



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARIN
KULLANDIKLARI ALTERNATİF YÖNTEMLER, YAŞAM
KALİTESİ VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge ÖZ

Samsun

Haziran- 2016



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARIN
KULLANDIKLARI ALTERNATİF YÖNTEMLER, YAŞAM
KALİTESİ VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özge ÖZ

Danışman

Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY

Samsun

Haziran-2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Özge ÖZ tarafından Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY danışmanlığında hazırlanan ‘Üriner İnkontinanslı Kadınların Kullandıkları Alternatif Yöntemler, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki’ başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 02/06/2016 tarihinde yapılan sınav ile Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

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

Üye : Doç.Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR, Erzincan Üniversitesi

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

ONAY:

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

.... / /.....

Doç.Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her türlü yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışman hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Birsen ALTAY'a,

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

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki yardımlarından dolayı Sayın Doç.Dr. Kamil ALAKUŞ'a,

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

Çalışmam boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım Arş.Gör.Mesiya AYDIN'a, Arş. Gör.Dilek ÇELİK EREN, Arş.Gör.Zeynep UZDİL, Arş.Gör.Gökçe ÜNAL, Öğr.Gör.Tina SANI, Arş.Gör.Tuğba KAVALLALI ERDOĞAN, Arş.Gör. Mehmet KORKMAZ, Arş.Gör.Alaattin ALTIN'a, Ebe Melda ÇEKİÇ, Hemşire Rabia BEDİRHANNOĞLU, Sabira ALİYEVA'ya,

Bu günlere gelmemde en büyük payı olan, beni yetiştiren, hayatım boyunca desteklerini, anlayışlarını, emeklerini ve sevgilerini esirgemeyen biricik aileme; canım anneme, sevgili babama, canım kardeşim Mustafa'ya, canım ablam Hasret'e, enişteme ve canım yeğenlerim Kayra ve Rüzgar Alp'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARIN KULLANDIKLARI ALTERNATİF YÖNTEMLER, YAŞAM KALİTESİ VE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, üriner inkontinanslı kadınların kullandıkları tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) yöntemleri, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ilişki arayıcı özellikte olan bu araştırma bir hastanenin Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri idrar kaçırma şikayeti olan 394 kadın ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı soru formu, King Sağlık Anketi ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde Ki-Kare, ANOVA, t-testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi sıklığı %33'tür. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullananların %52,6'sı dua etmektedir. Üriner inkontinanslı kadınların King Sağlık Anketi alt boyutları ve benlik saygısı ile yaş, BKİ, eğitim durumu, idrar kaçırma sıklığı, üriner inkontinans türü, kronik hastalık varlığı ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. King Sağlık Anketi alt boyutları ile Benlik Saygısı puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kadınların King Sağlık Anketi inkontinans etkisi ve inkontinans şiddeti alt boyutlarında etkilenimleri daha fazladır ve benlik saygıları yüksektir. Eğitim seviyesi düşük, yaşları yüksek kadınların hayatlarının ilgili alanlarının ve benlik saygılarının daha çok etkilendiği göz önüne alınarak bu gruplara hemşireler tarafından daha öncelikli yaklaşılmalıdır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin doğru kullanımı doğrultusunda sağlık profesyonellerinin eğitimler içerisinde yer alıp bilgileri artırılabilir.

Anahtar kelimeler: Benlik saygısı; TAT; üriner inkontinans; yaşam kalitesi.

Özge ÖZ, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Haziran-2016

ABSTRACT
**THE ALTERNATIVE METHODS USED BY WOMEN WITH URINARY
INCONTINENCE AND THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH QUALITY
AND SELF ESTEEM**

Aim: This study was carried out with the aim of determine using of alternative methods by women with urinary incontinence, relationship between health quality and self esteem.

Material and Method: this descriptive study was conducted with 394 women who suffer from urinary incontinence in gynecology and urology clinics at Hospital. The data were collected by using an introductory questionnaire, King Health Questionnaire and Rosenberg Self Esteem. It was used that Pearson chi-square, ANOVA, t-test and correlation in the data analysis.

Results: Rate of women who use complementary and alternative medicine was 33%. 52.6% of women which used complementary and alternative medicine prayed. It was found that statistically significant difference between subdimension of King Health Questionnaire, self esteem and age, BMI, education level, frequency of urinary incontinence, urinary incontinence type, presence of chronic diseases ,conditions of using complementary and alternative medicine. It was found that significant relationship between subdimension of King Health Questionnaire and self esteem. This relationship was statistically significant.

Conclusions: Women influenced higher incontinence affect and incontinence severity than other King Health Questionnaire sub-dimension. Also women's self esteem were high. In view of the fact that women's whose educational levels are lower and ages are higher, point of interests and self-esteems are more influenced, they should be approached preferred by nurses.

Keywords: CAM; health quality; self esteem; urinary incontinence

Özge ÖZ, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University- Samsun, June-2016

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|--------------|--|
| BKİ | : Beden Kitle İndeksi |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| HRT | : Hormon Replasman Tedavisi |
| ICS | : Uluslararası kontinans Topluluğu |
| KSA | : King Sağlık Anketi |
| MMK | : Marshal Marchetti Krantz |
| MÜİ | : Mix Üriner İnkontinans |
| NCCIH | :Uluslararası Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi |
| SPSS | :Statistical Package for Social Sciences |
| SS | : Standart Sapma |
| SÜİ | : Stres Üriner İnkontinans |
| TAT | : Tamamlayıcı Alternatif Tedavi |
| TVT | : Trans-Free Vajinal Tape |
| UÜİ | : Urge Üriner İnkontinans |
| Üİ | : Üriner İnkontinans |
| X | : Ortalama |

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 1.3. Araştırmanın Soruları | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi..... | 4 |
| 2.1.1. Pelvik Taban | 4 |
| 2.2. Alt Üriner Sistem Organları | 4 |
| 2.2.1. Pelvik Üreter | 4 |
| 2.2.2. Mesane..... | 5 |
| 2.2.3. Üretra..... | 5 |
| 2.3. Miksiyon Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması | 5 |
| 2.3.1. Kontinans Mekanizması | 5 |
| 2.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri | 6 |
| 2.5. Üriner İnkontinans Tanımı | 6 |
| 2.5.1. Üriner İnkontinans Tipleri..... | 7 |
| 2.6. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı..... | 8 |
| 2.7. Üriner İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi | 8 |
| 2.8. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri | 9 |
| 2.8.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri | 9 |
| 2.8.2. Konservatif Tedavi | 10 |
| 2.8.3. Cerrahi Yöntemler..... | 10 |
| 2.9. Üriner İnkontinansda Tamamlayıcı Alternatif Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı. 10 | |
| 2.10. Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı.. 12 | |
| 3. MATERYAL VE METOT | 15 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli..... | 15 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman..... | 15 |

| | |
|--|----|
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 15 |
| 3.3.1.Araştırmanın Evreni | 15 |
| 3.3.2.Araştırmanın Örneklemi | 15 |
| 3.3.3.Alınma/Dışlanma Kriterleri | 15 |
| 3.4. Araştırmanın Değişkenleri | 16 |
| 3.4.1.Bağımlı Değişken | 16 |
| 3.4.2.Bağımsız Değişken | 16 |
| 3.5. Verilerin Toplanması..... | 16 |
| 3.5.1.Kişisel Bilgi Formu | 16 |
| 3.5.2.King Sağlık Anketi | 17 |
| 3.5.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği..... | 19 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 19 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü | 20 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 20 |
| 4.BULGULAR | 21 |
| 5.TARTIŞMA | 43 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 51 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 51 |
| 6.2. Öneriler..... | 53 |
| KAYNAKLAR | 54 |
| EKLER | 62 |
| Ek-1 Veri Toplama Formu | 62 |
| Ek-2 King Sağlık Anketi | 67 |
| Ek-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği | 70 |
| Ek-4 King Sağlık Anketi İzni | 71 |
| Ek-5 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği İzni..... | 72 |
| Ek-6 Etik Kurul İzni | 73 |
| Ek-7 Kurum İzni..... | 74 |
| ÖZGEÇMİŞ | 75 |

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS) tanımına göre üriner inkontinans; istemsiz olarak herhangi bir idrar kaçırma şikayetidir (Haylen ve ark., 2010). Üriner inkontinans tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (Nitti WV., 2001; Abrams ve ark., 2002; Minassian, 2003; Varlı ve ark., 2008; Yılmaz ve ark., 2014). Üriner inkontinans görülme sıklığı yaş ile beraber artış göstermekte, yaşlı popülasyonda görülmekle birlikte, genç ve orta yaşlı popülasyonda da önemli derecede görülmektedir (Çiftçi ve Günay, 2011; Karasaç, 2011).

Üriner inkontinansın (Üİ) gelişmesinde birçok etken vardır. Başlıca risk faktörleri yaş, obezite, gebelik ve doğum şeklidir. Bunların dışında menopoza, histerektomi, sosyal alışkanlıklar gibi birçok faktör üriner inkontinansın gelişmesinde etkili olmaktadır (Uncu ve Özdil, 2009; Özkan ve Sapmaz, 2015; Yaz ve ark., 2015).

Üriner inkontinans tipleri stres, urge, miks, overflow olarak sıralanmaktadır (Beji, 2002). Stres üriner inkontinans diğer inkontinans tiplerine göre daha fazla görülmekte, yaş ve obezite ile semptomlar artmaktadır (Durukan ve ark., 2015; Yaz ve ark., 2015).

Türkiye’de Üİ prevalansı, farklı toplumlarda farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar çıktığı için tam olarak bilinmemekte, ancak Üİ sıklığı %22-45 aralığında değişmektedir (Özdemir ve ark., 2011; Terzi ve ark., 2013).

Üriner inkontinans kadınlarda sosyal, emosyonel ve hijyenik bir problem haline gelmiştir, kadınlar bu sorundan dolayı fiziksel ve sosyal yaşantılarını kısıtlamakta toplum içerisinde diğer insanlarla biraraya gelmekten çekinmekte, dolayısıyla bu sorun kadınların yaşam kalitelerine önemli derecede etki etmektedir (Çelik ve Beji, 2012; Demirci ve ark., 2012; Yılmaz ve ark., 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, “kişilerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki pozisyonlarını algılamalarıdır. Bu, kişilerin fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık durumu, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve onların çevrelerinden etkilenen kompleks kapsamlı bir kavram” olarak tanımlamıştır (DSÖ, 1998). Diğer bir tanımla yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak ‘iyi olma’ durumu için kullanılan bir terimdir (Eser, 2006). İdrar kaçırma sorunu yaşayan

kadınların hangi yaşta olursa olsun ev, iş ve cinsel yaşantıları etkilenecek yaşam kaliteleri önemli ölçüde azalmaktadır. Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitelerini büyük oranda etkilemekle birlikte (Özdemir ve ark., 2011; Ghafouri ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2014), aynı zamanda onların ailelerini de psikolojik, sosyal ve hijyenik yönden etkileyen önemli bir sağlık problemidir (Koçak ve ark., 2005).

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da, kadınlara devamlı ıslaklık ve irritasyona, ped kullanmaya, sosyal hayatta kısıtlılığa neden olarak yaşam kalitelerini oldukça düşürürken, aynı zamanda kendilerine olan öz saygıda kayıp, kendilerine verdikleri değerde azalma, benlik saygılarında azalma, depresyona kadar varan ciddi psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır (Sinclair ve Ramsay, 2011; Çelik ve Beji, 2012). Üriner inkontinanslı kadınların kendilerine güvenleri daha düşük ve sosyal izolasyona daha eğilimlidirler (Ertem, 2009).

Üriner inkontinans bu denli önemli bir sorun olmasına karşın, kadınlar bu sorunu yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görmekte, sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır ve bu sorun ile kendileri başetmeye (Karan ve ark., 2000; Işıklı ve ark., 2011; Ünlü ve Üstüner, 2014; Subramaniam, 2016) çalışmanın yanısıra tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini (TAT) kullanmaktadırlar (Slavin ve ark., 2010; Zhang ve ark., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (2013) TAT yöntemini, “sağlığın bakımında kullanılan, üstelik zihinsel ve fiziksel hastalıkların tedavisinde, geliştirilmesinde, tanısında ve önlenmesinde kullanılan açıklanabilir olsun ya da olmasın farklı kültürlere özgü deneyim, inanç ve teorilere dayanan uygulama, beceri ve bilgilerin tümüdür” olarak tanımlamıştır. Üriner inkontinanslı kadınların TAT kullanma durumları ile ilgili Türkiye’de yapılan kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye’de TAT kullanımı daha çok kanser tedavisi gören hastalarla yapılmaktadır (Yavuz ve ark., 2007; Özdemir, 2009) .

Bu araştırma ile Dünya’da ve Türkiye’de kullanımı giderek artan TAT yöntemlerinin üriner inkontinanslı kadınların kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların dünyada sınırlı olması Türkiye’de ise hiç yapılmamış olması, TAT yöntemlerinin üriner inkontinanslı bireyler tarafından kullanılıp kullanılmadığı, kullanılıyor ise hangi amaç ile kullanıldığı, üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitelerini ve benlik saygılarını ne kadar etkilediği araştırılmak istenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma üriner inkontinanslı kadınların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemler, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1) Tanıtıcı özellikler TAT yöntemi kullanmayı etkiler mi?
- 2) Üriner inkontinanslı kadınların tanıtıcı özellikleri ile yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında ilişki var mı?
- 3) Üriner inkontinanslı kadınların kullandıkları TAT, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

2.1.1. Pelvik Taban

Pelvik taban kranial yönden bakıldığında ön tarafta symphysis pubis, arkada sakrum ve yanlarda spina ischiadicaların sınırladığı eşkenar dörtgen şeklindedir. Pelvik tabandaki çizgili kaslar, kendi fasial bağlantıları ile birlikte çalışarak, tüm pelvis içinde pelvik organ prolapsusunu önlerler ve kontinansı sağlarlar (Güner ve Yazıcı, 2000).

Pelvik Diyafram

Pelvik Diyafram Pelvis tabanının en önemli elemanıdır; çünkü pelvik organlar ve karın içi basıncı karşılayan ve ligamentler ve fascialar üzerine devamlı bir yükün gelmesi halinde oluşacak esneme ve kırılmaları önleyen yapı olarak çok önemli bir görev üstlenmektedir (Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

Musculus Levator Ani, pelvik tabanın en önemli elemanıdır; çünkü pelvik organlar ve karın içi basıncı karşılayan, ligamentler ve fascialar üzerine devamlı bir yükün gelmesi halinde oluşacak esneme ve kırılmaları önleyen yapı olarak çok önemli bir görev üstlenmektedir. Pelvik organlarına destek yapının oluşmasında oldukça önemli bir role sahiptir (Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

Pelvik ligamentler; pelvik ligamentler ve endopelvik fascia, uterus, vajina, üretra ve mesaneyi pelvik yan duvara bağlarlar (Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM ORGANLARI

2.2.1. Pelvik Üreter

Pelvis renalis'in devamı olan üreterler idrarı böbreklerden mesaneye ileten retroperitoneal kanallardır. Anatomik olarak abdominal ve pelvik segmentler olmak üzere 2 bölümde ele alınmakta olup her bir segment aşağı yukarı eşit olup 12-15 cm boyutundadır (Cumhur, 2006; Yalçın, 2009).

2.2.2. Mesane (İdrar Kesesi)

Alt Üriner sistemde, böbreklerden üreter'ler yolu ile gelen idrarın dışarı atılıncaya kadar depo edildiği, kas ve zardan yapılmış torba şeklinde bir organdır. Normal hacmi 220 ml civarında olup 500 ml'ye kadar da idrar toplanabilir. Kadınlarda bu kapasite nispeten biraz daha düşüktür (Cumhur, 2006; Aktüksek, 2009).

2.2.3. Üretra

İdrar kesesinde idrarın depolanmasında ve istenildiği zaman boşaltılmasında önemli görevleri olan, dolayısıyla üriner kontinansın kilit yapılarından biridir. Sağlıklı bir kadında normal düz kas kılıfı ve venöz spongios doku birlikte üretranın kapalı olmasında ve pasif üriner kontinansta önemli rol oynarlar (Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

2.3. Miksiyon Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması

Alt üriner sistem parasempatik, sempatik ve somatik sinir sistemini içeren 3 periferik sinir tarafından inerve edilir. Parasempatik, pelvik parasempatik sinirler salgıladıkları asetilkolin ile detrusorun ana motor kontrolünü sağlar, mesanenin kasılmasını ve üretranın gevşemesini gerçekleştirir. Sempatik, lomber sempatik sinirler mesanenin gevşemesini ve mesane çıkımı ve üretranın kasılmasını sağlarlar. Somatik, nöronlar pudental sinir içinde seyrederek. Pudental sinir dış üretral sfinkterin kasılmasını sağlar. Afferent, mesane kapasitesinin (gerilme) ve mesane kasılmasının derecesinin izlenmesini sağlar. Yüksek merkezler, sosyal olarak uygun olduğu zamana kadar idrar yapmanın geciktirilmesini sağlarlar (Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

2.3.1. Kontinans mekanizması

Kontinansı oluşturan faktörler idrarın mesanede düşük basınçta ve yeterli miktarda depolanabilmesi; sağlam bir mesane boynu; etkin bir distal üretral sfinkter ve pelvik taban kaslarının yeterli desteğidir.

Depolama evresi: Bu evrede düşük detrusor basıncının sürdürülmesi için mesane gevşektir, üretrayı kapatmak ve kontinansı sağlamak için de mesane boynu ve üretranın düz kasları ile çizgili sfinkter kasılıdır. İdrar mesanede 200 ml'ye ulaştığında ilk

idrar yapma hissi uyanır. İdrar miktarı 400-500 ml'ye ulaşınca mesane, maksimal kapasitesinin sınırına yaklaşır (Yalçın, 2009).

İdrar yapma evresi; mesane hacmi idrar uyaran eşik değeri geçince miksiyon evresi başlatılır. İdrar yapma evresi esas olarak periferik asetilkolin etkisi ile başlatılır. Eşik değerini geçildiğini duyuran gerilim ve dolgunluğa duyarlı reseptörlerden artan aferent uyarım ile üst merkezler uyarılır. İdrar yapmak için ortam uygun olduğunda bu merkezler pons miksiyon merkezini aktive eder. Pons miksiyon merkezinin idrar yapma devresini açmasıyla sakral parasempatik yollar aktive olur, sempatik ve somatik yollar inhibe olur. Bu evrede sempatik ve somatik inhibisyonla mesane boynu, düz sfinkter ve çizgili sfinkter gevşer, sakral parasempatik aktivasyonla detrusor kasılır, eş zamanlı olarak pelvik taban kasları da gevşer (Coşkun, 2002; Yalçın, 2009).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS RİSK FAKTÖRLERİ

Üriner inkontinans hakkında literatürde çok sayıda veri olmasına rağmen farklı etyolojik faktörlerin önemi ve bunların etkileri halen net olarak anlaşılmamıştır. Üriner inkontinans konusunda literatürde yer alan risk faktörleri; yaş, cinsiyet, obezite, obstetrik öykü, menapoz, ürine sistem enfeksiyonları, histerektomi, kronik konstipasyon, sigar kullanma, ağır cisim kaldırma (Sampselle ve ark., 2002; Rogers ve Leeman, 2007; Uncu ve Özdil, 2009; Çiftçi ve Günay, 2011; Işıklı ve ark., 2011; Karasaç, 2011; Özdemir ve ark., 2011; Stothers ve Friedman, 2011; Demirci ve ark., 2012; Terzi ve ark., 2013; Ünsal ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2014; Durukan ve ark., 2015).

2.5.ÜRİNER İNKONTİNANS TANIMI

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS) tanımına göre üriner inkontinans; istemsiz olarak herhangi bir idrar kaçırma şikayetidir (Haylen ve ark., 2010). Üriner inkontinans hem kadınları hem de onların ailelerini etkileyen psikolojik, sosyal ve hijyenik önemli bir sağlık problemidir (Koçak ve ark., 2005).

2.5.1. Üriner İnkontinans Tipleri

Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)

Fiziksel efor, ıkınma, zorlanma, hapşırma, öksürme sırasında istemsiz olarak idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmaktadır (Güngör ve Çetinkaya, 2009; Çetinel, 2005). Sfinkterdeki hafif bir zayıflık durumunda karın içi basıncın arttığı durumlarda (efor, egzersiz, öksürme, hapşırma, gülme) idrar kaçırmaz. Detrüsörün kasılması olmaksızın karın içi basınç artışıyla istemsiz idrar kaçırma olarak da tanımlanabilir. Devamlılık göstermez, karın içi basıncın normale dönmesi ile sonlanır. Sıklıkla orta yaşlı geçkin kadınlarda izlenir (İnci ve Ergen, 2009). Genellikle çocuk doğurduktan sonra, pelvik taban ve çizgili kasın hasarı sonucu oluşmaktadır. Semptomlar yaşla ve obezite ile birlikte kötüleşmektedir

Gerçek stres inkontinans ürodinamik olarak, aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır;

Tip 0: Anamnezde idrar kaçırma şikayeti bulunmasına karşın, ürodinamik inceleme ve klinik olarak idrar kaybı gösterilemez.

Tip 1: Mesane boynu; dinlenme sırasında kapalı ve simfiz pubis alt sınırının üzerindedir. Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha az aşağıya kayar. Karın içi basınç artar ve Üriner inkontinans görülür. Sistosel yok veya minimaldir.

Tip 2A: Mesane boynu; dinlenme sırasında kapalı ve simfiz pubis alt sınırının üzerindedir. Stres esnasında mesane boynu ve proksimal üretra açılır ve 2 cm'den daha fazla aşağı kayar. Rotasyonel inişli sistoüretrosel vardır. Karın içi basınç artar, Üriner inkontinans görülür. Sistosel belirgindir.

Tip 2B: Mesane boynu simfiz pubis alt sınırı hizasında veya altındadır. Stres esnasında, aşağıya kayma olabilir veya olmayabilir, proksimal üretra açılır ve inkontinans oluşur.

Tip 3: Proksimal üretra sfinkter fonksiyonunu kaybetmiştir. Mesane boynu ve proksimal üretra istirahat esnasında detrüsör kontraksiyonu olmaksızın açılabilir (Beji, 2002).

Urge Üriner İnkontinans (UÜİ)

İstem dışı mesane kontraksiyonu kaynaklanan, sık idrara gitme ve ani idrar yapma isteği ile birlikte idrar kaçırmadır (Engin ve Lembet, 2006; Hakverdi AU, 2009). UÜİ, detrusör aşırı aktivitesinin bazı kombinasyonlarından ortaya çıkar. Bu yüksek aktivite mesane kasından ya da üretelyumdan çıktığı gibi, birlikte zayıflamış detrusör sfinkter koordinasyonu da olabilir. Sonuçta oluşan semptomlar, mesane kasının aşırı aktivitesini işaret etse de, üretelyumun hipersensitivitesi sonucu ya da her ikisinin kombinasyonu ile gerçekleşir (Hakverdi AU, 2009).

Owerflow Üriner inkontinans

Mesanenin aşırı gerilmesiyle birlikte olan istemsiz idrar kaybıdır. Hastada sık sık ya da sürekli damlama ve idrar kaçırmaya şikayetlerine yol açar (Beji, 2002).

Miks Üriner İnkontinans (MÜİ)

Urge inkontinans ve stres tip inkontinansın birlikte görüldüğü inkontinans tipidir (Engin ve Lembet, 2006; Hakverdi AU, 2009).

2.6. Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı

Ülkemizde Üriner inkontinans prevelansı çalışmaları farklı popülasyonlarda, farklı zamanlarda ve farklı tanımlama verileri ile yapıldığı için farklı sonuçlar çıkmaktadır. Bu yüzden üriner inkontinans prevelansı tam olarak bilinmemektedir. Üriner inkontinans çeşitlerinden SÜİ diğer inkontinans tiplerine göre daha fazla görülmekte, yaş ve obezite ile semptomlar artmaktadır (Güneş ve ark., 2000; Karan ve ark., 2000; Durukan ve ark., 2015; Özkan ve Sapmaz, 2015; Ünlü ve ark., 2014; Yaz ve ark., 2015).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda üriner inkontinans sıklığı %21,3-44,8 aralığında değişmektedir (Koçak ve ark., 2005; Terzi ve ark., 2013).

2.7. Üriner İnkontinanslı Hastanın Değerlendirilmesi

Hastayı fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler yönünden ele alan, multidisipliner bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Son yıllarda hemşireler

inkontinans problemi deneyimleyen hastaların tanı ve tedavisinde, kontinansın sürdürülmesinde vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir.

Üriner inkontinansı olan tüm hastalara hasta öyküsü, hasta muayenesi, idrar tetkiki, idrar kültürü, stres testi, işeme sonrası rezidü idrar volümünden oluşan basit ve temel ürojinekolojik değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmenin amacı;

- Üriner inkontinansın varlığının doğrulanması ve mümkünse şiddetinin gösterilmesi,
- Özellikle neden olan ya da katkıda bulunan durumların saptanması,
- Ön tanının konulması ve daha fazla tetkik yapılmadan başlangıç tedavisi verilebilecek hastaların belirlenmesi,
- Herhangi bir tedavi girişimine başlamadan önce ileri araştırmalara gereksinim duyulan hastaların saptanmasıdır.

Üriner inkontinanslı hastanın değerlendirme aşamaları; anamnez, rezidüel idrar volümünün ölçülmesi, mesane günlüğü, fiziksel muayene, ürodinamik incelemeler, pelvik taban değerlendirilmesi, ped testi, tam idrar testi, idrar kültürü ve idrar boyama testinden oluşmaktadır (Yalçın, 2000; Beji, 2002; Yalçın, 2009).

2.8. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri

2.8.1. Farmakolojik Tedavi

Üriner inkontinansla ilaç, detrusör instabilite ya da miks inkontinansı olanlarda kullanılır. Gerçek stres üriner inkontinansla yeri yoktur.

Mesane kontraksiyonlarının azaltılması için kullanılan ilaçlar;

- Antikolinerjikler
- Müskülotropik Gevşeticiler
- Kalsiyum antagonistleri
- Potasyum kanal açıcılar
- Prostoglandin inhibitörleri
- Beta adrenerjik agonistler
- Trisiklik antidepresanlar

Duyu iletimin azaltılması için kullanılan ilaçlar;

- Capsaicin

Çıkış direncini artıran ilaçlar;

- Alfa adrenerjik agonistleri
- Beta adrenerjik blokörler
- Beta adrenerjik agonistler
- Estrogenler (Yıldız ve Onan, 2000; Demirci, 2002).

2.8.2. Konservatif Tedavi

Üriner inkontinans konservatif tedavi yöntemleri; yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi, pelvik taban egzersizleri, biofeedback, vajinal kon kullanımı, elektriksel stimülasyondan oluşmaktadır (Eskiyurt ve Karan, 2000; Karan, 2009).

2.8.3. Cerrahi Yöntemler

Üriner inkontinans tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler, vajinal operasyonlar (Kolporafi Anterior-Kelly Plikasyonu) retropubik operasyonlar (Marshal Marchetti Krantz, Burch Kolposüspansiyon Operasyonu, paravajinal tamir), kombine operasyonlardan (iğne teknikleri, Sling Operasyonları, Trans-Free Vajinal Tape, Periüretal Enjeksiyonlar) oluşmaktadır (Demirci, 2002).

2.9. Üriner İnkontinans Tamamlayıcı Alternatif Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü (2013) Alternatif tedaviyi, “sağlığın bakımında kullanılan, üstelik zihinsel ve fiziksel hastalıkların tedavisinde, geliştirilmesinde, tanısında ve önlenmesinde kullanılan açıklanabilir olsun ya da olmasın farklı kültürlerle özgü deneyim, inanç ve teorilere dayanan uygulama, beceri ve bilgilerin tümüdür” olarak tanımlamıştır.

Tamamlayıcı alternatif tıp (TAT) kullanımı günümüzde giderek artmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerin %80 ‘i, birçok yüksek gelirli ülkelerin ise %65’i sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için bu tedavilere başvurmaktadır (DSÖ, 2004). Avustralya’nın %48 ‘i, Kanada’nın %70’i, Amerika’nın %42’si, Belçika’nın %38’i ve Fransa halkının % 75’i TAT yöntemlerini kullanmaktadırlar (DSÖ, 2002).

Uluslararası Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi (NCCIH) tamamlayıcı alternatif tedaviyi beş gruba ayırmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi olarak kullanılan yöntemler (Cattell, 1999; NCCIH, 2012; Topçu, 2009);

- Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri; Akupunktur, ayurveda, homeopati
- Beden-zihin tedavileri; Meditasyon, yoga, dinsel, sanat terapisi,
- Bitkisel tedaviler; Bitkisel çay, bitkisel ilaç, vitaminler, özel diyetler
- Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar; Masaj, akupresür, hidroterapi/kaplıca, refleksoloji, şiropraktik, osteopati
- Enerji tedavileri; reiki, terapötik dokunma.

Türkiye’de üriner inkontinans şikayeti çeken hastalarının tamamlayıcı alternatif tıp yöntemlerini kullanımları ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Daha çok kanser tedavisi gören hastalarla ve kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan çalışmalar mevcuttur (Güven ve ark., 2013; Kurt ve ark., 2013). Yapılan çalışmalara baktığımızda, Diyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada en yaygın kullanılan yöntem olarak dini uygulamaların kullanıldığı (Özdemir, 2009), Meme kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise en çok kullanılan yöntem olarak bitkisel yöntemleri kullanıldığı belirlenmiştir (Yavuz ve ark., 2007).

Dünya’ya baktığımızda aşırı aktif mesane üzerine etki eden bitkisel ilaçların kullanıldığı görülmektedir (Yagi ve ark., 2016). Akupunktur üriner inkontinans tedavisinde kullanılan diğer bir TAT yöntemidir (Paik ve ark., 2013). Bergström ve ark. (2000) çalışmasında urge ve mix inkontinanslı bireylerde yaptıkları akupunktur uygulaması sonucu ciddi iyileşme kaydetmişlerdir. Kelleher ve ark. (1994) çalışmasında akupunkturun noktüri, urge inkontinans üzerinde etkili olduğu, Yuan ve ark. (2015) çalışmasında aşırı aktif mesane üzerine akupunkturun etkili olduğu bulunmuştur.

Hemşireler, sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile iletişim kurabilen, onların psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını iyi gözlemleyebilen, ekip üyeleridir. Hemşireler, üriner inkontinanslı bireylerin TAT kullanma durumlarının yaygınlığına ilişkin farkında olmalıdırlar. Kullanılan TAT yöntemleri konusunda üriner inkontinanslı birey ve ailesi ile iletişime geçme güvenli TAT kullanımı hakkında danışmanlık ve eğitim verme konusunda büyük sorumluluk düşmektedir (Turan ve ark., 2010).

2.10. Üriner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, kişilerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki pozisyonlarını algılamalarıdır. Bu, kişilerin fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık durumu, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve onların çevrelerinden etkilenen kompleks kapsamlı bir kavramdır (DSÖ, 1998). Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak 'iyi olma' durumu için kullanılan bir terimdir (Eser, 2006).

İdrar kaçırmak kadınların yaşam kaliteleri oldukça etkilemektedir (Özdemir ve ark., 2011; Ghafouri ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2014). Kadınlar hangi yaşta olursa olsun ev, iş ve cinsel yaşantıları etkilenecek hayat kaliteleri önemli ölçüde azalmaktadır. Kadınlar, kaçan idrarlarını tutması için ped kullanmaktadır ve bu pedin kıyafetlerinden belli olmaması için giysilerine dikkat etmeleri gerekir, evden dışarı çıktıkları zaman ıslanan pedini değiştirecek yer bulmama ve idrar kaçırmaktan dolayı kötü koku hissederim korkusu yaşamaktadırlar. Bu korku kadınları evden dışarı çıkmamaya itmektedir. Dolayısıyla fiziksel aktivitelere katılmaktan ve uzun seyahatlerden de kaçınmaktadırlar (Yılmaz ve ark., 2014; Senra ve Pereira, 2015).

İdrar kaçırmaya şikayeti özellikle üreme çağındaki kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. İdrar kaçırmaya kadınların yaşantısını sosyal, fiziksel, psikolojik yönden etkileyen böyle büyük bir problem olmasına karşın, kadınlar arasında yaşın ilerlemesi ile birlikte normal bir süreç olarak görülmektedir ve sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır (Karan ve ark., 2000; Ünlü ve Üstüner, 2014).

Kwon ve ark. (2010) 12 ülkeyi içine alarak yaptıkları geniş çaplı literatür çalışmasında, üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitelerini etkileyen global bir sağlık sorun olduğunu bulmuşlardır.

İdrar kaçırmaya yaşamı tehdit eden bir sorun olmasada, kadınlara devamlı ıslaklık ve irritasyondan kaynaklanan rahatsızlık vermektedir, bu durum özellikle Müslüman toplumlarda istemsiz abdest bozulması nedeniyle dini görevlerin yerine getirilmemesi ve bunlara bağlı depresyona kadar varan emosyonel sorunlara neden olabilmektedir (Yalçın, 2009).

Benlik saygısı, bireyin kendine nasıl değer verdiği, değerlerini nasıl algıladığı ve başkalarına karşı düşüncelerini nasıl değerli bulduğudur. Benlik saygısı, bireyin başkalarına olan güvenini, ilişkilerini, işini ve neredeyse hayatının her parçasını etkilemektedir (Anonim, 2015). İdrar kaçırma kadınların hayatlarını fiziksel, sosyal, psikolojik yönlerden bu denli etkilerken aynı zamanda kendilerine verdikleri değeri dolayısıyla benlik saygılarını azaltabilmektedir. Üriner inkontinans kadınlarda depresyona varana kadar ciddi psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır (Sinclair ve Ramsay, 2011).

Üriner inkontinanslı hastaların bakımında hemşireler önemli bir yere sahiptirler. Hemşireler klinisyen, eğitici, araştırmacı, yönetici, işbirlikçi rollerini kullanarak Üİ'lı bireylerin bakımını sağlayabilirler (Wells, 2000).

Üriner inkontinanslı kadınların durumlarını değerlendirmede göz önünde bulundurulması gereken üç nokta, hemşire tarafından kendilerine açıklanmalıdır. Bunlar;

- Problemlerini algılamada güçlük ve belirsizlik yaşadıkları
- İnkontinansı yaşadıklarında kendi imajlarında oluşan değişiklik
- İnkontinansın yaşam kalitesine ne derece etkilediğidir. Hastaların problemlerini bu boyutta ele almaları sağlanmalıdır (Aslan, 2002).

Hemşirelerin üriner inkontinanslı kadınlar için yapacağı uygulamalar aşağıda yer almaktadır (Peterson, 2008);

- Sağlık ekibi, üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerine karşı duyarlı olmalı,
- Hemşireler üriner inkontinanslı kadınların bu sorunlarından dolayı utanabileceklerini göz önüne alıp onlara empatik yaklaşabilmeli, her konuda destek olmalı,
- Üriner inkontinans ile ilişkili riskleri azaltmak için tercih edilen pelvik tabanı güçlendirici etkisi olan kegel egzersizi hakkında kadınlara eğitim vermeli,
- Üriner inkontinanslı bireylerin fiziksel aktivitelerini artırmaları için bilgilendirmeli. Yürüyüş yapmaları, bisiklet sürmeleri, ev ve bahçe işleriyle uğraşmalarını önermeli,
- Kilo kontrolü konusunda kadınlara bilgi vermeli, bu konuda diyetisyenden destek almalı ve

- Kadınların sigarayı, alkolü bırakması yeni yaşam tarzı belirlemesine yardımcı olmalıdırlar.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde Ağustos 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine 2014 yılı içerisinde başvuran 18 yaş üzeri 25000 kadın oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, üriner inkontinans sıklığı %22,6-44,8 (Özdemir ve ark., 2011; Terzi ve ark., 2013) aralığında değişmektedir. Bu araştırmada bu iki sıklığın ortalaması %34 olarak alınarak %5 hata payı %95 güven aralığı ve %90 örnekleme gücü ile yapılan güç analizi sonucunda 345 bireyin örnekleme alınması hesaplanmıştır.

3.3.3. Seçim Alınma/Dışlama Kriterleri

Araştırmaya alma kriterlerini karşılayan 394 birey olasılıksız olarak seçilmiştir. Alınma kriterleri;

- İstemsiz olarak idrar kaçırmayı deneyimlemiş olmak
- 18 yaş üzeri kadın olmak
- İşitme engeli bulunmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- İdrar kaçırma Şikayeti ile ilgili cerrahi operasyon geçirmemiş olmak

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Üriner inkontinans yaşam kalitesi düzeyi ve benlik saygısı düzeyi

3.4.2. Bağımsız Değişken

Yaş, medeni durum, BKİ, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, meslek, doğum sayısı, doğum şekli, doğumda yardımcı doğum aletleri (forseps, vakum) kullanılma durumu, doğumda kesik açılma durumu (epizyo), çoğul ve iri bebek doğurma durumu, menopoz sonrası hormonal ilaç alma durumu, histerektomi durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, Üİ tipi, Üİ sıklığı, gece idrara çıkma durumu, idrar kaçırma durumunun geliştiği olay, ilk idrar kaçırdığında yaptığı şey, Üİ ile başatma yöntemleri, başvurulan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “King Sağlık Anketi ve “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ” kullanılarak Ondokuz Mayıs Üniversitesi Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde kadınların kendilerini rahat hissedebileceği bir yerde, yüzyüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 25-30 dakikada toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Kişisel Bilgi Formu, 18 yaş ve üzeri üriner inkontinansı olan kadınların başvurdukları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini, yaşam kalitesi ve benlik saygısını etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik ve fizyolojik faktörleri belirlemek amacı ile konu ile ilgili literatür (Ertem, 2009; Demirci ve ark., 2012) taraması sonucunda 45 soru şeklinde oluşturulmuştur. İlk 6 soru sosyodemografik özelliklerini (yaş, kilo, boy, eğitim durumu, meslek, medeni durum), 7-15 soruları arası jinekolojik bilgilerini (doğum sayısı, doğum şekli, doğumda yardımcı araç kullanımı, epizyotimi durumu, çoğul gebelik öyküsü, iri bebek öyküsü, menapoza girme ve histerektomi geçirme durumu), 16-29 arası sorular üriner inkontinans ile ilgili bilgilerini (sigara kullanma, alkol içme, spor yapma, kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü,

hangi durumda idrar kaçırdığı, idrar kaçırma sıklığı, idrar kaçırma durumunun geliştiği durum, günde idrara çıkma sayısı, gece idrara çıkma durumu, kabızlık yaşama durumu, idrar yolu enfeksiyonu yaşama durumu ve ilk idrar kaçırdığında ne yaptığı), 30-42 soruları arası üriner inkontinans ile baş etme yöntemlerini (idrara hissi olmadan tuvalete gitme, gittiği yerde tuvalete yakın oturma, evden dışarıya çıkmamaya çalışma, arkadaş ortamından uzaklaşma, yanında yedek kıyafet taşıma, emici iç çamaşırı ve ped kullanma, koku gidermek için sprey kullanma, vajinaya deodorant veya kokulu ped kullanma, sıvı kısıtlaması yapma, üriner katater kullanma, ağır kaldırmamaya özen gösterme, mobilyaları korumak için örtü kullanma) ve 43-45 soruları arası kullanılan alternatif tedavi yöntemleri ilgili soruları (üriner inkontinansla baş etmek için doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi kullanma, başvurduğu yöntemler, bu yöntemleri neden kullandığı) kapsamaktadır.

Kadınlara üriner inkontinans türünü sorgulamak için “Hangi durumlarda idrar kaçırsınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)” sorusunu sorduk,

- 1.Öksürük, aksırık, gülme veya fiziksel egzersiz sırasında
- 2.Birden idrar hissine kapılıp, sıkışıp tuvalete giderken
- 3.Sürekli veya aralıklı olarak az miktarda sızıntı şeklinde idrar kaçırma
- 4.Uyku esnasında

İnkontinans tipi tanımlarına göre (Abrams, 2002; Beji, 2002; Engin ve Lembed, 2006; Güngör ve Çetinkaya, 2009) yukarıda yer alan cevap şıklarından

1. Şıkkı cevaplarsa, Stres üriner inkontinans
2. Şıkkı cevaplarsa, Urge üriner inkontinans
3. Şıkkı cevaplarsa, Overflow inkontinans
4. Şıkkı cevaplarsa, Noktüri
1. ve 2. Şıkkı işaretlerse Mix üriner inkontinans olarak kabul ettik.

3.5.2. King Sağlık Anketi (Ek-2)

Anket 1997 yılında Kelleher ve arkadaşları tarafından İngiltere’de geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2011 yılında Akkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kelleher ve ark., 1997; Akkoç ve ark., 2011). Anket hastaların genel sağlık durumlarını, inkontinans etkisini, limitasyon düzeylerini (rol,

fizik ve sosyal), kişisel ilişkilerini, duygu durumlarını, uyku enerji düzeylerini ve inkontinans şiddetini sorgulayan 9 ana bölümden oluşmaktadır. Semptom şiddetini sorgulayan ayrı bölümü de bulunmaktadır. Bu bölümde sorgulananlar; pollaküri, noktüri, ani sıkışma, ani sıkışma tipi inkontinans, stres inkontinans, noktürnal enürezis, cinsel ilişki sırasında inkontinans, sık idrar yolu enfeksiyonu ve mesanede ağrıdır. Anketin puanlaması aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

King Sağlık Anketi'nde skor hesaplamaları:

1. Genel Sağlık Durumu:

Skor: $[(1.\text{soru skoru}-1)/4] \times 100$

2. İnkontinans Etkisi:

Skor: $[(2.\text{ soru skoru}-1)/3] \times 100$

3. Rol Limitasyon:

Skor: $[((3a+3b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

4. Fizik Limitasyon:

Skor: $[((4a+4b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

5. Sosyal Limitasyon:

Skor: $[((4c+4d+5c \text{ soru skorları})-3)/9] \times 100$

Eğer 5c nin skoru ≥ 1 ise yukarıdaki formül,

Eğer 0 ise $[((4c+4d+5c \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$ kullanılır.

6. Kişisel İlişki:

Skor: $[((5a+5b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

Eğer 5a+5b skoru ≥ 2 yukarıdaki formül,

Eğer 5a+5b=1 ise $[((5a+5b \text{ soru skorları})-1)/3] \times 100$ kullanılır iken,

Eğer 5a+5b=0 ise bu formül uygulanamaz.

7. Duygu Durum:

Skor: $[((6a+6b+6c \text{ soru skorları})-3)/9] \times 100$

8. Uyku Enerji Düzeyi:

Skor: $[((7a+7b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$

9. İnkontinans Şiddeti:

Skor: $[((8a+8b+8c+8d \text{ soru skorları})-4)/12] \times 100$

Bu hesaplama göre 0 ile 100 arasında puan alınmaktadır. 100'e ne kadar yaklaşırsa hayat kalitesi o kadar bozulmuştur.

Semptom şiddeti bölümü ise 0 ile 30 arasında puan almaktadır. Puan 30'a yaklaştıkça üriner inkontinans şiddetinin arttığı anlamına gelmektedir.

3.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-3)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, 1965 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiş olan ölçek, Türkiye'de 1985 yılında Çuhadaroğlu tarafından geçerlik güvenirliği yapılmıştır.

Benlik saygısı ölçeği 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır. Buna göre her sorunun puan alacak yanıtları ölçek üzerinde '*' işareti ile gösterilmiştir

Puanlama şu şekilde yapılmaktadır:

- 1., 2. ve 3. sorular , 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir.
- İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olur.
- 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır.
- 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir.
- 6., 7. ve 8. soruların her biri kendi başlarına puan alır.

Böylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısı düzeyi olarak saptanmıştır. Grup uygulamalarında, her bir deneğin toplam puanı bu şekilde hesaplanarak puan ortalamasıyla grubun benlik saygısı düzeyi belirlenebilir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir.

Güvenilirlik analizi Cronbach'ın Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Veriler Ki-Kare testi, Tek Faktör Varyans Analizi, t-testi ve korelasyon analizi ve Tukey testi ile değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan B.30.2.ODM.0.20.08/1707 numaralı etik onay (Ek-6) ve araştırmanın yapılacağı hastaneden uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin (Ek-7) alınmıştır. King Sağlık Anketi ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Hale Karapolat'tan (Ek-4), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğini kullanabilmek için Çuhadaroğlu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-5). Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onamları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran idrar kaçırmayı deneyimlemiş olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, işitme engeli bulunmayan ve iletişim kurulabilen 18 yaş üzeri kadınlarla yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, 394 kadından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular bulunmaktadır.

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (s=394)

| Özellikler | s | % |
|-----------------------|-----|------|
| Yaş | | |
| 23-49 | 120 | 30,5 |
| 50-64 | 162 | 41,1 |
| 65 ve üzeri | 112 | 28,4 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 308 | 78,2 |
| Bekar | 86 | 21,8 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 104 | 26,4 |
| İlköğretim | 210 | 53,3 |
| Lise | 49 | 12,4 |
| Yüksekokul | 31 | 7,9 |
| Meslek | | |
| Ev hanımı | 317 | 80,5 |
| Memur | 33 | 8,3 |
| Emekli | 44 | 11,2 |
| Sosyal Güvence | | |
| Var | 374 | 94,9 |
| Yok | 20 | 5,1 |

Araştırmaya katılan kadınların %41,1'inin 50-64 yaş aralığında, %78,2'sinin evli, %26,4'ünün okuryazar olmadığı, %53,3'ünün ilköğretim mezunu, %80,5 'inin ev hanımı ve % 94,9'unun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Kadınların, yaş, BKİ, evlilik süresi, doğum sayısı, günde idrara çıkma sayısı ve gece idrara çıkma sayısı puan ortalamaları (s=394)

| Özellikler | Minimum | Maksimum | Ortalama | Standart Sapma |
|---------------------------|---------|----------|----------|----------------|
| Yaş | 23 | 90 | 56,35 | 13,24 |
| BKİ | 17,58 | 49,13 | 30,39 | 5,23 |
| Evlilik Süresi | 1 | 61 | 31,92 | 12,46 |
| Doğum Sayısı | 0 | 14 | 3,89 | 2,07 |
| Günde idrara çıkma sayısı | 1 | 15 | 7,96 | 2,95 |
| Gece idrara çıkma sayısı | 0 | 8 | 1,99 | 1,23 |

Tablo 2’ de kadınların, yaş, BKİ, evlilik süresi, doğum sayısı, günde idrara çıkma sayısı ve gece idrara çıkma sayısı puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $56,35 \pm 13,24$, BKİ ortalaması $30,39 \pm 5,23$, evlilik süresi ortalaması $31,92 \pm 12,46$, doğum sayısı ortalaması $3,89 \pm 2,07$, günde idrara çıkma sayısı ortalaması $7,96 \pm 2,95$ ve gece idrara çıkma sayısı ortalaması $1,99 \pm 1,23$ olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Kadınların üriner inkontinans obstetrik ve jinekolojik risk faktörlerine göre dağılımı

| Özellikler | s | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Doğum Şekli (s=368)* | | |
| Vajinal | 289 | 78,5 |
| Sezeryan | 31 | 8,5 |
| Her ikisi | 48 | 13,0 |
| Yardımcı araç (s=368)* | | |
| Evet | 46 | 12,5 |
| Hayır | 322 | 87,5 |
| Epizyotomi (s=368)* | | |
| Evet | 180 | 48,9 |
| Hayır | 188 | 51,1 |
| Çoğul gebelik (s=368)* | | |
| Evet | 24 | 6,5 |
| Hayır | 344 | 93,5 |
| İri bebek (s=368)* | | |
| Evet | 105 | 28,5 |
| Hayır | 263 | 71,5 |
| Menopoza girme (s=394)* | | |
| Evet | 294 | 74,6 |
| Hayır | 100 | 25,4 |
| HRT (s=394)* | | |
| Evet | 48 | 16,3 |
| Hayır | 246 | 83,7 |
| Histerektomi (s=394)* | | |
| Evet | 75 | 19 |
| Hayır | 319 | 81 |

*s sayısı cevaba göre değerlendirilmiştir.

Tablo 3'te kadınların üriner inkontinans ile ilgili obstetrik ve jinekolojik risk faktörlerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 78,5'inin vajinal doğum yaptığı, %87,5' inde doğum sırasında yardımcı araç kullanılmadığı, %51,1' inde epizyotomi açılmadığı, %93,5' inde çoğul gebelik, %71,5' inin iri bebek öyküsü olmadığı, %74,6'sının menapoza girdiği , %83,7' sinin HRT kullanmadığı ve % 81' inin histerektomi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.Kadınların üriner inkontinans ile ilgili risk faktörlerine göre dağılımı (s=394)

| Özellikler | s | % |
|---|----------|----------|
| Sigara içme | | |
| Evet | 89 | 22,6 |
| Hayır | 305 | 77,4 |
| Alkol kullanma | | |
| Evet | 11 | 2,8 |
| Hayır | 383 | 97,2 |
| Spor yapma | | |
| Evet | 18 | 4,6 |
| Hayır | 376 | 95,4 |
| Kronik hastalıkvarlığı | | |
| Evet | 255 | 64,7 |
| Hayır | 139 | 35,3 |
| Kronik hastalık türü | | |
| Diyabet | 73 | 28,6 |
| Hipertansiyon | 138 | 54,1 |
| Böbrek rahatsızlığı | 28 | 11,0 |
| Miyom | 16 | 6,3 |
| Sık sık kabız olma | | |
| Evet | 175 | 44,4 |
| Hayır | 219 | 55,6 |
| Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme | | |
| Evet | 170 | 43,1 |
| Hayır | 224 | 56,9 |

Araştırma kapsamındaki kadınların %22,6' sının sigara içtiği, % 2,8' inin alkol kullandığı, % 4,6' sının spor yaptığı, %64,7' sinde kronik hastalık olduğu ve bu hastalıklardan hipertansiyonun %54,1 ile büyük çoğunluğu oluşturduğu, kadınların %44,4 'ünün kabızlık yaşadığı ve %43,1' inin sık idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların üriner inkontinans ile ilgili özelliklerinin dağılımı (s=394)

| Özellikler | s | % |
|--|-----|------|
| Üriner İnkontinans türü | | |
| Stres inkontinans | 137 | 34,8 |
| Urge inkontinans | 60 | 15,2 |
| Mix inkontinans | 95 | 24,1 |
| Mix,noktüri ve owerflow İnkontinans | 102 | 25,9 |
| İdrar kaçırma sıklığı | | |
| Günde bir kez | 70 | 17,7 |
| Günde bir kezden fazla | 161 | 40,9 |
| Haftada bir veya birkaç kez | 89 | 22,6 |
| Ayda bir veya birkaç kez | 74 | 18,8 |
| İdrar kaçırmanın geliştiği durum | | |
| Gebelik sonrası | 116 | 29,4 |
| Kronik hastalık sonrası | 87 | 22,2 |
| Menapoza sonrası | 131 | 33,2 |
| Geçirdiği sonrası | 30 | 7,6 |
| Enfeksiyon sonrası | 30 | 7,6 |
| Gece idrara çıkma | | |
| Evet | 348 | 88,3 |
| Hayır | 46 | 11,7 |
| Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma | | |
| Evet | 44 | 11,2 |
| Hayır | 350 | 88,8 |
| İlk idrar kaçırdığında yapılan şey | | |
| Doktora gitti | 136 | 34,5 |
| Yakınlarıyla paylaştı | 66 | 16,8 |
| Hiçbir şey yapmadı | 192 | 48,7 |

Araştırma kapsamındaki üriner inkontinanslı kadınların %34,8 'inde stres üriner inkontinans olduğu, %40,9'unun günde bir kezden fazla idrar kaçırma şikayeti yaşadığı, %33,2'sinin menapozdan sonra idrar kaçırma şikayetlerinin başladığı,

%88,3'ünün gece idrara çıktığı, %11,2' sinin cinsel ilişki sırasında idrar kaçırdığı ve %48,7' sinin ilk idrar kaçırdıklarında hiçbir şey yapmadıkları saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların üriner inkontinans ile başetme yöntemlerinin dağılımı (s=394)

| Özellikler | Evet | | Hayır | |
|---|------|------|-------|------|
| | s | % | s | % |
| İdrar hissi olmadan tuvalete gitme | 170 | 43,1 | 224 | 56,9 |
| Gittiği yerde tuvalete yakın oturma | 202 | 51,3 | 192 | 48,7 |
| Evden dışarıya çıkmamaya çalışma | 123 | 31,2 | 271 | 68,8 |
| Arkadaş ortamından uzaklaşma | 67 | 17 | 327 | 83 |
| Yanında yedek kıyafet taşıma | 236 | 59,9 | 158 | 40,1 |
| Emici iç çamaşırı, ped kullanma | 245 | 62,2 | 149 | 37,8 |
| Vajinaya deodorant, kokulu ped kullanma | 14 | 3,6 | 380 | 96,4 |
| Koku gidermek için deodorant kullanma | 46 | 11,7 | 348 | 88,3 |
| İçtiği sıvı miktarını azaltma | 118 | 29,9 | 276 | 70,1 |
| Perineye sıcak uygulama yapma | 86 | 21,8 | 308 | 78,2 |
| Üriner katater (sonda) kullanma | 1 | 0,3 | 393 | 99,7 |
| Ağır kaldırmamaya özen gösterme | 198 | 50,3 | 196 | 49,7 |
| Mobilyaları korumak için örtü kullanma | 87 | 22,1 | 307 | 77,9 |

Araştırma kapsamındaki kadınların üriner inkontinans ile başetmek için %43,1' inin idrar hissi olmadan tuvalete gittiği, %51,3' ünün gittiği yerlerde tuvalete yakın oturduğu, %31,2' sinin evden dışarı çıkmamaya çalıştığı, %17' sinin arkadaş ortamından uzaklaştığı, %59,9'unun evden uzaklaştıklarında yanlarında yedek kıyafet taşıdığı, %62,2' sinin idrar kaçırdıklarında emsin diye emici iç çamaşırı, ped kullandığı, kokuyu önlemek için %3,6'sının vajinaya deodorant, kokulu ped kullandığı, %11,7'sinin koku gidermek için deodorant kullandığı, %29,9' unun içtiği sıvı miktarını azalttığı, %21,8'inin perineye sıcak uygulama yaptığı, %0,3'ünün üriner katater

kullandığı, %50,3'ünün ağır kaldırmamaya özen gösterdiği ve %22,1'inin mobilyaları korumak için örtü kullandığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların kullandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerle ilgili bazı özellikleri (s=394)

| Özellikler | s | % |
|---|-----|------|
| Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanma durumu | | |
| Evet | 130 | 33 |
| Hayır | 264 | 67 |
| Kullanılan alternatif yöntem | | |
| Bitkisel ilaç | 6 | 4,7 |
| Bitkisel çay | 45 | 34,9 |
| Kaplıca/ılıcaya gitme | 10 | 7,8 |
| Dua etmek | 69 | 52,6 |
| Yöntemi kullanma nedeni | | |
| Yarar gören hastaların varlığı | 23 | 17,8 |
| Araştırarak edindiği bilgi | 17 | 13,2 |
| Hastalık etkilerini azaltmak | 22 | 17,1 |
| Psikolojik olarak rahatlamak | 68 | 51,9 |

Üriner inkontinanslı kadınların %33' ünün tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullandığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların %52,6'sinin TAT yöntemi olarak dua ettiği, %34,9'unun bitkisel çaylar kullandığı ve %51,9'unun psikolojik olarak rahatlamak amacıyla bu yöntemleri kullandığı belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Kadınların kullandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin eğitim durumu ve meslek ile ilişkisi (s=394)

| | TAT Kullanma Durumu | | | | İstatistik | P |
|----------------------|---------------------|------|-------|------|-----------------|---------------|
| | Evet | | Hayır | | | |
| | s | % | s | % | | |
| Eğitim durumu | | | | | | |
| Okur-yazar değil | 46 | 44,2 | 58 | 55,8 | | |
| İlköğretim | 58 | 27,6 | 152 | 72,4 | | |
| Lise | 17 | 34,7 | 32 | 65,3 | $\chi^2: 8,968$ | 0,030* |
| Yüksekokul | 9 | 29 | 22 | 71 | | |
| Meslek | | | | | | |
| Ev hanımı | 109 | 34,4 | 208 | 65,6 | | |
| Memur | 9 | 27,3 | 24 | 72,7 | $\chi^2: 1,417$ | 0,492 |
| Emekli | 12 | 27,3 | 32 | 72,7 | | |

*p<0,05

Eğitim seviyesi ilköğretim olan kadınların TAT yöntemini daha az kullanmakta olduğu ve eğitim durumu ile TAT yöntemi kullanma durumları arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (P<0,05) (Tablo 8).

Araştırma kapsamındaki kadınlarda meslek ile TAT yöntemi kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (P>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Yaş, BKİ, gündüz idrara çıkma sayısı, gece idrara çıkma sayısı ile TAT yöntemi kullanma durumunun karşılaştırılması

| Değişken | TAT Kullanma Durumu | | Hayır | $\bar{X} \pm SS$ | t testi | P |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|-------|------------------|---------|---------------|
| | Evet | $\bar{X} \pm SS$ | | | | |
| Yaş | 130 | 58,89±1,22 | 264 | 55,10±0,79 | 2,695 | 0,007* |
| BKİ | 130 | 30,73±0,48 | 264 | 30,23±0,32 | 0,894 | 0,372 |
| Gündüz İdrara çıkma sayısı | 130 | 8,28±0,28 | 264 | 7,80 ±0,17 | 1,515 | 0,131 |
| Gece idrara çıkma sayısı | 121 | 2,11±0,13 | 235 | 1,93±0,07 | 1,279 | 0,202 |

*p<0,01

Kadınların yaş ortalaması ile TAT kullanma durumları arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Yaş ortalaması büyük olan üriner inkontinanslı kadınlar TAT yöntemini daha fazla kullanmaktadırlar (Tablo 9).

Araştırma kapsamındaki kadınların BKİ, gündüz idrara çıkma sayısı, gece idrara çıkma sayısı ile TAT yöntemi kullanma durumları arasındaki fark istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 10. Kadınların kullandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin eğitim durumu ve meslek ile ilişkisi (s=394)

| | TAT Kullanma Durumu | | | | İstatistik | P |
|---|---------------------|------|-------|------|------------------|----------------|
| | Evet | | Hayır | | | |
| | s | % | s | % | | |
| Üriner inkontinans türü | | | | | | |
| Stres | 32 | 23,4 | 105 | 76,6 | | |
| Urge | 20 | 33,3 | 40 | 66,7 | | |
| Mix | 31 | 32,6 | 64 | 67,4 | $\chi^2: 13,662$ | 0,003* |
| Mix, noktüri,overflow | 47 | 46,1 | 55 | 53,9 | | |
| İdrar kaçırma sıklığı | | | | | | |
| Günde bir | 26 | 37,1 | 44 | 62,9 | | |
| Günde 1> | 61 | 37,9 | 100 | 62,1 | $\chi^2: 13,643$ | 0,003* |
| Haftada 1 veya 1> | 32 | 36 | 57 | 64 | | |
| Ayda 1 veya 1> | 11 | 14,9 | 63 | 85,1 | | |
| İdrar kaçırmanın geliştiği durum | | | | | | |
| Gebelik sonrası | 34 | 29,3 | 82 | 70,7 | | |
| Kronik hastalık sonrası | 33 | 37,9 | 54 | 62,1 | | |
| Menopoz sonrası | 46 | 35,1 | 85 | 64,9 | $\chi^2: 3,206$ | 0,524 |
| Geçirdiği ameliyat ile | 10 | 33,3 | 20 | 66,7 | | |
| Enfeksiyon sonrası | 7 | 23,3 | 23 | 76,7 | | |
| Emici çamaşır, ped kullanma | | | | | | |
| Evet | 94 | 38,4 | 151 | 61,6 | | |
| Hayır | 36 | 24,2 | 113 | 75,8 | $\chi^2: 8,458$ | 0,004* |
| İçtiği sıvı miktarını azaltma | | | | | | |
| Evet | 55 | 46,6 | 63 | 53,4 | | |
| Hayır | 75 | 26,9 | 201 | 73,1 | $\chi^2: 14,534$ | 0,000** |

*p<0,01

**p<0,001

Stres üriner inkontinans türü bulunan üriner inkontinanslı kadınlar TAT'ı diğer türlere göre daha az kullanmaktadırlar. Üriner inkontinans türü ile TAT kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (P<0,01) (Tablo 10).

Araştırma kapsamındaki kadınlarda idrar kaçırma sıklığı ile TAT yöntemi kullanma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). İdrar

kaçırma sıklığı ayda 1 veya bir kezden fazla olan kadınlar TAT yöntemini daha az kullanmaktadırlar (Tablo 10).

Emici çamaşır, ped kullanmayan kadınlar TAT yöntemini daha az kullanmaktadırlar ve emici çamaşır, ped kullanma durumu ile TAT yöntemi kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 10).

İçtiği sıvı miktarını azaltmayan kadınların TAT yöntemini daha az kullandığı saptanmış olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 10).

Kadınların idrar kaçırmanın geliştiği durum ve TAT yöntemi kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. KSA alt boyutları ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

| Özellikler | $\bar{X} \pm SS$ | Min-Max | Cronbach A | Orijinal Ölçeklerin Cronbach A |
|---------------------------|------------------|------------|-------------|--------------------------------|
| King Sağlık Anketi | | | | |
| Genel Sağlık | 39,21±17,04 | 0-75 | - | - |
| İnkontinans etkisi | 54,15±27,02 | 0-100 | - | - |
| Rol Limitasyon | 37,65±30,95 | 0-100 | 0,95 | 0,74 |
| Fiziksel Limitasyon | 38,49±28,95 | 0-100 | 0,85 | 0,59 |
| Sosyal Limitasyon | 20,98±23,65 | 0-100 | 0,76 | 0,82 |
| Kişisel İlişki | 5,88±15,13 | 0-100 | 0,91 | 0,87 |
| Duygu Durum | 35,93±25,91 | 0-100 | 0,90 | 0,86 |
| Uyku Enerji Düzeyi | 32,45±25,44 | 0-100 | 0,81 | 0,84 |
| İnkontinans Şiddeti | 51,76±22,54 | 0-100 | 0,66 | 0,94 |
| Semptom Şiddeti | 16,22±3,46 | 10-27 | 0,78 | 0,91 |
| Benlik saygısı | 1,67±1,33 | 0-6 | 0,66 | 0,75 |

Kadınların King Sağlık Anketi genel sağlık alt boyutundan 39,21±17,04, inkontinans etkisi alt boyutundan 54,15±27,02, rol limitasyon alt boyutundan 37,65±30,95, fiziksel limitasyon alt boyutundan 38,49±28,95, sosyal limitasyon alt boyutundan 20,98±23,65, kişisel ilişki alt boyutundan 5,88±15,13, duygu durum alt boyutundan 35,93±25,91, uyku enerji düzeyi alt boyutundan 32,45±25,44, inkontinans şiddeti alt boyutundan 51,76±22,54 ve semptom şiddeti alt boyutundan 16,22±3,46 puan alındığı saptanmıştır (Tablo 11).

Araştırma kapsamındaki üriner inkontinanslı kadınların benlik saygısı ölçeğinden aldığı puan 1,67±1,33 olarak belirlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Yaş ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Değişken | Yaş | | | F testi | P |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------|-----------------|
| | 23-49 $\bar{X} \pm SS$ | 50-64 $\bar{X} \pm SS$ | 65 ve üzeri $\bar{X} \pm SS$ | | |
| KSA | | | | | |
| Genel sağlık | 32,92±1,57 | 38,73±1,26 | 46,65±1,47 | 20,830 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 45,28±2,58 | 51,65±1,94 | 67,26±2,28 | 22,570 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 28,47±2,74 | 33,64±2,25 | 53,27±2,80 | 23,268 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 30,28±2,57 | 34,05±2,05 | 53,72±2,67 | 24,926 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 15,46±2,01 | 17,01±1,67 | 32,64±2,33 | 21,111 | 0,002** |
| Kişisel İlişki | 5,69±1,24 | 5,35±1,09 | 6,85±1,72 | 0,335 | 0,715 |
| Duygu Durum | 31,67±2,18 | 34,16±1,97 | 43,05±2,63 | 6,413 | 0,002** |
| Uyku enerji Düzeyi | 25,97±2,17 | 28,70±1,86 | 44,79±2,42 | 20,709 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 45,07±2,10 | 50,67±1,64 | 60,49±2,05 | 14,856 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 15,49±0,32 | 15,70±0,26 | 17,78±0,30 | 17,135 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 1,44±0,11 | 1,65±0,11 | 1,94±0,13 | 4,134 | 0,017*** |

*p<0,001

**p<0,01

***p<0,05

King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti (0,001), sosyal limitasyon ve duygu durum (0,01) alt boyutları puan ortalamaları ile yaş arasında fark olduğu, bu farkın Tukey testine göre 65 yaş üzeri grubun puan ortalaması ile 23-49 yaş grubun puan ortalaması farkından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 12).

Benlik saygısı puan ortalaması ile yaş arasında fark olduğu (p<0,05), bu farkın Tukey testine göre 65 yaş üzeri grubun puan ortalaması ile 18-49 yaş grubun puan ortalaması farkından kaynaklandığı bulunmuştur. Yaşın artması ile birlikte benlik saygısı ortalama puanında da artma olduğu, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

King Sağlık Anketi kişisel ilişki alt boyutu puan ortalaması ile yaş arasındaki fark istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 13. BKİ ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Beden Kitle İndeksi | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|----------------|----------------|
| Değişken | Normal $\bar{X} \pm SS$ | Fazla kilolu $\bar{X} \pm SS$ | Obez $\bar{X} \pm SS$ | F testi | P |
| King Sağlık Anketi | | | | | |
| Genel sağlık | 32,66±20,0 | 38,05±16,9 | 42,09±15,4 | 7,966 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 40,32±29,0 | 50,98±25,3 | 60,71±25,6 | 15,96 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 25,27±30,4 | 34,07±28,5 | 44,05±31,3 | 10,55 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 31,99±28,9 | 34,56±28,2 | 43,28±28,8 | 5,630 | 0,004** |
| Sosyal Limitasyon | 19,18±25,5 | 18,55±23,6 | 23,24±22,9 | 1,805 | 0,166*** |
| Kişisel İlişki | 8,60±20,2 | 6±15,0 | 4,93±13,2 | 1,395 | 0,246*** |
| Duygu Durum | 26,52±24,1 | 34,23±25,3 | 40,08±26,1 | 7,107 | 0,001** |
| Uyku enerji Düzeyi | 22,85±23,2 | 28,06±22,1 | 38,52±26,8 | 12,73 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 42,20±25,1 | 50,92±22,2 | 55,36±21,1 | 8,471 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 15,21±3,16 | 15,51±3,38 | 17,08±3,43 | 11,71 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 1,45±1,36 | 1,68±1,32 | 1,73±1,31 | 1,076 | 0,342 |

*P<0,001

**P<0,01

King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti (p<0,001), fiziksel limitasyon ve duygu durum (p<0,01) puan ortalamaları ile BKİ arasında fark olduğu bu farkın Tukey testine göre normal ile obez grupların puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 13).

King Sağlık Anketi sosyal limitasyon, kişisel ilişki alt boyutları, benlik saygısı puan ortalamaları ile BKİ arasındaki fark istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 14. Eğitim durumu ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Değişken | Eğitim durumu | | | | F testi | P |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------|---------------|
| | Okur yazar değil $\bar{X} \pm SS$ | İlköğretim $\bar{X} \pm SS$ | Lise $\bar{X} \pm SS$ | Yükseköğretim $\bar{X} \pm SS$ | | |
| King Sağlık Anketi | | | | | | |
| Genel sağlık | 46,39±1,51 | 38,33±1,13 | 34,69±2,40 | 28,22±3,23 | 12,850 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 67,31±2,37 | 53,49±1,83 | 41,50±3,15 | 34,41±4,50 | 19,844 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 50,80±3,04 | 37,30±2,10 | 24,49±3,47 | 16,67±3,94 | 15,515 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 50,32±2,68 | 38,81±2,01 | 21,77±3,12 | 23,12±4,28 | 15,748 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 29,59±2,29 | 20,79±1,68 | 9,30±2,21 | 11,83±3,45 | 10,899 | 0,000* |
| Kişisel İlişki | 7,53±1,73 | 5,48±0,99 | 5,10±2,18 | 4,30±1,72 | 0,617 | 0,604 |
| Duygu Durum | 44,34±2,57 | 35,19±1,72 | 25,85±3,37 | 28,67±4,80 | 7,330 | 0,000* |
| Uyku enerji Düzeyi | 43,43±2,46 | 31,11±1,78 | 18,71±2,65 | 26,34±3,44 | 13,121 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 61,22±2,20 | 51,51±1,46 | 42,52±2,77 | 36,29±4,10 | 15,214 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 17,74±0,34 | 16,06±0,24 | 14,92±0,38 | 14,35±0,48 | 13,299 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 2,27±0,14 | 1,59±0,09 | 1,18±0,13 | 0,97±0,19 | 13,622 | 0,000* |

*p<0,001

Araştırma kapsamındaki kadınların King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti alt boyutu puan ortalamaları ile eğitim durumu arasında fark olduğu (p<0,001), bu farkın Tukey testine göre okur yazar olmayan grup ile yükseköğretim eğitim seviyesine sahip grup puan ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 14).

Eğitim durumu ve benlik saygısı puan ortalaması arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı olup (p<0,001), bu farkın Tukey testine göre okur yazar olmayan grup ile yükseköğretim eğitim seviyesine sahip grup puan ortalamalarından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 14).

King Sağlık Anketi kişisel ilişki alt boyutu puan ortalaması ile eğitim durumu arasında istatistiki olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Medeni durum ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Medeni durum | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|---------|-----------------|
| Değişken | Evli $\bar{X} \pm SS$ | Bekar $\bar{X} \pm SS$ | t testi | P |
| King Sağlık Anketi | | | | |
| Genel sağlık | 37,50±0,93 | 45,35±1,96 | -3,841 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 52,60±1,52 | 59,69±2,98 | -2,162 | 0,031** |
| Rol Limitasyon | 35,50±1,76 | 45,35±3,26 | -2,629 | 0,009*** |
| Fiziksel Limitasyon | 36,15±1,61 | 46,90±3,21 | -3,077 | 0,002*** |
| Sosyal Limitasyon | 19,16±1,31 | 27,52±2,68 | -2,927 | 0,004*** |
| Kişisel İlişki | 6,01±0,82 | 5,43±1,88 | 0,314 | 0,754 |
| Duygu Durum | 35,43±1,44 | 37,73±3,05 | -0,728 | 0,467 |
| Uyku enerji Düzeyi | 30,63±1,40 | 38,95±2,99 | -2,705 | 0,007*** |
| İnkontinans Şiddeti | 51,54±1,26 | 52,52±2,61 | -0,355 | 0,723 |
| Semptom şiddeti | 16,05±0,19 | 16,85±0,39 | -1,894 | 0,059 |
| Benlik Saygısı | 1,63±0,07 | 1,81±0,16 | -1,139 | 0,256 |

* $P<0,001$

** $P<0,05$

*** $p<0,01$

Kadınların, KSA genel sağlık ($p<0,001$), inkontinans etkisi ($p<0,05$), rol limitasyonu, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon ve uyku enerji düzeyi ($p<0,01$) alt boyutları puan ortalamaları ile medeni durumları arasında fark saptanmış olup, bekar kadınların puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Benlik saygısı puan ortalaması ile medeni durum arasındaki fark istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur ($p<0,05$). Bekar kadınların benlik saygısı puan ortalamalarının evli kadınlara göre daha en fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

King sağlık anketi kişisel ilişki, duygu durum, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti alt boyutları puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo15).

Tablo 16. Meslek ile KSAve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Meslek | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------|-----------------|
| Değişken | Ev hanımı $\bar{X} \pm SS$ | Memur $\bar{X} \pm SS$ | Emekli $\bar{X} \pm SS$ | F testi | P |
| King Sağlık Anketi | | | | | |
| Genel sağlık | 40,06±0,95 | 30,30±3,40 | 39,77±2,20 | 5,029 | 0,007** |
| İnkontinans etkisi | 56,26±1,48 | 35,35±4,34 | 53,03±4,24 | 9,362 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 39,54±1,76 | 21,21±4,49 | 36,36±4,24 | 5,399 | 0,005** |
| Fiziksel Limitasyon | 40,48±1,62 | 25,76±4,53 | 33,71±4,52 | 4,624 | 0,010*** |
| Sosyal Limitasyon | 22,22±1,34 | 14,14±3,75 | 17,17±3,47 | 2,404 | 0,092 |
| Kişisel İlişki | 6,20±0,89 | 5,55±2,48 | 3,79±1,52 | 0,500 | 0,607 |
| Duygu Durum | 37,85±1,45 | 26,94±4,54 | 28,79±3,74 | 4,619 | 0,010*** |
| Uyku enerji Düzeyi | 33,75±1,46 | 24,24±3,78 | 29,17±3,39 | 2,519 | 0,082 |
| İnkontinans Şiddeti | 53,26±1,26 | 38,89±3,78 | 50,57±3,22 | 6,309 | 0,002** |
| Semptom şiddeti | 16,52±0,20 | 14,79±0,54 | 15,20±0,47 | 6,040 | 0,003** |
| Benlik Saygısı | 1,76±0,07 | 1,24±0,21 | 1,36±0,22 | 3,621 | 0,028*** |

* $P<0,001$

** $P<0,01$

*** $p<0,05$

King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık, rol limitasyon, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti ($p<0,01$), inkontinans etkisi ($p<0,001$), fiziksel limitasyon ve duygu durum ($p<0,05$) puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında fark olduğu bu farklılığın Tukey testine göre ev hanımı ile memur grupların puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 16).

Benlik saygısı puan ortalaması ile çalışma durumu arasında fark olduğu bu farklılığın Tukey testine göre ev hanımı ile memur grupların puan ortalamalarından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 16).

King Sağlık Anketi alt boyutlarından sosyal limitasyon, kişisel ilişki, uyku enerji düzeyi puan ortalamaları ile meslek grupları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Üriner inkontinans türü ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Değişken | Üriner inkontinans türü | | | | F testi | P |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|---|---------|---------------|
| | Stres $\bar{X}\pm SS$ | Urge $\bar{X}\pm SS$ | Mix $\bar{X}\pm SS$ | Mix, noktüri ve overflow $\bar{X}\pm SS$ | | |
| King Sağlık Anketi | | | | | | |
| Genel sağlık | 35,58±1,48 | 36,25±2,01 | 39,47±1,74 | 45,59±1,57 | 7,828 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 40,63±2,06 | 46,67±3,19 | 57,54±2,31 | 73,53±2,34 | 40,18 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 23,48±2,55 | 30,55±3,25 | 41,40±2,80 | 57,35±3,16 | 30,45 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 28,47±2,31 | 31,11±3,37 | 39,47±2,58 | 55,39±2,85 | 21,23 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 15,33±2,03 | 13,70±2,12 | 20,70±2,24 | 33,11±2,40 | 14,88 | 0,000* |
| Kişisel İlişki | 4,62±1,18 | 4,72±1,68 | 8,07±1,81 | 6,21±1,52 | 1,11 | 0,344 |
| Duygu Durum | 28,79±2,04 | 28,89±3,29 | 37,66±2,40 | 48,04±2,62 | 13,73 | 0,000* |
| Uyku enerji Düzeyi | 21,90±1,71 | 27,78±2,79 | 34,39±2,50 | 47,55±2,71 | 24,38 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 45,01±1,89 | 45,42±2,82 | 53,68±2,05 | 62,74±2,11 | 15,53 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 14,37±0,24 | 14,88±0,34 | 17,04±0,28 | 18,75±0,34 | 49,05 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 1,28±0,10 | 1,50±0,18 | 1,83±0,13 | 2,15±0,14 | 9,822 | 0,000* |

* $P<0,001$

King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti alt boyutları puan ortalamaları ile üriner inkontinans türü arasında fark olduğu bu farklılığın Tukey testine göre mix, noktüri ve overflow inkontinans türü ve stres üriner inkontinans türü puan ortalamasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 17).

Üriner inkontinans türü ile benlik saygısı puan ortalaması arasında fark olduğu, bu farklılığın Tukey testine göre mix, noktüri ve overflow üriner inkontinans türü ve stres

üriner inkontinans türü puan ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17).

Üriner inkontinans türü ile KSA kişisel ilişki alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. İdrar kaçırma sıklığı ile KSA ve Benlik Saygısı puan ortalamaları arasındaki fark

| Değişken | İdrar kaçırma sıklığı | | | | F testi | P |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---|--|---------|----------------|
| | Günde 1 kez $\bar{X} \pm SS$ | Günde 1 > $\bar{X} \pm SS$ | Haftada 1 veya 1 > $\bar{X} \pm SS$ | Ayda 1 veya 1 > $\bar{X} \pm SS$ | | |
| King Sağlık Anketi | | | | | | |
| Genel sağlık | 39,64±1,94 | 44,72±1,29 | 35,39±1,69 | 31,41±1,93 | 13,432 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 51,90±2,93 | 72,26±1,62 | 44,57±2,06 | 28,38±2,54 | 81,281 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 34,52±3,50 | 56,31±2,28 | 27,15±2,36 | 12,61±2,22 | 55,714 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 40,00±3,17 | 56,52±2,07 | 23,22±2,11 | 16,22±2,20 | 65,120 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 18,89±2,72 | 34,44±1,86 | 9,45±1,55 | 7,51±2,00 | 42,995 | 0,000* |
| Kişisel İlişki | 5,24±1,54 | 8,90±1,51 | 3,56±1,08 | 2,70±1,20 | 4,062 | 0,007** |
| Duygu Durum | 37,30±3,11 | 48,59±2,00 | 26,34±1,97 | 18,62±2,33 | 35,258 | 0,000* |
| Uyku enerji Düzeyi | 31,19±2,88 | 47,21±1,92 | 20,97±1,89 | 15,32±2,05 | 48,005 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 53,93±2,33 | 63,35±1,59 | 45,88±1,82 | 31,53±2,23 | 49,824 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 16,17±0,38 | 18,57±0,23 | 14,47±0,27 | 13,30±0,26 | 79,759 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 1,69±0,16 | 2,06±0,10 | 1,55±0,13 | 0,95±0,12 | 13,46 | 0,000* |

* $P<0,001$

** $P<0,01$

King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti (0,001) ve kişisel ilişki ($p<0,01$) alt boyutları puan ortalaması ile idrar kaçırma sıklığı arasında fark olduğu, bu farklılığın Tukey testine göre günde bir kezden fazla idrar kaçırma sıklığı ile ayda bir veya daha fazla idrar kaçırma sıklığı puan ortalamasından kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 18).

Benlik saygısı puan ortalaması ile idrar kaçırma sıklığı arasında fark olduğu, bu farklılığın Tukey testine göre günde bir kezden fazla idrar kaçırma sıklığı ile ayda bir veya daha fazla idrar kaçırma sıklığı puan ortalamasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 18).

Tablo 19. Kronik hastalık varlığı ile KSA ve Benlik Saygısı ölçek puanları arasındaki fark

| Değişken | Kronik Hastalık Durumu | | t testi | P |
|---------------------------|------------------------|------------------------|--------------|----------------|
| | Var $\bar{X}\pm SS$ | Yok $\bar{X}\pm SS$ | | |
| King Sağlık Anketi | | | | |
| Genel sağlık | 42,55±1,06 | 33,09±1,33 | 5,451 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 60,13±1,54 | 43,17±2,37 | 6,233 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 43,01±1,87 | 27,82±2,61 | 4,782 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 43,53±1,78 | 29,26±2,34 | 4,805 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 24,40±1,49 | 14,71±1,87 | 3,958 | 0,000* |
| Kişisel İlişki | 6,47±1,02 | 4,80±1,08 | 1,050 | 0,295 |
| Duygu Durum | 39,26±1,56 | 29,82±2,27 | 3,507 | 0,001** |
| Uyku enerji Düzeyi | 36,47±1,58 | 25,06±2,04 | 4,350 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 55,23±1,37 | 45,38±1,90 | 4,231 | 0,000* |
| Semptom şiddeti | 16,82±0,21 | 15,14±0,29 | 4,703 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 1,85±0,086 | 1,33±0,099 | 3,812 | 0,000* |

* $P<0,001$

** $P<0,01$

Araştırma kapsamındaki kadınların King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti ($p<0,001$) ve duygu durum (0,01) alt boyutları puan ortalamaları ile kronik hastalık durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, kronik hastalığı olan kadınların alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Kadınların benlik saygısı puan ortalamaları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), kronik hastalığı olan kadınların benlik saygısı puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

King Sağlık Anketi kişisel ilişki alt boyut puan ortalaması ile kronik hastalık durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. TAT kullanma durumu ile KSA ve Benlik Saygısı ölçek puanları arasındaki fark

| TAT Yöntemi Kullanma Durumu | | | | |
|------------------------------------|---|--|----------------|----------------|
| Değişken | Evet $\bar{X} \pm SS$ | Hayır $\bar{X} \pm SS$ | t testi | P |
| King Sağlık Anketi | | | | |
| Genel sağlık | 43,85±1,47 | 36,93±1,03 | 3,852 | 0,000* |
| İnkontinans etkisi | 64,87±1,94 | 48,86±1,71 | 5,748 | 0,000* |
| Rol Limitasyon | 47,69±2,66 | 32,70±1,85 | 4,636 | 0,000* |
| Fiziksel Limitasyon | 46,41±2,38 | 34,60±1,79 | 3,875 | 0,000* |
| Sosyal Limitasyon | 26,15±2,03 | 26,53±1,45 | 3,079 | 0,002** |
| Kişisel İlişki | 7,18±1,42 | 5,24±0,90 | 1,197 | 0,232 |
| Duygu Durum | 44,27±2,29 | 31,82±1,53 | 4,601 | 0,000* |
| Uyku enerji Düzeyi | 40,64±2,15 | 28,41±1,54 | 4,601 | 0,000* |
| İnkontinans Şiddeti | 57,24±1,97 | 49,05±1,36 | 3,438 | 0,001** |
| Semptom şiddeti | 17,20±0,30 | 15,75±0,21 | 3,995 | 0,000* |
| Benlik Saygısı | 2,05±0,13 | 1,48±0,07 | 4,112 | 0,000* |

* $P<0,001$

** $P<0,01$

Kadınların genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, semptom şiddeti ($p<0,001$), inkontinans şiddeti ve sosyal limitasyon ($p<0,01$) alt boyutları puan ortalaması ile TAT yöntemi kullanma durumu arasında fark bulunmuş olup, TAT yöntemi kullananların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 20).

Üriner inkontinanslı kadınların benlik saygısı ortalama puanları ile TAT yöntemi kullanma durumları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0,001$), TAT yöntemi kullanan kadınların benlik saygısı puan ortalamasının daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

King sağlık anketi kişisel ilişki alt boyutu ile TAT yöntemi kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21. KSA ve Rosenberg Benlik Saygısı leği arasındaki ilişki

| lek | Sayı | Benlik saygısı | |
|---------------------------|------|----------------|-----------------|
| | | r* | p-değeri |
| King sağlık anketi | | | |
| Genel sağlık | 394 | 0,213 | 0,000** |
| İnkontinans etkisi | 394 | 0,422 | 0,000** |
| Rol Limitasyon | 394 | 0,426 | 0,000** |
| Fiziksel Limitasyon | 394 | 0,339 | 0,000** |
| Sosyal Limitasyon | 394 | 0,357 | 0,000** |
| Kişisel İlişki | 394 | 0,112 | 0,026*** |
| Duygu Durum | 394 | 0,389 | 0,000** |
| Uyku enerji Düzeyi | 394 | 0,294 | 0,000** |
| İnkontinans şiddeti | 394 | 0,397 | 0,000** |
| Semptom şiddeti | 394 | 0,375 | 0,000** |

*Sperman korelasyon analizi

** $p<0,001$

*** $p<0,05$

King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duyu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti ($p<0,001$) ve kişisel ilişki ($p<0,01$) alt boyutları puan ortalamaları ile Benlik Saygısı leği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ve aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, idrar kaçırma şikayeti toplam 394 kadından elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %33'ü TAT kullanmaktadırlar. Amerika'da 2012 verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada popülasyonun %29,6'sının son 12 ay boyunca en az bir tane TAT yöntemi kullandığı belirtilmiştir (Zhang ve ark., 2015). Doğu ve ark. (2014) çalışmasında katılımcıların %23,5'inin, Kurt ve ark. (2013) çalışmasında hastaların %48,8'inin TAT yöntemi kullanmakta olduğu saptanmıştır. Son yıllarda kullanımı oldukça artan TAT yöntemlerinin bu çalışmada da literatüre paralel oranda kullanıldığı belirlenmiştir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanan kadınların en çok dini yöntemleri, daha sonra sırasıyla bitkisel çay, kaplıca/ılıcaya gitme ve bitkisel ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Uğurluer ve ark. (2007) kemoterapi hastalarıyla yaptıkları çalışmada bitkisel çayların yüksek oranda kullanıldığı görülmektedir. Demir ve Beji'nin (2015) çalışmasında üriner inkontinanslı kadınların % 1,4' ünün bitkisel ilaç % 1,0'ının bitkisel çay kullandığı belirlenmiştir. Slavin ve ark. (2010) çalışmasında, ürojinekoloji hastalarının jinekoloji hastalarına göre daha fazla dua ettiklerini belirtmişlerdir. Bu araştırma da kadınların TAT yöntemi olarak dua etme yüzdesi oldukça yüksektir. Türkiye'de üriner inkontinanslı kadınların TAT kullanımı ile ilgili yapılan çalışma bulunmamaktadır. Daha çok kanserli hastaların TAT kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Dünyaya bakıldığında aşırı aktif mesane üzerine bitkisel tamamlayıcı alternatif tedavi metodlarının kullanıldığını, özellikle Çin'de antimuskarinik etki gösteren bitkisel ilaçların (Gosha-jinki-gan) kullanıldığı görülmektedir (Ogushi ve Takahashi, 2007; Chughtai ve ark, 2013). Japonya'da aşırı aktif mesane için kullanılan bitkisel bir ilacın noktüri üzerine etkisi olup olmadığı ile ilgili yapılan çalışmada sonuç alınamamıştır (Yagi ve ark., 2016). Çalışmamızda akupunktur yöntemini kullanan hasta yoktur ancak üriner inkontinansın tedavisinde akupunkturun etkisini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Paik ve ark. (2013) çalışmasında akupunkturun üriner inkontinans tedavisinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Urge ve mix inkontinans üzerine akupunkturun etkisini araştıran çalışmada olumlu sonuç alınmıştır (Engberg ve ark., 2009).

Bu araştırmada eğitim durumu ilköğretim seviyesinde olan kadınlar TAT yöntemini daha az kullanmaktadır. Slavin ve ark. (2010) kohort çalışmasında kadınların %59'unun eğitim seviyesi lise eğitiminin altındadır. Güven ve ark. (2013) hipertansif hastaların kullandığı TAT yöntemlerinin eğitim seviyesi azaldıkça kullanımının arttığını belirlemişlerdir. Bu araştırmadaki sonuçlar literatürden farklı bulunmuştur.

Araştırmada TAT yöntemi kullanan kadınların yaş ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Slavin ve ark. (2010) yaptıkları kohort çalışmasında ilerlemiş yaştaki bireylerin daha fazla TAT kullandıklarını söylemişlerdir. Güven ve ark. (2013) hipertansiyon hastaları ile yaptıkları çalışmada, yaş ilerledikçe TAT yöntemi kullanımının arttığını belirlemişlerdir. Kadınlar yaşlanmayla birlikte üriner inkontinans semptomlarını daha şiddetli yaşayabiliyorlar (Durukan ve ark., 2015), ayrıca ilerleyen yaşla birlikte kadınlara eşlik eden kronik hastalık sayısında da artış meydana gelebilir. Bu durum kadınları daha çok are aramaya itebilir. İlerlemiş yaş grubundaki kadınların ev ortamında daha fazla vakit geçirdikleri ve medyada yer alan programları daha fazla izleyerek TAT yöntemlerini kullandıkları düşünülebilir. Kadınlar idrar kaçırmanın yaşlanma ile birlikte normal süreç olduğunu ve doktorların bu sorunlarına are olamayacağını düşünebilirler, bu yüzden de profesyonel yardım almak için doktora başvurmayabilir onun yerine televizyonlardan ve çevrelerinden öğrendikleri TAT yöntemlerini kullanabilirler.

Araştırmada stres üriner inkontinans bulunan kadınların ve idrar kaçırma sıklığı daha az olan kadınların TAT yönteminin daha az kullandıkları görölmektedir. Slavin ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, şiddetli üriner inkontinansı olan kadınlar ile orta ve az şiddetli inkontinansı olan kadınlar aynı oranda TAT kullandıklarını bulmuşlardır. Üriner inkontinansın şiddeti attıkça kadınların hayatı daha çok etkilenebilir ve daha çok çaresizlik yaşayabilirler. Yaşadıkları aresizlik onları bu sorundan kurtulmak için yollar aramaya itebilir, çevrelerinden, televizyondan, gazetelerden duydukları yararlı olabileceklerini düşündükleri her şeyi denemeye çalışabilirler. Böylelikle inkontinans şiddeti fazla olan kadınlarda TAT kullanımında artış olabileceği düşünülebilir.

Emici amaşır ve ped kullanmayan ve içtiği sıvı miktarını azaltmayan kadınlar daha az TAT yöntemini kullanmaktadırlar. Kadınlar üriner inkontinansla başetme

yöntemlerini kullanmıyorlarsa TAT yöntemi de kullanmıyorlar. Bu durum kadınların üriner inkontinansla yaşamayı kabullenmiş olabileceklerini düşündürebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların KSA' nin inkontinans etkisi ve inkontinans şiddeti alt boyutlarından daha fazla puan aldığı, hayatlarının bu alanlarda en çok etkilendiği, kişisel ilişki alt boyutundan ise en az etkilendiği görülmektedir. Kadınların semptom şiddeti'nden aldıkları puan en düşük ve en yüksek puan dikkate alındığında üriner inkontinans semptomlarının orta şiddette olduğunu göstermektedir. Akkoç ve ark. (2008) King sağlık anketini kullanarak yaptıkları çalışmada, kadınlar en yüksek puanı genel sağlık (50,0), en düşük puanı ise bu çalışmada olduğu gibi kişisel ilişkiler alt boyutundan almışlardır. Semptom şiddetinden ise 12,0 puan almışlardır. Uemura ve Homma'nın çalışmasında (2004), bu çalışmaya benzer sonuçlar çıkmıştır, çalışmadaki kadınlar en yüksek puanı inkontinans şiddeti, en düşük puanı ise kişisel ilişkiler alt boyutlarından almışlardır. Bu çalışmamız literatüre paralellik göstermektedir.

Araştırmada kadınların benlik saygısından aldıkları puan ($1,67\pm 1,33$) üriner inkontinanslı kadınların benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir. Woods ve Mitchell (2013) yaptıkları çalışmada SÜİ' in benlik saygısını negatif etkilediğini belirtmişlerdir. Üriner inkontinansın benlik saygısını azaltan, kadınların kendine olan güvenlerini kırıcı, irite edici bir sorun olduğu yapılan yorumlar ile dile getirilmektedir (Sharaf ve ark., 2010; Sinclair ve Ramsay, 2011). Ancak benlik saygısını ölçen çalışmalar bulunmamaktadır.

Çalışmada 65 yaş ve üzerindeki kadınların KSA alt boyutlarından (kişisel ilişki dışında) aldıkları puanlar artış göstermektedir, 65 yaş ve üzeri kadınların yaşam kalitelerinin diğer yaş gruptaki kadınlara göre daha kötü olduğu söylenebilir. Yılmaz ve ark. çalışmasında (2014), 55 yaş ve üzerindeki kadınların inkontinansa ilişkin yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve Yılmaz'ın (2015) çalışmasında da 65-74 yaş arası kadınların yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşlanmayla birlikte kadınlar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanma yaşabilirler, bu durumun yaşam kalitelerini diğer yaş gruplarına göre daha fazla etkileyebilir.

Kadınların yaşları arttıkça benlik saygısı puanları yükselmektedir. Yaşlanma ile birlikte kadınların bedenlerinde meydana gelen fiziksel değişikliklerin etkisiyle benlik saygılarının azalmasının beklenen bir sonuç olduğu söyleyebilir.

Araştırmada BKİ sınıflamasına (DSÖ, 2015) göre obez gruba dahil olan üriner inkontinanslı kadınların BKİ değerleri arttıkça KSA alt boyutlarından (sosyal limitasyon ve kişisel ilişki hariç) aldıkları puanlar artış göstermekte, yaşamlarının ilgili alanlarında etkilenimleri artmakta ve yaşam kaliteleri kötüleşmektedir. Akgün ve ark. (2014) çalışmalarında, BKİ değerinde meydana gelen artış ile birlikte kadınların yaşam kalitelerinin kötüleştiğini bulmuşlardır. Literatüre baktığımızda genel popülasyonda yapılan çalışmalarda obez bireylerin yaşam kalitesinin normal kilolu bireylere göre daha kötü olduğu ifade edilmektedir (Wanat ve ark., 2014; Pimenta ve ark., 2015). Obez bireylerin vücut yapıları onların günlük yaşamlarını sürdürmelerini zorlaştırabilir, sosyal ortamlardan kendisini geri çekmesine neden olabilir, bu durumun kadınların yaşam kalitelerini etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada üriner inkontinanslı kadınların BKİ değerleri ile benlik saygısı arasında fark bulunmamıştır. Hamurcu ve ark., (2015) genel toplumda yaptıkları çalışmada obez bireylerde normal bireylere nazaran daha düşük benlik saygısı ve beden algısı olduğunu bulmuşlardır. Ergenlerle yapılan bir çalışmada normal kilolu ergenlerin benlik saygısının obez bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Işıklar, 2012). Bu araştırmadaki sonuçlar literatürden farklı bulunmuştur.

Araştırmaya kapsamındaki kadınların eğitim seviyesi azaldıkça KSA alt boyutlarından (kişisel ilişki hariç) aldıkları puanlar artış göstermekte, hayatlarının ilgili alanlarında etkilenimleri artmakta ve yaşam kaliteleri kötüleşmektedir. Kadınların inkontinans etkisi alt boyunda etkilenimleri daha fazladır. Yılmaz ve ark. (2014) çalışmasında okur yazar olmayan bireylerin yaşam kalitesinin daha kötü olduğunu bulmuşlardır. Üstündağ (2013) çalışmasında eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Kadınların eğitim seviyesi arttıkça entelektüel seviyeleri de artış gösteriyor olabilir. Böylelikle kadınların yaşadıkları sorunlarla başetme becerileri artış gösterebilir, yaşadıkları sorundan etkilenmek yerine onunla başedebilme yoluna gidiyor olabilirler. Eğitim seviyesi arttıkça kadınların KSA alt boyutlarından etkilenimlerinin azalmasının nedeninin bu olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada eğitim seviyesi azaldıkça kadınların benlik saygıları kötüleşmektedir. Okur yazar olmayan kadınların benlik saygıları orta seviye düşmektedir. Saygılı ve ark. (2015) eğitim seviyesi ile benlik saygıları arasındaki ilişkiye baktıkları çalışmalarında, katılımcıların eğitim seviyesinin azaldıkça benlik saygılarının kötüleştiğini belirlemişlerdir. Eğitim seviyesi arttıkça kadınların bir işte çalışma durumunun daha fazla olabileceği, toplum içinde daha fazla yer alabileceği, kendilerini daha yeterli görebileceği ve dolayısıyla kendilerine olan saygılarının daha fazla artabileceği düşünülebilir.

Üriner inkontinanslı bekar kadınların KSA alt boyutlarında etkilenimleri evli kadınlara göre daha fazladır ve en fazla inkontinans etkisi alt boyutunda etkilenimlerinin olduğu bulunmuştur. Evli kadınlar üriner inkontinansları ile başederken eşlerinden yardım alabilirler, eşlerini, kendi ailelerini ve eşinin ailesini yanlarında destekçileri olarak görebilirler. Aldıkları destek başetmelerine daha fazla yardım edebilir ve yaşam kalitelerinin daha az etkilenmesini sağlayabilir.

Araştırma kapsamındaki ev hanımı kadınların KSA alt boyutlarından aldıkları puanlarda artış olmakta ve inkontinans etkisi alt boyutunda daha fazla etkilenim olduğu görülmektedir. Yılmaz ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada ev hanımlarının yaşam kalitesini daha düşük bulunmuşlardır. Kadınlar sadece ev ortamına bağlı kalmayıp çalışma hayatında yer aldıklarında iş ve sosyal hayatları daha aktif olabilir, insanlarla daha fazla iletişim kurabilirler, yaşadıkları sorunlarını hayatlarına yansıtmayabilirler. Böylelikle sorun yaşadıklarında yaşam kalitelerine etki etmesine izin vermeyebilirler.

Araştırmada ev hanımı kadınların benlik saygısından aldıkları puan artış göstermektedir. Aktif çalışma hayatında olan kadınların benlik saygılarının daha yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğu düşünülebilir.

Araştırmada mix, noktüri ve overflow inkontinans türünün bir arada bulunduğu kadınların KSA alt boyutlarından aldığı puan ortalamasının arttığı, yaşamlarının ilgili alanlarının etkilendiği ve yaşam kalitelerinin diğer inkontinans tiplerinin bulunduğu kadınlara göre kötüleştiği görülmektedir. Mix, noktüri ve overflow inkontinans türünün bir arada bulunduğu kadınlar semptom şiddetlerini diğer kadınlara göre daha şiddetli yaşadıklarını söylenebilir. Borges ve ark. (2009) çalışmasında mix inkontinans türünün görüldüğü kadınlarda KSA uyku enerji alt boyutunun daha çok etkilendiği görülmektedir. Birçok çalışmada mix üriner inkontinans bulunan kadınların stres ve

urge inkontinans türü bulunan kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir (Demirel ve Akın, 2014; Ghafouri ve ark., 2014). Birkaç üriner inkontinans tipinin bir arada bulunduğu kadınlar semptomları daha yoğun yaşayabilirler bu durum yaşamlarını daha çok etkileyebilir ve yaşam kalitelerini daha da kötüleştirebilir.

Araştırmada mix, noktüri ve overflow inkontinans türünün bir arada bulunduğu üriner inkontinanslı kadınların benlik saygıları diğer türlerinin bulunduğu kadınlara göre daha düşüktür. Woods ve Mitchell (2013) çalışmalarında SÜİ' in benlik saygısını negatif etkilediğini belirtmişlerdir. Araştırmadaki sonuca göre, birkaç tür üriner inkontinansın bir arada bulunduğu kadınlar üriner inkontinans semptomlarını oldukça fazla yaşayabilirler, benlik saygılarında daha fazla etkilenmesinin beklenen bir sonuç olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada kadınların idrar kaçırmaya sıklıkları arttıkça KSA alt boyutlarının hepsinden aldıkları puan ortalamalarının arttığı ve hayatlarının ilgili alanlarının daha fazla etkilendiği görülmektedir. Kadınlar, idrar kaçırmaya şiddetleri arttıkça semptom şiddetini daha fazla yaşamaktadırlar. Senra ve Pereira'nın (2015) çalışmasında idrar kaçırmaya şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, az ve orta şiddetli idrar kaçıranların yaşam kalitelerinin çok şiddetli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Radisic ve ark. (2005) çalışmasında inkontinansın şiddeti arttıkça KSA alt boyutlarından alınan puanlarında arttığı bulunmuştur. Yılmaz'ın (2015) çalışmasında sürekli idrar kaçırmaya şikayeti olan yaşlı kadınların yaşam kalitesi idrar kaçırmaya şikayeti olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürdeki bir çok çalışmada da kadınların inkontinans şiddetlerinin arttıkça yaşam kalitelerinin de kötüleştiği belirtilmiştir (Özdemir ve ark., 2011; Balcı ve ark., 2012; Şensoy ve ark., 2013; Demirel ve Akın, 2014; Ghafouri ve ark., 2014; Demir ve Beji, 2015; Yılmaz, 2015). İdrar kaçırmaya miktarı arttıkça kadınlar kendilerini sosyal yaşamdan daha çok soyutlayabilir, kaçırdıkları idrarı emsin diye daha çok ped kullanabilir, kokma ve kıyafetlerinden pedinin görülme edinişesini yaşayabilir, dolayısıyla zihinleri bu sorun ile daha çok meşgul olabilir. Bu nedenle idrar kaçırmaya miktarı arttıkça kadınların yaşam kalitelerinin daha çok etkileneceği düşünülebilir.

Kadınların idrar kaçırmaya sıklığı arttıkça benlik saygıları azalmaktadır. İdrar kaçırmaya sıklığı arttıkça kadınlar bu sorunla başedebilmek için daha fazla ped

kullanabilir, bu durum onlarda kendini çocuk gibi hissetme duygusu yaşatabilir, kendilerine olan saygılarını azaltabilir ve benlik saygılarının daha fazla azalmasına neden olabilir.

Çalışmada kronik hastalığı olan kadınların KSA alt boyutlarından (kişisel ilişki dışında) aldıkları puan artış göstermekte, hayatlarının ilgili alanlarında etkilenimleri artmakta ve yaşam kaliteleri kötüleşmektedir. Yılmaz (2015) çalışmasında kronik hastalığı olmayan yaşlı kadınların yaşam kalitesi alt grup ve toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunan bireylerle yapılan çalışmalarda kronik hastalığın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olduğu belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008; Bozkurt ve Bozkurt, 2015; Koç ve ark., 2015). Bireyler kronik hastalıklar ve ona eşlik eden ilaç kullanımı ile yaşamaya alışırken, beslenme durumlarını, hareketlerini vb. alışkanlıklarını kronik hastalıklarına göre düzenlemek zorunda kalabilirler ve bu süreçte adaptasyon sağlarken zorluk yaşayabilir ve bu durum hayat kalitelerini etkileyebilir. Çalışmada bulunan bu sonucun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Kronik hastalığı olan kadınların benlik saygısı puanlarında artış görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı bulunan bireylerin benlik saygılarının düşük olduğu bulunmuştur (Tan ve ark., 2004; Kurt ve ark., 2013). Kadınların üriner inkontinansla yaşamaya çalışırken aynı zamanda kronik hastalıklarının onlara eşlik etmesi hayatlarını oldukça zorlayabilir. Hayatlarını kronik hastalıklara göre şekillendirmeye çalışabilirler ve bu durum benlik saygılarını etkileyebilir.

Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemi kullanan kadınlar KSA (kişisel ilişki alt hariç) alt boyutlarından yüksek puan almışlardır. Dolayısıyla kadınların KSA alt boyutları ile ilişkili alanlarda hayatlarının etkilenimleri arttıkça TAT kullanma durumları da artış göstermiştir. Üstündağ (2013) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada TAT kullanımının hastaların yaşam kalitesini etkilemediğini bulmuştur. Üriner inkontinans kadınların yaşam kalitelerini etkileyerek onları çaresiz bırakabilir. Bu sorundan bir an önce kurtulmak için kadınlar arayış içerisine girebilir ve üriner inkontinans şikayetlerine iyi geleceğini düşündükleri bilgiyi zaman, para ve efor harcamadan en kolay bulabilecekleri televizyon, radyo, gazete, çevrelerindeki insanlardan edinebilirler. Edindikleri bilginin etkili olup olmadığına araştırmadan uygulamaya başlayabilirler.

Araştırma kapsamındaki TAT kullanan kadınların benlik saygısının daha kötü olduğu görülmektedir. Bu durum üriner inkontinans dolayısı benlik saygıları daha çok etkilenen kadınların bu sorundan kurtulmak için daha çok arayış içine girip, TAT yöntemlerini kullanmaya yöneldikleri düşünülebilir.

King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duyu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti kişisel ilişki alt boyutları puan ortalamaları ile Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu bulunmuştur. Işıklar (2012) ergenlerle yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ile benlik saygısı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Üriner inkontinans kadınların yaşamlarını her boyuttan etkileyebilir ve bu etki kadınların hayatlarında sınırlılıklar meydana getirebilir, yaşanan sınırlılıklar kadınların kendilerine olan saygılarını azaltabilir. Yaşam kalitesi kötüleştikçe kadınların benlik saygılarının da azalmasının beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Üroloji Polikliniğine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri idrar kaçırma şikayeti olan toplam 394 kadından elde edilen verilerin analizinde şu sonuçlar elde edilmiştir;

Üriner inkontinanslı kadınların %33' ünün TAT yöntemi kullandığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların %52,7'sinin TAT yöntemi olarak dua ettiği, %51,9'unun psikolojik olarak rahatlamak amacıyla bu yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Yaş ortalaması büyük olan üriner inkontinanslı kadınların TAT yöntemini daha fazla, eğitim seviyesi ilköğretim olan, idrar kaçırma sıklığı ayda 1 veya bir kezden fazla olan, stres üriner inkontinans türü bulunan, emici çamaşır, ped kullanmayan, içtiği sıvı miktarını azaltmayan kadınların TAT yöntemini daha az kullandığı ve aradaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınların KSA inkontinans etkisi alt boyutundan en fazla, kişisel ilişki alt boyutundan en az, ve semptom şiddeti alt boyutundan $16,22 \pm 3,46$ puan aldığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki üriner inkontinanslı kadınların benlik saygısı yüksek olduğu saptanmıştır. King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti ile yaş arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Benlik saygısı ile yaş arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti, fiziksel limitasyon ve duygu durum, puan ortalamaları ile BKİ arasında fark olduğu belirlenmiştir. King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim durumu ve benlik saygısı arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Medeni durum ile KSA alt boyutlarından genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, uyku enerji düzeyi arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Bekar kadınların benlik saygısı puan ortalamasının evli kadınlara göre daha yüksek

olduğu belirlenmiştir. King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, duygu durum, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti ile çalışma durumu arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Ev hanımı kadınların puan ortalamalarının en fazla olduğu saptanmıştır. Ev hanımı kadınların benlik saygısı puan ortalamasının daha fazla olduğu bulunmuştur. King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti ile üriner inkontinans türü arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Mix, noktüri ve owerflow inkontinans türünün bir arada bulunduğu kadınların benlik saygısı puanı diğer türlere göre yüksek bulunmuştur. İdrar kaçırma sıklığı ile tüm KSA alt boyutları arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. İdrar kaçırma sıklığı ile benlik saygısı puanı arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Günde birden fazla idrar kaıranlarda benlik saygısı diğerlerine göre daha düşüktür. Üriner inkontinanslı kadınlarda genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti ile kronik hastalık varlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki kadınlarda benlik saygısı ile kronik hastalık varlığı arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan kadınların benlik saygısı puanı artmaktadır. Genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti ve semptom şiddeti alt boyutları ile TAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Üriner inkontinanslı kadınların benlik saygısı ile TAT yöntemi kullanma durumları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemi kullanan kadınların benlik saygısı puanı daha fazladır. King Sağlık Anketi genel sağlık, inkontinans etkisi, rol limitasyon, fiziksel limitasyon, sosyal limitasyon, duygu durum, uyku enerji düzeyi, inkontinans şiddeti, semptom şiddeti ve kişisel ilişki alt boyutları puan ortalamaları ile Benlik Saygısı leği puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

6.2. ÖNERİLER;

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Üriner inkontinansın bir tedavisinin olduğu, kadınların bu sorunu deneyimlediklerinde utanmamaları ve doktora başvurmaları gerektiği konusunda toplumsal farkındalığın artırılması için çalışmaların yapılması,
- Eğitim seviyesi düşük, yaşları yüksek olan kadınların hayatlarının ilgili alanlarının ve benlik saygılarının daha çok etkilendiği göz önüne alınarak bu gruplar hemşireler tarafından öncelikli olarak ele alınmalı,
- Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin doğru kullanımı doğrultusunda sağlık profesyonellerinin eğitimler içerisinde yer alıp bilgilerinin artırılması,
- Menapoz dönemindeki kadınların inkontinans konusunda farkındalıklarının artırılmasına yönelik eğitim verilmesi,
- Kadınlara menopoz döneminde yaşayabilecekleri sorunlar konusunda eğitim verilip, üriner inkontinansı deneyimlemeleri durumunda doktora hemen başvurmalarının tedavi sürecini kısaltabileceğinin anlatılması,
- Kadınlara normal kilolarını korumalarının önemi,
- Türkiyede üriner inkontinanslı bireylerin TAT kullanımı ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck PV, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21:167–178.
- Akgün G, Süt N, Kaplan PB. Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2010; 20 (6): 378-86.
- Akkoç Y, Karapolat H, Eyigor S, Yeşil H, Yüceyar N. Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients With Urinary Disorders: Reliability And Validity Of The Turkish Version of King's Health Questionnaire. *Neurol Sci.* 2011; 32:417–4217.
- Aktüksek A. Anatomi ve Fizyoloji İnsan Biyolojisi. 4. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım. 2009;345-361.
- Anonim, 2015. Self-esteem. <https://www.ucdmc.ucdavis.edu/hr/hrdepts/asap/Documents/Selfesteem.pdf>, 2015.
- Aslan E. Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Kızılkaya Beji N. Editör, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı'nda, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık.2002; 51-60.
- Balcı E, Gürlevik Ö, Gün İ, Günay O. The effects of stress urinary incontinence on the quality of life of Turkish women in the reproductive age group. *Turk J Med Sci.* 2012; 42 (5): 845-851.
- Beji NK. Üriner inkontinans tipleri ve hasta değerlendirmesi. Kızılkaya Beji N. Editör, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı'nda, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık.2002; 75-84.
- Bergström K, Carlsson CPO, Lindholm C, Widengren R. Improvement of urge- and mixed-type incontinence after acupuncture treatment among elderly women- a pilot study. *J Auton Nerv Syst.* 2000; 79; 173–180.
- Bozkurt N, Bozkurt Hİ. Astımda semptom kontrolü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Dicle Medical Journal.* 2015; 42 (2): 208-213.
- Cattell E. Nurse Practitioners' Role in Complementary and Alternative Medicine: Active or Passive Nursing Forum. 1999;34(3):14-23.
- Chughtai B, Kavalier E, Lee R, Te A, Kaplan SA, Lowe F. Use of Herbal Supplements for Overactive Bladder. *Rev Urol.* 2013;15(3):93-96.

- Cumhur M. Temel Anatomi.2. Baskı, Ankara, ODTÜ Yayıncılık. 2006;257-264.
- Çelik DB, Beji NK. Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg.2012; 20(1): 69-79.
- Çetinel B. İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanılama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. Turk J Urol. 2005; 31: 246-52.
- Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner inkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Erciyes Med J. 2011; 33(4):301-308.
- Demir S, Beji NK. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları. F.N. Hem. Derg.2015; 23(1): 23-31.
- Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner inkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2012;7 (9).
- Demirel T, Akın B. Prevalence And Risk Factors Of Urinary Incontinence And Its Impact On Quality Of Life Among 65 Years And Over Women Who Lived In Rural Area. Turkish Journal Of Geriatrics. 2014; 17 (4) 379-388.
- Doğu GG, Kargı A, Tanrıverdi O, Yaren A, Demıray G, Taskoylu BY, Ergın A. Complementary/Alternative Medicine Experience in Cancer Patients: A Questionnaire-Based Survey. UHOD.2014;1(4);45-53.
- DSÖ, WHOQOL- Measuring Quality Of Life. Psychological Medicine. 1998,28,551–558.
- DSÖ, Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Hong Kong: World Health Organization, 2013.
- DSÖ, General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine - 2000. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66783/1/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf, 15.
- DSÖ, Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva: World Health Organization, 2002.
- DSÖ, Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Hong Kong: World Health Organization, 2013.
- DSÖ, Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine- 2004. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf>, 15.

- DSÖ, Obesity and Overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, 2015.
- Durukan H, Tok EC, Tok D, Aytan H. Mersin İlinde, Hedef Popülasyonda Kadınların Kendisi Tarafından Algılanan İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Yaş Gruplarına Göre İnkontinans Tiplerinin Dağılımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni.2015;46: 1-5.
- Engberg S, Cohen S, Sereika SM. The Efficacy of Acupuncture in Treating Urge and Mixed Incontinence in Women-A Pilot Study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009;36(6):661-670.
- Engin T, Lembet A. Dizüri, Pollaküri ve İdrar Kaçırma. Beksaç MS, Editör, Üreme Endokrinolojisi & İnfertilite, Jinekolojik Onkoloji 'de, 1. Baskı, Ankara, Öncü Basımevi. 2006;285-293.
- Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009; 6(1): 177-178.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi.2006; 1: 1-5.
- Eskiyurt N, Karan A. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Güner H. Editör, Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2000; 135-155.
- 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; 12: 269-274.
- Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Gulhane Med J. 2008; 50: 172-179.
- Güner H, Yazıcı G. Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. Güner H. Editör, Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2000; 1-10.
- Güneş G, Güneş A, Pehlivan E. Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. J Turgut Ozal Med Cent, 2000;7(1);54-57.
- Güngör M, Çetinkaya E. Stres Üriner İnkontinans. Yalçın Ö. Editör, Temel Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;267-274.
- Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. BSBD.2013;2(3):160-166.
- Hakverdi UA. Miks Üriner İnkontinans. Güner H. Editör, Temel Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;275-282.
- Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı Ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. TAHUD. 2015;19 (3): 122 – 128.

- Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol. Urodynam.* 2010; 29: 4–20.
- Işıklar A. Ergenlerde Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı Düzeyinin Cinsiyet Ve Obezite Değişkenleri Açısından İncelenmesi. *F.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi.* 2012; 22 (2); 84-92.
- Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma. *Nobel Med* 2011; 7(2): 34-39.
- Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2000; 3 (3): 102-106.
- Karan A, Eskiuyurt N. Üriner İnkontinansda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. Kızılkaya Beji N. Editör, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı'nda, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayın No:4338, F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No:5, Emek Matbaacılık. 2002;129-146.
- Karan A. Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Rehabilitasyon Programı.Yalçın Ö. Editör, Temel Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;305-315.
- Karasaç M. Normal Vajinal Doğum Yapmış Genç Kadınlarda Obesite Ve Doğum Sayısı İle Üriner İnkontinans Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 1-54.
- Kelleher CJ, Filshie J, Burton G, Khullar V, Cardozo LD. Acupuncture and Treatment of Irritative Bladder Symptoms. *Acupunct Med.*1994;12(1):9-12.
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A New Questionnaire to Assess The Quality Of Life Of Urinary Incontinent Women. *BJOG.*1997;104:1374-1379.
- Koç EM, Başer DA, Özkara A, Kahveci R, Alsancak AD, Yaşar İ, Yılmaz TE. Diyabet Tanısıyla İzlenen Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye İçin Bir Pilot Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi.*2015;7(2):76-82.
- Koçak İ, 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;48: 634–641.
- Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh YS, You MA. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *Int Neurourol J,* 2010;14:133-8.
- Kurt H, Keşkek ŞÖ, Çil T, Canataroğlu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/ alternatif tedavi kullanımı. *Turk J Oncol.* 2013;28(1):10-15.

- Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013; 50: 202-208.
- Minassian VA, Drutz HP, Al- Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;82: 327–338.
- NCCIH, CAM Basic. https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347_05-25-2012.pdf,15.
- Nitti VW. The Prevalence of Urinary Incontinence. *Reviews In Urology*. 2001; 3:2–6.
- Ogushi T, Takahashi S. Effect of Chinese Herbal Medicine on Overactive Bladder. *Acta Urol. Jpn*. 2007;53:857-862.
- Özdemir AA. Kronik Böbrek Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 23-24.
- Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş Ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2011;21(4):266-76.
- Özkan ZS, Sapmaz E. Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *J Kartal TR*. 2015; 26(2):101-106.
- Paik SH, Han SR, Kwon OJ, Ahn YM, Lee BC, Ahn SY. Acupuncture for the treatment of urinary incontinence: A review of randomized controlled trials. *EXP THER MED*. 2013;6: 773-780.
- Peterson JA. Minimize Urinary Incontinence: Maximize Physical Activity in Women. *Urol Nurs*. 2008;28(5):351-356.
- Pimenta FBC, , Bertrand E, Mograbi DC, Shinohara H, Fernandez JL. The Relationship Between Obesity and Quality Of Life in Brazilian Adults. *Front. Psychol*. 2015;6: 1-7.
- Radisic VB, Dorfer M, Tamussino K, Greimel E. Psychometric Properties and Validation of the German-Language King's Health Questionnaire in Women With Stress Urinary Incontinence. *Neurourol. Urodynam*. 2005; 24:63-68.
- Rogers R.G, Leeman, L.L. Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin N Am*. 2007; 34:13-21.
- Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary Incontinence Predictors and Life Impact in Ethnically Diverse Perimenopausal Women. *Obstet Gynecol*. 2002;100: 1230–8.
- Saygılı G, Kesecioğlu Tİ, Kırıltaş H. Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Jret*. 2015;4(2):210-217.

- Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras.* 2015; 61(2):178-183.
- Sharaf A Y., Sebai NAE , Ewieda SM, Shokry MS, Salem MA. The Impact of Nursing Interventions on the Control of Urinary Incontinence among Women. *Journal of American Science.* 2010;6(10):1258-1271.
- Sinclair AJ, Ramsay IN. Review The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2011;13:143–148.
- Slavin SL, Rogers RG, Komesu Y, Omotosho T, Hammil S, Lewis C, Sapien R. Complementary and alternative medicine (CAM) use in women with pelvic floor disorders: a cohort study. *Int Urogynecol J.*2010;21(4): 431–437.
- Stothers L, Friedman B. Risk Factors for the Development of Stress Urinary Incontinence in Women. *Curr Urol Rep.*2011; 12:363–369
- Subramaniam J, Eswara S, Yesudhasan B. Association of Urinary Tract Infection in Married Women Presenting with Urinary Incontinence in a Hospital based Population. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(3): 10-13.
- Şensoy N, Doğan N, Özek B, Karaaslan L. Urinary Incontinence in Women: Prevalence Rates, Risk Factors And Impact On Quality Of Life. *Pak J Med Sci,* 2013;29(3):818-822.
- Tan M, Karabulutlu E. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*2004; 7(3):67-73.
- Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Ege Journal of Medicine.*2013;52(1):15-19.
- Topçu SA. Hemşirelik Uygulamaları ve Eğitiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *HEMARGE.* 2009; 6 (2): 5-9.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.*2010;3(1): 93-98.
- Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. *Van Tıp Dergisi,* 2007; 14(3):68-73.
- Uncu G, Özdil M. Alt Üriner sistem disfonksiyonları, epidemiyoloji ve risk faktörleri. Yalçın Ö. Editör, *Temel Ürojinekoloji*'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;41-47.
- Ünlü M, Üstüner I, Güven ES, Şentürk Ş, Şahin FK. Urinary Incontinence in Premenopausal Women: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *LUTS.*2014; 6: 157–161.

- Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12 (3):231-242.
- Üstündağ S. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek lisans tezi, 2013.
- Wanat KA, Kovarik CL, Shuman S, Whitaker RC, Foster GD, O'Brien MJ. The Association between Obesity and Health-Related Quality of Life among Urban Latinos. Ethn Dis. Author manuscript. 2014;24 (1): 14–18.
- Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14(2):335-353.
- Woods NF, Mitchell ES. Consequences of incontinence for women during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the SeattleMidlife Women's Health Study. Menopause. 2013; 20(9):915-920.
- Varlı M, Aras SD, Atlı T. Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/200901/html/200911045058. 2008.
- Yagi H, Nishio K, Sato R, Arai G, Soh S, Okada H. Clinical efficacy and tolerability of Gosha-jinki-gan, a Japanese traditional herbal medicine, for nocturia. JTCM. 2016;6: 126-129.
- Yalçın Ö. Üriner İnkontinanslara Genel Bakış. Güner H. Editör, Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2000;19-27.
- Yalçın Ö. Pelvis Tabanı Anatomisi. Yalçın Ö. Editör, Temel Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;7-19.
- Yalçın ÖT. Üriner İnkontinans- Genel Değerlendirme, Öykü ve Muayene. Yalçın Ö. Editör, Temel Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2009;163-179.
- Yalçın ÖT. Fizik Muayene, Ameliyat Öncesi Değerlendirme. H. Editör, Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2000;37-60.
- Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007; 27:680-686.
- Yaz MP, Kurt S, Demirtaş Ö, Taşyurt A. Urinary Incontinence And Risk Factors. Cumhuriyet Medical Journal. 2015;37(1):30-36.
- Yıldız A, Onan A. Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi. Güner H. Editör, Ürojinekoloji'de, 1. Baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık. 2000;115-134.

Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2014; 2(2): 1-14.

Yılmaz T. Üriner İnkontinansı Olan Yaşlı Kadınlarda Uyku Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2015;80-102.

Yuan Z, He C, Yan S, Huang D, Wang H, Tang W. Acupuncture for overactive bladder in female adult: a randomized controlled trial. World J Urol.2015; 33:1303–1308.

Zhang Y, Leach MJ, Hall H, Sundberg T, Ward L, Sibbritt D, Adams J. Differences Between Male And Female Consumers Of Complementary And Alternative Medicine In A National US Population: A Secondary Analysis Of 2012 NIHS Data. Evid Based Complement Alternat Med.2015;20.



EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

DEĞERLİ KATILIMCI

Bu çalışmanın amacı; idrar kaçırma şikayeti olan kadınların kullandıkları alternatif yöntemler, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

İdrar kaçırma, yaşamı tehdit eden bir olay olmasa da kişilerin fiziksel ve sosyal yaşamlarını kısıtlamakta, yaşam kalitelerini son derece etkilemekte, depresyona kadar varan duygusal sorunların gelişmesine neden olmaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, idrar kaçırma şikayeti olan kadınların başatmak için başvurdukları geleneksel yöntemlerin, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesini sağlayacaktır. Ayrıca yanıtlarınız doğrultusunda elde edilen veriler idrar kaçırmaya yönelik uygulamaların geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Sorulara doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yrd.Doç.Dr.Birsen ALTAY

Arş. Gör. Özge ÖZ

Sosyodemografik Özellikler:

1. Yaşınız:.....,
2. Kilonuz:.....
3. Boyunuz:.....
4. Eğitim durumunuz?
 1. Okur yazar değilim
 2. İlköğretim
 3. Lise
 4. Yüksekokul
5. Mesleğiniz?
 1. Ev hanımı
 2. İşsiz
 3. İşçi
 4. Memur
 5. Emekli
 6. Diğer
6. Medeni durumunuz?
 1. Evli
 2. Bekar

EK-1 (Devamı)

Jinekolojik Bilgiler:

7. Doğum sayınız?.....
8. Doğum şekliniz nasıldı? 1. Vajinal 2. Sezeryan 3. Her ikisi
9. Doğumda yardımcı araç (vakum, forseps vb.) kullanıldı mı? 1. Evet 2. Hayır
10. Doğumda kesik (epizyotomi) açıldı mı? 1. Evet 2. Hayır
11. Çoğul gebelik öykünüz var mı? 1. Evet 2. Hayır
12. İri bebek doğurdunuz mu?(4 kilo üzeri) 1. Evet 2. Hayır
13. Menapoza girdiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
14. Menapozdan sonra hormon tedavisi gördünüz mü? 1. Evet 2. Hayır
15. Kadın hastalığından rahim alınma ameliyatı geçirdiniz mi?(Histerektomi)
1. Evet 2. Hayır

İnkontinans bilgileri:

16. Sigara kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
17. Alkol kullanıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
18. Düzenli spor yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
19. Kronik hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır
20. Kronik hastalığınız var ise aşağıdaki hastalık/rahatsızlıklardan hangisi sizde var ?
 1. Diyabet
 2. Hipertansiyon
 3. Multiple skleroz
 4. Böbrek rahatsızlığı
 5. Miyom
 6. Parkinson
21. Hangi durumlarda idrar kaçırsınız?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 1. Öksürük, aksırık, gülme veya fiziksel egzersiz sırasında
 2. Birden idrar hissine kapılıp, sıkışıp tuvalete giderken
 3. Sürekli veya aralıklı olarak az miktarda sızıntı şeklinde idrar kaçırma
 4. Uyku esnasında
 5. Diğer.....

EK-1 (Devamı)

22. İdrar kaçırma sıklığınız nedir?
1. Günde bir kez
 2. Günde bir kezden fazla
 3. Haftada bir veya birkaç kez
 4. Ayda bir veya birkaç kez
23. İdrar kaçırma probleminiz hangi durumdan sonra gelişti?
1. Gebelik sonrası
 2. İlaç kullanımı sonrasında
 3. Kronik hastalığım ile birlikte
 4. Menapoza girmem ile birlikte
 5. Geçirdiğim ameliyat sonrasında gelişti
 6. Enfeksiyon
 8. Diğer.....
24. Günde idrara çıkma sayınız?.....
25. Gece idrar yapmak için kalkar mısınız? 1. Evet 2. Hayır
26. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırmaz mısınız? 1. Evet 2. Hayır
27. Sık sık kabızlık problemi yaşar mısınız? 1. Evet 2. Hayır
28. Sık sık İdrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz? 1. Evet 2. Hayır
29. İlk idrar kaçırma probleminiz olduğunda ne yaptınız?
1. Doktora gittim
 2. Yakınlarımla paylaştım
 3. Hiçbir şey yapmadım
 4. Diğer.....

EK-1 (Devamı)

Baş Etme Yöntemleri İle İlgili Sorular;

İdrar kaçırma ile baş etmek için hangi yöntemlere başvurursunuz?

| | EVET | HAYIR |
|--|------|-------|
| 30. İdrar hissiniz olmadan tuvalete gider misin? | | |
| 31. Gittiniz yerlerde tuvalete yakın yerlerde mi oturursunuz? | | |
| 32. Evden dışarı çıkmamaya çalışır mısınız? | | |
| 33. Arkadaş ortamınızdan uzaklaşmaya çalışıyor musunuz? | | |
| 34. Yanınızda yedek kıyafet, iç çamaşırı taşıyor musunuz? | | |
| 35. Emici iç çamaşırı, ped, çocuk bezi kullanıyor musunuz? | | |
| 36. Koku gidermek için sprey, parfüm kullanıyor musunuz? | | |
| 37. Vajinaya deodorant veya kokulu ped kullanıyor musunuz? | | |
| 38. İçtiğiniz su miktarını azaltarak sıvı kısıtlaması yapıyor musunuz? | | |
| 39. Perineye sıcak su uygulama, sıcak tuğlaya oturma gibi sıcak uygulamalar yapıyor musunuz? | | |
| 40. Üriner katater(sonda) kullanıyor musunuz? | | |
| 41. Ağır kaldırmamaya özen gösteriyor musunuz? | | |
| 42. Mobilyalarınızı, eşyalarınızı korumak için örtü kullanıyor musunuz? | | |

Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri ile ilgili sorular;

43. Üriner inkontinansla baş etmek için doktorun verdiği tedavi dışında başka tedavi kullandınız mı?

1.Evet 2.Hayır (KingSağlık Anketine geçiniz)

44. üriner inkontinansla baş etmek için başvurduğunuz yöntemler aşağıdakilerden hangisidir?

- 1) Bitkisel ilaç kullanmak
- 2) Bitkisel çay kullanmak
- 3) Yoga yapmak
- 4) Kaplıca/ılıcaya gitmek

EK-1 (Devamı)

- 5) Masaj
 - 6) Eliş-resim yapma-uğraşı terapisi
 - 7) Psikoterapi
 - 8) Destek grupları(grup terapisi)
 - 9) Dua etmek
 - 10) Diğer
45. Bu yöntemleri kullanma nedeniniz hangisidir? (Tek şık işaretleyiniz)
- 1) Yarar gören hastaların varlığı
 - 2) Araştırarak edindiğim bilgiler
 - 3) Hastalık etkilerini azaltmak
 - 4) Tedaviye katkıda bulunmak
 - 5) Psikolojik olarak rahatlamak
 - 6) Hastalığa karşı herşeyi yapmış olmak
 - 7) Diğer.....

EK -2 KİNG SAĞLIK ANKETİ

Birinci Bölüm

Genel Sağlık Algılaması

1 - Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5. Çok kötü

2 - İdrar kesesi sorununuzun yaşamınızı ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Çok fazla

İkinci Bölüm

Aşağıda idrar kesesi sorunlarınızın etkileyebileceği bazı günlük işler yer almaktadır . İdrar kesesi sorununuz sizi ne kadar etkilemektedir?

| | 1 Hiç | 2 Biraz | 3 Orta Derecede | 4 Çok Fazla |
|--|----------|------------|-----------------------|-------------------|
| 3 - Günlük İşlerde Kısıtlılık | | | | |
| A. İdrar kesesi sorununuz ev işlerinizi etkiliyor mu? (temizlik, alışveriş gibi) | | | | |
| B. İdrar kesesi sorununuz işinizi yada ev dışındaki normal günlük işlerinizi etkiliyor mu? | | | | |
| 4 - Fiziksel/Sosyal Kısıtlılık | | | | |
| A. İdrar kesesi sorununuz fiziksel aktivitelerinizi etkiliyor mu? (yürüyüşe çıkma, koşma, spor, vücut geliştirme gibi) | | | | |
| B. İdrar kesesi sorununuz seyahat edebilmenizi etkiliyor mu? | | | | |
| C. İdrar kesesi sorununuz sosyal yaşamınızı kısıtlıyor mu? | | | | |
| D. İdrar kesesi sorununuz arkadaşlarınızı görüp ziyaret edebilmenizi kısıtlıyor mu? | | | | |
| 5 - Kişisel ilişkiler | | | | |
| A. İdrar kesesi sorununuz eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu ? | | | | |
| B. İdrar kesesi sorununuz cinsel yaşamınızı etkiliyor mu ? | | | | |

EK-2 (Devamı)

| | | | | |
|--|-----------|------------|---------------|----------------|
| C. İdrar kesesi sorununuz aile yaşantınızı etkiliyor mu? | | | | |
| 6- Duygu Durumu | | | | |
| A. İdrar kesesi sorununuz nedeniyle kendinizi depresyonda hissediyor musunuz? | | | | |
| B. İdrar kesesi sorununuz sizi endişeli ya dasinirli yapıyor mu? | | | | |
| C. İdrar kesesi sorununuz kendinizi kötü hissetmenize neden oluyor mu? | | | | |
| | 1 Asla | 2 Bazen | 3 sıklıkla | 4 Her zaman |
| 7-Uyku/Enerji | | | | |
| A.İdrar kesesi sorununuz uykunuzu etkiliyor mu? | | | | |
| B. İdrar kesesi sorununuz kendinizi yorgun ve bitkin hissetmenize neden oluyor mu? | | | | |
| 8 - Aşağıdakilerden herhangi birini yapıyor musunuz? Yapıyorsanız ne kadar? | | | | |
| | 1 Asla | 2 Bazen | 3 sıklıkla | 4 Her zaman |
| A. Kuru kalmak için ped kullanmak | | | | |
| B. Ne kadar sıvı aldığınıza dikkat etmek | | | | |
| C. Islandığı zaman iç çamaşırlarınızı değiştirme | | | | |
| D. Kokma konusunda endişe etme | | | | |
| E. İdrar kesesi sorununuz nedeniyle utanma | | | | |

Üçüncü Bölüm

İdrar kesesi sorunlarınızın ne olduğunu ve sizi ne kadar etkilediğini bilmek istiyoruz.

Aşağıdaki listeden şu andaki sorunlarınızı seçiniz. Size uygun olmayanları işaretlemeyiniz. Aşağıdakiler sizi ne kadar etkiliyor.

EK-2 (Devamı)

İdrar yapma sıklığı: Tuvalete çok sık gitme

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Noktüri: Gece idrar yapmak için kalkma

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Sıkışma: idrar yapma isteğinin kuvvetli ve kontrol edilmesi zor oluşu

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Sıkışarak idrar kaçırma: Kuvvetli idrar yapma isteğiyle birlikte idrar kaçırma

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Stres inkontinans: Öksürme, koşma gibi fiziksel aktiviteler sırasında idrar kaçırma

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Enurezis nokturna: Gece altına ıslatma

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

İdrar Yolu İltihabı

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

İdrar kesesi ağrısı

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

İdrar yapmada zorluk

| | | |
|----|---------------|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| Az | Orta Derecede | Çok |

EK-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çokyanlış

EK-4 KING SAĞLIK ANKETİ İZİN

Re: king sağlık anketi izin



Hale Karapolat

08:28 (Per)

Siz ↕

Sayın Özge Hanım

Türçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "King's Health Questionnaire- King Sağlık Anketi" ölçeğini tezinizde kullanmanıza izin veriyorum.

İyi çalışmalar dilerim

Doç. Dr. Hale Karapolat
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
Bornova/İzmir

EK -5 ROSENBERG BENLİK SAYGISI İZİN

ölçek

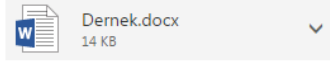


Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

10.4.2015 (Cum) 10:13

Kime: ozge.oz.90@hotmail.com

Belgeler



İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

ölçek hakları derneğe devredildiğinden dolayı aşağıdaki dernek hesabına 50 tl bağış yapılması ve dekontun bu mail adresine yollanması gerekmektedir. teşekkür ederiz

--

Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Cinnah Caddesi 35/12
Çankaya / Ankara
0 312 440 12 57
0 541 440 33 54



Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry

Konu: Rosenberg Ölçeği

Özge Öz'ün tez çalışmasında Türkçeye uyarlanmış 'Rosenberg benlik saygısı' ölçeğini kullanmasına izin verilmiştir.

Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan
Dernek Başkanı

EK-6 ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 17a7

14.05.2015

Sayın Yrd. Doç.Dr.Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **18 Yaş Üzeri Üriner İnkontinanslı Kadınların Başvurdukları Alternatif Yöntemler, Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki** başlıklı OMÜ KAEK 2015/213 Karar nolu Anket Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 30.04.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

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

EK 7- KURUM İZİNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Sayı : 61127492-044-E.32130
Konu : Anket İzni (Özge ÖZ)

09/06/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 26/05/2015 tarihli ve 37125759-044-E.28351 sayılı yazınız.
b) 08/06/2015 tarihli ve 15374210-044-E.31711 sayılı yazınız.

Enstitünüz Halk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Özge ÖZ'ün "18 Yaş Üzeri Üriner İnkontinanslı Kadınların Başvurdukları Alternatif Yöntemler, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasına ait anket uygulamasını Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üroloji ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde uygulaması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalar

Prof. Dr. Sevilhan MENNAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Özge ÖZ

Doğum Yeri : Niksar/TOKAT

Doğum Tarihi : 11/05/1990

Medeni Hali : Bekar

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl) : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/
Hemşirelik Bölümü 2008-2012

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl : Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Sağlık Yüksek Okulu
2013-

E-posta : ozge.oz.90@hotmail.com

