



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ADANA ŞEHİR
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN YAŞLI HASTALARIN
ÜRİNER İNKONTİNANS İLE İLGİLİ YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER
VE ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Mustafa KOLKIRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2018



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ADANA ŞEHİR
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN YAŞLI HASTALARIN
ÜRİNER İNKONTİNANS İLE İLGİLİ YAŞADIĞI GÜÇLÜKLER
VE ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Mustafa KOLKIRAN

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA/2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi	3
2.1.1. Mesane	3
2.1.2. Üretra	5
2.1.3. Pelvik Taban	6
2.1.4. Prostat	11
2.2. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması	12
2.2.1. Merkezi Sinir Sistemi	12
2.2.2. Periferik Sinir Sistemi.....	13
2.2.3. İdrar Yapma ve Kontinans Mekanizması	14
2.3. Üriner İnkontinansın Tanımı ve Sınıflandırılması	16
2.3.1. Gerçek Stres İnkontinans:	16
2.3.2. Urge (Sıkışma) Tip İnkontinans:	17
2.3.3. Mix inkontinans	18
2.3.4. Fonksiyonel Üriner İnkontinans:	18
2.3.5. Overflow Üriner İnkontinans:.....	18
2.3.6. Refleks (total-devamlı) Üriner İnkontinans:.....	18
2.4. Risk Faktörleri	19
2.4.1. Yaş ve cinsiyet.....	20
2.4.2. Irk.....	20
2.4.3. Seks Hormonları ve Östrojen Yetmezliği:	21
2.4.4. Obezite	21
2.4.5. Obstetrik Öykü.....	21
2.4.6. Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	22
2.4.7. Sistemik Hastalıklar	22

2.4.8. Bař Dokusu.....	22
2.4.9. Sigara	22
2.4.10. Radyoterapi:.....	23
2.4.11. Abdominal tümör:.....	23
2.4.12. Nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları:	23
2.4.13. İlaçlar:	23
2.4.14. Histerektomi:	24
2.5. Tedavi	24
2.5.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri	24
2.5.2. Medikal tedavi	29
2.5.3. Cerrahi Tedavi	29
2.6. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü	30
2.6.1. Birinci basamak yönetimi	31
2.6.2. Kişi merkezli bakım.....	31
2.6.3. Özgöl sorun çözme becerileri	31
2.6.4. Kapsamlı yaklaşım.....	31
2.6.5. Toplum yönelimli olma	31
2.6.6. Bütüncöl yaklaşım	31
3. MATERYAL METOD	33
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....	34
3.1.1. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğı	34
3.1.2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form)	34
3.1.3. Zamanlı Kalk-Yürü Testi.....	36
3.1.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğı	36
3.2. İstatistiksel analizler	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler.....	66
KAYNAKLAR	67
ÖZGEÇMİŞ	78
EKLER.....	79

TEŞEKKÜR

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki uzmanlık eğitimim süresince desteğini, bilgi ve becerisini, anlayışını esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Kenan TOPAL'a, hoşgörüsünü ve desteğini esirgemeyen basasitanım ve tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a, birlikte çalışmaktan keyif duyduğum ve her anımda yanımda olan asistan arkadaşlarım Dr. Handan Ece ÇEVİK, Dr. Tuğba ÖZER, Dr. Reyhan KHATİB, Dr. Ayşegül ARSLANTAŞ, Dr. İbrahim Ufuk TAŞDEMİR, Dr. Kayhan Süreya İŞGÜZAR, Dr. İbrahim KARNAS, Dr. Levent ÖZDENVAR ve rotasyon yaptığım tüm kliniklerdeki hocalarıma, uzmanlarıma ve asistanlık süremi acı tatlı günlerini paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve bugünlere gelmemde büyük emeği olan aileme teşekkür ederim.

KISALTMALAR

Üİ	: Üriner İnkontinans
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICS	: International Continence Society
ÜİB	: Üretra İçi Basınç
MİB	: Mesane İçi Basınç
ÜKB	: Üretra Kapanma Basıncı
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZKYT	: Zamanlı Kalk ve Yürü Testi
ICIQ-SF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form
İYKÖ	: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların sosyodemografik verileri	38
Tablo 2.	Hastaların antropometrik verileri ve kan basıncı değerleri	39
Tablo 3.	Katılımcıların kronik hastalık sayıları	40
Tablo 4.	Kişilerin kronik hastalık durumu verileri	40
Tablo 5.	Cinsiyete göre Üİ tiplerinin dağılımı.....	41
Tablo 6.	Kişilerin Üİ sıklık ve miktarlarını gösteren tablo.....	41
Tablo 7.	Kadın katılımcıların obstetrik ve jinekolojik durumları.....	42
Tablo 8.	Katılımcıların sigara kullanma durumları	43
Tablo 9.	Katılımcıların kabızlık yakınmasının olup olmaması durumu	43
Tablo 10.	Katılımcıların son bir yıldaki düşme durumları	43
Tablo 11.	Kişilerin Üİ'yi hastalık olarak görüp görmeme ve sağlık kuruluşuna başvurma durumu	44
Tablo 12.	Üriner inkontinans için bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri	44
Tablo 13.	Doktor/ hemşirelerin üriner inkontinans durumunu sorgulama verileri	45
Tablo 14.	Çalışmada kullanılan ölçek ve testlerin ortalama puanları.....	45
Tablo 15.	Çalışmada kullanılan ölçek ve testlerin cinsiyete göre ortalama skorları.....	46
Tablo 16.	Medeni durumlarına göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması	47
Tablo 17.	Eğitim durumlarına göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması	49
Tablo 18.	Gelir durumuna göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması	51
Tablo 19.	Kronik hastalıkların ICIQ-SF skoruyla olan ilişkisi.....	52
Tablo 20.	Kabızlık durumu ile ICIQ-SF ilişkisi	53
Tablo 21.	Düşme durumu ile ICIQ-SF ilişkisi.....	53

Tablo 22. Üriner inkontinansı olan hastalara uygulanan ölçek ve testlerin hastaların sosyodemografik veriler, VKİ, kronik hastalık durumu, kullanılan ilaç sayısı, düşme ve inkontinansı hastalık olarak görme durumu ile korelasyonu tablosu	55
--	----



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Kadın ve erkekte mesane ve komşulukları	4
Şekil 2. Pelvis ligamentleri	6
Şekil 3. Pelvik diyafram.....	8
Şekil 4. Prostat ve komşulukları	11
Şekil 5. Mesanenin nöral kontrol mekanizması.....	13
Şekil 6. Wonca Ağacı	30



ÖZET

Birinci Basamakta Takip Edilen Yaşlı Hastaların Üriner İnkontinans İle İlgili Yaşadığı Güçlükler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı Aile Hekimliği birimlerinde takip edilen yaşlılarda üriner inkontinans ile ilgili sorunların irdelenmesi, üriner inkontinansın yaşlıların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelenmesi ve üriner inkontinans yönetiminde hasta ve hekim odaklı etkili olabilecek faktörleri araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tanımlayıcı araştırma 1 Aralık 2017 – 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Adana ilindeki belirlenen 3 adet Aile Hekimliği Biriminde kayıtlı üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü 162 hasta üzerinde yapıldı. Araştırmada sosyodemografik verileri de içeren yapılandırılmış bir anket formu uygulandı. Araştırmaya katılan hastalara ayrıca Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT), Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulandı. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin analizi için t testi, Mann-Whitney U testi, Ki kare testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 16.0 paket programı kullanılmış olup, $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 162 hasta katılmış olup 116'sı kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması 71.7 ± 5.8 yıl, %51.2'si ilkokul eğitimi görmüş, %36.4'ünün aylık geliri 2500 ₺ ve üzerinde saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların vücut kitle indeksleri ortalama değeri 31.19 ± 3.68 olup, vücut kitle indeksi yükseldikçe hastaların idrar kaçırma sıklığında ve şiddetinde artma saptanmıştır ($p=0.001$). Evlilerde evli olmayanlara göre inkontinans yaşam kalitesi ve benlik saygısı daha iyi durumda olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklardan serebrovasküler hastalık ve koroner arter hastalığı ile idrar kaçırma sıklığı ve şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi azaldıkça hastaların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formundan ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları skorlar anlamlı

derecede artmaktadır ($p<0.001$). Hastaların Zamanlı Kalk ve Yürü Test süresi arttıkça Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formundan alınan skor artmaktadır ($p<0.001$). Çalışmaya katılanların idrar kaçırma sıklığı ve şiddeti arttıkça İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları skorlar anlamlı derecede düşmektedir ($p<0.001$). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği' den yüksek puan alan kişilerin Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu skorları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışmaya katılanların %65.4' ü üriner inkontinansı bir hastalık olarak görmemektedir. Katılımcıların %75.3' ü daha önce üriner inkontinans için bir sağlık kuruluşuna hiç başvurmamıştır. Çalışmamıza katılan hastaların %75.3' ünün üriner inkontinans durumları daha önce doktorlar ya da hemşireler tarafından hiç sorgulanmamıştır.

Sonuç: Üriner inkontinans yaşlılarda sık görülmesine ve yaşlıları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden ciddi olarak etkilemesine karşın, hem hastalar hem de hekimler tarafından yeterince önemsenmeyen bir hastalıktır. Üriner inkontinansın hastalar tarafından yaşlanmanın doğal bir süreci olarak algılanması, utanma nedeniyle paylaşılmaması ve hekimler tarafından yeterince sorgulanmaması gibi nedenler tanı ve tedavi oranlarını düşürmektedir. Geriatrik sendromlardan bir tanesi olan üriner inkontinansın varlığı birinci basamakta sağlık hizmet sunucuları tarafından mevcut yaşlı nüfuslarında mutlaka sorgulanmalıdır. Aile Hekimleri üriner inkontinansın yönetiminde multidisipliner ekibin üyesi olarak çok önemli bir role sahiptirler.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Yaşlı

ABSTRACT

An Investigation about The Effects of Urinary Incontinence on the Living Difficulties and Quality of Life of the Elderly Patients Followed at Primary Care.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the problems related to urinary incontinence in the elderly patients followed at Family Medicine Units, to investigate the effects of urinary incontinence on the quality of life and to investigate the factors that may be effective on the management of urinary incontinence in terms of patient and physician.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted on 162 patients aged 65 years and over, who had urinary incontinence , registered in 3 Family Medicine Departments located in Adana between 1 December 2017 and 31 December 2017. A structured questionnaire including sociodemographic data was applied in the survey. Patients who participated in the study were also administered the Timed Up and Go Test (TUG), International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF), the Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).

Forms used in the research were filled with face-to-face interview techniques. Suitability of numerical variables to normal distribution was examined by Shapiro-Wilk test. For the analysis of the data, t test, Mann-Whitney U test, Chi square test, Kruskal Wallis test and Spearman's correlation analysis were used. SPSS 16.0 package program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ accepted as statistical significance level.

Results: 162 patients participated in the study and 116 were female. The average age of the participants was 71.7 ± 5.8 years, 51.2% of them had primary school education and 36.4% of them had monthly income of 2500₺ or more.

The mean body mass index of the patients participating in the study was 31.19 ± 3.68 and as the body mass index increased, the incidence and severity of urinary incontinence increased ($p = 0.001$). The incontinence quality of life and self-esteem were found to be better in married than non-married.

There was a significant relationship between cerebrovascular disease and coronary artery disease and incidence and severity of urinary incontinence in chronic diseases. As the level of education decreases, the scores of the patients from the

International Incontinence Questionnaire Short Form and the Incontinence Quality of Life Scale increase significantly ($p < 0.001$). As the timed up and go test duration increases, the score from the International Incontinence Questionnaire Short Form increases ($p < 0.001$).

As the frequency and incidence of urinary incontinence increases, the scores of Incontinence Quality of Life Scale decrease significantly ($p < 0.001$). The International Incontinence Questionnaire Short Form scores of the subjects with a high score of 'Rosenberg Self Respect Scale' were higher ($p < 0.001$). 65.4% of the participants did not regard it as a urinary incontinence disease. 75.3% of the participants never applied to a health facility for urinary incontinence before. In 75.3% of the patients who participated in the study, did not go to the hospital or other health institution.

Conclusion: Although urinary incontinence is common in the elderly and the elderly are seriously affected physically, psychologically and socially, it is a disease which is not considered enough by both the patients and the physicians. The reasons for urinary incontinence being perceived as a natural process by the patients, not being shared due to embarrassment, and not being questioned adequately by physicians, decrease the diagnostic and treatment rates. The presence of urinary incontinence, one of the geriatric syndromes, must be questioned by the health service providers at the primary level in the present elderly population. Family Physicians have a very important role as a member of the multidisciplinary team in the management of urinary incontinence.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında 200 milyondan fazla kişi idrar kaçırma problemi ile yaşamaktadır. Bu bozukluğun büyüklüğü göz önüne alındığında, birinci basamak hekimleri, konunun değerlendirilmesi ve idrar kaçırmanın tedavisine katılmaya teşvik edilmelidir. İdrar kaçırma sıklıkla orta yaştan itibaren oluşur ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir (1).

İdrar kaçırma yaşamı tehdit eden bir durum değildir; ancak idrar kaçırma sorunu olanların profesyonel yardım almak yerine sıvı alımını azaltma, sık tuvalete gitme, ped kullanma, sosyal aktivitelerden kaçınma vb. gibi etkisiz başa çıkma yöntemleri ile kendi kendilerine çözmeye çalıştıkları; idrar kaçırma korkusu, tuvalet bulamama, kötü kokma vb. kaygılarla sosyal katılımdan kaçındıkları, toplumdan kendilerini izole ettikleri, giderek yalnızlaştıkları, tüm bunların bireyin rahatını (konforunu), fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığını ve sonuçta yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (2-8).

Hastalar dışında doktorlar da genelde üriner inkontinans (Üİ) konusunda ilgisizdir. Üriner inkontinans, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en son ‘medikal tabu’ olarak isimlendirilmiştir. Pek çok doktorun Üİ ile ilgili soru sormaktan tereddüt ettiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda bu konu ile özel olarak ilgilenenler dışındaki doktorların Üİ konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı da görülmüştür (9). ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) yazarlarına göre yılda iki defa Üİ varlığının hasta ve bakım verenlere sorulması gerektiği görüş birliğine varılmıştır (10). Özellikle yaşlı bireylere hizmet veren disiplinlerde, sağlık personelinin konuyla ilgili özel eğitimi sağlanarak bilgi ve becerileri artırılmalıdır (11). Bazı çalışmalarda Üİ şikayeti olanların bakımlarını üstlenenlerin de yaşam kalitesinin etkilendiği gösterilmiştir; psikolojik ve fiziksel yorgunluk yanında ilerleyici sosyal izolasyon ve maddi problemlere yol açabilmektedir (12).

Üriner inkontinansın epidemiyolojik özellikleri tam olarak anlaşılmamakla beraber başlıca risk faktörleri; yaş, ırk, parite, şişmanlık, sigara, kahve, alkol tüketimi, kronik öksürük, kabızlık, prolapsus, menapoz, geçirilmiş cerrahi operasyon ve idrar yolu enfeksiyonudur (13,14). Yapılan çalışmalarda ikiz bebek veya iri bebek doğum öyküsü, epizyotomi açılması, doğum eyleminin uzun sürmesi, vajinal doğum

yapma gibi obstetrik travmaların idrar kaçırma da rol oynadığı gösterilmektedir (15,16-18).

Pek çok çalışma; idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkileyen geniş sosyal sonuçları olduğunu göstermiştir (19). İdrar kaçırmanın yol açtığı hijyenik problemler ve utanç; sosyal izolasyon ve depresyona neden olabildiğinden sosyal etkisi büyüktür ve Uluslararası Kontinans Derneğı (International Continence Society, ICS) inkontinansın tanımını içerisine dahil etmiştir (20).

Kendisi olmasa bile yarattığı sonuçlar, önemli bir mortalite ve morbidite sebebi olan Üİ, hastalar tarafından utanma ve damgalanma korkusu, inkontinansın yaşlanmanın normal bir sonucu olduğu ve tedavisinin olmadığı düşüncesi nedeniyle hekimler sormadıkça dile getirilmemektedir (21,22). Üriner inkontinans olan hastaların sadece üçte birinin tedavi için bir hekime başvurduğu bildirilmektedir. Oysa Üİ her yaşta ve her durumda patolojiktir ve yaşlı değerlendirmesi sırasında mutlaka sorgulanmalıdır (22-25).

Bu araştırmanın amacı aile hekimliğı birimlerinde takip edilen yaşlılarda Üİ ile ilgili sorunların irdelenmesi, Üİ'nin yaşlıların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelenmesi ve Üİ yönetiminde hasta ve hekim odaklı etkili olabilecek faktörleri araştırmaktır.

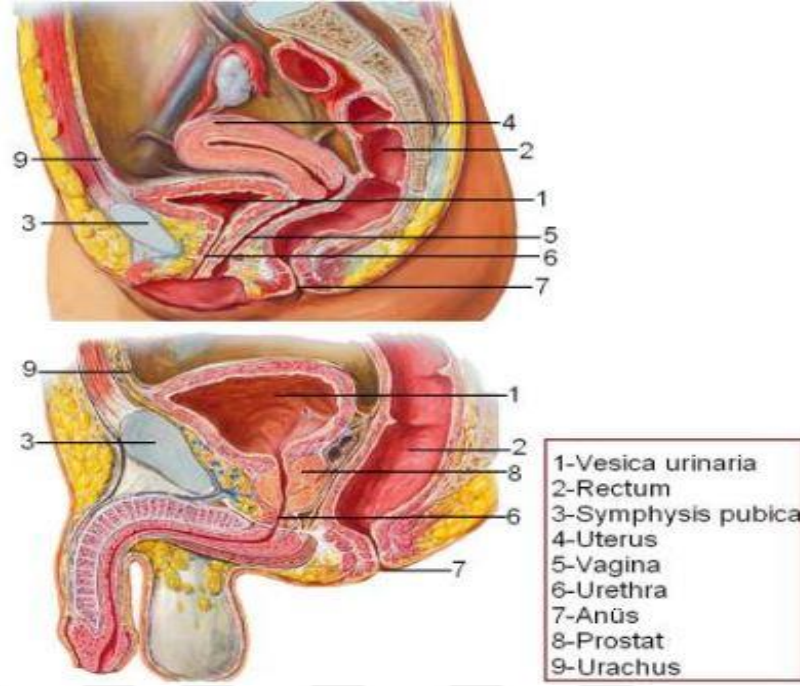
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi ve Fizyolojisi

Üretra ve mesaneden oluşan alt üriner sistem, istemsiz olarak, üst idrar yollarında üretilen idrarın depolanması ve istemli olarak idrarın boşaltılması görevlerini üstlenmektedir. Üreme organlarının ve pelvik yapının anatomik farklılıkları nedeniyle, alt üriner sistem anatomisi de kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir. Erkeklerde prostat da sisteme eklenir. Alt üriner sistemin anatomisini bilme, Üİ'nin patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasını ve sorunun uygun yönetimini sağlamakta yararlı olmaktadır (26).

2.1.1. Mesane

Mesane, simfisis pubisin arkasında ekstrapéritoneal olarak yerleşen alt üriner sistemin önemli bir bölümünü oluşturan pelvik bir organdır. Yaklaşık 500 ml genişleyebilme kapasitesi ile idrarı biriktirme ve boşaltma görevini yerine getirir. Dolma derecesine göre anatomik pozisyonu değişmektedir. Dolu mesane karın içine doğru yükselir ve muayenede palpe ve perküte edilebilir (26,27). Erkeklerde arkasında rektum, prostat ve vesicula seminalis'ler, kadında ise serviks uteri ve vajinanın ön yüzü ile komşuluk gösterir (Şekil 1)(28). Mesane mukoza, submukoza, kas tabakası ve seroza olmak üzere içten dışa 4 katmandan oluşmaktadır. Mesane mukozası çok katlı değişici epiteldir ve gevşek bir submukozal areolar tabaka ile çevrilidir (29).



Şekil 1. Kadın ve erkte mesane ve komşulukları

Mesane embriyolojik olarak ürogenital sinüs ve onu çevresinde olan mezodermden köken almıştır. Endodermal kaynaklı düz kas yapısında detrusör adelesi ve bunun tabanında mesodermal kaynaklı trigon bölümünden oluşur. Mesanenin detrusör düz kasları dışta longitudinal, ortada sirküler ve içte longitudinal olmak üzere üç tabaka halinde birçok yöne dağılır. Detrusör düz kasları mesane boynuna doğru internal sfinkteri oluştururlar (26).

Trigonun üst iki köşesine üreter orifisleri açılır. Miksiyon esnasında trigonun kasılması ile proksimal üretra ve mesane boynu açılıp huni şekline sokulurken aynı zamanda üreter orifisleri aşağı doğru çekilerek intramural üreterin boyu uzatılarak vesikoüreteral reflü engellenmektedir (29).

Mesane boynu tanımı hem anatomik hem de fonksiyonel olarak önemlidir. Mesane tabanında üretral lümenin trigon ve üretral meatusu çevreleyen kalınlaşmış detrusör kasının içinden geçtiği bölgeyi tanımlar (30).

İnternal vesikal orifis yakınında, mesane boynunda gerçek bir sfinkter yoktur. Detrusörün spiral ve sirküler lifleri mesane boynuna yapışarak sonlanır ve burada ön tarafta daha belirgin olan bir kabartı meydana getirir. Miksiyon esnasında detrusor kontraksiyonuyla mesane boynunun açılmasına yardımcı olur (31). İşemenin başlangıcında mesane boynu ve üretra aşağı doğru yer değiştirdiğinde, mesane boynu

pozisyonundaki değişiklik pubovesikal ligamentlerin mesane boynunu anteriora doğru çekmesini ve böylece de açılmasını sağlar (32).

Beslenmesini Arteria İliaca İnterna'nın dalları olan A.Vesica İnferior ve Superiordan alır. Venleri ise plexus halinde vena iliaca internaya dökülürler. Lenfatikleri ise iliak ve paraaortik lenf nodlarına drene olur. Sinirlerinden parasempatikler S2-S4 den, sempatikler ise L.1.2.3 den gelirler (33).

2.1.2. Üretra

Üretra istemsiz olarak çalışan düz kas liflerinden oluşmuş içte longitudinal ve dışta sirküler seyir gösteren iki kas tabakasından oluşmuştur (34). Kadınlarda üretra mesane boynundan başlar ve symphysis pubica'nın arkasından dolanarak vulva'ya kadar uzanan ve burada son bulan genellikle 3-4 cm bazen 8-9 cm kadar uzanan bir borudur. Kadın üretrası 3 bölümden oluşmaktadır. Bunlar pelvik, membranöz ve perinealdır. Erişkin erkek üretrası ise, serviks vesica ile glans penis üzerindeki ostium üretra eksternum arasında seyrederek ve yaklaşık 20 cm uzunluğundadır. Arkada kısa, prostatik ve membranöz üretra ile önde, penil ve bulbar üretra olmak üzere dört kısımdan oluşur. Spongiyöz kısımda seyreden ön üretra, bazen spongiyöz üretra ismini alır (35).

Kontinans iki faktöre bağlıdır: Normal alt üriner sistem desteği ve normal sfinkter fonksiyonu. Sfinkter mekanizması iki kısımda incelenebilir: İnternal ve external sfinkter (36).

Üretranın sfinkterik aktivitesi 3 doku elemanından kaynaklanır; Düz kas, çizgili kas ve vasküler elemanlar. Her biri üretranın istirahat kapanma basıncının yaklaşık üçte birini oluşturur (37).

İnternal sfinkter mesane boynunda üretral lumenin proximal kısmı yanındadır. U şeklindeki detrusor kas halkası mesane boynunun anterior kısmını sarar ve mesane boynu kapanmasını sağlar. Geri kalan detrüsörden farklı hareket etmesi lokalize alfa adrenerjik inervasyona bağlıdır. Bu tabaka ile üretral lumen arasında düz kas ve elastinden oluşan bir halka yani trigon bulunur ki mesane boynunun bu kısmının kapanmasında rol oynar (38).

Eksternal üretral sfinkter çizgili kas liflerinden oluşur. Üretrayı orta kısmından çevreler. Eksternal üretral sfinkter kontinansın sağlanmasında ve istemli işemede fonksiyon gösterir. Distal kısmında, pubik kemiğin arkusunun altında lifleri

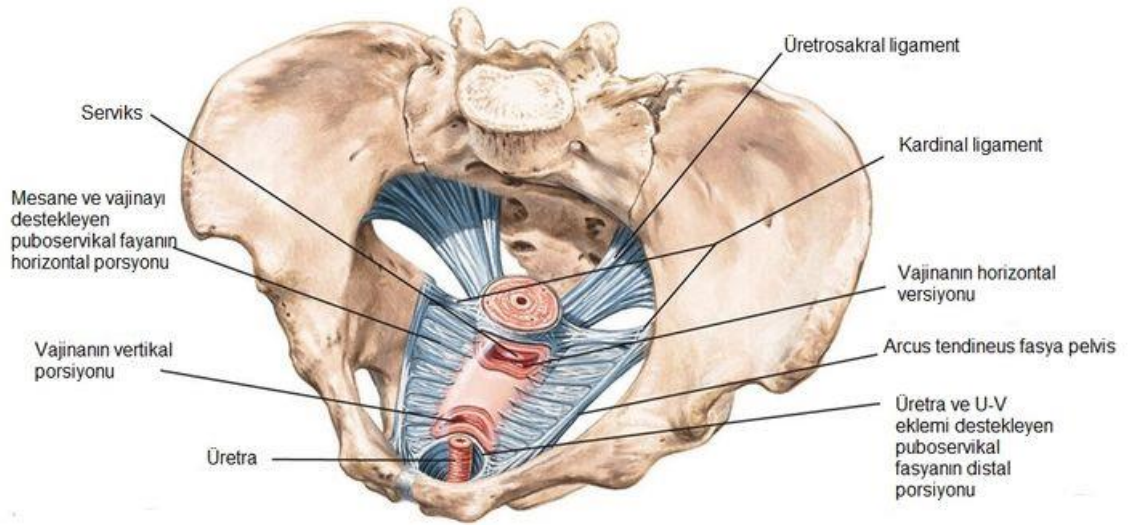
vajina ve perineal membran ile kaynaşır (kompresör üretra ve vajinal sfinkter kasları). Bu kaslar gerektiğinde üretral basıncı artırmakla görevlidirler ve üretranın istirahat tonusunun üçte birinden sorumludurlar. Çoğunlukla yavaş tetikli olan lifleri sürekli aktif ve yorgunluğa dirençlidirler (39).

2.1.3. Pelvik Taban

Kemik, bağ doku ve kas komponentlerinden meydana gelen, karın içi organlara destek oluşturan, üriner ve anal kontinansın, cinsel fonksiyonun devamını sağlayan dinamik bir yapıdır (40). Pelvik tabana karşıdan bakıldığında önde simfizis pubis, arkada sakrum ve yanlarda iskiadik spinaların sınırladığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Bu eşkenar dörtgenin ortasından geçen bir çizgi ile pelvik tabanı ön ve arka segmentlere ayırmaktadır (41). Pelvis; koksis, sakrum ve koksa kemiklerinden oluşur. Ayrıca pelviste dört ligament vardır.

2.1.3.1. Pelvik Ligamentler:

Belli başlı pelvik ligamentler şunlardır (Şekil 2).



Şekil 2. Pelvis ligamentleri

2.1.3.1.1. Puboüretral Ligamentler :

Inferior pubisin iç yüzünü üretranın orta bölümüne bağlayan levator fasiyasının yoğunlaşmış şeklidir. Üretra ve ön vajinal duvarın bununla ilişkili olan

kısmını stabilize eder ve destek görevi görür. Üretrayı iki bölüme ayırır. Pasif veya involonter kontinansdan sorumlu olan intraabdominal bölgede yer alan proximal üretra ve abdomen dışında yer alan distal üretra (29).

2.1.3.1.2. Üreteropelvik Ligamentler

Levator fasiyasının yoğunlaşmasıyla iki tabakadan oluşur. İlk tabakayı periüretral fasiya, ikinci tabakayı ise uretranın abdominal kısmını kaplayan levator fasiyası oluşturur. Periüretral ve levator fasiyasının yanlara doğru olan bu bağlantısı mesane boynu ve proksimal üretraya kritik bir muskulofasiyel destek görevi görür. Bu nedenle bu yapılar intraabdominal basınç artışında pasif kontinansın sağlanmasında önemlidir (27).

2.1.3.1.3. Puboservikal Fasiya:

Mesane tabanında ön vajinal duvarın derin kısmında puboservikal fasiya uzanmaktadır. Mesane duvarı ile vajina ön duvarı fasiyalarının birleşmesinden oluşmuştur. Puboservikal fasiyanın pelvik duvara bağlandığı bölgede mesaneye olan desteğinin zayıflaması lateral sistosel defektine neden olur. Kardinal uterosakral bağ kompleksi ön tarafta puboservikal fasiyanın orta kısmı ile birleşir. Bu orta hatta oluşabilecek bir defektten mesanenin herniasyonu santral sistosele neden olur (27).

2.1.3.1.4. Kardinal Sakrouterin Bağ Kompleksi:

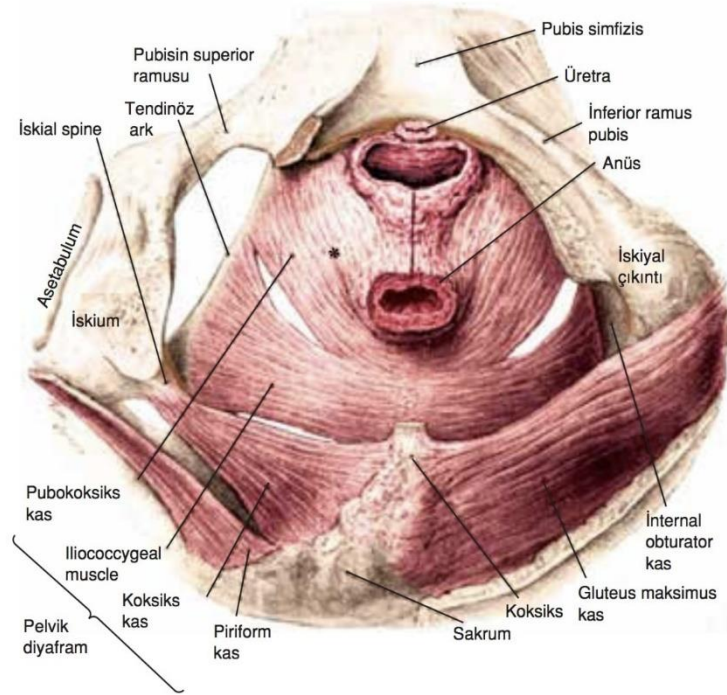
Uterusun her iki yan tarafında isthmus ve serviks hizasından başlayarak pelvis yan duvarlarına uzanan pelvik fasiyanın yoğunlaşması ile oluşan bir bağdır. Uterus ve vajina apeksine destek görevi gören en önemli bağdır (27).

2.1.3.1.5. Rektovajinal Septum:

Vajina ile rektum ön yüzü arasında yer alan Douglas boşluğu aşağıya doğru rektovajinal septum adı ile bilinen fasiyal bir uzantı şeklinde devam eder. Proksimalde kardinal sakrouterin bağ kompleksiyle birleşerek vajina arka apeksine destek sağlarlar (27).

2.1.3.2. Pelvik Diyafram

Levator ani kası ve koksigeus kasından meydana gelmektedir ve pelvik organlara aktif destek sağlamaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Pelvik diyafram

2.1.3.2.1. M. Koksigeus;

Spina ischiadika ile sakrokoksigeal bölge arasında uzanır. Origo ve insersiosu hareketsizdir. Fonksiyonu arka pelvik segmente destek sağlamaktır (39,42). Koksigeus kası levator ani kasının bir parçası değildir, orijini ve fonksiyonu farklıdır; sakral 3. ve 4. sinirler tarafından innerve edilir.

2.1.3.2.2.M. Levator Ani;

Pelvis içinde yer alan fasya ve ligamentlerin sürekli olan abdominal basınç karşısında esnemelerini engelleyen faktör, pelvik taban kaslarının sürekli tonik kontraksiyonu ile pelvik tabanı kapatması ve pelvik organların ağırlığını taşıması yoluyla bağ dokusunun gerilmesini engellemesidir (43). Pelvik organ desteğinde en önemli role sahip olan kas m.levator anidir. Ürogenital açıklık kalacak şekilde pelvis tabanını hamak gibi saran, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi boydan boya geçen bir diaframdır. Levator ani kasları fasiyal tabakanın altında yer alır. Üst ve alt kısımlarını örten fasiyal tabakalara levator aninin superior ve inferior fasiyası adı verilir. Bu kas ve fasya tabakalarına da bir bütün olarak pelvik diyafram denir.

Levator ani kasları arasında bulunan ve üretra, vagina ve rektumun geçtiği (ve prolapsusların da olduğu) boşluğa ürogenital hiatus adı verilir. Ürogenital hiatus önde pubik kemikler ve levator ani kasları, arkada ise perineal cisim ve eksternal anal sfinkter ile desteklenir. Levator ani kasının normal baz aktivitesi ürogenital hiatusu kapalı tutarak üretra, vagina ve rektumu komprese eder ve pelvik taban ile organları sefalik yöne doğru çeker. Fonksiyonu intrabdominal basıncı mesane ve üretraya eşit olarak yansıtmak ve böylelikle istemli ve istemsiz idrar kaçırılmasına engel olmaktadır (26,39). Levator ani üç bölümden oluşmaktadır: Pubokoksigeus, pubovisseralis ve ileokoksigeus. Levator ani kasının innervasyonu esasen sakral 2., 3. ve 4. sinirler tarafından pudendal sinir aracılığıyla sağlanır.

a) M. Pubokoksigeus;

Kalın bir kas olup pubis kemiğinin iç kısmından başlayarak vagina ve rektumun yan duvarlarına bağlanır. Anüs içinde internal ve eksternal sfinkterler arasında sonlanır. Fonksiyonu horizontal planda rektum, vagina ve üretrayı desteklemek ve mesaneye destek sağlamaktır. Bu kasın kontraksiyonu ile fekal ve üriner kontrol sağlanır (26).

b) M. Pubovisseralis;

Ürogenital hiatus etrafında U şeklinde bir sling oluşturur. Pubovisseralis kas grubu puborektalis olarak da adlandırılmıştır. Puborektalis bu slingin ana kasıdır ve anorektum etrafından anokoksigeal ligamente uzanır. Puboanalıs, medialde yerleşir ve anal sfinkterin longitudinal kas tabakası ile ilişkilidir. Pubovajinal kas, vajina boyunca perineal cisme uzanan kastır ve lateral vajinal duvara tutunur. Pubovisseralis, rektuma direkt destek sağlarken vajina, mesane ve üretraya indirekt destek sağlar ve aynı zamanda direkt vajinal duvara tutunarak anterior vajinal duvar ve mesane boyunun kaldırılmasını sağlar. Kasın kontraksiyonu ürogenital hiatusu kaldırır ve kapatır (26).

c) M. İleokoksigeus;

M.Pubokoksigeus'a göre daha ince ve kas yaprağı şeklindedir. Pelvik yan duvar ve arkus tendineus fasiya pelvisin arka kısmında M.Obturator İnternus'un iç yüzeyi üzerindeki membrandan başlar, alt sakral vertebra ve koksiksin lateral kenarı boyunca uzanır ve sakrokoksigeal bölgede sonlanır (26).

2.1.3.3. Pelvik Sinirler

Pelvik taban kasları inervasyonu sakral 2-4 ventral köklerden sağlanan pudendal sinir yolu ile olmaktadır. Sakral 3-4 motor sinir köklerinden levator ani kasının kraniyal yüzünün direkt olarak innerve olduğu da tanımlanmıştır. Alt üriner sistem lokal innervasyonu temel olarak parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi ile periferik somatik motor ve duyu sistemleri ile olmaktadır (44).

Pelvik tabanın kendisini idame edip yaşamsal fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için kemiklerin, kasların, bağ ve sinirlerin birbiriyle uyum içinde çalışması gerekmektedir. Eğer ki bu sistemlerden bir tanesi bile çalışmasını durdurması halinde bu durum bütün fonksiyonların bozulmasına neden olacaktır. Pelvik taban vücutta işeme ve dışkılamadan sorumlu organımızdır ve aynı zamanda bunların kontrollerinden de sorumludur. Pelvik taban gerekli şartlar altında çalışmadığında vücut fonksiyonlarını gerçekleştiremez ise hastanın uygun olmayan yerlerde üriner ve fekal inkontinansına sebep olur.

Pelvik taban kaslarının zayıflığı pelvik organ prolapsusu, Üİ ve fekal inkontinans oluşumuna büyük oranda katkı yapar. Kas fonksiyonlarının dinamik olarak uygun değerlendirmesi başlangıç için kritik öneme sahiptir (45). Pelvik taban kaslarının değerlendirilmesi vajinal yoldan perinometri ve vajinal dijital palpasyon ile yapılır. Hekim vajinal muayene esnasında sağ ve sol levator kaslarını palpe eder, kas kitlesini ve simetrisini araştırır. Birçok kadında pelvik taban kaslarında asimetri mevcuttur, bu durum kas gücünde dengesizlikle sonuçlanır. Genel olarak dijital muayenede pelvik taban kas gücü ve dayanıklılığı incelenir (46). Pelvik taban kasları pelvik taban bozukluklarının oluşumunda önemli rol oynar. Pelvik taban kas gücü ölçümünde perinometri, dijital vajinal palpasyon, vajinal konlar ve elektromyografi gibi farklı yöntemler kullanılmaktadır (47). Pelvik taban kas gücü ölçümünde en yaygın kullanılan yöntemler perinometri ve dijital vajinal palpasyon yöntemleridir

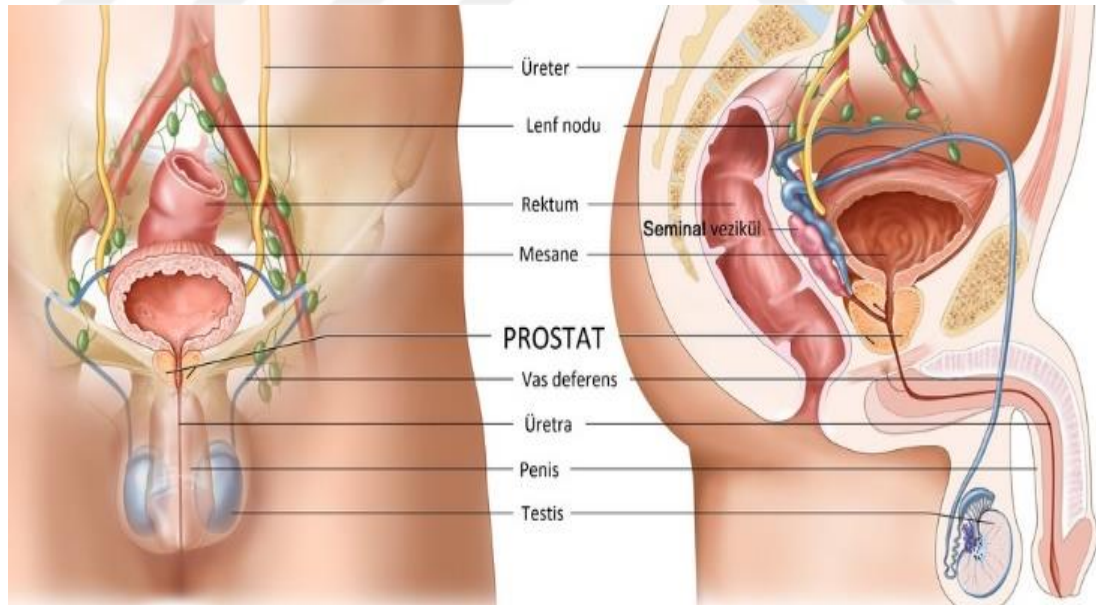
(48,49). Pelvik taban kas gücü dijital muayene ve perinometri ölçümleri ile güvenilir olarak yapılabilir.

Dengeli beslenme vücuttaki oksidatif stresi azaltacağı için bütün dokularda olduğu gibi pelvik taban desteğini oluşturan yapılarda da yıpranmayı azaltacaktır. Özellikle B3, B6 ve D vitaminleri, aminoasit metabolizması ve sinir liflerindeki iletimin düzenlenmesinde etkin rol oynamaktadırlar (50).

2.1.4. Prostat

Erkeklerde bu yapılara ek olarak prostat da alt üriner sisteme eklenmektedir. Prostat, mesanenin hemen altına yerleşmiş, erkek genital sisteminin en büyük bezidir. Büyüklüğü kişiden kişiye değişmekle birlikte, yaklaşık 4 cm genişliğinde, 3 cm yüksekliğinde ve 2 cm kalınlığında, ortalama 20 gr ağırlığında olan prostat, kabaca kestaneye benzer bir yapıdadır. Prostat, tabanı mesaneye komşu olmakla beraber apikal kısmı membranöz üretra ile birleşen piramit şeklinde bir organdır (51,52).

Pelvis boşluğunda yer alan prostat bezi, mesanenin aşağısında, symphysis pubica'nın arka kısmında ve rectum'un ön tarafında bulunur (Şekil 4) (51).



Şekil 4. Prostat ve komşulukları

2.2. Alt Üriner Sistem Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistem lokal innervasyonu temel olarak parasempatik ve sempatik otonom sinir sistemi ile periferik somatik motor ve duyu sistemleriyle (42). Alt üriner sistemin belli başlı 2 görevi bulunmaktadır. Bunlardan ilki böbreklerde üretilen idrarın mesanede birikmesini sağlamak diğeri ise üretra yolu ile zamanında vücuttan atılmasını sağlamaktır. Otonom sinir sisteminin sempatik lifleri idrar depolanmasını, parasempatik lifleri idrar boşaltımını, somatik sinir sistemi ise eksternal üretral sfinkter ve pelvik tabanın çizgili kaslarını kontrol eder (53,54).

2.2.1. Merkezi Sinir Sistemi

Beyin ve Medulla Spinalis olarak iki bölümde inceleyebiliriz.

2.2.1.1. Serebral Korteks

Superior frontal lob ve parasantral lobül mesane fonksiyonlarında görev alır. Bu bölgeler detrusor kas üzerinde inhibitör etki gösterir.

2.2.1.2. Serebellum

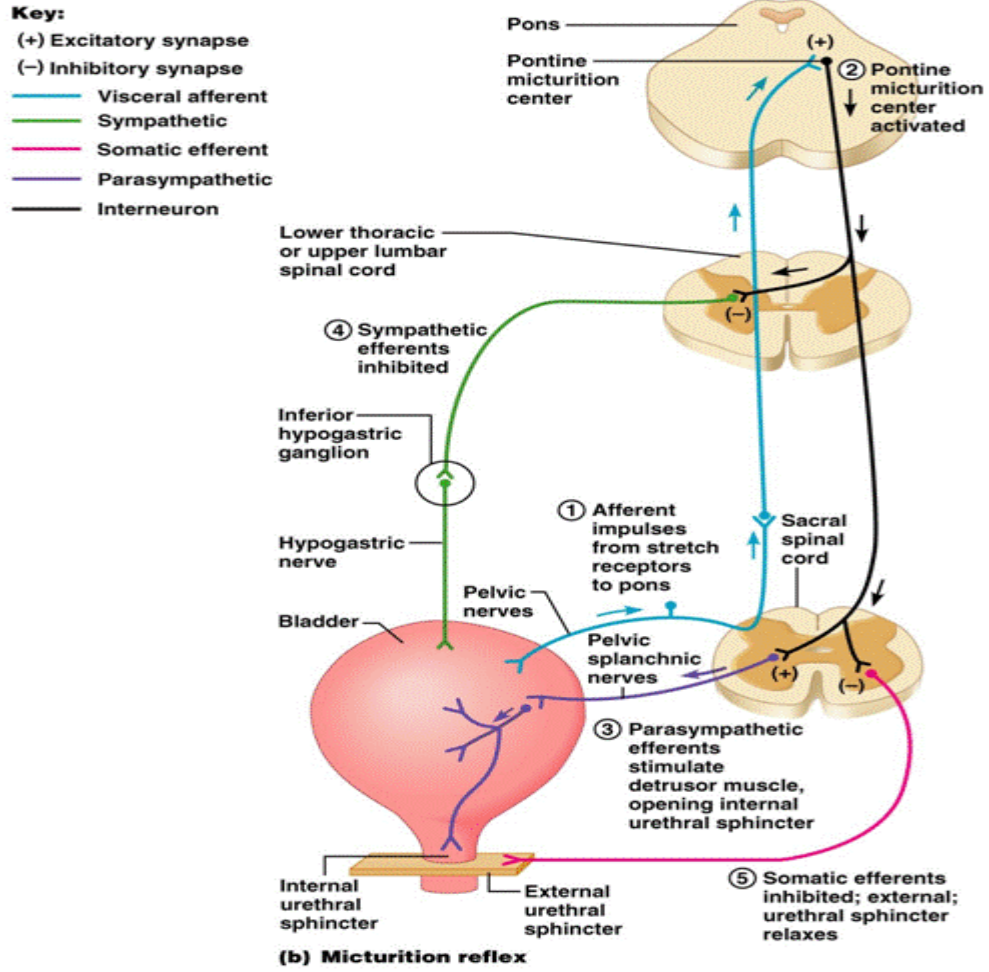
Merkezi sinir sisteminin diğer bölgelerinden gelen uyarılara modulator etki yapar. Mesane ve pelvik tabandan gelen uyarıları alır. Buradan çıkan efferent impulslar pelvik taban tonusunun sürdürülmesinde, detrusör ve ürogenital sfinkterin koordinasyonunda önemlidir (55,56,57).

2.2.1.3. Pons (Beyin Sapı)

Ön bölgesinde pontin işeme merkezi olarak adlandırılan bölge mesaneye giden impulsların çıkış bölgesidir. Pons işlemeyi uyarıcı etkiye sahiptir. Zarar görmesi kalıcı idrar zorlularına neden olur (Şekil 5) (55,56,57).

2.2.1.4. Medulla Spinalis

Spinal kord, normal mesane fonksiyonlarında temel oluşturur. Mesane ile beyin arasında iletişimi sağlar. Spinal sinirler, periferik sinir sistemindeki afferent ve efferent liflerle temas eden parçalara sahiptir. Spinal işeme merkezi, S2-4 segmentinde bulunur. Mesanenin motor innervasyonu bu bölgeden yapılır. Pelvis, periüretral ve anal sfinkter çizgili kasların motor innervasyonu da bu bölgeden olmaktadır (Şekil 5) (56,58).



Şekil 5. Mesanenin nöral kontrol mekanizması

2.2.2. Periferik Sinir Sistemi

Bu sistem alt üriner sistem açısından değerlendirildiğinde; otonom sinir sistemi ve somatik refleks yoldan oluşur.

2.2.2.1. Otonom Sinir Sistemi

Birbirine karşıt fonksiyon gösteren sempatik ve parasempatik bölümlerden oluşur (56).

2.2.2.1.1. Sempatik Sinir Sistemi

Sempatik sinir lifleri T10-L2 segmentlerindeki gri cevherin intermediolateral kolonundaki hücrelerinden orijin alır. Spinal korda yakın olarak yerleşmiş lomber paravertebral sempatik ganglionda sinaps yaptıktan sonra hipogastrik sinir yoluyla mesane ve üretradaki reseptörlerle sinaps yapar. Sempatik sinir sisteme ait

nörotransmitter (noradrenalin), alfa ve beta olmak üzere iki tip reseptör üzerine etki eder. Alfa adrenarjik reseptörleri, üretra ve mesane tabanı düz kaslarında kontraksiyon yapar. Mesanenin dolumu sağlanır. Beta adrenarjik reseptörler ise mesanenin dolumu sırasında detrusör kasında relaksasyona neden olur. Mesane beta adrenarjik, üretra ise alfa adrenarjik organdır (56,59).

2.2.2.1.2. Parasempatik Sinir Sistemi

Mesaneye gelen parasempatik sinir lifleri S2-3-4 segmentlerindeki kolumna intermediomedialisten çıkar ve pelvik sinir ile mesaneye gelir, mesane duvarında sinaps yapar. Buradan çıkan postganglionik lifler detrusor kasına ulaşır. Parasempatik sistem mesanenin motor kontrolünü (kontraksiyon ve boşalma) sağlar. Parasempatik sinirlerin stimülasyonu ile sinir uçlarından asetil kolin salgılanır ve mesanedeki kolinerjik reseptörler uyarılır. Bu uyarılma ile detrusor kas kasılır, internal sfinkter gevşer ve mesanenin boşaltım fonksiyonu gerçekleşir. İnternal sfinkterin gevşemesi parasempatik stimülasyonun norepinefrin salınımını inhibe etmesiyle oluşur (56,59,60).

2.2.2.2. Somatik Sinir Sistemi

Eksternal sfinkter ve pelvik taban kaslarının bir kısmı sakral spinal segmentlerden çoğu nervus pudendalis yoluyla gelen somatik sinir lifleri ile inerve olur. Somatik uyarı, üretra çevresindeki çizgili kaslar dahil pelvik taban kaslarında tonusu korumaya çalışır.

2.2.3. İdrar Yapma ve Kontinans Mekanizması

Üriner kontinans, istemli bir şekilde mesanenin boşaltıldığı dönemler arasında mesanede toplanan idrarı tutabilme yeteneğine verilen addır. Üriner kontinansın sağlanabilmesi için, intraüretral basıncın işeme dışındaki bütün zamanlarda intravezikal basınçtan yüksek olması gerekir. Mesanenin fizyolojik dolma fazında, mesane hacmindeki büyük artışlara rağmen intravezikal basınçta çok az artma olmaktadır. Normal üriner kontinans mekanizmasında, santral ve periferik sinir sistemi kontrolü, mesane duvarı, detrusor kas ve bağ doku gibi anatomik yapıların normal olması gerekir. Birçok nöral refleksin etkileşmesine bağlı kompleks süreçte bu yapıların herhangi birindeki disfonksiyon, alt üriner sistem fonksiyonları olan depolama ve boşaltım aşamasında aksamalara neden olur (60).

Yukarıda da görüldüğü gibi üriner kontinans mekanizması iki aşamalı bir süreçtir.

2.2.3.1. Mesane Dolum ve İşeme Mekanizmaları

2.2.3.1.1. Dolum Fazı

Normal bir erişkinde mesane hacmi 400-500 ml aralığındadır. Mesanenin dolum fazı sırasında mesane içindeki idrar volümü artarken mesane içi basınçtaki artış minimal ya da sıfırdır. Bu duruma mesane duvarında bulunan düz kaslar ve bağ dokusunun pasif viskoelastik yapısı neden olur ve buna akomodasyon adı verilir. Dolum sırasında mesane duvarındaki kas demetleri reorganizasyona uğrar ve kas hücrelerinin uzunlukları normalin dört katına kadar çıkabilir.

Dolum fazında üriner kontinansın sağlanabilmesi için sürekli olarak üretra içi basınç (ÜİB), mesane içi basınçtan (MİB) yüksek olmak zorundadır. Bu sayede ÜİB'den MİB'nin çıkarılmasıyla elde edilen üretral kapanma basıncı (ÜKB) pozitif değerlerde tutulur.

Pelvik taban anatomisi ve idrar kaçırma konusunda yapılan çalışmalar, karın içi basıncın artmasına neden olan stres durumlarında üriner kontinansın devamı için mesane boynu ve proksimal üretranın retropubik pozisyonda olması gerektiğini gösterir. Bunun için ürogenital diaframın anatomik sağlamlığının yanında stres anında kasılıp bu diyaframı gererek mesane boynu ile proksimal üretrayı eleve eden levator ani kasının da fonksiyonel olması gerekir. Üriner kontinansın sağlanmasında üretra ve periüretral dokuların innervasyonu da önemlidir. Mesanenin dolması ile mesane boynu ve üretradaki düz kas tabakasında bulunan β adrenerjik reseptörlerin uyarısı ile periferik akış rezistansı artar. Aynı zamanda efferent pudental sinirin aktivasyonu ile pelvik diyafram ve ürogenital sfinkterin, istemli ve refleks stimülasyonla kontrakte olması sağlanır. Normal bir mesanede idrarın ilk hissedilmeye başlandığı volüm 150-200 ml civarındadır. Mesane doluluğu küçük miyelini A δ lifleri tarafından lumbosakral merkezlere, oradan da ponsa iletilir. Pons serebral korteksle ilişkili olarak tam kapasiteye ulaşana kadar miksiyonu istemli olarak inhibe edebilir veya başlatabilir (61).

2.2.3.1.2. İşeme Fazı

Mesane hacmi idrar uyaran eşik değeri geçince periferik asetilkolin etkisi ile boşaltma evresi başlar (62). Mesane içinde 300-400 ml idrar biriktiğinde intravezikal basınç artmıştır. Bu durum idrar yapma hissini uyarır ve işeme başlatılır. Öncelikle pelvik taban ve üretra çizgili kaslar gevşer, üretral basınç azaltılır. Sonra detrüsör kas kontrakte olur ve MİB artar. Detrüsör ile birlikte üretral düz kaslar da kontrakte olur ve üretranın genişlemesi sağlanır. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı iner ve idrar akışı kolaylaşır. Mesane üretra aksına doğru eğilir, üretravezikal açısı düzleşir ve idrar akışı başlar.

İşeme fazı sonlandığında pelvik taban ve üretral çizgili kaslar kontrakte olur. Mesane boynu simfisiz pubise doğru yükselir. Üretral basınç artar. Refleks olarak β adrenerjik sempatik reseptörler detrüsör kasını gevşetir. Siklus yeniden başa döner. Spinal işeme merkezinin istemsiz inhibisyonu ile depolama fazı yeniden başlar (55,56).

2.3. Üriner İnkontinansın Tanımı ve Sınıflandırılması

Üriner inkontinans tanımı son 10 yılı aşan sürede oldukça değişkenlik göstermiştir. 1979 yılında Bates ve ark.nın yaptığı Uluslararası kontinans derneği (ICS) tanımlamasında üriner inkontinans, sosyal ya da hijyenik bir probleme neden olan ve objektif olarak gösterilebilen, idrarın istemsiz olarak dışarı atılması olarak tanımlanmaktaydı (63). Bugün ise ICS, üriner inkontinansı her türlü idrar tutamama şikayeti olarak tanımlar. Aynı zamanda inkontinans tarif edilirken tür, şiddet, predispozan faktörler, sosyal etki, hijyen ve yaşam kalitesine olan etki, kişisel inkontinans tecrübesi destek gerektirse ya da gerektirmese de kaçacağı ölçmek için kullanılan ölçümleri de içeren ilgili faktörlerin de tanımlanlanması önerilir (64). Basit bir yaklaşımla üriner inkontinans tipleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

2.3.1. Gerçek Stres İnkontinans:

Stres inkontinansında semptom, hastanın öksürme, aksırma, örneğin spor aktivitesi ve ani pozisyon değişikliği gibi fiziksel çaba sırasında istemsiz idrar kaçırmasından şikayet etmesidir. Bulgu, öksürme, aksırma veya fiziksel aktiviteyle birlikte üretradan senkronize idrar kaybıdır (65).

Pelvik taban kaslarının zayıflığı ile ortaya çıkan mesane çıkışı ve üretranın hipermobilitesi en sık görülen faktördür. İkinci sıradaki faktör ise intrinsek sfinkter yetmezliği olup, sürekli değildir ve karın içi basıncının normale dönmesiyle idrar kaçırma olayı düzelmektedir. Östrojen eksikliği, geçirilmiş pelvik ameliyatlar ve sık vajinal doğum sfinkteri zayıflatarak stres Üİ'ye neden olan faktörlerdendir (66). Genellikle idrar kaçırma durumu koşma veya ağırlık kaldırma gibi öngörülebilir durumlarda ortaya çıkmakta ve az miktarda olmaktadır. Mesane boşken ve hareket etmedikleri zaman hastaların şikâyetleri gerilediğinden sık idrara çıkarak mesaneyi boş tutamaya çalışmaktadırlar (67). Genç hastalarda en sık görülen inkontinans tipidir. Yaşlı hastalarda 2. sıklıktadır. Erkeklerde sık görülmeyip daha çok transüretal ya da radikal prostatektomi sonrası görülebilir (68).

2.3.2. Urge (Sıkışma) Tip İnkontinans:

İleri yaş kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen üriner inkontinans tipidir. ICS; sıkışma tipi idrar kaçırma, sıkışma hissinden hemen önce veya sıkışma hissi ile birlikte oluşan idrar kaybı olarak tanımlamıştır (69). ICS tarafından kullanılan iki terim detrüsör overaktivitesi ve detrüsör hiperrefleksisidir. Sıkışma tipi idrar kaçırma, sistometrinin dolma fazında hastanın inhibe etmek istemesine karşın spontan veya provokasyonla kontraksiyonlar gösteren mesane ya da detrüsör instabilitesi olarak adlandırılır. MİB, ÜİB'den yüksek olduğu zaman ise kaçırma gelişir (70,71). Detrüsör instabilitesi olan hastalarda en sık karşılaşılan yakınmalar %78 oranında pollaküri, % 78 oranında sıkışma, %72 oranında nokturi, %71 oranında sıkışma tipi idrar kaçırma ve %64 oranında mesaneyi tam boşaltamama hissidir (72,73).

İlerleyen yaşla birlikte artan alt üriner sistem enfeksiyonlarına paralel olarak görülme sıklığı artmaktadır. Diğer tiplere göre tıbbi tedaviye daha iyi yanıt verir (66). Daha çok yaşlılarda görülür. Prostat, mesane, uterus ve servikse pelvik radyasyon öyküsü, diyabet, Parkinson hastalığı, inme, yüksek kafein alımı, abartılı sıvı alımı ve sıvı çıkarılması (diüretik kullanımı, konjestif kalp yetmezliği) ve fekaloidler etkili risk faktörleri olarak bildirilmektedir (67). Hastalar bu durumu tuvalete yetişememe olarak tanımlayıp öngörülemediğinden ve yüksek miktarda kaçırma olabildiğinden çok rahatsızlık duyarlar. Sık idrara çıkma, sıkışma ve nokturi gibi diğer alt üriner sistem semptomları eşlik edebilmektedir (74).

2.3.3.Mix inkontinans

Stres ve urge inkontinans veya urge ve fonksiyonel inkontinans belirtilerinin birlikte görüldüğü inkontinans tipidir. Stres ve urge inkontinansın belirtileri sfinkter, mesane, nöromüsküler ve zihinsel olabilir. Üİ'li hastaların en azından 1/3'i miks inkontinanslıdır. Bu miks inkontinansda detrusor sensori motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyon bozukluğu görülür. Hem stres hem de urge inkontinansın bileşenlerinin nedenleri miks inkontinansın da nedenleri olarak düşünülebilir. Üriner inkontinansın farklı derecelerindeki birçok hastada stres, urge ve miks inkontinansın belirtileri görülür (75).

2.3.4. Fonksiyonel Üriner İnkontinans:

Fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi tıbbi olarak iyileşebilir durumlar nedeniyle geçici olarak ortaya çıkan, alt üriner sistem dışındaki faktörler nedeniyle oluşan idrar kaybıdır. Deliryum gibi akut konfüzyonlar, enfeksiyon, atrofik, üretrit ve vajinit, farmakolojik ajanlar, diyabet, hiperkalsemi veya aşırı sıvı alımına bağlı aşırı idrar yapma, artrit veya yürüme zorluğu nedeniyle hareket sınırlılığı olması ve konstipasyon fonksiyonel Üİ'ye neden olmaktadır. Yaşlılarda mutlaka kontrol edilmesi gereken ve tedavi edildiğinde tekrar kontinant olunabilen bir Üİ tipidir (76,77).

2.3.5. Overflow Üriner İnkontinans:

Mesanenin aşırı gerilmesiyle birlikte oluşan istemsiz idrar kaybıdır. Detrusör kasında kasılma olmazken üretra overaktiftir. Özellikle diabetes mellitus, MS gibi nörolojik bozukluk yapan hastalıklarda, mesanenin gevşemesini engelleyen (radyoterapi gibi) durumlarda veya sistosel gibi boşaltımı sınırlayan durumlarda görülür. Hastada, sıkışma hissi olmaksızın sık sık ya da sürekli damlamalar şeklinde idrar kaçırma vardır (78,79).

2.3.6. Refleks (total-devamlı) Üriner İnkontinans:

Herhangi bir uyarı ya da duyuşsal faktör olmaksızın meydana gelen sürekli istemsiz idrar kaybıdır. Refleks Üİ beyin tümörü, spinal kord yaralanmaları veya sinir sistemi ile üriner sistem arasındaki nörolojik iletiyi bozan cerrahi girişimler ve overflow Üİ sonucu oluşabilir. Post miksiyonel ya da sürekli damla damla idrar kaçırma yakınmaları görülür (76,79).

Üriner inkontinans sorunuyla ilgili olarak frequency, urgency, noktüri ve overaktif mesane gibi terimler de sık kullanılmaktadır. Frequency: Çok sık idrara çıkma olarak tanımlanır. 24 saatte sekiz kezden daha fazla sayıda idrara çıkma durumudur. Uluslararası kontinans derneği frequency terimini kişinin yakınmasına neden olacak kadar sık idrara çıkması olarak tanımlamaktadır. Bu terim pollaküri olarak da bilinir (80). Urgency: Ani ve aşırı idrar yapma hissi ya da idrara sıkışma olarak tanımlanır. Erteleyememe durumu söz konusudur. Ağrı ya da ıslanma korkusuyla ani ve güçlü bir şekilde mesaneyi boşaltma isteği söz konusudur (80). Noktüri: Geceleri idrara çıkmak için bir kezden fazla uyanma durumudur. Uykusuzluk nedeniyle geceleri tuvalete gitme noktüri değildir (81). Overaktif Mesane (Overactive Bladder – OAB): Aşırı aktif mesane anlamına gelen ‘overaktif mesane’ kavramı çoğunlukla iritatif mesane dolumu ve boşalmasını belirtmektedir. Aşırı aktif mesane; urge inkontinans olsun ya da olmasın frequency, urgency belirtilerini içeren tıbbi bir durumdur. Overaktif mesanesi olan kadınlarda çoğunlukla inkontinans yakınması görülmezken, sadece frequency ve urgency belirtileri kadınların yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkilemektedir.

2.4. Risk Faktörleri

Üriner inkontinans hakkında literatürde çok sayıda veri olmasına rağmen farklı etyolojik faktörlerin önemi ve bunların etkileri halen net olarak anlaşılamamıştır. Üriner inkontinans konusunda kabul görmüş, başlıca risk faktörleri yaş, obezite, gebelik ve doğum şeklidir. Bunların dışında menopoza, histerektomi, sosyal alışkanlıklar gibi birçok faktör ise halen tartışılan konuların başında gelmektedir (82).

- 1- Yaş ve cinsiyet
- 2- Doğum travması
- 3- Östrojen yetersizliği
- 4- Irk
- 5- Obezite ve kronik konstipasyon
- 6- Bağı dokusu
- 7- Sigara kullanımı
- 8- Geçirilmiş pelvik cerrahi
- 9- Genital prolapsus

- 10- Radyoterapi
- 11- Üriner sistem enfeksiyonu
- 12- Abdominal Tümör
- 13- Nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları
- 14- İlaçlar

2.4.1. Yaş ve cinsiyet

Yaşla beraber mesane kontraktilitesi, mesane kapasitesi, işemeyi geciktirme becerisi azalır. Nörolojik, ürolojik, renal problemler, azalmış mobilite, ilaç kullanımı, diyabet ve üriner enfeksiyon gibi durumlar üriner inkontinans gelişimine zemin hazırlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte fonksiyonel üretral basınç azalır. Kadınlarda östrojenin azalmasıyla, vajinal atrofi, güçsüzleşmiş periüretral ve pelvik kaslar nedeniyle üretral direnç azalır. Bunun yanında, üretral uzunluk ve kapanış basıncı, çizgili sfinkter kas hücreleri azalır. Pek çok erkekte prostat genişler. Erkeklerde prostat büyümesiyle ilişkili olarak üretral direnç artar, idrar akım hızı azalır, idrar retansiyonuna yatkınlık gelişir (83).

Yaşlanan hastalarda inkontinans ile birlikte artmış idrar yapma sayısı, noktüri ve urgency görülebilir; bunlar da santral sinir sisteminin alt üriner sistem üzerindeki kontrol mekanizmalarındaki yaşlanmaya bağlı değişikliklere işaret etmektedir (84).

Üriner inkontinans kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir . Kadınlarda urge inkontinans prevalansı düşük iken, stres ve mix tip inkontinans prevalansı yüksektir. Erkeklerde nörolojik hastalık, travma ve prostat olmadığı sürece stres tipi inkontinans nadir görülmektedir. Erkeklerde üriner inkontinans yaşla birlikte artar ve kadınlara göre daha istikrarlı yükseliş gösterir (85).

2.4.2. Irk

İrkin üriner inkontinans üzerine etkisini araştıran çalışma sınırlı sayıdadır. Leroy ve ark. yaptıkları literatür incelemesinde, üriner inkontinans prevalansının genel olarak Beyaz ve İspanyol kadınları arasında, Siyah ve Asyalı kadınlara göre daha yüksek olduğu, stres üriner inkontinansın Beyaz kadınlar arasında, urge üriner inkontinansın Siyah kadınlar arasında daha sık görüldüğü, mix üriner inkontinans için ise etnik ve ırksal gruplar arasında görülmesinde, anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (86). Graham ve Mallett'in çalışmasına göre, daha önce tanımlanmış

risk faktörleri olan yaş, parite, obezite, diyabet, histerektomi ve tütün kullanımına rağmen, ırkın aşırı aktif mesane ve gerçek üriner inkontinansın önemli bir belirleyicisi olduğu sonucu çıkmıştır (87).

İnkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilidir. Epidemiyolojik çalışmalar ırkın üriner inkontinas gelişiminde rol oynadığını, Çinli, Zenci ve Eskimo'lu kadınlarda prevalansın daha düşük olduğunu göstermiştir (88).

2.4.3. Seks Hormonları ve Östrojen Yetmezliği:

Menopozal dönemde östrojen yetmezliği sonucu alt üriner sistemde gelişen atrofik değişiklikler kontinansı olumsuz etkilemektedir. Gebelikte hormonal değişiklikler nedeniyle inkontinans artmaktadır. Gebelik alt üriner sistem yakınmalarının oldukça sık görüldüğü bir dönemdir (80). Gebelikte ortaya çıkan inkontinans genellikle doğumdan sonraki haftalarda kaybolmaktadır. Ancak, kalıcı inkontinans gelişme olasılığı da vardır (80, 89).

2.4.4. Obezite

Obezite, stres ve urge inkontinans gelişmesinde güçlü bir bağımsız risk faktörüdür. Bu ilişkinin patofizyolojik temelini vücut kitle indeksi ve intraabdominal basınç arasındaki anlamlı birliktelik oluşturmaktadır (90).

Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu bazı semptomlar, kişinin sosyal hayatını kısıtlayarak, önemli fiziksel ve psikososyal sonuçlar doğurabilmektedir. İdrara aşırı sıkışma hissi, noktüri ve bazen de idrar kaçırma günlük aktiviteleri önemli derecede engelleyerek kişilerin sosyal hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir (91).

Artan vücut ağırlığı abdominal basıncın ve mesane içi basıncın artmasına neden olmaktadır. Kilo verdikten sonra obez hastaların inkontinans şikayetlerinde azalma saptanmaktadır (92).

2.4.5. Obstetrik Öykü

Üriner inkontinans risk faktörleri olarak doğum sayısı, doğum şekli, zor doğum, yenidoğan ağırlığı ele alınmaktadır. Gebelikte maternal kilo artışı, genişleyen uterusun mesane üzerine basınç yapması ve glomerul filtrasyon hızının artmasına bağlı olarak idrar yapımının artması stres üriner inkontinans gelişmesine zemin hazırlamaktadır (93).

Gebelik süresince, bebek büyüdükçe, rahim ve bebeğin ağırlığı mesane ve üretrada anatomik değişiklikler yapmaktadır. Bu değişiklikler ultrason görüntüleme teknikleri kullanılarak yapılmış ve mesane boynu ile üretra arasındaki açının arttığı görülmüştür. Ayrıca pelvik taban kompleksini etkileyen gebelikteki hormonal değişiklikler nedeniyle mesane hareketliliğinin de arttığı bilinmektedir. Gebelik süresince büyüyen uterusu bağlı olarak artan karın içi basıncın etkisiyle pelvik organlar aşağıya doğru itilmekte ve pelvik taban kasları sürekli olarak stres ve zorlanmaya maruz kalmaktadır (94, 95).

2.4.6. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem yapı ve fonksiyon bozukluğu, diyabet gibi çeşitli hastalıklar, uzun süreli veya geçici kateterizasyon, menopoza, az sıvı alımı ve kontraseptif amaçlı kullanılan diyaframlar ağır ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına neden olur (88).

Her yaşta meydana gelebilen üriner sistem enfeksiyonları ile üriner inkontinans arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Literatüre baktığımızda çalışmaların bazılarında üriner sistem enfeksiyonlarının üriner inkontinans için risk faktörü olmadığı (96), bazı çalışmalarda ise risk faktörü olduğu belirtilmektedir (97).

2.4.7. Sistemik Hastalıklar

Böbrek hastalıkları, diyabet gibi sistemik hastalıklar inkontinans riskini artırır.

2.4.8. Bağ Dokusu

Pelvik taban farklı tipteki kollajenden oluşmaktadır. Tip I kollajen Tip III kollajene göre daha kalın ve güçlüdür. Keane ve arkadaşları ürodinamik incelemeyle SUİ varlığı tespit etmiş ve hiç doğum yapmamış hastalarda periüretal biopsi yaparak Tip I ve Tip III kollajen miktarlarını incelemiştir. Kollajen miktarlarını karşılaştırdıklarında Tip I kollajen miktarını düşük bulmuşlardır. Aynı zamanda kontinent olan kontrol grubuna göre gerçek SUİ olan grupta total kollajen miktarını daha düşük bulmuşlardır (98).

2.4.9. Sigara

Sigara kullanımına bağlı olarak mesane basıncı artar, kollajen sentezi azalır, östrojen seviyesini olumsuz yönde etkilenir. Sigara kullanımı ile birlikte şiddetli

öksürmenin de etkisiyle sfinkterin anatomik ve nörolojik olarak fonksiyonu bozulur. Sigara içmenin üriner inkontinansın bütün şekillerinin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (99).

2.4.10. Radyoterapi:

İnvazif mesane kanseri için uygulanan radyoterapi sonrası fibrotik mesane hasarı meydana gelir. Buna rabdosfinkter denervasyonunun aşırı duyarlı hale dönüşmesi de eklenince, hastaların yaklaşık yarısında, urgency ve stres Üİ gelişmektedir (100).

2.4.11. Abdominal tümör:

İntravesikal basıncı arttırarak üretral sfinkter kontrolünü yetersiz hale getirir (58).

2.4.12. Nörolojik hastalıklar ve spinal kord yaralanmaları:

Myelodisplazi, lumbosakral nörolojik durumlar, Shy-Drager sendromu ve anterior spinal arter sendromu gibi nörolojik hastalıklarda Üİ ile karşılaşabiliriz. Ayrıca, multiple skleroz ve diyabetik nöropati gibi hastalıklar sinir sistemi hasarı yaparak pelvik bölgedeki sinir fonksiyonlarını bozabilir (72).

Sekonder Spinal Kord Yaralanmaları: Sekonder spinal kord yaralanmalarına bağlı üriner disfonksiyon gelişebilir. En çok detrusör instabilitesi görülmektedir. Genç hastalarda multipl skleroz ve spinal kord yaralanmaları gibi dejeneratif durumlar inkontinans nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Nörolojik bir problem olan Alzheimer Hastalığı da bu gruba dahil edilmelidir (80,101).

2.4.13. İlaçlar:

Üretra duvarındaki düz kasların tonus aktivitesi alfa adrenerjik ajanlarla arttırılırken, beta adrenerjiklerle azaltılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederek proksimal üretrayı gevşetmekte, üretra sfinkter yetmezliğinin gelişmesine yol açmaktadır (14).

2.4.14. Histerektomi:

Genellikle inkontinans, operasyonun bir yan etkisi olarak ortaya çıkar. Histerektomi esnasında oluşan kas ve fasya hasarları, pelvik sinir zedelenmeleri ve östrojen eksikliği nedenler arasındadır. Prolapsus ve anterior onarım için de aynı durum söz konusudur (80,102).

2.5. Tedavi

Üriner inkontinansı olan hastaların tedavisindeki amaç; kontinansı sağlamaktır. Hastaya Üİ'nin tipine ve nedenlerine bağlı olarak tüm tedavi seçenekleri, tedavinin riskleri ve olası sonuçları detaylı olarak anlatılıp, hastanın kendisine uygulanacak tedavi yöntemini seçmesi sağlanır (103,104).

Üriner inkontinans tedavisinde ilk aşama, Üİ nedenlerinin belirlenip ortadan kaldırılmasıdır. Üİ'ye yönelik uygulanabilen tedaviler; ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve davranışsal tedavidir (104-106).

İlaç Tedavisi: İlaç tedavisinin amacı; mesanedeki detrüsor kasının kontraktilitesini azaltarak detrüsor kasının istemsiz kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncının artmasını sağlamaktır (107). İlaç tedavisi davranışsal tedavi ile birlikte uygulandığında daha etkili olmaktadır (103,105).

Cerrahi Tedavi: Cerrahi tedavi, ilaç tedavisi ve davranışsal tedaviye yanıt vermeyen hastalara uygulanır (105,108). Cerrahi tercihler altta yatan anatomik ve fizyolojik probleme göre değişir.

Davranışsal Tedavi: Davranışsal tedavi, sağlık profesyonelleri tarafından kolaylıkla uygulanabilen, yan etkileri olmayan, basit, ucuz ve etkili bir yöntemdir. Davranışsal tedavinin amacı; mesanenin kapasitesini arttırarak mesane kontrolünün geri kazanılmasını sağlamaktır (104,109).

Cerrahi olmayan diğer yöntemlerle beraber kolaylıkla kullanılabilir. Davranışsal tedavi yöntemleri zaman alıcı ve yoğun bir tedavi olmasıdır.

2.5.1. Davranışsal Tedavi Yöntemleri

2.5.1.1. Diyet

Üriner inkontinansı olan hastalarda mesane günlüklerine bakılarak diyetlerinde düzenlemeler yapılabilir (104,110). Aşırı sıvı alımı; Üİ'yi ve aşırı aktif mesane semptomlarını arttırabilir. Sıvı kısıtlaması ise dehidratasyon, konstipasyon ve

idrar konsantrasyonunun artmasına neden olabilir. İdrar konsantrasyonundaki artış, mesane mukozasında irritasyona neden olarak acil idrar yapma hissinin, sık idrar yapmayı ve İYE'leri arttırabilir (110-112).

Bazı yiyecek ve içecekler; diüzezi ya da mesanenin uyarılabilirliğini arttırarak aşırı aktif mesane ve sıkışma tipi Üİ semptomlarını şiddetlendirir (110,111). Baharatlı, asidik ve karbonatlı besinler, mesaneyi irrite ederek, kafeinli yiyecek ve içecekler diüzezi, detrusor basıncını ve detrusor kasının uyarılabilirliğini arttırarak Üİ semptomlarına neden olabilirler (111). Alkol, domates, bal ve şekerli yiyecekler, suni tatlandırıcılar, mısır şurubu, asitli içecek ve meyveler, süt ve süt ürünleri inkontinans oluşumunda etkili olan diğer gıdalardır (104,112).

2.5.1.2. Mesane Eğitimi

Mesane eğitimi, sıkışma tipi Üİ'si olan kişilerde daha etkili olup, yan etkisi olmayan, basit, ucuz ve girişimsel olmayan bir yöntemdir (105,109,112,113). Mesane eğitimi, tedavinin ilk aşaması olarak uygulanabildiği gibi diğer davranışsal tedavi yöntemleriyle ya da ilaç tedavisiyle birlikte uygulanabilir (104,109). Uygulayacak kişilerin kendilerini banyoya götürebilecek kadar fiziksel ve mental olarak yeterli olması gerekmektedir (113,114).

Mesane eğitimi yaklaşımında öncelikle hastaya üriner sistem anatomisi ve patofizyolojisi hakkında bilgi verilir. Sonra hastaya üriner günlük doldurularak tuvalete çıkma sıklıkları belirlenir. İlk hafta işeme sıklığı 30-60 dk olarak belirlenir ve hastada bu işeme sıklığı olmasa bile belirlenen şemaya göre tuvalete çıkması istenir. Hasta süre gelmeden önce idrar hissi olsa bile tuvalete gitmemeli, süre dolduğunda ise idrar hissi olmasa da idrar yapmaya çalışması gerektiği söylenmelidir. Hasta gün boyu tuvalete gidişlerini, idrar kaçırma ve aldığı sıvı miktarlarını mesane günlüğüne not etmelidir. İşeme sıklığı hastanın programa olan uyumu ve başarısına göre her hafta 15-30 dk arasında artırılır. Böylece mesane kapasitesi ve kompliansı artırılarak idrar yapma aralığı 3-4 saate çıkarılmaya çalışılır (115,116).

2.5.1.3. Alışkanlık Eğitimi (Zamanlı Miksiyon, Tuvalet Gitme Programı Oluşturma)

Alışkanlık eğitimi, hastanın idrar yapma alışkanlığına uygun olarak planlanan tuvalet gitme programıdır. Amaç; hastanın inkontinansı olmadan idrarını yaparak kuru kalmasıdır (104,117). Sıkışma tipi ve fonksiyonel inkontinans tedavisinde kullanılan 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 (104,111, 113,117).

2.5.1.4. İdrar Yapmayı Teşvik Etme

Bu yöntem; mesanenin doluluk derecesine göre idrar yapma gereksinimini fark etmeyi öğrenebilecek, tuvalet gitmesi için teşvik edildiğinde buna uyacak ya da yardım isteyecek hastalarda kullanılabilir. Bağımlı ya da bilişsel yeteneği azalmış hastalar ve diğer kompleks davranışsal tedavileri uygulamak için yeterli bilişsel yeteneği olmayan hastalar için uygun bir yöntemdir (104,117). Yöntemin başarısı, hastanın uygulamada aktif rol alması, hasta ve bakım veren kişinin iletişimine de bağlıdır (113). İdrar yapmaya teşvik etme, hastaların mesanenin dolum hissini algılamaya başladıkları ve tuvalet gitme ihtiyacı duydukları dönemde uygulanır (104,117).

2.5.1.5. Kegel Egzersizi ve Literatür Çalışma Örnekleri

Kegel egzersizi 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır (104,107,109, 118). Mesane, mesane boynu, üretra, vajina ve rektumu destekleyen pubokoksigeal kaslarını güçlendirmek için kasın tekrarlı kasılmasını içeren Kegel egzersizi (107,109,113,114), sıkışma, miks ve stres tipi Üİ'si olanlar, yaşlılar ve beden kitle indeksi yüksek olanlarda etkilidir. Kegel egzersizi ile inkontinansın tedavi oranının %80'in üzerinde olduğu belirtilmiştir (104,105,109,113,118,119).

Kegel egzersizi ile üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirerek üretranın kapanmasını ve pelvik organların desteğini arttırmak, istemli periüretral ve perivajinal kasları güçlendirmek, levator ani kasını ayırt edebilmek ve gücünü arttırmak; karın içi basıncı arttırmadan kontraksiyonları harekete geçirmek ve inkontinans sıklığını azaltmak amaçlanmaktadır (107,108, 109,111,113,119). Kegel

egzersizinin risk ve maliyetinin olmaması, hastane dışında da uygulanabilmesi avantajıdır (109,118).

Pelvik taban kas gücünü arttırması; kas gücünü, tonüsünü ve elastikiyetini koruması, üretral kapanma basıncını ve direncini arttırması, üretral sfinktere ve detrusor kasına olan desteği arttırması, uterus ve pelvik organ prolapsusu, pelvik taban güçsüzlüğü ve Üİ gibi pelvik sorunları önlemesi, anal sfinkterin kas gücünü arttırarak barsak kontrolünü sağlaması, hemoroidal ağrıyı gidermesi, seksüel hassasiyetin artması ve cinsel problemlerin azalması, doğum sonrası vajinanın toparlanmasını sağlaması, doğumda epizyotomi ihtiyacını azaltması Kegel egzersizinin yararlarıdır (104,107,112,119).

Hastaların Kegel egzersizi sırasında pelvik taban kaslarını tanımlamada ve ayırt etmede zorluk çekmeleri nedeniyle egzersizin doğru uygulama tekniğinin hastaya öğretilmesi önemlidir (119). Kegel egzersizinin öğretileceği kişilerin; egzersizi yapmaya istekli, bilişsel durumlarının iyi ve pelvik tabanın nörolojik olarak sağlam olması gerekir (109,119,120, 121).

Kegel egzersizinin değişik pozisyonlarda (otururken, ayakta ve yatarken) günde 2-3 kere minimum kez yapılması önerilir. Egzersizin değişik pozisyonlarda yapılması mesane boynu ve üretranın abdominal kavitede stabilizasyonunu sağlar (118).

Kegel egzersizlerinin fizyolojik etkileri iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar, 6 ile 8 haftada şikayetlerde azalma olur (109,113,118,119). Optimal etkinlik için egzersiz 8-12 hafta uygulanmalıdır (111,122). Yaşlı hastalarda egzersize yanıt daha uzun bir sürede alınabilir

Kegel egzersizi ile istenilen sonucun alınamadığı hastalarda kollajen yapı defekti olabileceği düşünülmelidir (109).

Borrie yaptığı çalışmada hemşirelerin rehberliğinde toplumda yaşayan, haftada en az bir kez inkontinansı olan kişilere uygulanan yaşam tarzı değişiklikleri (sıvı, kafein alımının azaltılması) ve davranışsal girişimleri (Kegel egzersizleri, mesane eğitimi, 4 haftada bir hemşire izlemi) sonucunda inkontinans sıklığında azalma olduğu gösterilmiştir (123).

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 uygulaması; deney grubundaki hastalar Kegel egzersizi uygulamasının yanı sıra haftada 2 kez hemşire tarafından yapılan telefon görüşmesi yapılmış, hastaların egzersizi yapma durumları 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 (123).

2.5.1.6. Vaginal Kon:

Ağırlıkları 20 gr ’dan 100 gr ’a kadar 5 vaginal konun vaginada sıra ile taşınmaları ile yapılan egzersizle pelvik tabanın muskuler yapısının kontraksiyon etkinliğini arttırmak amaçlanmaktadır. Pelvik taban kas gücünü artırmak ve PTE öğretmek amacıyla kullanılır. Vaginal konlar ile pelvik taban kaslarında güçlü izometrik kontraksiyonlar yaratılarak konların vaginada durabilmesi sağlanmaya ve böylece pelvik kas gücü artırılmaya çalışılır. Uygulamaya en hafif olan konla başlanır. Hastadan, günde 2 kez, başlangıçta 10 dk daha sonra 20 dk süresince konu vagina içerisinde tutması istenir. Hasta bunu başardığında bir üst ağırlığa geçilir. Vaginal konlar aşırı pelvik organ prolapsus varlığında kullanılmaz. Doğum sonrası dönemde gevşemiş pelvik taban kas esnekliğinin tekrar kazanılmasında oldukça faydalı bir yöntemdir. Ayrıca bu yöntemle pelvik taban egzersizleri sırasında istemeden oluşabilecek abdominal ve gluteal kontraksiyonlar engellenmiş olur (124).

2.5.1.7. Biofeedback:

Anal bölge veya vajene yerleştirilen sensörlerin monitorize edilmesiyle pelvik taban kaslarının tanımlanması ve kantitatif olarak ölçülmesini sağlayan metoddur. Biofeedback yönteminde pelvik tabanın kasılma ve gevşemesi ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılır hale getirilir. Böylelikle hastanın kendisi tarafından pelvik taban kas fonksiyonlarının düzenlenmesi sağlanır. Bu yöntemle hasta pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın pelvik taban kaslarını seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. % 70-80 hastada düzelme, % 40-50 sinde bu düzelme halinden tatmin olma ve başka tedavi arayışları içine girmeme saptanmıştır (125).

2.5.2. Medikal tedavi

Medikal tedavide amaç; detrüsor kontraktilitesini azaltarak istemsiz gelişen detrüsor kontraksiyonlarını önlemek ve üretra kapanma basıncında artış elde etmektir. Detrusor aşırı aktivitesi ve urge inkontinans, stres inkontinans, noktürnal enürezis, noktüri ve işeme disfonksiyonu gibi durumlarda önemli bir yeri vardır (126).

Östrojen yokluğunda ürogenital sistemde atrofi gelişir ve atrofi nedeniyle üriner sistemin duysal irritabilitesi artar, üretral kapanma basıncı azalır. Böylece nöromodülatör denge bozulur. Östrojenin premenopozal dönemdeki kadınlarda total üretral dirence katkısı yaklaşık 1/3 oranındadır. Postmenopozal dönemde üriner inkontinansı olan hastalarda sistemik ya da lokal östrojen replasman tedavisi (ERT) ile alt üriner sistem irritasyonuna bağlı olarak gelişen yakınmaların yarısından fazlasında iyileşme olmuş, yarısında inkontinans yakınmasında azalma görülmüştür. ERT diğer konservatif yöntemlerin etkinliğini artırmaktadır (127). Postoperatif ve postpartum dönemde üriner retansiyona sıkça rastlanır. Mesanenin aşırı gerilmesi, elastik liflere zarar vererek işeme disfonksiyonuna yol açabilir. Hastaların kateterize oldukları süreyi kısaltmak için detrusor kontraksiyonlarını stimüle eden parasempatomimetik ajanlar, üretral rezistansı azaltmak için de alfa adrenerjik blokerler kullanılmıştır. Cerrahi uygulanacak günden bir gece önce başlanan ve spontan işeme başlayana kadar verilen oral diazepam bu süreyi kısaltmıştır (128).

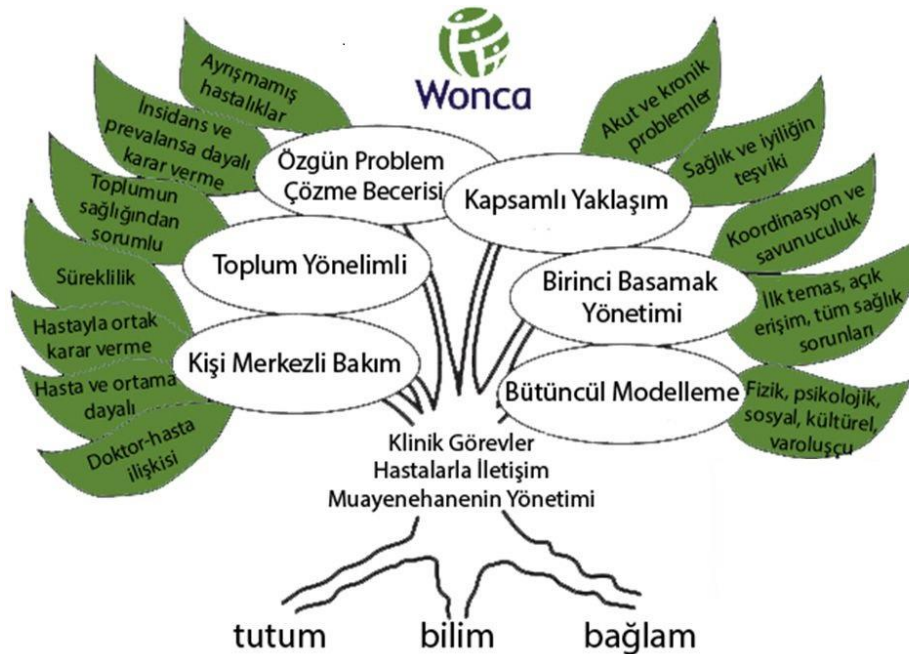
2.5.3. Cerrahi Tedavi

Orta şiddette veya şiddetli stres Üİ olguları ile rekürren olgularda, konservatif ve medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi tercih edilir. Son zamanlarda üriner inkontinansın cerrahi tedavisi için çok fazla teknik öne sürülmüştür. Bu ameliyatların kısa dönem başarı oranları uygulanan tekniğe göre %73-96 arasında değişmektedir. Genellikle ilk cerrahi girişimin başarı şansı en yüksektir. Dolayısı ile seçilen teknik etkin olmalı, minimal perioperatif morbidite ve postoperatif sekele neden olup uzun vadede etkinliği azalmamalıdır. İleri yaş, postmenopozal durum, obezite ve genito-üriner prolapsus cerrahi başarıyı etkiler. Bu nedenle cerrahi öncesi hastanın doğru değerlendirilmesi ve hasta için uygun olan operasyon türünün seçilmesi önemlidir. Ameliyat tipinin seçiminde hastanın genel

durumu, üretral mobilité, preoperatif ürodinamik parametreler, cerrahi deneyim ve kullanılan tekniğin olası komplikasyonları göz önünde bulundurulmalıdır (129).

2.6. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile Hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temalarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirerek yaparlar. (130). Aile Hekimliği disiplini tanımlayan 12 temel özellik her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir (Şekil 6).



Şekil 6. Wonca Ağacı

2.6.1. Birinci basamak yönetimi

a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b) Sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılabilmesini sağlar. Diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon sağlar ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık görevini yapar.

2.6.2. Kişi merkezli bakım

c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik hasta merkezli değil kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle hasta ve hekim arasında ilişki kurulmasını sağlar.

e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f) Hastanın güçlenmesini teşvik eder.

2.6.3. Özgül sorun çözme becerileri

g) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

h) Hastaların akut ve kronik tüm sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

2.6.4. Kapsamlı yaklaşım

i) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

j) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

2.6.5. Toplum yönelimli olma

k) Toplumun sağlığının korunması ve gelişmesi için özel bir sorumluluk üstlenir.

2.6.6. Bütüncül yaklaşım

l) Aile hekimleri sağlık sorunlarını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül yaklaşım ile değerlendirirler.

Yaşlıya sunulacak hizmetler, yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağığını destekleyecek boyutta ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yaşlıların temel sağık hizmetlerinden yararlanmaları için sağık kurumunun yakınlığı, ilişkinin sürekliliğı ve ilişki sıklığının sağılanması ve hekime güven bakımından en uygun sağık kuruluşu birinci basamak sağık merkezleridir (131).

Ayrıca hastalarını bütüncül yaklaşım ile değerlendirmelerinin yanında diğeri disiplinler ile iş birliğı içinde çalışmaları, geriatrik yaş grubunun getirdiğı karmaşık hastalık ve tedavilerin etkin bir şekilde yönetimine imkan vermesi, geniş kitlelere ulaşabilmesi ve toplumun rahatlıkla ulaşabileceğı mesafede olması yönlerinden de aile hekimliğı yaşlı sağılığında önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı hastalar aile hekimliğı sağık hizmeti pratiğinde gittikçe artan oranda yer almakta olup, yaşlılık dönemi özellikleri, yaşlı hasta bakımı ve izlemi giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (132).



3. MATERYAL METOD

Bu kesitsel tanımlayıcı araştırma 1 Aralık 2017 – 31 Aralık 2017 tarihleri arasında Adana ilindeki belirlenen 3 adet Aile Hekimliği Biriminde kayıtlı üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üstü 162 hasta üzerinde yapıldı. Araştırmada sosyodemografik verileri de içeren yapılandırılmış bir anket formu uygulandı. Sosyodemografik veriler cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumunu içeriyordu. Katılımcıların tansiyon, ağırlık, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), bel çevresi, baldır çevresi ve kol çevreleri antropometrik ölçümler kısmında ölçüldü. Kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaç durumları sorgulandı. Üİ durumu ile ilgili ne kadar süredir idrar kaçırdığı, ne sıklıkla ve ne kadar idrar kaçırdığı, idrar kaçırmayı hastalık olarak görüp görmediği, idrar kaçırmının hayatında en çok neyi etkilediği, idrar kaçırmaya için daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurup başvurmadığı başvurmadıysa neden başvurmadığını içeren sorular soruldu. Kadın katılımcıların obstetrik ve jinekolojik durumları sorgulandı. Veri toplama formunun devamında sigara, kabızlık, erkek hastalar için prostat ile ilgili operasyon öyküsü, fekal inkontinans ve günlük sıvı tüketimleri gibi Üİ risk faktörlerinin sorgulandığı bölüm mevcuttu. Üİ farkındalık ve tedavi durumlarının sorgulandığı bölümden sonra hastalara; mobilite düzeylerini ve düşme riskini saptamak için Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (ZKYT), üriner inkontinansın ağırlığını ve tipini belirlemek için Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form, ICIQ-SF), yaşam kalitesinin düzeyini saptamak için İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ), benlik saygısı durumlarının tespiti için ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanıldı. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu ve her hasta için veri toplama süresi ortalama 20 dakika kadar zaman aldı. Araştırmaya belirlenen Aile Sağlığı Birimlerine kayıtlı olup üriner inkontinans tanısı olan ya da sorgulamayla üriner inkontinansı olduğu tespit edilen 65 yaş üstü hastalar dahil edildi. Anket sorularını anlama ve yanıtlamada güçlük çeken, demans veya Alzheimer hastalığı gibi kognitif fonksiyon kaybı yapan bir hastalık tanısı olanlar, mobil olmayanlar, tuvalet ihtiyacını kendi başına gideremeyenler, gönüllü olur formunu imzalamayan kişiler ve idrar yolu enfeksiyonu tespit edilen kişiler çalışmaya dahil edilmedi.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

3.1.1. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Üİ'li hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Amerika'da geliştirilmiştir. Ancak ölçek 1999 yılında Patrick ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve Avrupa versiyonlarının oluşturulması aşamasında psikometrik ölçümlerin değerlendirilmesi ile altı sorusu çıkartılarak soru sayısı 22'ye düşürülmüştür. Ülkemizde İYKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan tarafından yapılmıştır. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği; davranışları sınırlama (1,2,3,4,10,11,13,20. maddeler), psikolojik etkilenme (5,6,7,9,15,16,17,21,22. maddeler) ve sosyal yaşamını sınırlama (8,12,14,18,19. maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bütün maddeler 5 kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1=çok fazla, 2=epeyce, 3=bir miktar, 4=nadir, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puan daha iyi anlaşılabilmesi için 0'dan 100'e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Yüksek puanlar düşük puanlara göre yaşam kalitesinin düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir (133).

3.1.2 Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form)

Uluslararası idrar kaçırma ile ilgili konsültasyon toplantılarının birincisinde araştırmalarda kullanılmak üzere idrar kaçırmanın her yönü ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili ayrıntılı bir sorgulama formu ile klinik pratikte ve tüm çalışmalarda kullanılabilecek kısa bir ölçek oluşturulması kararı alınmıştır. Bu tip ölçekler tedavi öncesi ve tedavi sonrasını değerlendirmede standardizasyon sağlanması için gereklidir. Bu amaç doğrultusunda Avery ve ark. tarafından idrar kaçırma ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla ICIQ-SF geliştirilmiştir (134). Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu; kadın-erkek, genç-yaşlı, gelişen gelişmekte olan bütün gruplarda idrar kaçırma prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmanın algılanan nedenlerinin ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılabilmektedir. Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumlar

sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır.

Değerlendirmede her bir alt boyutun puanı ayrı ayrı değerlendirilebilir, idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede üç boyutun puanı toplanır. Puanlamadaki genel eğilim, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir (134,135).

Avery ve ark. tarafından yapılan standart psikometrik değerlendirmede, ölçeğin duyarlılık, güvenirlik ve geçerliğinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada ölçeğin kapsam (content), yapı (construct), yakınlaşım (convergent) ve ayrışım (discriminant) geçerliği incelenmiş, bu parametrelerin kabul edilebilir düzeyde ve uygun olduğu saptanmıştır(134).

Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısının 0.92, zamana göre değişmezliğinde test-retest korelasyon katsayısının $r=0.83$ olduğu görülmüştür (134).

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, Çetinel ve ark. (135) tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmış; Cronbach alfa katsayısının 0.71 ve zamana göre değişmezliğinde her bir ifade için test-retest korelasyon katsayılarının $r=0.97$ - $r=0.98$ arasında değiştiği saptanmıştır. Çetinel ve ark.'nın (33) farklı bir çalışmasında ICIQ-SF skoru için 8 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.61 olarak bulunmuştur. Çalışmada ICIQ-SF için kesme noktası 8 ve üzeri olarak alınmış, alınan 8'in altındaki puanlar idrar kaçırmanın yaşam kalitesini etkilemediği, 8 ve üzeri puanlar ise etkilediği şeklinde yorumlanmıştır (136).

Ön görüşme sonrası olguların idrar kaçırma tipi hasta yakınmasına temellendirilmiş olup; tanılama ICIQ-SF'in dördüncü ifadesi ile yapılmıştır. Öksürme, ağır kaldırma ve egzersizle idrar kaçırma yakınması 'stres tipi idrar kaçırma', sıkışıklık hissi ile birlikte gelen idrar kaçırma yakınması 'sıkışma tipi idrar kaçırma', her iki yakınmanın bir arada görüldüğü idrar kaçırma tipi 'miks idrar kaçırma' olarak adlandırılmıştır.

3.1.3 Zamanlı Kalk-Yürü Testi

Dinamik dengeyi ve fonksiyonel mobilitiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bir testtir (137,138). Bu test için bir sandalye, kronometre ve 3m'lik yürüme alanına ihtiyaç vardır. Test bir sandalyede otururken başlar. Daha sonra birey talimat ile kalkar, normal yürüme hızıyla 3m yürür geri döner ve sandalyeye oturur. Skorlama için testin tamamlanma süresi saniye cinsinden kaydedilmiştir (139).

Eylemin 10 saniyeden uzun zaman alması denge veya hareket kabiliyetinin bozulmuş olabileceğini göstermektedir (140).

3.1.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bugün birçok çalışmada benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Rosenberg (1963) tarafından geliştirilen ölçekte Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş 10 madde yer almaktadır. Likert tipi ölçekte maddelerin cevaplanması dört seçenek arasından yapılmaktadır. Kişiden ölçekteki maddelerin kendisini ne kadar tanımladığını seçmesi ve genel olarak kendisini değerlendirmesi beklenmektedir. Bu beklenti ölçeğin üstünde cevaplama yönergesi olarak verilmektedir. Ölçekteki maddelerin yarısı 'Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum' gibi pozitif (olumlu) cümle yapısıyla, diğer yarısı ise 'Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum' gibi negatif (olumsuz) düşünce yapısıyla kurulmuştur. Kişiden bu ifadelerin her birini değerlendirerek 'çok doğru', 'doğru', 'yanlış' 'çok yanlış' şıklarından birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekte maddeler karışık olarak yerleştirilmiştir. Ölçekte bulunan ilk üç madde kendi aralarında, dördüncü ve beşinci maddeler kendi aralarında, dokuzuncu ve onuncu maddeler kendi aralarında puanlanmaktadır. Altıncı, yedinci ve sekizinci maddeler ise ayrı ayrı puanlanmaktadır. İşaretleme sonucu bireyin kendisini olumsuz değerlendirmesi '1' ile, olumlu değerlendirmesi ise '0' ile puanlanmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda alınan puanlar '0' ile '6' arasında değişmektedir. Benlik saygısı alt kategorisinde 0-2 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5-6 puan ise düşük kendilik saygısına işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Benlik saygısı kategorisinin geçerliliğini sınamak için psikiyatrik görüşmeyle lise öğrencilerinin kendilerine ilişkin görüşlerine göre, öğrencilerin benlik saygıları, yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır.

Öğrenci görüşleri ve benlik saygısı ölçeğinden elde edilen sonuçların arasındaki ilişkiler hesaplanmış ve geçerlilik oranı 0.71 olduğu belirtilmiştir (141).

3.2. İstatistiksel analizler

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımını sağlayan sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, sağlamayan sayısal değişkenler medyan (En az-En fazla) şeklinde verilmiştir. Normal dağılımlı gruplarda iki değişkenli, değişkenlerin bağımsız olduğu durumlarda bağımsız örneklemli t testi, nonparametrik değişkenlerde ise Mann-Whitney U testi kullanarak analiz edildi. Verilerin nitel olduğu durumlarda Ki kare testi, nonparametrik olan ikiden fazla ve bağımsız değişkenli gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya dahil edilen 162 hastanın %28.4'ü (n=46) erkek, %71.6'sı (n=116) kadındı. Bireylerin yaş ortalaması 71.7±5.8 yıl (en az 65, en fazla 92 yıl) idi. Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalamaları 72.2±5.5 yıl, kadınların yaş ortalaması 71.5±5.9 yıl idi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (t=0.588, p=0.557). Medeni durumlarına bakıldığında %74.1'i evli (n=120), %25.9'u dul idi (n=46). Eğitim durumlarına bakıldığında ise %29.6'sı hiç eğitim almamış (n=48), %51.2'si sadece ilkokul eğitimi almış (n=83), %19.1'i ise ortaokul ve üzeri eğitim almış (n=31) kişilerden oluşmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Sosyodemografik veriler		n	%
Cinsiyet	Erkek	46	28.4
	Kadın	116	71.6
Medeni durum	Evli	120	74.1
	Dul	42	25.9
Kiminle yaşadığı	Yalnız yaşıyor	9	5.6
	Sadece eşiyle yaşıyor	50	30.9
	Eşi ve çocuklarıyla yaşıyor	60	37.0
	Sadece çocuklarıyla yaşıyor	24	14.8
	Diğer birileriyle yaşıyor	19	11.7
Eğitim durumu	Hiç eğitim almamış	48	29.6
	İlkokul mezunu	83	51.2
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	19.1
Çalışma durumu	Çalışmıyor	30	18.5
	Ev hanımı	76	46.9
	Emekli	56	34.6
Gelir durumu	<1400₺	39	24.1
	1400-2500₺	64	39.5
	>2500₺	59	36.4
Kronik hastalık	Var	147	90.7
	Yok	15	9.3

Hastaların çalışma durumlarının sorgulanmasında %18.5'i çalışmıyor (n=30), %46.9'u ev hanımı (n=76), %34.6'sı ise emekli (n=56) idi. Gelir durumlarının dağılımında ise %24.1'i 1400₺ ve altında (n=39), %39.5'i 1400- 2500₺ arasında (n=64), %36.4'ü ise 2500₺ ve üstünde (n=59) gelire sahipti. Araştırmaya katılan kişilerin VKİ'leri göz önüne alındığında %3.7'si normal kilolu (n=6), %34'ü şişman (n=55), %62.3'ü ise obezdi (n=101). Kişilerin kronik hastalık durumlarının sorgulamasında %90.1'inin (n=146) en az 1 kronik hastalığı olduğu, %9.1'inin ise (n=16) bilinen ilave bir kronik hastalığının olmadığı görüldü (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan hastaların kan basıncı ve antropometrik ölçümleri sonucunda ortalama sistolik kan basıncı 136.56±12.86 mm/Hg, ortalama diyastolik kan basıncı 87.72±9.92 mm/Hg, ortalama vücut ağırlığı 82.59±11.29 kg, ortalama boy 162.57±7.58 cm, ortalama VKİ 31.19±3.68, ortalama bel çevresi 95.30±7.50 cm, ortalama baldır çevresi 38.90±2.17 cm ve ortalama kol çevresi 30.25±1.97 cm olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların antropometrik verileri ve kan basıncı değerleri

Ölçümler	Ort±SD
Sistolik Kan Basıncı	136.56±12.86
Diyastolik Kan Basıncı	87.72±9.92
Ağırlık	82.59±11.29
Boy	162.57±7.58
Vücut Kitle İndeksi	31.19±3.68
Bel Çevresi	95.30±7.50
Baldır Çevresi	38.90±2.17
Kol Çevresi	30.25 ± 1.97

Çalışmaya katılan 162 hastanın Üİ dışındaki kronik hastalık sayısı sorgulandığında %17.7'si (n=26) 1 kronik hastalığı olduğunu, %40.1'i (n=59) 2 kronik hastalığı olduğunu, %27.9'u (n=41) 3 kronik hastalığı olduğunu, %14.3'ü (n=21) ise 4 ya da daha fazla kronik hastalığa sahip olduğunu belirtti (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalık sayıları

Kronik Hastalık Sayısı	N	%
1	26	17.7
2	59	40.1
3	41	27.9
4 ve üzeri	21	14.3

Hastaların Üİ'ye ek olarak başka kronik hastalıkları olup olmadığı sorgulandığında %46.3'ünde (n=75) hipertansiyon, %45.7'sinde (n=74) diyabetes mellitus, %37'sinde (n=60) koroner arter hastalığı, %16'sında (n=26) astım/ KOAH/ allerji, %11.7'sinde (n=19) serebrovasküler hastalık, %56.5'inde (n=26) benign prostat hiperplazisi, %7.4'ünde (n=12) tiroid hastalığı, %6.2'sinde (n=10) romatolojik hastalık, %2.5'inde (n=4) epilepsi, %4.9'unda (n=8) kanser, 46 kişide ise (%28.4) diğer kronik hastalıkların mevcut olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Kişilerin kronik hastalık durumu verileri

Kronik Hastalıklar	N	%
Hipertansiyon	75	46.3
Diyabetes Mellitus	74	45.7
Koroner Arter Hastalığı	60	37.0
Astım/ KOAH/ Allerji	26	16.0
Serebrovasküler hastalık	19	11.7
Benign Prostat Hiperplazisi*	26	56.5
Tiroid hastalıkları	12	7.4
Romatolojik hastalıklar	10	6.2
Kanser	8	4.9
Epilepsi	4	2.5
Diğer hastalıklar	46	28.4

*Erkekler arasında

Cinsiyet ile Üİ tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Stres tipi Üİ erkeklerde daha fazla gözlenirken, miks tip Üİ kadınlarda anlamlı derecede daha fazla gözlenmiştir ($p<0.05$).

Yaş'a göre Üİ tiplerinin dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlendi ($p=0.201$, $X^2=33.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyete göre Üİ tiplerinin dağılımı

Cinsiyet (n)	Stres n(%)	Urge n(%)	Miks n(%)	X^2	p
Erkek (46)	28(52.8)	12(38.7)	6(7.7)	33.05	<0.001 ^{††}
Kadın (116)	25(47.2)	19(61.3)	72(92.3)		

[†]Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ^{††} $p<0.01$

Çalışmaya katılanların Üİ sıklıklarının ne kadar olduğunu belirtmeleri istenildiğinde %36.4'ü (n=59) haftada 1 ya da daha az idrar kaçırdığını, %42.0'ı (n=68) haftada 2 ya da 3 kez olduğunu, %21.6'sı ise (n=35) günde 1 ya da daha fazla idrarını kaçırdığını belirtti. Hastaların Üİ miktarları sorulduğunda %61.8 i (n=100) az, %22.8'i (n=37) orta, %15.4'ü ise (n=25) fazla miktarda idrar kaçırdığını belirtti (Tablo 6).

Tablo 6. Kişilerin Üİ sıklık ve miktarlarını gösteren tablo

İnkontinans Sıklık ve Miktarları (N=162)		n	%
İnkontinans Sıklığı	Haftada 1 ya da daha az	59	36.4
	Haftada 2 ya da 3 kez	68	42.0
	Günde 1 ya da daha fazla	35	21.6
İnkontinans Miktarı	Az	100	61.8
	Orta	37	22.8
	Fazla	25	15.4

Çalışmamıza katılan 116 kadın hastanın gebelik ve doğum durumlarının sorgulaması yapıldığında %25'inin (n=29) 0-3 arası, %45.7'sinin (n=53) 4-6 arası, %29.3'ünün (n=34) ise 7 ve üzeri gebelik geçirdiği görüldü. Normal doğum yapma durumları incelendiğinde %32.8'inin (n=38) 0-3 kez, %37.9'unun (n=44) 4-6 kez, %29.3'ünün (n=34) ise 7 ve daha fazla kez normal doğum yapmış olduğu görüldü. Kadınların %81'inin (n=94) sezaryen öyküsü yokken, %19'unun ise (n=22) sezaryen öyküsü mevcuttu. Kadınlara doğumlarında epizyotomi işlemi yapılıp yapılmadığı sorulduğunda %86.2'si (n=100) yapılmadığını, %13.8'i ise (n=16) yapıldığını belirtti. Zor doğum öyküsü bulunup bulunmama durumu sorulduğunda %66.4'ünde (n=77) zor doğum öyküsü olmadığı, %33.6'sında ise (n=39) zor doğum öyküsü olduğu öğrenildi.

Tablo 7. Kadın katılımcıların obstetrik ve jinekolojik durumları

Kadın Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Durumları		n	%
Gebelik Sayısı	0-3	29	25.0
	4-6	53	45.7
	7 ve üzeri	34	29.3
Normal doğum	0-3	38	32.8
	4-6	44	37.9
	7 ve üzeri	34	29.3
Sezaryen	Yok	94	81.0
	Var	22	19.0
Epizyotomi	Yok	100	86.2
	Var	16	13.8
Zor doğum	Yok	77	66.4
	Var	39	33.6
4 kg üzeri çocuk doğurma	Hiç	75	64.7
	1 kez	31	26.7
	2 ve üstü	10	8.6
Uzamış doğum	Yok	97	83.6
	Var	19	16.4
Rahim sarkması	Yok	90	77.6
	Var	26	22.4

4 kg üzeri çocuk doğurma öyküsü sorgulandığında %26.7'sinde (n=31) 1 kez, %8.6'sında (n=10) ise 2 ve daha fazla kez 4 kg üzeri çocuk doğurma öyküsü olduğu öğrenildi. Kadınların %64.7'sinde ise (n=75) 4 kg üzeri çocuk doğurma öyküsü yoktu. Kadınlara uzamış doğumları olup olmadığı sorulduğunda %83.6'sının (n=97) uzamış doğum öyküsü olmadığı, %16.4'ünde ise (n=19) uzamış doğum öyküsü

olduğu öğrenildi. Kadın hastalar rahim sarkması yönünden sorgulandığında %22.4'ünün (n=26) rahim sarkması olduğu öğrenildi (Tablo 7).

Çalışmamıza katılan hastalara sigara içip içmediklerini sorduğumuzda %67.3'ünün (n=109) sigara kullanmadığını, %19.8'inin (n=32) halen aktif olarak sigara içtiğini, %13'ünün (n=21) ise sigarayı bıraktığını ve şu anda kullanmadığını belirtti (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların sigara kullanma durumları

Sigara Kullanma Durumu	n	%
Hayır	109	67.3
Evet	32	19.8
Bırakmış	21	13.0

Hastalara Üİ için bir risk faktörü olan kabızlık şikayetinin olup olmadığı soruldu. Hastalardan %53.7'si (n=87) kabızlık şikayeti yaşamadığını, %46.3'ü ise (n=75) ise kabızlık problemi yaşadığını belirtti (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların kabızlık yakınmasının olup olmaması durumu

Kabızlık Durumu	n	%
Yok	87	53.7
Var	75	46.3

Hastalara son 1 yılda düşme yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda %61.7'si (n=100) hiç düşmediğini, %19.1'i (n=31) 1 kez düştüğünü, %19.1'i ise (n=31) ise 2 ya da daha fazla kez düştüğünü bildirdi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların son bir yıldaki düşme durumları

Düşme Durumu	n	%
Hiç Düşmeyen	100	61.7
1 kez	31	19.1
2 ve üzeri	31	19.1

Çalışmaya dahil olan 162 hastaya Üİ'yi bir hastalık olarak görüp görmedikleri sorulduğunda %65.4'ü (n=106) bunun bir hastalık olmadığını, %34.6'sı (n=56) ise hastalık olarak gördüğünü söyledi. Üİ için daha önce bir sağlık kuruluşuna

başvurma durumları sorgulandığında ise katılımcıların 122 tanesi Üİ için daha önce bir sağlık kuruluşuna hiç başvurmamışken yalnızca 40 tanesi daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmuştu (Tablo 11).

Tablo 11. Kişilerin Üİ'yi hastalık olarak görüp görmeme ve sağlık kuruluşuna başvurma durumu

		N	%
İnkontinans hastalık olarak görme	Hayır	106	65.4
	Evet	56	34.6
İnkontinans için başvuru	Hayır	122	75.3
	Evet	40	24.7

Üriner inkontinans için daha önce sağlık kuruluşuna başvurmayan 122 hastaya neden başvurmadıkları sorulduğunda 78 tanesi (%63.9) ‘yaşla birlikte bu durumun normal olduğunu düşünüyorum’ cevabını, 22 tanesi (% 18.0) ‘idrar kaçırma beni rahatsız etmiyor’, 10 tanesi (%8.2) ‘muayene olmaktan çekiniyorum/ utanıyorum’, 7 tanesi (%5.7) ‘çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşünüyorum’, 5 tanesi (%4.1) ise ‘muayene olmaya vakit bulamıyorum’ cevaplarını verdi (Tablo 12).

Tablo 12. Üriner inkontinans için bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri

Başvurmama Nedenleri	n	%
Yaşlanmayla birlikte normal olduğunu düşünme	78	63.9
Fazla rahatsız olmama	22	18.0
Muayene olmaktan çekinme/utanma	10	8.2
Çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşünme	7	5.7
Muayeneye vakit bulamama	5	4.2

Çalışmaya katılan 162 hastaya daha önce başka sebeplerle de olsa bir sağlık kuruluşuna başvurduklarında doktorlarının ya da hemşirelerinin mevcut şikayetlerinin dışında Üİ durumlarını sorgulayıp sorgulanmadıkları sorulduğunda, 122 tanesi (%75.3) hiçbir zaman sorgulanmadığını, 34 tanesi (%21.0) çok nadir

olarak sorgulandığını, 5 tanesi (%3.1) ara sıra sorgulandığını, 1 tanesi ise (%0.6) sıklıkla sorgulandığını belirtti (Tablo 13).

Tablo 13. Doktor/ hemşirelerin üriner inkontinans durumunu sorgulama verileri

Doktor/ Hemşire Sorgulama	n	%
Hiç	122	75.3
Çok nadir	34	21.0
Ara sıra	5	3.1
Sık	1	0.6

Çalışmaya katılan hastaların ICIQ-SF skorları ortalama 9.27 ± 4.09 , İYKÖ toplam puanı ortalama 60.81 ± 14.95 , RBSÖ puanı ortalama 2.18 ± 1.48 , ZKYT sonucu ortalama 11.20 ± 3.73 olarak bulundu. Ayrıca İYKÖ'nün alt gruplarının ortalama skorları davranışları sınırlama puanı 25.78 ± 6.00 , psikolojik etkilenme puanı ortalama 31.67 ± 8.24 ve sosyal yaşamı sınırlama puanı ortalama ise 15.54 ± 4.54 olarak bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. Çalışmada kullanılan ölçek ve testlerin ortalama puanları

Ölçek ve testler	n	Ort$\pm$SD
ICIQ-SF	162	9.27 ± 4.09
İYKÖ	162	60.81 ± 14.95
RBSÖ	162	2.18 ± 1.48
ZKYT	162	11.20 ± 3.73

Cinsiyete göre çalışmamızda kullandığımız ölçekler ve testleri karşılaştırdığımızda ICIQ-SF skorunda cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($Z = -1.834$, $p = 0.067$). İYKÖ'nün alt gruplarından olan davranışları sınırlama puanında da erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($Z = -0.100$, $p = 0.920$). Psikolojik etkilenme puanına bakıldığında erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı ve erkeklerin idrar kaçırmadan psikolojik olarak daha az etkilendiği görüldü ($Z = -2.551$, $p = 0.011$). İYKÖ'nün diğer bir alt grubu olan sosyal yaşamı sınırlama puanında ise anlamlı bir farklılık yoktu ($Z = -1.545$, $p = 0.125$). RBSÖ'nün cinsiyetlere göre mukayesesinde kadınların benlik saygılarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunduğu saptandı ($Z = -$

2.708, $p=0.003$). ZKYT testinin sonuçlarını cinsiyete göre karşılaştırdığımızda ise kadınların testi tamamlama sürelerinin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($Z=-2.708$, $p=0.007$) (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmada kullanılan ölçek ve testlerin cinsiyete göre ortalama skorları

Ölçekler	Cinsiyet	n	Ort± SD	Z	p
ICIQ-SF	Erkek	46	8.17±3.15	-1.834	0.067
	Kadın	116	9.71±4.35		
İYKÖ (Davranışları sınırlama)	Erkek	46	21.57±4.31	-0.100	0.920
	Kadın	116	21.44±5.27		
İYKÖ (Psikolojik etkilenme)	Erkek	46	28.47±6.46	-2.551	0.011 [†]
	Kadın	116	25.55±6.88		
İYKÖ (Sosyal yaşamı sınırlama)	Erkek	46	13.76±3.16	-1.545	0.122
	Kadın	116	12.62±3.97		
İYKÖ (Toplam)	Erkek	46	64.12±13.08	-1.534	0.125
	Kadın	116	59.62±15.52		
RBSÖ	Erkek	46	1.63±1.35	-2.979	0.003 ^{††}
	Kadın	116	2.40±1.48		
ZKYT	Erkek	46	9.91±2.99	-2.708	0.007 ^{††}
	Kadın	116	11.71±3.87		

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$

Çalışmamızda medeni duruma göre ICIQ-SF, İYKÖ ve alt grupları ve RBSÖ kıyaslandığında evlilerin dul olanlara göre İYKÖ ve alt gruplarının ortalama skorları anlamlı derecede yükseklik, ICIQ-SF ve RBSÖ ortalama skorları ise anlamlı derecede düşüklük gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Medeni durumlarına göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Medeni Durum	n	Ort±SD	Z	p
ICIQ-SF	Evli ve eşiyle yaşayan	120	8.54±3.83	-3.931	<0.001 ^{††}
	Eşi olmayan	42	11.36±4.15		
İYKÖ (Davranışları sınırlama)	Evli ve eşiyle yaşayan	120	26.53±5.89	-2.750	0.006 ^{††}
	Eşi olmayan	42	23.62±5.85		
İYKÖ (Psikolojik etkilenme)	Evli ve eşiyle yaşayan	120	32.74±8.06	-2.894	0.004 ^{††}
	Eşi olmayan	42	28.60±8.07		
İYKÖ (Sosyal yaşamı sınırlama)	Evli ve eşiyle yaşayan	120	16.21±4.37	-3.082	0.002 ^{††}
	Eşi olmayan	42	13.62±4.53		
İYKÖ (Toplam)	Evli ve eşiyle yaşayan	120	75.48±17.51	-1.534	0.002 ^{††}
	Eşi olmayan	42	65.83±17.42		
RBSÖ	Evli ve eşiyle yaşayan	120	2.00±1.44	-2.631	0.009 ^{††}
	Eşi olmayan	42	2.70±1.49		

Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. ^{††}p<0.01

Eğitim durumlarına göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ karşılaştırıldığında; eğitim almamış kişiler ile ilkokul eğitimi almış kişiler arasında ICIQ-SF skoru açısından eğitim almayan kişilerin puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.001$). İlkokul eğitimi almış kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim alanların ICIQ-SF skorları karşılaştırıldığında ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerdeki skor anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0.002$). Eğitim almayanlar ile ortaokul ve üzeri eğitim alanların kıyaslanmasında ise eğitim almayan kişilerdeki ICIQ-SF skoru istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik gösterdi ($p<0.001$).

Eğitim durumlarına göre kişilerin davranışlarını sınırlama puanlarına bakıldığında eğitim almamış kişiler ile ilkokul eğitimi almış kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.102$). İlkokul eğitimi alan kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim alan kişiler kıyaslandığında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p=104$). Ortaokul ve üzeri eğitim almış kişiler ile ilkokul eğitimi almış kişiler kıyaslandığında

ise ortaokul ve üzeri eğitim alan gruptakilerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde davranışları sınırlama puanları yüksekti ($p=0.001$).

İYKÖ'nün diğer bir alt grubu olan psikolojik etkilenme durumu ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında hiç eğitim almayan kişiler ile ilkökul eğitimi almış kişiler arasında ilkökul eğitimi alan kişiler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.024$). İlkokul eğitimi alan kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim alan kişiler mukayese edildiğinde ortaokul ve üzeri eğitim alan kişilerin psikolojik etkilenme puanı anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.007$). Hiç eğitim almayan kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim alan kişiler kıyaslandığında ise ortaokul ve üzeri eğitim alan gruptakiler lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.001$).

Sosyal yaşamı sınırlama puanı ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkide ise hiç eğitim almayan grup ile ilkökul eğitimi alan grup arasında ilkökul eğitimi alan gruptakilerin puanı anlamlı şekilde yüksekti ($p=0.004$). İlkokul eğitimi alan kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim alan kişiler kıyaslandığında ilkökul eğitimi alan kişilerin sosyal yaşamı sınırlama puanları anlamlı olarak düşük bulundu ($p=0.132$). Ortaokul ve üzeri eğitim alan kişiler ile eğitim almayan kişiler mukayese edildiğinde ise hiç eğitim almayan gruptakiler aleyhine istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0.001$).

İYKÖ toplam skoru ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında hiç eğitim almamış kişiler ile ilkökul eğitimi almış kişilerin İYKÖ toplam skorları arasında hiç eğitim almamış kişilerin aleyhine istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.014$). İlkokul eğitimi almış kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim almış kişiler arasındaki ilişkiye bakıldığında ortaokul ve üzeri eğitim almış kişilerin İYKÖ toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0.032$). Ortaokul ve üzeri eğitim almış kişiler ile ilkökul eğitimi almış kişiler mukayese edildiğinde ise ortaokul ve üzeri eğitim alanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.001$).

RBSÖ skoru ile eğitim grupları arasındaki durum incelendiğinde ise, hiç eğitim almayan kişiler ile ilkökul eğitimi almış kişiler arasında hiç eğitim almayan kişilerin benlik saygısı anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p=0.020$). İlkokul eğitimi almış kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim almış kişilerin benlik saygısı

kıyaslandığında ortaokul ve üzeri eğitim almış kişilerin benlik saygısı istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p=0.018$). Hiç eğitim almamış kişiler ile ortaokul ve üzeri eğitim almış kişiler karşılaştırıldığında ise ortaokul ve üzeri eğitim alan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde benlik saygısı yüksek bulundu ($p<0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Eğitim durumlarına göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim durumu	n	Ort±SD	X ²	P
ICIQ-SF	Eğitim almamış	48	11.98±3.99	40.03	<0.001 ^{††}
	İlkokul eğitimi almış	83	8.70±3.66		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	6.61±2.90		
İYKÖ (Davranışları sınırlama)	Eğitim almamış	48	20.00±4.72	9.08	0.011 [†]
	İlkokul eğitimi almış	83	21.61±5.35		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	23.41±3.68		
İYKÖ (Psikolojik etkilenme)	Eğitim almamış	48	23.78±6.33	18.99	<0.001 ^{††}
	İlkokul eğitimi almış	83	26.46±6.95		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	30.21±5.68		
İYKÖ (Sosyal yaşamı sınırlama)	Eğitim almamış	48	11.28±3.45	16.12	<0.001 ^{††}
	İlkokul eğitimi almış	83	13.30±3.89		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	14.56±3.04		
İYKÖ (Toplam)	Eğitim almamış	48	55.06±13.71	16.33	<0.001 ^{††}
	İlkokul eğitimi almış	83	61.38±15.52		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	68.20±11.67		
RBSÖ	Eğitim almamış	48	2.78±1.54	15.01	0.001 ^{††}
	İlkokul eğitimi almış	83	2.13±1.43		
	Ortaokul ve üzeri eğitim almış	31	1.39±1.11		

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$

Gelir durumuna göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ karşılaştırıldığında, gelir durumu arttıkça ICIQ-SF skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptandı ($p<0.001$).

Geliri 1400 ₺'den düşük olan grupla 1400-2500 ₺ arasında olan grup karşılaştırıldığında davranışları sınırlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.101$). 1400-2500 ₺ arası geliri olanlar ile geliri >2500 ₺ olanların karşılaştırılmasında davranışları sınırlama puanı arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.384$). Gelir düzeyi <1400 ₺ olanlar ile >2500 ₺ olanlar karşılaştırıldığında ise davranışları sınırlama puanı arasında istatistiksel olarak gelir düzeyi yüksek olan grup lehine anlamlı bir yükseliş görüldü ($p=0.024$).

Psikolojik etkilenme puanı gelir düzeyi <1400 ₺ olanlar ile 1400-2500 ₺ arasında olanlar karşılaştırıldığında gelir düzeyi yüksek olan kişiler lehine istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanmıştır ($p=0.024$). 1400-2500 ₺ geliri olanlar ile >2500 ₺ geliri olanların psikolojik etkilenme puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.114$). Geliri <1400 ₺ olanlar ile >2500 ₺ olanların psikolojik etkilenme puanı karşılaştırıldığında ise geliri yüksek olanların psikolojik etkilenme puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p=0.001$).

Sosyal yaşamı sınırlama puanı gelir düzeyi <1400 ₺ ile 1400-2500 ₺ olanlar arasında karşılaştırıldığında geliri 1400-2500 ₺ olanların anlamlı olarak yüksek olduğu gözlemlendi ($p=0.017$). 1400-2500 ₺ ile >2500 ₺ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p=0.075$). Gelir düzeyi <1400 ₺ ile >2500 ₺ arasındaki ilişkiye bakıldığında ise geliri yüksek olan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puanını değerlendirdiğimizde geliri <1400 ₺ ile 1400-2500 ₺ arasında anlamlı bir fark bulundu ($p=0.024$). 1400-2500 ₺ ile >2500 ₺ geliri olanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.139$). Gelir düzeyi <1400 ₺ olanlar ile >2500 ₺ olanlar arasındaki ilişkide ise geliri yüksek olan grup lehine anlamlı fark görüldü ($p=0.001$).

RBSÖ'nün gelir grupları arasındaki farklılığını değerlendirdiğimizde <1400 ₺ geliri olan grup ile 1400-2500 ₺ geliri olan grup arasında fazla gelire sahip olanların lehine anlamlı farklılık görüldü ($p=0.017$). 1400-2500 ₺ geliri olanlar ile >2500 ₺ geliri olanlar karşılaştırıldığında geliri daha fazla olan gruptakilerin

RBSÖ'den anlamlı bir şekilde daha az puan aldığı görüldü ($p=0.005$). <1400 ₺ geliri olanlar ile >2500 ₺ geliri olanlar arasında ise yüksek gelire sahip kişilerin benlik saygılarının anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 18).

Tablo 18. Gelir durumuna göre kişilerin ICIQ-SF, İYKÖ ve RBSÖ ortalama skorlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Gelir Durumu	n	Ort±SD	X ²	p
ICIQ-SF	<1400 ₺	39	12.10±4.08	34.10	<0.001 ^{††}
	1400-2500 ₺	64	9.31±3.84		
	>2500 ₺	59	7.36±3.23		
İYKÖ (Davranışları sınırlama)	<1400 ₺	39	19.91±5.05	5.39	0.067
	1400-2500 ₺	64	21.66±4.81		
	>2500 ₺	59	22.31±5.01		
İYKÖ (Psikolojik etkilenme)	<1400 ₺	39	23.59±6.33	12.19	0.002 ^{††}
	1400-2500 ₺	64	26.50±6.72		
	>2500 ₺	59	28.12±6.88		
İYKÖ (Sosyal yaşamı sınırlama)	<1400 ₺	39	11.17±3.56	14.42	0.001 ^{††}
	1400-2500 ₺	64	12.85±3.71		
	>2500 ₺	59	14.12±3.60		
İYKÖ	<1400 ₺	39	54.68±14.15	11.46	0.003 ^{††}
	1400-2500 ₺	64	61.10±14.58		
	>2500 ₺	59	64.55±14.79		
RBSÖ	<1400 ₺	39	2.98±1.41	21.51	<0.001 ^{††}
	1400-2500 ₺	64	2.27±1.42		
	>2500 ₺	59	1.55±1.33		

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ^{††} $p<0.01$

Kronik hastalıkların ICIQ-SF üzerine olan etkilerini incelediğimizde koroner arter hastalığı olan kişilerde olamayanlara göre ICIQ-SF skoru istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($Z=-2.305$, $p=0.021$). Romatolojik hastalığı bulunan kişilerde de ICIQ-SF skoru olmayanlara göre anlamlı yükseklik gösterdi ($Z=-2.345$, $p=0.019$) (Tablo 19).

Kanseri olan kişiler ile olmayanların kıyaslamasında kanseri olan kişilerin skoru anlamlı yükseklik gösterdi ($Z=-4.325$, $p<0.001$). Serebrovasküler hastalık geçirmiş olanlar ile geçirmemiş olanlar mukayese edildiğinde ise serebrovasküler hastalık geçirmiş olanlar aleyhine istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($Z=-3.069$, $p=0.002$). Sorgulanan diğer kronik hastalıklarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 19).

Tablo 19. Kronik hastalıkların ICIQ-SF skoruyla olan ilişkisi

Hastalıklar		n	Ort±SD	Z	p
Hipertansiyon	Var	75	9.83±4,32	-1.498	0.134
	Yok	87	8.79±3,84		
Diyabetes mellitus	Var	74	9.53±3,78	-1.245	0.213
	Yok	88	9.06±4,35		
Koroner arter hastalığı	Var	60	10.10±4,02	-2.305	0.021 [†]
	Yok	102	8.78±4,07		
Astım/KOAH/Allerji	Var	26	9.38±3.60	-0.500	0.697
	Yok	136	9.25±4.19		
Romatolojik hastalık	Var	10	12.40±4.74	-2.345	0.019 [†]
	Yok	152	9.07±3.98		
Benign prostat hiperplazisi	Var	26	8.96±3.60	-1.679	0.093
	Yok	20	7.15±2.11		
Epilepsi	Var	4	12.50±4.43	-1.583	0.113
	Yok	158	9.19±4.07		
Tiroid hastalığı	Var	12	9.83±4.01	-0.642	0.521
	Yok	150	9.23±4.11		
Kanser	Var	8	17.12±2.47	-4.325	<0.001 ^{††}
	Yok	154	8.86±3.74		
Serebrovasküler hastalık	Var	19	11.84±3.86	-3.069	0.002 ^{††}
	Yok	143	8.93±4.01		
Diğer hastalıklar	Var	46	10.13±4.18	-1.770	0.077
	Yok	116	8.93±4.03		

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Kişiler kabızlık durumuna göre incelendiklerinde kabızlığı olanların olmayanlara göre ICIQ-SF skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu ($p=0.029$) (Tablo 20).

Tablo 20. Kabızlık durumu ile ICIQ-SF ilişkisi

Kabızlık Durumu	n	Ort± SD	t	p
Yok	87	8.62±4.06	-2.204	0.029 [†]
Var	75	10.03±4.03		

* İki örneklemli t testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$

Son bir yıldaki düşme sayısı ile ICIQ-SF skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($X^2=33.54$, $p<0.001$) (Tablo 21).

Tablo 21. Düşme durumu ile ICIQ-SF ilişkisi

Düşme Durumu	n	%	Ort±SD	X^2	p
Hiç düşmeyenler	100	61.7	7.90±3.43	33.54	<0.001 ^{††}
1 kez düşen	31	19.1	10.71±4.27		
1'den fazla kez düşen	31	19.1	12.26±3.89		

Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ^{††} $p<0.01$

Üriner inkontinansı hastalık olarak görme durumu ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, inkontinans süresi ve ICIQ-SF skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$).

Cinsiyet ile Üİ için bir sağlık kuruluşuna başvurmama nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p=0.801$).

ICIQ-SF skoru ile İYKÖ toplam skoru arasında negatif yönde, yüksek derecede anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.720$, $p <0.001$). ICIQ-SF ile İYKÖ'nün alt gruplarından birisi olan davranışları sınırlama skoru arasında negatif yönde, yüksek derecede anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.705$, $p<0.001$). ICIQ-SF ile İYKÖ'nün diğer bir alt grubu olan psikolojik etkilenme skoru arasında negatif yönde, yüksek derecede anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.0702$, $p<0.001$). ICIQ-SF ile İYKÖ'nün 3.ve son alt grubu olan sosyal yaşamı sınırlama skoru arasındaki ilişkiye bakıldığında ise negatif yönde, orta derecede anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.624$, $p<0.001$). ICIQ-SF skoru ile RBSÖ arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki mevcuttu

($r=0.609$, $p<0.001$). ICIQ-SF skoru ile ZKYT skoru arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki mevcuttu($r=0.498$, $p<0.001$).

Cinsiyet ile psikolojik etkilenme skoru arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=-0.201$, $p=0.010$), cinsiyet ile RBSÖ arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı ($r=0.235$, $p=0.003$) cinsiyet ile ZKYT arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde ilişki saptandı ($r=0.213$, $p=0.006$).

Medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyinin tüm ölçek ve testler ile ilişkisinde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$).

VKİ ile ICIQ-SF skoru arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($r=0.245$, $p=0.002$), VKİ ile ZKYT arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu görüldü ($r=0.258$, $p=0.001$).

Kronik hastalık varlığının tüm ölçek ve testler ile ilişkisinde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$).

Kronik hastalık sayısı ile ZKYT arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görüldü ($r=0.241$, $p=0.002$).

Kullanılan ilaç sayısı ile ZKYT arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki görüldü ($r=0.155$, $p=0.049$).

Son bir yıl içindeki düşme durumu ile tüm ölçek ve testlerin ilişkisine bakıldığında orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$).

İnkontinans hastalık olarak görme ile tüm ölçek ve testlerin ilişkisinde ise cinsiyet dışındaki sorgulanan parametrelerle orta düzeyde anlamlı bir ilişki görüldü ($p<0.001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Üriner inkontinansı olan hastalara uygulanan ölçek ve testlerin hastaların sosyodemografik veriler, VKİ, kronik hastalık durumu, kullanılan ilaç sayısı, düşme ve inkontinansı hastalık olarak görme durumu ile korelasyonu tablosu

(N=162)		İCIQ-SF	İYKÖ(Davranışlı arı sınırlama)	İYKÖ(Psikolojik etkilenme)	İYKÖ(Sosyal yaşamı sınırlama)	İYKÖ	RBSÖ	ZKYT
Cinsiyet	ρ	0.145	0.008	-0.201	-0.122	-0.121	0.235	0.213
	p	0.067	0.920	0.010 [†]	0.123	0.125	0.003 [†]	0.006 [†]
Medeni durum	ρ	0.310	-0.217	-0.228	-0.243	-0.239	0.207	0.319
	p	<0.001 ^{††}	0.006 [†]	0.004 [†]	0.002 ^{††}	0.002 [†]	0.008 [†]	0.001 ^{††}
Eğitim durumu	ρ	-0.498	0.236	0.339	0.314	0.318	-0.304	-0.505
	p	<0.001 ^{††}	0.002 ^{††}	<0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}
Gelir durumu	ρ	-0.458	0.175	0.269	0.294	0.260	-0.365	-0.436
	p	<0.001 ^{††}	0.025 [†]	<0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}
VKİ	ρ	0.245	-0.119	-0.122	-0.131	-0.135	0.151	0.258
	p	0.002 ^{††}	0.131	0.123	0.096	0.086	0.055	0.001 ^{††}
Kr. Hastalık varlığı	ρ	-0.290	0.191	0.242	0.205	0.225	-0.184	-0.241
	p	<0.001 ^{††}	0.015 [†]	0.002 ^{††}	0.009 ^{††}	0.004 ^{††}	0.019 [†]	0.002 ^{††}
Kr. Hastalık sayısı	ρ	0.049	-0.048	0.015	0.031	-0.006	0.037	0.241
	p	0.534	0.542	0.853	0.693	0.942	0.641	0.002 ^{††}
Kullandığı ilaç sayısı	ρ	-0.018	0.044	0.061	0.060	0.057	0.031	0.155
	p	0.825	0.578	0.439	0.448	0.475	0.699	0.049 [†]
Son 1 yıldaki düşme	ρ	0.456	-0.284	-0.340	-0.247	-0.324	0.307	0.542
	p	<0.001 ^{††}	<0.001 ^{††}	<0.001 ^{††}	0.002 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}	0.001 ^{††}
İnkontinansı hastalık olarak görme	ρ	0.131	-0.334	-0.324	-0.375	-0.366	0.098	-0.201
	p	0.096	<0.001 ^{††}	<0.001 ^{††}	<0.001 ^{††}	<0.001 ^{††}	0.213	0.011 [†]

ρ : Spearman's rho, p: Significance (2-tailed). [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

5. TARTIŞMA

Üriner inkontinans sosyal, hijyenik, psikolojik ve buna benzer sorunlara yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur. Geriatrik sendromlardan birisi olan Üİ'nin önemi yaşlanan popülasyonda gün geçtikçe artmaktadır.

Üriner inkontinans daha çok kadınları ve yaşlıları etkilemesine rağmen her yaşta ve her iki cinsiyette de görülür. Çalışmamızda katılımcıların % 28.4'ü (n=46) erkek, %71.6'sı (n=116) kadındı. Kadın/ erkek oranı 2.52 olarak saptandı. Burgio ve ark.'ın 3884 (1679 erkek ve 2205 kadın) katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada Üİ'si olan vakaların %75.3'ü kadın, %24.7'si erkek olarak saptanmıştır (142). Herzog ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada ise Üİ'si olduğu saptanan kadınların erkeklere oranının 2.88 olduğu görülmüştür (143). Çalışmamızda tespit ettiğimiz cinsiyete göre Üİ oranları önceki çalışmalara göre benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında 48'i hiç eğitim almamış (%29.6), 83'ü sadece ilköğretim almış (%51.2), 31'i ise ortaokul ve üzeri eğitim almış (%19.1) kişilerden oluşmaktaydı. TÜİK 2015 verilerine bakıldığında Türkiye'deki yaşlı nüfusun %21.9'unun okur yazar olmadığı, %43'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %16.2'sinin ise ortaokul ve üzeri eğitim almış olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki yaşlıların eğitim düzeyi ile TÜİK'nin verileri arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

Cinsiyete göre Üİ tipleri incelendiğinde çalışmamızdaki erkeklerin % 60'ında stres tip Üİ, %26'sında urge tip Üİ, % 13'ünde ise miks tip Üİ olduğu saptandı. Ülkemizde ve dünyada Üİ ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu kadınlar üzerine yapılmıştır. Erkekleri de ilgilileyen çalışmaların sayısının kısıtlı olmasından dolayı Üİ'si olan erkek hastaların verilerinde ciddi farklılıklar görülmektedir. Diokno ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada 152 erkek Üİ vakasının 12'sinde (%7.9) stres tip Üİ, 53'ünde (%34.9) urge tip Üİ ve 44'ünde ise (%28.9) miks tip Üİ saptanmıştır (144). Yoshimura ve ark.'ın 3224 erkeği kapsayan çalışmasında 60 yaş üstü grupta urge tip inkontinans stres tip inkontinansa göre yaklaşık 3 kat daha fazla bulunmuştur (145). Fernandez-Cuadros ve ark.'ın 372 erkek hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada ise stres tip Üİ % 86.67, urge tip Üİ % 5, miks tip Üİ ise % 8.33 olarak bulunmuştur (146). Olası prostat hastalığı ya da mesaneyi tam boşaltamama kaynaklı durumlarda öksürme, aksırma ya da fizik aktivite ile ortaya çıkan taşma tarzındaki inkontinans

yanlışlıkla stres Üİ olarak yorumlanabilir. Ayrıca özellikle erkek hastalara işeme öncesi ve sonrasında USG ile rezidü idrar bakılması ile tespit edilen yüksek rezidü idrar miktarının yine taşma inkontinans lehine değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenler daha önceki birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da erkek hastalarda Üİ tipinin belirlenmesinde zorluk ve kısıtlılıklar oluşturmıştır.

Kadınların Üİ tiplerinin oranlarına baktığımızda ise stres tip Üİ oranının %21.5, urge tip Üİ oranının %16.3 ve miks tip Üİ oranının %62.2 olduğu görüldü. Diokno ve ark.'ın yaptığı 1955 kişiyi kapsayan bir çalışmada %26.7 stres tip Üİ, %9.0 urge tip Üİ ve %55.5 miks tip Üİ saptanmıştır (144). Koçak ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada ise katılımcıların %25,6'sında urge tip, %33,1'inde stres tip ve %41,3'ünde ise mikst tip Üİ mevcuttu (147). Hunskaar ve ark.'ın 4 Avrupa ülkesini kapsayan çalışmada 65 yaş üstü kadınlarda stres inkontinans tipinin %31, urge inkontinans tipinin %22, miks inkontinans tipinin %41, diğer inkontinans tiplerinin ise %6 olduğu bildirilmiştir (148). Parazzini ve ark.'ın yaptığı çalışmada ise 62 yaş ve üzerindeki kadınlarda miks tip Üİ % 56.7, urge tip Üİ ise %19.4 olarak saptanmıştır (149). Farklı çalışmalarda farklı sonuçlar görülmekle birlikte bizim sonuçlarımıza göre kadın hastalarımızdaki Üİ tipleri diğer çalışmalara genel olarak paralellik göstermektedir. Erkek hastalarda bahsedildiği gibi, hastalara işeme öncesi ve sonrasında USG yapılarak tespit edilen yüksek miktardaki rezidü idrar, taşma tipi inkontinans lehine yorumlanabilir. Birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da Üİ tipinin belirlenmesinde sadece ICIQ-SF ölçeğinin kullanılması ve işeme öncesi-sonrası USG ile rezidü idrar miktarının değerlendirilmemesi farklı sonuçlar elde edilmesine yol açıyor olabilir.

Hastaların Üİ sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, erkek hastaların ort. puanı 8.17 ± 3.150 ve kadınların ort. puanı 9.71 ± 4.352 olarak saptandı. Koçak ve ark. 1012 Üİ'li kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada ort. ICIQ-SF puanını 8.92 ± 4.35 bulmuşlardır (147). İrer ve ark. 719 kadın üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada ICIQ-SF skorunu stres tip inkontinansa 7.5 ± 4 , urge tip inkontinansa ise 8 ± 3.9 olarak saptamışlardır (150). Harai ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise Üİ'si olan hastaların tipleri göz ardı edilerek ICIQ-SF ölçeğinden aldıkları ort. puanı 5.55 ± 2.50 olarak bulmuşlardır (151). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Kişilerin eğitim durumları ile Üİ sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça ort. ICIQ-SF skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptandı. Özerdoğan ve ark.'ın yaptığı 625 kadını kapsayan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça Üİ görülme sıklığı ve şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş görülmüştür (152). Ghafouri ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise düşük eğitim düzeyinin Üİ için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin Üİ için daha fazla farkındalığa, daha yüksek hijyene ve daha iyi yaşam tarzına sahip olduklarını göstermişlerdir (153). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi arttıkça Üİ'nin şiddeti azalmaktadır. Muhtemelen bu hasta grubunda daha fazla kişi tedaviye daha erken başlayarak ve tedavi uyumlarını daha yüksek tutarak Üİ'den daha az etkilenmektedirler. Bu sonuç diğer çalışmalardaki sonuçlarla benzerlik taşımaktadır.

İdrar kaçırın kimselere uygulanan yaşam kalitesi ölçeği olan İYKÖ ort. skorları kişilerin eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, hastaların eğitim düzeyi arttıkça İYKÖ ve alt gruplarından aldıkları puanların anlamlı seviyede arttığı saptandı. Yılmaz ve ark. Üİ'li 200 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan kişilerin İYKÖ ve alt gruplarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğunu göstermişlerdir (154). Aylaz ve ark. Üİ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen 1258 kadından oluşan çalışmalarında eğitim düzeyi ile İYKÖ ve alt gruplarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamışlardır (155). İYKÖ'nün alt ölçekleri davranışları sınırlama, sosyal yaşamı sınırlama ve psikolojik etkilenmeden oluşmaktadır. Çalışmamızda Üİ şiddeti eğitilmiş kişilerde eğitimsizlere göre daha düşük bulunduğu için dolayı, Üİ şiddeti daha düşük olan kişilerin İYKÖ yönünden daha az etkilenmesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca eğitilmiş kişilerin idrar kaçırma problemleri olsa dahi sosyal yaşantılarını kısıtlama miktarının eğitimsizlere göre muhtemelen daha az olacağını düşünmekteyiz.

Benlik saygısı düzeyini ölçen RBSÖ skorları kişilerin eğitim durumlarına göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü bir ilişki vardı. Herzog ve ark. Üİ'si olan erkek ve kadınları kapsayan 1288 kişilik çalışmalarında hem erkeklerde hem de kadınlarda benlik saygısının düşük olduğunu ancak

kadınlardaki benlik saygısının erkeklere göre daha kötü olduğu sonucunu çıkarmışlardır (156). Bizim çalışmamızda da kadınların benlik saygısı erkeklere göre daha kötü durumdaydı. İdrar kaçırma her iki cinsiyette de benlik saygısını olumsuz yönde etkilese de, ataerkil toplum yapısı kadınlardaki benlik saygısının erkeklere göre daha kötü olmasının diğer bir nedeni olarak düşünülebilir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği kişilerin gelir düzeylerine göre incelendiğinde, davranışları sınırlama alt grubu hariç diğer İYKÖ alt grupları ile gelir düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir farklılık görüldü. Yılmaz ve ark.'ın Üİ'si olan 200 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada gelir düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinde düşüş görülmüştür (154). Subak ve ark.'ın 293 kadın Üİ hastasında yaptıkları çalışmada, aile gelir düzeyi daha yüksek olan kişilerde inkontinansa bağlı yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur (157). Bizim çalışmamızda bu çalışmalara benzer sonuçlar vermiştir. Davranışları sınırlama alt grubunun gelir düzeyine göre anlamlı fark göstermemesi, davranışları sınırlama puanının gelir düzeyi ile direkt ilişkili olmayan sorulardan oluştuğu düşüncesindeyiz. Örneğin zamanında tuvalete yetişememe endişesi sorgulanan hastanın bu endişesi, gelir düzeyinden ziyade Üİ'nin sıklığı, şiddeti ve hastanın mobilite durumu gibi faktörlerle ilintili olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalıkların Üİ sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF üzerine olan etkilerini incelediğimizde koroner arter hastalığı, romatolojik hastalıklar, kanser ve serebrovasküler hastalığı olan kişilerde olmayanlara göre ort. ICIQ-SF skorunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Thom ve ark. 65 yaş ve üzeri 5986 hastayı kapsayan çalışmalarında konjestif kalp yetmezliğinin ve serebrovasküler hastalığın Üİ'nin gelişimi ve ağırlığı için risk oluşturan kronik hastalıklar olduğunu göstermiştir (158). Townsend ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise hipertansiyon, diyabetes mellitus ve astımın Üİ için bir risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir (159). Sohn ve ark. geriatric yaş grubunda Üİ ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında ise serebrovasküler hastalık, artrit ve düşme korkusu olanların Üİ açısından daha riskli olduğunu saptamışlardır (160). Romatolojik hastalık, kanser ve serebrovasküler hastalığı olanlarda muhtemelen mobilite kısıtlılığı ve polifarmasi nedeniyle, koroner arter hastalığı olanlarda ise hem diüretik kullanımı hem de olası kalp yetmezliği gelişimi

sonrası meydana gelen mobilite azalması ve kronik öksürük oluşumu Üİ'deki artışın nedeni olabilir.

Kişiler kabızlık durumlarına göre incelendiklerinde kabızlığı olanların ort. ICIQ-SF skorlarının olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Biswas ve ark. ve Ninomiya ve ark. da yaptıkları çalışmalarda kronik kabızlığın Üİ gelişimi ve şiddeti ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (161,162). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara paralel sonuçlar bulundu. Kabızlığın karın içi basıncını arttırması ve mesane üzerine olan baskısı Üİ'yi arttıran muhtemel sebep olacağını düşünmekteyiz. Mobilite kısıtlılığı da kabızlığı arttıran bir faktör olması nedeniyle kabız hastalarda daha sık görülen mobilite kısıtlılığı Üİ'ye katkı sağlıyor olabilir.

Obezite çağımızın en büyük sorunlarından birisidir. Kişilerin yaşam kalitesini düşürdüğü gibi, Üİ gibi birçok kronik hastalığın nedeni olarak da gösterilmektedir. VKİ ile Üİ'nin sıklık, şiddet ve etkilenme durumunu gösteren ICIQ-SF skoru arasındaki ilişkiye bakıldığında VKİ'si yüksek olan kişilerde ort. ICIQ-SF skorunda anlamlı derecede yükseklik mevcuttu. Lasserre ve ark.'ın 2183 Fransız kadın üzerinde yaptıkları çalışmada VKİ'si yüksek olanlarda Üİ'nin daha sık görüldüğü ve VKİ arttıkça özellikle miks tip Üİ olan kişilerin ICIQ-SF skorundan daha yüksek puan aldıkları gösterilmiştir (163). Townsend ve ark. da obezite ile Üİ arasında doğrusal bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (159). Buna karşın Peyrat ve ark.'ın yaptıkları çalışmada ise VKİ ile Üİ arasında bir ilişki saptanmamıştır (164). Bizim çalışmamızda da VKİ ile Üİ'nin şiddeti arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni olarak da artan karın içi basıncın ve azalmış mobilitenin buna neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kronik hastalık sayısı daha fazla olan kişilerde ort. ICIQ-SF skoru daha yüksek saptandı. Ayrıca kişilerin kullandığı ilaç sayısı arttıkça ICIQ-SF skorunun da anlamlı olarak yükseldiği görüldü. İlerleyen yaş ile birlikte kişilerde kronik hastalıklarda artış göstermektedir. Bizim çalışmamızda en az bir kronik hastalığa sahip olanlar %90'ın üzerindeydi. Özdemir ve ark. yaşlılarda kronik hastalık prevelansını ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %78.8'inde en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu saptamışlardır (165). Birçok ilaç grubunun Üİ gelişimi ve şiddetini arttırdığı bilinen

bir durumdur. Kişilerin kronik hastalık sayısı arttıkça kullanmak zorunda kalacağı ilaç sayısı da artacağından bu durum özellikle geriatrik hasta grubunu Üİ açısından olumsuz etkileyecektir.

Çalışmamızda Üİ'nin sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF ile inkontinans yaşam kalitesini ölçen İYKÖ ve alt grup puanları arasında yapılan değerlendirmede negatif yönde yüksek derecede anlamlı ilişki saptandı. Monz ve ark. 15 Avrupa ülkesini kapsayan ve 9487 Üİ'li kadın hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde inkontinans miktarı fazla olan kişilerin, İYKÖ'den ve alt gruplarından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düşüklük olduğunu göstermiştir (166). Lee ve ark. yaptıkları bir çalışmada Üİ'nin sıklığı ve şiddeti fazla olan kişilerin İYKÖ'den aldıkları puanların ciddi derecede düşük olduğunu göstermişlerdir (167). Güzelsoy ve ark. yaptıkları çalışmalarında da Üİ sıklığı ve şiddeti arttıkça kişilerin yaşam kalitelerinde azalma olduğunu göstermiştir (168). Bizim yaptığımız çalışmada da Üİ'nin sıklığı ve şiddeti arttıkça hastaların yaşam kalitesinde düşme gözlemlendi. Kişiler ailevi, arkadaş ve komşu ilişkilerinde idrar kaçırma endişelerinden dolayı sosyal ilişkilerini azaltma eğiliminde olabilirler. Ev dışında geçirilen zaman giderek azalabilir. Bunun sonucu olarak yalnızlaşma başlayabilir ve bu yalnızlaşma neticesinde kişilerin hayattan keyif almaları güçleşebilir. Üİ'si olan hastaların en çok etkilendikleri konulardan bir tanesi de çok sık iç çamaşırı değiştirmek ve banyo yapmak zorunda kalmalarıdır. Bundan dolayı kişiler dışarı çıktıklarında ya da komşu ziyaretine gittiklerinde yanlarında yedek kıyafet ve iç çamaşırı bulundurmak zorunda kalmaktadırlar. Toplumumuzda sık karşılaşılan güçlüklerden bir tanesi de özellikle namaz kılan kişilerde idrar kaçırma durumunun ibadet etmeyi güçleştirmesi ve bu kişilerde oluşturduğu anksiyetedir. Ayrıca idrar kaçırma cinsel yaşamı olumsuz etkileyen faktörlerden bir tanesi olarak tanımlanmaktadır.

Üriner inkontinansın sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ICIQ-SF ile benlik saygısını ölçen RBSÖ puanları karşılaştırıldığında aralarında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki saptandı. Herzog ve ark. Üİ'li erkek ve kadınları kapsayan 1288 kişilik çalışmalarında Üİ'si olanların olmayanlara göre anlamlı bir şekilde benlik saygılarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada inkontinans miktarı arttıkça benlik saygısında istatistiksel olarak anlamlı bir

düşüklük olduğu sonucu çıkmıştır (156). Bizim yapmış olduğumuz çalışmaya benzer şekilde kadın hastalardaki benlik saygısı erkek hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Brown ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise idrar kaçırma sıklığı ve şiddeti arttıkça benlik saygısında azalma göstermiş olup bu azalmanın genç yaşlılarda daha şiddetli olduğu sonucuna varmışlardır (169). İdrar kaçırma kişilerin hayat standartlarının düşmesinin yanında benlik saygılarını da derinden etkileyen istenmeyen bir durumdur. Kişiler genellikle idrar kaçırmayı küçük düşürücü, utanılacak bir eylem olarak gördüklerinden idrar kaçırmanın sıklığı ve şiddeti arttıkça kişilerin benlik saygısı da daha fazla azalmaktadır. Hastaların zihinlerinde sürekli olarak ‘Acaba idrar kaçırarak mıyım? Acaba kıyafetimin ıslaklığını fark edecekler mi?’ gibi sorular dolaşmaktadır ve bu istenmeyen durumdan kaçınmak için kişiler kendilerini sosyal bir izolasyona sokarak çevresinden ve arkadaşlarından uzaklaşma eğilimine girmektedirler. Ayrıca idrar kaçırma kişilerin kendilerine olan güvenlerinde ciddi zedelenmeye yol açabilir. Bu güven kaybının bu hasta grubundaki benlik saygısının azalmasına neden olan faktörlerden birisi olduğu düşünülebilir. Hem sosyal izolasyon hem de inkontinans ile yaşamının beraberinde getirdiği zorluklar kişileri depresyona daha yatkın hale getiriyor olabilir ve bunun da benlik saygısını azaltan faktörlerden birisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kişilerin mobilite durumlarını belirlemeye yarayan ZKYT ile Üİ’nin sıklık, şiddet ve etkilenme durumlarını gösteren ort. ICIQ-SF skoru arasında pozitif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Fritel ve ark. Üİ şiddeti ile denge ve mobilite fonksiyonlarının ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarına 1942 kadını dâhil etmişler ve ZKYT ile Üİ şiddetini istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişkili bulmuşlardır (170). Chiu ve ark. Taiwan’da yaptıkları bir çalışmada ise idrar kaçırmaları olanların olmayanlara göre ZKYT’den daha yüksek sonuçlar aldığını göstermiştir (171). Yaşlanmanın doğal süreci olarak hareket etmemizi sağlayan kemik, kas ve sinir dokularındaki kayıplar ve dejenerasyonlar neticesinde hareket kabiliyetinde azalmalar görülmesi beklenen bir durumdur. Yürüme hızının yavaşlaması sonucunda tuvalete yetişememe ile meydana gelen Üİ’ye ilaveten yaşlanmayla birlikte pelvik taban kaslarının kuvvet kaybı ve nöromüsküler iletim kayıpları bu duruma katkı sağlayan diğer faktörler olarak değerlendirilebilir. Üİ ile mobilite arasındaki ilişki daha önce birçok çalışmada

irdelenmiştir. Bizim çalışmamızda da mobilite azaldıkça Üİ'nin şiddetinde artma görülmüş ve bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Çalışmamızda ayrıca son bir yıldaki düşme sayısı ile ICIQ-SF skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Yukarda bahsettiğimiz mobilitayı azaltan tüm nedenlerin düşme sayısını arttırması, dolayısıyla da inkontinans sıklık ve şiddetini arttırması beklenebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların çok büyük çoğunluğu (%75.3) Üİ için daha önce hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Bilgili ve ark. kadınlarda Üİ sıklığı ve risk faktörlerini incelediği 543 hastayı kapsayan çalışmalarında Üİ'si olan hastaların % 41.4'ünün Üİ için daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu tespit etmişlerdir (172). Koçak ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada hastaların yaklaşık %15'i Üİ için daha önce bir sağlık kuruluşuna başvururken bu rakam Çin'de %25, Almanya'da ise %40 civarında bulunmuştur (147,173). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kişilerin sosyo-kültürel ve ekonomik durumları başta olmak üzere birçok faktörün bu oranlarda değişikliğe neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların %65.4'ü ise Üİ'yi hastalık olarak görmemekteydi. Üİ için daha önce sağlık kuruluşuna başvurmamayan hastalara neden başvurmamalarındaki ana neden sorulduğunda hastaların büyük kısmı (%63.9) yaşlanmayla birlikte idrar kaçırmanın normal bir durum olduğunu, %18'i idrar kaçırmanın kendilerini çok rahatsız etmediğini, %12.2'si ise muayene olmaktan çekindiğini/ utandığını belirtti. Teunissen ve ark. toplamda 370 hastayı kapsayan çalışmalarında hastaların yaklaşık yarısının birinci basamak aile hekimine başvurduğunu tespit etmişlerdir. Başvurmamayanlara neden başvurmadıkları sorulduğunda ise büyük çoğunluğu idrar kaçırmasının çok ciddi olmadığını, idrar kaçırmanın tedavisiyle ilgili bilgilerinin olmadığını ve ilerleyen yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşündükleri gibi cevaplar vermişlerdir (174). El-Azab ve ark.'ın yaptığı Ortadoğu kadınlarını kapsayan çalışmada ise hastaların yaklaşık % 80'inin daha önce Üİ için hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmadığı tespit edilmiştir. Başvuranların ise daha çok kocalarının cesaretlendirmesi, namaza ya da abdeste engel oluşturması ve idrar kaçırmanın sıklığı nedenlerinden dolayı başvurdıkları gözlenmiştir (175). Üriner inkontinans yaşam kalitesini ve benlik saygısını ciddi oranda azaltmasına rağmen belki de en çok göz ardı edilen hastalıkların başında

gelmektedir. Birçok yaşlı hasta idrar kaçırmayı hayatın normal bir süreci olarak görmekte olup tedavi arama yoluna gitmemektedir. Bir kesim hasta da idrar kaçırmaktan utandığı için bu durumu ailesine veya doktoruna/hemşiresine söylememektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda da Üİ'si olan hastaların başvurmama nedenleri sorgulandığında bizim çalışmamızda da olduğu gibi en çok verilen cevapların başında 'yaşlanmayla birlikte idrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünme' gelmektedir. Bunun dışında 'muayene olmaktan çekinme/ utanma', 'idrar kaçırmamanın çok rahatsız etmemesi' gibi nedenler özellikle göze çarpmaktadır. Bu yanlış inanış, tutum ve davranışların toplumsal, kültürel nedenlerden ya da eğitim düzeyi ile alakalı olabileceğini düşünmekteyiz. Yaşlılardaki Üİ farkındalığının artırılması ve bunun tedavisi olan bir hastalık olduğu bilincinin yerleştirilmesi için çalışmalar yapılmasının önemi yadsınmamalıdır.

Hastalara doktor/hemşirelerin Üİ'yi sorgulayıp sorgulamadıkları sorulduğunda hastaların %75.3'ü doktor/hemşire tarafından sorgulanmadığını belirtti. Kohler ve ark. yaptıkları çalışmada Üİ'nin hastaları psikolojik açıdan ciddi bir biçimde etkilediğini ancak idrar kaçırmamanın doktorlar ya da hemşireler tarafından çok fazla sorgulanmadığını göstermiştir (176). Welz-Barth ve ark. Almanya'da yürüttükleri bir çalışmada Alman hekimlerin idrar kaçırmayı sorgulama oranlarının çok düşük olduğunu belirtmişlerdir (177). Üİ hastalar tarafından göz ardı edildiği gibi sağlık çalışanları tarafından da sıkça göz ardı edilmektedir. Üİ'nin yönetimi sadece üroloji ya da kadın doğum doktorlarının değil tüm branş hekimlerinin ve hemşirelerin sorumluluğu altında olmalıdır. Tüm yaş gruplarında görülebilen Üİ, yaşlı hasta grubunda özellikle sorgulanması gereken durumların başında gelmektedir. Birinci basamakta yaşlı hastaların başvurma sebeplerine bakılmaksızın doktor ve hemşireleri tarafından idrar kaçırmama durumlarının sorgulanmasının doğru ve yerinde bir yaklaşım olacağını düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Dünyada yaşlı nüfus giderek artmakta olup yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sağlamak, yaşam kalitelerini arttırmak için yapılan çalışmalar daha çok önem kazanmıştır. Üriner inkontinans yaşlıları fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan derinden etkileyen bir sağlık sorunudur. Aile hekimliği birimlerinde takip edilen yaşlılarda Üİ ile ilgili sorunların irdelenmesi, Üİ'nin yaşlıların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin incelenmesi ve Üİ yönetiminde hasta ve hekim odaklı etkili olabilecek faktörlerin tespit edilmesini amaçladığımız bu araştırmaya göre ulaştığımız sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamıza göre eğitim düzeyi ve gelir seviyesi arttıkça Üİ'nin sıklığında ve şiddetinde azalma görülmüştür.
2. Vücut kitle indeksi yüksek olan kişilerde idrar kaçırma sıklığının ve şiddetinin daha fazla olduğu görülmüştür.
3. Kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça Üİ'nin sıklığı ve şiddeti artmaktadır.
4. Mobilitesi daha kötü ve düşme sayısı daha fazla olan kişilerin idrar kaçırma sıklığında ve şiddetinde artma görülmüştür.
5. Yaşlıların büyük kısmı Üİ'yi hastalık olarak görmemekte ya da bu durumu hayatın normal bir süreci olarak görmektedir.
6. Tüm basamak sağlık hizmetlerinde sağlık sunucularının Üİ'yi sorgulama oranları oldukça düşüktür.
7. Üriner inkontinans kişinin yaşam kalitesini ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir.
8. Cinsiyete göre İYKÖ'nün psikolojik etkilenme alt grubu hariç inkontinans yaşam kalitesi yönünden fark görülmezken, medeni duruma göre inkontinans yaşam kalitesi evlilerde evli olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
9. Erkek cinsiyette ve evlilerde benlik saygısının kadınlara ve evli olmayanlara göre daha iyi durumda olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

1. Üriner inkontinansı olan yaşlılar idrar kaçırmaktan utandıkları ve küçük düşme endişesi yaşadıkları için kendilerini ailelerinden, arkadaşlarından/komşularından izole etmeye çalışmaktadırlar. Bu durum yaşlıları ruhsal yönden derinden etkilemektedir. Üriner inkontinansla mücadele yaşlıların yaşam kalitesini ve benlik saygısını olumlu yönde etkileyecektir.
2. Toplumda eğitim ve gelir seviyesinin yükseltilmesi, sağlık çalışanlarının bu yaş grubunda Üİ'yi daha çok sorgulamaları sonucu erken tanı konup farkındalık oluşturulması ve Üİ tedavisi hakkında hastaların bilgilendirilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin ve benlik saygılarının artmasına katkıda bulunacaktır.
3. Geriatrik hasta gruplarının kendilerine has problemlerinden olan düşme, düşme korkusu ve mobilite azalması idrar kaçırmayı direkt olarak etkilediğinden dolayı bu durumlar göz ardı edilmemelidir.
4. Erkeklerde Üİ üzerine yapılan çalışmaların sayısının artması faydalı olacaktır.
5. Hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunucularının Üİ farkındalık düzeylerinin artırılması için, bu konuda eğitimler, seminerler, bilgilendirme toplantıları yapılması yerinde olacaktır.

Üriner inkontinans tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyeti de etkileyen, yaşamı tehdit etmese dahi yaşam kalitesini ve benlik saygısını ciddi oranda düşüren bir hastalıktır. Özellikle geriatrik popülasyonda görülme sıklığı daha fazla olan Üİ, yaşlı nüfusun giderek arttığı günümüzde her sağlık sunucusu tarafından sorgulanmalı, erken tanı konarak bir an önce tedaviye başlanmalı ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *Lancet* 2006;367:57-67.
2. Dugan E, Cohen J, Robinson D, Anderson R, Preisser J, Suggs P, Pearce K, Poehling U, McGann P. The quality of life of older adults with urinary incontinence: determining generic and condition specific predictors. *Quality of Life Research*, 1998;7:337-44.
3. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers WD. Urinary Incontinence And Depression. *The Journal Of Urology*. 1999;162:82-4.
4. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D, Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. Presented at the Twenty-Second Annual Meeting of the American Urogynecologic Society, Chicago, III, October 2001, 25-28.
5. Ann B, Broome S. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:35.
6. Diokno AC, Sand PK, Macdiarmid S, Shah R. and Armstrong RB. Perceptions and behaviours of women with bladder control problems. *Family Practice* 2006; 23:568-77.
7. Fultz N, Girts T, Kinchen K, Nygaard I, Pohl G, Sternfeld B. Prevalence, management and impact of urinary Incontinence in the workplace. *Occupational Medicine* 2005;55:552-7.
8. Yip SK, Cardozo L. Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2007;21(2):321-9.
9. Wilson L, Brown JS, Shin GP, et al. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 398-406.
10. Fung CH, Spencer B, Eslami M, Crandall C. Quality indicators for the screening and care of urinary incontinence in vulnerable elders. *J AmGeriatrSoc*. 2007;55 Suppl 2:S443-449.
11. Gray M. Assessment and management of urinary incontinence. *NursePract*. 2005 Jul;30(7):32-3, 36-43; quiz 43-45.
12. Di Rosa M, Lamura G. The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Aging Clin Exp Res* 2016; 28: 89-97.
- 13- Arısan K. Kadın Hastalıkları. 3. bs., İstanbul, Çeltük Matbaacılık, 1991
- 14- Gomel V, Munro MG, Rowe TC: Jinekoloji Pratik Yaklaşım (Çev: Doç. Dr. N. Erkut Atar). Özışık Ofset Matbaacılık 1995.
- 15- Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC: Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *American Journal of Public Health* 1999, 89: 209-12.
- 16- Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW: Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study. *British Journal of Obstetric and Gynecology*, 2005 97: 770-9.
- 17- Tetzchner T, Sorensen M, Jonson L, Lose G, Christiansen J: Delivery and pudental nerve function. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76: 324-31.

- 18- Yang X, Zheng H, Liao QP, Tao RX, Fu C, Peng XL, Wang D, Luan YQ: Mode of delivery on urinary incontinence. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2004, 39 662-5.
19. Grimby A, Milsom I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing*, 1993;22(2):82-9.
20. Bates P.,Bradley WE.,Glen E.,Melchior H.,Rowan D.,Sterling A.,Hald T. (Chairman) First Report on the Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *British Journal of Urology* 1976;48,39-42.
21. Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. *Am Fam Physician* 2013; 87(8): 543-50.
22. Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulth and old age. *Am Geriatr Soc* 1990; 38: 374-8.
23. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014; 2(2).
24. Kuyumcu M, Yeşil Y, Cankurtaran M.İç Hastalıkları Pratiğinde Önemszenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18: 91-9.
25. Ateşkan Ü, Mas M, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatric Dergisi* 2000; 3(2): 45-50.
26. Keane DP, O’Sullivan S. Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology *Baillie’re’s Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2000; 14(2): 207-226.
27. Patel KA, Chapple RCH. Anatomy of the lower urinary tract. *Surgery* 2008; 26(4): 127–32
28. Tanago EA: Anatomy of the lower urinary tract in Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, Stament TA (Eds): *Campbell’s Urology*. Philadelphia, WB Saunders. 1986 pp 46-61.
29. SnellRichard S.Pelvis Boşluğu Klinik Anatomi 1998;307:312-315
30. Sivrioğlu K. Mesane Anatomisi ve İşeme Fizyolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005; 51 (A): A16-A18
31. Gorsling JA, Dixon JS, Critchley HOD, et al. A comperative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles.*Br J Urol* 1981;53:35-41
32. Abrams P,Blaivas JG, Stanton SL,et al :The standardization of terminology lower tract function, *Scand J Urol Nephrol* 1988;114:5
33. Dere F.:Mesane ve Ürethra Anatomisinin Kavranması, *Abdomino-Pelvik Organlar. Anatomi*, 1988; 6:668-671
34. Adams C, Frahm J: Genitourinary system. In *saunders manuel of physical therapy practice*. WB Sounders Company, Philadelphia 1995, 459-504.
35. Brooks JD. Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia. In: *Campbell’s Urology*. Eds: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, 8th Edition, Saunders, Philadelphia 2002; 1: 41-80
36. DeLancey JOL,Clin.Obst&Gynecol. 1990;33:2:298-306

37. Raz S, Stothers L, Chopra A. Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolapse in Walsh C P, Retik A B, Vaughan E D, Wein A J. Eds. Campbell's Urology, 7thEd., USA: Saunders Company, 1998, 1060-92
38. Huisman AB: Aspects on the anatomy of the female urethra with special relation to urinary incontinence Contrib Gynecol Obstet 1983 10:1-31
39. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clin Obstet Gynecol. 2004, 47(1): 3-17.
40. Elenskaia Ksenia, T.R., Sultan Abdul H., Scheer Inka, Onwude Joseph Effect of childbirth on pelvic organ support and quality of life: a longitudinal cohort study. Int Urogynecol J 2013. 24: p. 927-937.
41. Güner H: Üriner inkontinanslara genel bakış. Ürojinekoloji. Güneş Yayıncılık, Ankara 2000, 19-19.
42. Walters, Mark D, Karram Mickey M. Neurophysiology of the lower urinary tract Clinical Urogynecol 1993;2:17-19
- 43- DeLancey JOL, Richardson AC. Anatomy of genital support. in Hurt WG. Ed. Urogynecologic Surgery, Gaithersburg IL, Rockville MD. Aspen Publishers, 1992: 19-33.
44. Walters MD, Karam MM: Neurophysiology of the lower urinary tract Clinical Urogynecol 1993, 2:17-9.
45. Guerette N, Sands DR, Davila GW. Primary Evaluation of the Pelvic Floor. Davila GW, Ghoniem GM, Wexner SD (Editors). Pelvic Floor Dysfunction. London: Springer; 2009. 27-34. 91
46. Karateke A. Üriner İnkontinaslı Hastada Spesifik Ürojinekolojik Testler. Yalçın Ö (Editör). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 177-9
47. Antonakos CL, Miller JM, Sampsel CM. Indices for studying urinary incontinence and levator ani function in primiparous women. J Clin Nurs 2003; 12(4):554-61
48. de Oliveira C, Lopes MA, Carla Longo e Pereira, Zugaib M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. Clinics (Sao Paulo) 2007; 62(4):439-46.
49. Riesco ML, Caroci AS, de Oliveira SM, Lopes MH. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation. Rev Lat Am Enfermagem 2010; 18(6):1138-44.
50. Dallosso Helen M, M.C., Matthews Ruth J., Donaldson Madeleine M.K., The Leicestershire MRC Incontinence Study Group, Nutrient Composition of the Diet and the Development of Overactive.
51. Arıncı K, Elhan A. Ürogenital sistem. Anatomi, Ankara: Güneş Kitabevi, 2001: 334-6.
52. Hatipoğlu T. Üreme sistemi. Anatomi ve Fizyoloji, 6. Baskı. Ankara, Hatioğlu Yayınevi, 2003: 235-6
53. Chermansky C, Moalli PA. Role of pelvic floor in lower urinary tract function. Auton Neurosci 2015. Erişim: <http://dx.doi.org/10.1016/j.autneu.2015.06.003> Erişim tarihi 27.06.2016
54. Herschorn S. Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs. Reviews in Urology 2004; 5: 2-10.

55. Yalçın Ö: Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ürojinekoloji (Ed: Kişnişçi H). Güneş Kitabevi, 1996, Ankara 730-747.
56. Çoşkun A. Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Ed:Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002, 1-17.
57. Yalçın Ö: Pelvik taban bozukluklarının fizyopatolojisi. Ürojinekoloji (Ed: Güner H). Atlas Kitapçılık, 2000, Ankara 11-8.
58. Kişnişçi HA: Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara 1996.
59. Çayır G., Üriner İnkontinans Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalara Yönelik Yaklaşım. Ed: Kızılkaya B.N., Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. 1. Baskı, Emek Matbaacılık İstanbul, 2002: s. 103-120.
60. Yalçın Ö. Üriner İnkontinansa Genel Bakış. Ed. Güner H., Ürojinekoloji, Ankara: Atlas Kitapçılık, 2000, 19-27.
61. Erol A. Ürokinamik Testler, Uroflow, Tek ve Multikanal Sistometri, Üretral Basınç Profilometri, Videourodinami. Yalçın Ö (Editör). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 191-219.
62. Özyurt C, Şimşir A. Miksiyon Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması. Yalçın Ö (Editör). Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. 21-6.
63. Abrams P, Artibani W. Definitions, classification and types of urinary incontinence. In: Abrams P, Artibani W, eds. Understanding Stress Urinary Incontinence. Berlarij: Eli Lilly and Company and Boehringer Ingelheim; 2004. p.19-21
64. Nitti VW, Blaivas JG. Urinary incontinence: Epidemiology, pathophysiology, evaluation, and management overview. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, eds. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p.2046-78
65. Jerry G B, Lauri J R, Dianne M H. Urinary incontinence: pathophysiology, evaluation, treatment overview and nonsurgical management. In Walsh C P, Retik A B, Vaughan E D, Wein A J. Eds. Campbell's Urology. 7th Ed., USA: Saunders Company, 1998: 1007-1036.
66. İnci K, Ergen A. Urinary incontinence in the elderly and its pharmacological treatment. Turkish Journal of Geriatrics 2009; 13: 59-66.
67. Vogel SL. Urinary Incontinence in the Elderly. The Ochsner Journal 2001; 3(4): 214-8.
68. Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Urinary Incontinence in Adults: Acute and Chronic Management. Clinical Practice Guideline, No. 2, 1996 Update, AHCPR Publication No. 96-0682, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD.
69. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wem A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international Continence Society. Neurourology and Urodynamics 2002, 21: 167-78.
70. Yaman LS, Göğüs D, Müftüoğlu YZ, Küpeli S, Anafarta K, Şafak SM, Arkan N: Üroloji. 1. bs. Güneş Kitabevi, Ankara 1990.

71. Pernol ML: Çağdaş obstetrik, jinekolojik teşhis, tedavi. 2. cilt. Barış Kitabevi, İstanbul 1994.
72. Atasü T . Jinekoloji. Üniversal Dil Hiz. ve Yayıncılık, İstanbul 1996
73. Ergen A, Arıkan N, Arslan M: Jinekolojik üroloji. Temel üroloji (Ed: Anafarta K, Göğüş O, Bedük O, Arıkan N). Güneş Kitabevi, Ankara 2000, 409-46.
74. Manasera F, Chapple CR. Urinary incontinence in Adults, Surgery (Oxford), 2005; 23: 101-7.
75. Smith, P.P., McCrery, R.J., Appell, R.A. (2006). Current Trends in The Evaluation and Management of Female Urinary Incontinence. Canadian Medical Association Journal, 175(10):1233-1240.
76. Basa, E, Öztürk, G.Z., Toprak, D., ve ark. (2012). 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni; 46: 4.
77. Gibbs RS, Ayhan A, Danforth, D.N. (2010). Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 2nd ed. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri
78. Hay, S. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Review). The Cochrane Library; 12.
79. Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Jameson, J., Kasper, D., Longo, D. and Loscalzo, J. (2008). Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. New York: Mcgraw-hill.
80. Kızılkaya Beji, N. (Edi) (2002). Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı. Emek Matbaacılık, İstanbul.
81. Kızılkaya N, Yalçın Ö. (1998). Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Uygulanan Fonksiyonel Elektriksel Stimülasyon ve Kegel Egzersizinin Pelvik Kas Gücü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
82. Uncu G, Özdi M. Alt Üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri. Editör; Yalçın Ö. Temel Ürojinekoloji, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2009; 41-7
83. Yavuz BB. Üriner inkontinans. Erişim: http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2008-02/html/2008-15-2-065-073.htm, 2015
84. Staskin DR. Age related physiological and pathologic changes affecting lower urinary tract function. Clin Geriat Med 1986;2:701-10.
85. Nitti VW. The Prevalence of Urinary Incontinence. Rev Urol 2001; 3: 2-6.
86. Leroy LS, Lopes MHB, Shimo AKK. Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. Text Context Nursing Florianópolis 2012; 21: 692-701.
87. Graham CA, Mallett VT. Race as a predictor of urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol 2001; 185: 116-20.
88. Kelleher C, Epidemiology and Classification of Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L., Urogynecology, New York, 1997: p. 3-23
89. Coşkun A, Şahin Hotun N, Kızılkaya N. ve ark. (1997). Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri İle Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. TC İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü, Araştırma Fonu, Proje No: 774/131295, İstanbul, 89-91

90. Balcı UG, Balcı U, Öngel K. Obez Hastalarda Aşırı Aktif Mesane Semptomlarının OAB-V8 Formu ile Değerlendirilmesi. Yeni Üroloji Dergisi 2013;8(3):6-11
91. Pinto AM, Subak LL, Nakagawa S, Vittinghoff E, Wing RR, Kusek JW, et al. The effect of weight loss on changes in health-related quality of life among overweight and obese women with urinary incontinence. Qual Life Res 2012;21(10):1685-94.
92. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women effect of surgically induced weight loss. Am J Obstet Gynecol 1992;167:392-9.
93. Rogers RG, Leeman LL. Postpartum Genitourinary Changes. Urol Clin North Am 2007; 34: 13-21
94. Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. Journalagent 2005; 2: 37-42
95. Herbert J. Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. Nurs Times 2009; 105: 38-41.
96. Heydari F, Motaghd Z, Abbaszadeh F. Could urinary tract infection cause female stress urinary incontinence? a clinical study. Nephro Urology Monthly 2016; 8(1): e33571.
97. Liu B, Wang L, Huang SS. et al. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. Int J Clin Exp Med 2014; 7(3): 686-96.
98. Keane DP, Winder A, Lewis P, A combined urodynamic and continenceunit-A review of the first 19 years. British Journal of Urology 1993; 71:161-165.
99. Bump RC, McClish DK. Cigarette Smoking and Pure Genuine Stres Incontinence of Urine: A Comprison of Risk Factors and Determinants Between Smokers and Non- smokers, American Journal of Obstetric and Gynaecology. Vol:170, 1994-579-82.
100. Vale J.A., Trott K.R., Withfield H.H., Post-radiotherapy Bladder Dysfunction adenervation Disorder? Neurology and Uradynam 1991; 10 (4): 349-350.
101. Ashton-Miller, J.A., Howard, D. and DeLancey, J.O.L. (2001). The Functional Anatomy of The Female Pelvic Floor and Stress Continence Control System, Scand J Urol Nephrol Suppl, 207: 1-7.
102. Leśniczak, B., Krasomski, G., Stelmach, W., Kowalska, A. (2007). Urinary Incontinence in Women as A Health and Social Problem. Advances in Medical Sciences,•Vol. 52, Suppl. 1: 93-96.
103. Zurakowski TL. (2006).The Genitourinary and Renal Systems. In: Tabloski PA, Editor. Gerontological Nursing. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006. p. 518-533.
104. Demirci N, Coşar F. Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 16(3): 35-40.
105. Brunner LS.Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing. 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
106. Canobbio MM. Mosby's Handbook Of Patient Teaching, St. Louis: Mosby; 2000.
107. Can Güler T, Yağcı N. Urinary Incontinence in Women and Physical Therapy. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2006; 11: 205-218.

108. Grant L. (2001). Urological Investigations. In: Downey P Editor. Introduction to Urological Nursing. London: Whurr; 2001. p. 75-78.
109. Kaplan S, Demirci N. Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Metotları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (13): 1-14.
110. Newman DK. Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Focus on Behavioral Interventions. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal 2001. 1(1). URL:<http://www.medscape.com/viewarticle/408405>. November 21, 2011.
111. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract 2009; 63: 1122-3.
112. Karan A. Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Rehabilitasyon programları. In: Yalçın Ö. Editör. Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. s. 305-315.
113. Pringle-Spect JK. 9 Myths of Incontinence in Older Adults. Am J Nurs 2005; 105(6): 58-68.
114. DuBeau CE. Urinary Incontinence. Current Geriatric Diagnosis & Treatment. In: Landefeld CS, et al. Editors. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2004. p. 239-246.
115. Wise B., Physiotherapy. Ed: Cardoza L., Urogynecology, New York, 1997: p. 583- 594104- Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. Int Urogynecol J. 1995;6:282-291.
116. Demirci H, Kızılkaya BN. Üriner inkontinans tedavisinde, uygulanan konservatif tedavi yöntemleri. Hemşirelik Forumu. 1999;2:102-8.
117. Kızılkaya Beji N. (2009). Üriner Günlük ve Mesane Eğitimi. In: Yalçın Ö. Editör. Temel Ürojinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009. s. 283-291.
118. Yıldız N, Sarsan A, Ardiç F. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans ve Konservatif Tedavi Yaklaşımları. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi 2009; 12: 42-50.
119. Newman DK. Behavioral Treatments. In: Vasadova SP, Appell RA, Sand PK, Raz S, Dekker M, Editors. Female Urology, Urogynecology and Voiding Dysfunction. New York: Marcel Dekker; 2005. p. 233-265.
120. Ülger Z, Halil MG. Üriner ve Fekal İnkontinans. In: Arıoğlu S, Editör. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: MN Medikal&Nobel Yayınevi; 2006. s. 307-315.
121. Theodore MJ, Ouslander JG. Incontinence. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, Higin KP, Astana S, Editors. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 717-730.
122. Anders K. Coping Strategies for Women with Urinary Incontinence. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 2000; 14(2): 355-361.
123. Borrie MJ, Bawden M, Speechley M, Kloseck M. Interventions Led by Nurse Continence Adviser in the Management of Urinary Incontinence: A Randomised Controlled Trial. CMAJ 2002; 166(10): 1267-73.

124. Fischer W, Linde A Pelvic floor findings in urinary incontinence--results of conditioning using vaginal cones. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 ;76(5):455-60.
125. Jeter KF. Pelvic Floor Muscle Exercises With Or Without Biofeedback For The Treatment Of Stress İncontinence *Prob Urol* 1991-5(1) 72-74.
126. Nygaard IE, Kreder KJ. Pharmacologic therapy of lower urinary tract dysfunction. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2004; 47:83-92.
127. Griebing, T.L., Nygaard, I.E., “ The Role of Estrogen Replacement Therapy in the Management of Urinary İncontinence and Urinary Tract Infection in Women,” *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* 1997, 26(2):347-60.
128. Stanton SL, Cardozo LD, Kerr-Wilson R. Treatment of delayed onset of spontaneous voiding after surgery for incontinence. *Urology.* 1979 May;13(5):494-6.
129. Franco AVM, Fynes MM. Surgical treatment of stress incontinence. *Current Obstet Gynecol* 2004;14:405-11.
130. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi, Başak O, Saatçi E, Çev.Ed., Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan 2011: 13-14.
131. Şensoy N. Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı ve Yasal Sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Fam MedSpecial Topics* 2014;5(1):26-32.
132. Dişçigil G. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı. *Türk Aile Hek Derg* 1997;1(1):29-30.
133. Özerdoğan ÖN. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Üniv; 2003.
134. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Goyoh M, Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neuroul Urodynam,* 2004;23(4):322-30.
135. Çetinel B, Özkan B, Can C. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi,* 2004;30:332-8.
136. Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi.* 2005;31(2):246-52.
137. Tunçay Uz S. Özdiñler AR. Erdiñler DS. (2011). Geriatrik hastalarda düşme risk faktörlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics,* 14 (3): 245-252.
138. Kaya T. Karatepe AG. Avcı A. Günaydın R.(2012) Yaşlılarda düşme korkusu ve düşmeye karşı yetkinlik. *Türk Geriatri Der.,* 15:(3) 261.
139. Dönmez Balcı B, Kara B, Dönmez Çolakoğlu B.Çakmur R.(2010) Parkinson Hastalarında Ev Programı Egzersizlerinin Denge ve Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Der.,* 47: 53-7.
140. Çiğçili S. Ünalın PC. Yaşlılarda fonksiyonel kayıplara yaklaşım.*Türk Aile Hek Derg* 2004; 8 (4):166-173

141. Çuhadaroğlu, F. (1986), 'Adolesanlarda Benlik Saygısı', Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara, 1986.
142. Burgio KL, Ives DG, Locher JL, Arena VC, Kuller LH. Treatment seeking for urinary incontinence in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1994 Feb;42(2):208-12.
143. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol.* 1990 Mar;45(2):67-74.
144. Diokno AC, Brock BM, Brown MB, Herzog AR. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol.* 1986 Nov;136(5):1022-5.
145. Yoshimura K, Nakayama T, Sekine A, Matsuda F, Kosugi S, Sugino Y, Yoshimura K, Ogawa O; Nagahama Cohort Research Group. Prevalence of postmicturition urinary incontinence in Japanese men: comparison with other types of incontinence. *Int J Urol.* 2013 Sep;20(9):911-6.
146. Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Geanini-Yagüez A, Ciprián-Nieto D, Padilla-Fernández B, Lorenzo-Gómez MF. Male Urinary Incontinence: Associated Risk Factors and Electromyography Biofeedback Results in Quality of Life. *Am J Mens Health.* 2016 Nov;10(6):NP127-NP135.
147. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Eur Urol.* 2005 Oct;48(4):634-41.
148. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004 Feb;93(3):324-30.
149. Parazzini F, Chiaffarino F, Lavezzari M, Giambanco V; VIVA Study Group. Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG.* 2003 Oct;110(10):927-33.
150. İrer B, Şen V, Demir Ö, Bozkurt O, Esen A. Üriner inkontinans alt tiplerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri: doktora başvurmada üriner inkontinans alt tipinin önemi var mı? *Ortadoğu Tıp Dergisi.* 2018;10 (1): 8-12.
151. Harai M, Oura A, Yoshikawa Y, Mori M. Assessing weight and other factors associated with the urinary incontinence of elderly women: a cross-sectional study. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 2013 Feb;60(2):79-86.
152. Ozerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;58(3):145-50.
153. Ghafouri A, Alnaimi AR, Alhothi HM, Alroubi I, Alrayashi M, Molhim NA, Shokeir AA. Urinary incontinence in Qatar: A study of the prevalence, risk factors and impact on quality of life. *Arab J Urol.* 2014 Dec;12(4):269-74.
154. Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014; 2(2): 1-14.

155. Aylaz R, Işık K, Bayır B, Yetiş G. Üriner İnkontinansın 65 Yaş ve Üzeri Kadınların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5 (2):19-25.
156. Herzog AR, Fultz NH, Brock BM, Brown MB, Diokno AC. Urinary incontinence and psychological distress among older adults. Psychol Aging. 1988 Jun;3(2):115-21.
157. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, Bradley CS, Grady D; Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group. The ‘costs’ of urinary incontinence for women. Obstet Gynecol. 2006 Apr;107(4):908-16.
158. Thom DH, Haan MN, Van Den Eeden SK.. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. Age Ageing. 1997 Sep;26(5):367-74.
159. Townsend MK, Lajous M, Medina-Campos RH, Catzin-Kuhlmann A, López-Ridaura R, Rice MS. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. Int Urogynecol J. 2017 May;28(5):769-776.
160. Sohn K, Lee CK, Shin J, Lee J. Association between Female Urinary Incontinence and Geriatric Health Problems: Results from Korean Longitudinal Study of Ageing (2006). Korean J Fam Med. 2018 Jan;39(1):10-14.
161. Biswas B, Bhattacharyya A, Dasgupta A, Karmakar A, Mallick N, Sembiah S. Urinary Incontinence, Its Risk Factors, and Quality of Life: A Study among Women Aged 50 Years and above in a Rural Health Facility of West Bengal. J Midlife Health. 2017 Jul-Sep;8(3):130-136.
162. Ninomiya S, Naito K, Nakanishi K, Okayama H. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Japanese Women. Low Urin Tract Symptoms. 2017 Aug 1.
163. Lasserre A, Pelat C, Gue'roult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, Ciofu C, Emmanuel D, Montefiore, Fabia'n P. Alvarez, Bloch J. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. Eur Urol. 2009 Jul;56(1):177-83.
164. Peyrat L, Haillot O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. BJU Int 2002; 89: 61–6.
165. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi; 2005. 27(3): 89 – 94.
166. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, Wagg A, Quail D, Castro R, Chinn C. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. European Urology 51 (2007) 1073–1082.
167. Lee KS, Choo MS, Seo JT, Oh SJ, Kim HG, Ng K, Lee KJ, Tan JT, Kim JC. Impact of overactive bladder on quality of life and resource use: results from Korean Burden of Incontinence Study (KOBIS). Health Qual Life Outcomes. 2015 Jun 26;13:89.

168. Guzelsoy M, Demirci H, Coban S, Belkiz Güngör B, Ustunyurt E, Isildak S. Impact of urinary incontinence on quality of life among residents living in Turkey. *Urol J*. 2014 May 6;11(2):1447-51.
169. Brown JS, Subak LL, Gras J, Brown BA, Kuppermann M, Posner SF. Urge incontinence: the patient's perspective. *J Womens Health*. 1998 Dec;7(10):1263-9.
170. Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P. Mobility Impairment Is Associated With Urge But Not Stress Urinary Incontinence In Community-Dwelling Older Women: Results From The Ossebo Study. 2013; 120: 1566-74.
171. Chiu AF, Huang MH, Hsu MH, Liu JL, Chiu JF. Association of urinary incontinence with impaired functional status among older people living in a long-term care setting. *Geriatr Gerontol Int*. 2015 Mar;15(3):296-301.
172. Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(4):487-93.
173. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*. 2009 Jul-Aug;16(4):831-6.
174. Teunissen D, van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. *Br J Gen Pract*. 2005 Oct;55(519):776-82.
175. El-Azab AS, Shaaban OM. Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. *BMC Womens Health*. 2010 Jan 27;10:3.
176. Kohler M, Mayer H, Kesselring J, Saxer S. (Can) Not talk about it - Urinary incontinence from the point of view of stroke survivors: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2018 Mar;32(1):371-379.
177. Welz-Barth A, Füsgen I, Melchior HJ. 1999 rerun of the 1996 German Urinary Incontinence Survey: will doctors ever ask? *World J Urol*. 2000 Dec;18(6):436-8.

ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Mustafa KOLKIRAN
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: Karaisalı / 09.05.1988
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce / İyi düzeyde
A.4.	Görev yeri: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): m.kolkiran@hotmail.com / 05065928915

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 2013
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Asistan

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Adana İli Tufanbeyli İlçesi Acil Servisi 2013-2013 G.O.P Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye Kliniği 2014-2014 S.B.Ü. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2015-Halen
------	---

EKLER



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Birinci Basamakta Takip Edilen Yaşlı Hastaların Üriner İnkontinans ile İlgili Yaşadığı Güçlükler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi

Bu anketin amacı **Birinci Basamakta Takip Edilen Yaşlı Hastaların Üriner İnkontinans ile İlgili Yaşadığı Güçlükler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesidir**. Anket kapsamında elde edilecek verilerin birinci basamakta üriner inkontinans farkındalığını artırmasını ve yaşlıların yaşam kalitesine katkıda bulunmasını ümit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:
Tarih:
Aile Sağlığı Merkezi: 01 Aile
hekimliği birimi

A. Demografik Veriler:

1. Adı soyadı:
2. Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın
3. Yaşınız: ____ yıl
4. Medeni durumu nedir? ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Bekar
5. Kiminle yaşıyorsunuz?
☐ Yalnız yaşıyor ☐ Sadece eşiyle ☐ Eşi ve çocuklarıyla ☐ Sadece çocuklarıyla ☐ Diğer birileriyle
6. Eğitim durumunuz nedir?
☐ Eğitim almamış ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite
7. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Çalışmıyor ☐ Ev hanımı ☐ Evet çalışıyor
☐ Emekli
8. Gelir durumunuz nedir? ☐ <1400 TL ☐ 1400-2500TL ☐
>2500

9. Yaşadığınız yer hangi tanıma uyar? ☐Şehir merkezi ☐İlçe merkezi
☐Köy

B. Antropometrik Ölçümler: TA: / mm/Hg
Ağırlık: kg Boy: cm VKİ:
Bel çevresi: cm Baldır çevresi: cm Kol çevresi :
. cm

C. Katılımcıların hastalıkları ve ilaç kullanım durumları

1. Kronik hastalığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
2. Kronik hastalık sayısı? adet
3. Diğer tıbbi durumları: ☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐
Koroner arter hastalığı ☐ Astım/KOAH/Allerji ☐ Romatolojik hast. ☐
Prostat ☐ Epilepsi ☐ Tiroid hast ☐
Kanser ☐ Serebrovasküler hastalık ☐
Diğer ☐
4. Kullandığı ilaçlar ve sayısı:

5. Son 1 yılda düşme yaşadınız mı?

- ☐ Hiç düşmedim ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla

D.Üriner inkontinans ile ilgili genel bilgiler

1. Ne kadar süredir idrar kaçırma şikayetiniz vardır? ay
2. Ne sıklıkla idrar kaçırma şikayetiniz oluyor?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 2 ya da 3 kez ☐ Günde 1 kez ☐
Günde birkaç kez ☐ Sürekli
3. Sizce ne kadar idrar kaçırıyorsunuz? (Miktar olarak)
☐ Çok az ☐ Az ☐ Orta ☐ Fazla ☐ Çok fazla
4. İdrar kaçırmayı hastalık olarak görüyor musunuz?
☐ Hiç ☐ Az ☐ Orta ☐ Fazla ☐ Kesinlikle
5. İdrar kaçırma hayatınızda en çok neyi etkiliyor?

6. İdrar kaçırma şikayeti ile ilgili daha önce hiçbir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?
☐ Hayır ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla kez
7. Başvurmadıysanız nedeni ne idi?
☐ Yaşla birlikte idrar kaçırmanın normal olduğunu düşünüyorum
☐ Muayeneye gelmek için vakit bulamıyorum
☐ İdrar kaçırma beni çok rahatsız etmiyor
☐ Muayene olmaktan çekiniyorum/ utanıyorum
☐ Çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olarak düşünüyorum.
☐ Diğer

E. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerin sorgulanması

1. Kaç gebelik geçirdiniz? adet
2. Kaç tane sezeryan oldunuz? adet
3. Epizyotomi yapıldı mı?
☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla
4. Kaç tane normal doğum yaptınız? adet
5. Zor doğum oldu mu?
☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla
6. 4 Kg ve üzeri bebek doğurdunuz mu?
☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla
7. Uzamış doğum oldu mu? (24 saatten uzun)
☐ Hiç ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla
8. Rahim sarkmanız var mı?
☐ Hayır ☐ Çok az ☐ Az ☐ Fazla ☐ Çok fazla

F. Üriner inkontinansa neden olabilecek faktörlerin sorgulanması

1. Sigara kullanıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Evet (. Paket/yıl) ☐ Bırakmış (. Paket/yıl)
2. Kronik kabızlığınız var mı? (Son 1 yılın en az toplam 3 ayında)
☐ Hayır ☐ Evet
3. Prostat ile ilgili bir operasyon geçirdiniz mi?
☐ Hiç olmadı ☐ 1 kez ☐ 2 kez ☐ 3 kez ☐ 3'ten fazla
4. Fekal inkontinansınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
5. Günlük kaç bardak sıvı tüketirsiniz? bardak

G. Üriner inkontinans farkındalık ve tedavi durumlarının sorgulanması

1. İdrar kaçırma şikayetinizi çekinmeden kim ya da kimlerle paylaşabilirsiniz?
☐ Aile ☐ Arkadaş/komşu ☐ Doktor/ hemşire ☐ Diğer
2. Gittiğiniz Doktor/hemşire idrar kaçırma şikayetinizi sorgular mı?
☐ Hiç ☐ Çok nadir ☐ Arada ☐ Sık ☐ Her zaman

3. İlk tanınız nasıl kondu?
☐ Şikayeti kendim belirttim ☐ Doktor/hemşire sordu ☐ Arkadaş/komşu yönlendirmesi
4. İdrar kaçırma şikayetiniz başladıktan ne kadar süre sonra doktora başvurdunuz? .
.... ay
5. Üriner inkontinans tedavisi için ne yapıyorsunuz?
☐ Yaşam tarzı modifikasyonu ☐ Davranışsal tedavi ☐ Medikal tedavi ☐ Cerrahi tedavi ☐ Hiç
6. Yaşam tarzı modifikasyonu için neler yapıyorsunuz?
☐ Kilo verme ☐ Dengeli sıvı alımı ☐ Kafeinli içeceklerden uzak durma
☐ Lifli gıdalar tüketme
7. Davranışsal tedavi için neler yapıyorsunuz?
☐ Mesane eğitimi ☐ Kegel egzersizleri
8. Üriner inkontinans için ilaç tedavisi aldınız mı?
☐ Hayır ☐ Evet
9. Ne kadar süre tedavi aldınız? ay
10. Ne kadar iyileşme (fayda) gördünüz?
☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Az ☐ Fazla ☐ Çok fazla
11. İlacı bıraktıysanız nedeni ne idi?
12. İdrar kaçırma şikayeti ile ilgili herhangi bir cerrahi operasyon geçirdiniz mi?
☐ Hayır ☐ Evet
13. Tedavilerden sonra aktivitelerinizde ne kadar düzelme oldu?
☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Az ☐ Fazla ☐ Çok fazla

Zamanlı Kalk Ve Yürü Testi

The Timed Up and Go (TUG) Test

Geçen Süre: ----- saniye	Var olanları işaretleyin:	
Yaşlı bir birey bu testi 12 saniyeden daha uzun sürede tamamlıyorsa düşme riski vardır	☐ Yavaş ve değişken tempo	☐ Denge kaybı
	☐ Kısa adım aralığı	☐ Kol sallama kısa ya da yok
	☐ Duvara tutunuyor.	☐ Ayaklarını sürüyor
	☐ Kalıp gibi dönüyor	☐ Yürüme araçlarını düzgün kullanmıyor

İCİQ-SF

Sayı :

Bugünün tarihi

(GÜN/AY/YIL)

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

İCİQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

GİZLİ

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

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

2) Cinsiyet

Kadın

Erkek

3) Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

hiçbir zaman	0
haftada bir veya daha seyrek gibi	1
haftada iki veya üç kez	2
günde bir kez gibi	3
günde birkaç kez	4
her zaman	5

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz?

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)

(Bir kutuyu işaretleyin)

hiç	0
az miktarda	2
orta derecede	4
çok miktarda	6

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç bir şekilde										çok fazla

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

6) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

- hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....
- tuvalete yetişemedim idrar kaçıyorum....
- öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....
- uyurken kaçıyorum....
- hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....
- işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
- belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
- her zaman kaçıyorum....

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (İYKÖ)

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

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

T.C
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Toplantı Sayısı: 7
Tarih: 13.09.2017
Karar No: 118

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde **Uzm.Dr.Hüseyin AKSOY'un** sorumlu araştırmacı ve danışman, **Dr. Mustafa KOLKIRAN'nın** yardımcı araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen, "**Birinci Basamakta Takip Edilen Yaşlı Hastaların Üriner İnkontinans ile İlgili Yaşadığı Güçlükler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi**" başlıklı TEZ araştırma projesi, hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda görüşüldü ve ilgili projenin etik açıdan bir sakınca içermediği tespit edildiğinden, projenin yapılmasının **UYGUN** olduğuna oybirliğiyle karar verildi.

BAŞKAN	Doç. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK İç Hastalıkları	
BAŞKAN YARDIMCISI	Doç. Dr. Ganiye Begül KÜPELİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
DEĞERLENDİRİCİ ÜYE	Op. Dr. Talih ÖZDAŞ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
ÜYELER	Doç. Dr. Yarkin ÖZENLİ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	Doç. Dr. Zikret KÖSEOĞLU Acil Tıp	
	Doç. Dr. Banu KARA Gastroenteroloji	
	Uzm. Dr. Sefa ARLIER Kadın Hastalıkları ve Doğum	
	Uzm.Dr. Havva KUBAT Tıbbi Farmakolog	
	Uzm. Dr. Saliha Dilek ÖZTOPRAK HACIOĞLU Halk Sağlığı	
	Fatma KAYA Biyomedikal Mühendis	
	Tahsin ERKİLİNÇ AVUKAT	
	Pelin DALKAVRIYAN Sivil	