

I
T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİABETES MELLİTUS'LU KADINLARIN HİJYENİK
ALİŞKANLIKLARI VE ÜRİNER SİSTEM
ENFEKSİYONU GÖRÜLME DURUMU**

**Tezi Hazırlayan
Gönül SUNGUR**

124230

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI**

124230

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Araştırma Fonu Tarafından 02-11-23 nolu Proje
ile desteklenmiştir.**

YÜKSEK LİSANS
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

**Eylül 2003
KAYSERİ**

Bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

..11../.09../2003

JÜRİ

Üye : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

Üye : Prof. Dr. Mualla AYKUT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI (Danışman)

İmza

N. Karataş

M. Aykut

S. Taşci

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 06.11.03...tarih ve 299... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..11../.11../2003

Enstitü Müdürü
[Signature]
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamı yönlendiren ve destekleyen; Sayın Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞCI, sayın Prof. Dr. Nimet KARATAŞ ve sayın Prof. Dr. Ümit SEVİĞ'e, araştırmanın gerçekleşmesi için gerekli ortamı sağlayan ve destekleyen Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniği ve laboratuvar çalışanlarına, araştırma verilerinin toplanmasında yardım eden sayın hemşire Nergül OLGUN'a, tezin düzenlenmesinde yardım eden sayın İlkay GÜNEŞ'e, tez çalışması süresince destek veren eşim, ailem ve çalışma arkadaşlarıma katkılarından dolayı içtenlikle teşekkür ederim.

DIABETES MELLİTUS'LU KADINLARIN HİJYENİK ALIŞKANLIKLARI VE ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU GÖRÜLME DURUMU

ÖZET

Bu araştırma, Diabetes Mellitus'lu kadınların hijyenik alışkanlıkları ve üriner sistem enfeksiyonu görülme durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Kasım 2002- Nisan 2003 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine gelen ve evreni bilinmeyen örneklem seçimi ile 156 diabetik kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması yapılarak geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayara aktarılmış ve istatistiksel değerlendirmede yüzde olarak hesaplama, dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre; ileri yaşta olan, eğitim düzeyi düşük olan, ilçe ve köyde yaşayan kadınların hijyenik alışkanlıklarının diğer gruplara oranla uygun olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farklılık; vücut, tuvalet ve cinsel hijyen alışkanlıklarında istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Çalışma grubundaki kadınlarda asemptomatik bakteriüri görülme sıklığı % 10.9'dur. Hijyenik alışkanlıkları uygun olmayan kadınlarda asemptomatik bakteriüri görülme sıklığının daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Tanı süresi 13 yıl ve üzerinde olan, insülin kullanan ve HbA1c düzeyi yüksek olan kadınların asemptomatik bakteriüri görülme sıklığının daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir ($P<0.05$).

Araştırma sonuçlarına göre; hijyenik alışkanlıklar asemptomatik bakteriüri görülme sıklığını etkilemekle birlikte, özellikle diabete ilişkin özelliklerin asemptomatik bakteriüri görülme sıklığında daha etkin olduğu saptanmıştır.

Diabetik hastaların, özellikle kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve asemptomatik bakteriüri yönünden yakın takip edilmesi, diabet ve bireysel hijyen konularını temel alan eğitimlerin düzenlenmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kişisel hijyen, Diabetes mellitus, Asemptomatik bakteriüri, Üriner sistem enfeksiyonu.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK	I
KABUL ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
TABLO LİSTESİ	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2. 1. DİABETES MELLİTUS	5
2.1.1.Diabetin Etiyolojisi ve Klinik Tipleri.....	6
2.1.2.İnsüline Bağımlı Diabet (TipI)	6
2.1.3.İnsüline Bağımlı Olmayan Diabet (Tip II)	6
2.1.4.Diabetin Tanısı	7
2.1.5.Diabetin Komplikasyonları	7
2.1.5.1.Diabetin Akut Komplikasyonları	7
2.1.5.2. Diabetin Kronik Komplikasyonları	8
2.1.6.Diabetin Kontrolü.....	10
2.1.6.1.Diabette Beslenmenin Düzenlenmesi.....	10
2.1.6.2.Diabette Fiziksel Aktivitenin Düzenlenmesi.....	11
2.1.6.3.Diabetin Farmakolojik Tedavisi	11

2.2.ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI	12
2.2.1. Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Klinik Şekilleri	13
2.2.1.1.Akut Pyelonefrit	13
2.2.1.2.Kronik Pyelonefrit	14
2.2.1.3.Ksantogranüloamatöz Pyelonefrit	14
2.2.1.4.İntrarenal Apseler	14
2.2.1.5.Perinefrik Apse	14
2.2.1.6.Üreterin Nonspesifik Enfeksiyonları	14
2.2.1.7.Akut Sistit.....	14
2.3.KİŞİSEL HİJYEN.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3. 1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	18
3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ	18
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	19
3. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	19
3. 5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	20
3. 6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	20
3. 6. 1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	20
3. 6. 2. Ön Uygulama	20
3. 6. 3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	20
3. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	21
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	41
6.KAYNAKLAR.....	56

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	: Kazanılmış İmmün Sistem Yetmezliği Sendromu
ASB	: Asemptomatik Bakteriüri
DM	: Diabetes Mellitus
HbA1c	: Glikolize Hemoglobin
İYE	: İdrar Yolları Enfeksiyonu
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
NHİS	: National Health Interview Survey
OAD	: Oral Anti Diabetik
PID	: Pelvic Inflammatory Disease
SÜİ	: Stres Üriner İnkontinansı
UTI	: Urinary Tract Infections
ÜSE	: Üriner Sistem Enfeksiyonu

TABLO LİSTESİ

		<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.2.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Diabete İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.3.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Vücut Hijyeni Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	25
Tablo 4.4.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tuvalet Hijyeni Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4.5.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Adet Dönemindeki Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	27
Tablo 4.6.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Günlük Ped Kullanımındaki Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	28
Tablo 4.7.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Cinsel Hijyen Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	29
Tablo 4.8.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Yaş Grubu ve Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	30
Tablo 4.9.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Eğitim Durumu ve Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	31
Tablo 4.10.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Yaşadığı Yer ve Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	32
Tablo 4.11.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gelir Durumu ve Hijyenik Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	34
Tablo 4.12.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Daha Önce Üriner Sistem Enfeksiyonu Geçirme Durumu, Süresi ve Sıklığına Göre Dağılımı	35

Tablo 4.13.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Üriner Sistem Enfeksiyonuna Ait Belirti ve Bulgularının Görülme Durumuna Göre Dağılımı	36
Tablo 4.14.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Aseptomatik Bakteriüri Görülme Durumuna Göre Dağılımı	37
Tablo 4.15.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Aseptomatik Bakteriüri Görülme Durumuna Göre Dağılımı	38
Tablo 4.16.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Diabete İlişkin Özellikleri ve Aseptomatik Bakteriüri Görülme Durumuna Göre Dağılımı	39
Tablo 4.17.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Hijyenik Alışkanlıkları ve Aseptomatik Bakteriüri Görülme Durumuna Göre Dağılımı	40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yirminci yüzyılın başlarında antibiyotiklerin pratik olarak kullanıma girmesiyle birlikte enfeksiyon hastalıklarının artık bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkacağına ilişkin tahminlere rağmen bu hastalıklar tüm dünyada ve ülkemizde önde gelen sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir.

Enfeksiyon hastalıkları alanında son otuz yıldaki çok hızlı gelişmelere paralel olarak, AIDS, Lyme gibi yeni enfeksiyon hastalıklarının tanımlanması, peptik ülser gibi önceden nedeni bilinmeyen hastalıkların enfeksiyöz etkenler tarafından oluşturulduklarının bilinmesi, pnömokok, enterekok gibi alışlagelmiş mikroorganizmaların antibiyotiklere karşı direnç kazanarak sanki yeni patojenlermiş gibi karşımıza çıkmaları, enfeksiyon hastalıklarından hiçbir şekilde arınamayacağımızın önemli göstergeleridir (1- 3).

Amerika'da NHIS (National Health Interview Survey) 1991 kayıtlarına göre; yılda 46 milyon akut enfeksiyon ve paraziter hastalık geliştiği (% 18), bu hastalıklarında her birey için yaklaşık 3-4 gün bireysel aktiviteyi etkilediği, 5-6 gün iş kaybına neden olduğu tespit edilmiştir (3).

Çevresel sanitasyonun iyi olmadığı, hijyen koşullarının kötü olduğu ve fakirliğin yaygın olduğu bir çok dünya ülkesinde, enfeksiyon hastalıkları en önemli ölüm nedenlerinden

biridir. Coğrafi ve sosyo-ekonomik durumu, kültürel özellikleri dikkate alındığında ülkemiz için de enfeksiyon hastalıklarının önemli bir sorun olduğu göze çarpmaktadır (3).

Enfeksiyon hastalıklarının gelişmesinde önemli faktörlerden biri, vücudun doğal savunma mekanizmasını bozan diğer hastalıklardır. Ayrıca etkin olmayan antibiyotik tedavileri, yetersiz bireysel hijyen, ilaç ve sigara bağımlılığı ve yaşlılıkta vücudun savunma sistemini bozan faktörlerdendir (4).

Enfeksiyon hastalıkları içerisinde en sık görüleni idrar yolu enfeksiyonları (İYE)'dir. 1997 yılında ABD'de İYE şikayeti ile 8.3 milyon kişi hastaneye başvurmuş ve bunların bir milyonu hastaneye yatarak tedavi görmüştür. Bu enfeksiyonlar basit bakteriüri olabildiği gibi, böbrek fonksiyonlarının kaybolmasına yol açabilecek ciddi enfeksiyonlar da olabilmektedir. Yaşamlarını diyalizle sürdürmek zorunda kalan hastaların % 13-22' sinde sorun, bu enfeksiyonlardır (4).

Üriner sistem enfeksiyonu görülme sıklığını etkileyen bir çok faktör vardır. Bunlar; bireyin yaşı, cinsi, altta yatan hazırlayıcı faktörlerin varlığı, bireyin yaşadığı çevre gibi faktörlerdir (3, 5, 6).

Üriner sistem enfeksiyonları, yeni doğan döneminde % 05 oranında görülürken, erişkinlik döneminde, özellikle de sık cinsel ilişkide bulunan kadınlarda bu oran % 4-8'e kadar ulaşmaktadır. Erişkin erkeklerde ise oran % 05'tir. Üriner sistem enfeksiyonlarının, her iki cinste de 60 yaş üzerinde, görülme sıklığı artış göstermekte ve kadınlarda % 10-20'ye erkeklerde ise % 2'ye ulaşmaktadır (2). Ülkemiz kayıtlarında da veriler benzer özellikler taşımaktadır. Kadınlarda erkeklere göre bu enfeksiyonların sık görülme nedeni; anatomik yapı özelliği, hormonal değişiklikler, yaş ve hijyenik alışkanlıklar gibi faktörlerdir (3, 7, 8).

Kadınlarda genellikle kötü perineal hijyen idrar yolu enfeksiyonlarının nedenlerinden biridir. Demirbağ'ın (1998) yaptığı çalışmada (9); devamlı ara bezi kullanmanın, idrar boşaltımı sonrası temizlemede sabun kullanmanın, rektumdan üretraya doğru taharetlenmenin, adet gününde evde dikilmiş bez kullanmanın, cinsel ilişki sonrası vajen yıkamanın idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığını artırdığı bulunmuştur. Konu ile ilgili literatür tarandığında, yapılan bir çok çalışmada, bu çalışmayı destekler tarzda sonuçlar elde edilmiştir (10- 12).

En sık İYE yapan mikroorganizma kolon florasında bulunan Escherichia Coli'dir (10-14). Litta ve ark.'larının yaptığı araştırma sonucunda (15); İYE'lerin % 80'ninden bu mikroorganizmanın sorumlu olduğu saptanmıştır.

Üriner sistem enfeksiyonlarının oluşumunda, yukarıda sözü edilen faktörlerin yanı sıra diabetes mellitus gibi bireyin savunma sistemini bozan kronik hastalıklarda rol oynamaktadır (16- 18).

Diabetes Mellitus; % 5 oranında görülen ve toplumun yaklaşık % 15-20'sini dolaylı olarak ilgilendiren, kronik ve bir çok komplikasyonla sonuçlanan bir hastalıktır. Kayıtlara göre; ülkemizde 3.250.000, dünyada ise 200 milyon diabetik hasta bulunduğu varsayılmaktadır (19- 21).

Diabetik hastalarda bağışıklıkta bazı değişiklikler oluşmaktadır. Diabetiklerin enfeksiyonlara yatkın olduğu kesin olarak çalışmalarla kanıtlanamamış olsa da bir çok spesifik enfeksiyon hastalığının diabetiklerde sık görüldüğü de bir gerçektir. Diabetes Mellitus'u olan hastalarda en yaygın görülen enfeksiyon, özellikle kadınlarda, üriner sistem enfeksiyonlarıdır. Diabetes Mellitusu olan kadınlarda immün sistem fonksiyonlarının baskılanması (özellikle glikozüri nedeniyle polimorfonükleer lokositlerin fonksiyonlarının baskılanması), daha sık nörojenik mesane gelişmesi ve de anatomik yapılarının erkeklerden farklı olmasından dolayı, üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artmaktadır (4, 6, 22, 23).

Diabetik bireylerde üriner sistem enfeksiyonlarının % 80'nini üst üriner sistem enfeksiyonları oluşturmaktadır (11). Enfeksiyon gelişimi kan şekerini yükselten, insülin ihtiyacını artıran, kan glikoz regülasyonunu bozan önemli faktörlerden biridir ve bu da hastalığa uyum sürecini bozabilmektedir (24, 25). Diabetik özellikler nedeniyle enfeksiyon geliştikten sonra iyileşme süreci uzamakta ve enfeksiyon komplikasyonları daha fazla gelişebilmektedir. Özellikle üriner sistem enfeksiyonları sonucu diabetiklerde pyelonefrit, renal skar gibi böbrek fonksiyonlarını bozan ciddi komplikasyonlar görülmektedir (26-28).

Bakteriüri sıklığının diabetik kadınlarda, diabetik olmayanlara göre iki-üç kat daha fazla olduğunu gösteren bir çok çalışma vardır. Geerlings ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir araştırma sonucunda (29); asemptomatik bakteriüri prevalansı diabetik kadınlarda % 26 iken diabetik olmayan kadınlarda bu oran % 6 olarak bulunmuştur. Yapılan bir çok çalışmada (30- 32), bu çalışmayı destekler tarzda sonuçlar görülmekte ve diabetik

hastalarda ürener sistem enfeksiyonlarının böbrek fonksiyonlarını bozan ciddi komplikasyonlara neden olduğu gösterilmektedir.

Temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hemşirelik, bireyin sağlığının korunması, hastalandığında iyileştirme ve rehabilite etme hizmetlerini içermektedir. Çünkü hemşirelik, insanın yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlığının kalitesiyle ilgilenen, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik (bütüncül) bir yaklaşımı benimsemektedir. Bu nedenle hemşirelere, diyabetik bireyleri enfeksiyonlardan korumak, enfeksiyon belirti ve bulgularını erken tanımak ve bireyleri eğitmek gibi önemli görevler düşmektedir (33).

Cantagallo ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada (13); 148 hastadan 78'inde ASB bulunmuş ve hastalar sık tekrarlayan ürener sistem enfeksiyonlarından şikayet etmişlerdir. Asemptomatik bakteriüri bulunan 78 hastanın tamamı taharetlenme ile ilgili eğitime alınmış ve hastaların daha önceki hijyenik alışkanlıkları değiştirilmiştir. Bu hijyen uygulamasından 6 ay sonra hastaların sadece 16'sında (% 20) ASB bulunmuştur (4). Bu çalışma sonucunun da gösterdiği üzere diyabet gibi kronik hastalığı olan kadınlarda, önemli bir sorun olan ürener sistem enfeksiyonlarına yönelik yapılacak sağlık eğitimi ile; kadınların bu enfeksiyonlardan, komplikasyonlarından ve tekrarlanmasından korunması sağlanarak, hastaların yaşam kaliteleri artırılabilir. Hijyenik alışkanlıklarla ilgili yanlış uygulamaların düzeltilmesi için alınacak basit önlemlerle ve de yapılacak eğitimlerle toplum sağlığını önemli ölçüde etkileyen, iş gücü ve maddi kayba neden olan ürener sistem enfeksiyonlarının görülme sıklığı azaltılabilir.

Bu araştırma, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine başvuran Tip I ve Tip II Diabetes Mellituslu kadınların hijyenik alışkanlıkları ve ürener sistem enfeksiyonu görülme durumunu belirleyerek hemşirelerin bu konuya dikkatlerini çekmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.DİABETES MELLİTUS

Diabetes mellitus; pankreasın β hücrelerinden insülin üretiminin tam ya da kısmi olarak yetersiz kalması sonucu ortaya çıkan, karbonhidrat, protein, yağ metabolizmasında bozukluklara neden olan kronik bir hastalıktır (6, 22).

Görülme sıklığının giderek artması, ömür boyu tedavi ve bakım gerektirmesi, komplikasyonları ile insan yaşamına önemli sınırlılıklar getirirken, topluma ağır maddi yük oluşturmaları nedeniyle diabet, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Diabet, hem kendisi hem de yol açtığı komplikasyonların önemli oranda önlenabilir olması nedeni ile öncelikle ele alınması gereken toplum sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (25).

Dünyada 1995 yılında 135 milyon olan diabetli sayısının 2025 yılında 300 milyona yükseleceği ve artışın büyük kısmının gelişmekte olan ülkelerde olacağı bildirilmektedir. Diabetes mellitusun ülkemizdeki insidansı % 3-4 oranındadır. Bunların % 05'ini Tip I ve % 3.5'ini Tip II diabetikler oluşturmaktadır (19- 21).

Diabette görülen metabolik değişiklikler, insülin yetersizliği yada yokluğuna bağlı olarak ortaya çıkar. Bu metabolik değişikliklere bağlı olarak hastada, hiperglisemi,

ketoasidoz ve protein yıkımı gelişmektedir. Yağların ve proteinlerin yıkımı sonucu kilo kaybı oluşur. Hiperglisemi sonucu ozmolarite artar, hücre içinden kana sıvı çekilir, glikozla birlikte sıvı-elektrolitler de idrarla atılmaya başlar. Bu da sıvı-elektrolit kaybına neden olur. Yağların yıkımı sonucu ortaya çıkan ketoasitler asidoza neden olur. Proteinlerin yıkımı sonucu aşırı yorgunluk ve organ fonksiyonlarında bozukluklar ortaya çıkar. İyi kontrol edilemeyen vakalarda kronik komplikasyonlar gelişir (25).

2.1.1. Diabetin Etiyolojisi ve Klinik Tipleri

Diabetes mellitusun etiyolojisinde; genetik yatkınlık, obezite, gebelik gibi bilinen predispozan faktörlerin yanı sıra, kesin olarak bilinmeyen bazı mekanizmalar da hala geçerliliğini korumaktadır (6).

Diabetes mellitus temel olarak;

- İnsüline bağımlı diabetes mellitus (İBDM- Tip I Diabetes mellitus),
- İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (İBODM- Tip II Diabetes mellitus) olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır.

2.1.2. İnsüline Bağımlı Diabet (Tip I)

İnsülin salgılama kapasitesinin bütünüyle yokluğu yada ileri derecede kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Dolayısı ile bu hastalar dışarıdan insülin almak zorundadırlar. Genetik yatkınlık, beslenme, virütik enfeksiyonlar sonucu geliştiği sanılmaktadır. Hastalığın klinik seyri hızlıdır. Hastalık her yaşta başlayabilir, fakat sıklıkla İBDM 40 yaş altında başlar, cinsiyet farkı yoktur. Klinik tablo; aşırı susuzluk, kilo kaybı, polifaji, poliüri, glikozüri ve ketonüri semptomları ile akut olarak ortaya çıkar.

2.1.3. İnsüline Bağımlı Olmayan Diabet (Tip II)

İBODM genellikle 40-60 yaşları arasında başlar, genetik geçişi yüksektir, diabet popülasyonunun % 90'ını etkiler, daha sinsi ilerler, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülür. Başlangıcı gittikçe ilerleyen yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, ve daha sonra diabetin klasik belirtileri olan poliüri, polifaji, polidipsi ve kilo kaybı gibi semptomlar ile karakterizedir. Bazen belirtiler çok hafif olabilir. Bu durum tip II diabetin tanısının yıllarca gecikmesine neden olabilir (6, 22, 25).

2.1.4. Diabetin Tanısı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985 yılında yeniden gözden geçirdiği diabete ilişkin tanı kriterleri birçok otorite ve ülke tarafından kabul gören ve referans alınan kriterlerdir. Amerikan Diabet Derneğinin diabet tanısı için geliştirdiği kriterler;

- Diabetin tipik semptomlarının (poliüri, polifaji, polidipsi ve kilo kaybı gibi) varlığı ve/veya rastlantısal plazma glikozunun $>200\text{mg/dl}$ olması
- Açlık Kan Şekeri (AKŞ): Bir ya da daha fazla yapılan ölçümlerde AKŞ $\geq 120\text{ mg/dl}$
- Tokluk Kan Şekeri (TKŞ): Oral olarak 75 gram karbonhidrat verilmesinden 2 saat sonra alınan venöz kanda plazma glikozu $\geq 200\text{ mg/dl}$ ise belirgin diabetes mellitus tanısı konur (25).

Dabetes Mellitus'un takibinde kullanılan testler ise; Açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, glikozillenmiş hemoglobindir.

Glikozillenmiş Hemoglobin (HbA_{1c}): Glikoz, eritrositlerin yaşam süresi olan 120 gün boyunca, kandaki düzeyine orantılı olarak hemoglobine bağlanmaktadır. Bu ölçümde hemoglobinin % 90'nını oluşturan hemoglobin A'nın tüm komponentlerine yada HbA_{1c} 'ye bakılır. HbA_{1c}'nin normal değerleri, çalışılan testlere göre değişiklik göstermekle beraber, HPLC (High Pressure Liquid Chromatography) ile % 3.5-6 arasındadır. % 6-7.5 arasındaki değer son üç aylık dönemde glisemik kontrolün iyi olmadığını gösterirken, % 8'in üzerindeki değer ise son üç aylık dönemde kötü glisemik kontrolü göstermektedir. Diabetik hastaların glisemik kontrollerinin nasıl olduğunu belirlemek amacıyla her üç ayda bir mutlaka HbA_{1c} değerinin kontrol edilmesi gerekmektedir (34- 37).

2.1.5. Diabetin Komplikasyonları

Diabetin komplikasyonları; akut ve kronik komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır.

2.1.5.1. Diabetin Akut Komplikasyonları: Diabetin akut komplikasyonları; hipoglisemi, diabetik ketoasidoz, hiperozmolar nonketotik komadır.

a. Hipoglisemi: Hipoglisemi kan glukoz düzeyinin 60 mg/dl 'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Hipoglisemi özellikle insülin kullanan diabetik hastalarda daha sık görülür. Sulfonilüre grubu oral antidiabetik ilaçlar da hipoglisemiye neden olmaktadır. Yaygın

hipoglisemi nedenleri arasında, insülin dozunun fazla alınması, aşırı ve ağır egzersiz, diyetini almama veya kusarak çıkarma, alkol kullanma gelir.

Hipoglisemide görülen belirtiler; hipoglisemiye kompanse etmek için epinefrin salgısının artmasına ve merkezi sinir sisteminin depresyonuna bağlı olarak gelişir.

Epinefrin salgısının artmasına bağlı olarak; tremor, terleme, çarpıntı, halsizlik, endişe ve açlık hissidir. Merkezi sinir sisteminin depresyonuna bağlı olarak; mental konfüzyon, huzursuzluk, görme bozuklukları, baş ağrısı, konvülsiyon, ve komadır.

Hipoglisemi oluşumunu önlemek için; diabetik bireylere, kullanılan ilaçlar, insülinin etki özellikleri, beslenme ve egzersizin kan şekeri üzerine olan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca hipoglisemi belirtileri ve hipoglisemi durumunda yapılması gerekenler de hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır.

b. Diabetik Ketoasidoz: Diabette mortalitenin en önemli nedeni olan ketoasidoz daha çok tip I diabetiklerde görülür. Diabetik ketoasidoz kötü bir glisemik kontrolü gösterir. Ketoasidozda ortaya çıkan patolojik değişiklikler; ketozis, asidoz, dehidratasyon ve elektrolit kaybıdır. Yağların enerji amacıyla kullanılması sonucu ketoasitlerin kandaki miktarı artar, buna bağlı olarak asidoz gelişir. Asidozu kompanse edebilmek için solunum hızı ve derinliği artar. Böbrekler bikarbonat iyonunu tutarak ketoasitlerin atılımını sağlar. Ancak tablo giderek ağırlaşır ve koma gelişir.

Ketoasidozda erken belirtiler; poliüri ve susamadır. Daha sonra bulantı, kusma, dehidratasyon belirtileri, abdominal ağrı, kusma ve solunum ve nefeste aseton kokusu oluşur. Tedavi edilmezse şok ve koma görülür.

c. Hiperozmolar Nonketotik Koma: Tip II diabetiklerde ağır hiperglisemiye bağlı olarak gelişen metabolik bir komplikasyondur. Hiperglisemi nedenleri arasında, fazla yemek yeme, egzersiz yapmama, oral anti diabetik ilaçlar veya insülin dozunun yetersiz olması yer alır. Ayrıca enfeksiyonlar, stres, hamilelik de kan şekerini artırır ve kan şekeri regülasyonunu bozar. Poliüri ise dehidratasyon, şok ve komaya neden olur (4, 6, 22, 25).

2.1.5.2. Diabetin Kronik Komplikasyonları:

a. Kardio-Vasküler Problemler: Diabetin makrovasküler komplikasyonları arasında serebrovasküler, kardiovasküler ve periferik vasküler hastalığı kapsar. Koroner arter hastalıkları diabetli hastaların ölümlerinin % 55'inden sorumludur. Yine felç görülme

diabetlilerde 2.5 kat daha fazladır. Ayak problemleri ve amputasyonla sonuçlanan periferik vasküler hastalıkları 2-6 kez artırır.

b. Diabetik Nefropati: Son evre böbrek yetmezliklerinin en sık rastlanan nedenlerinden biridir. Nefropatinin en erken belirtisi mikroalbüminüridir. Ayrıca böbreklerde sorunlara neden olan hipertansiyon ve dislipideminin tedavi edilmesi gerekir. İdrar yolları enfeksiyonu olan hastalarda sık sık idrar analizi yapılması önemlidir.

c. Diabetik Retinopati: Hastalıktan 25 yıl sonra hastaların % 80'inde retinopati gelişir (Tip II). Diabetik hastalara yılda bir kez göz muayenesi önerilir. Retinopatide göz dibinde kanamalar, yeni damar oluşumları, fibroproliferatif değişiklikler sonucu retinada çekilmeler ve dekolman (içeriye çökme) gelişir. Bu durum görme kaybı ile sonuçlanır. Retinopatinin ilerlemesini önlemek için glisemik kontrolün ($HbA_{1c} > \% 7$) iyi olması gerekir.

d. Diabetik Nöropati: Periferik ve otonom nöropatiler şeklinde görülür. En sık görülen nöropati periferik sensorimotor polinöropatidir ve alt ekstremiteleri etkiler. Nöropati ilerledikçe ağrı, uyuşukluk, kas güçsüzlüğü ve duyu kaybı gerçekleşir. Bu durumda alt ekstremitelerde yaralanma riski artar. Ayrıca nörojenik mesane ve impotans görülebilir. İyi glisemik kontrol nöropati gelişimini ve ilerlemesini önler.

e. Alt Ekstremitelerdeki Değişiklikler: Diabette ayak problemlerinin gelişmesinin bir çok nedeni vardır. Periferik nöropati sonucu duyu azalması, otonomik nöropati sonucu cilt kurumaları, periferik damarlarda tıkanma ve daralmalar sonucu iskemi, mikrovasküler değişiklikler sonucu kapiller kan akımının yavaşlaması bu nedenler arasında sayılabilir. Hasta eğitimi ve ayak lezyonlarının erken tanınması amputasyonları önemli ölçüde önleyebilir.

f. Enfeksiyona Yatkınlık: Diabetik hastalarda bağışıklıkta bazı değişiklikler oluşmaktadır. Diabetiklerin enfeksiyonlara yatkın oldukları kesin olarak çalışmalarla kanıtlanamamış olsa da birçok spesifik enfeksiyon hastalığının diabetiklerde sık görüldüğü de bir gerçektir. Diabetiklerde enfeksiyona yatkınlığa neden olan faktörler; diabetik bireylerin nötrofil fonksiyonlarında, kemotaksiste, lizozomal fonksiyonlarında ve kompleman sistemlerinde bozukluklar gibi immün defans mekanizmasındaki birçok defekt tanımlanmıştır (4, 6, 22, 25).

Diabetes mellitusu olan hastalarda en yaygın görülen enfeksiyon özellikle kadınlarda üriner sistem enfeksiyonudur. Diabetes mellitusu olan kadınlarda immün sistem fonksiyonlarının baskılanması (özellikle glikozüri nedeniyle polimorfonükleer lökositlerin fonksiyonlarının baskılanması) daha sık nörojenik mesanenin gelişmesi ve de anatomik yapılarının erkeklerden farklı olmasından dolayı üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artmaktadır. Otonomik nöropatiden kaynaklanan mesane stazı nedeniyle aşağıdan yukarıya doğru enfeksiyon oluşabilir ve enfeksiyonlar hasar görmüş böbrek dokusunda daha kolay gelişebilir.

2.1.6. Diabetin Kontrolü:

Diabet Tedavisinin temel amacı; kan glikoz seviyesini normoglisemik düzeyde tutmak, böylece primer olarak akut komplikasyonları önlemek, sekonder olarak kronik komplikasyonları geciktirmektir.

Kan glikoz seviyesinin istenen düzeye getirilmesi ve bunun sürdürülmesi; diyet, egzersiz, oral antidiabetikler ya da insülin tedavisi ile sağlanabilir. Diabet kontrolünün değerlendirilmesinde; kilonun (Beden Kitle İndeksi = $\text{Kg/boy}^2=20-25$ normal), tansiyonun, kan lipidlerinin, kan glikoz değerlerinin normal sınırlarda olmasının yanı sıra, diabet belirtilerinin olmaması da ölçüt olarak kullanılmaktadır (25).

2.1.6.1. Diabette Beslenmenin Düzenlenmesi: Beslenme tedavisinde amaç;

- İstenen kan glikoz hedeflerine ulaşmak
- İstenen lipid düzeylerine ulaşmak
- Uygun kilo, normal büyüme-gelişme için yeterli kalori sağlamak
- Akut ve kronik komplikasyonları önlemek,geciktirmek yada tedavi etmek

Diabetli hastaların diyeti normal sağlıklı bireylerin diyetine benzer. Diyabetik diyetin içeriği; %55 karbonhidratlar, %30 yağ, %15 protein şeklindedir. Diabette beslenme düzenlenirken; öğün zamanlaması, günlük enerji tüketimi ile yiyecek tüketimi arasında uyum ve egzersizlere göre besin tüketiminin dengelenmesi öncelikle göz önünde bulundurulmalıdır. Glikoz emilimini yavaşlatan, kan glikozunu yavaş yükselten posa bakımından zengin diyet tercih edilmelidir. Örneğin meyve suyu yerine meyvenin kendini yemek gibi. Kalori bireyin ihtiyacına ve beden kitle indeksine göre ayarlanır.

Sık sık ve azar azar beslenmek önemlidir. Diyet üç ana ve üç ara öğün şeklinde alınmalıdır.

Diabetli kişiler kalp hastalıklarına yatkındırlar, bu nedenle sigarayı bırakmaları yerinde olur, alkol alımı en aza indirilmelidir. Çünkü alkol kan glikoz seviyesini düşürür ve hipoglisemiye neden olur.

2.1.6.2. Diabette Fiziksel Aktivitenin Düzenlenmesi: Obesite ve fiziksel inaktivite özellikle tip II diabet oluşumunda risk faktörüdür ve hastalığa yakalanma olasılığını artırmaktadır. Diabetik hastalar, egzersiz veya fiziksel aktivite programına başlamak ve bunu ömür boyu yapılan bir davranış haline getirmek için cesaretlendirilmelidir.

Hastaların fiziksel kapasitesi, diabet komplikasyonlarının varlığı, kullandığı ilaçlar ve alışkanlıkları dikkate alınarak egzersizin türü, yoğunluğu ve süresi hasta ile birlikte seçilmelidir.

Diyabetliler için egzersizin derecesi ve sıklığına ilişkin bir kısıtlama yoktur. Ancak egzersiz kan glikoz seviyesini düşürür ve kardio-vasküler komplikasyonları önler. Bu nedenle düzenli aralıklarla özellikle yemek sonrası hafif yürüyüşler, bahçe işleri tavsiye edilmektedir.

2.1.6.3. Diabetin Farmakolojik Tedavisi: Farmakolojik tedavi iki şekildedir. Bunlar;

a. İnsülin Tedavisi: Özellikle tip I diabetiklerin, yaşamlarını devam ettirebilmeleri için düzenli olarak dışarıdan insülin almaları gerekmektedir. Ayrıca kan glikoz düzeyi kontrol altına alınamayan tip II diabetikler de insüline gereksinim duymaktadırlar. İnsülin tip II diabette oral antidiabetik ilaçlarla birlikte kullanılabilirdiği gibi tek başına da güvenle kullanılabilir. Etki sürelerine göre insülinler; *kısa etkili insülinin* etki süresi 4-8 saattir, *orta etkili insülinin* etki süresi 8-12 saattir, *uzun etkili insülinin* etki süresi 12-20 saattir.

Günde iki kez insülin uygulaması en sık kullanılan yöntemdir. Bu uygulamada kısa ve orta etkililer bir arada kullanılır ve uygulamalar sabah, akşam ana öğünden 30 dakika önce subkütan (deri altına) olarak yapılmaktadır.

Yoğun insülin tedavisinin daha iyi glisemik kontrolü sağladığı ve komplikasyonları önlediği bilinmektedir. Yoğun insülin tedavisi; günde 4 kez insülin enjeksiyonunu ve bireyin kendi kendine günlük kan glikozu ölçümü ile insülin dozunun ayarlanmasını

gerektirir. Buda hastanın eğitilmesi ve yeterliliği ile ilgilidir. Bu uygulamanın en önemli riski hipoglisemidir.

İnsülin tedavisinin hipoglisemi dışındaki diğer yan etkileri; kilo artışı, immünolojik reaksiyonlar (alerji, antikor oluşumu, insülin direnci), lipodistrofiler, hipertrofiler, dawn fenomeni (erken sabah hiperglisemisi, büyüme hormonu etkisiyle), somogy fenomeni (Post hipoglisemik hiperglisemi)' dir. İnsülin hazırlanması, enjeksiyon bölgesinin doğru seçilmesi, doğru enjeksiyon ve asepsi konusunda diabetiklerin eğitimi önemlidir.

b. Oral Antidiabetik İlaçlarla Tedavi: Tip II diabette hipergliseminin ve metabolik bozuklukların, beslenme ve egzersizle kontrol altına alınamadığı durumlarda oral antidiabetik ilaçlar kullanılmaktadır. Oral antidiabetik ilaçlar ve etkilerine bakıldığında; İnsülin sekresyonunu artıranlar (Sulfanilüre), karaciğer glikoz üretimini azaltanlar (Biguanid), glikozun barsaktan emilimini yavaşlatanlar (alfaglikozidaz inhibitörleri), yemek zamanı insülin sekresyonunu artıranlar (Meglitinidine), dokuların insüline duyarlılığını artıranlar (Thiazolidinedin) gibi çeşitli grupları olduğu görülmektedir.

c. Ayrıca diabetik hastalarda komplikasyonlara yönelik uygun tedavinin düzenlenmesi de önem taşımaktadır. Örneğin; hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları gibi (4, 6, 22, 25).

2.2. ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARI

Üriner sistem; böbrekler, üreterler, mesane ve üretradan oluşur. Böbrekler sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesini sağlayarak, vücudun hemostatik dengesini düzenler. Üre ve kreatinin gibi atık maddeleri vücuttan uzaklaştırırlar (22).

Üriner sistem enfeksiyonları yenidoğan döneminde % 0.5 oranında görülürken, erişkinlik döneminde özellikle de sık cinsel ilişkide bulunan kadınlarda bu oran % 4-8'e kadar ulaşmakta, erişkin erkeklerde %05 oranındadır. Üriner sistem enfeksiyonlarının her iki cinsten de 60 yaş üzerinde görülme sıklığı artış göstermekte ve kadınlarda % 10-20'ye, erkeklerde % 2'ye ulaşmaktadır (3, 14).

Üriner sistem enfeksiyonları alt ve üst üriner sistem enfeksiyonları olmak üzere ikiye ayrılır. İdrarda bakteri bulunmasına bakteriüri denir. İdrarda bakteriüri (10^3 - 10^5 koloni) ve klinik semptomları (ateş, dizüri, idrara sıkışma) olan hastalar üriner sistem enfeksiyonu olarak değerlendirilir. İdrar kültüründe 10^5 koloni bakteri üremesi ve hiçbir klinik semptomun olmaması asemptomatik bakteriüri olarak değerlendirilmektedir (14).

Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE), insanlardaki en yaygın bakteriyel enfeksiyondur. Üriner sistem enfeksiyonlarında en sık rastlanan mikroorganizmalar aerobik gram negatif çomaklar (*E. coli*, *P. mirabilis*) ve gram pozitif koklardır (stafilokoklar, enterokoklar). Bunlardan başka, özellikle üretrada enfeksiyona neden olan ve adi besiyerlerinde üremeyen *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* ve mikoplazmalar gibi patojenler de üriner sistemde saptanabilmektedir. Ayrıca mantarlar da dahil olmak üzere diğer mikroorganizmaların pek çoğu üriner enfeksiyon oluşturabilirler. Akut enfeksiyonlarda genellikle tek patojen izole edilirken, kronik enfeksiyonlarda (nörojenik mesane, vezikoenterik fistül gibi komplike durumlarda) iki veya daha fazla patojen saptanabilir (2, 14).

Predispozan faktörler arasında üriner sistem anomalileri, obstrüksiyonlar, üriner sistem taşları, diabetes ve hiperürisemi gibi metabolik bozukluklar, gebelik, ağrı kesici ilaç alışkanlığı ve üriner sistemdeki yabancı cisimler (kateter, stent gibi) sayılabilir (2).

Enfeksiyon etkenleri üriner sisteme en sık asendan yolla gelirler. Mesane, prostat, böbrek, vezikula seminalis ve epididim enfeksiyonları bu yolla gelişebilir. Hematojen yolla böbrekler, prostat ve testis enfekte olabilir (tüberküloz, renal veya perirenal abse). Lenfojen erişim barsak ve serviks lenfatikleri yoluyla en sık mesane ve böbreklere olur. Enfeksiyon etkenleri direkt yolla da, örneğin barsaklardan mesaneye geçebilirler (25, 38).

2.2.1. Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Klinik Şekilleri

2.2.1.1. Akut Pyelonefrit: Böbrek pelvisini ve parankimini tutan enfeksiyöz ve enflamatuvar bir hastalıktır. En sık etkenler *E. coli*, *proteus* ve *klebsiella* türleridir. En sık asendan yolla gelişir, kadınlarda daha sık görülür.

Klinik belirti ve bulgular: Akut pyelonefrit, alevli seyreden bir hastalıktır. Halsizlikle birlikte akut hastalık tablosu vardır. Ateş, titreme ile 38°C'nin üzerine çıkar. Kostovertebral bölgede künt özellikte sürekli ağrı vardır ve muayenede bu bölgede duyarlılık saptanır. Abdominal distansiyon, rebound hassasiyet, barsak seslerinde azalma belirtileri görülebilir. Hastalarda aynı zamanda idrarla ilgili yakınmalar ve pyuri vardır.

Diabetik veya immünitesi bozuk hastalarda kötü seyirli amfizematöz pyelonefrite dönüşebilir. Akut pyelonefrit, yetersiz tedavi edilirse kronik pyelonefrite dönüşüp,

kalıcı renal hasar (skar) oluşturarak kronik böbrek yetmezliği nedeni olabilmektedir (5, 6).

2.2.1.2. Kronik Pyelonefrit: Akut pyelonefritten daha ağır seyreder. Belirtiler daha şiddetlidir. Komplikasyonları hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliğidir (5, 6).

2.2.1.3. Ksantogranümatöz Pyelonefrit: Nadir görülen kronik bakteriyel bir enfeksiyondur. En sık etkenler *P. mirabilis* ve *E. coli*'dir. Orta yaşlı kadınlarda daha sıktır. Hastaların öykülerinde genellikle taş, üriner obstrüksiyon, diyabet ve geçirilmiş ürolojik operasyonlar bulunur. Hastalarda kostovertebral açısı hassasiyeti, hipertansiyon ateşi, ağrı, idrar yakınmaları, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı belirtileri bulunmaktadır.

2.2.1.4. İntrarenal Abseler: İntrarenal abseler iki türde görülmektedir;

a. Renal Kortikal Apse (Karbünkül): Etken, % 90 oranında *Staphylococcus aureus*'tur. Böbreğe, başka bir enfeksiyon odağından hematogen yayılma ile gelir.

b. Renal Kortikomedüller Apse: Etken mikroorganizmalar, karbünkülün aksine asendan yolla gelen *E. coli*, *Klebsiella* ve *Proteus*'tur. Kortikomedüller apse insidansı yaşla artar ve kadınlarla erkeklerde aynı oranda görülür. Klinik belirti ve bulguları akut pyelonefrit benzer.

2.2.1.5. Perinefrik Apse: Perinefrik abseler, intrarenal abselerin dışarıya rüptürü ile gelişir. Etken genellikle stafilokoklar, *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* gibi mikroorganizmalardır (6).

2.2.1.6. Üreterin Nonspesifik Enfeksiyonları: Üreter lümeninin izole enfeksiyonuna rastlanmaz. Üreterit, genellikle bakteriyel pyelonefrit veya enfekte mesanede idrarın veziköüreteral reflüsüne eşlik eder. Çoğunlukla az semptom verir ve klinik önemi yoktur. Mesane veya böbrekteki enfeksiyon tedavi edildiğinde üreterdeki enflamasyon da sekel bırakmadan kaybolur.

2.2.1.7. Akut Sistit: Akut sistit, mesanenin bakteriyel enfeksiyona bağlı diffüz enflamasyonudur. Gram negatif basillerden *E. coli*, akut sistitlerin % 80'inden sorumludur. *Proteus*, *Klebsiella*, Eterokoklar, *Serratia* ve *Pseudomonas*lar gibi diğer gram negatif çomaklar, komplike olmayan enfeksiyonların az bir kısmından sorumludur.

Klinik belirtiler: Bakteriyel sistitte en sık rastlanan semptomlar grubu dizüri, pollakuri, urgency (ani sıkışma) ve suprapubik ağrıdır. Bulantı, ateş, halsizlik, titreme gibi üst üriner sistem enfeksiyonu belirtileri yoktur. İdrar kötü kokulu ve bulanıktır. Mikroskobik ya da makroskobik hematüri vardır (1).

2.3. KİŞİSEL HİJYEN

Hijyen kelimesi sözlükte “sağlam, sağlıklı” anlamına gelmektedir. Hijyen Bilimi; birey ve toplumlarda sağlığın korunması, devam ettirilmesi ve yükseltilmesi için gerekli bilgi ve uygulamaları içerir. İyi bir kişisel hijyenin anlamı bireyden bireye farklılık gösterir. Kültür, sosyal durum, ekonomik durum, eğitim, aile ve kişilik bireyin hijyenik alışkanlıklarını etkilemektedir.

Vücudun tüm yüzeylerini saran en büyük organ deridir. Terleme, yağ bezi atıkları, üre, amonyum, sodyum, ölü epitel hücreler ve dış ortamla temas sonucu deri; en çok kirlenen ve kişisel hijyen alanında en önemli yeri olan organımızdır. Deri sağlığını korumanın ve kokuları uzaklaştırmanın en kolay yolu yıkanmaktır. Sağlık açısından her gün yada gınaşırı, sabun ve sıcak su ile duş şeklinde yıkanmak önerilmektedir. Yıkama imkanlarının yetersiz olduğu durumlarda koltuk altları, göğüs altları, perine, boyun ve ayakların her gün yıkanması hijyen açısından önemlidir. Ayrıca iç çamaşırı ve çoraplar her gün değiştirilmesi ve pamuklu iç çamaşırı kullanılması önerilmektedir (33).

Kadınlarda perine; önde mons pubis, arkada anüs ve ortada vulva (Üretral meatüs, vajinal meatüs, labia majörler ve minörler)’dan oluşmaktadır. Perinedeki genital, üriner ve anal yolun her biri farklı floraya sahip, farklı ve özel yapılarıdır. Özellikle enfeksiyonlardan korunmak için vulva bölgesinde biyolojik savunma sistemleri bulunmaktadır. Kadınlarda üretra, vajina ve anüsün birbirine yakınlığı ayrıca üretranın kısa olması perineal bakterilerin üretraya ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Mesane ve barsak boşaltımından sonra temizlenme yönteminde bu anatomik komşuluk esas alınmalıdır. Tuvaletten sonra perineyi yıkama ve kurulama şeklinin uygun olmayışı, E. Coli enfeksiyonlarının meydana gelmesinde etken olabilmektedir (33, 38).

Vücut salgılarını, atıklarını ve geçici mikroorganizmaları vücuttan uzaklaştırmak, kötü kokuları gidermek, perine bölgesinin sağlığını sürdürmek ve geliştirmek; doğru ve yeterli hijyenik uygulamalarla mümkündür. Perine bölgesi vücudun en sıcak ve en nemli bölgesidir, dolayısıyla mikroorganizmaların üremesi ve çoğalması için uygun ortam hazırlamaktadır (33).

Perine temizliği, önden arkaya doğru (el anüse değdirilmeden önce ön taraf, daha sonra arka taraf) su ile yapılmalıdır ve günde en az bir kez perine temizliği yapılmalıdır. Yıkama sırasında sabun kullanılmamalıdır. Sabun kullanımı perine bölgesinin biyolojik savunma yollarını bozarak ve ciltte tahrişlere neden olarak, mikroorganizmaların daha kolay yerleşmesine ve üremesini sağlamaktadır. Eğer perine temizliği ters yönde yapılırsa feçeste bulunan mikroorganizmaların vulvadaki diğer yapılara (vajinal ve üretral meatüsa) taşınması ve enfeksiyon gelişmesine neden olabilmektedir. Mesane ve barsak boşaltımından sonra perinenin önden arkaya doğru temizliğinin yapılması ve tuvalet kağıdı ile önce ön (vulva) sonra arka (anüs) bölgenin kurulanması, iç çamaşırının da kuru ve temiz olması perinenin kuru ve temiz tutulması açısından önemlidir. Tuvalet kağıdı yerine taharet bezi kullanılması ve bu bezlerin tekrar, tekrar kullanılması mikroorganizmaların bu bezlerde kolonizasyonuna ve ürogenital enfeksiyonlara neden olmaktadır. Ayrıca sık cinsel ilişki ve cinsel ilişkiden sonra vajeni yıkama ürogenital enfeksiyon riskini artırmaktadır (39, 40).

Perine hijyeninde; kullanılan iç çamaşırının her gün değiştirilmesi, beyaz, pamuklu ve sıkmayan iç çamaşırının tercih edilmesi, sıcak su ve deterjanla yıkandıktan sonra mutlaka kaynatılması, çamaşır suyunda bekletilmesi yada ağ kısmının ütülenmesi önerilmektedir (40, 41).

Menstruasyon (adet görme) hijyeni; menarjla başlayıp menapoza kadar devam edecek olan aylık kanamalarda, bedenen ve ruhen sağlıklı olabilmek için dikkat edilecek temizlik kurallarını ve bazı önlemleri içerir. Menstruasyon kanının perineal bölgeden temizliğinin ihmal edilmesinin, ortamda mikroorganizmaların yerleşip üremesi için zemin hazırlayarak, enfeksiyonlara neden olduğu bilinmektedir. Perine temizliğine bu dönemde daha fazla önem verilmelidir. Banyo menstruasyon döneminde de duş şeklinde yapılmalıdır (41- 43).

Menstruasyon döneminde, parfümsüz, beyaz, güvenilirliği yüksek, temiz, tek kullanımlık hijyenik pedlerin kullanılması önerilmektedir. Ekonomik imkanların yetersiz olduğu durumlarda ise; menstruasyon dönemi için özel hazırlanmış (evde dikilmiş bez) bezler kullanılması önerilmekle beraber, bu bezlerin temizliğinde sıcak su ve deterjanla yıkandıktan sonra mutlaka kaynatılması, çamaşır suyunda bekletilmesi yada ütülenmesi, güneş ışığından faydalanılarak kurutulması ve rastgele bir malzemenin kullanılmaması önemle vurgulanmaktadır (42, 44).

Ped değiştirme sıklığı, kötü kokuların oluşması ve enfeksiyon etkenlerinin üremelerini önlemek için iki-dört saati geçmemelidir. Menstruasyon döneminde hangi materyal kullanılırsa kullanılsın eğer 2-4 saatte bir değiştirilmezse materyal üzerinde mikroorganizmalar çok hızlı bir şekilde üreyerek enfeksiyonlara ve hoş olmayan kokulara neden olabilmektedir (43, 46).

Kişisel hijyen ve perine hijyeni tedbirlerinin başında el-perine ilişkisi gelmektedir. Eller vücutta en çok kirlenen ve mikroorganizmalarla en çok temas eden organlardır. Eller tuvaletten önce ve sonra, yemekten önce ve sonra, kirlendiği fark edildiğinde yada kirli olduğu düşünölen bir yüzeyle temas edildiğinde sabunla ve bol su ile yıkanmalı ve durulanmalıdır. El yüzeyinde bulunan geçici mikroorganizmaların % 99'u ellerin (Tırnak içleri, yüzük altları, parmak araları, bileklerde dahil) su ve sabunla iyice ovularak, en az bir dakika süreyle yıkanmasıyla uzaklaştırılabilmektedir (9, 43- 46).

Günlük ped kullanımı genellikle ya vajinal akıntı yada idrar kaçırma sorunu nedeniyle tercih edilmektedir. Bu sorunların nedeninin araştırılması ve tedavisi daha önemlidir.

Kadınlarda üriner inkontinansın en yaygın görölen tipi öksürme, gülme, ağır kaldırma gibi aktiviteler sırasında oluşın stres üriner inkontinansı (SÜİ)'dir. Yaşam kalitesini bozarak bireyin sosyal yaşamını kısıtlayan ve psikolojik sorunlara neden olan üriner inkontinans tüm yaş grubundaki kadınları etkileyebilmektedir. Yaşlı kadın popölasyonunda üriner inkontinans prevalansı % 34-50 oranında daha fazladır. Menapozla birlikte idrar kaçırma sıklığı artmaktadır (47- 49).

Normal vajinal akıntı berraktır ve sıvı yumurta akını andırır, koku yapmaz. Bu ıslaklığın kıvamı yumurtlama dönemi sırasında biraz değişir ve sıvılaşıabilir, yeşil yada sarı renkte kokulu bir akıntının olması, kaşıntı ve yanmanın olması vajinal bir enfeksiyonu düşöndürür. Vajinal akıntı gebelik döneminde, yaşlılıkta, ameliyatlardan sonra, uzun süreli antibiyotik kullanımından sonra, doğum kontrol hapi kullananlarda, kanserli, diyabetli hastalar ve şişmanlarda daha sık görölür (50).

Günlük ped kullanırken hijyen koşullarına uymamak enfeksiyon nedenidir. Günlük ped kullanımında beyaz, kokusuz, tek kullanımlık ped tercih edilmesi ve bu bezlerin sık aralıklarla değiştirilmesi önerilmektedir (45, 50).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine başvuran Tip I ve Tip II Diabetes Mellituslu kadınların hijyenik alışkanlıkları ve üriner sistem enfeksiyonu görülme durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Kayseri il merkezindeki Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğinde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi 1000 yataklı olup toplam 348 hemşire çalışmaktadır. Hastanede Beyin Cerrahi, Dahiliye, Dermatoloji, Fizik Tedavi, Genel Cerrahi, Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi, Göz, İntaniye, Kadın Doğum, Kulak Burun Boğaz, Nöroloji, Ortopedi, Pediatri, Plastik Cerrahi, Psikiyatri, Üroloji, Yanık Servisleriyle birlikte Beyin Cerrahi, Genel Cerrahi, Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi, Dahiliye Yoğun Bakım Üniteleri bulunmaktadır. Ayrıca tüm bölümlerle ilgili

poliklinikler, anjiyografi, çocuk onkolojisi, nükleer tıp ve laboratuvar bölümleri yer almaktadır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi endokrinoloji polikliniği dahiliye poliklinikleri içerisinde iki odadan oluşmaktadır ve her odada bir asistan, bir intern hekim bulunmaktadır. Bütün dahiliye polikliniklerinde sadece bir hemşire (08-16 vardiyası) çalışmakta ve endokrinoloji polikliniğine gelen hastalar herhangi bir hemşirelik hizmeti almamaktadırlar.

Endokrinoloji polikliniğine her gün 10-20 hasta başvurmakta olup bunun yaklaşık olarak % 50'sini diabetik hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalar genellikle polikliniğe ya yeni tanı konulması için ya kontrol için ya da herhangi bir sorunu olduğu için başvurmaktadır. Hastalar sabah muayene olmakta, öğleden sonra da kontrollerini yaptırmaktadırlar. Poliklinikte reçete yazılmakta ve sorulduğu zaman ilaçlar hakkında hekim tarafından bilgi verilmektedir. İnsulin doz ayarlaması (enjektöre çekme) ve uygulama şeklinin eğitimi hastanenin Dahiliye II Endokrinoloji Servisi sorumlu hemşiresi tarafından yapılmaktadır. Hastalar için özel olarak düzenlenmiş bir eğitim programı bulunmamaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi endokrinoloji polikliniğinde bir yıllık sürede muayene olan Tip I ve Tip II Diabetes Mellituslu tüm kadın hastalar oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Bir yıl içindeki toplam vaka sayısının tam olarak bilinmemesi nedeniyle örneklem sayısı;

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (% 5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (% 95)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (% 5)

$n=t^2pq/d^2$ formülü kullanılarak 73 kadın olarak tespit edilmiştir. Ancak evreni daha iyi temsil edebileceği düşünüldüğü için 170 kadın örneklem kapsamına alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

On sekiz yaş üstü, iletişim kurabilen, ön uygulamaya alınmayan kadınlar örneklem kapsamına alınırken, üriner sistem enfeksiyonu görülme sıklığını etkileyeceği düşünülen; gebeler, diabete ek olarak bağışıklık sistemini baskılayacak kronik bir hastalığı olan, üriner sistem anomalisi olan, son bir ay içerisinde antibiyotik tedavisi almış olan ve hastanede yatan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması:

Araştırmanın verileri Tip I ve Tip II Diabetes Mellitus'u olan kadın hastaların hijyenik alışkanlıkları ve üriner sistem enfeksiyonu görülme durumunu belirlemeye yönelik hazırlanan anket formu (Ek-1) ile toplanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması yapılarak geliştirilmiştir. Anket formu Tip 1 ve Tip 2 Diabetes Mellituslu kadınların tanıtıcı bilgilerini, üriner sisteme ve diabete ilişkin özelliklerini, daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumlarını ve hijyen uygulamalarını belirleyecek 37 sorudan oluşmuştur.

3.6.2. Ön Uygulama:

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun işlerliğini belirlemek amacıyla, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine başvuran Tip I ve Tip II Diabetes Mellituslu 10 kadın hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması:

Çalışmanın yapılabilmesi için önce etik kurul onayı alınmıştır (Ek-2). Anket formu araştırmacı ve araştırmacı tarafından eğitilen bir anketörle birlikte uygulanmıştır. Anketör Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi Endokrinoloji servisinde çalışan hemşirelerden seçilmiştir ve anketöre araştırmanın amacı, anket formunun içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Etik kurul onayı alındıktan sonra kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve sözlü onayları alınmıştır. Anket formu araştırmacı ve anketör

tarafından kadınlarla yüz yüze görüşme yapılarak ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak doldurulmuş ve uygulama öncesi kadınların vücut ısılarına da bakılmıştır. Anket formu doldurulduktan sonra kadınlara, araştırmacı tarafından hazırlanan ve hijyenik alışkanlıklarla ilgili gerekli bilgileri içeren bilgi formu (Ek-3) verilmiştir. Veriler; 11.11.2002-27.05.2003 tarihleri arasında, hafta içi her gün, 08.30-12.00 saatlerinde polikliniğe başvuran 237 kadın hastadan; 97'si araştırma sınırlılıklarına girdiği için, 14'ü tahlillerini yaptırmadığı için örnek dışı bırakılmış, değerlendirme 156 hasta üzerinden yapılmıştır. Kadınların tamamı görüşmeyi kabul etmişlerdir. Görüşmeler poliklinik odasında ve görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda yapılmıştır. Laboratuvar testleri endokrinoloji hekiminin istemi ile diabetlilerin rutin kontrolleri için yapılmış, yalnız idrar kültürü ve HbA1c testi bu araştırma için yaptırılmış ve bu testlerin sonuçları hasta dosya kayıtlarından alınmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayara ortamına aktarılmış ve verilerin istatistiksel değerlendirmesinde yüzde olarak hesaplama, dört gözlü ve çok gözlü düzenlerde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (2, 3, 8, 12, 34, 36, 37, 39, 41, 50, 51);

İdrar kültüründe 10^5 koloni (cfu/ml) bakteri üremesinin olması ve hiç bir üriner sistem enfeksiyonu semptomu (Ateş/dizüri) olmaması *asemptomatik bakteriüri* olarak, idrar mikroskopisinde piyüri ve üriner sistem enfeksiyonu semptomları olan hastalarda idrar kültüründe 10^4 koloni bakteri üremesi *üriner sistem enfeksiyonu* olarak,

İdrar tahlilinde (TİT) lökosit sayısı ≥ 10 olan kadınlar *pyüri var* olarak, lökosit sayısı ≤ 10 olan kadınlar ise *pyüri yok* olarak,

HbA1c değeri; % 3.5-6 *normal*, % 6-7.5 *kabul edilebilir*, % 7.6 ve üstü *yüksek değer* olarak;

Ateş değeri; $36-36.7^{\circ}\text{C}$ *normal*, $36.8-37.8^{\circ}\text{C}$ *subfebril ateş*, 37.8 ve üzere *hipertermi* olarak;

Günlük ya da gınaşırı banyo yapan ve iç çamaşırı değiştiren, pamuklu iç çamaşırı kullanan bireylerin vücut hijyeni alışkanlıkları *uygun*, bu uygulamalardan herhangi birini yapmayanların vücut hijyeni alışkanlıkları *uygun değil*;

Perine bakımı yaparken; taharetlenmeyi önden arkaya doğru yapan, sabun kullanmayan, tuvalet kağıdı ile kurulama yapan ve tuvaletten sonra ellerini yıkayan kadınların tuvalet hijyeni alışkanlıkları *uygun*, bu uygulamalardan herhangi birini yapmayanların tuvalet hijyeni alışkanlıkları *uygun değil*;

Beyaz, kokusuz, tek kullanımlık hazır ped kullanan ve uygun sıklıkta değiştiren(en az 4 saat arayla), evde dikilmiş ped kullananların ise bu pedleri uygun koşullarda yıkayan ve uygun sıklıkta değiştirenlerin menstruasyon hijyeni *uygun*, bu uygulamalardan herhangi birini yapmayanların menstruasyon hijyeni *uygun değil*;

Beyaz, kokusuz, tek kullanımlık günlük hijyenik ped tercih eden ve bu bezleri sık aralıklarla değiştiren kadınların günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıkları *uygun*, bu uygulamalardan herhangi birini yapmayanların günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıkları *uygun değil*;

Sık cinsel ilişkiye girmeyen (Haftada bir ya da daha seyrek) ve cinsel ilişkiden sonra vajeni yıkamayan kadınların cinsel hijyen alışkanlıkları *uygun*, bu uygulamaların dışında kalanların cinsel hijyen alışkanlığı *uygun değil* olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde Ek-1’de sunulan anket formundan elde edilen bulgular verilecek ve tartışılacaktır.

Tablo 4.1. Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş Grubu		
18-33	8	5.0
34-49	54	34.7
50-65	70	44.9
66 ve üstü	24	15.4
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil-Okur yazar	71	45.5
İlköğretim	56	35.9
Lise ve Yüksek öğretim	29	18.6
Medeni Durumu		
Evli	116	74.4
Bekar	5	3.2
Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	35	22.4
Yaşadığı Yer		
İl	112	71.8
İlçe	29	18.6
Köy	15	9.6
Kendi İfadesine Göre Gelir Durumu		
İyi	39	25.0
Orta	107	68.6
Kötü	10	6.4
N	156	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de görülmektedir. Kadınların % 44.9’u 50-65 yaş grubunda, % 45.5’i okur yazar değil ya da okur yazar, % 74.4’ü evli, % 71.8’i il merkezinde yaşamakta, kendi ifadelerine göre % 68.6’sının gelir durumu orta ve tamamının sosyal güvencesi vardır.

Tablo 4.2. Araştırma kapsamına alınan kadınların diabete ilişkin özelliklerine göre dağılımı.

Diabete İlişkin Özellikler	Sayı	%
<u>Tanı Süresi</u>		
0-6 yıl arası	76	48.7
7-12 yıl arası	48	30.8
13 yıl ve üzeri	32	20.5
<u>DM İçin Kullanılan Tedavinin Türü</u>		
İlaç kullanmayan	18	11.5
Oral antidiabetik ilaç kullanan	83	53.2
İnsülin	46	29.5
İnsülin + Oral antidiabetik ilaç kullanan	9	5.8
<u>HbA1c Değeri</u>		
Normal	35	22.4
Kabul edilebilir	45	28.8
Yüksek	76	48.8
N	156	100.0

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınan kadınların diabete ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Kadınların diabet tanısı konulma süresine bakıldığında; % 51.3’üne 7 ve üzeri yıl, % 48.7’sine 6 ve daha az yıl önce tanı konulmuştur. Kadınların sadece % 11.5’inin ilaç tedavisi kullanmadığı, % 88.5’inin ise oral antidiabetik (% 53.2), insülin (% 29.5) ya da her ikisini birlikte (% 5.8) kullandığı ve % 48.8’nin HbA1c değerinin yüksek sınırlarda olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Araştırma kapsamına alınan kadınların vücut hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı.

Vücut Hijyeni Alışkanlıkları	Sayı	%
<u>Banyo Yapma Sıklığı</u>		
15 günde bir	9	5.8
Haftada bir	56	35.9
Haftada iki	44	28.2
Günaşırı-Her gün	47	26.1
<u>Kullanılan İç Çamaşırı Türü</u>		
Penye /pamuklu	147	94.2
Naylon /saten	1	0.6
Pazen /basma	8	5.2
<u>İç Çamaşırı Değiştirme Sıklığı</u>		
Günlük-Günaşırı	62	39.7
3 günde bir kez	56	35.9
Haftada bir kez	36	23.1
15 günde bir kez	2	1.3
N	156	100.0

Tablo 4.3'te araştırma kapsamına alınan kadınların vücut hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Çalışma grubundaki kadınların, günlük ya da günaşırı duş alma ya da banyo yapma oranı % 26.1 iken, grubun çoğunluğu (% 73.9) daha seyrek banyo yapmaktadır.

Kadınların % 94.2'sinin beyaz penye ya da pamuklu iç çamaşırı kullandığı, %39.7'sinin günlük ya da günaşırı iç çamaşırı değiştirdiği, % 60.3'ünün iç çamaşırını uygun sıklıkta değiştirmedeği saptanmıştır.

Tablo 4.4. Araştırma kapsamına alınan kadınların tuvalet hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı.**N:156**

Tuvalet Hijyeni Alışkanlığı	Sayı	%
<u>El Yıkama Zamanı</u> (*n:156)		
Tuvaletten sonra	97	62.2
Tuvaletten önce ve sonra	59	37.8
<u>Taharetlenme Alışkanlığı</u> (*n:156)		
Var	151	96.8
Yok	5	3.2
<u>Taharetlenme Şekli</u> (*n:151)		
Önden arkaya	75	49.6
Arkadan öne, Önden arkaya +sabun, Arkadan öne+sabun	76	50.4
<u>Taharet Bezi Kullanma Alışkanlığı</u> (*n:156)		
Var	70	44.9
Yok	86	55.1
<u>Taharet Bezi Yıkama Sıklığı</u> (*n:70)		
Her gün	15	21.4
Günaşırı	15	21.4
3 günde bir kez	25	35.8
Haftada bir kez	6	8.6
Atıyor	7	10.0
Diğer	2	2.8

* Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların tuvalet hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.4’te görülmektedir.

Kadınların % 62.2’si tuvaletten sonra, % 37.8’i hem tuvaletten önce hem de tuvaletten sonra ellerini yıkadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların neredeyse tamamına yakın oranının (% 96.8) taharetlenme alışkanlığı vardır. Ancak % 54.4’ünün taharetlenme şeklinin uygun olmadığı, % 44.9’unun taharetlenmede tuvalet kağıdı yerine taharet bezi kullandığı ve % 35.7’sinin bu bezleri biriktirerek üç günde bir yıkadıkları ve birkaç defa kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Araştırma kapsamına alınan kadınların adet dönemindeki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Adet Dönemindeki Hijyenik Alışkanlıklar	Sayı	%
**Kullanılan Ped (*n:61)		
Evde dikilmiş bez	31	50.8
Hazır ped	35	57.4
Gazlı beze sarılmış pamuk	2	3.3
Kullanılan Pedin Temizlenme Şekli (*n:31)		
Çamaşır makinesinde	12	38.8
Elle+sıcak su+sabun	2	6.4
Elle+sıcak su+sabun+kaynatarak&çamaşır suyu-atıyor	17	54.8
Değiştirme Sıklığı (*n:61)		
2 saatte bir kez	10	16.4
4 saatte bir kez	5	8.2
6 saatte bir kez	12	19.7
8 saatte bir kez	11	18.0
Günde iki kez	18	29.5
Günde bir kez	5	8.2

* Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır

** Birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların adet dönemindeki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4. 5'te yer almaktadır.

Kadınların 95'i (% 60.9) menopozda, 61 ise (%39.1) adet görmektedir. Adet gören kadınların % 57.4'ü hazır ped, % 50.8'i evde dikilmiş bez, % 3.3'ü ise gazlı beze sarılmış pamuk kullandığını ifade etmişlerdir. Evde dikilmiş bez kullananların bu bezleri temizleme şekline bakıldığında; % 54.8'inin elde sıcak su ve sabunla ya kaynatarak ya da çamaşır suyunda bekleterek temizlediği ya da kullandıktan sonra attığı görülmektedir. Adet gören kadınların % 76.4'ünün pedlerini 6 saat ve üzerinde değiştirdikleri saptanmıştır.

Tablo 4.6. Araştırma kapsamına alınan kadınların günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Günlük Ped Kullanımındaki Hijyenik Alışkanlıklar	Sayı	%
Günlük Ped (*n:156)		
Kullanan	71	45.5
Kullanmayan	85	54.5
Günlük Ped Türü (*n:71)		
Hazır ped	1	1.4
Pamuk	3	4.2
Evde dikilmiş bez	64	90.1
Tuvalet kağıdı/kağıt havlu	3	4.2
Günlük Ped Değişirme Sıklığı		
15-20 dakikada bir	1	1.4
2 saatte bir	2	2.8
4 saatte bir	7	9.9
6 saatte bir	3	4.2
8 saatte bir	3	4.2
Günde bir kez	35	49.3
Günde iki kez	6	8.5
2-3 günde bir kez	14	19.7
**Günlük Ped Kullanma Nedeni		
Vajinal akıntı	22	31.0
İdrar kaçırma	37	52.1
Alışkanlık	15	21.1

* Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır

**Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4. 6'da araştırma kapsamına alınan kadınların günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 45.5'i günlük ped kullandıkları, günlük ped kullanan kadınların % 90.1'i evde dikilmiş ve rastgele seçilmiş bez kullandıkları ve % 85.9'unun uygun sıklıkta değişim yapmadıkları görülmektedir. Kadınların % 83.1'inin yoğun vajinal akıntı ve idrar kaçırma şikayeti nedeniyle günlük ped kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma kapsamına alınan evli kadınların cinsel hijyen alışkanlıklarına göre dağılımı.

Cinsel Hijyen Alışkanlıkları	Sayı	%
<u>Cinsel İlişki Sıklığı (*n: 116)</u>		
Günaşırı	2	1.7
Haftada iki kez	10	8.6
Haftada bir kez	42	36.2
15 günde bir	28	24.1
Ayda bir	22	19.0
3-4 ayda bir	1	0.9
İlişkiye girmiyor	11	9.5
<u>**Vajeni Yıkama Alışkanlığı (*n: 108)</u>		
Var	88	78.4
Yok	20	21.6
<u>Vajeni Yıkama Şekli (*n: 88)</u>		
Su	58	65.9
Su + sabun	30	34.1

*Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

** Evli olmadığı halde 3 kadının vajeni yıkama alışkanlığı var.

Araştırma kapsamına alınan kadınların cinsel hijyen alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.7’de görülmektedir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların % 89.7’si haftada bir kez ve daha seyrek cinsel ilişkide bulunmakta, cinsel ilişkide bulunan kadınların % 78.4’ü cinsel ilişki sonrası vajeni yıkamakta, cinsel ilişki sonrası vajeni yıkayan kadınların % 34.1’i su ve sabun kullanmaktadır.

Tablo 4.8. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Hijyenik Alışkanlıklar	Yaş Grubu				Toplam		Test
	18-49		50 ve üzeri				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Vücut Hijyeni Alışkanlıkları</u>							
Uygun	42	67.7	23	24.5	65	41.7	χ^2 : 28.78 P<0.001
Uygun Değil	20	32.3	71	75.5	91	58.3	
Toplam	62	100.0	94	100.0	156	100.0	
<u>Tuvalet Hijyeni Alışkanlıkları</u>							
Uygun	32	51.6	25	26.6	57	36.5	χ^2 : 10.08 P<0.001
Uygun Değil	30	48.4	69	73.4	99	63.5	
Toplam	62	100.0	94	100.0	156	100.0	
<u>Cinsel Hijyen Alışkanlıkları</u>							
Uygun	12	23.1	9	16.1	21	19.4	χ^2 : 0.845 P>0.05
Uygun Değil	40	76.9	47	83.9	87	80.6	
Toplam	52	100.0	56	100.0	108	100.0	
<u>Adet Dönemi Hijyenik Alışkanlıklar</u>							
Uygun	19	36.5	4	44.4	23	37.7	χ^2 : 0.204 P>0.05
Uygun Değil	33	63.5	5	55.6	38	62.3	
Toplam	52	100.0	9	100.0	61	100.0	
Günlük Ped Kullanmadaki Hijyenik Alışkanlıklar							
Uygun	2	6.7	3	7.3	5	7.0	χ^2 : 0.011 P>0.05
Uygun Değil	28	93.3	38	92.7	66	93.0	
Toplam	30	100.0	41	100.0	71	100.0	

* Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve vücut-tuvalet-cinsel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde; 18-49 yaş grubu kadınların % 67.7’sinin vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 51.6’sının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, % 23.1’inin cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve adet dönemi-günlük ped kullanmadaki hijyenik alışkanlıkları değerlendirildiğinde; 18-49 yaş grubu kadınların % 36.5’inin adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygun bulunmuştur. Her iki yaş

grubunda da günlük ped kullanmada hijyenik alışkanlıklarda uygunluğun çok az olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9. Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Hijyenik Alışkanlıklar	Eğitim Durumu						Toplam		Test
	O-Y/O-Y Değil		İlköğretim		Lise/Yüksek Öğretim				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Vücut Hijyeni Alışkanlıkları</u>									
Uygun	10	14.1	33	58.9	22	75.9	65	41.7	$\chi^2:43.04$ P<0.001
Uygun Değil	61	85.9	23	41.1	7	24.1	91	58.3	
Toplam	71	100.0	56	100.0	29	100.0	156	100.0	
<u>Tuvalet Hijyeni Alışkanlıkları</u>									
Uygun	17	23.9	21	37.5	19	65.5	57	36.5	$\chi^2:15.38$ P<0.001
Uygun Değil	54	76.1	35	62.5	10	34.5	99	63.5	
Toplam	71	100.0	56	100.0	29	100.0	156	100.0	
<u>Cinsel Hijyen Alışkanlıkları</u>									
Uygun	6	13.0	7	18.4	8	33.3	21	19.4	$\chi^2:4.184$ P>0.05
Uygun Değil	40	87.0	31	81.6	16	66.7	87	80.6	
Toplam	46	100.0	38	100.0	24	100.0	108	100.0	
<u>Adet Dönemi Hijyenik Alışkanlıklar</u>									
Uygun	5	62.5	7	20.6	11	57.9	23	37.7	$\chi^2:9.632$ P<0.05
Uygun Değil	3	37.5	27	79.4	8	42.1	38	62.3	
Toplam	8	100.0	34	100.0	19	100.0	61	100.0	
<u>Günlük Ped Kullanmadaki Hijyenik Alışkanlıklar</u>									
Uygun	1	2.9	2	8.0	2	18.2	5	7.0	$\chi^2:3.057$ P>0.05
Uygun Değil	34	97.1	23	92.0	9	81.8	66	93.0	
Toplam	35	100.0	25	100.0	11	100.0	71	100.0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.9'da görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve vücut-tuvalet-cinsel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde; lise ve yüksek öğretim mezunu kadınların % 75.8'inin

vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 65.5'inin tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, %33.3'ünün cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve adet dönemi hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımına bakıldığında; lise ve yüksek öğretim mezunu olan kadınların % 57.9'unun adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygunken, okur-yazar ya da okur-yazar olmayan kadınların % 62.5'inin adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygun bulunmuştur.

Eğitim durumu ve günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; lise ve yüksek öğretim mezunu olan kadınların % 18.2'sinin günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Hijyenik Alışkanlıklar	Yaşadığı Yer						Toplam		Test
	İl		İlçe		Köy				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Vücut Hijyeni Alışkanlıkları</u>									
Uygun	53	47.3	12	41.4	0	00.0	65	41.7	$\chi^2:12.19$ P<0.05
Uygun Değil	59	52.7	17	58.6	15	100.0	91	58.3	
Toplam	112	100.0	29	100.0	15	100.0	156	100.0	
<u>Tuvalet Hijyeni Alışkanlıkları</u>									
Uygun	43	38.4	11	37.9	3	20.0	57	36.5	$\chi^2:1.960$ P>0.05
Uygun Değil	69	61.6	18	62.1	12	80.0	99	63.5	
Toplam	112	100.0	29	100.0	15	100.0	156	100.0	
<u>Cinsel Hijyen Alışkanlıkları</u>									
Uygun	15	18.8	4	20.0	2	25.0	21	19.4	$\chi^2:0.186$ P>0.05
Uygun Değil	65	81.3	16	80.0	6	75.0	87	80.6	
Toplam	80	100.0	20	100.0	8	100.0	108	100.0	
<u>Adet Dönemi Hijyenik Alışkanlıklar</u>									
Uygun	20	41.7	3	27.3	0	00.0	23	37.7	$\chi^2:2.041$ P>0.05
Uygun Değil	28	58.3	8	72.7	2	100.0	38	62.3	
Toplam	48	100.0	11	100.0	2	100.0	61	100.0	

Tablo 4.10'un devamı

Hijyenik Alışkanlıklar	<u>Yaşadığı Yer</u>						Toplam		Test
	İl		İlçe		Köy				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Günlük Ped Kullanmadaki Hijyenik Alışkanlıklar</u>									
Uygun	3	6.0	2	14.3	0	00.0	5	7.0	χ^2 :1.735 P>0.05
Uygun Değil	47	94.0	12	85.7	7	100.0	66	93.0	
Toplam	50	100.0	14	100.0	7	100.0	71	100.0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.10'da görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve vücut-tuvalet-cinsel hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; ilde yaşayan kadınların % 47.3'ünün vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 38.4'ünün tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, %18.8'inin cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve adet dönemi-günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımına bakıldığında; ilde yaşayan kadınların % 41.7'sinin adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının, ilçede yaşayanların % 14.3'ünün günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir durumu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı.

Hijyenik Alışkanlıklar	Gelir Durumu						Toplam		Test
	İyi		Orta		Kötü				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Vücut Hijyeni</u>									
Uygun	25	64.1	38	35.5	2	20.0	65	41.7	$\chi^2:11.67$ P<0.05
Uygun Değil	14	35.9	69	64.5	8	80.0	91	58.3	
Toplam	39	100.0	107	100.0	10	100.0	156	100.0	
<u>Tuvalet Hijyeni</u>									
Uygun	17	43.6	34	31.8	6	60.0	57	36.5	$\chi^2:4.257$ P>0.05
Uygun Değil	22	56.4	73	62.2	4	40.0	99	63.5	
Toplam	39	100.0	107	100.0	10	100.0	156	100.0	
<u>Cinsel Hijyen</u>									
Uygun	7	23.3	13	18.1	1	16.7	21	19.4	$\chi^2:0.408$ P>0.05
Uygun Değil	23	76.7	59	81.9	5	83.3	87	80.6	
Toplam	30	100.0	72	100.0	6	100.0	108	100.0	
<u>Adet Dönemi Hijyeni</u>									
Uygun	6	37.5	16	37.2	1	50.0	23	37.7	$\chi^2:0.134$ P>0.05
Uygun Değil	10	62.5	27	62.8	1	50.0	38	62.3	
Toplam	16	100.0	43	100.0	2	100.0	61	100.0	
<u>Günlük Ped Kullanmadaki Hijyen</u>									
Uygun	3	15.8	2	4.3	0	00.0	5	7.0	$\chi^2:3.157$ P>0.05
Uygun Değil	16	84.2	45	95.7	5	100.0	66	93.0	
Toplam	19	100.0	47	100.0	5	100.0	71	100.0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir durumu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.11’de görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir durumu ve hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; gelir durumunun iyi olduğunu belirten kadınların % 64.1’inin vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 23.3’ünün cinsel hijyen alışkanlıklarının, % 15.8’inin günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu görülmüştür.

Kadınların gelir durumu ve diğer hijyenik alışkanlıkları incelendiğinde; gelir durumunun iyi olduğunu belirten kadınların % 43.6'sının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, % 37.5'inin adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12. Araştırma kapsamına alınan kadınların daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumu, süresi ve sıklığına göre dağılımı.

Daha Önce Üriner Sistem Enfeksiyonu;	Sayı	%
Geçirme Durumu (*n: 156)		
Geçiren	99	63.5
Geçirmeyen	57	36.5
En Son Geçirme Süresi (*n: 99)		
3 yıldan az	62	62.6
4-6 yıl arası	15	15.2
7-9 yıl arası	9	9.1
10-12 yıl arası	4	4.0
13 yıl ve üzeri	9	9.1
Geçirme Sıklığı (*n: 99)		
3ayda bir	22	22.2
6 ayda bir	12	12.1
Yılda bir	9	9.1
Hayatı boyunca bir kez	43	43.4
Hayatı boyunca 2-4 kez	13	13.2

* Yüzdeleler "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumu, süresi ve sıklığına göre dağılımı Tablo 4.12'de verilmiştir.

Kadınların kendi ifadelerine göre; % 63.5'i daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini, bunların % 62.6'si 3 yıldan daha kısa sürede üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini ve % 43.4'ü ise hayatı boyunca bir kez üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini belirtmektedir.

Tablo 4.13. Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner sistem enfeksiyonuna ait belirti ve bulgularının görülme durumuna göre dağılımı.

Üriner Sistem Enfeksiyonuna Ait Belirti ve Bulgular	Sayı	%
İdrar Yaparken Yanma Şikayeti (*n:156)		
Var	28	17.9
Yok	128	82.1
Kesik-Kesik İdrara Cıkma Şikayeti (*n:156)		
Var	57	36.5
Yok	99	63.5
İdrar Kaçırma Şikayeti (*n:156)		
Var	72	46.2
Yok	84	53.8
İdrar Kaçırma Sıklığı (*n:72)		
Günde 1-3 kez	36	50.0
Günde 3-5 kez	16	22.2
Nadiren	10	13.9
Diğer	10	13.9
Pyüri Görülme Durumu (*n:156)		
Var	33	21.2
Yok	123	78.8
Ateş Görülme Durumu (*n:156)		
Normal	144	92.3
Sub Febril Ateş	12	7.7
İdrar Kültüründe Üreme Olma Durumu (*n:156)		
Üreme Yok	115	73.7
Üreme Var	41	26.3
İdrar Kültüründe Üreyen Mikroorganizma (*n:41)		
Polimikrobial Üreme	14	34.1
E. Coli 10^5	12	29.3
Stafilokok $2 \cdot 10^3$	4	9.8
B Grubu B Hemolitik Streptokok $3 \cdot 10^3$ - $5 \cdot 10^3$	2	4.9
Koliform $3 \cdot 10^3$	2	4.9
Streptokok $3 \cdot 10^3$ - 10^4	2	4.9
Klebsiella 10^5	2	4.9
Enterekok 10^5	1	2.4
Gram Negatif Çomak (Tanımlanamadı)	1	2.4
Maya $5 \cdot 10^3$	1	2.4

* Yüzdelere "n" üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner sistem enfeksiyonuna ait belirti ve bulgularının görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.13’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner boşaltıma ilişkin yaşadıkları sorunlara bakıldığında; kadınların % 17.9’u idrar yaparken yanma, % 36.5’i kesik-kesik idrara çıkma, % 46.2’si idrar kaçırma şikayeti olduğunu ifade etmiştir. İdrar kaçırma şikayeti olan kadınlara bakıldığında % 50.0’ının günde 1-3 kez idrar kaçırdığı görülmüştür.

Kadınların % 21.2’sinde pyüri, % 7.7’sinde subfebril ateş, % 26.3’ünün idrar kültüründe üreme saptanmıştır. İdrar kültüründe üreyen mikroorganizma araştırıldığında % 29.3 oranında E. Coli ürediği görülmekte, bunu sırasıyla stafılakok, koliform, B Grubu β Hemolitik Streptokok, klebsiella, enterekok ve maya izlemiştir. İdrar kültüründe üreme olan kadınların % 34.1’inde ise polimikrobial üreme tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma kapsamına alınan kadınların asemptomatik bakteriüri görülme (ASB) durumuna göre dağılımı.

*ASB Görülme Durumu	Sayı	%
ASB Görülen	17	10.9
ASB Görülmeyen	139	89.1
Toplam	156	100.0

*Sadece bir bireyde üriner sistem enfeksiyonu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.14’de verilmiştir. Kadınların % 10.9’unda asemptomatik bakteriüri görülmektedir.

Tablo 4. 15. Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özellikleri ve asemptomatik

Tanıtıcı Özellikler	Asemptomatik Bakteriüri Görülme Durumu				Toplam		Test
	Pozitif		Negatif				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Yaş Grubu</u>							
18-49	6	9.7	56	90.3	62	100.0	χ^2 :0.158 P>0.05
50 ve üzeri	11	11.7	83	88.3	94	100.0	
<u>Medeni Durumu</u>							
Evli	12	10.3	104	89.7	116	100.0	χ^2 :0.142 P>0.05
Evli Değil	5	12.5	35	87.5	40	100.0	
<u>Eğitim Durumu</u>							
Okur-Yazar Değil/Okur-Yazar	9	12.7	62	87.3	71	100.0	χ^2 :1.295 P>0.05
İlköğretim	4	7.1	52	92.9	56	100.0	
Lise/Yüksek Öğretim	4	13.8	25	86.2	29	100.0	
<u>Yaşadığı Yer</u>							
İl	10	8.9	102	91.1	112	100.0	χ^2 :1.196 P>0.05
İlçe/ Köy	7	15.9	24	84.1	44	100.0	
<u>Gelir Durumu</u>							
İyi	6	15.4	33	84.6	39	100.0	χ^2 :2.074 P>0.05
Orta	11	10.3	96	89.7	107	100.0	
Kötü	0	00.0	10	100.0	10	100.0	
N	17	10.9	139	89.1	156	100.0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özellikleri ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.15'te verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; 50 yaş ve üzerindeki kadınların % 11.7'sinde, evli olmayan (dul, boşanmış, bekar) kadınların % 12.5'inde, lise ve yüksek öğretim muzunu olan kadınların % 13.8'inde, ilçe ve köyde yaşayan kadınların % 15.9'unda, gelir durumunun kötü düzeyde olduğunu belirten kadınların tamamında ASB görülmemiştir.

Tablo 4. 16. Araştırma kapsamına alınan kadınların diabete ilişkin özellikleri ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı.

Diabete İlişkin Özellikler	<u>Asemptomatik Bakteriüri Görülme Durumu</u>				Toplam		Test
	Pozitif		Negatif				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Tanı Süresi</u>							
0-6 yıl arası	5	6.6	71	93.4	76	100.0	χ^2 :8.339 P<0.05
7-12 yıl arası	4	8.3	44	91.7	48	100.0	
13 yıl ve üzeri	8	25.0	24	75.0	32	100.0	
<u>DM İçin Kullanılan Tedavinin Türü</u>							
İlaç kullanmayan	1	5.6	17	94.4	18	100.0	χ^2 :8.349 P<0.05
OAD ilaç kullanan	6	7.2	77	92.8	83	100.0	
İnsulin	10	21.7	36	78.3	46	100.0	
İnsulin +OAD	0	00.0	9	100.0	9	100.0	
<u>HbA1c Değeri</u>							
Normal	2	5.7	33	94.3	35	100.0	χ^2 :1.313 P>0.05
Kabul edilebilir	6	13.3	39	86.7	45	100.0	
Yüksek	9	11.8	67	88.2	76	100.0	
N	17	10.9	139	89.1	156	100.0	

Araştırma kapsamına alınan kadınların diabete ilişkin özellikleri ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.16’da görülmektedir.

13 yıl ve üzeri diabetes tanısı konulan kadınların % 25.0’ında, kan şekeri regülasyonunu insulin tedavisi ile sağlayan kadınların % 21.7’sinde, HbA1c değeri yüksek olan kadınların % 11.8’inde ASB tespit edilmiştir.

Tablo 4. 17. Araştırma kapsamına alınan kadınların hijyenik alışkanlıkları ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı.

Hijyenik Alışkanlıklar	<u>Asemptomatik Bakteriüri</u>				Toplam		Test
	<u>Görülme Durumu</u>						
	Pozitif		Negatif		Sayı	%	
Sayı	%	Sayı	%				
<u>Vücut Hijyeni Alışkanlıkları</u> (*n:156)							
Uygun	7	10.8	58	89.2	65	100.0	$\chi^2:0.002$
Uygun Değil	10	11.0	81	89.0	91	100.0	P>0.05
<u>Tuvalet Hijyeni Alışkanlıkları</u> (*n:156)							
Uygun	5	8.8	52	91.2	54	100.0	$\chi^2:0.418$
Uygun Değil	12	12.1	87	87.9	109	100.0	P>0.05
<u>Cinsel Hijyen Alışkanlıkları</u> (*n:108)							
Uygun	2	9.5	19	90.5	21	100.0	$\chi^2:0.067$
Uygun Değil	10	11.5	77	88.5	87	100.0	P>0.05
<u>Adet Dönemi Hijyenik Alışkanlıklar</u> (*n:61)							
Uygun	2	8.7	21	91.3	23	100.0	$\chi^2:0.276$
Uygun Değil	2	5.3	36	94.7	38	100.0	P>0.05
<u>Günlük Ped Kullanmadaki Hijyenik Alışkanlıklar</u> (*n:71)							
Uygun	1	20.0	4	80.0	5	100.0	$\chi^2:0.410$
Uygun Değil	7	10.6	59	89.4	66	100.0	P>0.05

* Yüzdeleler “n” üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların hijyenik alışkanlıkları ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir.

Vücut hijyeni alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 11.0’ında, tuvalet hijyeni alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 12.1’de, cinsel hijyen alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 11.5’inde, asemptomatik bakteriüri diğer gruplara oranla daha fazla görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygun olan kadınların % 8.7’sinde, günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıkları uygun olan kadınların % 20.0’ında ASB tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji polikliniğine başvuran Tip I ve Tip II Diabetes Mellituslu kadınların hijyenik alışkanlıkları ve üriner sistem enfeksiyonu görülme durumunu belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların; % 44.9'u 50-65 yaş grubunda, % 45.5'i okur yazar değil ya da okur yazar, % 74.4'ü evli, % 71.8'i il merkezinde yaşamakta, kendi ifadelerine göre % 68.6'sının gelir durumu orta ve tamamının sosyal güvencesi vardır (Tablo 4.1).

Kadınların diabet tanısı konulma süresine bakıldığında; % 51.3'üne 7 ve üzeri yıl, % 48.7'sine 6 ve daha az yıl önce tanı konulmuştur. Kadınların sadece % 11.5'inin ilaç tedavisi kullanmadığı, % 88.5'inin ise oral antidiabetik (% 53.2), insülin (% 29,5) ya da her ikisini birlikte (% 5,8) kullandığı ve % 48.8'nin HbA1c değerinin yüksek sınırlarda olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Oral antidiabetik ilaç kullanan tip II diabetik hastaların, diabet tanı süreleri uzadığı zaman HbA1c değerinin yüksek seyretmesi durumunda, insülin tedavisine geçilmesi gerektiğini, etkin insülin tedavisi, eğitim ve

evde izlenimin HbA1c deęerini % 1 oranında dūřurdūęunu ve kronik komplikasyonları azalttıęını gōsteren bir çok çalıřma vardır (34, 51- 53).

Arařtırma kapsamına alınan kadınların HbA1c deęerinin yūksək olması kōtū glisemik kontrolū gōstermekte ve bu da diabete iliřkin, ۆzellikle nōtrofil fonksiyonun bozulması ve enfeksiyona yatkınlık gibi kronik komplikasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (18, 36, 37).

Çalıřma grubundaki kadınların tanı konulma sūresi uzun olmasına ve ilaç tedavisi almalarına karřın glisemik kontrollerinin iyi olmaması; bize hastalıęa ve tedavisine uyum sūrecinde hala problem yařadıklarını gōstermektedir. Bunun nedeni yař ve bireylerin eęitim dūzeyleri olabilir (Tablo 4.1).

Saęlıklı bireysel hijyen için gūnlūk ya da gūnařırı duř almak ya da banyo yapmak ۆnemlidir (42). Çalıřma grubundaki kadınların, gūnlūk ya da gūnařırı duř alma ya da banyo yapma oranı % 26.1 iken, grubun çoęunluęu (% 73.9) daha seyrek banyo yapmaktadır (Tablo 4.3). Bebiř (43) ۆniversitedeki hemřire ۆęrencilerle yaptıęı arařtırmasında; ۆęrencilerin % 94.6'sının gūnlūk ya da gūnařırı banyo yaptıklarını belirtirken, bunun nedenini sıcak suyun sūrekli olmasına ve banyo zamanı sınırlamasının olmamasına baęlamıřtır. Kadınların çoęunluęunun eęitim dūzeylerinin dūřuk olması nedeniyle vūcut hijyeni konusunda yeterli bilgi ve bilinç dūzeyine sahip olmaması, çoęunluęunun (% 75.0) gelir durumlarının orta ve kōtū dūzeyde olması nedeniyle sıcak su imkanlarının az olması arařtırmada banyo yapma oranının dūřuk olmasının nedenleri arasında gōsterilebilir (Tablo 4.1)..

Kadınların % 94.2'si beyaz penye ya da pamuklu i çamaşırı kullanmaktadır (Tablo 4.3). Demirtař'ın (46) araştırmasında; hemşirelik 1. sınıf ۆęrencilerinin % 47.4'ū, 4. sınıf ۆęrencilerinin % 100.0'ı kullanılan i çamaşırının penye olması gerektiğini belirtmiş, Ulař'ın (54) araştırmasında da; ۆęrencilerin % 57.4'ünün pamuklu i çamaşırı kullandığı ortaya çıkmıştır. Araştırma grubundaki kadınların tamamına yakınının penye i çamaşırı kullanması hijyen açısından uygun davranış şeklidir.

i çamaşırını her gūn ya da gūnařırı değiştirmek hijyen açısından ۆnem taşımaktadır, bunun yanı sıra araştırma kapsamına alınan kadınların i çamaşırı değiştirme sıklığı incelendiğinde; % 39.7'si gūnlūk ya da gūnařırı i çamaşırı değiştirdiği gōrūlirken, % 60.3'ünün i çamaşırını uygun sıklıkta değiştirmediği saptanmıştır (Tablo 4.3). Demirtař'ın (46) alışmasında, ۆęrencilerin % 65.2'si i çamaşırı değiştirme sıklığının

günlük ya da gınaşırı olması gerektiğini belirtirken, Ulaş (54) çalışmasında, öğrencilerin sadece % 13.7'sinin iç çamaşırlarını her gün değiştirdiğini ifade etmiştir. Bu çalışmalardan da anlaşılacağı üzere bireylerin çoğunluğunun uygun değiştirme sıklığını bilmelerine rağmen bunu davranış şekline dönüştüremedikleri söylenebilir ve bu sonuçlar çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.3'ten de anlaşılacağı üzere araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun vücut hijyeni alışkanlıklarının uygun olmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların tamamının diabetik olması ve enfeksiyonlara yatkın olması nedeniyle vücut hijyenine daha çok önem vermeleri ve bunu davranış şekline dönüştürmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Kadınların % 62.2'si tuvaletten sonra, % 37.8'i hem tuvaletten önce hem de tuvaletten sonra ellerini yıkadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Özellikle tuvaletten sonra el yıkamanın, enfeksiyon hastalıklarından korunmada ve yayılımı önlemede önemli hijyenik alışkanlıklardan biri olduğu bilinmektedir (48). Örnekleme bakıldığında % 100.0'ının tuvaletten sonra ellerini yıkadığı görülmektedir. Ancak bir çok ülkeyi kapsayan Edwards ve arkadaşlarının çalışmasında (45) bireylerin % 95.0 gibi büyük çoğunluğu tuvaletten sonra ellerini yıkadıklarını ifade ederken, gizli yapılan gözlemler sonucu bu bireylerin ancak % 75.0'ının gerçekte ellerini yıkadıkları belirlenmiştir. Bu araştırmanında gösterdiği gibi çalışma grubunda el yıkama oranı yüksek görünmesine karşın, gözlem yapıldığında bu oranın azalabileceğini düşünülebilir.

Özellikle defekasyondan sonra perianal bölgenin bol ve ılık suyla temizlenmesi ve tuvalet kağıdı ile kurulması hijyen açısından önemlidir. Ancak temizleme işleminin önden arkaya doğru yapılması ve sabun kullanılmaması önerilmektedir (39, 41, 42). Araştırma kapsamına alınan kadınların neredeyse tamamına yakın oranının (% 96.8) taharetlenme alışkanlığı vardır. Ancak % 54.4'ünün taharetlenme şeklinin uygun olmadığı, % 44.9'unun taharetlenmede tuvalet kağıdı yerine taharet bezi kullandığı ve % 35.7'sinin bu bezleri biriktirerek üç günde bir yıkadıkları ve birkaç defa kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu sonuçlara göre araştırma kapsamına alınan kadınların tuvalet hijyeni alışkanlıklarının uygun olmadığını söyleyebiliriz. Çalışma grubunun yaş ortalamalarının yüksek olması, eğitim düzeylerinin düşük olması hijyenik bilgilerinin yetersiz olması bunun nedeni olarak düşünülebilir. Ulaş (54) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında, öğrencilerin % 51.1'inin tuvaletten sonra perianal bölgeyi yanlış

temizlediğini saptamıştır. Eşer (10) yaptığı araştırmada; kadınların % 64.2'sinin perine temizliğini yanlış bildiklerini saptamıştır. Çalışma sonuçları bu araştırma sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Mazzola ve arkadaşlarının (55) kadınlarda üriner sistem enfeksiyonlarını etkileyen faktörleri araştıran çalışmasında; kötü genital hijyeni olan kadınların % 12.5'inde üriner sistem enfeksiyonu saptamışlardır.

Cantagallo ve arkadaşları (13) çalışmalarında; tuvalet hijyeni konusunda eğitim yaptıktan 6 ay sonra asemptomatik bakteriürisi olan diabetik kadınlarda % 80 oranında azalma olduğunu belirlemişlerdir. Buradan özellikle diabetik kadınlarda tuvalet hijyeninin üriner sistem enfeksiyonlarını önlemede önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma grubunda ki diabetik kadınların tuvalet hijyeninin uygun olmaması; üriner sistem enfeksiyonu riskini artırmakta ve tuvalet hijyeni konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Adet döneminde günlük duş almak, günlük perine bakımı yapmak, beyaz kokusuz hijyenik ve atılabilir hazır ped kullanmak, evde dikilmiş bez kullanılacak ise adet dönemi için özel bezler kullanmak ve bu bezleri yıkadıktan sonra mutlaka kaynatmak ya da çamaşır suyunda bekletmek ve birkaç defa durulamak, kullanılan materyal ne olursa olsun mutlaka sık aralıklarla (en fazla 4 saat arayla) değiştirmek ürogenital enfeksiyonu önlemek açısından önemlidir (9, 39, 41, 43, 50).

Kadınlardan 95'i (% 60.9) menopozda, 61 ise (%39.1) adet görmektedir. Adet gören kadınların % 57.4'ü hazır ped, % 50.8'i evde dikilmiş bez, % 3.3'ü ise gazlı beze sarılmış pamuk kullandığını ifade etmişlerdir. Evde dikilmiş bez kullananların bu bezleri temizleme şekline bakıldığında; % 54.8'inin elde sıcak su ve sabunla ya kaynatarak ya da çamaşır suyunda bekleterek temizlediği ya da kullandıktan sonra attığı görülmektedir. Adet gören kadınların % 76.4'ünün pedlerini 6 saat ve üzerinde değiştirdikleri saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu veriler araştırma kapsamına alınan kadınların üro-genital enfeksiyonlar açısından riskli davranış şekli gösterdiğini düşündürmektedir. Singh ve arkadaşlarının (50) kadınlarda üreme sistemi enfeksiyonlarının kontrolü amacıyla yaptıkları çalışmalarında; üro-genital enfeksiyonu olan kadınlarda % 72.7 oranında kötü menstruasyon hijyeni olduğunu saptamışlardır. Geiger A.M. ve arkadaşlarının (56), vulvovajinal kandidiasis için risk faktörlerini

inceledikleri araştırmada; vulvovajinal kandidiasisin menstrual hijyen alışkanlıkları ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Yapılan çalışmalarda (43, 46, 57) kadınların menstrual hijyen konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, uygun sıklıkta ped değıştirmedeği tespit edilmiştir. Çalışma grubundaki kadınlarda da benzer sonuçların ortaya çıkmasının nedeni; doğu kültüründe menstruasyonun ayıp ve gizlenmesi gereken bir durum olması nedeniyle bu konuda bireylerin yeterli bilgi alamamasına, sağlık personelinin yeterli eğitim vermemesine ve kadınların eğitim yetersizliğine bağılı olabilir.

Günlük ped kullanımı genellikle ya vajinal akıntı ya da idrar kaçırma sorunu nedeniyle tercih edilmektedir. Bu sorunların nedeninin araştırılması ve tedavisi daha önemlidir. Günlük ped kullanımında beyaz, kokusuz, günlük hijyenik ped tercih edilmeli ve bu bezler sık aralıklarla değıştirilmelidir. Günlük ped kullanırken hijyen koşullarına uymamak enfeksiyon nedenidir (10, 41).

Araştırma kapsamına alınan kadınların yarıya yakınının günlük ped kullandıkları, günlük ped kullanan kadınların tamamına yakını, evde dikilmiş ve rast gele seçilmiş bez kullandıkları ve bunların çoğunluğunun uygun sıklıkta değışim yapmadıkları görülmektedir. Kadınların günlük ped kullanma nedenleri, en fazla yoğun vajinal akıntı ve idrar kaçırma şikayetidir (Tablo 4.6).

Yaşam kalitesini bozarak bireyin sosyal yaşamını kısıtlayan ve psikolojik sorunlara neden olan üriner inkontinans tüm yaş grubundaki kadınları etkileyebilmektedir. Yaşlı kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı % 34-50 daha fazladır (40, 58, 59). Çalışma grubunda; ileri yaş, menopoza, diabet, doğum yapma, evlilik gibi nedenler üriner inkontinans riskini artıran faktörler arasında olabilir (Tablo 4.1, 4.2).

Vajinal akıntı genital enfeksiyon belirtisi olabildiğı gibi, gebelik döneminde, yaşlılıkta, ameliyatlardan sonra, uzun süreli antibiyotik kullanımından sonra, doğum kontrol hapı kullananlarda, kanserli, diyabetli hastalar ve şişmanlarda daha sık görülebilmektedir (50, 56). Cinsel ilişki sonrası vajeni yıkama, diabet ve ileri yaş gibi faktörler araştırma kapsamına alınan kadınların vajinal akıntı sıklığını artıran nedenler arasında olabilir (Tablo 4.1, 4.2, 4.7).

Araştırma kapsamına alınan kadınların; evde dikilmiş ve rastgele seçilmiş bez kullanmaları ve bu bezleri uygun sıklıkta değıştirmemeleri, günlük ped kullanmada

hijyenik davranışlarının uygun olmadığını ve kendi bireysel bakımlarını yaparken hijyen eğitimine ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Günlük ped kullanılabilir ama özellikle çalışma grubunun diyabetik olması nedeniyle, uygun ped kullanılmadığı ve uygun sıklıkta değiştirilmediğinde enfeksiyon riski artabilir ve bu da enfeksiyonun daha da ilerlemesine neden olabilir, kadınların yaşam kalitelerini ve diyabete uyum sürecini bozabilir.

Cinsel ilişki sıklığı idrar yolları enfeksiyonunu artırmaktadır. Cinsel ilişkiden sonra perine bölgesini ılık suyla yıkamak önerilmekte ancak vajeni yıkama ve yıkama işleminde sabun kullanımı vajinal pH'ı bozarak üro-genital enfeksiyonlara neden olmaktadır (41).

Çalışma grubundaki kadınların % 89.7'si haftada bir kez ve daha seyrek cinsel ilişkide bulunmakta, cinsel ilişkide bulunan kadınların % 78.4'ü cinsel ilişki sonrası vajeni yıkamakta, cinsel ilişki sonrası vajeni yıkayan kadınların % 34.1'i su ve sabun kullanmaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınların cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olmadığı görülmektedir (Tablo 4.7). Kadınların geleneksel cinsel hijyen alışkanlıklarına sahip olması, eğitim düzeyinin düşük olması, dini inanışlar ve kültürel yapı bu sonucun nedeni olabilir. Yapılan çalışmalarda, kadınların % 37.0'ının en az haftada bir kez vajinal yıkama yaptığı ve düzenli vajinal yıkamanın % 73.0 oranında PID (Pelvic Inflammatory Disease) gelişmesinde risk faktörü olduğu saptanmıştır (10, 56, 59). Araştırma kapsamına alınan kadınların diyabetik olması ve cinsel hijyen kurallarına uymaması, PID ve diğer üro-genital enfeksiyonlara olan yatkınlığını artırmaktadır. Bu nedenle özellikle diyabetik kadınlara cinsel hijyen konusunda eğitim vermek ve bunun önemini kavratmak hemşirelerin önemli görevlerinden biri olmalıdır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve vücut-tuvalet-cinsel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde ise; 18-49 yaş grubu kadınların % 67.7'sinin, 50 yaş ve üzerindeki kadınların % 24.5'inin vücut hijyeni alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır. 18-49 yaş grubu kadınların % 51.6'sının, 50 yaş ve üzerindeki grubun ise % 26.6'sının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir. 18-49 yaş grubunun % 23.1'inin, 50 yaş ve üzerindeki grubun sadece % 16.1'inin cinsel hijyen alışkanlıkları uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Bu sonuçlara göre yaş ilerledikçe kadınların vücut, tuvalet ve cinsel hijyen alışkanlıklarının anlamlı bir şekilde bozulduğu görülmektedir. Bu fark cinsel hijyen dışında istatistiksel olarak oldukça anlamlı

bulunmuştur ($P<0.001$). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sorumluluklarının fazla olması nedeniyle yaş ilerledikçe sağlıklarına olan ilgilerinin azaldığı görülmektedir (60-62). Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ilerledikçe eğitim durumunun azalması ($P<0.001$); bu nedenle bilgi edinmenin yetersizliği, geleneksel bilgileri benimsemiş olmaları, kitle iletişim araçlarından ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaları kadınların vücut, tuvalet ve cinsel hijyen alışkanlıklarının yaş ilerledikçe bozulmasının nedenleri arasında gösterilebilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş grubu ve adet dönemi hijyenik alışkanlıkları ve günlük ped kullanmadaki hijyenik alışkanlıkları değerlendirildiğinde; 50 yaş ve üzerindeki grubun % 44.4'ünün adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygun bulunmuştur (Tablo 4.8). Yaş grubu ile adet dönemi hijyenik alışkanlıkları arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Bunun nedeni olarak 50 yaş ve üzerindeki grubun çoğunluğunun menopozda olması gösterilebilir. Her iki yaş grubunda da günlük ped kullanmada hijyenik alışkanlıklarda uygunluğun çok az olduğu görülmektedir. Yaş grubu ve günlük ped kullanmadaki hijyenik alışkanlıklar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve vücut-tuvalet-cinsel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde; lise ve yüksek öğretim alan kadınların ise % 75.8'inin vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 65.5'inin tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, %33.3'ünün cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi arttıkça kadınların vücut, tuvalet ve cinsel hijyen alışkanlıklarının anlamlı bir şekilde düzeldiği görülmektedir. Eğitim kadınların vücut, tuvalet ve cinsel hijyen alışkanlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Bu fark cinsel hijyen dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$). Yapılan araştırmalarda (10, 43, 46, 57, 62) bireylerin eğitim durumu arttıkça hijyenik davranışlarında belirgin gelişme olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımızla benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumu ve adet dönemi hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımına bakıldığında; ilkokul mezununu kadınların sadece % 20.6'sının, lise ve yüksek öğretim mezunu olan kadınların % 57.9'unun adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygundur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.05$), ancak okur-yazar ya da okur-yazar olmayan kadınların % 62.5'inin adet dönemi

hijyenik alışkanlıkları uygun bulunmuştur. Bunun nedeni grubu temsil eden kadınların sayısının az olması olabilir (Tablo 4.9).

Eğitim durumu ve adet dönemi dışında günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; okur-yazar ya da okur-yazar olmayan kadınların % 2.9'unun, lise ve yüksek öğretim mezunu olan kadınların % 18.2'sinin günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır (Tablo4.9). Kadınların eğitim durumunun her basamağında günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarında uygunluğun çok az olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ve günlük ped kullanmadaki hijyenik alışkanlıklar arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve vücut hijyeni alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; ilde yaşayan kadınların % 47.3'ünün, ilçede yaşayan kadınların ise % 41.4'ünün vücut hijyeni alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir ancak köyde yaşayan kadınların tamamının vücut hijyeni alışkanlıkları uygun değildir (Tablo 4.10) ve gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Kadınların yaşadığı yer ve tuvalet hijyeni alışkanlıkları incelendiğinde; ilde yaşayan kadınların % 38.4'ünün, ilçede yaşayan kadınların % 37.9'unun, köyde yaşayan kadınların % 20.0'ının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Köyde yaşayan kadınların % 80.0'ının tuvalet hijyeninin uygun olmamasının nedeni köylerdeki tuvalet ortamının uygun olmayışına bağlanabilir. Kadınların yaşadığı yer ve cinsel hijyen alışkanlıkları incelendiğinde ise; ilde yaşayan kadınların % 18.8'inin, ilçede yaşayan kadınların % 20.0'ının, köyde yaşayan kadınların ise % 25.0'mın cinsel hijyen alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir (Tablo 4.10) ($P<0.05$). Ancak köyde yaşayan kadınların cinsel hijyen alışkanlıklarının il ve ilçede yaşayanlara oranla daha uygun olması düşündürücüdür. Bunun nedeni köyde yaşayan ve cinsel yönden aktif olan kadın sayısının çok az olması olabilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadığı yer ve adet dönemi hijyenik alışkanlıklarına göre dağılımına bakıldığında; ilde yaşayan kadınların % 41.7'sinin, ilçede yaşayan kadınların % 27.3'ünün, köyde yaşayan kadınların tamamının adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P>0.05$). Ancak köyde yaşayan kadınların

tamamının adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olmayışının nedenini; bu grubu temsil eden birey sayısının az olması ve diğer gruplara oranla eğitim düzeylerinin daha düşük olmasına bağlayabiliriz.

İlde yaşayan kadınların % 6.0'ının, ilçede yaşayan kadınların % 14.3'ünün, köyde yaşayan kadınların tamamının günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P>0.05$). Köyde yaşayan kadınların tamamının günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olmayışının nedenini; bu grubu temsil eden birey sayısının az olmasına ve diğer gruplara oranla eğitim düzeylerinin daha düşük olmasına, maddi durumlarının kötü olmasına, su ve temizlik ürünlerine ulaşımın zor olmasına bağlayabiliriz.

Gelir durumunun iyi olduğunu belirten kadınların % 64.1'inin vücut hijyeni alışkanlıklarının, % 23.3'ünün cinsel hijyen alışkanlıklarının, % 15.8'inin günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). Gruplar arasındaki bu farklılık vücut hijyeni alışkanlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bunun nedenini; gelir durumunun kötü olması ile kadınların sıcak su ve temizlik ürünlerine ulaşımında zorlanmasına bağlayabiliriz. Ayrıca çalışma grubunda gelir durumunun kötü düzeyde olduğunu ifade eden kadınların eğitim düzeylerinin de düşük olması bu konularda bilgi edinmenin yetersiz olabileceğini bize düşündürmektedir.

Kadınların gelir durumu ve diğer hijyenik alışkanlıkları incelendiğinde; gelir durumunun iyi olduğunu belirten kadınların % 43.6'sının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, % 37.5'inin adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak gelir durumunun kötü düzeyde olduğunu ifade eden kadınların % 60.0'ının tuvalet hijyeni alışkanlıklarının, % 50.0'ının adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olması düşündürücüdür (Tablo 4.11). Özellikle gelir durumunun orta ve kötü düzeyde olduğunu ifade eden kadınların vücut hijyeni alışkanlıkları uygun değilken, tuvalet ve adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının uygun olması dikkat çekicidir.

Gelir durumunun iyi olması; sıcak suya, temizlik ürünlerine v.b. bir çok şeye daha kolay ulaşmayı sağlayarak, bireylerin görünümüne ve sağlığına daha çok önem vermesine neden olabilmektedir.

Kadınların kendi ifadelerine göre; % 63.5'i daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini, bunların % 62.6'si 3 yıldan daha kısa sürede üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini ve % 43.4'ü ise hayatı boyunca bir kez üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini belirtmektedir (Tablo 4.12). Yapılan çalışmalarda (16, 23, 63, 64) üriner sistem enfeksiyonu, kadınlarda % 15.0 oranında görülürken, bu oranın diabetik kadınlarda iki-üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınların diabetik olması, hijyen alışkanlıklarının uygun olmaması, ileri yaşta ve menapozda olmaları, eğitim düzeylerinin düşük olması ve önceki dosya kayıtlarının yetersizliği çalışmada daha önce üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumunun yüksek oranda (% 63.5) görülmesinin nedeni olabilir (Tablo 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7).

Sık üriner sistem enfeksiyonu; bireylerin glisemik kontrolünü ve hastalığa uyum sürecini bozmakla beraber, özellikle diabetiklerde enfeksiyonun böbreklere doğru yayılmasına, renal papiller nekroza ve kronik böbrek yetmezliğine neden olmaktadır (18, 37, 65). Bu nedenle sık aralıklarla üriner sistem enfeksiyonu geçiren diabetik bireylerin daha dikkatli takip edilmesi gerekmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların üriner boşaltıma ilişkin yaşadıkları sorunlara bakıldığında; kadınların % 17.9'u idrar yaparken yanma, % 36.5'i kesik-kesik idrara çıkma, % 46.2'si idrar kaçırma şikayeti olduğunu ifade etmektedir. Bu veriler üriner sistem enfeksiyonu belirti ve bulgularıdır. İdrar kaçırma şikayeti olan kadınlara bakıldığında % 50.0'ının günde 1-3 kez idrar kaçırdığı görülmektedir (Tablo 4.13). Yapılan çalışmalarda (59, 66-68) yaşlı kadın popülasyonunda üriner inkontinans prevalansı % 34-50 oranında daha fazla olduğu belirtilmektedir ve bu oran çalışma sonuçlarımızla benzer şekildedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların yarıya yakınının idrar kaçırma şikayetinin olmasının nedenleri arasında; üriner sistem enfeksiyonu olmakla beraber; ileri yaş (%68.1'i ileri yaşta), menopoz, diabet, doğum yapma, evlilik gibi üriner inkontinans riskini artıran faktörlerin varlığı da olabilir.

Kadınların % 21.2'sinde pyüri, % 7.7'sinde subfebril ateş, % 26.3'ünün idrar kültüründe üreme görülmektedir. İdrar kültüründe üreyen mikroorganizma araştırıldığında % 29.3 oranında E. Coli ürettiği görülmekte, bunu sırasıyla stafilokok, koliform, B Grubu β Hemolitik Streptokok, klebsiella, enterekok ve maya izlemektedir. İdrar kültüründe üreme olan kadınların % 34.1'inde polimikrobial üreme tespit edilmiştir (Tablo 4.13). Bu sonuç kadınların genel hijyenik alışkanlıklarının uygun

olmadığı, laboratuvar koşullarında bireye yeterince bilgi verilmediği ve açıklama yapılmadığıyla ilgili olabilir. Ünlü'nün yaptığı araştırma da (69) idrar kültürü istenen bireylere eğitim verilerek örnek toplanması ile rutin yapılan örnek toplanması arasında anlamlı fark çıkmıştır.

Pyüri ve ateş üriner sistem enfeksiyonu belirti ve bulgularındandır. Yapılan çalışmalarda (2, 14) üriner sistem enfeksiyonu olan kadınlarda E. Coli'nin % 80.0 oranında en çok üreyen mikroorganizma olması, üriner sistem enfeksiyonunda rektum florasının kaynak olduğunu ve bireysel hijyenin önemini göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların genel hijyen alışkanlıklarının uygun olmayışının idrar kültüründe E.Coli üremesinin nedeni olduğunu düşünebiliriz (Tablo 4.3, 4.4, 4.5, 4.6,4.7).

Kadınların % 10.9'unda asemptomatik bakteriüri tespit edilmiştir (Tablo 4.14). Dünya da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda (70-76) diabetik kadınlarda asemptomatik bakteriüri görülme sıklığı %15-26 arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz bu çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Araştırma kapsamına alınan ve idrar kültüründe üreme olan kadınların % 34.1'inde polimikrobial üremenin tespit edilmesi bu sonucun nedeni olabilir (Tablo 4.9).

Tablo 4.15 incelendiğinde; 50 yaş ve üzerindeki kadınların % 11.7'sinde, evli olmayan (dul, boşanmış, bekar) kadınların % 12.5'inde, lise ve yüksek öğretim mezunu olan kadınların %13.8'inde, ilçe ve köyde yaşayan kadınların % 15.9'unda, gelir durumunun kötü düzeyde olduğunu belirten kadınların tamamında ASB görülmemiştir.

Bu verilere göre yaş ilerledikçe fiziksel organların fonksiyonlarında azalma olması, ilçe ve köyde yaşayan kadınların eğitim ve gelir düzeylerinin daha düşük olması ASB sıklığını artıran nedenler arasında olabilir. Ancak gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P>0.05$).

Yapılan çalışmalarda (10, 11, 23, 30) evli ve sık cinsel ilişkide bulunan kadınlarda ASB görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Elde edilen sonuçların bu çalışmalarla benzer olmamasının nedeni; dul olan kadınların eğitim düzeylerinin daha düşük olması, yaşlarının daha ileri olması ve çoğunluğunun köyde yaşıyor olması ASB görülme sıklığının daha fazla görülmesinin nedeni olabilir.

Eğitim düzeyleri okur-yazar/okur-yazar değil ve lise/yüksek öğretim mezunu olan kadınlarda ilkokul mezunu olanlara oranla ASB görülme sıklığının daha fazla olmasının nedeni bu grupları temsil eden kadınların HbA1c değerlerinin daha yüksek olması olabilir. Lise/yüksek öğretim mezunu olan kadınların hem hijyenik alışkanlıklarının daha iyi olması hem de daha dikkatli idrar kültürü örneği vermesi ASB görülme sıklığının daha fazla olmasının nedenleri olabilir.

Araştırma kapsamına alınan ve gelir durumu iyi olan kadınların diğer gruplara oranla ASB görülme sıklığının daha fazla olmasının nedeni; bu gruptaki kadınların çoğunluğunun insülin kullanması ve HbA1c değerlerinin daha yüksek olması, hastalığa uyum süreçlerinin bozuk olduğunu ve komplikasyonlara yatkınlığı artırdığını göstermektedir.

0-6 yıl arasında diabetes tanısı konulan kadınların % 6.6'sında, 13 yıl ve üzeri diabetes tanısı konulan kadınların % 25.0'ında ASB görülmüştür (Tablo 4.16). Hastalık süresi arttıkça ASB görülme oranı artmaktadır ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($P<0.05$). Sonuçlardan kadınların ne kadar uzun süre önce diabetes tanısı almışlarsa o kadar çok hastalığa uyum sürecinin bozulduğu, bireysel baş etme güçlerinin azaldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda (36, 37, 51, 55, 65, 77) diabetes tanı süresinin uzaması ve düzenli takiplerin de azalması ile kronik komplikasyonların arttığı belirtilmektedir.

Kan şekeri regülasyonunu diyet ve egzersizle sağlayan kadınların % 5.6'sında, insülin tedavisi ile sağlayan kadınların % 21.7'sinde ASB görülmüştür (Tablo 4.16). gruplar arası bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($P<0.05$). Tip II diabetik hastaların kan şekeri regülasyonu öncelikle diyet ve egzersizle düzenlenmeye çalışılır, diyet ve egzersizle kan şekeri regülasyonu sağlanamazsa oral anti diabetik ilaçlara geçilir. Oral antidiabetik ilaçlarla kan şekeri regülasyonu yapılan Tip II diabetik hastalarda glisemik kontrol iyi olmadığı zaman insülin tedavisine geçilmesi önerilmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere çalışma grubundaki insülin kullanan kadınlar hastalığa uyum sürecinde sorun yaşamaktadırlar ve geçmişteki glisemik kontrolleri iyi değildir. Geçmişteki glisemik kontrollerinin iyi olmaması kadınlarda nötrofil fonksiyonlarının bozulmasına ve nörojenik mesanenin gelişmesine neden olarak ASB'ye yatkınlığı artırmakta olduğunu belirten bir çok çalışma vardır (29, 32, 37, 51, 64, 75).

Kadınların HbA1c değeri ve asemptomatik bakteriüri görülme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; HbA1c değeri normal sınırdaki kadınların % 5.7'sinde, yüksek olan kadınların % 11.8'inde ASB görülmüştür (Tablo 4.16). Buradan da anlaşılabileceği üzere kötü glisemik kontrol ASB'ye yatkınlığı artırmaktadır ($P>0.05$).

Vücut hijyeni alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 11.0'ında, tuvalet hijyeni alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 12.1'de, cinsel hijyen alışkanlıkları uygun olmayan kadınların % 11.5'inde ASB görülmüştür (Tablo 4.17). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P>0.05$). Yapılan bir çok araştırmada (9, 10, 45, 78) tuvalet hijyeni ve cinsel hijyen alışkanlıkları ile ASB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan adet dönemi hijyenik alışkanlıkları uygun olan kadınların % 8.7'sinde, günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıkları uygun olan kadınların % 20.0'ında ASB görülmüştür (Tablo 4.17). Adet dönemi hijyenik alışkanlıkları ve günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıkları uygun olan kadınlarda ASB görülme sıklığının diğer gruba oranla daha fazla olması dikkat çekicidir. Kullanılan pedin hijyenik koşullarda olmaması üro-genital enfeksiyonların nedenidir (79, 80). Ancak çalışma sonucumuz bununla paralel değildir. Kadınların günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının çoğunluğunun uygun olmaması ve uygun olan grubu temsil eden kadınların sayısının az olması bu sonucun nedeni olabilir (Tablo 4.5).

Sonuç olarak çalışmamızda; kadınların vücut hijyeni alışkanlıklarının % 58.3'ünün, tuvalet hijyeni alışkanlıklarının % 63.5'inin, adet dönemi hijyenik alışkanlıklarının %62.3'ünün, günlük ped kullanımındaki hijyenik alışkanlıklarının % 93.0'ının, cinsel hijyen alışkanlıklarının % 80.6'sının uygun olmadığı saptanmıştır. Kadınların %10.9'unda ASB tespit edilmiştir. Hijyenik alışkanlıklar ASB görülme sıklığını etkilemekle birlikte, diabete ilişkin özelliklerin ASB görülme sıklığında daha etkin olduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre;

- Kadınların eğitim düzeyi ile hijyenik alışkanlıkları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık personelinin, kadınları hijyenik alışkanlıklar konusunda etkin bir şekilde

bilgilendirmesi ve kadınların yaşı, eğitim durumu, yaşadığı yer dikkate alınarak eğitim programlarının planlanması,

- Geleneksel toplum yaşantısı ve aileden kazanılan bilgiler, kişisel hijyen bilgi ve uygulamalarını etkilemektedir. Bireyler genel hijyen bilgi ve becerisini genellikle annelerinden almaktadırlar. Çalışma grubumuzun tamamının kadın olması, çoğunluğunun evli olması ve eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle okul v.b. yerlerdeki sağlık eğitimlerinin dışında halk eğitim merkezlerinde de bireysel hijyen konularını temel alan çeşitli kursların düzenlenmesi ve bu konuda uzman kişilerin (sağlık ekibi) görev alması,
- Okullarda ve halk eğitim merkezlerinde sağlık eğitimi programlarında görev alacak bireylere (öğretmen, hemşire, hekim v.s.) hijyenik alışkanlıklar konusunda hizmet içi eğitim verilmesi,
- Ailelerin ve çocukların eğitilmeleri ve olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri için kitle iletişim araçları aracılığı ile sürekli eğitimlerin yapılması,
- Diabetik hastalara hizmet veren hastane polikliniklerinde, diabetik hastaların eğitilmeleri, olumlu sağlık davranışları ve tutumları geliştirmeleri için diabet ekibi içinde görev alacak diabet hemşirelerinin yetiştirilmesi ve diabet hemşiresi sayısının hizmet verilen hasta sayısına göre düzenlenmesi,
- Hastanelerde diabetiklerin eğitimi için gerekli donanımına sahip eğitim ünitelerinin oluşturulması ve diabet hemşiresinin özellikle hijyen eğitimine önem vermesi,
- Hasta izleniminde sürekliliği sağlamak için diabetik bireylerin sağlık göstergelerini, diabet kontrol durumunu, diabete uyumunu, katıldığı eğitim programlarını içeren kapsamlı bir kayıt sisteminin oluşturulması ve bu kayıt sisteminin hizmet birimleri tarafından ortak kullanımının sağlanması,
- Ülkemiz gerçekleri dikkate alınarak en azından diabet kontrolü kötü olan diabetiklerin hastane ve sağlık ocağı işbirliği ile evde izlenmesi,
- Diabetik hastaların, özellikle kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve ASB yönünden yakın takip edilmesi,

- İdrar kültürü sonuçlarının etkinliği için; örnek alınması sırasında bireylerin perine temizliği hakkında etkin bir şekilde bilgilendirilmesi,
- Çalışma grubumuzda, kendi ifadelerine göre tuvaletten sonra el yıkama oranı % 100.0 olduğu saptanmıştır. Hijyenik alışkanlıkların başka bir çalışmada gözlem yoluyla saptanması,
- Kadınların, adet dönemi hijyenik alışkanlıkları incelendiğinde bu grubu temsil eden birey sayısının az olması nedeniyle etkin değerlendirilme yapılamamıştır, 50 yaş ve üstü grubu temsil eden ve adet gören birey sayısının fazla olduğu daha geniş gruplar üzerinde araştırmanın tekrarlanması,
- Kadınların günlük ped kullanmadaki hijyenik alışkanlıkları incelendiğinde bu grubu temsil eden birey sayısının az olması nedeniyle etkin değerlendirilme yapılamamıştır, daha geniş grupta bu çalışmanın yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Ronald AR. Urethritis and Cystitis. Infectious Disease. Fifth Edit. Philadelphia. Lippincolt Company. 1994:564-69
2. Sobel DJ. Pathogenesis of Urinary Tract Infection: The Role of Host Defenses. Inf Dis Clin North Am 1997: 11(3)531-549
3. Özsüt H, Çalangu S. Enfeksiyon Hastalıkları. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri. 1996:921-926
4. Andreloi ET, Bennett JC, Carpenter JC, Plum F. Cecil Essentials of Medicine. WB Saunders Company. USA. 1997: 1126-46
5. Roberts AJ. Management of Pyelonephritis and Upper Urinary Tract Infections. Urologic Clinics of North America. 1999:26 (4) 753-763
6. Black MJ, Hawks HJ, Keene MA. Medical-Surgical Nursing. WB Saunders Company. USA. 2001:1149-1190
7. Vance J. Diagnosis and Managing Urinary Tract Infections: Miths, Mysteries and Realities. Caring for The Ages. October 2002: 3(10):18-21
8. Kanra G, Akalın E. İnfeksiyon Hastalıkları. Güneş Kitapevleri. Ankara. 1993:17-21

9. Demirbağ C. Kadınlarda İdrar Yolları Enfeksiyonlarında Hijyenik Alışkanlıklarla İlgili Risk Faktörleri. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000: 4(2):52-58
10. Eşer İ, Khorsid KL. İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanısı Konmuş Kadınlarda Hijyenik Alışkanlıkların İncelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. ss.324-332. 24-26 Haziran 1992. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
11. Hooton MT. et al. A Prospective Study of Risk Factors For Symptomatic Urinary Tract Infections in Young Women. The New England Journal of Medicine. August. 1996: 335 (7): 468-474
12. Kunin MC. Urinary Tract Infections in Females. Clinical Infectious Disease. 1994: 18 (1):1-12
13. Cantagallo A, Castelli DM. Cost-Free Prevention to Asymptomatic Bacteriuria in Diabetic Women. Diabetes Care. 2001: 24 (2): 412-413
14. Sobel DJ, Kaye D. Urinary Tract Infections. USA WB Saunders Company. 1996:582-611
15. Litta P, et al. Risk Factors for Complicating Infections after Cesarean Section. Clinic Exp Obstetric Gynecology 1995: 22 (1): 71-75
16. Bonadio M, et. al. Urinary Tract Infections in Diabetic Patients. Urologia Internationalis. (1999): 63(4):215-219
17. Forland M, Thomas V, Shelokov A. Urinary Tract Infections in Patients with Diabetes Mellitus. J Am Med Assoc. 1977: 236(18):1924-1926
18. Goswami R, et. al. Prevalence of Urinary Tract Infections and Renal Scars in Patient with Diabetes Mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice. September 2001: 53 (3): 181-186
19. Hatemi H, Ömer A. Diabetes Mellitus'ta Tanı, Sınıflama ve Epidemiyolojik Özellikler. PUSULA 6. 1997
20. Öztürk Y, Aykut M. Diabetes Mellitus'un Önlenmesi. 1999. Kayseri.
21. Öztürk Y, Aykut M, Keleştimur F. Prevalence of Diabetes. Turk J Med Sci 2000:181-185
22. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara. Vehbi Koç Vakfı. 1997:514-524
23. Boyko JE, et al. Diabetes and The Risk of Acute Urinary Tract Infection Among Postmenopausal Women. Diabetes Care. 2002: 25(10):1778-1783
24. Koloğlu S. Endokrinolojide Temel ve Klinik. Ankara. Medikal Netnes. 1996:389-390

25. Kumar P, Clark M. Clinical Medicine. USA WB Saunders Company. 1998:1157-1179
26. Joshi N, et al. Infections in Patients with Diabetes Mellitus. New England Journal of Medicine. Dec 1999; 16:341(25):1906-1912
27. Pendergrass M, Graybill J. Current Management Diabetes Mellitus. Mosby-Year Book inc. USA. 1998:218-222
28. Pozzilli P, Leslie RDG. Infections and Diabetes. Diabetic Medicine. 1994;11:935-941
29. Geerlings ES, et. al. Asymptomatic Bacteriuria May Be Considered a Complication in Women with Diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(6):744-749
30. Andriole TV. Asymptomatic Bacteriuria in Patients with Diabetes: Enemy or Innocent Visitor? N Engl J Med. November 2002; 347 (20):1617-1618
31. Görmüş T, ve ark. Diabetes Mellituslu Hastalarda Asemptomatik Bakteriüri Sıklığı ve Diabet Süresi İle İlişkisi. Flora 2001; 6 (4):240-248
32. Patterson JE, Andriole VT. Bacterial Urinary Tract Infections in Diabetes. Infectious Disease Clin North Am. 1995; 9 (1):25-51
33. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık. Ankara. 1996: 149-169.385-436
34. Jeppsson JO, et al. Approved IFCC Reference Method for The Measurement of HbA1c in Human Blood. Clinical Chemistry and Laboratory. 2002;40 (1): 78-89
35. Krishnamurti U, Steffes MW. Glycohemoglobin. Clinical Chemistry. 2001;47 (7): 1157-1165
36. Ünal GN, ve ark. Tip II Diabetes Mellitusta HbA1c Düzeyi ile Diabetik Retinopati Arasındaki İlişki. IV. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı. ss.136. 25-29 Eylül 2002. Antalya
37. Ünal GN. ve ark. Tip II Diabetes Mellitusta Diabetik Polinoropati ile HbA1c Düzeyi Arasındaki İlişki. IV. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kitabı. ss.137. 25-29 Eylül 2002. Antalya
38. Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Kaya Matbaacılık. Ankara 1999:391-394
39. Bavendam GT, et al. Keeping Urinary System Healthy. The Women's Complete Healthbook. The Plief Group USA. 1995

40. Gray M, et al. Protecting Perineal Skin Integrity. *Nursing Management*. 2002;33(12):61-63.
41. Kozier B, Erb G. *Fundamentals of Nursing*. Addison-Wesley Publishing Company. Canada. 1987
42. Karanisaoğlu H. Kadın Sağlığı Yönünden Vajinal Enfeksiyonların Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*. 1991;5 (22): 15-20
43. Bebiş H. Hemşire Öğrencilerin Kişisel Hijyen Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1997
44. Tchoudomirova K, et al. History. Clinical Findings, Sexual Behavior and Hygiene Habits in Women with and without Recurrent Episodes of Urinary Symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77 (6): 654-659
45. Edwards D, et al. Predictors of Hand-Washing Behavior. *Social Behavior and Personality*. 2002; 30 (8): 751-756
46. Demirtaş B. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Birinci ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Vulva Sağlığına ilişkin Bilgilerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2000
47. Wayce J. Wash Your Hands The Right Way To Reduce Infection. *Tb & Outbreaks Week*. Dec 2001;27
48. Kocagöz S, Eroğlu K. Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2002; 4 (1): 29-39
49. Wyman JF, et al. Comparative Efficacy of Behavioral Interventions in The Management of Female Urinary Incontinence. *Am J Obstet Gynecology*. 1998;179 (4): 999-1007
50. Singh MM, et al. Effectiveness of Syndromic Approach in Management of Reproductive Tract Infections in Women. *Indian J Med Sci*. 2001;55(4):209-14
51. Schmitt JK, et al. Asymptomatic Bacteriuria and Hemoglobin A1c. *Dia Care*. 1986;9(5): 518-521
52. Aktaş N. Diabetes Mellitus Tanısıyla Hastaneye Yatan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerini Karşılamaya Etkisinin İncelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. ss.249-256. 24-26 Haziran 1992. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas

53. Metinarıkan N, Çorapçıoğlu D, Erdoğan G. Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Verilen Diabet Eğitimi Öncesi ve Sonrası Beden Kitle İndeksi, Kan Glukozu, HbA1c ve Kan Lipid Seviyelerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2002; 4 (2): 39-48
54. Ulaş G. Kastamonu İli Merkez İlçesindeki Lise Öğrencilerinin Vücut Hijyenine İlişkin Alışkanlıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1998
55. Mazzola BL, et al. Behavioral and Functional Abnormalities Linked with Recurrent Urinary Tract Infections In Girls. J Nephrol 2003;16 (1):133-138
56. Geiger AM, et al. Risk Factors for Vulvovaginal Candidiasis. Epidemiology. Marc 1996;7 (2): 182-187
57. Rahman R. Sağlık Meslek Liseleri Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinin Menstruasyon Hijyenine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. Hemşirelik Bülteni. 1987; 2 (9): 45-51
58. Cooper E. Infection Control and Wound Care. Australian Nursing Journal. 2001;9(1):35
59. De Lansey J. Stres Urinary Incontinence: Where are we now? Where should we go? Am J Obstet Gynecology. 1996;175:311-319
60. Devi D, et al. A Study on Menstrual Hygiene Among Rural Adolescent Girls. Indian J Med Sci. 1994;48 (6): 139-43
61. Öncel S, Yılmaz M, Ak G. Kız Öğrencilerin Menstruasyona İlişkin Bilgi ve Davranışları. Hemşirelik Forumu. Mart-Nisan 2003; 6 (2): 24-31
62. Özen Ş, Dramalı A. Hemşirelerin Enfeksiyon Kontrolünde El Yıkama ve Eldiven Kullanımına İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Karşılaştırılması. III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. ss. 441-447. 24-26 Haziran 1992. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas
63. Harding KMG, et al. Antimicrobial Treatment in Diabetic Women with Asymptomatic Bacteriuria. N Engl J Med November 2002; 347 (20): 1576-1583
64. Lye CW, et. al. Urinary Tract Infections in Patients with Diabetes Mellitus. Journal of Infections. 1992; 24:169-174
65. Özyazar M, ve ark. Diabetik Nefropatinin Diabet Yaşı, Arter Basıncı, Serum HbA1c ve Fruktozaminle İlişkisi. Türk Diabet Yıllığı. 1991-1992; 9: 262-272

66. Kömürcü N, Aksayan S. Ebe ve Hemşirelerin Cinselliğe ve Bu Konudaki Danışmanlık Rollerine İlişkin Tutumları. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. ss. 267-272. 24-26 Haziran 1992. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas
67. Gray M. Providing Skin Care for an Incontinent Patient. Nursing 2002;32 (7): 51-55
68. Rigby D. The Value of Continence Training. British Journal of Nursing. 2003;12(8):484-491
69. Ünlü H. İdrar Kültürü İçin Örnek Almada Standart Geliştirme. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 1995
70. İnberg CM, et al. Diabetes Mellitus and Urinary Enfection. Diab Met. 1998: 24:351-4
71. Meiland M, et al. Management of Bacterial Urinary Tract Infections in Adult Patients with Diabetes Mellitus. Drugs. 2002: 62 (13):1859-1868
72. Ronald AR, Ludwing E. Urinary Tract Infections in Adults with Diabetes. International Journal of Antimicrobial Agents. Apr 2001: 17 (4): 287-292
73. Sawers JS, et al. Bacteriuria and Autonomic Nerve Function in Diabetic Women. Diabetes Care. 1986: 9 (5): 460-464
74. Schaeffer AJ. Bacterial Urinary Tract Infections in Diabetes J Urol 1998;160:293
75. Sert M, ve ark. Diabetes Mellitus ve Asemptomatik Bakteriüri. Endokrinolojide Yönelişler. Ekim 2000: 9 (4):151-152
76. Keane EM, et al. Prevalence of Asymptomatic Bacteriuria in Subjects with Diabetes. Dia Care 1988: (11): 709-713
77. Zhanel GG, et al. Asymptomatic Bacteriuria: Which Patient Should Be Treated? Arch Intern Med. 150:1389-1396
78. Bhatti LI, et al. Health-Seeking Behavior of Karachi Women with Reproductive Tract Infections. Sos Sci Med. 2002: 54 (1): 105-17
79. Zhanel GG, et al. Prevalence of Asymptomatic Bacteriuria and Associated Host Factors in Women with Diabetes Mellitus. Clinical Infectious Diseases. 1995: 21 (2): 316-322
80. Doberty W. A New Concept in Disposable Incontinence Pads. British Journal of Nursing. 2003;12 (5): 327-330

EKLER

EK-1

**DİABETES MELLİTUS'LU KADINLARIN HİJYENİK ALIŞKANLIKLARI VE
ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU GÖRÜLME DURUMU**

ANKET FORMU:

Hastanın Adı-Soyadı:

Hastanın Protokol Numarası:

1. Yaşınız?.....
2. En son hangi okuldan mezun oldunuz?
1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlköğretim 4.Ortaöğretim 5.Yüksek öğretim
3. Medeni durumunuz nedir?
1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış/Ayrı yaşıyor 4.Dul
4. Nerede yaşıyorsunuz?
1.İl 2.İlçe 3.Köy
5. Size göre çevrenizdeki ailelerle karşılaştırdığınızda gelir durumunuz nasıl?
1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü
6. Sosyal güvenceniz var mı?
1.Var 2.Yok
7. Hastalığınızın (DM) tanısı konulalı kaç yıl oldu?.....
8. DM ile ilgili hangi tür ilaç kullanıyorsunuz?
1. İlaç kullanmıyor 2. OAD ilaç kullanıyor 3. İnsulin
4. Diğer (ise belirtiniz)...
9. Daha önce hiç idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi?
1. Evet 2. Hayır (ise 12. soruya geçiniz)
10. (Cevabınız evetse) Ne kadar süre önce geçirdiniz?.....
11. (Cevabınız evetse) Ne kadar sıklıkta idrar yolu enfeksiyonunuz oluyor?
1. 3ayda bir 2. 6ayda bir 3. 9ayda bir 4. 1 yılda bir
5. Diğer (ise belirtiniz)
12. İdrar yaparken yanma şikayetiniz var mı?
1.Evet 2.Hayır
13. Şu anda kesik- kesik idrara çıkıyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
14. İdrar kaçırma şikayetiniz var mı?
1.Evet 2.Hayır (ise 16. soruya geçiniz)

15. (Cevabınız evetse) Ne sıklıkta idrar kaçırma şikayetiniz oluyor?.....
16. Ne sıklıkta banyo yapıyorsunuz?.....
17. Ne tür iç çamaşırı kullanıyorsunuz?.....
18. İç çamaşırınızı ne sıklıkta değiştiriyorsunuz?.....
19. Ellerinizi ne zaman yıkıyorsunuz?
1. Tuvaletten önce 2. Tuvaletten sonra 3. Her iki zamanda da 4. Hiçbir zaman
20. Taharetlenme alışkanlığınız var mı?
1. Evet 2. Hayır (ise 22. soruya geçiniz)
21. Nasıl taharetleniyorsunuz?.....
22. Taharet bezi kullanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır (ise 24. soruya geçiniz)
23. Ne sıklıkta yıkıyorsunuz?
24. Adet döneminizde bez/ped olarak ne kullanıyorsunuz?
1. Evde dikilmiş bez 2. Hazır ped 3. Pamuk 4. Pamukla+spanç
5. Diğer(ise belirtiniz).....
25. Bu bezleri ne sıklıkta değiştiriyorsunuz ?.....
26. Evde dikilmiş bez kullanıyorsanız bu bezleri nasıl temizliyorsunuz?.....
27. Adet dönemleriniz dışında ara bezi kullanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır (ise 31. soruya geçiniz)
28. Ne tür ara bezi kullanıyorsunuz?.....
29. Niçin ara bezi kullanıyorsunuz?.....
30. Ara bezini ne sıklıkta değiştiriyorsunuz?
31. (Eğer evli ise sorulacak) Haftalık cinsel ilişki sıklığınız nedir?.....
32. Cinsel ilişkiden sonra vajeni (hazneyi) yıkıyor musunuz ?
1. Evet 2. Hayır (ise 34. soruya geçiniz)
33. (Evet ise) Ne ile vajeni (hazneyi) yıkıyorsunuz?.....
34. HbA_{1c} değeri:.....
35. İdrar kültürü sonucu:.....
36. TİT sonucu:.....
37. Vücut ısısı:.....

ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar No.	Özü
15.10.2002	12	02/212	

Karar

Kayseri Atatürk Sağlık Yüksekokulu Yüksek Lisans öğrencisi Gönül Sungur'un " Diabetes Mellitus'lu Kadınların Hijyenik Alışkanlıkları ve Üriner Sistem Enfeksiyonu Görülme Durumu" adlı araştırması incelenerek, çalışmanın yapılmasının uygun olacağına ve dekanlık nakamına sunulmasına oy birliğiyle karar verildi.



ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Çiğdem ÖZESMİ

Prof. Dr. Ümit UKŞAL

Prof. Dr. Hidayet AKDEMİR

Prof. Dr. Yalçın TEKOL

Prof. Dr. Yücel ARITAŞ

Prof. Dr. Turhan ÖKTEN

Prof. Dr. Aydın ERENMEMİŞOĞLU

Prof. Dr. Kader KÖSE

HİJYENİK ALIŞKANLIKLARLA İLGİLİ GEREKLİ BİLGİLER

BİREYSEL HİJYENİ KORUMANIN 10 ALTIN KURALI

KURAL 1: Günlük yada gūnaşırı duş alınız yada banyo yapınız. Banyo yapmak vücudumuzdaki atıkları ve mikroorganizmaları uzaklaştırarak hem kendimizi iyi hissetmemizi sağlar hem de bizi hastalıklardan korur.

KURAL 2: Eller tuvaletten önce ve sonra, yemekten önce ve sonra, kirlendiğı fark edildiğinde yada kirli olduğı düşünölen bir yüzeyle temas edildiğinde sabunla ve bol su ile yıkanmalı ve durulanmalıdır.

KURAL 3: Tuvalet sonrası temizlikte temizliğı önden arkaya doğru (vajinadan anüse doğru) yapılması çok önemlidir. Temizliğı anüsten vajinaya doğru yaptığınızda dışkıdaki kalınbağırsak mikroorganizmaları vajinaya ve buradan da idrar yoluyla idrar bulaşabilir. Temizlik yapıldıktan sonra mutlaka tuvalet kağıdı ile kurulayınız ve taharet bezi kullanmayınız. Taharet bezi kullanıyorsanız; bu bezlerde mikroorganizmalar üreyebilir ve enfeksiyonlara neden olabilir.

KURAL 4: Genital bölgeyi günde en az bir kez ılık su ile temizleyiniz ve kurulayınız. Mantar ve diğerk bakterilerin nemli ve sıcak ortamlarda daha kolay üremesi nedeniyle genital bölgenin kuru kalması önemlidir. İç çamaşırınızı günlük değıştirmek, naylon yerine pamuklu iç çamaşırları tercih etmek, dar pantolon, çorap ve iç çamaşırı kullanmamakla bunu sağlayabilirsiniz.

KURAL 5: İlişki sonrasında ve diğerk tüm zamanlarda idrar yapma ihtiyacı ortaya çıktığında ertelenmemelidir. İdrar ihtiyacı ertelendiğinde mesanedeki bakteriler enfeksiyon yapmak için "zaman" bulurlar. Halbuki idrar yapılması bakterilerin idrarla birlikte vücuttan atılmasını sağlar.

KURAL 6: Tam hazır olunmadan (yeterli kayganlık oluşmadan) ilişkiye başlanmamalıdır. Bu önlem mekanik tahrişe ve mikroorganizmaların yerleşmesine meydan vermemek açısından çok önemlidir.

KURAL 7: Menstruasyon (adet) kanamalarında mutlaka tek kullanımlık, beyaz, emiciliğı fazla, kokusuz hijyenik ped kullanın ve bunları sık aralıklarla değıştirin (en fazla 4 saat arayla). Evde dikilmiş bez kullanıyorsanız bu dönem için özel bezler hazırlayın. Bu bezleri temizledikten ve birkaç kez duruladıktan sonra mutlaka kaynatın, çamaşır suyunda bekletin yada ütüleyin. Menstruasyon döneminde de günlük duş almanızın hiçbir sakıncası yoktur.

KURAL 8: Vajina (hazne) kendini sürekli yenileyen bir organdır. Bu nedenle vajinanın içine bazı maddelerin sokularak "temizlik" yapılmaya çalışılması anlamsızdır ve vajinanın asit ortamının zarar görmesine neden olabilir. Genital bölgenin gereğinden fazla yıkanarak hijyen sağlanmaya çalışılması vajinanın asit ortamının zarar görmesine katkıda bulunabilir ve enfeksiyonlara neden olabilir.

KURAL 9: Ağda ve jilet genital kılların giderilmesinde oldukça etkilidir. Bu iki yöntem kıl köklerinin enfeksiyonunu kolaylaştırır ve genital bölgenin daha kolay tahriş olmasına neden olur. Genital bölge için geliştirilmiş aletlerden faydalanmak veya makas kullanmak özellikle genital bölgeleri enfeksiyona ve tahrişe duyarlı kadınlarda daha iyi bir seçenek olabilir.

KURAL 10: Akıntı yada idrar kaçırma şikayetiniz varsa mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurun. Akıntı yada idrar kaçırma şikayetiniz için günlük ped kullanıyorsanız, rastgele bezler kullanmayın, bu bezleri sık aralıklarla değiştirin ve temizliğine dikkat edin.



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1967 yılında Ardahan’da doğdu. İlk, orta öğrenimini Kayseri’de tamamladı. Lise öğrenimini 1986 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Meslek Lise’sinde tamamladı. 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. Çalışma hayatına öğrencilik yıllarında başladı. 1986-1989 yıllarında Erciyes Üniversitesi Araştırma Hastanesinde ve 1990-1997 yıllarında Marmara Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. 1997-1999 yıllarında USA’da İngilizce dil eğitimi aldı. 2000 yılında Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu’nda öğretim elemanı olarak göreve başladı ve halen bu kurumda görevine devam etmektedir.