliğinde Rehabilitasyon Programları ve Profilaksi. Ö. Yalçın(Ed.). Temel Ürojinekoloji (s.149-160). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
41. Gandhi, S., Sand, P.K. (2005). History and Physical Examination in Pelvic Floor Disorders. S.P Vasadova, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Raz, M. Dekker (Ed.). Female Urology, Urogynecology and Voiding Dysfunction (p.119-139). New York: Marcel Dekker
42. Goode, P.S. (2004). Predictors of Treatment Response to Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Urinary Incontinence. *Gastroenterology*, 126, 141-145
43. Goode, P.S., Burgio, K.L., Richter, H.E., Markland, A.D. (2010). Incontinence in Older Women. *The Journal of American Medical Association*, 303 (21), 2172-81
44. Grant, L. (2001). Urological Investigations. Downey (Ed.). Introduction to Urological Nursing. (s. 75-78). London: Whurr

45. Guzzo, T.J., Drach, G.W. (2011). Major Urologic Problems in Geriatrics: Assessment and Management. *Medical Clinics of North America*, 95, 253-264
46. Gürvit, H., Baran.,B. (2007). Demans ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. *Nöropsikiyatri Arşivi* (44), 58-65.
47. Hahn, I.(2000). Physiotherapy. N. Sjöberg, T.H. Holmdahl, K. Crafoord (Ed.). *Female Urinary Incontinence* (s.85). New York: Parthenon
48. Halfens, R.J.G. (2008). Prevalance of Urinary Incontinence Among Community-Dwelling adults Receiving Home Care. *Research in Nursing & Health*, 31, 604–612
49. Halil, M., (2006). Geriatrik Sendromlara Yaklaşım: Üriner İnkontinans, Düşmeler, Bası Yaraları. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 45-49
50. Hanley, J., Capewell, A., Hagen,S. (2001). Validity Study of the Severity Index, A Simple Measure of Urinary Incontinence in Women. *British Journal of Medicine*, 322, 1096-97
51. Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Daltveit, A.K., Hunskaar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 247–254
52. Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., Hunskaar, S. (2000). A Community-Based Epidemiological Survey of Female Urinary Incontinence: The Norwegian EPINCONT Study, *Journal of Clinical Epidemiology*. 53, 1150–1157
53. Harari, D., Igbedioh, C. (2008). Restoring continence in frail older people living in the community: what factors influence successful treatment outcomes?. *Age and Ageing*, doi: 10.1093/ageing/afn276
54. Hayran, M., Hayran, M. (2011). Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. Ankara: Omega Araştırma
55. Heidrich, S.M., Wells, T.J. (2004). Effect of Urinary Incontinence psychological Well-Being and Distress in Older Community-Dwelling Women. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (5), 47-54
56. [http:// www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003975.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003975.htm) (27.02.10)

57. http://consultgerirn.org/topics/urinary_incontinence/want_to_know_more (erişim tarihi:30 Haziran 2009)
58. http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/bcw_ez/insertC.htm (09.10.09)
59. http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/pdf/exercise_ez.pdf (09.10.09)
60. http://nafc.org/uploads///pdf/PME_forWeb.pdf (11.12.09)
61. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563529_eng.pdf (21.06.2011)
62. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=8428> (14 Mart 2011)
63. http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri2008.pdf (15.03.11)
64. Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. (2004) The Prevalence of Urinary Incontinence in Women in Four European Countries. *British Journal of Urology International*, 93, 324-330
65. İlçe, A., Ayhan, F. (2011). Yaşlılarda Üriner ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme ve Eğitim, *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 5(1), 15-23
66. İnci, E., Ergen, A.(2009). Yaşlılarda Üriner İnkontinans ve Farmakolojik Tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*,13 (1), 59-66
67. İnci, K. (2009). İdrar Kaçıran Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesinde Pratik Noktalar. Akademik Geriatri 2009 Kongre Kitabı, s.108-111, Kedi Tasarım
68. Jackson, S.L., Scholes, D., Boyko, E.J., Abraham, L.,Fihn, S.D. (2005). Urinary Incontinence and Diabetes in Postmenopausal Women. *Diabetes Care*, 28 (7), 1730-1738
69. Jett, K. (2008). Physiological Changes with Aging. Toward healthy aging: human needs & nursing response (65-76). Priscilla Ebersole ve diğ. (Ed.). St. Louis, Mo. : Mosby/Elsevier
70. Kane, R.L., Ouslander, J.G., Abrass, I.B., Resnick, B.(2009). Essentials of Clinical Geriatrics (213-263). New York: McGraw-Hill
71. Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (13), 1-14
72. Karan, A.(2009). Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Rehabilitasyon programları. Ö. Yalçın(Ed.). Temel Ürojinekoloji (s.305-315). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

73. Kızılkaya Beji N. (2009). Üriner Günlük ve Mesane Eğitimi. Ö. Yalçın (Ed.). Temel Ürojinoloji (s.283-291). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
74. Kim, H., Yoshida, H., Suzuki, T. (2011). The effects of multidimensional exercise on functional decline, urinary incontinence, and fear of falling in community-dwelling elderly women with multiple symptoms of geriatric syndrome: A randomized controlled and 6-month follow-up trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 99–105
75. Kindace, J.E, Dougherty, M.C., Busby-Whitehead, J., Carlson, J.R., Nix, W.B., Kelset, D.T. ve diğerleri. (2005). Self-Monitoring and Pelvic Floor muscle Exercises to Treat Urinary Incontinence. *Urological Nursing*, 25 (5), 353-363
76. Klutke, J.J., Bergman, A. (2003). Nonsurgical Treatment of Stres Urinary Incontinence. *Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction* (s.447-448). A. E. Bent, D.R. Ostergard, G.W. Cundiff, S.E. Swift (Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
77. Kocaöz, S. (2007). Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
78. Kocaöz, S., Bilgili, N., Eroglu, K. (2009). Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Turkish Nursing Homes: A cross-sectional study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25 (1), 18-25
79. Landi, F. ,Cesari, M., Russo, A., Onder, G., Lattanzio, F., Bernaei, R.(2003). Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing*, 32: 194-199
80. Lauver, D.R., Gross, J., Ruff, C., Wells, T.J. (2004). Patient-Centered Interventions Implications for Incontinence. *Nursing Research*, 53 (6S), 30-35
81. Lee, Y., Lee, K., Jung, J.H., Han, D.H., Oh, S., Seo, J.T. ve diğerleri. (2011). Prevalence of overactive bladder, urinary incontinence, and lower urinary tract symptoms: results of Korean EPIC study. *World Journal of Urology*, 29: 185–190

82. Locher, J.L., Burgio, K.L., Goode, P.S., Roth, D.L., Rodriguez, E. (2002). Effects of Age and Causal Attribution to Aging on Health-Related Behaviours Associated With Urinary Incontinence in Older Women. *The Gerontologist*, 42 (4), 515-521
83. Luggen, A.S., Touhy, T.A. (2008). Managing Basic Physiological Needs. Toward healthy aging: human needs & nursing response (s.125-135). Priscilla Ebersole ve diğ. (Ed.). St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier
84. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G., Crepaldi G. (2001). Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56, M14–M18
85. Mandzak Fried, K., Fried G.W., Farnan, C. (2001). Elimination. J.B. Derstine, S.D. Hargrove (Ed.). *Comprehensive rehabilitation nursing* (s.153-159). Philadelphia: W.B. Saunders
86. Melville, J.L., Katon,W., Delaney, K., Newton, K. (2005). Urinary Incontinence in US Women A Population-Based Study. *Archives of Internal Medicine*, 165, 537-542
87. Merkelj, I. (2002). Basic Assessment of Urinary Incontinence, *Southern Medical Journal*. 95 (2), Lippincott Williams & Wilkins <http://www.medscape.com/viewarticle/429532> (21.10.2011)
88. Moen, M.D., Noone, M.D., Vassallo, B.J., Esler, D.M. (2009). Pelvic Floor Muscle Function In Women Presenting With Pelvic Floor Disorders. *International Urogynecology Journal*, 20, 843–846
89. Naughton, M.J., Donovan, J., Badia, X., Corcos, J., Gotoh, M., Kelleher,C. ve diğerleri. (2004). Symptom Severity and QOL Scales for Urinary Incontinence, *Gastroenterology* 2004, 126, S114–S123
90. Newman, D.K. (2001). Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 8 (4), 153-162
91. Newman, D.K. (2001). Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Focus on Behavioral Interventions. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*. 1(1) . Medscape, <http://www.medscape.com/viewarticle/408405> (21.10.2011)

92. Newman, D.K. (2005). Behavioral Treatments. S.P Vasadova, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Raz, M. Dekker (Ed.). *Female Urology, Urogynecology and Voiding Dysfunction* (s.233-265). New York: Marcel Dekker
93. Ng, S., Lin, T., Chang, S., Tai, H., Hu, S., Chen, G. (2008). Nursing intervention to enhance efficacy of home practice of pelvic floor muscle exercises in treating mixed urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 19, 637–642
94. Norton, P., Brubaker L. (2006). Urinary Incontinence in Women. *Lancet*, 367, 57-67
95. Nygaard, I.E., Heit, M.(2004).Stress Urinary Incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 104(3), 607-620
96. Nygaard, I., Barber, M.D., Burgio, K.L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J. ve diğ erleri. (2008). Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women. *The Journal of the American Medical Association*, 300 (11), 1311-1316
97. O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S., Hunskaar, S. (2005). Help-Seeking Behaviour And Associated Factors Among Women with Urinary Incontinence in France, Germany, Spain and The United Kingdom. *European Urology*. 47, 385–392
98. Özdemir, L., Akdemir, N. (2006). Yaş lı bireyde Hemş irelik Değ erlendirmesi ve Bakım Uygulamaları, S.Arioğ ul (Ed.).Geriatri ve Gerontoloji (s.161-181). Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi
99. Parsons, M., Cardozo, L. (2003). The Classification of Urinary Incontinence. *Reviews in Gynaecological Practice*, 3, 57-64
100. Pringle-Spect, J.K. (2005). 9 Myths of Incontinence in Older Adults. *American Journal of Nursing*, 105.(6), 58-68
101. Psikiyatride klinikte kullanılan ölçekler (2006). Ö. Aydemir, E. Köroğ lu (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliğ i
102. Rogers, R.G. (2008). Urinary Stres Incontinence in Women. *The New England Journal of Medicine*, 358 (10),1029-1036

103. Saigal, C., Litwin, M.S. (2005). Epidemiology of Female Urinary Incontinence. S.P Vasadova, R.A. Appell, P.K. Sand, S. Raz,M. Dekker (Ed.). Female Urology, Urogynecology and Voiding Dysfunction (s.45-51). New York: Marcel Dekker
104. Sampselle,C.M., Palmer,M.H., Boyington, A.R., O'Dell, K.K., Wooldridge, L. (2004). Prevention of Urinary Incontinence in Adults. *Nursing Research*, 53 (6S), S61-67
105. Sampselle, C.M., Messer, K.L., Seng, J.S., Raghunathan, T.E., Hines, S.H., Diokno, A.C. (2005). Learning outcomes of a group behavioral modification program to prevent urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 16 (6), 441–446
106. Sandvik, H., Hunskaar, S., Seim, A., Hermstad, R., Vanvik, A., Bratt, H. (1993). Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 497-499
107. Sarı, D. (2007). Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir
108. Schiøtz, H.A., Karlsen, J.H., Tanbo, T.G. (2008). Ten-year follow-up after conservative treatment of stres urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 19:911–915
109. Seçkin,B. (2001). Geriatrik İnkontinansa Medikal ve Cerrahi Tedavi. Ü.Ateşkan, M.R.Mas, H.Doruk,M.Kutlu ve F.Kocabalkan (Ed.). Geriatrik Sendromlar (s.73-78). Ankara: GATA Basımevi
110. Shaban, A., Drake, M.J., Hashim, H. (2010). The Medical Management of Urinary Incontinence. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*,152, 4–10
111. Smith, D.B. (2004). Female Pelvic Floor Health A Developmental Review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*,130-137
112. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikler. (2010). Ş. Kalaycı (Ed.). Asıl Yayın
113. Stocklager, J.L., Schaeffer, L. (2003). Handbook of Geriatric Nursing Care, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

114. Strohbehn, K. (2007). Shades of Dry-Curing Urinary Stres Incontinence. *The New England Journal of Medicine*, 356 (21), 2198-2200
115. Subak, L.L., Wing, R., Smith West, D., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J.M. ve diğerleri. (2009). Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *The New England Journal of Medicine*, 36, 281-90
116. Tannenbaum, C., Bachand, G., Dubeau, C.E., Kuchel, G.A. (2001). Experience of an Incontinence Clinic for Older Women: No Apparent Age Limit for Potential Physical and Psychological Benefits. *Journal of Women's Health&Gender-Based Medicine*, 10 (8), 751-756
117. Theodore, M.J., Ouslander, J.G. (2009). J.B. Halter, J.G. Ouslander, M.E. Tinetti, S. Studenski, K.P. Higin, S. Astana (Ed.). Incontinence. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology (s.717-730). New York: McGraw-Hill
118. Tozun, M., Ayrancı, U., Unsal, A. (2009). Prevalence of Urinary Incontinence among Women and Its Impact on Quality of Life in a Semirural Area of Western Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 67, 241–249
119. Tsai,Y., Liu,C. (2009). The Effectiveness of Pelvic Floor Exercises, Digital Vaginal Palpation and İnterpersonal Support on Stress Urinary Incontinence: An Experimental Study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1181-1186
120. Türkiye İstatistik Kurumu (2010), Sağlık Araştırması 2008, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu
121. Uncu, G., Özdil, M. (2009). Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Ö. Yalçın (Ed.). Temel Ürojinekoloji (41-47). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
122. Uyar Hazar, H., Şirin, A. (2008). İnkontinans Şiddet İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(3) 5 - 8
123. Ülger, Z., Halil, M.G. (2006). Üriner ve Fekal İnkontinans. S.Arıoğul (Ed.). Geriatri ve Gerontoloji (s.307-315). Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi

124. Varlı, M., Doğan Aras, S., Atlı, T. (Mart 2009). Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. *Akademik Geriatri Dergisi*, 1(1), 45-58
125. Wagg, A. (2006). Managing Special Populations: The Elderly. *European Association of Urology*, european urology supplements 5, 866–870;
126. Wagg, A. (2008). Recent advances in the treatment of urinary incontinence in older women. *Current Opinion in Urology*, 18, 383–388
127. Wagg, A.(2009). Urinary continence management in older people. *Nursing Older People*, 1-22
128. Wennberg, A-L., Molander, U., Fall, M., Edlund, C., Peeker, R., Milsom, I. (2009). A Longitudinal Population-based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Women. *European Urology*. 55, 783–791
129. Wilson, L. (June 2003). Continence and older people: the Importance of functional assessment. *Nursing Older People*, 15, 4, 22-28
130. Wold, G.H. (2008). Basic Geriatric Nursing. St. Louis, MO: Mosby Elsevier
131. Wyman, J.F., Burgio, K.L., Newman, D.K. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*, 63, 1122–3
132. Yalçın, Ö.T. (2009). Üriner İnkontinans-Genel Değerlendirme, Öykü ve Muayene. Ö. Yalçın (Ed.). Temel Ürojinekoloji (s.163-175). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
133. Yavuz, B.B. (2006). Geriatrik Değerlendirmede Sık Kullanılan Testler ve Özellikleri. S. Arıoğlu (Ed.).Geriatri ve Gerontoloji (s.149-160). Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi
134. Yıldız, N., Sarsan, A., Ardiç, F. (2009). Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 12, 42-50
135. Yılmaz, R., Altun, B. (2006). Böbrek ve Yaşlanma, S. Arıoğlu (Ed.).Geriatri ve Gerontoloji (s.783-786).Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi

136. Yücel, H., Aksu Yıldırım, S., Kayıhan, H. (2006). Geriatrik Rehabilitasyonda Değerlendirme. S. Arioğul (Ed.). Geriatri ve Gerontoloji (s.183-196). Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi
137. Zurakowski, T.L. (2006). P.A. Tabloski (Ed.), Gerontological Nursing (s.518-533). New Jersey: Pearson Prentice Hall

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1976 yılında İstanbul’da doğmuş, ilkokulu Sinop Gazi Mustafa Kemal İlkokulu, ortaokul ve lise eğitimini Ordu Anadolu Lisesi’nde tamamlamıştır. 1999 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun olmuştur. 2000-2007 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi’nde çalışmış olup 2007 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Geriatri Ünitesi’nde çalışmaktadır. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans programına başlamıştır.

EKLER**EK 1: ÜRİNER İNKONTİNANS DEĞERLENDİRME SORU FORMU****Protokol****Yaş****Çocuk Sayısı****Gebelik Sayısı****Doğum Yapma Şekli****Boy****Kilo****1. Medeni Durumu**

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Dul

2. Eğitim Durumu

- ☐ Okur yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

3. Evde Birlikte Yaşadığı Birey/Bireyler

- ☐ Yalnız
- ☐ Eşi ile
- ☐ Çocukları ile
- ☐ Bakıcı ile
- ☐ Bakımevinde

4. Kronik Hastalıkları

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Diabet
- ☐ KAH
- ☐ SVO
- ☐ KKY
- ☐ OP
- ☐ Osteoartrit
- ☐ KOAH
- ☐ Görme sorunu
- ☐ İşitme sorunu
- ☐ Diğer
- (açıklayınız).....

5. Mesane Sarkması Tanısı

- ☐ Var
- ☐ Yok

6. Rektum Sarkması Tanısı

- ☐ Var
- ☐ Yok

7. Rahim Sarkması Tanısı

- ☐ Var
- ☐ Yok

8. Kullandığı İlaçlar

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

9. Sigara Kullanımı

- ☐ Var (Belirtiniz) ☐ Yok

10. Alkol Kullanımı

- ☐ Var (Belirtiniz) ☐ Yok

11. Kafein Kullanımı

- ☐ Var (Belirtiniz) ☐ Yok

12. Kabızlık Durumu

- ☐ Var (Belirtiniz) ☐ Yok

13. Test Puanları

- ☐ Günlük Yaşam Aktiviteleri:
- ☐ Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri:
- ☐ Mini Mental Testi:
- ☐ İnkontinans Şiddet İndeksi:

İNKONTİNANS DEĞERLENDİRMESİ**1. Zamanında tuvalete yetişmede sıkıntınız var mı?**

- ☐ Evet ☐ Hayır

2. İdrar kaçırmayla ilgili sıkıntınız ne kadar süredir var?

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 1 haftadan az | ☐ 4-12 ay |
| ☐ 1-4 hafta | ☐ 1-5 yıl |
| ☐ 1-4 ay | ☐ 5ten fazla |

3. İdrar kaçırmamız genellikle ne zaman oluyor?

- ☐ Gündüz
- ☐ Gece
- ☐ Gece ve gündüz

4. İdrar kaçırmınıza aşağıdakilerden herhangi biri neden oluyor mu?

- ☐ Öksürme/hapşıрма/gülme gibi fiziksel aktiviteler sırasında
- ☐ Acil idrar yapma hissi olduğunda tuvalete zamanında yetişememeye bağlı
- ☐ Fiziksel aktivite ya da acil idrar yapma hissi olmadan
- ☐ Diğer (Açıklayınız).....

5. Ne kadar sık idrara çıkıyorsunuz?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ 6-8 saatte bir ya da daha fazla | ☐ 1-2 saatte bir |
| ☐ 3-5 saatte bir | ☐ Diğer..... |

6. Gece idrara kalkar mısınız?

- | | |
|--|--|
| ☐ Hiç/ nadiren | ☐ 4 ya da daha fazla |
| ☐ Genellikle 1-3 kez | ☐ Değişik sıklıkta |

7. İdrar kaçırmaya nedeniyle ped/bez kullanma ihtiyacı duyuyor musunuz?

- ☐ Evet
(Ne sıklıkla belirtiniz)
- ☐ Hayır

EK 2: GÜNLÜK TEMEL YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

GÜNLÜK TEMEL YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ				
	<u>0=bağımsız</u>	<u>1=kontrollü</u>	<u>2=yardımlı</u>	<u>3=bağımlı</u>
Banyo				
Giyinme				
Yemek Yeme				
Tuvalet				
Transfer				
Kişisel Hijyen				
Yataktahareket				
Lokomosyon				
Kontinans				
Toplam Puan:				

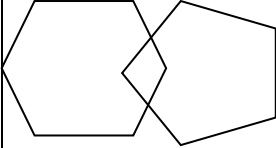
EK 3: LAWTON-BRODY ENSTRUMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE ÖLÇEĞİ

LAWTON-BRODY ENSTRUMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE ÖLÇEĞİ	
TELEFONU KULLANABİLME	Puan
Telefonu rahatlıkla kullanabilir	3
Bir kaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	2
Telefona cevap verir, ancak arayamaz	1
Telefonu hiç kullanamaz	0
ALIŞVERİŞ	
Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar	1
Küçük alışverişlerini kendisi yapar	0
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	0
Alışveriş yapamaz	0
YEMEK HAZIRLAMA	
Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir	1
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir	0
Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz	0
Yemeklerinin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	0
EV TEMİZLİĞİ	
Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	4
Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	3
Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	2
Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	1
Hiç bir ev temizliği işine katılamaz	0
ÇAMAŞIR	
Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	2
Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	1
Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır	0

YOLCULUK	
Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	3
Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	2
Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir	1
Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobile sınırlıdır	0
Yolculuk yapamaz	0
İLAÇLARINI KULLANABİLME SORUMLULUĞU	
İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	1
İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir	0
İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	0
MALİ İŞLER	
Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelir	1
Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	1
Mali işlerini takip edemez	0
TOPLAM PUAN	/17

EK 4: MİNİ MENTAL TEST

	MİNİ MENTAL TEST		
	Soru	Cevap	Puan
Oryantasyon	Tarih		1
	Gün		1
	Ay		1
	Mevsim		1
	Yıl		1
	Şu anda bulunduğunuz yerin adı		1
	Kaçıncı kattayız		1
	Bulunduğumuz şehrin adı		1
	Ülkenin adı		1
	Cumhurbaşkanımızın adı		1
Hafıza (Kayıt Etme)	Şu kelimeleri tekrarlayın: Mavi, şahin, lale		
	Hemen hatırlama		3
	Hasta her üç kelimeyi de öğrenene kadar tekrarlayın:		
	Kaç tekrarda öğrendi? (Skor yok)		
Dikkat ve Hesaplama	100 den başlamak üzere 7 çıkararak say. 93 86 79 72 65 VEYA ‘DÜNYA’ kelimesini hecele Şimdi geriden başlayarak hecele. Eğitimsizse hesap yerine haftanın günlerini geriye saydır.		5
Hatırlama	Daha önce verilen üç kelimeyi hatırla		3
Lisan	Gösterilen cisimlerin adları KALEM SAAT		1 1

	Aşağıdaki cümleyi tekrarlamasını iste: "Sen gidersen, ben de giderim"		1
Motor Fonksiyon ve Algılama	Verilen direktifleri izleme Kağıdı sağ elinle al		1
	İkiye katla		1
	Masaya koy		1
	Alttaki cümleyi okutup söyleneni yapmasını iste (eğitimsiz ise testi yapan okur hasta söyleneni yapar) <u>GÖZLERİNİ KAPA</u>		1
	Alttaki bölüme bir cümle yazmasını iste, eğitimsiz ise hasta anlamlı bir cümle söyler.		
			1
	Alttaki şekli kopya etmesini iste, eğitimsiz ise iç içe iki kare şekli çizdirilir		
			1
	TOPLAM PUAN:		30

EK 5: İNKONTİNANS ŞİDDET İNDEKSİ (İŞİ)

Hangi sıklıkla idrar kaçırıyorsunuz?

1. Ayda bir kezden az
2. Ayda birkaç kez
3. Haftada birkaç kez
4. Her gün veya her gece

Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçırıyorsunuz?

1. Birkaç damla
2. Küçük lekeler
3. Daha fazla

Şiddet İndeksi Skoru

1-2 puan: Hafif

3-6 puan: Orta

8-9 puan: Şiddetli

12puan:Çok şiddetli

Skor, birinci sorudaki puan ile ikinci sorudaki puanın çarpılmasıyla elde edilir.

İŞİ Skoru:

EK 6: MESANE GÜNLÜĞÜ

Bu form, sizin idrar yapma alışkanlığınız ve idrar kaçırmanızla ilgili bilgileri kaydetmeniz için düzenlenmiştir. Bu formu **Geriatrici Polikliniği**'ne gelmeden önce **3 gün** süreyle doldurunuz. Her gün için yeni bir form doldurunuz. Form bir gün için yetmezse bir gün için iki form kullanabilirsiniz.

Örnek Form

Saat	Alınan sıvının cinsi	Alınan sıvının miktarı	İdrar yapma zorunluluğu	İdrar yapma	İdrar kaçırma	Yapılan iş / meşguliyet
07.00	Süt	1 su bardağı				
07.15				X		
09.30			X		X	Otururken
11.00	Su	1 su bardağı				
11.45			X		X	Öksürürken
12.30	Çorba	1 Kase				
15.20	Ayran	2 su bardağı				
16.00			X		X	Ayaktayken

1. İdrar yaptığınız, idrar kaçırdığınız ve sıvı aldığınız zamanları kaydediniz.
2. Aldığınız sıvının türünü (çay, kahve, su, meyve suyu gibi) ve miktarını (su bardağı, çay bardağı, gibi). Oda ısısında eriyen dondurma gibi besin maddelerini de sıvı kabul ediniz ve yediğiniz miktarı forma yazınız..
3. İdrar yapma zorunluluğu hissettiğiniz her anı işaretleyiniz.
4. İdrar yaptığınız her zamanı işaretleyiniz.
5. İdrar kaçırmanızın olduğu her an işaretleyiniz.
6. İdrar kaçırdığınız andaki yaptığınız işi mutlaka yazınız.

Örneğin, bulaşık yıkarken, öksürürken, hapşırırken, otururken, ayağa kalkarken gibi idrar kaçırmanız olduğunda yaptığınız işi forma yazınız.

EK 7

İdrar Kaçırma Sorunu Olan Hastalar İçin Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı

Hazırlayan: Hemşire Münevver ÖZCAN

ANKARA-2010

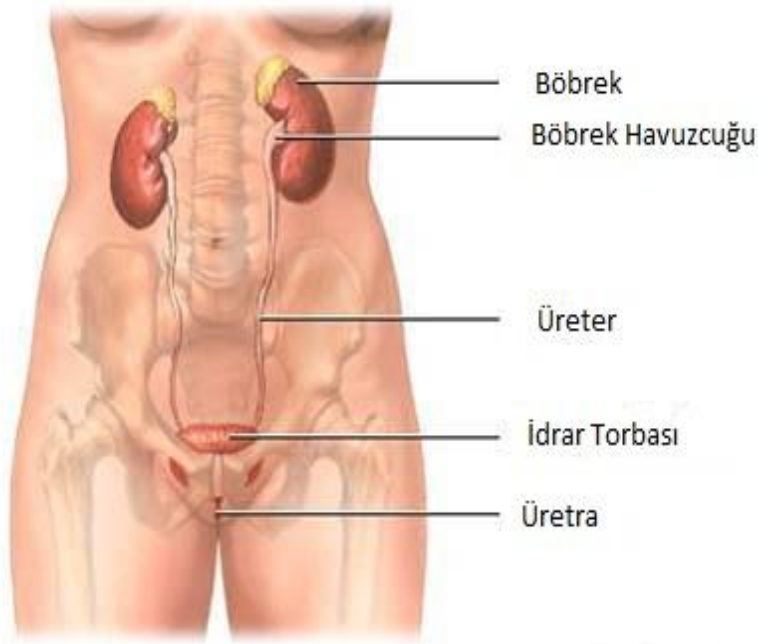
İdrar Yolları

İdrar yolları;

- Böbrekler,
- Üreterler (idrarı böbreklerden idrar torbasına getiren tüpler),
- Mesane (idrar torbası)
- Üretradan (son idrar yolu) oluşur.

Böbreklerde oluşan idrar tüpler yoluyla idrar torbasına gelir.

İdrar torbası, böbreğin süzdüğü idrarı, biriktiren ve dışarı atılmasını sağlayan kas ve zarlardan yapılmış bir kesedir.



İşeme

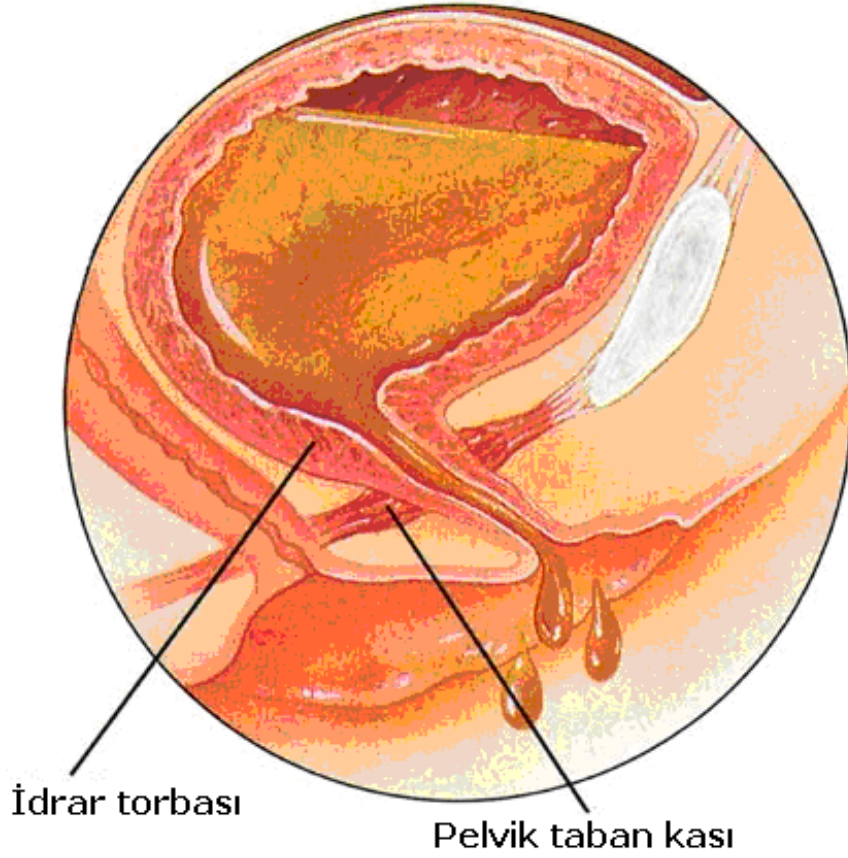
İdrar torbası dolduğunda idrar kesesinin boşaltılması işlemine **işeme** denir.

- *İdrar kesesinde biriken idrar miktarı belli bir düzeyin üzerine çıktığında sıkışma hissi uyarılır.
- *Bu his sağlıklı kişilerde idrar torbası ve beyin arasındaki sinirsel iletişim ile bir süre ertelenebilir.
- *Uygun ortam sağlanınca, idrar torbasına kasılma uyarıları gönderilerek işeme gerçekleştirilir.

İdrar Kaçırma(Üriner İnkontinans)

İdrar kaçırma, kişinin istemsiz ya da kontrolsüz olarak idrar yapmasıdır.

Birçok nedene bağlı olarak oluşur. Yaşlılarda sık olarak görülür. Hiçbir yaşta normal bir durum değildir. Tedavisi mümkündür.

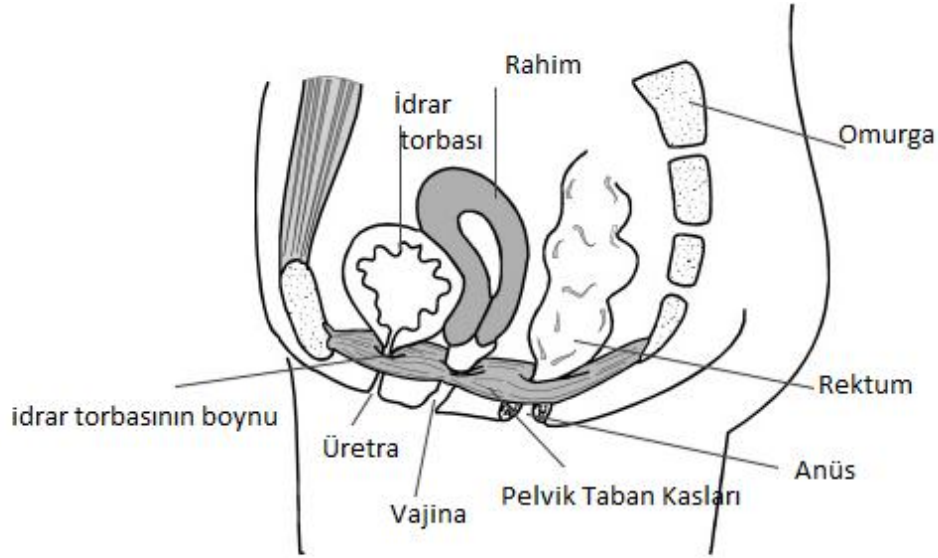


İdrar Kaçırmayı Arttıran Durumlar

- İleri yaş
- Fazla sayıda doğum yapmış olmak,
- Menapoz
- Hareketsizlik
- Zorlayıcı egzersiz yapmak
- Şeker Hastalığı
- Kalp hastalığı
- Kadın hastalıkları ya da idrar yollarına yönelik yapılan ameliyatlar
- Kabızlık
- İnme
- Aşırı şişmanlık
- Bazı ilaçlar
- Öksürük
- İdrar yolu enfeksiyonu

Pelvik Taban Kasları

Pelvik taban kasları, idrar torbasının ağzını çevreleyen, idrar torbası, vajina (hazne) ve bağırsakları destekleyen kaslardır. Bu kaslar kasıldığında, idrarın içeride tutulmasını sağlar ve idrar kaçırmanızı önler. Vücuttaki diğer kaslar gibi bu kaslar zayıfladıklarında işlerini uzun süre etkili bir şekilde yapamazlar.



Pelvik Taban Kas Egzersizleri

*Pelvik taban kas egzersizleri, idrar kaçırmanın azalmasına ve mesane kontrolünün artmasına yardımcı olan egzersizlerdir.

*Pelvik taban kas egzersizleri doğru bir şekilde yapıldığında, idrar torbanızı destekleyen kasların güçlenmesini sağlar.

*Egzersiz doğru şekilde ve sürekli olarak yapıldığında başarı sağlanır.

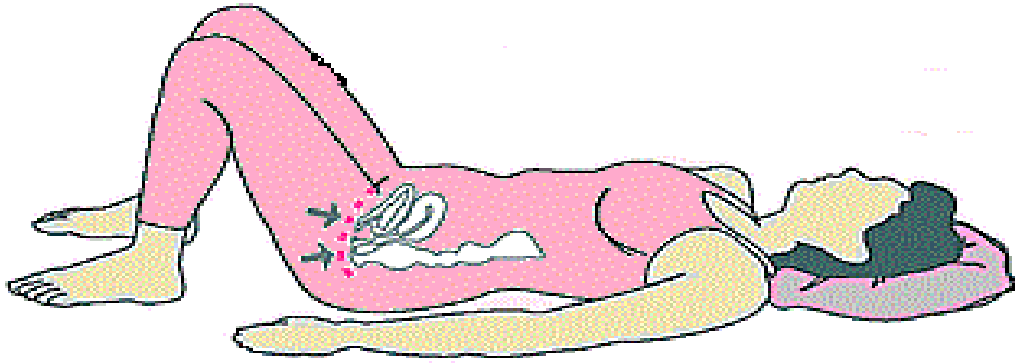
Pelvik Taban Kas Egzersiz Yöntemi

1. Makattan gaz çıkışını engellemeye çalıştığınızı düşünün. Bu sırada kastediğiniz kaslar pelvik taban kaslarıdır.

Bu kaslar, makattan gaz çıkışını engellemek için kastediğiniz kaslarla aynı kaslardır.

Egzersiz yaparken karın, kalça kaslarınızı ve diğer kasları kasmayınız. Yanlış kasları kasmanız idrar torbanızı kontrol eden kaslarının daha fazla yük almasına neden olur.

2. Egzersizi öğrenmek için başlangıçta birkaç kez idrar yaparken idrarınızı 1-2 saniye tutunuz ve sonra idrar yapmaya devam ediniz.
3. İdrar yaparken tutma hareketini sadece kasmayı öğrenmek için yapınız. İdrar yaparken egzersiz yapmayınız.



Egzersizizi yapmaya başlamadan önce tuvalete gidip idrarınızı yapın.

Egzersizizi yaparken;

- Dizleriniz hafif açık olacak şekilde oturun, ayakta durun ya da yatin.
- Kasları kasın ve 10'a kadar sayın.
- Kasları gevşetin ve yine 10'a kadar sayın.
- Egzersizi günde 3 kere 10'ar kez yapın.

Egzersizizi oturarak, yatarak ve ayakta durarak yapmak size daha fazla kontrol sağlar ve kaslarınızı daha da güçlendirir.

Kaslarınız hemen güçlenmeyecektir. İlk başlarda idrar kaçırmanızda gözle görülür bir düzelme olmayabilir.

Kendinize Yardım Etmek İçin Yapabileceğiniz Diğer Uygulamalar

- Günde ne kadar sıvı almanız gerektiğini doktorunuzla görüşün.
- Gece idrar kaçırmanız varsa akşam yemeğinden sonra sıvı almayın.
- İdrar miktarını arttıran yiyecek ve içeceklerden kaçının.
 - Kahve ve kafeinli içecekler
 - Karbonatlı içecekler (örneğin; soda)
 - Meyveler özellikle narenciye
 - Narenciye içecekler (portakal, greyfurt suyu gibi)
 - Yapay tatlandırıcılar
 - Baharatlı yiyecekler

- Düzenli olarak idrar torbanızı boşaltın.(Günde 5-8 defa, 2-3 saat aralıklarla)



- Sabah
- Her yemekten sonra
- Yatmadan önce
- Gerekirse gece 1 defa

- Kilo vermeye çalışın.
- Kabız olmamak için yeterli sıvı ve lifli gıdalar (Sebzeler, meyveler, kepekli ekmek gibi...) alın.
- Sigarayı bırakın.

Pelvis kaslarını güçlendiren egzersizleri düzenli olarak yapınız.

KİTAPÇIK KAYNAKLARI

1.Best Practices Evidence-Based Nursing Procedures.(2007) Lippincott Williams & Wilkins, Second Edition, 466-470
2. Akdemir N., Birol L.,(2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara
3. Canobbio, M.M. (2000) Mosby's Handbook of Patient Teaching.
4. [http:// www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article /003975.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003975.htm) (27.02.10)
5. http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/bcw_ez/insertC.htm (09.10.09)
6. http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/pdf/exercise_ez.pdf (09.10.09)
7. <http://www.bladderandbowelfoundation.org/files/PFE%20pad%20women%20final%201208.pdf> (24.03.10)
8. http://www.healthinaging.org/public_education/eldercare/10.xml (18.03.10)
9. <http://www.nafc.org/uploads/pdf/Pelvic%20Muscle%20Exercises.pdf> (11.12.09)
10. <http://www.patient.co.uk/health/Pelvic-Floor-Exercises.htm> (01.10.09)
11. http://www.simonfoundation.org/About_Incontinence_Treatment_Options_Pelvic_Floor_Exercises.html (09.10.09)
12. http://www.urojinekoloji.com/eskisine/s_2.html (23.09.09)
13. Newman, D.K. (2005).Behavioral Treatments, Vasavada SP, Appel RA, Sand PK, Raz S(Ed.),. Female Urology, Urogynecology and Voiding Dysfunction. 233-265
14. Sampselle, C. M. (2000). Behavioral Intervention for Urinary Incontinence in Women: Evidence for Practice. *Journal of Midwifery &Women's Health*, 45 (2), 94-103
15. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2008). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams&Wilkins, 1580-1583
16. Smith, D.B. (2004) Female Pelvic Floor Health A Developmental Review, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 130-137
17. Wagg, A. (2009). Urinary Continence Management in Older People. *Nursing Older People*, PeoQuest Health and Medical Complete,4-16

18. Wyman, J. F., Burgio, K. L., Newman, D. K. (2009). Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *The international Journal of Clinical Practice*, 63 (8), 1177-1191

EK 8: EGZERSİZ KAYIT FORMU

Aşağıdaki tabloya her gün sabah, öğle ve akşam idrar kaçırmaya yönelik yaptığınız egzersiz sayısını yazınız. Her hafta için ayrı tabloyu kullanınız.

Yapılan Egzersiz Sayısı Tablosu

TARİH:	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM
PAZARTESİ			
SALI			
ÇARŞAMBA			
PERŞEMBE			
CUMA			
CUMARTESİ			
PAZAR			

Yapılan Egzersiz Sayısı Tablosu

TARİH:	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM
PAZARTESİ			
SALI			
ÇARŞAMBA			
PERŞEMBE			
CUMA			
CUMARTESİ			
PAZAR			

Yapılan Egzersiz Sayısı Tablosu

TARİH:	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM
PAZARTESİ			
SALI			
ÇARŞAMBA			
PERŞEMBE			
CUMA			
CUMARTESİ			
PAZAR			

Yapılan Egzersiz Sayısı Tablosu

TARİH:	SABAH	ÖĞLE	AKŞAM
PAZARTESİ			
SALI			
ÇARŞAMBA			
PERŞEMBE			
CUMA			
CUMARTESİ			
PAZAR			

EK 9: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Hasta Grubu)

İdrar kaçırmayı azaltmaya yönelik yapılan kas egzersizleriyle ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “**Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizlerinin Etkisinin Değerlendirilmesi**”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, idrar kaçırmayı olan kadın hastalara idrar kaçırmayı azaltmak ya da tamamen düzelmesini sağlamak amacıyla idrarı tutmayı sağlayan kasları güçlendirmek için öğretilen kas egzersizlerinin etkisini değerlendirmektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Araştırmacı Münevver Özcan tarafından size sorulan sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Sorulara yanıt verdikten sonra idrar kaçırmaya yönelik olarak idrarınızı tutmanızı sağlayan kaslarınızı güçlendirmenizi sağlayacak egzersizler öğretilenektir. Bu egzersizleri her gün günde 3 kez olmak üzere yapmanız önemlidir. Her hafta öğretilen egzersizleri doğru ve düzenli yapıp yapmadığınız değerlendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Araştırmacı Münevver ÖZCAN tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmacıya ulaşmam gerektiğinde; herhangi bir saatte, araştırmacı Münevver ÖZCAN'ı 0-312-3053071 (iş) veya 0533 6365916 (cep) no'lu telefonlardan ve HÜTF Geriatri Ünitesi adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK 10: EK TABLOLAR

Tablo 10.1 Hastaların Genel Olarak Ölçek Puanları

Ölçekler	Min	Max	$\bar{x}$	SS	Ortanca
Günlük Temel Yaşam Aktiviteleri İndeksi	0	0	0	0	0
Lawton-Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	14	17	16.8	0.64	17
Mini Mental Test	26	30	28.7	1.51	29
İnkontinans Şiddet İndeksi	1	12	7.2	3.5	8

EK-Tablo 9.2. Hastaların Genel Özelliklerine Göre İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Ortancalarındaki Değişim

Genel Özellikler		Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası		Bilgilendirme Sonrası		p
	Sayı	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
Yaş								
65-74	21	2-12	8	1-12	3	1-12	2	<0.001 ^{*+}
75-84	10	1-12	6	1-6	2	1-6	2	
p		0.693		0.519		0.884		
Eğitim Durumu								
İlkokul ve Aşağısı	15	3-12	8	1-12	3	1-12	2	<0.001 ^{*+}
Ortaokul ve Üstü	16	1-12	7	1-12	2	1-9	2	
p		0.401		0.358		0.740		
Birlikte Yaşadığı Kişi								
Yalnız	9	1-12	8	1-12	3	1-12	2	>0.001 <0.001 ^{*+} >0.001
Eşi	18	2-12	8	1-12	2	1-12	1.5	
Akrabaları	4	3-6	3	2-6	2	1-2	1	
p		0.221		0.880		0.555		
Medeni Durum								
Evli	20	2-12	8	1-12	2.5	1-12	1.5	<0.001 ^{*++} <0.001 ^{*+}
Bekar	11	1-12	8	1-12	2	1-12	2	
p		0.792		0.951		0.381		

*p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay

+p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

‡p<0.017 Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

EK-Tablo 9.3. Hastaların Hastalıklara Göre İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Ortancalarındaki Değişim

Hastalıklar		Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay		Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay		p
	Sayı	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
Hipertansiyon								
Var	26	1-12	8	1-12	3	1-12	1.5	<0.001**
Yok	5	3-8	6	1-3	2	1-3	2	>0.001
p		0.144		0.280		0.815		
Diabetes Mellitus								
Var	10	2-12	8.5	1-12	2.5	1-12	2	=0.001
Yok	21	1-12	6	1-12	2	1-12	2	<0.001**
p		0.348		0.917		0.663		
Osteoporoz								
Var	13	1-12	8	1-9	2	1-9	2	<0.001**
Yok	18	1-12	8	1-12	2	1-12	2	
p		0.984		0.135		0.828		
Osteoartrit								
Var	6	3-12	8.5	1-12	2.5	1-12	4	>0.001
Yok	25	1-12	6	1-12	2	1-12	2	<0.001**
p		0.268		0.981		0.314		
Depresyon								
Var	10	2-12	6	1-12	2.5	1-12	2	>0.001
Yok	21	1-12	8	1-12	2	1-12	2	<0.001**
p		0.268		0.950		0.492		
Gastroösefageal reflü								
Var	12	1-12	7	1-12	2.5	1-12	2	>0.001
Yok	19	2-12	8	1-12	2	1-12	2	<0.001**
p		0.435		0.562		0.191		
Hiperlipidemi								
Var	18	2-12	7	1-12	2	1-12	2	<0.001**
Yok	13	1-12	8	1-12	2	1-12	1	=0.001
p		0.275		0.275		0.157		

EK- Tablo 9.4: Hastaların Kullandıkları İlaçlara göre İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Ortancalarındaki Değişim

İlaçlar		Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay		Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay		p
	Sayı	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
Anjiotensin Konverting enzim İnhibitörleri								
Var	8	1-12	8	1-6	1.5	1-4	1	p=0.001 <0.001**
Yok	23	3-12	6	1-12	3	1-12	2	
p		0.808		0.275		0.187		
Anjiotensin Reseptör Blokörü								
Var	16	3-12	7	1-12	3	1-12	2	>0.001 <0.001**
Yok	15	1-12	8	1-9	2	1-9	2	
P		0.922		0.078		0.423		
Kalsiyum kanal blokörü								
Var	7	3-12	9	2-12	2	1-12	2	>0.001 <0.001**
Yok	24	1-12	7	1-12	2.5	1-12	2	
p		0.341		0.532		0.532		
Betablokör								
Var	8	3-12	7	2-12	3	1-9	2	>0.001 <0.001**
Yok	23	1-12	8	1-12	2	1-12	2	
p		0.740		0.237		0.774		
Diüretik								
Var	15	1-12	6	1-12	3	1-12	1	p=0.001 <0.001**
Yok	16	3-12	8	1-12	2	1-12	2	
p		0.072		0.892		0.163		
Oral antidiyabetik ilaçlar								
Var	7	2-12	9	1-12	2	1-12	3	>0.001 <0.001**
Yok	24	1-12	7	1-12	2.5	1-12	1.5	
p		0.365		0.982		0.234		
Bifosfonat								
Var	8	1-9	7	1-4	1.5	1-4	1.5	>0.001 <0.001**
Yok	23	2-12	8	1-12	3	1-12	2	
p		0.203		0.067		0.550		

EK Tablo 9.4 (Devam)

İlaçlar		Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay		Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay		p
	Sayı	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
Proton pompa inhibitörü								
Var	11	1-12	6	1-12	2	1-12	2	>0.001
Yok	20	2-12	8	1-12	2.5	1-12	1	<0.001**
p		0.279		0.919		0.427		
Kalsiyum								
Var	21	1-12	6	1-12	2	1-9	3	<0.001**
Yok	10	3-12	10.5	2-12	3	1-12	4.5	>0.001
p		0.039		0.039		0.053		
Statin								
Var	14	2-12	7	1-12	2.5	1-12	2	<0.001**
Yok	17	1-12	8	1-12	2	1-12	1	
p		0.570		0.444		0.518		
Asetil salisilik asit								
Var	15	2-12	6	1-12	3	1-12	2	P=0.001
Yok	16	1-12	8	1-12	2	1-12	1	<0.001**
p		0.740		0.054		0.318		
Antidepresan ilaçlar								
Var	8	2-12	9	1-12	2.5	1-12	3	>0.001
Yok	23	1-12	8	1-12	2	1-12	1	<0.001**
p		0.437		0.774		0.132		
İnkontinansa yönelik ilaçlar(Antikolinerjikler)								
Var	8	3-12	8	1-6	3	1-6	2	>0.001
Yok	23	1-12	8	1-12	2	1-12	2	<0.001
p		0.842		0.877		0.912		

*p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay

⁺p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay[†]p<0.017 Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

EK Tablo 9.5: Hastaların Üriner İnkontinansa Yönelik Risk Faktörlerine Göre İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Ortancalarındaki Değişim

Risk Faktörleri	Sayı	Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay		Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay		p
		Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
Beden Kitle İndeksi								
Normal-hafif şişman	9	3-12	6	1-6	2	1-3	1	<0.001*+ P=0.001
Şişman	17	3-12	8	2-12	3	1-12	3	
p		0.833		0.051		0.034		
Konstipasyon								
Var	6	2-12	5.5	1-4	2	1-6	2.5	>0.001 <0.001*+
Yok	25	1-12	8	1-12	3	1-12	2	
p		0.339		0.419		0.575		
Kahve Tüketimi								
Var	18	1-12	7	1-12	2	1-12	2	>0.001 <0.001*+
Yok	13	2-12	8	1-9	3	1-9	1	
p		0.258		0.767		0.441		
Çocuk sayısı								
1-2	11	1-12	8	1-6	2	1-6	1	<0.001*+
3 ve üzeri	18	2-12	6	1-12	2	1-12	2	
p		0.387		0.774		0.296		
Gebelik sayısı								
1-2	7	3-12	8	1-6	3	1-6	2	>0.001 P=0.001
3-4	14	1-12	8	1-12	2.5	1-12	2	
5 ve üzeri	8	3-12	6	1-12	2	1-12	1	
p		0.729		0.457		0.543		

*p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay

+p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

†p<0.017 Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

EK Tablo 9.6: Hastaların Üriner İnkontinans Tipi, Üriner İnkontinans Tedavisi ve Kegel Egzersizini Uygulama Durumuna Göre İnkontinans Şiddet İndeksi Puan Ortancalarındaki Değişim

		Bilgilendirme Öncesi		Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay		Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay		p
	Sayı	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-Max	Ortanca	
İnkontinans Tipi								
Stres tip	6	1-12	7	1-6	1	1-2	1	>0.001
Sıkışma tipi	8	3-12	8	1-12	3	1-12	2.5	<0.001**+
Miks tip	17	3-12	8	1-12	3	1-12	2	
p		0.646		0.061		0.127		
İnkontinans tedavisi								
Kegel egzersizi	26	3-12	7	1-12	2.5	1-12	2	<0.001**†
Kegel egzersizi+İlaç tedavisi	8	3-12	8	1-6	3	1-6	2	>0.001
p		0.849		0.892		0.892		
Kegel Egzersizi uygulama durumu								
Hergün	11	1-12	8	1-12	2	1-12	1	<0.001**+
Haftada 1-5 kez	13	2-12	6	1-12	3	1-9	2	>0.001
Egzersiz yapmayı bırakanlar	7	3-12	8	2-12	3	1-12	2	
p		0.803		0.299		0.445		

*p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay

†p<0.017 Bilgilendirme Öncesi- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

†p<0.017 Bilgilendirme Sonrası Birinci Ay- Bilgilendirme Sonrası İkinci Ay

EK 11: İZİN YAZILARI**EK 11.1**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Tıp Fakültesi Dekanlığı 06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: selmak@hacettepe.edu.tr

Sayı: B.30.2.HAC.0.20.05.04

1354

05 Temmuz 2010

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 24 HAZİRAN 2010 PERŞEMBE
Toplantı No : 2010/3
Proje No : LUT 10/20
Karar No : LUT 10/20 -3

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, Münevver Özcan'ın tezi olan LUT 10/20 kayıt numaralı ve **"Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizlerinin Etkisinin Değerlendirilmesi"** başlıklı proje önerisi Komisyonumuzda değerlendirilmiş olup, uygun bulunmuştur.

- | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------|
| 1. Prof. Dr. Rüştü Onur | (Başkan) | |
| 2. Prof. Dr. Murat Yurdakök | (Üye) | |
| 3. Prof. Dr. İbrahim Haznedaroğlu | (Üye) | |
| 4. Prof. Dr. Arzu Topeli İskit | (Üye) | |
| 5. Prof. Dr. Erdem Aydın | (Üye) | |
| 6. Prof. Dr. İnci Erdemli | (Üye) | KATILMADI |
| 7. Prof. Dr. Tanju Besler | (Üye) | |
| 8. Prof. Dr. Haydar A. Demirel | (Üye) | KATILMADI |
| 9. Prof. Dr. Zafer Çehreli | (Üye) | KATILMADI |
| 10. Prof. Dr. Osman Abbasoğlu | (Üye) | KATILMADI |
| 11. Av. Meltem Onurlu. | (Üye) | |

EK 11.2

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
TIP FAKÜLTESİ**İç Hastalıkları Anabilim Dalı**
Geriatri Ünitesi

Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu 'na 18.05.2010

İlgi:17.12.2009 tarih ve 2227 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Münevver ÖZCAN'ın tezini Geriatri Ünitesi'nde uygulaması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ve rica ederim.

Prof.Dr.Servet ARIOĞUL
İç Hastalıkları Geriatri Ünitesi Başkanı

EK 11.3

15:10:49

Page 1 of 1



münevver özcan <munevverozcan1@gmail.com>

(konu yok)

Hale Uyar Hazar <hazarhale@gmail.com>
Kime: münevver özcan <munevverozcan1@gmail.com>

14 Aralık 2009 22:52

Sayın Münevver Özcan;

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi **2008, Cilt 9, Sayı 3, Sayfa(lar) 005-008'de** yayınladığım,
Geçerlik ve Güvenirliğini yaptığım "İnkontinans Şiddet İndeksini" kullanmanızı tabii ki onaylıyorum.

Sizden tek bir ricam olacak:

Tezinizi bitirdikten sonra tezinizin "**kapak**" ve ismim geçtiği "**Metod**" ve "**Kaynaklar**" sayfasını bana mail atmanızı rica ediyorum.

Tez çalışmanızda başarılar diliyorum.

Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR
Adnan Menderes Üniversitesi
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü
AYDIN

TEL: 0 256 213 88 66-125
FAX: 0 256 212 42 19