

**JİNEKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN
İNKONTİNANS DURUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN
İNCELENMESİ***

***A REVIEW OF THE QUALITY LIFE AND INCONTINENCE STATE OF
WOMEN WHO COME TO GYNECOLOGY POLYCLINIC***

Gül (Karacan) ERTEM

Ayden ÇOBAN

Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bornova/Izmir

Anahtar Sözcükler: Jinekoloji, İnkontinans, Yaşam kalitesi

Key Words: Gynecology, Incontinence, Quality of life

il. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi'nde Poster Bildirisi Olarak Sunulmuştur (17-19 Nisan 2002, Harbiye İstanbul).

ÖZET

Jinekolojik yakınmalar, toplum geneline bakıldığında ileri derecede yaygın sorunlardır. Jinekolojik bir sorun olan inkontinansın hastalık boyutu, kadının sosyal durumuyla yakından ilişkilidir. Kırsal kesimde sorun, yaşlanmaya bağlı doğal bir problem olarak görülüp doktora başvurulmazken; kentlerde ve özellikle de çalışan kadınlarda inkontinans, derin depresyon, yalnızlık duygusu ve sosyal ilişkilerde daralmaya (idrar kokusu, ıslaklık hissi) yol açarak daha erken dönemlerde tedavi için doktora başvurmaya neden olmaktadır.

Bu çalışma jinekoloji polikliniğine gelen kadınlarda inkontinans durumları ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji Polikliniğinde 01.01.2001-31.03.2001 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya, katılmayı kabul eden, basit rastlantısal yöntemle seçilen 100 kadın alınmış ve veriler anket formu yardımıyla toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda kadınların %39'unun istemeden idrar kaçırdığı ve idrar kaçıranlarında ancak %30.7'sinin bu sorun nedeniyle doktora gittikleri saptanmıştır. Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden yüz puan üzerinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, fiziksel (73.80) ve sosyal fonksiyon alanlarından (65.25) yüksek puan aldıkları; rol kısıtlılığı (emosyonel) (18.69) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) (39.25) alanlarından en düşük puanları aldıkları belirlenmiştir.

SUMMARY

The disorder of gynecologic is quite widespread in the society. Incontinence is one of these diseases, it is closely related with the woman's social status. In rural areas, it is considered to be a problem that appears along with the old age, and therefore, no woman needs to go to the doctor. In urban areas, especially working women start suffering from this due to deep depression, loneliness, and troubles in social relations. This causes the person to feel together with some stress, which makes the person go to the doctor at earlier periods.

This study was conducted to determine the quality of life and incontinence state of women who come to gynecology polyclinic. The study took place at Gynecology Polyclinic in Ege Ni. Hospital between 01.01.2001-31.03.2001. The hundred women that agreed to participate in the study were taken and the data were collected by means of questionnaire forms.

As a result of the assessment of the data, it was determined that 39% of the women had symptoms about urinary incontinence but 30.7% of these women went to doctor due to this problem. It was found that they obtained the following average scores over 100 for their quality of life: high scores from physical (73.80) and social function (65.25) areas, and lowest scores from role difficulty (emotional) (81.86) and role difficulty (physical) (39.25).

GİRİŞ

Sağlıklı yaşam, insanlığın başlangıcından bu yana toplumların en önemli hedefi olmuştur. Bu yönde geliştirilen sağlık hizmetleri; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için yürütülmektedir (Biçer ve ark. 2001). Toplum sağlığını yükseltirken en önemli hedeflerden biri 'sağlıklı kadın' olgusudur. Sağlık sorunları kadın ve erkeği farklı şekilde etkilemektedir (Arslan, 2001). Kadınların farklı gelişim dönemlerinde farklı sorunları ağırlık kazanmaktadır. Özellikle klimakteriyum döneminde kadınlar, gerekli önlemler alınmadığı takdirde, yaşam kaliteleri düşük olarak yaşamaya mahkum olmaktadır (Biçer ve ark. 2001).

Jinekolojik sorunların hastaların yaşam kalitesini nasıl etkilediği uzmanlarca hep tartışılmış, koruyucu balumun ve tıbbi tedavilerin sonucunu ölçmek için değişik yollar aranmıştır (Güçsavaş, 1986). İnkontinanslı kadınların çok küçük bir bölümünün tıbbi yardım alıyor olması, büyük bir kısmının ise gizli kalması bu süreci zorlaştırmaktadır (Edward, 1999; Harris, 1999). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, kadınlarda erkeklere oranla 2 ila 5 kat daha fazla üriner inkontinans görüldüğü belirtilmektedir (Davilla 1994, Locher, Burgio 1996, Kocagöz, Eroğlu 2002). Üriner inkontinansın görülme sıklığı yaşla birlikte artarak beraber, üriner inkontinans sadece yaşlı kadınlarda değil, genç ve orta yaşlı popülasyonda da görülebilmektedir (Kocagöz, Eroğlu 2002).

Oriner inkontinans, her yaştaki kadında yaygın olarak görülen, sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan, istemsiz idrar kaçırma olayı olarak tanımlanmaktadır (Arısan 1991, Berek 1998, Kışnişçi ve ark 1996, Norton 1990). Oriner inkontinanslı tedavi edilmeyen hastaların enfeksiyon, ülserasyon gibi cilt sorunları; evde yatağa bağımlılık ve kateterizasyon problemleri gibi sonraları yaşadıkları gözlenmektedir (Baurm, et. all, 1991). Ayrıca hastaların seksüel yaşamlarının, günlük iş ve ev içi aktivitelerinin etkilendiği; sosyal ve fiziksel etkilenmişlik hissettikleri, hatta sıvı alımların' bilinçli/bilinsiz kısıtladıkları, beslenme sorunları yaşadıkları bilinmektedir. Korku, utangaçlık, yalnızlık, kötü koku nedeniyle kendilerini çevreden soyutlama veya insanların onlardan uzak durması, kirlilik hissi, çökkuralük hissi, anksiyete inkontinanslı bireylerin karşılaştıkları psikolojik sorunlardan bazılarıdır.

zellikle menapozal dönemdeki kadınların hastane ve bakım evlerine yatırılmasının en sık nedenlerinden birini oluşturan inkontinans, hijyenik pedler ve tıbbi girişimlerden dolayı da önemli bir ekonomik sorun olarak gündeme gelmektedir (Nas ve ark. 1996; Yalçın, 2000, Ergen, 2002).

Jinekolojik sorunlu kadınlara hemşirelik hizmetlerinin en etkili biçimde sunulabilmesi için, problemleri tanımak ve bireyleri hangi yönleriyle etkilediğini bilmek gerekmektedir. Ayrıca bu sorunların kadınların yaşam kalitesini ne derece etkilediğinin bilinmesi, hemşirelerin bu soruna bilinçli yaklaşımlarını ve kaliteli hizmet sunmalarını sağlayacak, hasta memnuniyetini artırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini de yükseltecektir. Bunun devamında aile içi ilişkileri ve toplum sağlığı da olumlu etkilenecektir.

AMAÇ

Bu çalışma, kaliteli-sağlıklı yaşam görüşünden yola çıkarak kadınların inkontinans yaşama durumlarını, yaşam kalitesi düzeylerini ve yaşam kalitesi düzeylerini etkileyen etmenleri belirleyebilmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma jinekolojik sorunlar ve inkontinansla yaşama durumlarını, yaşam kalitesi düzeylerini ve bunu etkileyen etmenleri belirleyebilmek amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji 01.01.2001-31.03.2001 tarihleri arasında muayene olmak için başvuran 325 oluşturmuştur.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Jinekoloji 01.01.2001-31.03.2001 tarihleri arasında muayene olmak için başvuran kadınlar arasından rastgele olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmaya kabul eden 100 kadın oluşturmuştur.

Veri Toplama Yöntemi ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili olarak yapılan araştırma ve yayınların incelenmesi sonucunda hazırlanan soru formu ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemede Kısa Form-36 (SF-36) ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler 01.01.2001-31.03.2001 tarihleri arasında polikliniğe muayene olmak için başvuran kadınlar arasından rastgele olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmaya kabul eden 100 kadından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anket formu kadınların sosyodemografik özelliklerini, jinekolojik problemlerini ve bu problemlerden biri olan inkontinans sorununu ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeye yönelik soruları içeren üç bölümden oluşmuştur. Yaşam kalitesi düzeylerini belirlemede kullanılan Kısa Form-36 (SF-36) ölçeği özel hastalık veya bozukluklarda kişilerin sağlık durumlarını tanımlamak amacıyla Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlik-güvenirliği kronik hastalığı olanlar üzerinde yapılmış olmasına rağmen ölçek; özünde kişilerin sağlık durumlarını tanımlamak, toplumdaki minör sağlık durumlarına bağlı sağlıktaki değişimleri tanımlamak için hazırlanmıştır (Ruta et al. 1994). Ayrıca; jinekolojik problemlerli kadınlarda yaşam kalitesi ölçümlerinde geçerlik ve güvenilirlik açısından uygun bir skala olduğu ortaya konmuştur (Karayurt, 1997).

Ayrıca, Klinik uygulamalarda ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş olması diğer özelliklerindedir. ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği Pınar tarafından 1991'de 50 kardiyoloji, 50 hemodiyaliz, 80 diyabetes mellitus hastası üzerinde yapılmıştır. Buna göre; hasta grupları dikkate alınmaksızın ölçeğin iç tutarlılığını ifade eden Cronbach's Alpha değeri .92 bulunmuştur (Pınar, 1991).

Bu çalışmada kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin 8 boyutta ve 11 soruya göre dağılımları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin 8 Boyutta ve 11 Soruya Göre Dağılımları

Alt Ölçekler	Sorular
1. Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3f+3g+3h+3i+3j
2. Rol gücülüğü (fiziksel)	4a+4b+4c+4d
3. Ağrı	7+8
4. Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d
5. Vitalite (enerji)	9a+9e+9g+9i
6. Sosyal Fonksiyon	6+10
7. Rol gücülüğü (emosyonel) S. Mental Sağlık	5a+5b+5c 9b+9c-Egd+9f+9h

Çalışmada SF-36 Alt ölçeklerin boyutları düşük ve yüksek olarak değerlendirilmiştir. Puanlar= yapılırken Tablo 2'deki kriterler dikkate alınmıştır (Fidaner, 1992).

Tablo 2. SF 36'nın Alt ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmedeki kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Kısıtlılıkları (Fiziksel)	Fiziksel sağlığın bozulması= sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel yada emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı-ı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Kısıtlılıkları (Emosyonel)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da depresyon duyguları	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Vitalite	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Sağlığın Genel Algılanması	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 10.0 paket programı kullanılarak yüz-delik, ortalamalar arasındaki fark ve varyans analizi yapılarak değerlendirilmiştir (ozdamar 1997). Kadınların sosyo-demografik özelliklerine ve jinekolojik problemlerine, inkontinans sorunlarına göre sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Ayrıca hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları hesaplanmış ve yaş grupları, eğitim durumları ve çalışma durumlarıyla arasındaki ilişkiyi belirlemek için varyans analizi yapılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo'3 de incelendiğinde; %41'inin 30-44 yaş grubunda, %75'inin evli, %61'inin ilköğretim ve lise mezunu oldukları, %30'unun gelir getiren bir işte çalıştığı ve çalışanların da %23'ünün memur olduğu belirlenmiştir. Kocagöz ve Eroğlu (2002) çalışmalarından 45 yaş ve üstü kadınların %63.8'inde stres üriner inkontinans rahatsızlığının olduğunu saptamışlardır (Kocagöz, Eroğlu 2002).

Tablo 3.Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Yaş Grupları	Şan	%
15-29	19	19.0
30-44	41	41.0
45 ve üstü	40	40.0
Medeni Durum		
Evli	75	75.0
Bekar	25	25.0
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	15	15.0
İlköğretim ve Lise	61	61.0
Yük. Ok İ Fakülte	2-1	2.4.0
İşte Çalışma Durumu		
Evet	30	30.0
Hayır	70	70.0
Meslekler		
Çalışmayan	70	70.0
Kaliteli işçi	1	01.0
Memur	23	23.0
Serbest Ticaret	2	02.0
Diğer	4	04.0
Toplam	100	100.0

Yaşı 30'un altındaki genç kadınların yarısı öksürürken, gülerken ara sıra da olsa idrar kağırdıklarını belirtirken; sosyal yada hijyenik bir problem haline gelen inkontinans 18-64 yaş arasındaki kadınların %8.542'sinde, 65 yaşın üzerindekielerde ise %11.6-59'unda gözlenmektedir (Biçer, Bebiş ve İnanç, 2001; Arslan, 2001). Anafarta ve arkadaşlarının yazılarında da belirttikleri gibi, Danimarka'da yapılan bir çalışmada erişkin kadın popülasyonunun %17'si inkontinanslıdır (Anafata ve ark. 1998).

Genel olarak inkontinans, 65 yaş ve üzeri yaşlıların %20'sini etkilemekte olup, bu oran huzur evlerinde %50'lere kadar çıkmaktadır (Örnek, Bayraktar ve Özmen, 1992). Literatürlerde de 45-65 yaşları arasındaki kadınlarda üriner inkontinansın daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Brown 1990).

Kadınların jinekolojik sorunlarına göre dağılımları Tablo 4'de incelendiğinde; polikliniğe akıntı (%25), adet düzensizliği (%16), kontrol (%11), ağrı (%12), kan ama (%16) ve diğer yakmalar nedeniyle başvuran kadınların %39'unun aynı zamanda inkontinans sorunlarının da olduğu, bu kadınların %30.7'sinin 2-3 yıldır ve %35.9'unun 6 yıl ve üzerinde inkontinans sorununu yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak inkontinans sorunu yaşayanların da %30.8'inin bu sorun nedeniyle doktora başvurdukları saptanmıştır. Kadınların genel olarak doktora başvuru nedenleri literatür ile uygunluk göstermektedir. (Şirin ve ark. 2001). Doktora başvurmayanların başvurmama nedenleri arasında sırasıyla önemli olmadığı (%29.6), çok fazla idrar kaçırmadığı (%25.9), inkontinansı doğal gördüğü (%22.3), utandığı (%14.8), korktuğu (%3.7) ve zaman bulamadığı (%3.7) için gibi ifadeler yer almıştır (Tablo 4). Arslan ve ark. yapmış oldukları çalışmalarında da 1 yılın altında üriner inkontinans yaşayan kadınların oranı %18.9, buna karşın 2 yıl ve üzeri üriner inkontinans yaşayan kadınların oranı %81 olarak bulunmuştur (Arslan ve ark. 2002). Güçsavaş'ın araştırmasında "utanma" Dr. Başvurmayı geçiktiren bir neden olarak görülmüştür (Güçsavaş 1986). Harris'in makalesinde de "ameliyat korkusu" ve "utanma" Dr. gitmeyi engelleyen nedenler olarak görülmüştür (Harris,1999).

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 5'de incelendiğinde, fiziksel (73.80) ve sosyal fonksiyon alanlarından (65.25) yüksek puan aldıkları; rol kısıtlılığı (emosyonel) (18.69) ve rol kısıtlılığı (fiziksel) (39.25) alanlarından en düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Arslan ve ark (1999) yaptıkları araştırmalarında, üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınların fonksiyonel esenlik, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi puanı düşük bulunmuştur (Arslan ve

ark 1999). Aslan ve ark (2002) yaşlı bireyler üzerinde yürüttükleri araştırmalarında da üriner inkontinansın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Aslan ve ark 2002). Literatür bilgilerinde de sözü edildiği gibi jinekolojik problemler ve özellikle inkontinans sorunu, bireyin sosyal yaşamı ve emosyonel durumu üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bireylerin sosyal etkileşimlerini, cinsel yaşamlarını, kariyerlerini, fiziksel iyilik hislerini olumsuz etkileyebilen ve bireyi huzursuz eden bir durumdur (Harris, 1999; İnce, 2003).

Tablo 4. Kadınların Jinekolojik Sorunlarına Göre Dağılımları

Polikliniğe Başvurma Sebebi	Sav	%
Akıntı	25	25.0
Adet Dzensizliği	16	
Kontrol İçin	11	
Ağrı	12	
Kanama	16	16.0
Diğer Şikayetler	20	
inkontin an* Sorunu I u=100)		
Var	39	39.0
Yok	61	61.0
inkontinans Ne Zaman Başladı (n=39)		
0-1 Yıl	7	17.9
2-3 yıl	12	
4-5 yıl	6	15.5
6 ve üstü	14	
inkontinana Sebebi (n=39)		
Gebelikler		
Adetten Kesilme	4	
hac Kullanma	3	15.4
Doğumlar	6	
Geçirilmiş Ameliyatlar	11	
Diğer Hastalıklar	3	
	12	
inkontinans Sebebiyle Dr. Başvurma In=39)		
Evet	12	30.8
Hayır	27	69.2
Dr. Başvurnama Sebebi (n=27)		
Önemli Görmedim		29.6
Utandım	8	
Zaman Bulamadım	7	3.7
Korktum	9	
okadar fazla olmadığı için		
Doğal gördüğüm için		22.3
TOPLAM	27	100.0

Tablo 5. Hastaların Yaşam Kalitesi Alanında Aldıkları Ortalama Puan Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alanları								
	Fiziksel Fonksiyon	Rol Kısıtlılığı'	Ağrı	Genel Sağlık	Vitalite [Enerji,	Sosyal Fonksiyon	Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
Alınan Ortalama Puanlar	73.80	39.25	56.44	50.80	47.05	65.25	18.69	51.84

Tablo 6. Hastaların Sosyo- Demografik özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarının incelenmesi

Yaşam Kalitesi Alanları									
	Fiziksel Fonksiyon	Rol Kısıtlılığı (Fiziksel)	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji (Vitalite)	Sosyal Fonksiyon	Rol Kısıtlılığı (Emosyonel)	Mental Sağlık	F
Yaş Grupları	0.476 P>0.05	1.560 P>0.05	1.766 P>0.05	1.429 P>0.05	3.070 P<0.05	2.539 P>0.05	0.857 P>0.05	2.425 P>0.05	3.07
Eğitim Durumu	1.859 P>0.05	2.330 P>0.05	1.533 P>0.05	0.101 P>0.05	1.859 P>0.05	6.860 P<0.05	2.842 P>0.05	1.578 P>0.05	3.07
Çalışma Durumu	2.173 P>0.05	1.595 P>0.05	0.414 P>0.05	0.228 P>0.05	2.273 P>0.05	0.949 P>0.05	4.377 P<0.05	1.265 P>0.05	3.07

Kadınların enerji alanından aldıkları puan ortalamaları ile hastaların yaş grupları arasında; sosyal fonksiyon alandan alınan puan ortalamaları ile hastaların eğitim durumları arasında; emosyonel rollusıthlığı alanında alınan puan ortalamaları ile hastaların çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 6). Harris'in 1999'da yapmış olduğu çalışmasında da inkontinash kadınların yaşları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Harris, 1999). Bu da çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

SONUÇ VE ONERİLER

Toplumsal rollerin de değışmesi ile günümüz kadmından hayatın her alanında aktif ve üretken olması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hala toplumsal tabu olan sağlık sorunları üriner inkontinans gibi kadınların yaşamında güçlüklerle, tıbbi tedaviye geç başvurulmalarına ciddi sağlık sorunlarının oluşmasına neden olabilmektedir.

Araştırrnadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- 1.üriner inkontinansın klinik ortamdaki etkisini araştırmak için hemşirelere imkan verilmelidir. Klinik ortamdaki kadınların üriner inkontinansla başetme yöntemleri, sorunlarını hemşire ve doktorlarla paylaşma durumları, erkeklerde ve kadınlarda üriner inkontinans sorunu yaşayan erkek ve kadın hastalara yaklaşımları, farklı üriner inkontinans tiplerinin kadın yaşamına etkisi, hemşirelerin üriner inkontinans karşısındaki tutumu, doğum yöntemlerinin üriner inkontinans oluşumundaki etkisi, hemşirelerin üriner inkontinans konusundaki bilgi düzeyleri araştırılması,
- 2.üriner inkontinans; kadınların yarısını, hayatlarının bir döneminde etkileyen yaygın tıbbi bir sorun olarak halka tanıtılması,
- 3.Kadın sağlığına yönelik yapılan tüm çalışma ve yayınlarda üriner inkontinans konusuna etkin bir şekilde yer verilmesi,
- 4.Kadınlar üriner inkontinansın risk faktörleri, neden olduğu sorunlar ve tedavisi konularında bilgilendirilmesi,
- 5.Doğum ve jinekoloji bölümlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin, üriner inkontinans konusunda bilgilendirilmeleri sağlanması

KAYNAKLAR

1. Anafata, K., Bedük, Y., Göğüş, O., Arıkan, N. (1998). Kadınlarda Urge İnkontinans. Temel Uroloji, Güneş Kitabevi. 413-445.
2. Ansan, K. (1991). Kadın Hastalıkları. 3. Bs., Çeltük Matbaacılık, İstanbul.
3. Arslan, D. (2001). Kadının İnsan ve Sağlık Hakkı, Aktüel Tıp. Ocak-Şubat; 6 (1); 2-22.
4. Arslan, E. ve ark. (2002). Huzur Evlerinde Kalan Yaşlı Bireylerin Oriner Ve Fekal İnkontinans Prevelansı Ve Yaşam Kalitesi Ozerine Etkisi, 2. Ulusal Orojinekoloji Kongresi Abstract Kitabı, İstanbul. 48,
5. Baum, N., Suarez, G., Appell, R. (1991). Oriner İnkontinans, Sendrom. Aralık; 53-58.
6. Berek, J.S.ed., (1998). Novak Jinekoloji. Çev. Ahmet Erk, 12.bs., nobel Kitabevleri, İstanbul.
7. Biçer, T., Bebiş, H., Inanç, N. (2001). Temel Sağlık Hizmetleri ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Eğitiminin İrdelenmesi, Hemşirelik Forumu. Mart-Haziran; 4 (2-3). 7-14.
8. Brown, J.S., Grady, D., Quaslander, J.G., Herzog, Varner, R.E., Posner, S.F. (1990). Prevalance of Urinary İncontinance and Associated Risk Factors in Postmenapausal Women, Obstetrics and Gynecology. 94 (I).
9. Davıla, W. (1994). Kadınlarda Oriner İnkontinans, Sendrom. Şubat; 39-43.
10. Eclward, M. (1999). Urological, Diseases Of Women, And Women in Urology, The Journal of Urology. January; 161 (1):4.
11. Ergen, A. (2002). Kadın İnkontinanslan, Geriatri 2002, Gökçe. Y (Ed.), HOGEBAM, Turgut Yayıncılık ve Tie. A.Ş. İstanbul. 103-106.
12. Fidaner, H. (1999). Yaşam Kalitesini Ölçülmesi, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. Haziran; 7 (2): 14-22
13. Güçsavaş, N. (1986). Kadın ve Kadın Sağlığı Sorunları Kadına özgü Enfeksiyonlar, Türk Hemşireler Dergisi. 36 (2): 52-54.
14. Harris, A. (1999). Impact Of Urinary İncontinance On The Quality Of Life Of Women, British Journal Of Nursing. 8(6); 375-380
15. Ince, H. (2003). İdrar Kaçırma Şikayetlerinde Yeni Yaklaşım, <http://www.kadmlar.com>. kadmveailesağlığısitesi.
16. Karayurt, Ö. (1997). Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir: Dokuz Eylül Only. Rektörlüğü Matbaası: 37-46.
17. Kişnişçi H. A. ve diğerleri. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara.
18. Kocagöz, S., Eroğlu, K., (2002). Kadınlarda Stres Oriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, Haziran 4 (1), 29-39
19. Nas, T., Güner, H., Taner, Z. ve Ark. (1996): Kadınlarda İdrar İnkontinansı Tanısında Öykünün Güvenirliğinin Değerlendirilmesi, Jinekoloji Obstetrik, Şubat; 6 (1): 777.
20. Norton, P.A. (1990): Preveicince and Sedat Impact of Urinary incontinanee in Women, Clinical Obstetrics and Gynecology. 33 (2).

- 21.örnek, T., Bayraktar, E., Ozmen, E. (1992): Geriyatrik Psikiyatri, Saray Kitapevi, 1. Basım Bornova. 58-59.
- 22.1)mar, R. (1991): Diabetes Mellitus Hastalarının Yaşam Kalitelerinin incelenmesi. [stanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yaymlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.
- 23.Ruta, D A. et al. (1994): SF-36 Health Survey Questionnaire: I. Reability in two Patient based Studies, Quality in Health Care. 3; 180-185.
- 24.Şirin,A., Söylemez, H., (2001): 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Sağlık Sorunları, Hemşirelik Forumu, 4: 6, 40-43.
- 25.Yalçın, O. (2000): Menopozun Alt Oriner Sistem Üzerine Etkileri, Aktüel Tıp. Şubat; 5 (2); 6-10.