



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜRİNER İNKONTİNANSLI KADINLARDA
YAŞAM KALİTESİ
VE
SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI**

SEVDA DEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL - 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi SEVDA DEMİR tarafından hazırlanan **"Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 11.10.2012

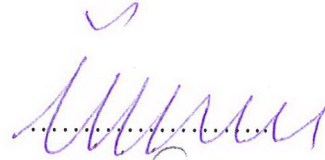
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

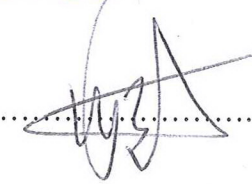
Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ
İst.Üniv.F.N.H. Fak.(Danışman)

.....


Jüri Üyesi : Doç.Dr.Ümran YEŞİLTEPE OSKAY
: Marmara Üniv.Sağ.Bil.Fak.

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniv.HYO

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTÜRAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde katkılarıyla beni yönlendiren, çalışma süresince her türlü destek ve yardımı esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji' ye,

Tez çalışmanın istatistik analizlerinde bana yardımcı olan, Sayın Doç. Dr. Ergül Aslan' a,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm öğretim görevlisi ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Meslek hayatımın ilk yılından, bu yana değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlanma olanağı bulduğum, her konuda desteğini esirgemeyen medikal ve sosyal açılarından çok şey öğrendiğim Sayın Op. Dr. Ergün Eriçek' e,

Hayatım boyunca bana destek ve örnek olan, ananem Hatice Tutar' a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	iv
IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	v
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	8
4.1. ÜRİNER İNKONTİNANS	8
4.1.1. Üriner İnkontinansın Tanımı	8
4.1.2. Üriner İnkontinans Prevalansı	9
4.2. Yaşam Kalitesi.....	12
4.2. 1. Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	12
4.2.2. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Olan Etkileri	15
4.3. Sağlık Arama Davranışları	17
4.3.1. Sağlık Davranışı	17
4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlık Arama Davranışları	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	21
5.2. Araştırmanın Evreni.....	21
5.3. Araştırmanın Örnekleme	21
5.4. Verilerin Toplanması	23
5.4.1. Araştırmada Kullanılan Araçlar	23
5.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	23
5.4.1.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	23
5.4.1.2.1. Urogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire)	23
5.4.2. Verilerin Toplanması İzlenen Yol.....	24
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
5.6. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	24
5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	24

6. BULGULAR.....	26
6.1. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS ŞİKAYETLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	26
6.2. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	31
6.3. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	35
7. TARTIŞMA.....	47
7.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	47
7.2. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	51
7.3. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	56
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	60
8.1. Sonuçlar	60
8.2. Öneriler.....	61
9. KAYNAKLAR	63
10. EKLER	71
11. ÖZGEÇMİŞ	72

III. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
Üİ : Üriner İnkontinans
UDI-6 : Urogenital Distres Envanteri -6 (Urogenital Distress Inventory Short Form- Yaşam Kalitesi Ölçeği)
IIQ-7 : İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire-Yaşam Kalitesi Ölçeği)
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ

i. Şekillerin Listesi

Sayfa No

Şekil 6.1. UDI Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması	38
Şekil 6.2. IIQ7 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması	41

ii. Tabloların Listesi

Sayfa No

Tablo 5.1. Bağcılar ilçesi, 20 yaş ve üzeri Kadın Nüfus ve Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı	22
Tablo 6.1. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 6.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı	28
Tablo 6.3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sigara/Alkol Kullanımı ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	29
Tablo 6.4. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların, Üriner İnkontinansa İlişkin Bulguların Dağılımı (n=292)	30
Tablo 6.5. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	31
Tablo 6.6. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Doktora Başvurmama Nedenlerine İlişkin Bulguların Dağılımı	32
Tablo 6.7. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Üriner İnkontinans Sorununa Yönelik Önlemler	33
Tablo 6.8. Kadınların Eğitim Düzeyi İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması	34
Tablo 6.9. Kadınların Üriner İnkontinanstaki Rahatsızlık Durumu İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması	34
Tablo 6.10. Kadınların Üriner İnkontinans Yaşama Süresi İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması (N=292)	34

Tablo 6.11. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığının Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması (N=292)	35
Tablo 6.12. UDI-6 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	36
Tablo 6.13. UDI-6 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması.....	37
Tablo 6.14. IIQ-7 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı	39
Tablo 6.15. IIQ-7 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması.....	40
Tablo 6.16. Kadınların Yaş, Üriner İnkontinans Süresi ve Doktora Başvurma Süresinin IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları İle İlişkisi. (N=292).....	41
Tablo 6.17. Kadınların Yaş, Üriner İnkontinans Süresi ve IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması	43
Tablo 6.18. Kadınların IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları ile Üriner İnkontinans Sıklığının Karşılaştırılması	45
Tablo 6.19. Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları ile Menopoza Girme Durumunun Karşılaştırılması (N=292).....	46

1. ÖZET

Çalışmamız, üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesinin etkilenme durumunu ve kadınların sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızın örneklemini, Kasım 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul ili' ne bağlı, Bağcılar ilçesinde yaşayan 20 yaş ve üzeri üriner inkontinansı olan 292 kadın oluşturmaktadır. Veriler, sosyo- demografik özellikleri, jinekolojik, obstetrik öyküsü, genel sağlık durumu ve kadınların üriner inkontinansa yönelik sağlık arama davranışlarına yönelik geliştirilen anket formu ve Urogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory- UDI) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire- IIQ) ile ev ziyaretleri yapılarak, karşılıklı görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Yaş ortalaması $38,55 \pm 13,442$ olan kadınların % 66,4'ünün üriner inkontinans şikayetinden dolayı doktora başvurmadığı belirlenmiştir. Bu kadınların doktora başvurmama nedenleri arasında en fazla, önemsememe (% 29,5), vakit bulamama (% 15,1), çekinme/ utanma (% 9,9), normal olarak düşünme (% 9,6) yer almaktadır.

Çalışmamızda kadınların üriner inkontinansa yönelik aldıkları önlemler ise; bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılacak bir tuvalet arama (% 69,5), sık sık iç çamaşırını değiştirme (% 60,6), ped, bez, pamuk vb. kullanma (% 57,2), ayakları sıcak tutma (% 46,2), sık sık tuvalete gitme (% 36) olduğu belirlenmiştir.

Kadınların en fazla sık idrara çıkma ve stres inkontinans şikayetinin olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). UDI-6 ölçeği altboyutlarından UDI-6 İritatif/urge semptomlar alt boyut puan ortalamalarının $36,315 \pm 15$, stres semptomlar alt boyut puan ortalamalarının $32,322 \pm 13,4$ olduğu saptanmıştır.

Kadınların, üriner inkontinans şikayetinden dolayı; evin dışındaki sosyal etkinliklerine katılmadıkları ve hüsrana duygusunu (düş kırıklığı) yoğun yaşadıkları saptanmıştır. IIQ-7 ölçeği altboyutlarından sosyal aktivite/ilişkiler puanı ortalaması $18,572 \pm 10,086$, IIQ-7 emosyonel sağlık puanı ortalaması $29,195 \pm 21,465$ olduğu belirlenmiştir.

Menopoza girmiş kadınlar, menopoza girmemiş kadınlara kıyasla üriiner inkontinans şikayetini daha fazla yaşamakta ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmektedir ($p>0,05$). UDI-6 toplam puanı $37,37\pm9$, IIQ-7 toplam puanının ise $32,39\pm14,7$ olduğu bulunmuştur.

Doktora başvuran kadınlarda UDI-6 ölçeğinin, iritatif/urge ($36,315\pm15$) ve stres semptomlar ($32,322\pm13,4$) alt boyutunda daha yüksek puan bildirmişlerdir. IIQ-7 toplam puanı ve alt boyutları ortalaması yüksek olan kadınların, daha fazla doktora başvurduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamızda kadınların yarısından fazlası yaklaşık 3 yıldır üriiner inkontinans sorunu yaşamasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine karşın doktora başvurma oranı düşük bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Üriiner İnkontinans, Yaşam Kalitesi, Sağlık Arama Davranışı.

2. SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND HEALTH SEEKING BEHAVIORS OF WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

The present study is conducted to determine the quality of life of affected women with urinary incontinence and women's health seeking behaviors.

The sample of our study is 292 women with urinary incontinence who are 20 years of age and older with living in Bagcilar, the district of Istanbul between November 2011 - February 2012. Data was collected from the questionnaire which is developed for gaining information about socio-demographic characteristics, gynecological, obstetric history, general health status and health seeking behavior of women, Urogenital Distress Inventory (UDI) and the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) with home visits and face to face interview technique.

66.4% of women with the mean age 38.55 ± 13.442 were not consulted a doctor for urinary incontinence compliant. Reasons why most of these women did not seek medical advice are situated as not caring (29.5%), not having time (15.1%), shying / embarrassment (9.9%), accepting it as a normal (9.6%).

In our study, preventive activities taken for urinary incontinence of women is seeking a toilet readily available in unknown places (69.5%), changing underwear frequently (60.6%), using pad, cloth, cotton and so on (57.2%), keeping the feet warm (46.2%), going to the toilet continual (36%).

Women's complaints were more about frequent urination and stress incontinence ($p > 0.05$). It was determined that the mean of subscale scores of UDI-6 irritative / urge symptoms is 36.315 ± 15 , stress symptoms subscale scores is 32.322 ± 13.4 .

The women due to suffering urinary incontinence; can not participate in social activities outside of the home and had an intensive frustration. Subdimensions of IIQ-7, social activity / relationships average score was 18.572 ± 10.086 , IIQ-7 emotional health average score was 29.195 ± 21.465 .

In postmenopausal women, compared to women who is not in menopausal period have more urinary incontinence complaint and low quality of life ($p > 0.05$). UDI-6 total score was 37.37 ± 9 , while the total score of IIQ-7 was found to be as 32.39 ± 14.7 . Women who are seeking for professional have higher scores in UDI-6 subscale, irritative / urge (36.315 ± 15), and stress symptoms (32.322 ± 13.4). Women who have high total score of IIQ-7 and average sub-dimensions score were visiting a doctor, mostly.

In conclusion, in the present study, despite the more than half of women live for about 3 years with the negative effects of urinary incontinence problem and low effects of quality of life, they have poor seeking help behaviors.

Key Words: : Urinary Incontinence, Life Quality, Health Seeking Behavior.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınların yaşam süresi giderek uzarken, herkese sağlık hedeflerinden biri olan, "yaşama sağlık ve anlam katılması" da giderek önem kazanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Sağlık Raporu' nda insanın yaşam dönemlerinin her biri için öncelikli müdahale alanları belirlenmekle birlikte kadınların sağlık durumlarına özel bir önem verilmiş ve insanlığın 21. yüzyıldaki sağlıkla ilgili geleceğinin, büyük ölçüde kadınların sağlığının ciddi olarak ele alınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (Taşkın, 2005).

Kadınların sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi boyutta etkileyen idrar kaçırma, çok ve sık doğum yapması nedeniyle pelvik taban kaslarının yapısı ve fonksiyonuna, pelvik organ desteğine olumsuz etkilerinden veya birçok hazırlayıcı faktörlerden dolayı kadınlarda her yaşta görülmektedir (Kök ve ark., 2006; Eryılmaz, 2008; Acar, 2010; Aslan, 2002; Dinç, 2008; Charalambous ve ark., 2009).

Dünyada yaklaşık 250 milyon bireyin inkontinans sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de Üİ prevalansının da % 9.6 ile % 25.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve ark.,2004, Koçak ve ark., 2005, Beji ve ark., 2010).

Tüm tıbbi ve sosyal olumsuz etkileri yanında, ülkelere ekonomik maliyetinin de yüksek olması ayrıca üzerinde durulması gereken önemli bir faktördür. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde üriner inkontinans tedavisi için her yıl yaklaşık 32 milyar dolar harcandığı tahmin edilmektedir (Farage et al., 2008).

Üriner inkontinans tedavi edilebilmesine rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan, kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve tedavi olmakta gecikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların üriner inkontinansı yaşamı tehdit eden bir sorun olarak algılamadıkları ve göz ardı ettikleri düşünebilir (Dinç ve Beji., 2008).

Kadınlarda görülme sıklığının yüksek olmasına rağmen, etkilenen her dört kadından ancak biri problemin çözümü yoluna gitmektedir. Hastalar tarafından önemli

bir sorun olarak algılanmamakla birlikte, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Özerdoğan ve ark.,2004, Koçak ve ark., 2005, Beji ve ark., 2010).

Acar (2006), 65 yaş ve üzeri 124 üriner inkontinansı olan kadın ile yaptığı çalışmada kadınların % 69,4 ' ünün idrar kaçırma nedeniyle hiç tedavi olmadığı belirlemiştir. Tedavi alan kadınların yaşam kalitesi puanlarının tedavi almayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Acar, 2010).

Kök ve ark.(2006) yaptıkları çalışmada üriner inkontinans bulguları olan hastaların, göz ardı edilemeyecek oranda (% 14,11) 8 yılı aşkın süreden beri üriner inkontinans bulguları yaşadığı, idrar kaçırmayı sağlık problemi olarak düşünmediği (% 56,5), bu durumdan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı (% 80,00) ve tedavi olmadığı (% 85,88) belirlenmiştir (Kök ve ark., 2006).

Hunskaar ve ark. (2006), Fransa, Almanya, İspanya ve İngiltere' de yaşayan 18 yaş ve üzeri 5976 üriner inkontinansı olan kadın üzerinde yaptıkları araştırmada muayene için doktora başvuran kadınların oranını % 25, üriner inkontinansa cerrahi tedavi oranını % 5, ilaç tedavisi oranını ise % 5 olduğunu bildirmiştir.Üriner inkontinansı olan kadınların % 50' sinin ped kullandıklarını bulmuşlardır (Hunskaar ve ark., 2006)

Kadınlar tarafından gizlenip ifade edilemeyen, önemsenmeyen, mahrem kabul edilen ve genellikle yaşlılığın sonucu olarak düşünülebilen bu sorunun rahatlıkla dile getirebileceği uygun ortamlar geliştirilmelidir. Sağlık ekibi içerisinde yer alan ebe ve hemşirelerin üriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesine ilişkin aktif rol almaları, özellikle üriner inkontinansın gelişmesinde risk olarak kabul edilen gebelik, doğum, doğum sonu dönemde pelvik taban kasların güçlendirilmesi ve diğer risk faktörlerine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol almaları gerekmektedir (Kök ve ark., 2006; Acar, 2010; Aslan,2005). Üriner inkontinanslı kadınların sağlık arama davranışlarına ilişkin ülkemizde yapılan sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Bu araştırma, üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesinin etkilenme durumunu ve kadınların sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. ÜRİNER İNKONTİNANS

4.1.1. Üriner İnkontinansın Tanımı

Uluslararası Kontinans Topluluğu (International Continence Society-ICS) tarafından sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. ICS'nin son raporunda idrar kaçırma hasta yakınması temelinde (yakınma idrar kaçırma) 'her türlü idrar tutamama yakınması' olarak tanımlanmaktadır(Abrams et al., 2002).

Mesane ve üretradan oluşan alt üriner sistem, anatomik ve nörolojik yapısı sağlam olmak kaydıyla idrarı uygun düşük basınçlarda depolayabilmekte ve bu iki unsurun uyumlu çalışmasıyla idrarı yine uygun düşük basınçlarda dışarı atabilmektedir. İşemenin herhangi bir fazında, alt üriner sistemin herhangi bir unsurunda anatomik, işlevsel, sinirsel, bir aksama işeme bozukluğuna yol açar.

İdrar kaçırma önemli bir işeme bozukluğudur (Güler, 2006; Çetinel, 2005).

İdrar kaçırmanın oluşumunda; yaşlanma, çok ve sık doğum, obezite , hamilelik, kronik konstipasyon ve menopoz, sigara, histerektomi, aile öyküsü, gibi pek çok risk faktörü rol oynamaktadır(Kök, 2006; Eryılmaz, 2008; Papanicolaou et al., 2005; Koçak ve ark., 2005).

Üriner inkontinans çeşitli şekillerde görülmektedir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

Urge İnkontinans: Semptom olarak aniden güçlü bir işeme isteği ile gelen, bekletilmesi zor hatta mümkün olmayan istemsiz idrar kaçırmadır (Güler, 2006; Çetinel, 2007).

Stres İnkontinans: Öksürme, gülme, fizik aktivite, spor aktivite, pozisyon değişikliği gibi durumlarda idrar kaçırmadır.

Miks İnkontinans: Urge ve stres inkontinansın birlikte görülmesidir(Yavuz, 2008; Çamtosun, 2008).

Bilinçsiz İnkontinans: İdrarın urge ya da stres eşlik etmeksizin sürekli kaçırılmasıdır.

Noktural Enürezis: Uyku esnasında idrar kaçırılmasıdır(Güler, 2006).

Overflow İnkontinans: Mesanenin aşırı gerilmesiyle; sürekli veya aralıklı olarak az miktarda sızıntı şeklinde idrar kaçırma durumudur(Güler, 2006; Çetinel, 2005).

Ekstra Üretral İnkontinans: İdrarın üretra dışında bir yerden kaçışıdır. Bu inkontinans türü nadir görülmekte olup ; vezikovajinal , üretovajinal, üretovajinal fistül, ektopik üretere bağlı olarak oluşmaktadır(Çamtosun, 2008).

4.1.2. Üriner İnkontinans Prevalansı

Prevalans, herhangi bir şartın herhangi bir zamanda oluşma olasılığıdır. Ve bu şarta uyan insan sayısı, test edilen insan sayısına bölünerek bulunur (Dikencik, 2002).

Toplum içerisinde üriner inkontinans prevalansına yönelik yapılacak epidemiyolojik çalışmalar, gereksinim duyulacak tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulabilmesi, tıbbi ve mali önlemlerin belirlenmesini açısından son derece önemlidir(Güler, 2006).

Dünyada 200 milyondan fazla bireyin inkontinans sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir. Türkiye’de Üİ prevalansının da % 9.6 ile % 25.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özerdoğan ve ark., 2004; Koçak ve ark.,2005).

Hunnskaar ve ark. (2004) yaptıkları araştırmada; Fransa, Almanya, İspanya ve İngiltere’ de yaşayan 18 yaş ve üzeri 29,500 kadında ,üriner inkontinans prevalansını % 35 olarak bulunmuştur (Hunnskaar ve ark., 2004).

Kök ve ark.(2006) çalışmasında ise; 229 kadından 85 ‘inde (37,11) üriner inkontinans olduğu tespit etmişlerdir (Kök ve ark., 2006).

Koçak ve ark. (2005) 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada 242 (% 23,9) kadında üriner inkontinans tespit etmişlerdir (Koçak ve ark., 2005).

Güler (2006) araştırmasında, 15-49 yaş arası üriner inkontinansı olan 160 kadının % 38,8 oranında stres üriner inkontinans , % 33,1 oranında urge inkontinans ve %28,1 oranında miks üriner inkontinans olduğunu tespit etmiştir. Kadınların yaşı ilerledikçe miks tip üriner inkontinasta artış olduğunu bulmuştur (Güler , 2006).

Çamtosun'un (2008) çalışmasında ise; 700 hastanın % 20,7 (145) ' sinde stres inkontinans, % 20,7 (145) ' sinde urge inkontinans ve % 58,7 (410) ' sinde ise miks inkontinans olduğunu tespit edilmiştir (Çamtosun, 2008).

Acar (2006), 160 üriner inkontinansı olan kadın ile yaptığı araştırmada 45 yaş ve üzerinin % 46,7 'sinde urge tip inkontinans, 35-44 yaş grubunun % 58,8' inde stres üriner inkontinans görüldüğünü bulmuştur. Kadınların yaşı ilerledikçe miks tip üriner inkontinans ve stres üriner inkontinansa sahip olma durumunun arttığı bildirilmiştir (Acar, 2006).

Çetinel ve ark. (2007) yaptıkları çalışmadan; kadınların % 39,8'inde stres üriner inkontinans, % 24,8' sinde urge tip inkontinans, % 28,9' unda miks tip üriner inkontinans görüldüğünü belirlemiştir (Çetinel ve ark., 2007).

Günümüze kadar yapılan prevalans çalışmalardan elde edilen sonuçlar, üriner inkontinans tanımlanmasındaki güçlükler nedeni ile birbirinden farklılık göstermektedir. Buna ek olarak toplumun sosyo-ekonomik durumu, araştırmada yer alan bireylerin eğitim durumu, çalışmayı yapan kişinin çalışma şekli ve kullanılan metotlar da prevalans oranlarını etkilemektedir (Şentürk ve Kara, 2010; Güler, 2006).

Üriner inkontinansın bir hastalık değildir, bir semptom veya rahatsızlık olarak düşünülebilir. İnkontinansın önlenmesinde primer, sekonder ve tersiyer koruma ön plandadır.

Üriner İnkontinanstaki Primer Koruma: İnkontinansın gelişme nedenlerini önlemek amaçlanmaktadır.

Üriner İnkontinanstaki Sekonder Koruma: İnkontinansı erken dönemde belirlemek ve oluşmasına neden olan predispozan faktörleri önleyerek, inkontinansın ilerlemesini durdurmak amaçlanmaktadır.

Üriner inkontinansın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yerdedir. Bu kapsamda ebe ve hemşirelerin idrar kaçırmanın gelişimini önlemek ve bu sorunun yaşayan kadınların tedavisinde aktif rol almak temel sorumluluklarının arasında yer almaktadır (Şen, 2011). (Zaccardi ve ark; 2004).

Üriner inkontinansın önlebilmesinde öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Ebeler ve hemşireler kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek ya da azaltarak üriner inkontinansı önleyebilirler (Şen, 2011).

Bu kapsamda ebe ve hemşirelerin rollerine ilişkin standartlar/ protokoller geliştirilmesi, bu doğrultuda mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları ve sertifika programlarının oluşturulması ve gereken yasal düzenlemelerin yapılması konusunda Sağlık Bakanlığına, üniversitelere ve sivil toplum kuruluşlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Aynı zamanda kontinansın korunması ve ürine inkontinansın tedavisi için hizmet veren birimler kurulmalı, ebe ve hemşireler bu birimlerde çalışarak multidisipliner ekip içerisinde aktif rol almalıdırlar (Kaplan ve Demirci, 2010).

Günümüzde yurt dışında bu konuda eğitilmiş hemşirelerin % 93' ü idrar tutma danışmanı olarak çalışmakta ve ekibin vazgeçilmez üyeleri arasında yer almaktadır (Zaccardi ve ark; 2004). Ancak ülkemizde bu merkezlerin ve bu konuda eğitilmiş ebe ve hemşirelerin sayısı yeterli değildir (Beji ve ark., 2010).

Üriner İnkontinansın Tersiyer Koruma: İnkontinansın daha kötüye gitmesi, komplikasyonların oluşması ve inkontinansın etkilenen kişinin, inkontinansın getirdiği kişisel sınırlamalardan korunması amaçlanmaktadır (Oskay, 2002).

1997' de yapılan ilk uluslar arası “ inkontinansın önlenmesi ” konferansında, kontinansı koruma ve geliştirmenin esas olduğu, bu konuda yapılacak önerilerin gerekliliği konusunda görüş birliği varılmıştır. Bu öneriler şunlardır:

1. Yeterli sıvı alımı: Günde 6-8 bardak sıvı alınmalı, sıcak havalarda ve egzersiz yapıldığında sıvı alımının artırılması.

2. 3-4 saatte bir idrara çıkma (24 saatte 4-8 kez) ve gecede 1 kez idrara çıkma normal, gecede iki defadan fazla idrara çıkma anormal kabul edilmesi.

3. Mesaneyi ve bağırsakları boşaltmak için zorlanmanın zararlı olduğu ve bu yüzden bağırsakları boşaltma hissini ertelenmemesi.

4. Mesaneden herhangi bir idrar sızıntısı olduğu (inkontinans), idrar yaparken ağrı hissedildiği ve idrarda kan görüldüğü durumlar, sağlık profesyonellerinin yardımı gereksinim duyulduğu ve derhal hekime başvurması gerektiği belirtilmiştir (Oskay,2002).

4.2. Yaşam Kalitesi

4.2. 1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma” durumu için kullanılan bir terimdir. Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmelidir. Bu yalnızca yeterli fiziksel iyilik halinden öte bir kavramdır. Kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir(Eser, 2006).

Yaşam kalitesini Engquist ve ark, “Kişilerin bireysel amaçlarına uygun olarak entelektüel ve fiziksel yeteneklerini kullanabilmeleri için güvenlik, kendine güven ve fırsatları kullanabilme koşullarını sağlama düzeyi “; Hornquist “fiziksel, psikolojik, sosyal yaşam, aktivite, maddi ve temel ihtiyaçlar konularında kişisel doyum derecesi yani kısaca mutluluk”; Schipper “ kişinin bir hastalık ve ona yönelik uygulanan tedaviye karşı bedensel, ruhsal ve sosyal cevabının öğretici, fonksiyonel bir ifadesi” olarak tanımlamıştır.

DSÖ ise; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak ifade etmektedir(Sönmez ve ark., 2007; The WHOQOL Group, 2006).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedavi ile bağıntılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal oğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi 1960 yılından bu yana kullanımı yaygınlaşan bir kavramdır (Kaya, 1997).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, evre etkilerini ve inanlarıda kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesinin varlığı, kronik bir hastalığının varlığı, sigara ve alkol alışkanlığı, sosyo-demografik özellikler, sosyal destek yokluğu gibi yaşam kalitesi etkileyen birçok faktör rol oynamaktadır (Sönmez ve ark., 2007; The WHOQOL Group. 1998; Wyman, 1994).

Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

- Bireyin kendisine saygısı
- Bireyin memnuniyeti
- Performans yeteneği
- nceki bilgi ve tecrübeler
- Emosyonel durum
- Genel sağlık
- Ekonomik durum

Yaşam kalitesinin farklı araştırmacılar tarafından belirtilen belirleyiciler, ve boyutları bulunmaktadır (Bakın, 2011).

Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

- Klinik durum: Hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar,
- Sağlık bakımı: Uygulanan tedaviler, önerilen uygulamalar
- Yaşam şekli: Egzersiz, sigara içme, alkol kullanımı, diet/beslenme, stres İLE başedebilme
- Yaşam Durumu: Sosyal destek
- Demografik zellikler: Gelir durumu, eğitim düzeyi, ırk
- Kültür (Bakın, 2011)

Yaşam Kalitesinin Boyutları

- Fiziksel fonksiyonları: Fiziksel yeterlilik
- Bilişsel fonksiyonları: Mental yeterlilik
- Aktiviteler: Özbakım, rol, sosyal eğlence
- Vücut sağlığı: Fiziksel rahatlık, rahatsızlık, ağrı, yorgunluk
- Duygusal sağlık: Depresyon, heyecan hali, olumlu duygu
- Öz-kavram: Özgüven, kişisel kontrol
- Genel beklentiler: Yaşamdan tatmin olma, sağlık beklentileri, genel anlamda yaşam kalitesi
- Ruhsal sağlık. Güçlü inanç, umut/umutsuzluk, dini inanç
- Beklenen kontrol, yaşamın anlamı (Bakın, 2011).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum alması gibi bir veya birden fazla gösterge içermekle birlikte sınırlı değildir (Bakın, 2011).

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevreleri “yaşam kalitesi” kavramı üzerinde yoğunlaşmakta ve kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve yaşamdan beklentilerin artması, yaşam kalitesinin önemini artırmaktadır (Aslan, 2002).

Sağlık profesyonelleri üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ölçeklerden yararlanmaktadır (Aslan, 2002).

Yaşam kalitesini ölçen iki tür ölçek vardır.

1. Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri
2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Genel Sağlığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Geniş bir alanda farklı gruplar ve klinik koşullarda uygulanabilir. Belirli bir hastalık tedavi veya yaş grubuna özgü

değildir. Bu tür ölçekler farklı hasta grupları ve farklı şikayeti olan ve olmayan hastalar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlar.

Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Sağlık probleminin sonuçlarını bulmaya yönelik ve spesifik medikal şikayetlerin etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçeklerdir. Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri belirli semptomların derinlemesine analiz edilmesine ve spesifik hasta grubunun belirlenmesine olanak verir. Üİ' la ilgili çalışmalarda kullanılan hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri arasında;

- İncontinence İmpact Questionnaire (Whyman 1987)
- Urogenital Distress Inventory (Shumaker, Whyman 1994)
- Symptom Impact Questionnaire (Black, 1996)
- İncontinence –Quality Of Life (I-QQL) (Wagnerwork 1996)
- King' s Health Questionnaire (Kellener, 1997) yer alır (Güler, 2006).

Yaşam kalitesi ölçeklerinde temel ortak özellik güvenilir, geçerli ve duyarlı bir yöntemle sahip olmasıdır. Bu ölçeklerin güvenilir ve geçerliliği olduğu kanıtlanmış olmalı, tedavi sonrasında sağlık durumlarındaki değişiklikleri tespit edecek kadar duyarlı olmalıdır. Yaşam kalitesi ölçekleri güvenilir ve geçerli olmaya ek olarak, gözlemlenebilecek değişiklikleri ortaya çıkarılabilecek kadar hassas olmalı, tedavi sonucundaki sağlık durumlarındaki gelişmeleri değerlendirebilmelidir (Bakın, 2011).

4.2.2. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Olan Etkileri

İstemsiz idrar kaçıırma olarak tanımlanan üriner inkontinans tıbbi, psikososyal ve bireysel hijyenle ilgili problemlere neden olan yaygın bir sağlık sorunudur. Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve iritasyona bağlı rahatsızlıklar, günlük iş ve ev içi aktiviteleri olumsuz etkilemekte ve sosyal izolasyon ve depresyona kadar varabilen birçok olumsuz sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır (Eryılmaz, 2008; Güneş ve ark., 2000; Charalambous and Trantafylidis, 2009).

Üriner inkontinans olan kadınlar, utanma, kırgınlık, hüsrana duygusu, beden imajında bozulma, kendilerine olan güvenlerin azalması, kendini kirli ve yetersiz

hissetme, seksüel istekte azalma, suçluluk, inkar birçok emosyonel tepkiler görülmektedir (Aslan, 2002; Güler, 2006; Dinç ve Beji, 2008).

Mesane kontrolü kaybedildiğinde ve bu dışarıdan fark edildiğinde duyulan rahatsızlık ve buna bağlı yaşanan emosyonel tepkiler şunlardır:

- Utanma
- Kırgınlık
- Damgalanma (Stigmatizasyon)
- Beden imajında bozulma
- Anksiyete
- Depresyon
- Koku korkusu
- Toplumun alaycı tavrına karşı kızgınlık
- Sosyal izolasyon
- Kendini yetersiz ve kirli hissetme
- İnkâr
- Seksüel istekte azalma
- Suçluluk (Wyman, 1997).

Üriner inkontinansla karşılaşan kadınlar, özgürlük ve doğallıklarının kaybolduklarını düşünürler. Aktivitelerini kısıtladıkları için gerileme hissi duyarlar. Daha ciddi kısıtlamalarla karşılaşmaktan, utanç verici durumlara düşmekten, koruyucu önlemlerin işe yaramamasından, kesin tedaviye ihtiyaç duymaktan ve hasta bir kişi olarak görmekten korkarlar (Aslan, 2002).

Kadın, üriner fonkiyonlarını denetleyemediği için kendini kusurlu, eksik ve aşağılık olarak görür. Çekiciliğini ve seksüalitesinin kaybettiğini düşünür. Depresif duygular hisseder, kendini değersiz, dünyayı kötü, karamsar ve anlamsız görür. İnkontinanslı hastaların sosyal bakımdan izole, depresif, enerjilerinin düşük ve işahsız oldukları, ev işlerini tamamlayacak durumda olmadıkları ve kişisel bakımın azalabileceği değişik araştırmalarda rapor edilmiştir (Aslan, 2002).

4.3. Sağlık Arama Davranışları

4.3.1. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesinin ve sağlık risklerinden korunmanın temeli olup; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir etkinliği ifade etmektedir(Başaran, 2005; Mutlu, 2006)

Gochman (1997) Sağlık davranışını ‘Sağlığı koruma, geri kazanma ve iyileştirmeyle ilişkili olan inançlar, beklentiler, değerler, algılar ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel özellikler; kişilik özellikleri, duygusal durum ve özellikler; ‘davranış kalıpları, eylemler ve alışkanlıklar’ olarak tanımlamıştır (Gochman, 1997).

Sağlık; kişilerin öğrenim düzeyleri, inançları, alışkanlıkları, ihtiyaçlarını nasıl karşılayabildikleri, sağlığa ayırabildikleri kaynakları ve bireyin yaşam kalitesiyle belirlenen multifaktöriyel bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu noktadan hareketle hastalıklara yaklaşım da hastalığın tipi, ciddiyeti, hastalık nedeniyle ilgili daha önceden ortaya çıkan inanışlar, olası tedavi seçeneklerinin kabul edilebilirliği ve tedavinin yararının görülmesi gibi sayısız faktörler içermektedir. Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir (Ahmed ve ark., 2000; Yanagisawa, 2004).

Ahmed ve ark. (2000) Bangladeş’ de yapmış oldukları çalışmada hasta olma durumunu ve hastalıklara yönelik tedavi seçeneklerini belirlemede yoksulluğun ve kadın olmanın önemli bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen diğer faktörler arasında kişilerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyo-ekonomik koşullar ve kültürel etkilerde sayılabilir (Ahmed ve ark., 2000).

Sağlıkla ilgili davranışların kişilerin demografik, sosyal, ekonomik, eğitim, etnik ve benzeri özellikleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Mutlu, 2006).

Türkiye’ de sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik 1992 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıkları ortaya çıkmıştır. Türkiye’ de ortalama yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 2,44’ dür; sağlık güvencesi olmayan insanların yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 1,57’ ye düşerken,

sağlık güvencesi olan insanların yıllık sağlık kurumuna başvuru hızı 3,34' e yükselmektedir (Aslan ve ark; 2004).

Sağlık kurumu/sağlık personeli dışı sağlık arama yollarının geçmişten bugüne kişilerin başvurdukları davranışlar olduğu bilinmektedir. Sağlık arama yolları toplumların gelişmişliğinden bağımsız olarak birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler nedeniyle kişiler ya kaybettikleri ya da korumak istedikleri sağlıkları için bilimsel tıbbi yaklaşımlardan alternatif tıba, mütetabib denilen halk tabiriyle sınıkçı, üfürükçüye kadar pek çok farklı yolu kullanmaktadır (Aslan ve ark; 2004).

4.3.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlık Arama Davranışları

Üriner inkontinans tedavi edilme şansı olmasına rağmen topluma majör fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri bulunan; kadınlar tarafından çoğu zaman sağlık kurumuna rapor edilmekte ve genellikle tedavi olmakta gecikilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır(Kök ve ark., 2006).

Hastaların tedaviye gecikme nedenleri şöyle sıralanabilir.

- Olayı küçük bir problem olarak görme
- Olayın varlığını reddetme
- Utanma
- Olayı kadın ve yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görme
- Doktorun, problemin çok önemsiz olduğunu düşüneceği endişesi
- Herhangi bir müdahale yapılmadan iyileşme ümidi
- Operasyon korkusu
- Tedaviden ümitsizlik
- Çok meşgul olma
- Maliyet (Wyman, 1996).

Işıklı ve ark.(2011) yapmış oldukları araştırmada kadınların yaklaşık üçte birinin üriner inkontinanstaki etkilenmiş olduğu ve kadınların üriner inkontinans nedeniyle tedavi arama çabalarının oldukça düşük olduğu; kadınların sağlık kurumuna başvurmama nedenlerinin artan yaşla birlikte idrar kaçırma normal olarak algılama ve bu durumdan rahatsızlık duymama olduğu tespit edilmiştir (Işıklı ve ark.(2011).

Yaşlılar, üriner inkontinansı yaşlılığın doğal bir sonucu gibi görmekte, utanma nedeniyle veya invaziv işlemler yapılacağı korkusuyla değerlendirmeden kaçmakta ve ihmal etmektedir (Varlı ve ark., 2008).

Roe ve ark. (1999) yaptığı çalışmaya göre, inkontinansı olan üç kadından ikisinin utandığı için sağlık kuruluşuna başvurmadığını saptamışlardır (Roe ve ark., 1999).

Howard ve ark.(2010) yaptığı araştırmaya göre İngiltere’ de yaklaşık 3 milyon kişinin üriner inkontinans yaşadığı, yardım isteyenlerin kadınlarının sayısının çok düşük olmasının nedeninin ise; genellikle inanç ve üriner inkontinansın tedavisi hakkında bilgi eksikliğine bağlı olduğu saptanmıştır (Howard ve ark.(2010).

Bilgili ve ark. (2008) yaptığı araştırmaya göre, kadınların yaklaşık dörtte üçü istemsiz idrar kaçırmayla baş etmede zorlanmasına rağmen, pek çoğu tedavi almak için başvurmamaktadır. Kadınlar utanma, semptomları hafif olarak algılama, yaşlılığın normal bir parçası olarak düşünme, tedavi maliyetini fazla bulma veya tedaviden korkma gibi nedenlerle tedavi arayışına girmemektedirler (Bilgili ve ark., 2008). Üriner inkontinanslı hastalar yaşamlarını düzene sokmak için birtakım önlemler almaktadırlar.

İnkontinansı olan kadınların Yaşamlarını Düzene Sokmak İçin Aldıkları Özel Önlemler:

1- Dikkatli davranmak ve zihnin tamamen bu olayla meşgul olması,

- Mesane boşaltımında obsesyon
- Rutin tuvalet planı
- Her yerde kolay bulunabilecek bir tuvalet kontrolü
- Dışarı çıkarken ya da aktiviteler esnasında güvenlik kontrolü
- Tehlikeli hareketlerden sakınma
- Sıvı alımını tam olarak düzenleme
- Ayakkabı, iç çamaşırı ya da giysi seçiminde sınırlama

2- Uygulamalar

- Ekonomi için toptan korse ve iç çamaşırı alma

- Yedek iç çamaşırı taşıma
- Uygun pamuklu kumaş seçimi
- Mobilyaları koruma

3- **Bedene özen gösterme**

- Kendisinde sürekli koku kontrolü yapma
- Mesanenin durumu hakkında sürekli dikkatli olma
- Başkalarının da kokularını kontrol etme
- Vajinal deodorantlar ve deodorantlı pedler kullanma

4- **Yeniden normale dönmeye çalışma**

- Temizlenmek için anında hazır olma
- Az kirlense bile iç çamaşırlarını hemen değiştirme (Ashworth at al.,

1993).

Üriner inkontinansı olan kadınlar inkontinansla baş edebilmede yetersiz de olsa önlemler alabilmekte ve tedaviye gecikebilmektedirler. Kadınların 2/3' ünün tıbbi ve sosyal yardım aldıkları ancak en az 2 yıldır bu sorunu yaşamakta oldukları saptanmıştır (Kök ve ark; 2006).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Kasım 2011 – Şubat 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma üriner inkontinansı olan kadınlarda yaşam kalitesinin etkilenme durumunu ve kadınların sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili' ne bağlı, Bağcılar ilçesinde yaşayan 20 yaş ve üzeri tüm kadınlardan oluşmaktadır.

Bağcılar, İstanbul Avrupa Yakası'nda bulunan ve İstanbul'un ilçeleri arasında en yüksek nüfus yoğunluğuna sahip olan bir ilçedir. Son yıllarda Doğu illerinden ciddi oranda göç almıştır. Önceleri Bakırköy ilçesine bağlı iken 1992 yılında ilçe olmuştur. Bağcılar ilçesinde toplam 39 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu; Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 verilerine göre;

- Bağcılar ilçesinin toplam nüfusu: 738.809
- Bağcılar ilçesi toplam kadın nüfusu: 362.886
- Bağcılar ilçesi toplam erkek nüfusu: 375.923

Bağcılar ilçesinin toplam nüfusu 738.809 olup, aktif nüfusun 1/3'ini 7 - 22 yaş arası insanlar oluşturmaktadır. (Wikipedia, 2012).

5.3. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem büyüklüğünü saptamak için; $n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ formülü kullanılmıştır. Formülde :

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen Olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen Olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyi

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

Daha önce yapılmış çalışmalarda üriner inkontinans görülme sıklığı % 25 olarak belirlenmiştir (Koçak ve ark. 2005; Özerdoğan ve ark,2004).

$$p=0.25 \text{ değerinden } q=0.75 (1,0-0.75)$$

$$t=1,96$$

$$d=0.05$$

$$n=\frac{(1.96)^2 \cdot (0.25) \cdot (0.75)}{(0.05)^2} = 288 \text{ olarak örneklem sayısı belirlenmiştir (31).}$$

Araştırmanın örneklemini; üriner inkontinans şikâyeti olan 20 yaş ve üzeri, araştırmaya katılmayı kabul eden 292 kadından (n= 292) oluşmaktadır.

Tablo 5.1’ de Bağcılar ilçesi 20 yaş ve üzeri kadın nüfus sayısı ve örneklem kapsamına alınan kadın sayısı verilmiştir.

Tablo 0.1. Bağcılar ilçesi, 20 yaş ve üzeri Kadın Nüfus ve Örneklem Kapsamına Alınan Kadın Sayısı

Yaş Grubu	Kadın Nüfusu	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı
20-24	34.773	44
25-29	38.780	45
30-34	35.559	45
35-39	30.598	39
40-44	20.787	26
45-49	21.261	27
50-54	14.235	18
55-59	11.749	15
60-64	8.001	10
65 ve üzeri	12.118	15
TOPLAM	227.860	288

**Bağcılar İlçesi, 20 ve 65 Üzeri Yaş Aralığında Toplam Kadın Nüfusu:
227.860**

5.4. Verilerin Toplanması

5.4.1. Araştırmada Kullanılan Araçlar

5.4.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hastaların sosyo-demografik, jinekolojik, obstetrik öyküsü, genel sağlık durumu ve üriner inkontinansı olan kadınların sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır ve EK-1' de sunulmuştur. (Aslan ve ark; 2004; Kök ve ark; 2006; Ashworth at al., 1993; Bilgili ve ark., 2008).

5.4.1.2. Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

5.4.1.2.1. Urogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire)

Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla Shumaker ve arkadaşları tarafından 1994 yılında Urogenital Distress Envanteri- 30 soruluk (Urogenital Distress Inventory) ve İnkontinans Etki Soru Formu- 19 soruluk (İncontinence İmpact Questionnaire) uzun formları birlikte geliştirildi. Bu soru formlarının daha sonra Uebersax ve arkadaşları tarafından 1995 yılında kısa formları Urogenital Distress Envanteri- 6 (UDI-6) ve İnkontinans Etki Soru Formu-7 (IIQ-7) oluşturuldu (Shumaker ve ark. 1994; Uebersax ve ark. 1995).

UDI-6 ve IIQ-7 altı ve yedi sorudan oluşmuş çok boyutlu, kişinin kendi kendine cevaplayabileceği soru formlarıdır. UDI-6 ve IIQ-7 her bir madde için 0=hiç, 1: hafif, 2:orta, 3:çok seçenekleri bulunmaktadır. Likert tipi soru formlarından UDI-6' nın irritatif semptomlar (1-2. sorular), stres semptomları (3-4. sorular), obstrüktif/rahatsız edici ya da işeme gücünü oluşturan semptomlar (5-6. sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. IIQ-7 soru formunun ise fiziksel aktivite (1-3. sorular), yolculuk (4.soru), sosyal ilişkiler (5. soru) ve emosyonel sağlık (6-7. sorular) olmak üzere dört boyutu vardır. Dolayısıyla da her iki formun toplam skoru yanı sıra alt boyut skoru da bulunur. UDI-6' dan en az 0- en fazla 18 puan, IIQ-7' den en az 0-en fazla 21 puan alınabilmektedir. Her iki formun toplam skoru 0-100 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan ortalaması 33,3 ile çarpılarak yüzdeye dönüştürülür. UDI-6 ve IIQ-7 her birinden alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir.

UDI-6 ve IIQ-7' nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Çam ve arkadaşları yapılmış olup tüm soru formu için IIQ-7' nin Cronbach Alpha katsayısı 0,87, UDI-6 için 0,74 olarak bulunmuştur (Cam ve ark., 2007).

Bizim çalışmamızda ise; IIQ-7' nin Cronbach Alpha katsayısı 0,93, UDI-6 için 0,85 olarak bulunmuştur.

5.4.2. Verilerin Toplanması İzlenen Yol

Araştırmanın verileri, Bağcılar ilçesi'nin Yüzyıl Mahallesi' nde bulunan 42 evler Aile Sağlığı Merkezi' ne bağlı nüfusun bulunduğu 42. Sokak ve 105. Sokaklar arasında (toplam 63 sokak) ikamet eden ve üriner inkontinansı olan kadınlara araştırmacı tarafından, ev ziyaretleri yapılarak, karşılıklı görüşme yöntemi ile toplanmıştır ve her bir görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Araştırmacı, 42 Evler Aile Sağlığı Merkezi' nde ebe olarak çalıştığından dolayı, merkeze bağlı sokaklarda düzenli olarak ev ziyaretleri yapmaktadır. İnkontinanslı kadınlarda ev ziyaretleri sırasında tespit edilmiştir.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma, Kormogrov Smirnov-Normal Dağılım, korelasyon testi uygulanmıştır.

5.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulgularının İstanbul ili için genellenememesi, yalnızca Bağcılar ilçesini yansıtması araştırmanın sınırlılığdır.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Araştırma için kurumlardan izin alındı. (Ek 4 ve Ek-5)
- Bireylere açıklama yapılarak kendi istekleri ile katılımları sağlandı.
- Çalışmamızda bireylerin 'mahremiyetine saygı' ve 'hasta bilgilerinin gizliliğine saygı' duyularak, bireylerin fiziki ve ruhsal bütünlüğü ile kişiliğine etkisini

en aza indirmek için kişisel bilgilerin araştırmacının dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur. Bulgularımız üç bölümde ele alınmıştır:

- Birinci bölümde kadınların tanıtıcı özelliklerine ve üriner inkontinans şikayetlerine ilişkin bulgular
- İkinci bölümde üriner inkontinansı olan kadınların sağlık arama davranışlarına ilişkin bulgular
- Üçüncü bölümde üriner inkontinansı olan kadınların yaşam kalitesine ilişkin bulgulara yer verildi.

6.1. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS ŞİKAYETLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kadınların demografik, jinekolojik, obstetrik özellikleri, sigara/alkol kullanımı, kronik hastalık olma durumu ve kadınların üriner inkontinansı yaşama Süresi ve üriner inkontinans sıklığı, üriner inkontinanstan dolayı rahatsız olma durumu, üriner inkontinans başlangıcında kadınların hissettikleri durumlara ilişkin veriler sunulmuştur.

Tablo 6.1. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

(n= 292)

Değişkenler	Değerler	N	%
Yaş	20-24 yaş	44	15,1
	25-29 yaş	45	15,4
	30-34 yaş	45	15,4
	35-39 yaş	40	13,7
	40-44 yaş	28	9,6
	45-49 yaş	29	9,9
	50-54 yaş	21	7,2
	55-59 yaş	15	5,1
	60-64 yaş	10	3,4
	65 yaş ve üstü	15	5,1
Eğitim durumu	Okur yazar değil	51	17,5
	İlkokul mezunu	129	44,2
	Ortaokul mezunu	20	6,8
	Lise mezunu	74	25,3
	Üniversite mezunu	18	6,2

Tablo 6.1. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Değişkenler	Değerler	N	%
Mesleği	Ev hanımı	186	63,7
	Memur	14	4,8
	İşçi	81	27,7
	Emekli	11	3,8
Sağlık Güvencesi	Emekli sandığı	28	11,4
	SSK	128	52,2
	Bağkur	51	20,8
	Yeşil kart	38	15,5
	Sağlık güvencesi yok	47	16,1
Medeni Durum	Evli	251	86,0
	Bekar/boşanmış	40	13,7
	Partneri var	1	0,3
Evlilik süresi	1-9 yıl	61	24,0
	10-19 yıl	65	26,0
	20-29 yıl	55	21,7
	30-39 yıl	45	17,7
	40 yıl ve üstü	26	10,6
Gelir durumu	Gelir giderden az	91	31,2
	Gelir gidere denk	200	68,5
	Gelir giderden fazla	1	0,3

Araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların %15,1'inin (n=44) 20-24 yaş, % 15,4' ünün (n=45) 25-29 yaş, % 15,4' ünün (n=44), 30-34 yaş, % 13,7' sinin (n=40) 35-39 yaş, % 9,6' sinin (n=28) 40-44 yaş, % 9,9 'unun (n=29) 45-49 yaş, % 7,2' sinin (n=21) 50-54 yaş, % 5,1 'inin (n=15) 55-59 yaş, % 3,4'ünün (n=10) 60-64 yaş, % 5,1 'inin (n=15) 65 yaş ve üstü yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Kadınların % 17,5 'inin (n=51) okur yazar olmadığı, % 44,2' sinin (n=129) ilkokul mezunu, % 6,8' inin (n=20) ortaokul mezunu, % 25,3 'ünün (n=74) lise mezunu, % 6,2' sinin (n=18) üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Kadınların % 63,7 'sinin (n=186) ev hanımı olduğu, % 32,5' inin ise memur/işçi olarak çalıştığı, kadınların % 11,4' ünün (n=28) Emekli Sandığı, % 52,2' sinin (n=128) SSK, 51'inin (% 20,8) Bağ-kur, % 15,5' inin 38'inin (n=38) yeşil kart sosyal güvencesinin olduğu, % 16,1' inin (n=47) sağlık güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 86,0'ının (n=251) evli, % 13,7' sinin (n=40) bekar/boşanmış olduğu, evlilik süresinin, % 26,0' ının (n=65) 10-19 yıl, % 21,7 'sinin (n=55) 20-29 yıl, % 17,7 'sinin (n=45) 30-39 yıl olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 31,2' sinin (n=92) gelirini giderinden az, % 68,5' inin (n=200) gelirinin giderine denk, % 0,3' ünün (n=1) gelirini giderinden fazla olarak bildirmiştir.

Tablo 6.2. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişkenler	Değerler	N	%
Gebelik sayısı	1-4 gebelik	148	58,3
	5 gebelik ve üstü	106	41,7
	Toplam	254	100,0
Çocuk sayısı	1 çocuk	26	10,2
	2 çocuk	79	31,1
	3 çocuk	66	26,0
	4 çocuk ve üzeri	83	32,7
	Toplam	254	100,0
Doğum şekli	Sezeryan	31	12,2
	Normal Doğum	212	83,4
	Her ikisi	11	4,4
	Toplam	254	100,0
Menopoz durumu	Evet	68	23,3
	Hayır	224	76,7
	Toplam	292	100,0
Menopoz yaşı	38-43 yaş	6	8,8
	44-49 yaş	50	73,5
	50 yaş ve üzeri	12	17,7
	Toplam	68	100,0
Menopoza yönelik hormon tedavisi alıp almama durumu	Hormon Tedavisi Alanlar	12	17,6
	Hormon Tedavisi Almayanlar	56	82,4
	Toplam	68	100,0

Kadınların gebelik sayısının % 58,3' ünün (n=148) 1-4, % 41,7' sinin (n=106) 5 ve daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınların % 10,2' sinin (n=26) 1 çocuk, (% 31,1' inin (n=79) 2 çocuk, % 26,0' ının (n=66) 3 çocuk, % 32,7' sinin (n=83) 4 ve daha fazla çocuk sahibi olduğu ve % 83,4' ünün (n=212) doğumunun normal vajinal doğum, % 12,2' sinin (n=31) sezeryan doğum yaptığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların düşük sayısı ortalama $1,54 \pm 0,674$, ortalama kürtaj sayısı ortalama; $1,65 \pm 1,135$ dir.

Kadınların % 23,3' ünün (n=68) menopoza girdiği ve menopoz yaşı ortalama $46,96 \pm 3,192$ olduğu belirlenmiştir.

Kadınların % 8,8' inin (n=6) 38-43 yaş, % 73,5' inin (n=50) 44-49 yaş, % 17,7' sinin (n=12) 50 ve üzeri yaşta menopoza girdiği görülmektedir (n=68).

Kadınların menopoza yönelik tedavi alıp almama durumuna baktığımızda, kadınların % 17,6' sının (n=12) menopoza yönelik hormon tedavisi aldığı, % 82,4 ' ünün (n=56) hormon tedavisi almadığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.3. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sigara/Alkol Kullanımı ve Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişkenler	Değerler	N	%
Sigara Kullanma Durumu	Evet	77	26,4
	Hayır	215	73,5
	Toplam	292	100,0
Sigara Kullanan Kadınların Bir Günde İçtiği Sigara Miktarı	1-5 tane / günde	15	19,5
	6-10 tane / günde	45	45,1
	11 tane ve üzeri	27	34,4
	Toplam	77	100,0
Alkol kullanma Durumu	Evet	1	0,3
	Hayır	291	99,7
	Toplam	292	100,0
Alkol Kullanma Miktarı	Ara sıra	1	0,3
	Hiç	291	99,7
	Toplam	292	100,0
Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu	Sık vajinal enfeksiyon	96	32,9
	İdrar yolu enfeksiyonu	85	29,1
	Hipertansiyon	61	20,9
	Diyabetüs Mellitüs	59	20,2
	Akciğer Hastalığı	8	2,7
	Guatr	5	1,7
	Parkinson	1	0,3

Araştırmaya kadınların % 26,4' ünün (n=77) sigara kullandığı, % 73,6' sını (n=215) sigara kullanmadığı ve sigara içen kadınların % 19,5 'inin (n=15) günde 1-5 tane, % 45,4' ünün (n=35) 6-10 tane, % 35,1' inin (n=27) 11 ve daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların % 0,3' ünün (n=1) alkol kullandığı, % 99,7' sinin (n=291) alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.

Kadınların kronik hastalık durumu incelendiğinde; % 32,9' u (n=96) sık vajinal enfeksiyon, % 29,1 'i (n=85) idrar yolu enfeksiyonu, % 20,9' u (n=61) hipertansiyon , % 20,2' si (n=59) diyabetüs mellitüs, % 2,7 'si (n=8) akciğer hastalığı, % 1,7 'si (n=5) guatr , % 0,3' ü (n=1) Parkinson hastalığı olduğunu bildirmiştir.

Tablo 6.4. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların, Üriner İnkontinansa İlişkin Bulguların Dağılımı (n=292)

Değişkenler	Değerler	N	%
Üriner İnkontinans Sıklığı	Ara sıra	122	41,8
	Bazen	97	33,2
	Genellikle	44	15,1
	Her zaman	29	9,9
Üriner İnkontinansı Olan Kadınların İdrar Kaçırma Durumunu Yaşama Süresi	1 yıl	71	24,3
	2 yıl	54	18,5
	3 yıl	55	18,8
	4 yıl	19	6,5
	5 yıl	46	15,8
	6 yıl ve üzeri	47	16,1
Üriner İnkontinans Olan Kadınların Rahatsızlık Durumu	Hiç Rahatsız Olmayan	45	15,4
	Hafif Düzeyde Rahatsız Olan	76	26,0
	Orta Düzeyde Rahatsız Olan	108	37,0
	Çok Rahatsız Olan	63	21,6
Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Şikayet Başlangıcındaki Tutumları	Önemsememe	32	10,9
	Komşu/arkadaşına danışma	22	7,5
	Eşiyle/ailesiyle paylaşma	17	5,8
	Kimseyle söylememe	27	9,2
	Doktora gitmeme	194	66,4

Kadınların % 48,3' ü (n=141) ailesinde üriner inkontinans şikayeti olan kişilerin olduğunu bildirmiştir.

Kadınların % 41,8 'inin (n=122) arasına, % 33,2 'sinin (n=97) bazen, % 15,1' inin (n=44) genellikle, % 9,9 'unun (n=29) her zaman üriner inkontinans şikayeti olduğu, % 24,3' ün (n=71) bu şikayetinin 1 yıl, % 18,5' inin (n=54) 2 yıl, % 18,8' in (n=55) 3 yıl, % 6,5' inin (n=19) 4 yıl, % 15,8' inin (n=46) 5 yıl, % 16,1' inin (n=47) 6 yıl ve üzeri süredir var olduğu belirtmiştir.

Kadınların Üriner inkontinans şikayetinden dolayı % 15,4' ünün (n=45) hiç rahatsız olmadığı, % 26,0 'ının (n=76) hafif düzeyde, % 37,0' inin (n=108) orta düzeyde, % 21,6' sının (n=63) çok rahatsız olduğu belirlenmiştir.

Üriner inkontinans şikayeti olduğunda % 10,9' u (n=32) önemsemediğini, % 7,5' i (n=22) komşusuna/arkadaşına danıştığını, % 5,8' i (n=17) eşiyile/ailesiyle paylaştığını, % 9,2' si (n=27) kimseye söylemediğini, % 66,4' ü (n=194) doktora gitmediğini ifade etmiştir.

6.2. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kadınların, üriner inkontinans dolayısı doktorla başvurma/başvurmama durumu, doktora başvuran kadınlarda üriner inkontinans tedavi şekli, kadınların doktora başvurmama nedenleri ve kadınların üriner inkontinansa yönelik aldıkları önlemlere ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 6.5. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sağlık Arama Davranışlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişkenler	Değerler	N	%
Doktora Başvurma Durumu	Evet	98	33,6
	Hayır	194	66,4
	Toplam	292	100,0
Doktora Başvurma için Geçen Süre	1-12 ay	83	28,4
	13-48 ay	9	3,1
	49-60 ay	6	2,1
	Hiç Doktora Başvurmayan	194	66,4
	Toplam	292	100,0
Tedavi	İlaç tedavi	73	74,4
	Mesane eğitimi	1	1,0
	Pelvik taban egzersizi (Kegel egzersizi)	19	19,3
	Cerrahi tedavi	5	5,1

Kadınların % 33,6' sının (n=98) üriner inkontinans şikayeti için doktora başvurduğu, % 66,4' ünün (n=194) doktora başvurmadığı görülmektedir.

Üriner inkontinans nedeniyle doktora başvuran kadınların % 85,7' si (n=84) ilaç tedavisi, % 1,0' ının (n=1) mesane eğitimi, % 19,4' ünün (n=19) pelvik taban egzersizi (Kegel egzersizi), % 5,1' inin (n=5) cerrahi tedavi oldukları belirlenmiştir.

Tablo 6.6. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Doktora Başvurmama Nedenlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Doktora Başvurmama Nedenleri	Önemsememe	86	29,5
	Vakit bulamama	44	15,1
	Çekinme/ utanma	29	9,9
	Normal olduğunu düşünme	28	9,6
	Sosyal güvencesi olmaması	22	7,5
	Yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünme	18	6,2
	Çevresindeki kişilerde yaygın oması nedeniyle normal olduğunu düşünme	12	4,1
	Rahatsız olmama	9	3,1
	Tedavi edilemeyen bir sorun olarak düşünme	7	2,4

* Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde; % 29,5’ inin (n=86) önemsememe % 15,1’ inin (n=44) doktora gitmek için vakit bulamama, % 9,9 ’unun (n=29) çekinme/ utanma, % 9,6’ sının (n=28) normal olarak düşünme, % 7,5’ inin (n=22) sosyal güvencesi olmaması , % 6,2’ sinin (n=18) yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünme, % 4,1’ inin (n=12) çevresindeki kişilerde yaygın oması nedeniyle normal olduğunu düşünme, % 3,1’ inin (n=9) rahatsız olmama, % 2,4’ ünün (n=7) idrar kaçırmayı tedavi edilemeyen bir sorun olarak düşünme nedenleriyle doktora başvurmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 6.7. Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Üriner İnkontinans Sorununa Yönelik Önlemler

Değerler	N	%
Bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arama	203	69,5
Sık sık iç çamaşırını değiştirme	177	60.6
Ped, bez, pamuk vb. kullanma	167	57.2
Ayakları sıcak tutma	135	46.2
Sık sık tuvalete gitme	105	36.0
Ağır kaldırmama	70	24.0
Sık sık banyo yapma	70	24.0
Sadece tuvalet olan yerlere gitme	68	23.3
Yanında yedek giysi taşıma	40	13.7
Emici külot kullanma	39	13.4
Sosyal yaşantıyı kısıtlama	26	8.5
Kolay çıkarılabilen giysiler tercih etme	22	7.5
Koku giderici pudra, krem, sprej kullanma	18	6.2
Sıcak su ile taharetlenme	17	5.8
Günlük içilen sıvı miktarını azaltma	6	2.1
Evde kalmak/ çıkmamak	6	2.1
Perineye sıcak su uygulama	4	1.4
Bitkisel ilaç kullanma	4	1.4
Bitkisel çay kullanma	3	1.0
Lekeleri kapatan uzun gömlek / tişört giyme	3	1.0
Lekeleri belli etmeyen koyu renkli iç çamaşır giyme	2	0.7
Fiziksel aktiviteyi kısıtlama	1	0.3

* Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların sorununa yönelik aldıkları önlemler incelendiğinde, % 69,5’ inin (n=203) bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arama, % 60.6’ sının (n=177) sık sık iç çamaşırını değiştirme, % 57.2’ sinin (n=167) ped, bez, pamuk vb. kullanma(% 46.2’ sinin (n=135) ayakları sıcak tutma, % 36.0’ inin (n=105) sık sık tuvalete gitme, % 24.0’ inin (n=70) ağır kaldırmama, % 24.0’ inin (n=70) sık sık banyo yapma, % 23.3’ ünün (n=68) sadece tuvalet olan yerlere gitme, % 13.7’ sinin (n=40) yanında yedek giysi taşıma, % 13.4’ ünün (n=39) emici külot kullanma, % 8.5’ inin (n=26) sosyal yaşantıyı kısıtlama, % 7.5’ inin (n=22) kolay çıkarılabilen giysiler tercih etme, % 6.2’ sinin (n=18) koku giderici pudra, krem, sprej kullanma, % 5.8’ sinin (n=17) sıcak su ile taharetlenme, % 2.1’ inin (n=6) günlük içilen sıvı miktarını azaltma, % 2.1’ inin (n=6) evde kalmak/ çıkmamak, (% 1.4’ ünün (n=4) perineye sıcak su uygulama, 4’ ünün (% 1.4) bitkisel ilaç kullanma, % 1.0’ inin (n=3) bitkisel çay kullanma, % 1.0’ inin (n=3) lekeleri kapatan uzun gömlek / tişört giyme, (% 0.7’ sinin (n=2) lekeleri belli etmeyen koyu renkli iç çamaşır giyme, % 0.3’ ünün (n=1) fiziksel aktiviteyi kısıtlama gibi önlemler aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 6.8. Kadınların Eğitim Düzeyi İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması.

Eğitim Düzeyi	Doktora Başvurma				Pearson Chi-Square
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Okur yazar değil	16	16,3	35	18,0	$\chi^2 = 3,669$ sd= 2 p=0,160
İlköğretim	44	44,9	105	54,1	
Lise ve Üniversite	38	38,8	54	27,8	

Tablo 6.8’ de kadınların eğitim düzeyine göre doktora başvurma durumunun karşılaştırması görülmektedir. Buna göre, kadınların eğitim düzeyi ile doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 6.9. Kadınların Üriner İnkontinanstan Rahatsızlık Durumu İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması.

Üriner inkontinans rahatsız etti mi?	Doktora Başvurma				Pearson Chi-Square
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Hiç	4	4,1	41	21,2	$\chi^2 = 16,116$ sd= 3 p=0,001
Hafif	25	25,5	51	26,3	
Orta	42	42,9	66	34,0	
Çok	27	27,6	36	18,6	

Tablo 6.9’ da kadınların üriner inkontinanstan rahatsız olma durumuna göre doktora başvurma durumunun karşılaştırması görülmektedir. Buna göre, kadınların üriner inkontinanstan rahatsız olma durumuna ile doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (p<0,005). Bu fark, üriner inkontinansın hiç rahatsız etmediği kadınlarda tedavi için doktora başvuranların sayısı beklenenin altında iken, orta ve çok düzeyde rahatsız edenlerde doktora başvuranların oranı beklenenin üstünde olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 6.10. Kadınların Üriner İnkontinans Yaşama Süresi İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması (N=292)

Üriner inkontinans yaşama süresi (yıl)	Doktora Başvurma				
	Evet (n=98) Ort.± SS	Min-Max/ Med	Hayır (n=194) Ort.± SS	Min-Max/ Med	Mann Whitney Test
	3,84±3,42	1-20/3	3,85±3,31	1-20/3	U=9418,00 p=0,896

Tablo 6.10’ da kadınların üriner inkontinans süresinin tedavi için doktora başvurma durumuna göre karşılaştırması görülmektedir. Üriner inkontinans süresine göre doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 6.11. Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığının Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması (N=292)

Üriner inkontinans sıklığı	Doktora Başvurma				Pearson Chi-Square
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Ara sıra	33	11,3	89	30,5	$\chi^2 = 5,399$ sd= 3 p=0,145
Bazen	35	12,0	62	21,2	
Genellikle	20	6,8	24	8,2	
Her zaman	10	3,4	19	6,5	

Tablo 6.11’ de kadınların üriner inkontinans sıklığına göre doktora başvurma durumunun karşılaştırması görülmektedir. Kadınların üriner inkontinans sıklığı ile doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

6.3. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Kadınlarda üriner inkontinans, biyo-psiko-sosyal değişiklere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu bölümde üriner inkontinansın kadınların yaşam kalitesine olan etkilerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 6.12. UDI-6 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı

		n	%
Sık idrara çıkma?	Hiç	6	2,1
	Hafif	114	39
	Orta	143	49
	Çok	29	9,9
Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırma?	Hiç	15	5,1
	Hafif	113	38,7
	Orta	128	43,8
	Çok	36	12,3
Öksürme veya hapsirme gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma?	Hiç	23	7,9
	Hafif	35	12
	Orta	71	24,3
	Çok	163	55,8
Damla damla az miktarda idrar kaçırma?	Hiç	176	60,3
	Hafif	57	19,5
	Orta	42	14,4
	Çok	17	5,8
İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?	Hiç	141	48,3
	Hafif	85	29,1
	Orta	64	21,9
	Çok	2	0,7
Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?	Hiç	66	22,6
	Hafif	116	39,7
	Orta	106	36,3
	Çok	4	1,4

Kadınların Urogenital Distress Envanteri sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 6.12’ de sunulmuştur. Kadınların % 2,1’ in (n=6) hiç, % 39,’ u (n=114) hafif, % 49 ’ u (n=143) orta, % 9,9’u (n=29) çok sık idrar kaçırdığı bildirmiştir.

“Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırma?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde, % 5,1’inin (n=15) hiç, % 38,7’ sinin (n=113) hafif, % 43,8’sinin (n=128) orta, % 12,3’ ünün (n=36) çok şeklinde yanıtlamışlardır.

Kadınların Urogenital Distress Envanteri sorularından “Öksürme veya hapsirme gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 7,9’ unun n=23 hiç, % 12,0’ inin (n=35) hafif, % 24,3’ ünün (n=71) orta, % 55,8’ inin (n=163) çok cevabını verdiği tespit edilmiştir.

Kadınların Urogenital Distress Envanteri sorularından “Damla damla az miktarda idrar kaçırma?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 60,3’

ünün (n=176) hiç, % 19,5' inin (n=57) hafif, % 14,4' ünün (n=42) orta, % 5,8' inin (n=17) çok şeklinde yanıtladıkları belirlenmiştir.

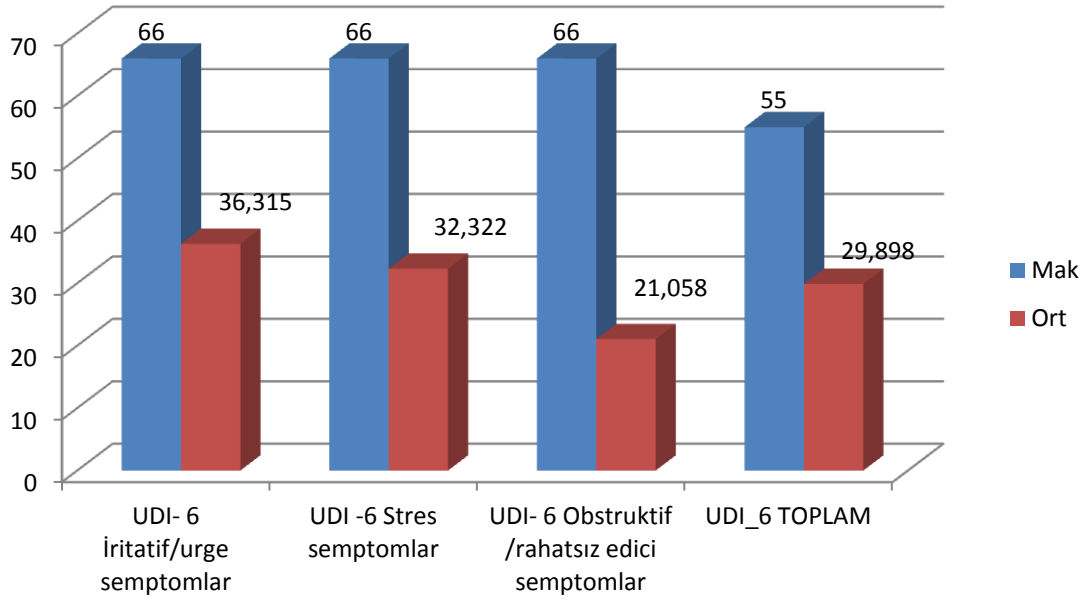
Kadınların "İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?" sorusuna ise verilen cevapların dağılımı incelendiğinde % 48,3' ünün (n=141) hiç, % 29,1' inin (n=85) hafif, % 21,9'unun (n=64) orta, % 0,7'sinin (n=2) çok cevabını verdiği görülmektedir.

Kadınların Urogenital Distress Envanteri sorularından "Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?" sorusuna ise, % 22,6'sı (n=66) hiç, % 39,7' si (n=116) hafif, % 36,3' ü (n=106) orta, % 1,4 'ü (n=4) çok şeklinde belirtmiştir.

Tablo 6. 13. UDI-6 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması

Boyutlar	N	Min	Mak	x ± SS
UDI- 6 İritatif/urge semptomlar	292	0	66	36,315±15,060
UDI -6 Stres semptomlar	292	0	66	32,322±13,447
UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	292	0	66	21,058±15,134
UDI_6 TOPLAM	292	0	55	29,898±11,115

Araştırmaya kapsamına alınan kadınların UDI-6 ölçeği altboyutlarının ortalamaları incelendiğinde UDI-6 İritatif/urge semptomlar puanı ortalaması 36,315±15,060; UDI -6 Stres semptomlar puanı ortalaması 32,322±13,447; UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar puanı ortalaması 21,058±15,134; UDI- 6 toplam puanı ortalaması 29,898 ± 11,115 olarak bulunmuştur.



Şekil 6.1. UDI Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması

Tablo 6.14. IIQ-7 Ölçeği Sorularına İlişkin Bulguların Dağılımı

		n	%
Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?	Hiç	126	43,2
	Hafif	89	30,5
	Orta	63	21,6
	Çok	14	4,8
Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	Hiç	87	29,8
	Hafif	100	34,2
	Orta	84	28,8
	Çok	21	7,2
Eğlence amaçlı etkinliklere (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?	Hiç	50	17,1
	Hafif	106	36,3
	Orta	84	28,8
	Çok	52	17,8
Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	Hiç	75	25,7
	Hafif	107	36,6
	Orta	88	30,1
	Çok	22	7,5
Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilmenizi etkiledi mi?	Hiç	31	10,6
	Hafif	89	30,5
	Orta	112	38,4
	Çok	60	20,5
Ruhsal sağlığını etkiledi mi? (sinirlilik, depresyon, ve benzeri)	Hiç	122	41,8
	Hafif	84	28,8
	Orta	59	20,2
	Çok	27	9,2
Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?	Hiç	50	17,1
	Hafif	77	26,4
	Orta	80	27,4
	Çok	85	29,1

Araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların İnkontinans Etki Soru Formunda “Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 43,2’ sinin (n=126) hiç, % 30,5’ inin (n=89) hafif, % 21,6’ sının (n=63) orta, % 4,8’ inin (n=14) çok cevabını verdiği görülmektedir.

Kadınların İnkontinans Etki Soru Formunda “Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, (% 29,8’ sinin (n=87) hiç, 100’ünün (% 34,2) hafif, % 28,8’ inin (n=84) orta, % 7,2’ sinin (n=21) çok şeklinde yanıtladıkları belirlenmiştir.

Kadınların, “Eğlence amaçlı etkinlikle (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, (% 17,1’

inin (n=50) hiç, % 36,3' ünün (n=106) hafif, % 28,8' inin (n=84) orta, % 17,8' sinin (n=52) çok olarak belirlenmiştir.

“Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 25,7' sinin (n=75) hiç, % 36,6' sının (n=107) hafif, % 30,12 inin (n=88) orta, % 7,5' inin (n=22) çok cevabını verdiği görülmektedir.

İnkontinans Etki Soru Formundaki “Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilme etkiledi mi?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 10,6' sının (n=31) hiç, % 30,5' inin (n=89) hafif, % 38,4' ünün (n=112) orta, % 20,5' inin (n=60) çok şeklinde belirtmiştir.

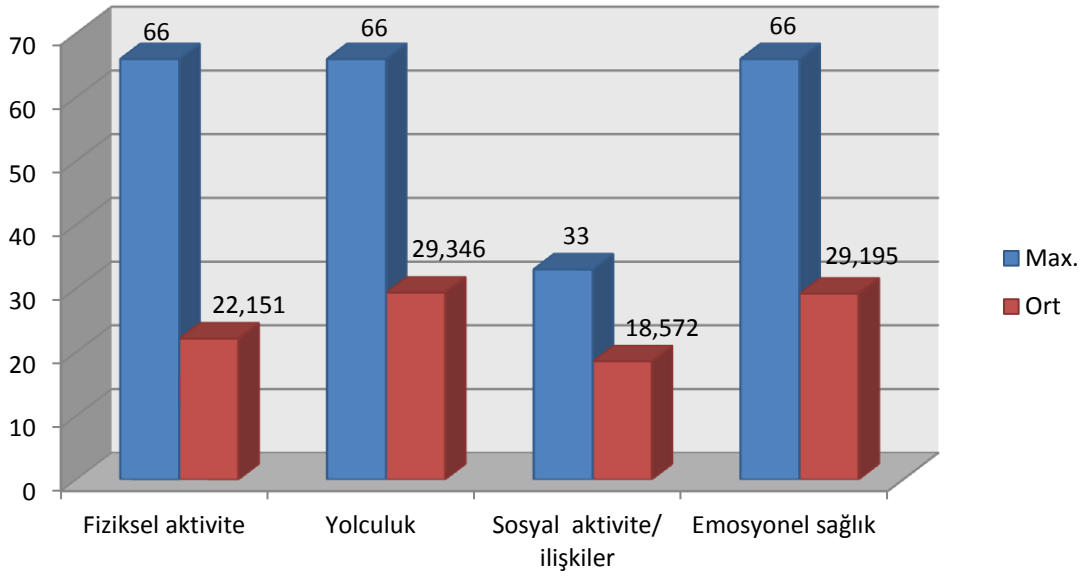
Kadınların “Ruhsal sağlığınızı etkiledi mi? (sınırlılık, depresyon, ve benzeri)” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 41,8' inin (n=122) hiç, (% 28,8' inin (n=84) hafif, % 20,2' sinin (n=59) orta, % 9,2' sinin (n=27) çok şeklinde cevaplamıştır.

Kadınların “Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?” sorusuna verdiği cevapların dağılımı incelendiğinde, % 17,1' inin (n=50) hiç, % 26,4' ünün (n=77) hafif, % 27,4' ünün (n= 80) orta, % 29,1' inin (n=85) çok şeklinde yanıtlamıştır.

Tablo 6.15. IIQ-7 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması

Alt Boyutlar	N	Min	Mak	x ± SS
Fiziksel aktivite	292	0	66	22,151±19,301
Yolculuk	292	0	66	29,346±19,503
Sosyal aktivite/ ilişkiler	292	0	33	18,572±10,086
Emosyonel sağlık	292	0	66	29,195±21,465
TOPLAM	292	0	55	24,816±15,615

Çalışma kapsamına alınan kadınların IIQ-7 ölçeğinin altboyutlarının ortalamaları incelendiğinde, IIQ-7 fiziksel aktivite puanı ortalaması 22,151±19,301, IIQ-7 yolculuk puanı ortalaması 29,346±19,503; IIQ-7 sosyal aktivite/ilişkiler puanı ortalaması 18,572±10,086; IIQ7emosyonel sağlı puanı ortalaması 29,195±21,465; IIQ-7 toplam puanı ortalaması 24,816±15,615 olarak bulunmuştur.



Şekil 6.2. IIQ7 Ölçeğinin AltBoyutlarının Ortalaması

Tablo 6.16. Kadınların Yaş, Üriner İnkontinans Süresi ve Doktora Başvurma Süresinin IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları İle İlişkisi. (N=292)

Ölçek Alt Boyutları	Yaş (n=292)		Üriner inkontinans süresi (yıl) (n=292)		Doktora başvurma süresi (ay) (n=98)	
	r	p	r	p	r	p
IIQ-7 Fiziksel aktivite	0,34	0,000	0,34	0,000	0,27	0,008
IIQ-7 Yolculuk	0,25	0,000	0,26	0,000	0,20	0,047
IIQ-7 Sosyal aktivite/iliskiler	0,29	0,000	0,29	0,000	0,13	0,203
IIQ-7 Emosyonel sağlık	0,07	0,231	0,06	0,275	0,16	0,873
IIQ-7 TOPLAM	0,26	0,000	0,26	0,000	0,19	0,061
UDI- 6 İritatif/urge semptomlar	0,43	0,000	0,37	0,000	0,18	0,074
UDI -6 Stres semptomlar	0,21	0,000	0,19	0,001	0,17	0,094
UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	0,13	0,031	0,17	0,004	0,53	0,607
UDI_TOPLAM	0,33	0,000	0,32	0,000	0,19	0,062

r= Spearman's korelasyon analizi

Tablo 6.16'da olguların ile yaş, üriner inkontinans süresi ve doktora başvurma süresinin IIQ-7 ve UDI-6 ölçek puanları ile ilişkisi görülmektedir.

Kadınların yaşı ile IIQ-7 Emosyonel sağlık alt boyutu dışında IIQ-7 ve UDI-6 ölçeklerinin tüm alt boyut ve toplam puanları arasında korelasyon katsayılarının 0,13 ile 0,43 arasında, zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Üriner inkontinans süresi ile IIQ-7 emosyonel sağlık alt boyutu dışında IIQ-7 ve UDI-6 ölçeklerinin tüm alt boyut ve toplam puanları arasında korelasyon katsayılarının 0,17 ile 0,37 arasında, zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Doktora başvurma süresi ile sadece IIQ-7 fiziksel aktivite ve IIQ-7 yolculuk alt boyutları arasında 0,20 ile 0,27 arasında, zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. IIQ-7 ve UDI-6 ölçeklerinin diğer alt boyut ve toplam puanları arasında korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi.

Tablo 6.17. Kadınların Yaş, Üriner İnkontinans Süresi ve IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları İle Doktora Başvurma Durumunun Karşılaştırılması.

Ölçek Alt Boyutları	Doktora Başvurma Durumu				
	Evet (n=98) Ort.± SS	Min- Max/ Med	Hayır (n=194) Ort.± SS	Min- Max/ Med	Mann Whitney Test
Yaş	38,44±14,10	21-82/ 36	38,60±13,13	20-77/ 37	U=9265,50 p=0,724
Üriner inkontinans süresi (yıl)	3,84±3,42	1-20/ 3	3,85±3,31	1-20/ 3	U=9418,00 p=0,896
IIQ-7 Fiziksel aktivite	26,15±18,32	0-66/ 22	20,13±19,51	0-66/ 22	U=7674,50 p=0,006
IIQ-7 Yolculuk	35,36±18,50	0-66/ 33	26,31±19,33	0-66/ 22	U=6924,00 p=0,000
IIQ-7 Sosyal aktivite/ ilişkiler	22,00±8,79	0-33/ 22	16,84±10,27	0-33/ 22	U=6850,50 p=0,000
IIQ-7 Emosyonel sağlık	37,71±21,54	0-66/ 33	24,89±20,15	0-66/ 22	U=6338,00 p=0,000
IIQ-7 TOPLAM	30,31±14,08	2,75- 55/ 30,25	22,04±15,65	00-55/ 19,25	U=6545,50 p=0,000
UDI-6 İritatif/urge semptomlar	39,85±13,82	11-66/ 44	34,53±15,38	0-66/ 33	U=7638,50 p=0,004
UDI-6 Stres semptomlar	34,23±13,39	0-66/ 33	31,36±13,41	0-66/ 33	U=8218,50 p=0,046
UDI-6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	22,34±15,02	0-55/ 22	20,41±15,19	0-66/ 22	U=8825,50 p=0,307
UDI_6 TOPLAM	32,14±10,33	11-55/ 33	28,77±11,35	0-55/ 29,33	U=7769,50 p=0,010

Tablo 6.17’de kadınların yaş, üriner inkontinans süresi ve IIQ-7 ve UDI-6 Ölçeklerinden aldıkları toplam ve alt boyut puanlarının doktora başvurma durumuna göre karşılaştırması görülmektedir. Buna göre, kadınların yaş ortalaması ve üriner inkontinans süresi ile doktora başvurma durumu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi. Doktora başvuran ve başvurmeyan kadınların UDI-6 ölçeğinin puanları karşılaştırıldığında, obstruktif /rahatsız edici semptomlar alt boyutu dışında diğer boyut puanları ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Doktora başvuran kadınlarda UDI-6 ölçeğinin, iritatif/urge ve stres semptomlar alt boyutunda daha yüksek puan bildirmişlerdir. IIQ-7 toplam puanı ve alt boyutları ortalaması yüksek olan kadınların, daha fazla doktora başvurduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.18. Kadınların IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları ile Üriner İnkontinans Sıklığının Karşılaştırılması.

Ölçek Alt Boyutları	Üriner inkontinans sıklığı	Ort.± SS	Min-Max/ Med	Kruskall wallis test
IIQ-7 Fiziksel aktivite	Ara sıra ^a	9,74±12,51	0-44/ 0	Kw $\chi^2= 118,111$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	24,04±15,50	0-55/ 22	
	Genellikle ^c	35,00±16,99	0-66/ 33	
	Her zaman ^d	48,55±16,24	0-66/ 44	
IIQ-7 Yolculuk	Ara sıra ^a	17,49±15,67	0-66/ 11	Kw $\chi^2= 94,820$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	33,23±16,65	0-66/ 33	
	Genellikle ^c	40,50±18,19	0-66/ 44	
	Her zaman ^d	49,31±12,69	22-66/ 55	
IIQ-7 Sosyal aktivite/ ilişkiler	Ara sıra ^a	12,80±8,87	0-33 / 11	Kw $\chi^2= 87,916$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	19,96±8,15	0-33 / 22	
	Genellikle ^c	24,75±8,92	0-33 / 22	
	Her zaman ^d	28,83±6,84	11-33 / 33	
IIQ-7 Emosyonel sağlık	Ara sıra ^a	21,10±19,78	0-66/ 11	Kw $\chi^2= 39,252$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	33,00±22,06	0-66/ 33	
	Genellikle ^c	32,25±18,74	0-66/ 33	
	Her zaman ^d	45,90±15,85	0-66/ 44	
IIQ-7 TOPLAM	Ara sıra ^a	15,28±12,11	0-46,75 / 13,75	Kw $\chi^2= 99,625$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	27,56±13,65	0-55/ 27,5	
	Genellikle ^c	33,13±13,43	0-52,25 / 33	
	Her zaman ^d	43,15±10,27	11-55/ 44	
UDI-6 İritatif/urge semptomlar	Ara sıra ^a	24,07±9,20	0-44/ 22	Kw $\chi^2= 176,915$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	39,80±7,85	11-55 / 44	
	Genellikle ^c	49,00±13,72	0-66/ 44	
	Her zaman ^d	56,90±10,21	33-66/ 55	
UDI-6 Stres semptomlar	Ara sıra ^a	26,96±13,57	0-66/ 33	Kw $\chi^2= 41,859$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	34,93±12,09	0-66/ 33	
	Genellikle ^c	35,75±11,65	0-55/ 33	
	Her zaman ^d	40,97±11,35	11-55 / 44	
UDI- 6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	Ara sıra ^a	15,87±14,15	0-66/ 11	Kw $\chi^2= 30,908$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	24,15±13,72	0-55/ 22	
	Genellikle ^c	23,00±16,58	0-55/ 22	
	Her zaman ^d	29,59±14,73	0-44/ 33	
UDI-6 TOPLAM	Ara sıra ^a	22,30±8,76	7,33-47,67/22	Kw $\chi^2= 120,020$ df=3 p= 0,000 a<b,c,d
	Bazen ^b	32,96±8,16	14,67-51,33/ 33	
	Genellikle ^c	35,92±9,54	0-55/ 36,66	
	Her zaman ^d	42,48±8,90	22-55/ 44	

(n sayısı a= 122; b= 97; c= 44; d= 29)

Tablo 6.18' de kadınların IIQ-7 ve UDI-6 Ölçeklerinden aldıkları toplam ve alt boyut puanlarının üriner inkontinans sıklığına göre karşılaştırması görülmektedir. Buna göre, her iki ölçeğin de toplam puan ve alt boyutlarında üriner inkontinans sıklığına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p=0,000). Farkın hangi

gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tukey HSD ileri analizinde, bazen, genellikle ve her zaman idrar kaçıranların ara sıra idrar kaçıranlara göre üriner inkontinans şikayeti daha fazla olup ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmektedir.

Tablo 6.19. Kadınlarda IIQ-7 ve UDI-6 Ölçek Puanları ile Menopoza Girme Durumunun Karşılaştırılması (N=292)

Ölçek Alt Boyutları	Menopoza Girme				
	Evet (n=68) Ort.± SS	Min- Max/ Med	Hayır (n=224) Ort.± SS	Min- Max/ Med	Mann Whitney Test
IIQ-7 Fiziksel aktivite	35,10±20,14	0-66/ 33	18,22±17,25	0-66/ 11	U=4105,50 p=0,000
IIQ-7 Yolculuk	38,66±19,24	0-66/ 44	26,52±18,73	0-66/ 22	U=4980,00 p=0,000
IIQ-7 Sosyal aktivite/ ilişkiler	23,62±9,17	0-33/ 22	17,04±9,87	0-33/ 22	U=4936,50 p=0,000
IIQ-7 Emosyonel sağlık	32,19±19,04	0-66/ 33	28,29±22,11	0-66/ 27,5	U=6731,50 p=0,142
IIQ-7 TOPLAM	32,39±14,73	0-55/ 30,25	22,52±15,17	0-55/ 22	U=4878,00 p=0,000
UDI-6 İritatif/urge semptomlar	48,85±12,94	22-66/ 44	32,51±13,53	0-66/ 33	U=3178,00 p=0,000
UDI-6 Stres semptomlar	35,91±10,69	11-55/ 33	31,23±14,02	0-66/ 33	U=6173,50 p=0,013
UDI-6 Obstruktif /rahatsız edici semptomlar	27,34±13,90	0-55/ 22	19,15±15,01	0-66/ 22	U=5180,50 p=0,021
UDI-6 TOPLAM	37,37±9,08	14,67-55/ 36,66	27,63±10,69	0-51,33/ 25,66	U=3764,50 p=0,000

Tablo 6.19’da kadınların IIQ-7 ve UDI-6 Ölçeklerinden aldıkları toplam ve alt boyut puanlarının menopoza girme durumuna göre karşılaştırması görülmektedir. Buna göre, IIQ-7 ölçeği IIQ-7 emosyonel sağlık alt boyutu dışında her iki ölçeğin de toplam puan ve alt boyutlarında menopoza girme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık görülmektedir. Menopoza girmiş olan kadınlar menopozda olmayanlara göre üriner inkontinans şikayetini daha fazla yaşamakta ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmektedir (p<0,05).

7. TARTIŞMA

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, her yaştaki kadını etkileyen, sosyal yönü olan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir olgudur. Kadınların inkontinansa, sosyal izolasyon ve hayal kırıklığı, utanma, suçluluk, inkar kendini kirli hissetme gibi duygusal reaksiyon göstermeleri, sosyal ilişkilerini, özgüvenini, verimlilik ve iş gücünü olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınların inkontinansa karşı tutumları inançlarına, kültürel yapılarına ve kişilik özelliklerine göre değişmektedir (Güler, 2006; Aslan, 2002).

Ülkemizde üriner inkontinans sıklığı % 9.6 ile % 25.8 arasında değiştiği bilinmektedir. Kadınlarda görülme sıklığının yüksek olmasına rağmen, etkilenen her dört kadından ancak biri problemin çözümü için profesyonel yardım almaktadır.

Üriner inkontinansı olan kadınların, sağlık arama davranışlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular 3 ana başlık altında, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ VE ÜRİNER İNKONTİNANS BULGULARIN TARTIŞILMASI

Üriner inkontinans yaşla birlikte artmakla birlikte sadece yaşlı popülasyonda değil genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülmektedir. Yapılan prevalans çalışmalarında inkontinans prevalansı 20- 59 yaş arasında % 39,6, 42-50 yaş arasında % 58,4 ve 65 yaş üstünde % 30-60 arasında olduğu bulunmuştur. Genel olarak Türkiye’de üriner inkontinans sıklığı % 9.6 ile % 25,8 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kocak ve ark, 2005; Güler, 2006; Kök ve ark, 2006).

Güneş ve ark. (2000) 20 yaş ve üzeri 459 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada 20-34 yaş grubunda % 28,8, 35-49 yaş grubunda % 54,5, 50-64 yaş % 73,1, 65 yaş ve üzeridekilerde ise % 82,5 oranında olduğunu belirtmişlerdir (Güneş ve ark. 2000).

Güler, (2006) yaptığı çalışmada, 20-24 yaş grubunda % 40,3 oranında urge ve % 32,5 oranında mikst tip inkontinans, 25 yaş ve üzeri grupta % 82,1 oranında stres üriner inkontinans olduğunu saptamışlardır (Güler, 2006).

Çalışmamızda ise; üriner inkontinans prevalansı ortalama % 25 olarak kabul edilmiş Bağcılar ilçesi kadın nüfusu göz önüne alınarak, örneklem kapsamına alınacak inkontinanslı kadın sayısı belirlenmiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2008 verilerine göre, Türkiye' de 15-49 yaş grubundaki kadınların % 94,5' i evli, % 3,3' ü boşanmış/bekardır (TNSA, 2008).

Çalışmamızda katılan üriner inkontinansı olan kadınların % 86' sının (n=251) evli, % 13,7' sinin (n=40) bekar/boşanmış, % 0,3' ünün (n=1) partnerinin olduğu görülmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2008 sonuçları incelendiğinde, Türkiye' de 15-49 yaş grubundaki kadınların % 18,3' ünün okur yazar olmadığı, % 51,9' unun ilkokul mezunu, % 8,7' inin ortaokul mezunu, % 21,1' inin lise mezunu olduğu belirtilmektedir (TNSA, 2008).

Araştırmaya katılan kadınların % 17,5' inin okur yazar olmadığı, % 44,2' sinin ilkokul mezunu, % 6,8' inin ortaokul mezunu, % 25,3' ünün lise mezunu saptanmıştır ve TNSA 2008 sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2008 verilerine göre, Türkiye' de 15-49 yaş grubundaki kadınların % 69' unun ev hanımı, % 31' inin çalışıyor olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2008).

Çalışmamızda ise; kadınların % 63,7' sinin ev hanımı, % 32,1' inin ise çalışıyor olduğu tespit edilmiştir ve araştırma sonuçlarıyla benzerdir.

Aslan, (1999) üriner inkontinansı olan 50 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların gebelik sayısı $5,6 \pm 2,22$ doğum sayısını ise, $3,76 \pm 1,90$ olarak saptamıştır.

Bizim çalışmamızda ise; gebelik sayısı $4,22 \pm 2,22$, doğum sayısı ise, $3,19 \pm 1,69$ bulunmuş olup çalışmalarla benzerdir.

Güler, (2006) araştırmasında, 15-49 yaş arası üri ner inkontinansı olan 160 kadınların % 73,3' ünün normal vajinal doğum, % 26,7' sinin sezeryanla doğum yaptıkları bildirilmiştir.

Çalışmamızda ise, üri ner inkontinansı olan kadınların % 96,1' inin normal vajinal doğum, % 3,9' unun sezeryanla doğum yaptıkları saptanmıştır.

Koçak ve arkadaşları 18 yaş ve üzeri 1012 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların % 45,9' unun haftada ikiden az, % 17,4' ü haftada 2-3 kez, % 9,9' unun günlük, % 13,2' sinin günde birkaç kez ve % 13,6' sının daha çok sıklıkta idrar kaçırdıklarını tespit etmişlerdir (Kocak ve ark., 2005).

Çalışmamızda kadınların % 41,8' sinin ara sıra (Haftada 1 kez ya da daha az), % 33,2' sinin bazen (Haftada 2-3 kez) , % 15,1' inin genellikle (Günde 1 kez) ,% 9,9' unun her zaman(günde birkaç kez) idrar kaçırdığı tespit edilmiştir.

Güler, (2006) araştırmasında, 15-49 yaş arası üri ner inkontinansı olan 160 kadının % 58,8' inde stres üri ner inkontinans, % 46,7' sinde urge inkontinans olduğunu belirtmiştir.

Bizim çalışmamızda kadınların % 55,8' ininde stres inkontinans, % 43,8' inde ise urge inkontinans olduğu saptanmıştır ve çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Malstem ve ark. (1997) 45 yaş ve üzeri kadında görülen alt üri ner yol semptomları üzerine yapılan çalışmada kadınların % 26,4' ünde mesanede tam boşalmama hissi olduğunu saptamışlardır (Malstem ve ark. 200

Çalışmamızda, mesanede tam boşalmama hissi % 29,1 oranında olduğu saptanmıştır ve çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Skonner ve arkadaşları I. ve II. Derece akrabalarında üriner inkontinans olma durumu ile inkontinans arasında ilişki saptamışlardır (Skonner and al., 1994).

Kızılkaya ve arkadaşları yaptıkları çalışmada birinci derece akrabalarında üriner inkontinans varlığının risk faktörü olduğunu bildirmiştir (Kızılkaya ve ark., 1999).

Güler (2006), 15-49 yaş arası üriner inkontinansı olan 160 kadın üzerinde yapmış olduğu aratırmada kadınların % 36,3' ünde birinci derece akrabalarında üriner inkontinans olduğu tespit etmiştir (Güler, 2006).

Çalışmamızda, kadınların % 48,3' ünde birinci derece akrabalarında üriner inkontinans olduğu saptanmıştır ve literatürle benzer özelliktedir.

Acar (2010) çalışmasına göre Üİ' sı olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının, % 21,5' inin bir yıldan az, % 29,8' inin 1-3 yıl , % 21' inin 4-6 yıl, % 28,2' inin 7 ve daha uzun süre idrar kaçırdığını saptamıştır(Acar, 2010)

Kök ve ark. (2006) çalışmasında 229 kadının üriner inkontinans yaşama süresinin yüksek oranda 13 -96 ay (1-8 yıl) olduğunu saptamıştır (Kök ve ark., 2006).

Çalışmamızda ise; üriner inkontinansı olan kadınların % 24,3' ünün idrar kaçırmama durumunu 1 yıl, % 18,5' inin 2 yıl, % 18,8' inin 3 yıl, % 6,5' nin 4 yıl, % 15,8' inin 5 yıl, % 16,1' inin 6 yıl ve üzeri süredir yaşadığı saptanmıştır ve yapılmış diğer araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Koch ve ark. (2006) yaptıkları araştırmaya göre; kadınların % 74' ü bir yıl bekledikten sonra, % 46'sı üç yıl bekledikten sonra tıbbi yardım aldıklarını tespit etmişlerdir (Koch ve ark., 2006).

7.2. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesinin ve sağlık risklerinden korunmanın temeli olup; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir etkinliği ifade etmektedir (Başaran, 2005; Mutlu, 2006)

Sağlık kurumu/sağlık personeli dışı sağlık arama yollarının geçmişten bugüne kişilerin başvurdukları davranışlar olduğu bilinmektedir. Bilimsel verilerin ve desteklerin yetersiz kaldığı durumlarda kişilerin “sağlıklarına kavuşmak” ya da “sağlıklarını korumak” ile ilgili olan umutları “bilimsel olmayan” yöntemlere yönelebilmektedir. Etik, sosyal, vb. konuların yanısıra durumun ekonomik boyutu ve bir ölçüde de yükü önemle altı çizilmesi gereken konular arasındadır. Kişilerin sağlıklarını koruma ve kaybettikleri anda da doğru davranışlara yönelme konusunda bilinç düzeylerinin artırılmasına ihtiyaç vardır.

Üriner inkontinans pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olmakla birlikte yapılan çalışmalar kadınların sadece 1/ 4’ nün problemlerine çözüm aradığı ve doktora başvurduklarını göstermiştir (Güler, 2006; Horrocks et al., 2004; Hagglund et al., 2007).

Acar (2010) çalışmasına göre Üİ’ sı olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının % 69,4 ‘ünün idrar kaçırma nedeniyle sağlık kurumuna başvurmadığı ve %75’ inin hiç tedavi olmadığını saptamıştır (Acar, (2010).

Teunissen ve ark. (2004), 56 erkek ve 314 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların % 70,8’ nin, erkeklerin ise; % 71,3’ nün profesyonel yardım almadığını bulmuşlardır. Erkek ve kadınlarda profesyonel yardım almayanların oranının benzer olduğunu saptamışlardır (Teunissen ve ark., 2004).

Howard ve ark.(2010) yaptığı çalışmaya göre İngiltere’ de yaklaşık 3 milyon kişinin üriner inkontinans yaşadığı, yardım isteyen kadınlarının sayısının çok düşük olmasının nedeninin ise; genellikle inanç ve üriner inkontinansın tedavisi hakkında bilgi eksikliğine bağlı olduğunu saptamıştır (Howard ve ark, 2010).

Roe ve ark. (1999) yaptığı çalışmada, inkontinansı olan üç kadından ikisinin utandığı için sağlık kuruluşuna başvurmadığını saptamışlardır (Roe ve ark., 1999).

Çalışmamızda ise; araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların % 33,6' sının şikayeti için doktora başvurduğu, % 66,4' ünün doktora başvurmadığı görülmektedir. Yapılan diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların idrar kaçırmayı takiben % 28,4' ünün 1-12 ay sonra, % 3,1' unun 13-48 ay sonra, % 2,1' inin 49-60 ay sonra doktora başvurduğu bulunmuştur.

Teunissen ve ark. (2004), 56 erkek ve 314 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada erkek ve kadınlarda yardım almama nedenlerinin ise; idrar kaçırmının yeterince ciddi bir problem olmaması, idrar kaçırmının tedavi edilemeyeceğini düşünmelerinden dolayı olduğunu saptamışlardır (Teunissen ve ark., 2004).

Birçok çalışmada, üriner inkontinansı olan kadınların doktora başvurmama nedenleri arasında idrar kaçırmayı normal veya küçük bir problem olarak algılama, üriner inkontinansın tedavisi hakkında bilgi eksikliği, idrar kaçırmının ayıp ve utanç verici olduğunu düşünme, üriner inkontinansın tedavi edilemeyeceğini düşünme gibi inanışlar yer almaktadır (Beji ve ark, 2010; Bush et al., 2001; Horrocks et al., 2004; Hagglund et al., 2007; Kinchen et al., 2003; Kang and Crogan, 2008).

Teunissen ve ark. (2004), 56 erkek ve 314 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada erkek ve kadınlarda yardım almama nedenlerinin ise; idrar kaçırmının yeterince ciddi bir problem olmaması, idrar kaçırmının tedavi edilemeyeceğini düşünmelerinden dolayı olduğunu saptamışlardır (Teunissen ve ark., 2004).

Hagglund ve ark. (2003) , 23-51 yaşları arasında 78 üriner inkontinansı olan kadın üzerinde yaptıkları araştırmada kadınların sadece % 26' sının profesyonel yardım aldıklarını belirlemiştir. Yardım alma nedenleri ise; idrar kaçırmının ayıp ve utanç verici olduğu , idrar kokma endişesinden dolayı yardım aldıklarını saptamışlardır. % 79 ' sı ise profesyonel yardım almadıklarını, yardım almamanın genel nedeni olarak ise; idrar kaçırmının küçük bir problem olduğu ve bununla baş edebildikleri olduğunu saptamışlardır (Hagglund ve ark.,2003).

Saleh ve ark. (2005) yapmış oldukları araştırmada üriuer inkontinansı olan kadınların profesyonel yardım almama nedeni olarak kadınların tutum ve davranışlarının etkili olduğu, doğum yapmanın idrar kaçırmaya neden olduğunu düşünme (% 51,9), menopoz sonrası yaygın olduğuna inanma (% 64,1), kendini suçlu hissetme (% 71,9), felç (% 25,3), yaşla birlikte normal olduğunu düşünme (% 49,5) olduğunu bildirmişlerdir (Saleh ve ark., 2005).

Hagglund ve ark. (2003) , 23-51 yaşları arasında 78 üriuer inkontinansı olan kadın üzerinde yaptıkları araştırmada kadınların sadece % 26' sının profesyonel yardım aldıklarını belirlemişler. Yardım alma nedenleri ise; idrar kaçırmamanın ayıp ve utanç verici olduğu , idrar korkma yaşama endişeleri olduğunu düşüncelerinden dolayı yardım aldıklarını saptamışlardır. % 79 ' sı ise profesyonel yardım almadıklarını, yardım almamanın genel nedeni olarak ise; idrar kaçırmamanın küçük bir problem olduğu ve bununla baş edebildikleri olduğunu saptamışlardır (Hagglund ve ark.,2003).

Teunissen ve ark. (2005) üriuer inkontinansı olan 60 yaş ve üzeri 314 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların % 50 'sinin tıbbi yardım almadığı; bunun nedeninin ise üriuer inkontinans nedenleri ve tedavisi hakkında bilgi eksikliği, inkontinansı yeterince ciddiye almama olduğunu belirlemişlerdir . Genelde kadınlar, inkontinansın şiddeti arttığında ve tehlikeli olarak algıladıklarında doktora başvurduklarını bildirmişlerdir (Teunissen ve ark. (2005) .

Acar (2010) , Üİ' sı olan 65 yaş ve üzeri olan 124 üzerinde yaptığı çalışmasında Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvurmama nedenleri; yaşla birlikte idrar kaçırmamanın normal olduğunu düşünme (% 72), muayene olmaktan çekindiği için gelmeme (% 54), idrar kaçırmadan dolayı rahatsızlık hissetmeme (46,5), çevrede idrar kaçıran birçok kişi olduğu için normal olduğunu düşünme (% 29), muayene gelmek için vakit bulamama (% 7), tedaviye rağmen geçmemesi ve geçemeyeceğini düşünme (% 1,2), ilaç kullanmak istemediği için gitmeme (% 1,2), yakınları tarafından doktora götürülmeme (% 1,2) olarak tespit etmiştir (Acar , 2010).

Kök ve ark.(2006) çalışmasında 229 kadından 85 'inde (37,11) üriuer inkontinans olduğu tespit edilmiş ve üriuer inkontinans olan kadınların % 56,47 'sinin idrar kaçırmayı "sağlık problemi" olarak kabul etmediği, % 80' nda bu durumdan

dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı % 85,88 'nin idrar kaçıırma bulgularından dolayı hiçbir zaman tedavi olmadığı , % 10,6 'sının idrar kaçıırma şikayeti nedeniyle jinekoloji polikliniğe başvurduğu saptanmıştır (Kök ve ark., 2006).

Kök ve ark. (2006) alışma kapsamına alınan üriner inkontinansı olan 229 kadının sağlık kurumuna başvurmama nedenleri olarak; artan yaşla normal olarak algılama (% 39,7), muayene olmak için vakit bulamama (% 19,11), idrar kaçıırmadan rahatsızlık duymama (% 17,64), muayene olmaktan utanma (% 14,71) ve çevrelerinde çok fazla idrar kaçııran kadın olduğunu ifade edip normal bir sorun olarak algılama (% 8,82) sonuçlarına ulaşılmıştır (Kök ve ark., 2006).

Güneş ve ark. (2000), 20 yaş ve üzeri 459 kadın üzerinde araştırmada kadınların % 75' i doktora başvurmadığı ve doktora gitmeme nedenlerinin ise; % 86,1' i önemsememe, % 9,7' si utanma, % 3' ü tedavinin faydasız olacağına inanma, % 5,1' i ise tedaviden korkma olduğunu belirtmişlerdir (Güneş, 2000).

Bizim alışmamızda ise; kadınların doktora başvurmama nedenleri incelendiğinde; % 29,5' inin (n=86) önemsememe, % 15,1' inin (n=44) doktora gitme için vakit bulamama, % 9,9 'unun (n=29) ekinme/ utanma, % 9,6' sının (n=28) normal olarak düşünme, % 7,5' inin (n=22) sosyal güvencesi olmaması , % 6,2' sinin (n=18) yaşlanmanın doğal sonucu olarak düşünme, % 4,1' inin (n=12) evresindeki kişilerde yaygın oması nedeniyle normal olduğunu düşünme, % 3,1' inin (n=9) rahatsız olmama, % 2,4' ünün (n=7) idrar kaçıırmayı tedavi edilemeyen bir sorun olarak düşündüğu için doktora başvurmadıkları belirlenmiştir. Olgularımızın doktora başvurmama nedenleri diğer araştırma bulgularıyla benzerdir.

Üriner inkontinansın tanı ve tedavisinin maliyetinin yüksek olması tedaviyi ertelemede geciktirmeye neden olan önemli faktörlerdendir. Güler (2006), 15-49 yaş arası inkontinansı olan 160 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların gelir durumlarına bakıldığında % 42,5' inin kötü, % 52,5' inin orta ve % 5' inin gelir durumunun iyi olduğunu ve kadınların % 18,1' inin sağlık güvencesinin olmadığı, % 21,9' unun Emekli Sandığı, % 46,3' ününde SSK' lı olduğunu saptamıştır (Güler, 2006).

Çalışmamızda ise; araştırmaya katılan üriner inkontinansı olan kadınların % 16,1' inin sağlık güvencesinin olmadığı ve kadınların % 31,2' sinin gelirinin giderinden az, % 68,5' inin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Kadınların sadece % 7,5' i sosyal güvencesi olmamasını, doktora başvurmama nedeni olarak bildirmiştir.

Kadınların tedavi edilebilir bir problem olduğuna ilişkin farkındalık durumu ve sağlığını etkileyen bir sorun olarak algılama durumlarının bu konuda etkili faktörler olduğu düşünülmektedir.

Hunskaar ve ark. (2006) yaptıkları araştırmada Fransa, Almanya, İspanya ve İngiltere' de yaşayan 18 yaş ve üzeri üriner inkontinansı olan 5976 kadının % 50' si ped kullandıklarını bulmuşlardır (Hunskaar ve ark., 2006).

Saleh ve ark. (2005) yapmış oldukları araştırmada, üriner inkontinanslı kadınların bu sorunla baş edebilmek için, % 58,3' ü sık duş alma, % 42,5' i koruyucu ped kullanma, % 41,3' ü sık iç çamaşırını değiştirme, % 23,6' sı sıvı alımını azaltma, % 21,5' i ise bütün işlerini bırakma gibi önlemler aldıkları tespit etmişlerdir (Saleh ve ark., 2005).

Beji ve ark. (2010) yapmış oldukları araştırmaya göre Türkiye' de kadınlar genellikle üriner inkontinans için tıbbi yardım almayı tercih etmemekle birlikte kadınların sık sık tuvalete gitme, ayaklarını sıcak tutma ve perineye sıcak uygulama, sık duş alma, günlük içilen sıvı miktarını azaltma , sık çamaşır değiştirme, ped kullanma, fiziksel aktiviteyi kısıtlama, sosyal yaşantıyı kısıtlama başa çıkma metotları uyguladıklarını tespit etmişlerdir (Beji ve ark., 2010) .

Kök ve ark.(2006) çalışmasında 229 kadının % 41,17 'sinin idrar kaçırmadan dolayı sürekli ped kullandığı, % 58,82' sinin ise idrar kaçırmaya oldukça çamaşır değiştirdiği saptanmıştır (Kök ve ark., 2006).

Çalışmamızda, kadınların üriner inkontinansa yönelik önlemler incelendiğinde, % 69,5' inin bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilecek bir tuvalet arama, % 60.6' sının sık sık iç çamaşırını değiştirme, % 57.2' sinin ped, bez, pamuk vb. kullanma, % 46.2' sinin ayakları sıcak tutma, % 36.0' inin sık sık tuvalete gitme, % 24.0' inin ağır kaldırmama, % 24.0' inin sık sık banyo yapma, % 23.3' ünün sadece tuvalet olan

yerlere gitme, % 13.7' sinin yanında yedek giysi taşıma, % 13.4' ünün emici külot kullanma, % 8.5' inin sosyal yaşantıyı kısıtlama, % 7.5' inin kolay çıkarılabilen giysiler tercih etme, % 6.2' sinin koku giderici pudra, krem, spreyc kullanma, % 5.8' inin sıcak su ile taharetlenme, % 2.1' inin günlük içilen sıvı miktarını azaltma, % 2.1' inin evde kalma/dışarı çıkmama, % 1.4' ünün perineye sıcak su uygulama, % 1.4' ünün bitkisel ilaç kullanma, % 1.0' inin bitkisel çay kullanma, % 1.0' inin lekeleri kapatan uzun gömlek / tişört giyme, % 0.7' sinin lekeleri belli etmeyen koyu renkli iç çamaşırı giyme, % 0.3' ünün fiziksel aktiviteyi kısıtlama gibi önlemler aldığı saptanmıştır ve literatürdeki diğer çalışmaların bulgularıyla benzer özelliktedir.

7.3. ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Üriner inkontinans hayatı tehdit eden bir problem olmasa da, her yaştaki kadını etkileyen ve kadınlarda biyo-psiko-sosyal değişiklere neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumdur.

Üİ kişisel ve sosyal aktivitelerde azalmaya dolayısıyla yaşam kalitesinde azalmaya yol açar. Randevularını erteleme, seyahatlerini erteleme, arkadaş-aile ilişkilerinin bozulmasına yol açabilir. Hastanın sosyal yaşantısını ciddi oranda etkileyebilmekte yalnızlığa itebilmektedir. Temiz kalmada azalma, mesane kontrolünde azalma kendine güvende de azalmaya yol açmaktadır. Bu aynı zamanda aile ve arkadaşlardan yabancılaşmaya yol açabilmektedir (Millard and Moore, 1996).

Üriner inkontinansa; yaşanan ıslaklığa bağlı olarak kadınlar çeşitli ruhsal durumlar yaşamakta ve bu rahatsızlıktan dolayı kendilerine olan güveni azalmakta, bir başkasına bağımlı görmekte, günlük iş ve ev aktiviteleri, cinsel yaşamları olumsuz etkilenmekte ve sosyal ilişkileri kısıtlanmaktadır (Aslan, 1999).

Pittsburg Üniversitesi' nin ' Sağlıklı Kadınlar' adı verilen çalışmasında, Üİ' in kadınlarda kendine güven, sosyal anksiyete, depresyon, gerginlik ve sinirlilik ile birebir ilişkili olduğu belirlenmiştir. Basit bir utanma duygusundan depresyona kadar değişen psikolojik problemlerin yanında, kendine olan güvenin azalması sonucunda sosyal aktivitelerde azalma ve sosyal izolasyonda bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır. Çünkü idrar kaçırma korkusu, potansiyel olarak utanma ve strese,

kadınların sosyal yaşantılarındaki fonksiyonları normal olarak yerine getirmede kısıtlamalar yapmasına neden olabilmektedir. Böylece yolculuk ve alışveriş yapma, çocuklarıyla oynama, dans etme, egzersiz yapma, cinsel ilişki aktiviteler inkontinans bulguları nedeniyle kısıtlanmakta, sonuç olarak bu da yaşam kalitesini ciddi yönde etkilemektedir (Acar, 2010; Fultz 2001).

Teunissen ve ark. (2006), 56 erkek ve 314 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada üriner inkontinansı olan hastaların ruhsal iyilik halinin önemli derecede etkilendiğini ve hastaların üçte birisinin inkontinans nedeniyle utanma, sinirlilik ve üriner inkontinansdan dolayı hayal kırıklığı yaşadıklarını saptamışlardır. Sosyal yaşamda ise; üriner inkontinansı olan bireylerin 20 dakikadan uzun süren yolculuklarda, eğlence amaçlı etkinliklere katılabilme gibi durumlarda sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (Teunissen ve ark., 2006).

Saleh ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada üriner inkontinansı olan kadınların % 20' nin sosyal yaşamların kısıtlandığı, % 14' nün ev işlerinde zorlandıkları, % 13' nün alışveriş sırasında rahatsız olduklarını, % 64' ünün üriner inkontinansın kendilerinin yetersizliğinden kaynaklandığı olduğunu düşünme ve dua ettiği, % 47' sinin evlilik ilişkileri için dua ettikleri tespit etmişlerdir (Saleh ve ark., 2005).

Koçak ve ark.(2005) yaptığı çalışmada üriner inkontinansı olan 242 kadının 211'nin (% 87,2) yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir. Bu etkilenmenin sıklıkla hafif (% 31,8) ve orta derecede (% 36) olduğunu belirtmişlerdir. Üriner inkontinansı olan kadınların % 40,4 ' ünde anksiyete ve sinirlilik, % 17' sinde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama, % 11,1 ' inde genel sağlıklarının olumsuz yönde etkilenme ve % 2,8 ' ninde çalışma performansların ve sosyal ilişkilerinin azalma tespit etmişlerdir (Koçak ve ark., 2005).

Güler (2006), 15-49 yaş arası inkontinansı olan 160 kadın üzerinde yaptığı çalışmada inkontinans süresi 10 yıl ve daha uzun olanlarda ruhsal iyilik durumu ve genel sağlık puanlarının oldukça düşük olduğu ve inkontinans süresi uzadıkça kadınların ruhsal bozukluğu, depresyonu arttığını tespit etmiştir (Güler , 2006).

Karan ve ark.(2000) yaptıkları çalışmada: Üİ, kadınların %25'ini etkileyerek, sosyal hayattan çekilmeye ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olduğunu tespit etmişlerdir (Karan ve ark., 2000).

Acar (2010) çalışmasında, üriner inkontinans olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının % 28,7' si 7 ve daha uzun süredir idrar kaçırdığını, % 81,5' i idrar kaçırmının kişilerarası ilişkilerini etkilediğini ve yaşlı kadınların yaşam kalitesi düştükçe depresyon belirtilerinin arttığını bulmuşlardır. Hastaların yaşam kalitesi ve depresyon puanlarını eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, oturulan konut tipi ve doğum sayısının etkilediğini saptamıştır (Acar, 2010).

Aslan (1999), üriner inkontinansı olan 50 kadın üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadınların % 26' sında idrar kaçırmaya nedeniyle “ idrar kokma, pedden idrar sızması, elbiselerin ıslanması, pedlerin fark edilmesi “ endişelerinin hepsinin yaşadığını ve kadınların % 30' unda idrar kaçırmının tatil, aile hayatı, sosyal yaşam ve hobi aktivitelerini % 41- 100 arasında etkilendiğini belirtmiştir (Aslan, 1999).

Çalışmamızda ise; üriner inkontinansı olan bireylerin 30 dakikadan uzun süren yolculuklarda (% 36,6), ufak tefek ev işlerini yapabilmeye (%30,5), eğlence amaçlı etkinliklere katılabilme (%36,3), ve ev dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilme (%38,4), gibi durumlarda sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiğini bulunmuştur ve yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Wong ve ark. (2006), yaptığı çalışmada idrar kaçıran kadınların % 16' sında yaşam kalitesinde bozulma, % 15,2' sinde sinirlilik ve kaygı problemleri olduğunu belirtmişlerdir. (Wong ve ark, 2006).

Çalışmamızda ise; kadınların % 29,1 oranında hüsrana duygusunu (düş kırıklığı), % 28,8 oranında ise kadınlarda ruhsal sağlığının (sinirlilik, depresyon, ve benzeri) olumsuz etkilendiği saptanmıştır ve çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Güneş ve ark (2006), 20 yaş ve üzeri 459 kadın üzerinde yapmış oldukları araştırmada menopoza girmiş kadınların inkontinans sıklığı, menopoza girmeyen kadınlara göre daha fazla bulunduğunu belirtmişlerdir (Güneş ve ark , 2006).

Çalışmamızda ise; menopoza girmiş kadınlar menopozda olmayanlara göre üriner inkontinans şikayetini daha fazla yaşamakta ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Menopoz döneminde östrojen hormon düzeyindeki azalma nedeniyle üriner inkontinans şikayetleri daha fazla görülmekte ve dolayısıyla yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmektedir.

İnkontinansa olan tepkiler tüm kadınlarda aynı değildir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe tedavi için başvurma, çözüm yolu arama bilicisinde artması beklenmesine karşın, Wyman ve ark (1987), yaptığı çalışmasında sağlık arama davranışının eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığını bulgulamıştır.

Çalışmamızda, kadınların eğitim düzeyi ile doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Ciddi sosyal kısıtlamalar yaşayan, fazla miktarda idrar kaçıranların daha çok tedavi aradıkları belirtilmiştir (Aslan, 1999).

Çalışmamızda, üriner inkontinans şikayetini daha fazla yaşayan kadınların ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilenmekte ve bu yüzden de daha fazla doktora başvurdukları saptanmıştır ($p<0,05$). Üriner inkontinans şikayet düzeyinin fazla olması, tedavi arayışını artırmaktadır.

Papanicolaou ve ark. (2005), üriner inkontinanslı 1573 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların fiziksel ve sosyal aktivitelerinin negatif yönde etkilendiğini ve bu parametrelerin inkontinans şiddeti ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığını tespit etmişlerdir(Papanicolaou ve ark., 2005).

Güler (2006), 160 üriner inkontinansı olan kadın ile yaptığı çalışmada kadınların yaşamış oldukları üriner inkontinans sıklığı ve şiddetine bağlı olarak anlamlı derecede yaşam kalitesini etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda; bazen, genellikle ve her zaman idrar kaçıranların ara sıra idrar kaçıranlara göre üriner inkontinans şikayeti daha fazla olup ve yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Üriner inkontinansı olan kadınların, yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla planlanan bu çalışma, tanımlayıcı bir araştırma olarak 292 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucunda;

Kadınların demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının $38,55 \pm 13,44$ olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 86,0'ının evli, % 13,7' sininde bekar/boşanmış olduğu, % 17,5 'inin okur yazar olmadığı, % 51' inin ilköğretim mezunu, % 25,3 'ünün lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Kadınların, jinekolojik ve obstetrik özellikleri incelendiğinde, ortalama değerler gebelik sayısı $4,22 \pm 2,22$, doğum sayısı $3,19 \pm 1,69$, menopoz yaşı $46,9 \pm 3,19$ olarak belirlenmiştir ve kadınların % 83,4' ünün normal vajinal doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların % 48,3' ünde birinci derece akrabalarında üriner inkontinans olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda üriner inkontinansı olan kadınların sağlık arama davranışları incelendiğinde kadınların % 66,4'ünün doktora başvurmadığı ve genel olarak doktora başvurmama nedenlerinin ise; % 29,5' i önemsememe , % 15,1' i vakit bulamama, % 9,9 'u çekinme/ utanma, % 9,6' sı idrar kaçırmayı normal olduğunu düşünme olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların üriner inkontinansa yönelik olarak aldığı önlemler incelendiğinde, % 69,5' inin bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilir bir tuvalet arama % 60.6' sının sık sık iç çamaşırını değiştirme, % 57.2 'sinin ped, bez, pamuk vb. kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya kapsamına alınan kadınların, 30 dakikadan uzun süren yolculuklarda (% 36,6), ufak tefek ev işlerini yapabilmeye (%30,5), eğlence amaçlı etkinliklere katılabilme (%36,3), ve ev dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı,

alışveriş ve benzeri) katılabilme (%38,4), gibi durumlarda sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiğini bulunmuştur.

Kadınlarda % 29,1 oranında hüsrana duygusunu (düş kırıklığı), % 28,8 oranında ruhsal sağlığının (sinirlilik, depresyon, ve benzeri) olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Üriner inkontinans şiddeti fazla olan kadınların yaşam kaliteleri daha olumsuz etkilendiği ve bu kadınların daha fazla doktora başvurdukları belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Üriner inkontinans sıklığı arttıkça kadınların yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Kadınların eğitim düzeyi ile doktora başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Üriner inkontinans şikayetinden rahatsızlık duyma durumu arttıkça doktora başvurma oranını daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamızda kadınların yarısından fazlası yaklaşık 3 yıldır üriner inkontinans sorunu yaşamasına ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine karşın doktora başvurma oranı düşük bulunmuştur.

8.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ülkemizde özellikle birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından riskli grup kadınlara yönelik tarama programlarının planlanması, yürütülmesi, yapılacak sağlık eğitim programlarıyla bu konuya ilişkin farkındalık düzeyinin artırılması.

- Ülkemizde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, dini liderler, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları, uluslararası etkili iletişim ağlarıyla bilgi ve materyal sağlanması (medyada konuyla ilgili programlar, topluma belirli zamanlarda çıkarılacak gazete, bülten, kitapçıklar, posterler, filmler, video bantları), inkontinanslı kişiler ve onların yakınları işbirliği ile yapılarak toplumun üriner inkontinansa ilişkin farkındalık düzeyinin ve duyarlılığın artırılması, bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi.

- Kontinansın sürdürülmesi ve üriner inkontinansın tedavisi için hizmet veren sağlık kuruluşlarında birimlerin oluşturulması ebe ve hemşirelerin multidisipliner ekip içinde aktif olarak yer alması.

9. KAYNAKLAR

Acar, NB., & Yurtsever. S. (2010). Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Tez no:155.Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksekisans Tezi, Danışman: Sabire Yurtsever

Abrams, P., and et all. (2002). The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* , 21, 167-178.

Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Social Science and Medicine* 2000, 51: 361-371.

Akgün.G., Süt, N. & Kaplan, P. (2010). Kırk yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 20(6): 378-386.

Ashworth, P., D., Hagan, M., T.: The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers,*Journal of Advanced Nursing*, 18, (1993), p.1415-1423.

Aslan ve ark. (2004). Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle ilgili Görüşleri Ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2): 30-38.

Aslan, E.(1999). Stres inkontinansa ped testin önemi ve bu sorunun yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksekisans Tezi. Danışman: Yrd. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji.

Aslan, E.(2002).Üriner inkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60.

Ateşkan, Ü., Mas, M.R., Doruk. & Kutlu. (2000). Yaşlı türk popülasyonunda üriner inkontinans görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(2): 45-50

Başaran S, Güzel R, Sarpel T.(2005) Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, *Romatizma*, 20(1), 55-63.

Beji KN., Özbaş A., Aslan E.,Bilgiç D., & Erkan AH. (2010). Overview of Social Impact of Urinary Incontinence with A Focus on Turkish Women.*Urologic Nursing*. 30 (6): 327-335

Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. Prevalence of urinary incontinence and affecting risk factors in women. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* ,2008; 28(4): 487 – 93

Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:108-15.

Buckley BS, Lapitan MC (2009), Prevalence of urinary and faecal incontinence and nocturnal enuresis and attitudes to treatment and help-seeking amongst a community-based representative sample of adults in the United Kingdom. *International Journal of Clinical Practice*. 63(4): 568-573.

Bush, T.A., Castellucci, D.T., & Phillips, C.(2001). Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 21(3), 211-218.

Cam C, Sakallı M, Ay P, Cam M, Karateke A (2007) Validation of the short forms of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6) in a Turkish population. *Neurourol Urodyn*. 26(1):129-33.

Carr, JA., Gibson, B., Robinson, PG.(2001).Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. *BMJ*. 322: 1240-1243.

Cetinel, B., Demirkesen, O., Tarcan, T., Yalçın, O., Kocak, T., Senocak, M., & İtil, I. (2007). Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior? *International Urogynecology Journal & Pelvic Floor Dysfunction*, 18(6), 659-664.

Charalambous S, Trantafylidis A.Impact of urinary incontience on quality of life. *Pelviperrineology*,2009; 28: 51-53.

Çamtosun A (2008).Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Gaz-Gaita İnkontinansının İncelenmesi.Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi.

Çayan S, Akay E,Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E (2004).The Prevelance of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women, *Urologia International*; 72:52-57.

Çetinel B.:(2005). İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanımlama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri, *Türk Üroloji Dergisi*, 31(2):246-252.

Çiftçi, Ö., & Günay, (2011). Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Üriner İnkontinas Sıklığı ve Etkileyen Faktörler.*Erciyes Tıp Dergisi*, 33 (4): 301-308.

Çoban. Ayden., & Şirin. A.(2003).Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 6(2):80-83.

- Dikencik BK. (2002).Üriner inkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 29-50.
- Diñç.,A, Beji., KN. (2008). Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemlerde Üriner İnkontinans ve Korunma Yolları .İ.Ü.F.N. Hem. Derg .16(62): 143-149.
- Ergenoğlu, MA., Yeniel, ÖA., Akdemir, A., Akman, L., Aşkar, N., İtil, Mİ.(2012) Diabetes Mellituslu Kadınlarda Üriner İnkontinansın Şiddeti ve Hayat Kalitesine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi.Kocaeli Tıp Dergisi.1: 1-5.
- Eryılmaz, Y.H. (2008).Pelvik bozukluklar. A. Şirin(Ed). Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. pp. 198-233.
- Eser E.(2006) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temeli ve ölçümü. Sağlıkta Birikim Dergisi. 1: 1-5.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, et al. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: A review. Arch Gynecol Obstet 2008; 277: 285-90.
- Fidan, D., Ünal, B., Demirel,Y. (2003). Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum.13:3-8.
- Fultz HN, Herzong R. Self Reported Social And Emotional İmpact Of Urinary Incontinence. J. Am Geriatr Soc. 2001; 49: 892-899.
- Gibbs CF, Johnson TM, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. Am J Med 2007; 120: 211-20.
- Güler TC (2006). Doğurgan Çağda Kadınlarda Görülen Üriner İnkontinansın Sağlık, Sosyal, Seksüel ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Yüksek lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nesrin YAĞCI
- Güneş, G., Güneş, A. & Pehlivan.E. (2000). Malatya yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkili faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7(1): 54-57.
- Hagglund D, Walker-Engström LM, Larsson G, Leppert J, Reasons why women with long-term urinary incontinence do not seek professional help: a cross-sectional population-based cohort study. International Urogynecology Journal.14(5): 296-304.
- Hagglund, D., Wadensten, B. (2007). Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. Scandinavian Journal of Caring Sciences.21(3), 305-312.

Horrocks, S., Somerset, M., Stoddart, H., & Peters, T.J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice*, 21, 689-696.

Howard F, Steggall M (2010), Urinary incontinence in women: quality of life and help-seeking. *British Journal of Nursing*. 19(12): 742,-749.

Hunskar S, Lose G., D Sykes, & S Voss, S. &. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 93(3):324-330.

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Bağcılar>, Erişim Tarihi: (2012, 5 Ağustos)

Işıklı B., Yenilmez A., & Kalyoncu C.(2011). Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Toplum Tabanlı Çalışma. *Nobel Med*. 7(2): 34-39.

İnci, K., & Ergen.A. (2010). Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavi. *Türk Geriatri Dergisi*, 13(1): 59-66.

Kang, Y., & Crogan, N.L. (2008). Social and cultural construction of urinary incontinence among Korean-American elderly women. *Geriatric Nursing*, 29, 105-111.

Kaplan,S., & Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansda konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13):1-14.

Karakaş,N (2002). Araştırma örnekleme. Erefe. İnci (Ed). *Hemşirelikte Araştırma*.Ankara: Odak Ofset . 136-137

Karan A, Aksaç B, Ayyıldız H, Işıkoğlu M, Yalçın O, Eskiuyurt N (2000). Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Objektif Değerlendirme Parametreleri İle İlişkisi. *Geriatri* 3 (3):102106.

Kartal, B., & Başer, M. (2011). Yaşam Kalitesini Etkileyen Kadın Sağlığı Sorunları. *Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 21(3): 195-200.

Kelleher C. Quality of Life and Urinary Incontinence. In; Cardoza L, Staskin D. Eds. *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, London, 2001: p: 47-58

Keller C. Quality of Life and Urinary Incontinence. Ed: Cardoza L. *Urogynecology*, New York, 1997:673-688

Kızılkaya B., Yalçın Ö., Ayyıldız H., Kadınlarda Stres İnkontinans Risk Faktörlerinin Belirlenmesi I. Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul 1999.

Kinchen, K.S., Burgio, K., Diokno, A.C., Fult, N.H., Bumps, R., & Obenchain, R. (2003). Factors Associated with Women's Decisions to Seek Treatment for Urinary Incontinence. *Journal of Women's Health*, 12(7), 687-697

- Koch, L.H. (2006). Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: An integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), e39-e44.
- Koçak I, Okyay P, Dünder M, Erol H, Beser E (2005). Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life, *European Urology* .48. 634–641.
- Kök G (2005). GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Sosyal Yaşama Etkisi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik YO. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Kök G, Şenel N, Akyüz A. GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48(3): 132–136.
- Kraig S and al. (2003) Factors Associated with Women's Decisions to Seek Treatment for Urinary Incontinence. *Journal of Women's Health.*, 12(7): 687-698.
- Landi F, Cesari M, Russo A, et al. Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing* 2003; 32: 194-9.
- Malmsten U.G., Milsom I., Molander U., Norlen L.J., Urinary Incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of women aged 45 to 99 years. *J Urol*, 1997; 158(5): 1733-1737.
- Melville JL et al.(2005) Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol.* 106: 585-592.
- Millard RJ, Moore KH. Urinary incontinence: the Cinderella subject. *Med J Aust* 1996; 165: 124-125.
- Milsom, I.(2009). Lower urinary tract symptoms in women. *Current Opinion in Urology*, 19, 337-341.
- Miner PB.(2004). Economic and Personal Impact of Fecal and Urinary Incontinence. *Gastroenterology* . 126: S8-S13.
- Mutlu N. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarıyla İlgili Sorumluluk Algıları, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Ruhi Selçuk TABAK
- Müezzinoğlu T, (2006). Ürolojide Sağlıkta Yaşam Kalitesi. *Sağlıkta Birikim*, 1(2):83-93
- Nygaard I et al.(2003). Urinary incontinence and depression in middle- aged United States women. *Obstet Gynecol.* 101: 149-156.

O'Donnell, M., Lose, G., Sykes, D., Voss, S. & Hunskar S. (2005). "Helping-seeking behavior and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom", *European Urology*, 47, 385-392.

Oskay, Ü.(2002). Üriner inkontinansın önlemesi ve Kontinansın Geliştirilmesi. F.N Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 61-73.

Özdemir S. ve Ark.: Ürojinekoloji Kliniğimize Başvuran Üriner İnkontinans Olgularının Dağılımı, *Genel Tıp Dergisi*, 16(2): 49-52, 2006.

Özerdoğan N, Beji KN, Yalçın Ö. Urinary incontinence: its prevalence, risk factors, effects on the quality of life in Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-150.

Özkan S, Oğce F, Cakır D (2010), Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence, *Japan Journal of Nursing Science*; 8(1): 11-19.

Padros J, Peris T, Salva A, et al. Evaluation of a urinary incontinence unit for community-dwelling older adults in Barcelona: Implementation and improvement of the perceived impact on daily life, frequency and severity of urinary incontinence. *Z Gerontol Geriatr* 2008; 41: 291-7.

Papanicolaou S, Hunskar S, Lose G, Sykes D (2005). Assessment Of Bothersomeness And Impact On Quality Of Life Of Urinary Incontinence In Women In France, Germany, Spain and the UK *BJU Int.* 96(6):831-8.

Roe B, Doll H, Wilson K (1999), Help Seeking Behaviour and Health and Social Services Utilisation By People Suffering From Urinary Incontinence. *International Journal of Nursing Studies* . 36(3): 245-53.

Saleh, N., Bener, A., Khenyab, N., Mansori, AZ & Muraikki, AA. (2005). Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: neglected problem?. *The European Menopause Journal*. 50: 58-65.

Shaw C (2002). A Systematic Review of the Literature on the Prevalence of the Sexual Impairment in Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary Leakage During Sexual Activity, *European Urology*; 42:432-440.

Shumaker, S. A., Wyman, J.F, Uebersax, J.S., McClish, D. Ve Fantl, J.A. (1994). Health-related QOL measures for women with urinary incontinence: The incontinence impact questionnaire and urogenital distress inventory. *Quality of Life Research*, 3 (5), 291-306.

Skonner, MM., Thomson, W.D., Caren, V.A ., "Factors Associated With Risk Of Urinary Incontinence In Women, " *Nursing Research*. 1994; 43(5).

Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., Çalık, Esat., Kayalı, D., Yetiş, Ç., & Şentürk, E.(2007). İzmir' de Bir Sağlık Ocağı

Bölgesinde Yaşayan 75 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 21(3): 145-153.

Şen, E. (2011).Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. Sürekli tıp eğitim dergisi. 20(1): 7-13.

Şentürk, Ş., & Kara.M.(2010).Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner İnkontinans prevalansı ve risk faktörleri. Van Tıp Dergisi, 17(1): 7-11.

Tanrıverdi, H.A., Sade, H. & Akbulut., V. (2004). Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyolojisi, etyolojisi ve risk faktörleri. Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 14(4): 231-238.

Taşkın,L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 579-596 .

Teunissen, D., Bosch, W., Wee, WM & Lagro-Janssen, T. (2006). It can always happen”: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scandinavian Journal Of Primary Health Care. 24 (3). 166-173.

Teunissen, D., Lagro-Janssen. (2004). Urinary İncontinence İn Community Dwelling Eldery: Are There Sex differences İn Help-seeking Behaviour? Scandinavian Journal Of Primary Health Care. 22(4).209-216.

Teunissen, D., Weel,C. & Largo-Jannes, T. (2005).Urinary incontinence in order people living in the community.British Journal of General Practice, 55:776-782

The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998; 46 (12):1569-1585.

The WHOQOL Group: What quality of life Word Health Forum. 1996. 17:354-356.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü- Hacettepe Üniveritesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara 2009.

Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 Tabanı Verileri.

Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, and Fantl JA (1995). Short Forms to Assess Life Quality and Symptom Distress for Urinary İncontinence in Women: The İncontinence İmpact Questionnaire and The Urogenital Distress İventory. Continence Program for Women Research Group. Neurourol Urodyn.14 (2): 131- 9.

Varlı M, Aras DS, Atlı T(2008), Yaşlıda Üriner İnkontinans ve Tedavisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Ankara.

Yalçın Ö, Ürojinekolojik Cerrahi Tedavilere Genel Bakış ve Ameliyat Seçimi.Ed.Güner H., Ürojinekoloji, s. 62-76, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000.

Yanagisawa S, Mey V, Wakai S. Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-OFF people after health sector reform in Cambodia. Journal of Royal Institute of Public Health 2004, 118: 21-30.

Yaşar, H., Özkürkçügil.C. & Erkoç. M. (2011). Aşırı aktif mesanesi olan kadınlarda seksüel fonksiyonların değerlendirilmesi. Jinekoloji Obstetrik Dergisi, 21(3): 71-76.

Yavuz, B.B., Üriner inkontinans, İç Hastalıkları Dergisi, 2008; 15(2): 65-73.

Zaccardi, JE; Cox, SB.(2004). Evaluation and management. Female urinary incontinence. AWHONNN Lifenes. 8: 326-332.

Wong, A, M. (2007). Changing prevalence and knowledge of urinary incontinence among Hong Kong Chinese women. Int Urogynecol J., Nov; 17(6): 593-597.

Wyman J.F., Harkins S.W., Chai S.C, Psychosocial Impact Of Urinary Incontinence In Women, Obstetrics and Gynecology, V: 70, N: 3, 1987, P:378-381.

10. EKLER

Ek - 1. Anket Formu

Ek - 2. Urogenital Distres Envanteri (Urogenital Distress Inventory Short Form-UDI-6)

Ek – 3. İnkontinans Etki Soru Formu (Incontinence Impact Questionnaire-IIQ-7)

Ek – 4. Bağcılar Kaymakamlığı' ndan Alınan İzin Belgesi

Ek- 5. Etik kurul izin belgesi

EK -1

Üriner İnkontinansı Olan Kadınların Sağlık Arama Davranışlarına ilişkin Veri Toplama

Formu

1.Yaşınız.....

2.Eğitim Durumunuz:

Okur Yazar Değil () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Yüksek Lisans () Doktora ()

3.Çalışma Durumunuz:

Ev hanımı () Memur () İşçi () Emekli () İşsiz ()

4.Sağlık Güvenceniz:

Emekli Sandığı () Sosyal Sigorta () Bağkur () Yeşil Kart ()

Sosyal Güvencem Yok()

5.Medeni Durumunuz:

Evli () Bekar/Boşanmış () Partneri var ()

6.Evlilik Süreniz.....

7.Gelir Durumunuz:

Gelir giderden az ()

Gelir gidere denk ()

Gelir giderken fazla ()

8.Gebelik Sayısı.....

9.Doğum Sayısı.... Normal yolla () Sezaryen ()

10.Kürtaj olma durumu : Evet () Sayısı.... Hayır ()

11.Düşük yapma durumu : Evet () Sayısı.... Hayır ()

12.Menopoza girdiniz mi? Evet () Hayır ()

13.Evet ise menopoza girme yaşıınız.....

14.Menopoza yönelik hormon tedavisi aldınız mı?

Evet () a.Şuan () Daha önce () zamanı..... Hayır ()

b.Ne kadar süre alındığı

c.Tedavi şekli.....

15.Sigara kullanıyor musunuz? Evet () günde.....adet Hayır ()

16.İdrar kaçırma sorunu geliştikten sonra sigara kullanma sıklığı günde.....adet

17.Alkol kullanma alışkanlığınız var mı? Evet () Hayır ()

18.Evet ise ne sıklıkta alkol alırsınız?

Ara sıra () Bazen () Sık sık () Her gün ()

19.İdrar kaçırma sorunu geliştikten sonra alkol alma sıklığınız?

Hiç () Ara sıra () Bazen () Sık sık () Her gün ()

20.Aşağıda belirtilen kronik hastalıklardan sizde olan var mı?

()Kronik kabızlık

()Sık idrar yolu enfeksiyonu

()Sık vajinal enfeksiyonu

()Diyabet mellitus (şeker hastalığı)/süre....

()KOAHA (Akciğer hastalığı) /süre....

()Hipertansiyon/süre.....

()Parkinson hastalığı/süre.....

()Multiple skleroz (MS)/süre.....

()Triod hastalığı/süre.....

İdrar kaçırmaya yönelik bilgiler

21. Ne kadar sıklıkta idrar kaçırıyor sunuz?

- Ara sıra (Haftada 1 kez ya da daha az)
 Bazen (Haftada 2-3 kez)
 Genellikle (Günde 1 kez)
 Her zaman (günde birkaç kez)
 daha önce kaçırıyordum şuan idrar kaçırmıyorum.

22. Ne kadar süredir idrar kaçırıyor sunuz?

.....

23. Yaşadığınız idrar kaçırma sorunu sizi ne kadar rahatsız ediyor?

- Hiç rahatsız etmiyor.
 Hafif düzeyde rahatsız ediyor.
 Orta düzeyde rahatsız ediyor.
 Çok rahatsız ediyor.

24. Şu an sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- Çok iyi
 İyi
 Orta
 Kötü
 Çok kötü

25. İdrar kaçırma sorunu ilk ortaya çıktığında ne yaptınız?

- Önemsemedim
 Komşuma/arkadaşlarıma danıştım.
 Eşimle paylaştım/Ailemle paylaştım
 Kimseyle paylaşmadım/gizledim.

Doktora gittim.

Diğer.....

26.İdrar kaçırmaya yönelik tedavi olmak için hiç doktora gittiniz mi?

Evet ()

Hayır ()

27.Evet ise sorun ortaya çıktıktan ne kadar süre sonra doktora başvurduunuz?

.....

28.Tedavi şekli:

İlaç tedavi/süre.....

Biofeedback/süre.....

Elektiriksel stimulasyon/süre....

Vaginal kon/süre.....

Elektromagnetik stimilasyon/süre.....

Mesane eğitimi/süre.....

Pelvik taban egzersizi (kegel egzersizi)/süre.....

Cerrahi tedavi/zamanı.....

29.Doktora neden geç başvurduunuz / Neden gitmediniz?

Önemsemedim.

Çekindim.

Doktora gitmek için vakit bulamıyorum.

Yaşla birlikte idrar kaçırmamın normal olduğunu düşündüm.

İdrar kaçırmam beni rahatsız etmiyor.

İdrar kaçırmamın normal olduğunu düşündüm.

İdrar kaçırmayı tedavi edilemeyen bir sorun olarak düşündüm.

()Çevremde bir çok kişide idrar kaçırma sorunu olduğu için normal olduğunu düşündüm.

()İdrar kaçırma şikayetlerim önceye göre daha arttı ve beni çok rahatsız ettiği için doktora başvurdum.

()Yaşlandığımda bu şikayetlerimin bana sorun yaratacağını düşündüğüm için doktora başvurdum.

() Sosyal güvencem olmadığı için doktora gidemedim.

30. Anne ya da kız kardeşinizde/çevrenizde idrar kaçırma sorunu yaşayan var mı?

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

31. Siz yaşadığınız idrar kaçırma sorununa yönelik tedavi dışında ne gibi uygulamalar yapıyorsunuz/yaptınız?

() Sık sık tuvalete gitmek [idrar hissi olmasa bile]

() Sık sık banyo yapmak

() Bilinmeyen yerlerde hemen ulaşılabilecek bir tuvalet arama/öğrenme

() Sadece tuvalet olan yerlere gitmek

() Evde kalmak ve çıkmamak

() Fiziksel aktiviteyi kısıtlamak

() Sosyal yaşantıyı kısıtlama

() Yanında yedek giysi taşımak

() Kolay çıkarılabilen giysiler tercih etmek

() Koku giderici pudra, krem, sprey kullanmak

() Ped, bez, bebek bezi, pamuk vb. kullanmak

() Emici külot/paçalı don kullanma

() Lekeyi belli etmeyen koyu renkli iç çamaşırları giymek

() Lekeleri kapatan uzun gömlek/tişört giymek

() Ayakları sıcak tutma

- ()Perineye sıcak su uygulama
- ()Günlük içilen su/sıvı miktarını azaltma
- ()Ağır kaldırmamaya özen gösterme
- ()Sık sık iç çamaşırı değiştirmek
- ()Sıcak su ile taharetlenmek
- ()Perineye baskı uygulamak
- ()Dua etmek
- ()Reçetesiz ilaç kullanmak
- ()Bitkisel ilaç kullanmak
- ()Bitkisel çaylar kullanmak
- ()Katater kullanmak
- ()Diğer.....

EK-2

UROGENİTAL DİSTRESS ENVANTERİ -6 (UROGENİTAL DİSTRESS İNVENTORY SHORT FORM-UDI-6)

UDI-6	Aşağıdaki durumlar başınıza geliyor mu? Eğer geliyorsa ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1.	Sık idrara çıkma?	0	1	2	3
2.	Birdenbire gelen idrar yapma hissi ile birlikte (idrarı tutamayıp) idrar kaçırma?	0	1	2	3
3.	Öksürme veya hapsirme gibi fiziksel aktivite esnasında idrar kaçırma?	0	1	2	3
4.	Damla damla az miktarda idrar kaçırma?	0	1	2	3
5.	İdrar torbanızı boşaltmada güçlük?	0	1	2	3
6.	Karnınızın alt kısmında veya cinsel bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi?	0	1	2	3

EK-3

İNKONTİNANS ETKİ SORU FORMU -7 (İNCONTINENCE İMPACT QUESTIONNAIRE- IIQ-7)

IIQ-7	İdrarınızı kaçırmak veya organınızda sarkma olması aşağıdakilerden hangisini etkiledi:	Hiç	Hafif	Orta	Çok
1.	Ufak tefek ev işlerini yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
2.	Yürüme, yüzme veya egzersiz (spor) gibi fiziksel etkinlikler yapabilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
3.	Eğlence amaçlı etkinliklerle (sinema, konser, düğün ve benzeri) katılmanızı etkiledi mi?	0	1	2	3
4.	Otomobil veya otobüs ile 30 dakikadan daha fazla seyahat edebilmenizi etkiledi mi?	0	1	2	3
5.	Evin dışındaki sosyal etkinliklere (arkadaş toplantısı, alışveriş ve benzeri) katılabilmeyi etkiledi mi?	0	1	2	3
6.	Ruhsal sağlığınızı etkiledi mi? (sinirlilik, depresyon, ve benzeri)	0	1	2	3
7.	Hüsran duygusu (düş kırıklığı) hissetmenize yol açtı mı?	0	1	2	3



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-211
KONU:

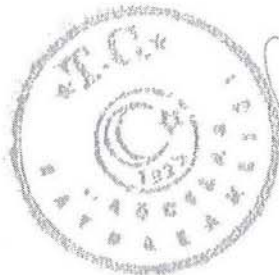
11.10./2011

BAĞCILAR KAYMAKAMLIĞI' NA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sevda DEMİR'in Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları" konulu araştırmasının anketlerini Bağcılar 42 Evler Aile Sağlığı merkezine bağlı kadınlara ev ziyaretleri yapılmak suretiyle uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu



5986
11/10/2011
Sevda Demir
Bağcılar
Kızılcaya



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
ETİK DEĞERLENDİRME KURULU

SAYI : 18
KONU:

23/12 /2011

Sayın: Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Sevda DEMİR' in "Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları" isimli araştırmanın kurulumuzun 30/11/2011 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

Önder Özkazanç
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

Nezihe

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Sevda Demir
Doğum Yeri ve Tarihi : Eminönü / İstanbul- 19.05.1984
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : sevda_demir84@hotmail.com
Tel : 0534-388-92-65

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Yılı
Lise Bağcılar Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2002
Lisans Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2007

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Ethica İncirli Hastanesi Doğumhane	2007 - 2009
Medicana Hastanesi	2009 - 2011
Bağcılar 42 Evler Aile Sağlığı Merkezi	2011 – 2012
Haliç Üniversitesi Ebelik Bölümü	2012 -

Mesleki Dernek / Kurum Üvelği

Ebeler Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar