



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

**ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERDE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN ÜRİNER İNKONTİNANSLA
BAŞ ETME YÖNTEMLERİNE ETKİSİ**

Zehra KOÇAK

Yüksek Lisans

**KONYA
Haziran 2022**

ÜRİNER İNKONTİNANS YAŞAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ ERKEKLERDE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN ÜRİNER İNKONTİNANSLA BAŞ
ETME YÖNTEMLERİNE ETKİSİ

Zehra KOÇAK

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR

Konya
Haziran 2022

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans/Doktora tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹
- Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ertelenmiştir.²
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

15 Haziran 2022

Zehra KOÇAK

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

² MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

³ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

⁴ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

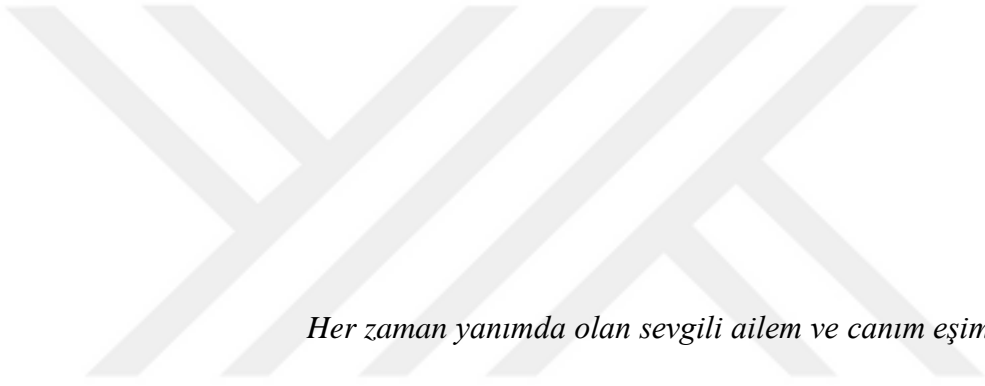
ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

15 Haziran 2022

Zehra KOÇAK





Her zaman yanımda olan sevgili ailem ve canım eşime minnetle...

TEŞEKKÜR

Tezimin ilerlemesinde ve tamamlanmasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile bana destek olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR'a,

Lisansüstü eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez çalışmama birlikte başladığım, bilgi birikimi ile bana yol gösterip ışık tutan sevgili hocam Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a,

Her zaman desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle farklı pencerelerden bakmamı sağlayan, bakış açımı değiştiren değerli hocam Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e,

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve her zaman destekleri ile yanımda olan, annem Elif TAŞKIN'a, babam Abdurrahman TAŞKIN'a ve kardeşlerime,

Yoğun iş temposuna rağmen manevi desteğini esirgemeyen, motivasyon kaynağım olan, bana hissettirdiği güven ve sevgiyle tezimin her aşamasına desteği olan, canım eşim Mehmet Zahid KOÇAK'a ve küçük olmasına rağmen bana büyük cesaret veren en büyük sosyal destek kaynağım, biricik kızım Zeynep Gülten KOÇAK'a çok teşekkür ederim.

15 Haziran 2022

Zehra KOÇAK

ÖZET

Zehra KOÇAK

Üriner İnkontinans Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek
Düzeyinin Üriner İnkontinansla Baş Etme Yöntemlerine Etkisi

Yüksek Lisans

Konya, 2022

Bu araştırma, üriner inkontinans (Üİ) yaşayan 65 yaş ve üzeri erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin Üİ ile baş etme yöntemlerine etkisini saptamak amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı türde yapılan bu araştırmanın verileri Aralık 2021 – Mayıs 2022 tarihleri arasında, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” aracılığıyla toplandı. Araştırmanın evreni Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran bireylerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini 92 Üİ’li 65 yaş üstü erkek oluşturdu. Normal dağılım gösteren veriler için bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

Araştırma sonucunda katılımcıların Üİ’yi yaşlılıktan kaynaklanan normal bir sorun olarak gördükleri belirlendi. Algılanan sosyal destek ve alt boyutları baş etme yöntemleriyle karşılaştırıldığında, aile destek puanı yüksek olanların sıvı kısıtlaması ve sık çamaşır değiştirme yöntemini kullandıkları, arkadaş desteği puanı yüksek olanların sıvı kısıtlaması ve sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmadıkları, özel bir insan destek puanı yüksek olanların daha çok doktora gitme baş etme yöntemini kullandıkları görüldü. Algılanan sosyal destek toplam puanı yüksek olanların daha çok doktora gitme baş etme yöntemini kullandıkları ve bu sonuçların anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların Üİ’sini en çok eşleriyle paylaştığı, en sık çamaşır değiştirme baş etme yöntemini kullandıkları ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta düzeyde olduğu bulundu. Ayrıca algılanan sosyal destek düzeyinin baş etme yöntemleri üzerinde önemli farklar oluşturduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Üriner inkontinans, erkek, algılanan sosyal destek, baş etme

ABSTRACT

Zehra KOÇAK

The Effect of Perceived Social Support Level on Coping Methods with Urinary
Incontinence 65 years and Older Men with Urinary Incontinence

Master's Thesis

Konya, 2022

This study aimed to determine the effect of perceived social support level of 65 years and older men with urinary incontinence (UI) on coping methods. The data of this descriptive study were collected between December 2021 and March 2022 using the multidimensional scale of perceived social support. The universe of the study consisted of individuals who were examined in the Urology Polyclinic of Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital. The sample of the study consisted of 92 men over the age of 65 with UI.

As a result of the research, it was determined that the participants thought of UI as a normal problem arising from old age. When the perceived social support and coping methods were compared, those with a high family support score used fluid restriction and frequent underwear change, those with a high friend support score did not use fluid restriction and frequent underwear change, and those with a high significant other support score used the coping method of visit to the doctor. It was determined that those with a high perceived social support total score mostly used the coping method of visit to the doctor and these results were significantly different.

According to the results of the study, it was found that the elderly men with UI shared their UI most frequently with their wives, they used changing underwear most frequently, and the perceived social support score of elderly men with UI was moderate. In addition, it was found that the level of perceived social support made a significant difference on coping methods.

Keywords: Urinary incontinence, male, perceived social support, coping

İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM.....	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi	5
2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2.1. Yaşlı Bireylerde Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	8
2.2.2. Üriner İnkontinans Çeşitleri	9
2.2.3. Üriner İnkontinanslı Bireyin Değerlendirilmesi	11
2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi	11
2.2.5. Üriner İnkontinansda Hemşirelik Bakımı	13
2.3. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek Kavramı	14
2.3.1. Sosyal Destek.....	14
2.3.2. Algılanan Sosyal Destek.....	15
2.3.3. Algılanan Sosyal Destek Türleri.....	15
2.3.4. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Örneklem Seçimi ve Dışlama Kriterleri	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Veri Toplama Araçları	19
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2).....	19
3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-3)	19

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönu.....	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIşMA.....	37
6. SONUÇ	43
6.1. Sonuçlar	43
6.2. Öneriler	44
KAYNAKLAR.....	45
ÖZGEÇMİş.....	54
EK 1. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜğÜ HESABI.....	55
EK.2 KİşİSEL BİLGİ FORMU	56
EK 3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEğİ (ÇBASDÖ)	60
EK 4. KURUM İZNİ	61
ETİK KURUL/KOMİSYON İZNİ/MUAFİYETİ.....	62

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Geçici üriner inkontinans nedenleri (DIAPPERS)	9
Tablo 2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin değeri ve Bartlett testi	20
Tablo 3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin açımlayıcı faktör analizi	21
Tablo 4. Üriner inkontinanslı bireylerin demografik özellikleri (n=92).....	23
Tablo 5. Üriner inkontinans (Üİ) sıklığı ve kaynaklandığı düşünülen nedenler	24
Tablo 6. Üriner İnkontinansını başkasına söyleyen ve söylemeyenler arasındaki baş etme yöntemlerinin karşılaştırılması.....	26
Tablo 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutların normallik dağılımı	27
Tablo 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının medeni durum, aile tipi, kronik hastalık durumu ve bir işte çalışma durumuna göre karşılaştırılması ...	28
Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının yaşanılan yer ve eğitim durumu ile karşılaştırılması	30
Tablo 10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile gelir durumu ve Üİ'in yaşama etkisinin karşılaştırılması	32
Tablo 11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının baş etme yöntemleri ile karşılaştırılması	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. 2020 yılı yaş gruplarına göre Dünya nüfus oranları	6
Şekil 2. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080	7



KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
ÇBSDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
KEGEL	Pelvik Taban Kas Egzersizleri
Üİ	Üriner İnkontinans
WHO	World Health Organization



1. GİRİŞ

Dünya’da doğum oranındaki azalma, yaşam standartlarının iyileşmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken teşhisi, hastalık tedavilerindeki etkin gelişmeler ve buna bağlı olarak insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Yaşam beklentisinin küresel olarak artması ve yaşlı mortalitesinin azalması ile 65 yaş ve üstü yetişkinlerin oranı diğer yaş gruplarındaki insanlardan daha hızlı artmaktadır (WHO, 2015). Dünyada toplam nüfusun %9,5’ini 65 yaş üstü nüfus oluşturmaktayken, 2050 yılında bu oranın %16’yı geçmesi öngörülmektedir (Statista, 2020). Türkiye’ de ise 2020 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %9,5’i iken, 2025 yılında %11, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020).

Yaşlanma anne karnından ölüme kadar anatomik ve fizyolojik değişiklikler bütünüdür (Aslan ve Olgun 2017). Ancak yaşlanma homojen bir süreç değildir. Yaşlanmayla birlikte birçok organ ve sistemde değişiklikler oluşmaktadır (Blokzijl vd., 2016). Değişiklikler yaşlılarda sonuç olarak bir çok hastalığı da beraberinde getirebilmektedir (Inouye vd., 2007; TC Sağlık Bakanlığı 2015). Düşme, inkontinans, basınç ülseri, deliryum ve fonksiyonel zayıflık en çok görülen problemlerin başında gelmektedir (Inouye vd., 2007). Bu problemler arasından olan üriner inkontinans (Üİ), Dünya Sağlık Örgütü’ ne göre yaşlılık döneminin dört büyük sorunundan biri olarak tanımlanmıştır (WHO, 2007).

Üriner inkontinans, miktarına bakılmaksızın her türlü istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Abrams vd., 2002; Minassian, 2003). İdrar kaçırma, kabul edilmesi zor bir durum olarak görüldüğü için bireyler tarafından gizlenmekte ve sorunun gerçekte ne kadar kişi tarafından yaşandığı saptanamamaktadır (Dikencik, 2002). Bu nedenle Üİ, “sessiz salgın” olarak adlandırılmıştır (Bilgiç vd., 2017). Artan yaş, azalan fiziksel ve zihinsel performans nedeniyle bireylerde üriner inkontinans riski sürekli artmaktadır (Goode vd., 2008). Üİ’nin dünyadaki prevalansı %20 ile %68 arasında değişmektedir (Seshan, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Üİ prevalansı %44,2 bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %57,1, erkeklerde ise %21,5 olarak tespit edilmiştir (Ateşkan, 2000). Üİ, 80 yaşına kadar kadınlarda erkeklerden 1,3-2 kat daha sık

görülürken, 80 yaşından sonra bu sorun her iki cinsiyette de benzer oranlarda görülmektedir (Goode vd., 2008).

Üriner inkontinans, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tıbbi ve sosyal bir problemdir. Üriner inkontinanslı bireyler, kötü kokma korkusu, anksiyete, kendini kirli hissetme, mutsuzluk, damgalanma, beden imajında bozulma, depresyon gibi olumsuz psikososyal problemler yaşamaktadır (Çetinel, 2005). Üİ, azalan yaşam kalitesi, sosyal izolasyon, kırılabilirlik ve huzurevine kabul ile ilişkilidir (Berardelli vd., 2013; Di Rosa,2016; Schluter vd., 2017). Çoğunlukla tedavi edilebilir bir sağlık sorunudur (Hall vd., 2009). Ancak bireyler profesyonel yardım almak yerine sıvı alımını azaltma, sık tuvalete gitme, ped kullanma, sosyal aktivitelerden kaçınma gibi etkisiz baş etme yöntemleri ile bu sorunu kendi kendilerine çözmeye çalışmaktadırlar. Buna bağlı olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir (Bilgiç vd., 2017). Bireyler, tüm biyopsikososyal karmaşalarında çevreleri ile etkileşim içerisinde olurlar. İnsanlar arası etkileşim, insanların davranış değişikliğini etkileyen önemli unsurlardandır (Bahar ve Açıl, 2014). Pender, Sağlığı Geliştirme Modelinde (SGM) sağlık davranışlarını kazanma ve sürdürmede, kişiler arası etkilerin önemli olduğunu belirtmektedir. Kişilerarası etkiler; normları (önemli kişilerin beklentileri), sosyal desteği (etkili ve duygusal teşvikler) ve model almayı (belirli bir davranışta bulunan diğerlerini gözlemleyerek dolaylı öğrenme) içermektedir. Kişilerarası etkilerin birincil kaynakları aileler, akranlar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır (Sakraida, 2014). Sağlık arama davranışında ve sağlığın geliştirilmesinde aile, arkadaş ve sağlık personeli gibi çevre desteği, bireyi harekete geçirici ve motive edici bir güçtür. Kişinin kendisi kadar çevresinden almış olduğu destek de cesaretlenmesini sağlar (Bahar ve Açıl, 2014). Bilgiç ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada kadınların %45,5'i ve erkeklerin %52,8'i Üİ sorununu ilk olarak eşleri, aileleri veya arkadaşları/komşuları ile paylaştıklarını bildirmişlerdir. Yaşlıların %43,7'si ilk idrar kaçırma sorunu olduğunda yakınlarıyla paylaştığını ifade etmiştir (Bulgak ve Avcı, 2022). Başka bir çalışmada Üİ'si olanların %59'unun bu sorun hakkında çevresindeki kişilerle konuştuğu bildirilirken; yalnızca %23,2'sinin bir profesyonele danıştığı bulunmuştur (Choi vd., 2015).

Sosyal destek hem bireylerin yaşamlarındaki genel iyilik hallerinin sürdürülmesinde hem de yaşamış oldukları bir sorunda çevrelerinden (sosyal kaynaklarından) elde etmiş

oldukları duygusal destek, maddi yardımlar ve bilgi desteği olarak tanımlanır (Alyüz, 2020). Başka bir deyişle, zor bir durum içindeki bireylerin aile, arkadaş, komşu ve kurumdan aldıkları fiziksel ve psikolojik yardımlar olarak tanımlanır (Polat ve Kahraman, 2013). Eş, aile ve arkadaşlarından oluşan yaşlının çevresindeki sosyal ağ, bireylerin sevgi, benlik saygısı, bir gruba ait olma ve bağlılık gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu etkiler (Altıparmak, 2009). Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal ağlardan aldığı destek konusundaki genel izlenimidir (Türkseven vd., 2020). Sosyal destek; bireylerde yaşamdan duyulan memnuniyete, moral artışına ve stres verici olaylar ile baş etmeye olumlu katkıda bulunmaktadır (Cohen ve Wills,1985).

Üİ türüne bakılmaksızın özellikle yaşlılarda, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edildiğinden ve utanç duygusuna neden olduğundan birey tarafından nadiren bildirilmektedir (Elenskaia vd., 2011). Genellikle, etkilenen bireyler Üİ'yi reddetmekte ve gizlemektedir. Bu da hayattan zevk alma konusunda fiziksel ve psikososyal kısıtlamalara neden olmaktadır. Bununla birlikte kaygı, depresyon, cinsel yaşamda bozulma, fiziksel aktivitede azalma, yaşam kalitesinin bozulması gibi diğer olumsuz sonuçlara ek olarak özgüven kaybı ve sosyal izolasyona neden olmaktadır (Farage vd., 2008; Pizzol vd., 2021). Bir çalışmada yaşlılarda üriner inkontinans nedeni ile utanma ve sosyal izolasyon, depresyona kadar değişen psikososyal etkilenmenin, erkeklerde (%72,7) kadınlara (%61,8) göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ateşkan, 2000). Toplumumuzda erkeğin konumu düşünüldüğünde Üİ'nin kendilerinde oluşturacağı psikososyal etkinin daha fazla olacağı tahmin edilebilir (Ateşkan, 2000). Sağlık arama davranışında ve sağlığın geliştirilmesinde çevre desteğinin önemi bilinse de bildiğimiz kadarıyla literatürde Üİ'si olan bireylerde çevre desteğini ve algıladıkları sosyal destek düzeyini ele alan çalışma bulunmamaktadır. Literatür bilgileri doğrultusunda bu araştırmada amaç, üriner inkontinans yaşayan 65 yaş ve üzeri erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin Üİ ile baş etme yöntemlerine etkisini saptamaktır.

Araştırma Soruları

1. Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri erkeklerde algılanan sosyal destek düzeyi nedir?

2. Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri erkeklerin üriner inkontinans ile baş etme yöntemleri nelerdir?
3. Üİ'si olan 65 yaş ve üzeri erkekler bu sorunu en çok kimlerle paylaşırlar?
4. Üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri erkeklerde algılanan sosyal destek düzeyinin, üriner inkontinansla baş etme yöntemleri üzerindeki etkisi nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi

Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlanmıştır (WHO, 1999). Yaşlanma ise organizmanın hücresel ve sistemler düzeyinde ortaya çıkan, geri dönüşsüz, yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri kapsayan, bireyler arasında farklılıklar gösteren dinamik bir süreçtir (Blazer vd., 2004). Yaşlanma, en geniş anlamıyla, yalnızca bir organizmanın ömrü boyunca meydana gelen değişiklikleri ifade eder (Kirkwood, 2005) Yaşlanma; sosyal, psikolojik, biyolojik, ruhsal ve çevresel bileşenler içeren bir değişim sürecidir (Ankri ve Cassou 2013; Arun, 2018). DSÖ yaşlılık kavramı için kronolojik yaş sınırını 65 yaş ve üstü olarak belirleyerek; üç basamakta kategorize etmiştir, 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş ileri yaşlılık, 85+ çok ileri yaşlılık olarak belirlenmiştir (WHO, 2011). Yaşlanma, kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşlanma olarak sınıflandırılmaktadır (Chalise, 2019).

Kronolojik Yaşlanma: Demografik yaşlanma olarak da bilinen bireyin takvim yaşıdır ve 65 yaş üstündeki kişiler yaşlı olarak tanımlanır. Bireyin bulunduğu ana kadar yaşadığı yılların sayısını ifade etmektedir (Chalise, 2019).

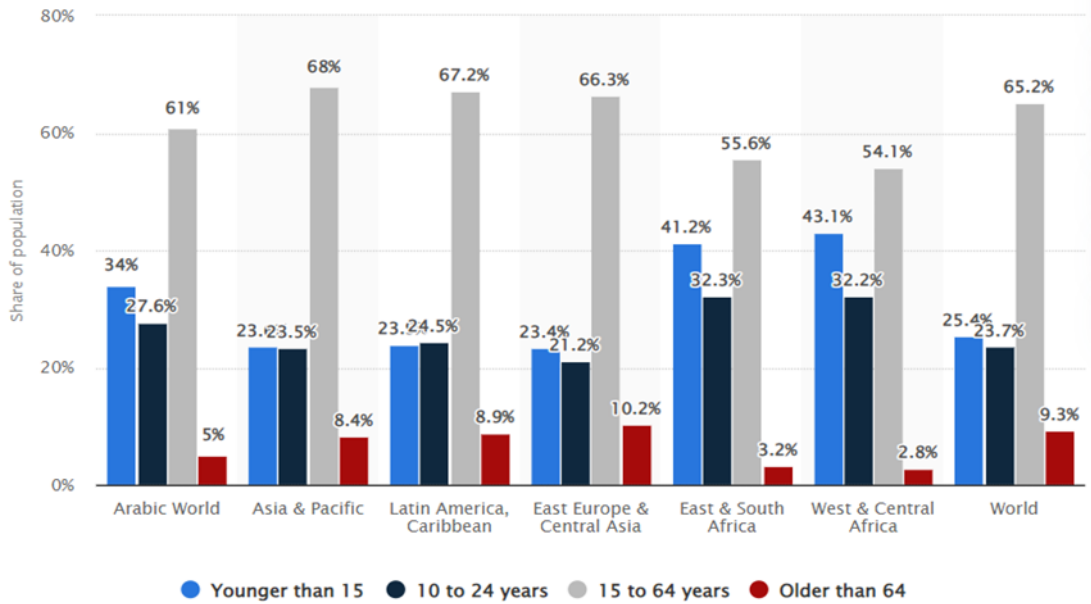
Biyolojik Yaşlanma: Döllenmeden itibaren hücrelerin metabolizmasında ve fizikokimyasal özelliklerinde ilerleyici yaş değişiklikleri ile karakterize edilen yaşlanma türüdür (Da Costa vd., 2016). Kaslarda güç kaybı, saçlarda beyazlama, cilt kırışıklıklarının çoğalması, işitme ve görme gibi duylarda azalma, omurgada şekil bozukluğu, hareketlerde yavaşlama, unutkanlık ve sinirlilik gibi değişikliklerin yanı sıra, bir ya da daha fazla kronik rahatsızlığın eşlik ettiği dönem olarak da tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2013).

Psikolojik Yaşlanma: Kronolojik yaşlanma ile bireyin zihinsel yetenek ve işlevlerindeki azalmaya ek olarak davranışsal uyum yeteneğinde ortaya çıkan değişimlerdir (Görgün Baran, 2016). Zihinsel becerileri aktif olup, yeni değişiklikler ile baş edebilen yaşlı “genç” olarak ifade edilmektedir (Chalise, 2019).

Sosyolojik Yaşlanma: Toplumdaki bireyin kültür durumuna ve sosyal özelliklerine göre yaşı ilerledikçe çevresi ya da kendisinin bireye yüklediği sosyal rol ve

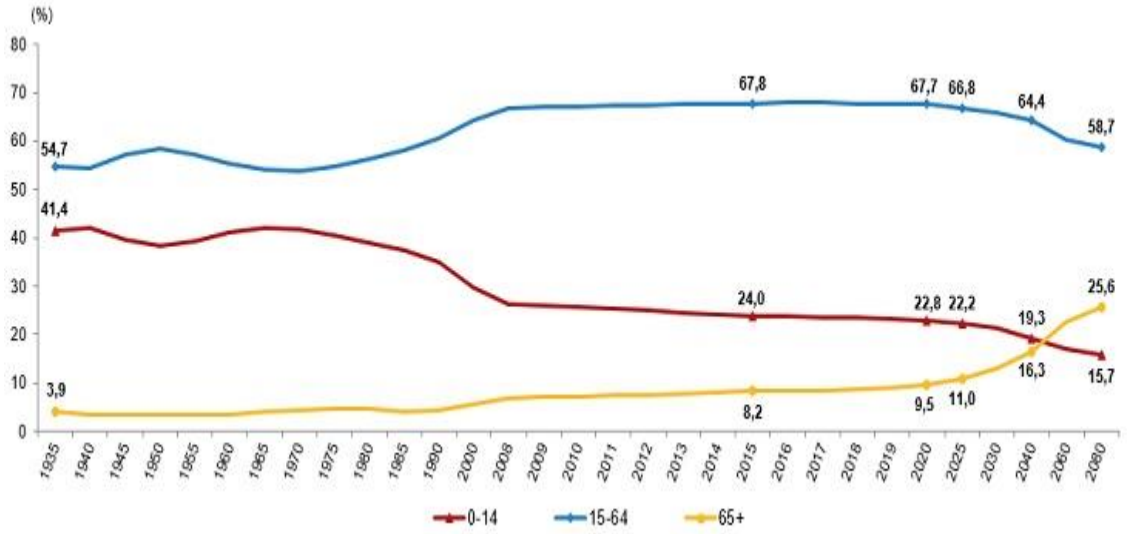
yükümlülüklerindeki değişimler ile uyum sağlayamama şeklinde tanımlanabilmektedir (Tekin ve Kara, 2018).

Dünyada doğum oranındaki azalma, yaşam standartlarının iyileşmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi, hastalıkların erken teşhisi, hastalık tedavilerindeki etkin gelişmeler ve buna bağlı olarak insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Yaşam beklentisinin küresel olarak artması ile 65 yaş ve üstü yetişkinlerin oranı diğer yaş gruplarındaki insanlardan daha hızlı artmaktadır. Dünyada toplam nüfusun %9,3'ünü 65 yaş üstü nüfus oluşturmaktadır (Şekil 1), (Statista, 2020). Yaşlı nüfus oranının, tüm dünyada 2050 yılında %16'yı geçeceği öngörülmektedir (WHO 2021).



Şekil 1. 2020 yılı yaş gruplarına göre Dünya nüfus oranları (TÜİK, 2020)

Türkiye de ise 2020 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus, tüm nüfusun %9'u iken, 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3 ve 2060 yılında %22,6 olacağı tahmin edilmektedir (Şekil 2), (TÜİK, 2020). Ülkemizde yaşlı nüfusunun %7'yi geçmesi nedeniyle toplumsal sınıflandırmada ülkemizin nüfusu artık genç nüfus olmaktan çıkıp yaşlı nüfus kategorisine girmiştir (Hablemitoğlu, 2010).



Şekil 2. Yaş grubuna göre nüfus oranı, 1935-2080

TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1935-2000

TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008-2020

TÜİK, 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2025-2080

Yaşlanmayla birlikte birçok organ ve sistemde değişiklikler oluşmaktadır (Karadakovan, 2014). Yaşlanma homojen bir süreç değildir. Aynı kişideki organlar, genetik yapı, yaşam tarzı ve çevresel etkiler dahil olmak üzere birçok faktörden etkilenerek farklı oranlarda yaşlanmaktadır (Blokzjil vd., 2016). Yaşlanma ile genitoüriner sistemde özellikle alt üriner sistemdeki değişiklikler yaşlı bireyde birçok sorun ile karşımıza çıkmaktadır (Kalkan ve Ersöz 2017). Yaşlanma sonucunda genitoüriner sistemdeki değişiklikler nedeniyle üriner inkontinans prevalansı artmaktadır (Tong, 2009). DSÖ üriner inkontinansı yaşlılık döneminin dört büyük sorunundan biri olarak tanımlamıştır (WHO, 2007). Altmış beş yaş üstü kişilerde meydana gelen Üİ, günlük yaşam faaliyetlerinde (ulaşım, finans, alışveriş, çamaşır, temizlik vb.), kişisel aktiviteleri gerçekleştirmede (hijyen, beslenme, yürüme ve giyinme vb) daha fazla sorun yaratmaktadır (Gibson vd., 2021).

2.2. Üriner İnkontinans Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kontinans, idrar yapmanın istemli gerçekleştirildiği süre haricinde idrarı mesanede tutabilmektir. İdrar yapma, sempatik, parasempatik ve somatik sinirlerle birlikte

korteks, beyin sapı gibi üst merkezlerin tam ve uyumlu çalışması ile oluşur. Pelvik taban kasları, eksternal üretral sfinkter, duyuşal ve motor sinirlerin fonksiyonları ile kontinans sağlanmaktadır (Ozan ve Firdolaş, 2015). Üriner inkontinans ise Uluslararası Kontinans Derneği [International Continence Society (ICS)] (2002) tarafından miktarı fark etmeksizin her türlü istemsiz idrar kaçırma şeklinde tanımlanmaktadır (Abrams, 2002).

Literatüre bakıldığında üriner inkontinans yaygınlığı, insidansı ve diğer epidemiyolojisi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır (Abrams, 2010). Kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, her dört kişiden en az biri yaşamı boyunca Üİ'den etkilenebilmektedir (Ebbesen vd., 2013; Stewart vd., 2014). Mevcut tahminler, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 20 milyon kadın ve 6 milyon erkeğin yaşamları boyunca Üİ yaşadığını göstermektedir (John vd., 2016). Türkiye'de ise üriner inkontinans prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, prevalansın %16,4 ile %68,8 aralığında değiştii görülmektedir (Akkuş ve Pınar, 2016). Üİ, 60 yaş ve üzeri toplumda yaşayan yaşlılarda görölme oranı %15-30 iken, huzurevindeki yaşlılarda %60-70 oranında görülmektedir (Park, 2013).

2.2.1. Yaşlı Bireylerde Üriner İnkontinans Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Üİ etiyolojisi multifaktöriyeldir (Inouye vd., 2007; Gibson vd., 2021). Yaşlanma ile üriner sitemde ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişikliklerle hastalıkların, bilişsel ve fonksiyonel bozuklukların varlığı ve kullanılan ilaçlar Üİ gelişmesini kolaylaştırmaktadır (Goode vd., 2008). Sonuç olarak, çok sayıda temel ve hızlandırıcı risk faktörü, yaşlı bireyin üriner inkontinans yaşamasını etkilemektedir (Gibson vd., 2021). Bu risk faktörleri:

- Benign prostat hipertrofisi, işemeyi engelleme yeteneğinde azalma,
- Menapozla birlikte östrojenin azalmasına bağlı olarak vajinal atrofi ve üretra çevresindeki destek dokuların azalması ve pelvik taban kasların zayıflaması,
- Üretral basınçta azalma olması, total mesane kapasitesinde azalma,
- Detrusor kasının aşırı aktivitesi, Detrusor kasılmasında azalma,
- Renal konsantrasyon yeteneğinde azalma, postmiksiyonel rezidü miktarında artma

- Anti diüretik hormonun normal diürinal ritmindeki bozulma,
- İnkontinansı kolaylaştıran ilaçların kullanılması (Loop diüretikler, Antipsikotikler, Trisiklik antidepresanlar), (Ozan ve Firdolaş, 2015).

2.2.2. Üriner İnkontinans Çeşitleri

Üriner inkontinans semptomların geçici ve kalıcı/kronik olmasına göre iki şekilde ve türüne göre daha fazla sınıflandırılabilen geniş bir terimdir (Patel vd., 2016).

2.2.2.1. Geçici Üriner İnkontinans

Üİ semptomları geçici olduğunda akut inkontinanstaki bahsedilmektedir (Khandelwal 2013). En sık görülen geçici Üİ nedenleri, İngilizce ifadelerinin baş harfleri; DIAPPERS şeklinde kullanılarak kolayca hatırlanır (Tablo 1), (Erdem ve Chu, 2006; Khandelwal, 2013). Geçici Üİ, genitoüriner olmayan organlarda meydana gelen disfonksiyonun genitoüriner sistem üzerindeki etkisine bağlı olarak oluşmaktadır. Geçici Üİ, yeni başlayan bir üriner inkontinansa neden olmakta ya da mevcut üriner inkontinansın şiddetini artırmaktadır. Dolayısıyla inkontinans tanısı konulmadan ve tedavi planlamadan önce altta yatan nedenler değerlendirilmelidir (Patel vd., 2016).

Tablo 1. Geçici üriner inkontinans nedenleri (DIAPPERS)

Delirium	Akut konfüzyonel bozulma-deliryum
Infection	İdrar yolu enfeksiyonu
Atrophic vaginitis	Atrofik vajinit-üretit
Pharmaceutical	İlaçlar
Psychological	Psikolojik nedenler
Excess fluids	Fazla sıvı atılımı
Restricted mobility	Hareket kısıtlılığı
Stool impaction	Gaita tıkaçı

2.2.2.2. Kalıcı Üriner İnkontinans

Geçici inkontinans dışlandıktan sonra sorun devam ediyorsa kalıcı inkontinans düşünülmelidir. Kalıcı inkontinans veya kronik nedenlere bağlı Üİ beş gruba ayrılabilir (stres, sıkışma, mix, taşma ve fonksiyonel) (Patel vd., 2016; Tannenbaum vd., 2001).

1- Stres Üriner İnkontinansı

Pelvik taban kaslarının gevşemesiyle ya da herhangi bir hasar nedeni ile üretral hareketliliğin artması ya da karın içi basıncın üretral sfinkter kapanma basıncını aştığı gülme, hapsirme ve öksürme gibi aktivitelerden sonra küçük hacimli idrar kaçımasıdır (Ozan ve Firdolaş,2015). Travma, obezite, operasyon, genitoüriner atrofi veya prolapsus ve çok doğum yapmak stres inkontinansı için risk faktörleridir. Stres tipi üriner inkontinans erkeklerde sık görülen bir tür değildir. Ancak üretral cerrahi veya radyasyon tedavisi sonrası erkeklerde de görülebilmektedir (Mandıracıoğlu, 2010).

2- Sıkışma Tipi İnkontinans

Detrusor kasının aşırı aktivitesi sebebiyle aniden gelen, kontrol edilemeyen, geciktirilmesi çok güç olan idrar yapma hissiyle oluşan istemsiz idrar kaçırmadır. Genellikle gün içerisinde sekiz veya daha sık idrara çıkma ve gecede iki veya daha fazla gece işemesi şeklinde görülmektedir. Yaşlı bireylerde görülen en sık inkontinans türüdür (Orhan, 2017). Erkeklerde prostat büyümesine bağlı irritatif semptomlar sıklıkla eşlik etmektedir (Karadakovan ve Aslan, 2011; Ozan ve Firdolaş, 2015).

3- Miks Üriner İnkontinans

Sıkışma tipi inkontinans ile stres tipi inkontinansın bir arada bulunduğu durum olarak tanımlanmaktadır (Park, 2013; Akın, 2015; Muth, 2017). Üİ'li hastaların en az 1/3'i miks inkontinanslıdır. Miks inkontinansda detrusor sensörü motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyon bozukluğu görülür. Hem stres hem de sıkışma inkontinansının nedenleri miks inkontinansının da nedenleri olarak düşünülebilir. Kadınlarda miks tip inkontinans daha fazla görülür, sıkışma tipi inkontinans ise erkeklerde daha fazla görülmektedir (Smith vd., 2006).

4- Taşma Tipi Üriner İnkontinans

Mesane duvarının bozulmuş kontraksiyonu ya da sfinkterin gevşeyememesinden dolayı, artan mesane volümünün ve intravezikal basıncın mekanik baskı ile sürekli idrar kaçışına neden olmasıdır. Genellikle idrar yaparken duraklama, damlama, zayıf üriner akım ile karakterizedir. Taşma tipi inkontinans nedenleri arasında antimuskaridik ilaçlar, prostat hipertrofisi, üretral striktür, genitoüriner organ prolapsusu, spinal kord yaralanması ve nöropati yer alır (Akın, 2015). Taşma tipi inkontinans ile sıkışma ve stres tipi inkontinansın bulguları benzemektedir. Nörolojik hastalığı olanlar, tip 2 diyabeti olan bireyler ve erkekler yüksek risk grubundadırlar (Yazıcı, 2008).

5- Fonksiyonel Üriner İnkontinans

Mesane yapısal ve fonksiyonel olarak normaldir. Bilişsel ve psikolojik problemi olanların kontinans yeteneğini organize edememesinden ya da ortopedik problemler nedeniyle hareket yeteneği azalmış kişilerin zamanında tuvalete gitme becerilerinin azalmasından kaynaklanır. Bu inkontinans tipi genellikle bakım evi ya da hastane gibi kurumlarda görülmektedir. Bireyin fiziksel engellerinin olması veya depresyon gibi psikolojik sorunlarına bağlı motivasyonun olmaması nedeniyle tuvalete giderken zorluklar yaşaması fonksiyonel inkontinansa neden olur (Kaplan ve Demirci, 2010).

2.2.3. Üriner İnkontinanslı Bireyin Değerlendirilmesi

Ül'li bireyler değerlendirilirken öncelikle hastanın öyküsünün alınması gereklidir. Ek hastalıklar, ilaçlar ve diğer kolaylaştırıcı faktörler değerlendirilmelidir. Ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Gerekli laboratuvar testleri, görüntüleme tetkikleri ve idrar günlüğü yapılmalıdır (Park, 2013).

2.2.4. Üriner İnkontinans Tedavisi

Üriner inkontinans tanısı olan bireylerin tedavisindeki amaç tekrar idrar tutabilir hale gelmelerini sağlamaktır. Üriner inkontinans tedavisinin ana hedefi; inkontinansı engelleyerek hastanın yaşam standartlarını arttırmaktır (Ballentyne, 2002). Üriner inkontinansın tedavisinde; konservatif tedavi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi olmak üzere birkaç alternatif bulunmaktadır (Demirci ve Coşar, 2009).

2.2.4.1. Konservatif Tedavi

Konservatif tedavi türleri içerisinde yaşam tarzı değişikliği ve davranışsal tedavi yöntemleri yer almaktadır:

a) Yaşam tarzı değişikliği

Üriner inkontinansın risk faktörlerinin düzeltilmesi inkontinans tedavisinde etkili olabilir. Özellikle yaşlı bireylerde bulunan bazı hastalıklar inkontinansa sebep olabilir veya şiddetini arttırabilir. Fazla kilo, üriner inkontinans için önemli bir risk faktörüdür (Ozan ve Fırdolaş,2015). Yapılan bir çalışmada 6 aylık yoğun kilo verme programından sonra ortalama %8'lik kilo kaybı ile idrar kaçırma sıklığında %47'lik bir azalma tespit edilmiştir (Lucas vd., 2012). Stres inkontinans tedavisinde kilo kontrolünün sağlanması önerilir (Subak vd., 2009). Avrupa Üroloji Derneği'nin inkontinans kılavuzunda inkontinansı olan bireylere, kilo vermek ve sigarayı bırakmak "A" derecesinde tavsiyeler olarak önerilmektedir (Lucas vd., 2012).

Aşırı sıvı alımı bireylerde inkontinanslarını arttırabilir. Az sıvı alımı ise bireylerde idrar yoğunluğunda artış, konstipasyon, hipotansiyon ve dehidratasyona sebep olabilmektedir (Özcan ve Kapucu, 2015). Bu nedenle günde yaklaşık 2 litre sıvı alınması ve aşırı sıvı alımından kaçınılması, kafeinli içecek tüketiminin azaltılması, alkol ve sigaranın bırakılması önerilir (Nyggaard vd., 2010). İnkontinanslı bireylerde konstipasyon sık görüldüğü için yeterli sıvı alınması ve lifli gıdalar önerilir (Lucas vd., 2012).

b) Davranışsal tedavi

Birey Üİ için risk faktörü olan durumların hayatından çıkarılmasının yanı sıra inkontinansı önlemek için bazı yeni davranışlar edinmesi, konservatif tedavilerin diğer bir amacıdır. Davranışsal tedaviler, mesanenin kapasitesini arttırarak veya pelvik taban kaslarını güçlendirerek inkontinansı önleme amacı taşımaktadır (Hay-Smith vd., 2011).

Mesane eğitiminin amacı, artan sürelerle yalnızca belirli zamanlarda tuvalet alışkanlığının kazandırılmasıdır. Hastaya düzenli aralıklarla 2-4 saatte bir sıkışmadan tuvalete gitmesi gibi zamanlı işeme programı önerilebilir. Hastadan, sıkışma hissi olduğunda oturması/kalkması ve bunu azaltmaya konsantre olması istenir. Bu sayede hastanın düzenli bir miksiyon programı oluşturması sağlanır. Bu durumda iki gün idrar

kaçırmazsa idrara istemli gitme zamanı dört saat kuru kalıncaya kadar günlük 30-60 dakika kadar artırılabilir (Wallace vd., 2004).

Davranışsal tedavi yöntemlerinden bir diğeri pelvik taban kas egzersizleridir. Pelvik taban kas egzersizleri (KEGEL) stres inkontinansında davranışsal tedavi yöntemlerinin en önemli bileşeni olarak görülmektedir. Kegel egzersizinin, pelvik taban kas tonusu, anal sfinkter ve üretral kas kasılmalarını artırdığı, üretra, rektum ve vajinayı destekleyen kasları güçlendirdiği düşünülmektedir. Kegel egzersizinin amacı; pelvik taban kaslarının güçlendirerek üretral sfinkter fonksiyonunun iyileştirip inkontinans sıklığını azaltmaktır (Kegel, 1948). Değişik pozisyonlarda yapılabilen (ayakta, otururken veya yatarken) kegel egzersizinin gün içinde 2-3 defa ve en az 30-45 kez yapılması önerilmektedir. Birey pelvik kaslarını içeri çeker gibi sıkı bir şekilde kasar ve ilk uygulamada 3-4 saniye, daha sonraki uygulamalarda 10 saniyeye kadar tutmaya çalışır. Egzersizler eşit gevşeme aralıklarıyla kontraksiyon şeklinde yapılır ve düzenli olarak tekrarlanır (Özcan ve Kapucu, 2014). Egzersizlerin etkisi yaklaşık iki hafta sonunda başlamaktadır. Altı ya da sekiz hafta sonrasında şikayetlerde azalma başlamaktadır. Ancak yaşlı bireylerde bu süre uzayabilmektedir. Egzersizlerle inkontinansında azalma veya iyileşme olmadığı takdirde kolajen yapı defektleriyle ilgili bir sorun olabileceği düşünülebilir (Kaplan ve Demirci, 2010).

2.2.4.2. Farmakolojik Tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri ve davranışsal tedavi yöntemleri medikal tedavi başlanmadan uygulanmalıdır. Yarar sağlanamadığı takdirde medikal tedaviye geçilebilir. Farmakolojik tedavinin amacı, mesane kontraktilesinin inhibasyonu, duyuşal girişin azaltılması ve mesane kapasitesinin artırılmasıdır. İlaç tedavisi, diğerkonservatif tedavilere kombine edilebilir (Demirci H., 1999).

2.2.5. Üriner İnkontinanstaki Hemşirelik Bakımı

Üİ tedavisi olmasına rağmen toplumda psikososyal, ekonomik ve fiziksel etkileri olan, genelde sağlık kuruluşuna başvurmada geciktirilen bir durum olduğundan sağlık çalışanları tarafından özen gösterilmesi gerekmektedir (Kök ve Şenel, 2006). Sağlık çalışanı Üİ hakkındaki bilgisini arttırmalı ve uygulamalara aktarmalıdır. Üİ hakkında

araştırmalar yapılması ve çalışmaların sonuçlarının topluma bildirmesi oldukça önem taşımaktadır (Oskay, 2002). Hemşireler Üİ tedavisinde görevli ekibin önemli üyelerinden biridir. Bu alanda araştırıcı, danışman, klinisyen, koordinatör ve eğitimci rollerini üstlenmektedir. (Din ve Beji, 2008).

Üİ'si olan hastalara, İÜ'ye bağlı deri bütünlüğünün bozulması, sosyal izolasyon beden imajında bozulma (giysi tercihlerini değiştirme, koku, koruyucu ped ve giysiler giyme gereksinimine bağlı) gibi hemşirelik tanıları konulmaktadır. (Beji, 2002).

“Sosyal izolasyon ve beden imajı bozuklukları” tanısı için hemşireler;

- Bireyin sorunlarını, korku, duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak,
- Bireye, güven verici destekleyici bir ortam sağlamak,
- Bireyin psikologla görüşmesini sağlamak,
- Birey için önemli olan kişilerle daha çok görüşmesini sağlamak gibi girişimlerinde bulunmalıdır (Beji, 2002).

2.3. Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek Kavramı

2.3.1. Sosyal Destek

Sosyal destek hem bireylerin yaşamlarındaki genel iyilik hallerinin sürdürülmesinde hem de yaşamış oldukları bir sorunda çevrelerinden (sosyal kaynaklarından) elde etmiş oldukları duygusal destek, maddi yardımlar ve bilgi desteği olarak tanımlanır (Alyüz, 2020). Kişiye psikolojik ve maddi bakımdan destek sağlayan, kişinin baş etme becerisini artırmayı hedefleyen kişiler arası ilişkiler ağının bütünü sosyal destek olarak da tanımlanır (Milgrom vd., 2019; APA, 2020). Ayrıca sosyal destek, zor bir durum içindeki bireylerin aile, arkadaş, komşu ve kurumdan aldıkları fiziksel ve psikolojik yardımlar olarak da tanımlanır (Aksoy ve evik, 2021). Sosyal destek, bireylere kendilerini değerli hissettiren, iyilik hallerini kuvvetlendiren, stresli ya da dayanılması zor durumlarda baş etmelerini sağlayan, ailesi, arkadaşları, birey için önemli diğer kişilerden aldığı, algıladığı maddi-manevi destekler bütünüdür (Alyüz, 2020).

Eş aile ve arkadaşlarından oluşan yaşlının vresindeki sosyal ağ, bireylerin sevgi, benlik saygısı, bir gruba ait olma ve bağlılık gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu etkiler (Aksoy ve evik, 2021). Bireylerde, sosyal

desteğin, hastalıkların ortaya çıkışında, hastalık sürecinde, fiziksel ve ruhsal sağlığında, kendini iyi hissetmesinde etkili olduğu saptanmıştır. Sosyal destek alan kişiler, yaşam doyumu, moral, saygınlıkta artma yaşamakta ve hayata karşı umut ile bakmaktadırlar (Kalınkara, 2014).

2.3.2. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal ağlardan aldığı destek konusundaki genel izlenimidir (Türkseven vd., 2020). Bir başka tanım da kişilerin birbirleriyle kurdukları sosyal ağlarının, özellikleri bakımından kognitif değerlendirilmesi veya bıraktığı etkidir (Aydıner Boylu vd., 2019; Yıldız & Dirlik, 2019). Algılanan sosyal destek, kişinin ihtiyaçlarına, çevresindeki kişilerin de duyarlı olduğunu hissetmesidir (Kahraman, 2017). Bireyin aile üyeleri, arkadaşları ve diğer sosyal ilişki içinde olduğu herkes sosyal destek kaynağını oluşturmaktadır (Khorshid ve Arslan, 2006). Aile, çocuk ve eşlerden alınan iyi düzeydeki sosyal desteğin yaşlılarda yaşam kalitesini iyileştirdiği, depresyonu azalttığı bildirilirken (Bélanger vd., 2016), duygusal iyilik hali için koruyucu faktör olarak aile, çocuk ve arkadaşlardan alınan karşılıklı desteğin öneminden de söz edilmektedir (Li vd., 2014). Sosyal destek yapısal ve işlevsel olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir. Yapısal boyut; sosyal ağların genişliğini, bağlılığını, ilişkilerin var oluşunu, işlevsel boyut ise; sosyal destek türlerini ölçmektedir (Kahraman, 2017).

2.3.3. Algılanan Sosyal Destek Türleri

Sosyal destek duygusal, araçsal, yaygın ve bilgisel destek olarak sınıflandırılmıştır (Cohen, 2004).

- 1) Duygusal Destek: Bireylerin arkadaşları, aileleri ve hayatındaki diğer önemli kişilerle sorunları paylaşması, duygu alışverişinde bulunması ve onlardan gelen destekle sevgi, empati, güven ve şefkat gibi gereksinimleri karşılamasıdır (Kahraman, 2017).
- 2) Araçsal Destek: Bireyin ihtiyaç duyduğu mali yardımın, maddi kaynaklar ve gerekli hizmetlerin sağlanmasıdır (Rodriguez ve & Cohen 1998). Araçsal desteğinin yetersiz olması bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz göstergelerindedir (White, vd., 2009).

- 3) Yaygın Destek: Boş zamanları birlikte geçirmeye yönelik, bireye zaman ayırma, onunla ilgilenmeye dayanan sosyal ilişkilerin kurulduğu, rahatlatıcı ve keyifli vakit geçirilmesini sağlayan destek türüdür (Kahraman, 2017).
- 4) Bilgisel Destek: Bireye ihtiyacı olduğu konularda bilgi yardımında bulunmak olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda değerlendirme, danışma ve bilişsel rehberlik olarak da tanımlanan bilgisel destek bireye sorunla başa çıkmasında yardımcı olmaktadır (Cohen and Wills 1985).

2.3.4. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek

Yaşam beklentisinin küresel olarak artması ile 65 yaş ve üstü yetişkinlerin oranı diğer yaş gruplarındaki insanlardan daha hızlı artmaktadır. Dünyada toplam nüfusun %9,5'ünü 65 yaş üstü nüfus oluşturmaktadır (Statista, 2020). Yaşlılık evresinde güçsüzlük ve başkalarına ihtiyaç duyma artmaktadır (Yaşar, 2007). Sorumluluklarının fazla, sosyal yaşamın aktif olduğu zamanlardan, gerilemelerin yaşandığı yaşlılık dönemine geçişte, hayata uyum sağlamak için psikolojik, ekonomik ve sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duyulmaktadır (Şentürk, 2018).

Yaşlı kişilerin sosyal destek sistemini oluşturan aile, akraba, komşu ve arkadaşlarının olması, kişinin maddi ve manevi problemlerinin çözümünde çevresinden destek görmesi, sosyal yaşamındaki zorluklar ile daha kolay baş etmesini, ayrıca karşılaştığı güçlüklerle daha iyi mücadele etmesini sağlar. Böylece hayatı kolaylaşabilir. Sosyal destek, yaşadığı sorunlar veya karşılaştığı güçlükler aynı derecede devam ediyor olsa da kişilerin kendilerini daha mutlu, daha iyi ve daha güçlü hissetmesini sağlayarak kaliteli bir yaşlılık süreci geçirmesine yardımcı olacaktır (Boylu ve Günay, 2018). Güvenli bir yaşlılık dönemi için çevresel destek olmalıdır (Şentürk, 2018). Çevresinde yeterli sosyal desteği olan yaşlı bireylerin yaşlılık problemleri ile daha kolay başa çıktığı, kendilerini daha az yalnız hissettiği ve hayat tatmininin daha yüksekte olduğu saptanmıştır (Akkaya, 2015). Bazı yaşlı bireyler sosyal desteğe sahip değilse veya sosyal desteği yetersiz ise daha savunmasızdır. Örneğin, kronik hastalıkları olan bazı yaşlıların ilaçlara, egzersize veya fizik tedaviye erişimi sınırlı olabilir ve bu da sağlıklarını kötüleştirebilir (Bauer vd., 2020). Sosyal ilişkiler ve sosyal destek aynı zamanda sağlığın korunması ve sürdürülmesinde koruyucu bir mekanizma oluşturmaktadır (Kaçan Softa, Bayraktar ve Uğuz, 2016). Yaşlı bireylerle yapılan çeşitli çalışmalarda,

sosyal destek sisteminin, olası sorunların çözümlesindeki etkinliği ortaya konulmaktadır (Kapıkıran, 2016; Kaçan Softa, Bayraktar ve Uğuz, 2016). Sosyal desteğe sahip hastaların olumlu sağlık davranışları ve tutumlar geliştirdikleri, motivasyonlarının arttığı, iyileşmelerinin olumlu etkilendiği belirtilmektedir (Ojo vd., 2016).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı araştırma türlerinden kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Aralık 2021 – Mayıs 2022 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran ve Üİ'si olan 65 yaş ve üzerinde olup araştırmaya katılmayı kabul eden erkek hastalar oluşturdu. Örneklem büyüklüğü G-Power analizi kullanılarak (Faul F. et all. 2009. G Power) ilişki etki düzeyi (Effect Size) orta düzeyde (0,3), önemlilik düzeyi $p < 0,05$, Güç (Power) 0,90 olmak üzere toplam 88 kişi olarak belirlendi (Ek-1).

3.4. Örneklem Seçimi ve Dışlama Kriterleri

- Örneklem Seçim Kriterleri
 - 65 yaş üstü Üİ'si olan
 - Erkek olan,
 - Sorulan soruları anlayıp yanıt verebilecek bilişsel düzeyde olan bireyler araştırmaya dahil edildi.

- Örneklem Dışlama Kriterleri
 - Geçici Üİ'si olan,
 - Aktif enfeksiyonu olan,
 - Özbakımını yapamayacak düzeyde bilişsel fonksiyonları etkilenmiş olan,
 - Malignite ihtimali yüksek olan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Aralık 2021 – Mayıs 2022 tarihleri arasında Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne başvuran Üİ' si olan 65 yaş ve üzeri erkek hastalardan toplandı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere, araştırmanın amacı açıklanarak, hastane ortamında yüz yüze görüşme tekniği ile anket formundaki sorular ve ölçek soruları araştırmacı tarafından okunarak 10-15 dakika arasında dolduruldu. Bu görüşmeler için poliklinik alanında bulunan sakin bekleme odaları kullanıldı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; “Kişisel Bilgi Formu” ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)

Üriner inkontinans konusu ile ilgili literatür taraması sonucunda (Bilgiç vd., 2017; Aydın vd., 2022; Bulgak ve Avcı, 2022;), üriner inkontinans sorunu yaşayan 65 yaş ve üzeri erkeklerin inkontinanstan etkilenme durumunu, çevreden aldığı desteği, çevreden beklentisini, baş etme yöntemlerini ve sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan 28 yapılandırılmış sorudan oluşan görüşme formudur. Kişisel bilgi formundaki soruların 10'u tanıtıcı özellikler, 18'i üriner inkontinans ile ilgilidir.

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-3)

Araştırmada 65 yaş ve üzeri Üİ'si olan erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyini belirleyebilmek amacıyla 12 maddeden oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı. Ölçek Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir (Zimet vd., 1988). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Likert tipi ölçek “Kesinlikle Hayır”dan “Kesinlikle Evet”e kadar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 şekilde 7 derecelidir. Ölçek; bireylerin destek kaynaklarını gösteren arkadaş, aile ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyutun dört maddesi vardır. Ölçekte 3, 4, 8, 11. maddeler aile desteğini; 6, 7, 9, 12. maddeler arkadaş desteğini ve 1, 2, 5, 10. maddeler özel kişi desteğini ölçmektedir

(Eker vd., 1995). Ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puan 28 ve en düşük puan 4 olarak belirtilmiştir. Toplam ölçek puanı, bu alt boyutların toplanmasıyla oluşmaktadır. Ölçeğin tamamından en düşük 12 puan, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Alınan puanların yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunun göstergesidir. Ölçeğin Cronbach alfa kat sayı değeri 0,80-0,95 arasında olmak üzere iç tutarlık ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Eker vd., 2001).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgileri yüzde ve frekans olarak verilmiştir. Ölçek puanlarının normallik sınavında çarpıklık katsayısı (skewness) ve basıklık (kurtosis) kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık ve basıklık katsayılarının (skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden puanların bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Üç veya daha fazla grubu olan değişkenlere göre karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testinden yararlanılmıştır. Alt grupların değerlendirilmesinde Games-Howell post hoc analizi kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo 2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin değeri ve Bartlett testi

Kaiser-Meyer-Olkin		0.84
Bartlett testi	Ki-kare	1284,5
	df	66
	p	<0.001

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett testi ile ölçeğin faktör analizi için sonuçlarının çok iyi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin açımlayıcı faktör analizi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği					
	Ortak faktör varyansı	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Açıklanan toplam varyans
Aile Desteği					
-Ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	0,915		-0,915		%87,0
-İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	0,937		-0,933		
-Sorunlarımı ailemle (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	0,773		-0,904		
-Kararları vermemde ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	0,902		-0,931		
Arkadaş Desteği					
-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	0,870			0,871	
-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	0,890			0,978	
-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	0,790			0,751	
-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	0,892			0,968	
Özel bir insan Desteği					
-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	0,870	0,888			
-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	0,896	0,960			
-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	0,881	0,875			
-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	0,833	0,877			

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör analizi sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. Mevcut ölçeğin faktör analizinde üç faktörlü bir yapı tespit edildi. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği de üç boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamız orijinal ölçekle benzerdir. Bu üç faktörle, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam varyansın %87'si açıklanmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan ölçeğin izni için ilgili yazarlardan elektronik posta yoluyla onay alındı. Verilerin toplanması için KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alındı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden araştırmanın üroloji polikliniğinde yapılabilmesi için kurum izni alındı (Ek-4). Araştırmaya katılacak olan 65 yaş ve üzeri üriner inkontinansı olan erkek hastalara araştırmanın amacı ve yöntemi anlatıldı ve araştırmaya katılmayı kabul

eden bireyler Kişisel Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini doldurdu.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları yapılan yer ile sınırlıdır. Ayrıca her ne kadar güç analizi sonucunda belirlenen örneklem büyüklüğünü geçmiş olsak da örneklem büyüklüğümüz görece düşüktür.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümünde, Üİ'si olan 92 erkek katılımcıdan elde edilen verilerin istatistiksel analiz sonuçları sunulmuştur.

Tablo 4. Üriner inkontinanslı bireylerin demografik özellikleri (n=92)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Medeni durum	Bekar	32	34,8
	Evli	60	65,2
İşte çalışma durumu	Hayır	80	87
	Evet	12	13
Gelir düzeyi durumu	Gelir giderden az	21	22,8
	Gelir gidere denk	49	53,3
	Gelir giderden fazla	22	23,9
Yaşanılan yer	Şehir	46	50
	İlçe	25	27,2
	Köy	21	22,8
Sağlık güvencesi	Yok	11	12
	Var	81	88
Aile türü	Çekirdek aile	72	78,3
	Geniş aile	20	21,7
Kiminle yaşadığı	Yalnız	25	27,2
	Eş	44	48,8
	Eş ve çocuk	23	25
Eğitim durumu	Okur yazar	12	13
	İlkokul-Ortaokul-Lise	49	53,3
	Lisans ve üstü	31	33,7

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin 32'si (%34,8) bekâr, 60'ı (%65,2) evli idi. 12 (%13) birey bir işte çalışırken, 80'i (%87) çalışmıyordu. Medyan yaş 69 (65-83) yıl idi. Aylık gelir gider dengesi değerlendirildiğinde 21 (%22,8) bireyin geliri giderinden az, 49'unun (%53,3) denk, 22'sinin (%23,9) geliri giderinden fazla idi. Şehirde

yaşayanların sayısı 46 (%50), ilçede yaşayanların 25 (%27,2), köydekilerin ise 21 (%22,8) idi. Bireylerin 11'inin (%12) sağlık güvencesinin olmadığı tespit edildi. Bireylerin 72'si (%78,3) yaşamlarını çekirdek aile yapısında sürdürmekteydi. Eşi ve çocukları ile yaşayanların sayısı 23 (%25), eşiyile yaşayanların 44 (%47,8) ve yalnız yaşayanların sayısı 25 (%27,2) idi. Araştırma grubumuzun hepsinin okuryazarlığı vardı ve bunların 31'inin (%33,7) lisans ve üstü eğitim aldıkları tespit edildi (Tablo 4). Katılımcıların 68'inin (%73,9) kronik hastalığı vardı ve sürekli ilaç kullanmaktaydı. 24 (%26,1) bireyin ek hastalığı yoktu ve düzenli ilaç kullanmadığı saptandı.

Tablo 5. Üriner inkontinans (Üİ) sıklığı ve kaynaklandığı düşünülen nedenler

	Gruplar	n	%
Üİ'nin günlük yaşantıya sorun oluşturma durumu	Ara sıra	53	57,6
	Çoğu zaman	32	34,8
	Her zaman	7	7,6
Üİ sıklığı	Günde bir kez	10	10,9
	Günde birkaç kez	19	20,7
	Haftada bir veya daha az	26	28,3
	Haftada iki/üç kez	29	31,5
	Her zaman	8	8,7
Üİ nedenleri (katılımcılara göre)	Yaşlılık	54	58,7
	Prostat	26	28,3
	Bilmiyor	7	7,6
	Yaşlılık ve prostat	5	5,4

Üİ: Üriner İnkontinans

Araştırmaya katılan bireylerin Üİ süreleri medyanının 3 (0.5-10) yıl olduğu belirlendi. Üİ'nin günlük yaşama oluşturduğu sorun değerlendirildiğinde bireylerin çoğunda (53 [%57,6]) ara sıra sorun teşkil etmekte olduğu saptandı. Üİ'nin her zaman sorun oluşturduğu birey sayısı 7 (%7,6) ve çoğu zaman sorun oluşturduğu birey sayısı 32 (%34,8) idi. Araştırmadaki Üİ oluşma sıklığına bakıldığında 26 (%28,2) kişi haftada bir veya daha az sıklıkta, 29 (%31,5) kişi haftada iki veya üç kez, 10 (%10,9) kişi günde 1 kez, 19 (%20,7) kişi günde birkaç kez ve 8 (%8,7) kişi her zaman bu sorunu yaşadığını

ifade etti. Üİ nedeni olarak "yaşlılığa bağlı" cevabını verenlerin sayısı 54 (%58,7), iyi huylu prostat bezi büyümesine bağlı olduğunu düşünenlerin sayısı 26 (%28,3) ve her ikisine bağlı olduğunu bildirenlerin sayısı 5 (%5,4)'ti. 7 (%7,6) kişinin ise Üİ nedeni konusunda fikrinin olmadığı tespit edildi (Tablo 5).

Üİ'nin gündelik yaşama etkisi değerlendirildiğinde, bireylerin en sık günlük faaliyetleri (57 [%62]) etkilenirken, en az iş hayatı (4 [%5,4]) etkilenmişti. Bununla birlikte Üİ nedeniyle 50 (54,3) kişinin uykusunun, 34 (%37) kişinin sokağa çıkmasının, 33 (%35,9) kişinin namaz kılmasının, 11 (%12) kişinin seyahat etmesinin ve 5 (%5,4) kişinin arkadaş ziyaretinin olumsuz etkilendiği bulundu.

Araştırmanın tabloda yer almayan bazı istatistiksel sonuçlarına göre baş etme yöntemlerinin; en sık çamaşır değiştirme yöntemi 64 (%69,6) olduğu tespit edildi. Özel külot kullanımının ise baş etme yöntemi olarak hiç tercih edilmediği tespit edildi. Diğer baş etme yöntemleri sıklığı; doktora gitme 58, ilaç kullanma 46 (%50), daha az sıvı almaya çalışma 46 (%50), tuvalete daha sık çıkma 46 (%50), ped/bez/peçete kullanma 23 (%25), ayağı sıcak tutma 37 (%40,2) ve egzersiz yapma 2 (%2,2) olarak tespit edildi. Araştırmaya katılanlardan Üİ durumunu herhangi birisiyle paylaşan kişi sayısı 69 (%75) idi, 23 (%25) kişinin bu durumunu kimseyle paylaşmadığı tespit edildi. Katılımcıların Üİ sorununu en fazla eşlerine (29 [%42]), en az bakıcılarına (2 [%2,9]) söyledikleri tespit edildi. Üİ'si olan kişilere en sık verilen cevap "doktora gitmek" (25 [%36,2]) idi. Bunun dışında "bu yaşta olur" (6 [%8,7]), "geçer" (1[%1,4]), "tedavisi var" (2 [%2,9]) şeklinde cevaplar alındı. Üİ'si olanların çevrelerinden aldıkları destek değerlendirildiğinde 63 (%91,3) kişinin çevrelerinden destek aldığı, 6 (%8,7) kişinin destek almadığı tespit edildi. Çevrelerinden destek alan kişilerin 60'ında (%95,2), destek olan kişinin Üİ sorununun ne olduğu konusunda haberi olduğu, sadece 3 (%4,8) kişinin haberinin olmadığı belirlendi.

Tablo 6. Üriner İnkontinansını başkasına söyleyen ve söylemeyenler arasındaki baş etme yöntemlerinin karşılaştırılması

Baş etme yöntemleri (n)	Üİ başkasına söyleme durumu		*p
	Evet (n=69)	Hayır (n=23)	
Daha az sıvı almaya çalışma	Evet	36 (%52,2)	0,47
	Hayır	10 (%43,5)	
Tuvalet daha sık çıkma	Evet	33 (%47,8)	0,81
	Hayır	13 (%56,5)	
Ped/bez/peçete kullanma	Evet	34 (%49,3)	0,12
	Hayır	12 (%52,2)	
Sık çamaşır değiştirme	Evet	35 (%50,7)	0,009
	Hayır	11 (%47,8)	
Ayağı sıcak tutma	Evet	20 (%29)	0,71
	Hayır	3 (%13)	
Egzersiz yapma	Evet	49 (%71)	0,4
	Hayır	20 (%87)	
İlaç kullanma	Evet	43 (%62,3)	0,03
	Hayır	21 (%91,3)	
Doktora gitme	Evet	27 (%39,1)	0,001
	Hayır	2 (%8,7)	
Ameliyat olma	Evet	42 (%60,9)	0,23
	Hayır	13 (%56,5)	
	Evet	2 (%2,9)	
	Hayır	0 (%0)	
	Evet	67 (%97,1)	
	Hayır	23 (%100)	
	Evet	39 (%56,5)	
	Hayır	7 (%30,4)	
	Evet	30 (%43,5)	
	Hayır	16 (%69,6)	
	Evet	50 (%72,5)	
	Hayır	8 (%34,8)	
	Evet	19 (%27,5)	
	Hayır	15 (%65,2)	
	Evet	2 (%2,9)	
	Hayır	2 (%8,7)	
	Evet	67 (%97,1)	
	Hayır	21 (%91,3)	

*Ki-kare testi, Üİ: Üriner İnkontinans

Üİ sorununu başkasına söyleyen ile söylemeyen arasındaki baş etme yöntemleri karşılaştırıldığında Üİ'sini başkasına söyleme durumu ile sık çamaşır değiştirme yöntemi arasında fark tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,009$), (Tablo 6). Bununla birlikte doktora gitme ve ilaç kullanma baş etme yöntemi ile, Üİ'sini başkasına söyleme durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edildi (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,03$). Daha az sıvı alma ($p=0,47$), tuvalet daha sık çıkma ($p=0,81$), ped/bez/peçete kullanımı ($p=0,12$), ayağı sıcak tutma ($p=0,71$), egzersiz

yapma ($p=0,4$) ve ameliyat olma ($p=0,23$) gibi diğer baş etme yöntemleri karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 6).

Tablo 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutların normallik dağılımı

	Madd e sayısı	$\bar{X} \pm$ Std Sapma	Min- Maks	Ölçekten alınabilece k Min- Maks	Çarpıklık k	Basıklık
Toplam Puan	12	55,83±14, 8	16-82	12-84	-0,29	-0,10
Aile Destek Puanı	4	20,89±6,1	4-28	4-28	-0,72	-0,47
Arkadaş Destek Puanı	4	16,47±6,2	4-28	4-28	0,03	0,40
Özel Bir İnsan Destek Puanı	4	18,46±6	4-28	4-28	-0,47	-0,43

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam ortalama puanı 55,83±14,8 olarak bulundu. En az alınan puan 16 ve en fazla alınan puan 82 olarak tespit edildi. Üİ'si olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri orta düzeyin üzerinde denilebilir. Aile alt boyutu ortalama puanı 20,89±6,1, arkadaş alt boyutu ortalama puanı 16,69±6,63 ve özel bir insan alt boyutu ortalama puanı 18,46±6,05 olarak bulundu. Aileden ve özel bir insandan alınan sosyal destek düzeyleri yüksek fakat arkadaşlardan alınan sosyal destek orta düzeyde denilebilir (Tablo 7).

Tablo 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının medeni durum, aile tipi, kronik hastalık durumu ve bir işte çalışma durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Medeni durum					
	Evli (n=60)		Bekar (n=32)		t	p
	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$		
Aile Desteği	8-28	23±5,19	4-26	16,9±5,78	-5,123	<0,001
Arkadaş Desteği	4-28	17,16±6,54	4-24	15,18±5,38	-1,465	0,097
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	19,65±6,53	8-23	16,25±6,54	-2,991	0,004
Toplam	16-84	69,81±14,94	26-67	48,37±11,42	-3,778	<0,001
Ölçek Alt Boyutları	Aile tipi					
	Çekirdek (n=72)		Geniş (n=20)		t	p
	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$		
Aile Desteği	2-28	20,2±6,3	14-28	23,2±4,5	-1,939	0,056
Arkadaş Desteği	4-28	16,3±6,4	4-25	16,8±5,3	-0,301	0,76
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	18±6,2	12-28	20±5,3	-1,284	0,2
Toplam	16-84	54,6±15,4	44-81	60±11,3	-1,447	0,15
Ölçek Alt Boyutları	Kronik hastalık durumu					
	Yok (n=24)		Var (n=68)		t	p
	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$		
Aile Desteği	11-28	21,5±5,6	4-28	20,6±6,2	0,566	0,57
Arkadaş Desteği	4-28	19±6,8	4-27	15,5±5,7	0,500	0,02
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	19,2±7,1	4-27	18,1±5,6	0,096	0,44
Toplam	31-84	59,7±16,2	16-78	54,4±14,1	0,310	0,12
Ölçek Alt Boyutları	Bir işte çalışma durumu					
	Hayır (n=80)		Evet (n=12)		t	p
	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$	Min-maks	$\bar{X}\pm SS$		
Aile Desteği	4-28	20,9±5,9	10-28	20,8±7,6	0,035	0,97
Arkadaş Desteği	4-27	16,1±6,1	9-28	18,7±6,4	-1,365	0,17
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	18,1±5,9	12-28	20,4±6,3	-1,199	0,23
Toplam	16-80	55,2±14	33-84	60±19,5	-1,045	0,29

*Bağımsız örneklem t testi

Araştırmada sosyal destek toplam puanı 55,8 (16-84), aile desteği puanı 20,8 (4-28), arkadaş desteği puanı 16,4 (4-28) ve özel bir insan destek puanının 18,4 (4-28) olduğu tespit edildi. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile medeni durum hali karşılaştırma bulguları için Tablo 8 verildi. Bekar bireylerde aile destek algı puanı $16.9 \pm 5,78$, evli bireylerde $23 \pm 5,19$ bulundu ($p < 0,001$). Bekar bireylerde özel bir insan destek algı puanı $16.9 \pm 5,78$, evli bireylerde $23 \pm 5,19$ bulundu ($p = 0,004$). Bekar bireylerin toplam destek algı puanı $48,37 \pm 11,42$, evli bireylerinki ise $69,81 \pm 14,94$ bulundu ($p < 0,001$). Arkadaş desteği algısı ile medeni durum arasında anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,097$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile aile tipleri karşılaştırıldığında çekirdek aile ve geniş aile ile aile desteği algısı ($p = 0,056$), arkadaş desteği algısı ($0,76$), özel bir insan desteği algısı ($0,2$) ve toplam destek algısı ($p = 0,015$) arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 8).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine göre kronik hastalığı olan bireylerin arkadaş destek algı puanı $15,5 \pm 5,7$, kronik hastalığı olmayanların puanı ise $19 \pm 6,8$ bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = 0,02$). Bununla birlikte kronik hastalık durumu ile aile destek algısı, özel bir insan destek algısı ve toplam destek algısı arasında fark tespit edilmedi (hepsi için $p > 0,05$, Tablo 8).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile bir işte çalışma durumu karşılaştırıldı. Bir işte çalışanların toplam destek algı puanı ($60 \pm 19,5$) çalışmayanlara ($55,2 \pm 14$) göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p = 0,29$). Ayrıca bir işte çalışan ve çalışmayanlar arasında aile destek algısı, arkadaş destek algısı ve özel bir insan destek algısı bakımından anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 8).

Tablo 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının yaşanılan yer ve eğitim durumu ile karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları		Yaşanılan yer			Ölçek ve alt boyutları		Eğitim durumu		
		Şehir	İlçe	Köy			Okuryazar (O)	İlkokul-Ortaokul-Lise (İ-O-L)	Lisans ve üstü (L ve ü)
n		46	25	21	n		12	49	31
Aile Desteği	Min-maks.	10-28	8-28	4-28	Aile Desteği	Min-maks.	4-24	8-28	10-28
	$\bar{X} \pm SS$	23,5±4,9	19,1±6,2	17,1±5,8		$\bar{X} \pm SS$	17,7±6,9	19,7±6,08	23,8±4,64
	F / p	11,417 / <0,001				F / p	6,735 / 0,002		
p*	Şehir / İlçe	0,01¹			p*	O / İ-O-L	0,62		
	İlçe / Köy	0,5				İ-O-L / Lve ü	0,04⁴		
	Köy / Şehir	<0,001²				O / L ve ü	0,03⁵		
Arkadaş Desteği	Min-maks.	4-24	4-27	4-21	Arkadaş Desteği	Min-maks.	4-27	4-24	9-28
	$\bar{X} \pm SS$	17,3±6,1	16,8±6,6	14,1±5,5		$\bar{X} \pm SS$	14,6±7,7	15,1±6,03	19,3±4,91
	F / p	1,934 / 0,15				F / p	5,405 / 0,006		
p*	Şehir / İlçe	0,95			p*	O / İ-O-L	0,9		
	İlçe / Köy	0,3				İ-O-L / Lve ü	0,04⁴		
	Köy / Şehir	0,1				O / L ve ü	0,1		
Özel Bir İnsan Desteği	Min-Maks.	4-28	4-27	8-25	Özel Bir İnsan Desteği	Min-Maks.	10-27	4-24	12-28
	$\bar{X} \pm SS$	19,7±5,8	17,8±6,5	16,4±5,3		$\bar{X} \pm SS$	18,3±6,28	16,2±5,68	22,06±4,83
	F / p	2,413 / 0,095				F / p	10,729 / <0,001		
p*	Şehir / İlçe	0,45			p*	O / İ-O-L	0,5		
	İlçe / Köy	0,1				İ-O-L / Lve ü	<0,001⁴		
	Köy / Şehir	0,07				O / L ve ü	0,1		
Toplam	Min-Maks.	31-84	16-78	26-76	Toplam	Min-Maks.	26-78	16-68	31-84
	$\bar{X} \pm SS$	60,6±13,4	53,8±16,5	47,7±11,6		$\bar{X} \pm SS$	50,75±17,8	51,14±12,6	65,22±12,3
	F / p	6,422 / 0,002				F / p	11,589 / <0,001		
p*	Şehir / İlçe	0,1			p*	O / İ-O-L	0,9		
	İlçe / Köy	0,32				İ-O-L / Lve ü	<0,001⁴		
	Köy / Şehir	0,001³				O / L ve ü	0,05		

Dipnot: * Tek yönlü varyans analizi Post Hoc Games-Howell Testi.

¹ Şehirde yaşayanların aile destek puanı ilçede yaşayanlardan yüksek bulundu.

² Şehirde yaşayanların aile destek puanı köyde yaşayanlardan yüksek bulundu

³ Şehirde yaşayanların toplam destek puanı köyde yaşayanlardan yüksek bulundu

⁴ L ve ü mezunlarının aile destek, arkadaş destek, özel bir insan destek ve toplam puanı, İ-O-L puanlarından yüksek bulundu.

⁵ L ve ü mezunlarının aile destek puanı, O puanlarından yüksek bulundu.

Yaşanılan yer ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarının karşılaştırması tablo 9'de verildi. Buna göre şehirde yaşayanların aile destek algı puanı $23,5 \pm 4,9$, ilçede yaşayanların $19,1 \pm 6,2$, köyde yaşayanların aile destek algı puanı $17,1 \pm 5,8$ idi. Aile desteği algısı ile yaşanılan yer arasında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,001$). Bu anlamlı fark post hoc analizi ile değerlendirildiğinde şehirde yaşayanların aile desteği algısı ilçede ($p = 0,011$) ve köyde ($p < 0,001$) yaşayanlara göre anlamlı yüksek bulundu. Fakat ilçede yaşayan ile köyde yaşayanların aile desteği algısı arasında fark tespit edilmedi ($p = 0,5$). Bununla birlikte arkadaş desteği algısı ve özel bir insan desteği algısı ile yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (sırasıyla $p = 0,15$, $p = 0,095$).

Tablo 9'de çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile eğitim durumunun karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre okuryazar olanların aile destek algısı puanı $17,7 \pm 6,9$ idi. İlkokul-ortaokul-lise mezunlarının aile destek algı puanı $19,7 \pm 6,08$ idi. Lisans ve üstü eğitim alanların aile destek algı puanı ise $23,8 \pm 4,64$ idi. Eğitim durumu ile tüm alt boyut destek ölçekleri arasında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,05$) (Tablo 9). Bu anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığı belirlemek için post hoc analizi yapıldı. Buna göre lisans ve üstü eğitimi olanların okur yazar ($p = 0,033$) ve ilkokul-ortaokul-lise ($p = 0,04$) mezunlarından aile destek algısı anlamlı yüksek bulundu. Arkadaş destek algısına bakıldığında, okuryazar olanların arkadaş destek algısı puanı $14,6 \pm 7,7$ idi. İlkokul-ortaokul-lise mezunlarınınki $15,1 \pm 6,03$ idi. Lisans ve üstü eğitim alanların arkadaş destek algı puanı $19,3 \pm 4,91$ idi. Buna göre arkadaş destek algısı karşılaştırıldığında sadece lisans ve üstü eğitimi olanlar ile ilkokul-ortaokul-lise mezunlarında anlamlı fark tespit edildi ($p = 0,003$). Lisans ve üstü eğitimi olanların arkadaş destek algısı daha yüksekti. Diğer alt gruplar arasında fark tespit edilmedi ($p > 0,05$) (Tablo 9). Özel bir insan destek algısına bakıldığında, okuryazar olanların özel bir insan destek algısı puanı $18,3 \pm 6,28$ idi. İlkokul-ortaokul-lise mezunlarınınki $16,2 \pm 5,68$ idi. Lisans ve üstü eğitim alanların özel bir insan destek algı puanı ise $22,06 \pm 4,83$ idi. Özel bir insan destek algısı ile eğitim düzeyi karşılaştırıldığında sadece lisans ve üstü eğitimi olanlar ile ilkokul-ortaokul-lise mezunlarında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,001$). Lisans ve üstü eğitimi olanların özel bir insan destek algısı daha yüksekti. Diğer alt gruplar arasında fark tespit edilmedi ($p > 0,05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı eğitim durumu ile karşılaştırıldığında gruplar arasında

anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,001$). Toplam sosyal destek algı puanları karşılaştırıldığında tüm alt gruplarda olduğu gibi lisans ve üstü eğitimi olanlar ile ilkokul-ortaokul-lise mezunlar arasında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,001$). Lisans ve üstü eğitimi olanların toplam sosyal destek algı puanı daha yüksekti. Diğer alt gruplar arasında fark tespit edilmedi ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile gelir durumu ve Üİ'nin yaşama etkisinin karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları		Gelir Durumu			Ölçek ve alt boyutları		Üİ'nin yaşama etkisi		
		Az	Denk	Fazla			Ara Sıra (AS)	Çoğu zaman (ÇZ)	Her zaman (HZ)
n		21	49	22	n		53	32	7
Aile Desteği	Min-maks	4-28	8-28	10-28	Aile Desteği	Min-maks.	4-28	10-28	20-28
	$\bar{X} \pm SS$	19,6±5,8	20,3±6	23,3±5,1		$\bar{X} \pm SS$	19,4±6,1	23,2±5	21,2±7,5
	F / p	2,442 / 0,09				F / p	4,107 / 0,02		
p*	Az/Denk	0,9			p*	AS/ÇZ	0,008 ²		
	Fazla /Denk	0,1				ÇZ/HZ	0,79		
	Az/Fazla	0,08				HZ/AS	0,81		
	Arkadaş Desteği	Min-maks.	6-21	4-28		9-26	Arkadaş Desteği	Min-maks.	4-28
	$\bar{X} \pm SS$	15±4,9	16,3±7,1	18,1±4,5		$\bar{X} \pm SS$	16,6±5,8	16,3±6,8	15,5±6,4
	F / p	1,412 / 0,24				F / p	0,108 / 0,89		
p*	Az/Denk	0,66			p*	AS/ÇZ	0,97		
	Fazla /Denk	0,39				ÇZ/HZ	0,95		
	Az/Fazla	0,09				HZ/AS	0,90		
	Özel Bir İnsan Desteği	Min-Maks.	9-25	4-28		12-28	Özel Bir İnsan Desteği	Min-Maks.	4-28
	$\bar{X} \pm SS$	18±4,8	17,5±4	21±5,2		$\bar{X} \pm SS$	17,7±6,1	20,2±5,6	15,7±5,2
	F / p	2,669 / 0,07				F / p	2,490 / 0,08		
p*	Az/Denk	0,94			p*	AS/ÇZ	0,15		
	Fazla /Denk	0,05				ÇZ/HZ	0,15		
	Az/Fazla	0,14				HZ/AS	0,62		
	Toplam	Min-Maks.	26-67	16-84		31-82	Toplam	Min-Maks.	16-84
	$\bar{X} \pm SS$	52,7±10,6	54,1±16,4	62,5±12,7		$\bar{X} \pm SS$	53,8±14,9	59,7±14,3	52,5±13,3
	F / p	3,141 / 0,04				F / p	1,796 / 0,17		
p*	Az/Denk	0,89			p*	AS/ÇZ	0,17		
	Fazla /Denk	0,06				ÇZ/HZ	0,44		
	Az/Fazla	0,02 ¹				HZ/AS	0,96		

Dipnot: * Tek yönlü varyans analizi Post Hoc Games-Howell Testi.

¹ Gelir durumu fazla olanların toplam ölçek puanı, geliri az olanlara göre yüksekti.

² Üİ'nin yaşama etkisi çoğu zaman olanların aile destek puanı, ara sıra olanlara göre yüksekti.

Tablo 10’da çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile gelir durumu karşılaştırılması verildi. Gelir durumu az olanların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam algı puanı $52,7\pm 10,6$, geliri giderine denk olanlarınkı $54,1\pm 16,4$ ve geliri giderinden fazla olanların toplam destek algı puanı $62,5\pm 12,7$ bulundu. Buna göre gelir durumu grupları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı fark tespit edildi ($p=0,04$). Bu anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığı belirlemek için post hoc analizi yapıldı. Subgrup analizinde geliri giderden fazla olan grubun toplam algı puanı geliri giderinden az olan ve denk olan gruptan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,02$). Gelir durumu az olanların aile destek algı puanı $19,6\pm 5,8$, geliri giderine denk olanların $20,3\pm 6,4$ ve geliri giderinden fazla olanların aile destek algı puanı $23,3\pm 5,1$ bulundu. Aile destek algı puanı ile gelir durumu arasında ise farklılık saptanmadı ($p=0,09$). Gelir durumu az olanların arkadaş destek algı puanı $15\pm 4,9$, geliri giderine denk olanlarınkı $16,3\pm 7,1$ ve geliri giderinden fazla olanların arkadaş destek algı puanı ise $18,1\pm 4,5$ bulundu. Arkadaş destek algı puanı ile gelir durumu arasında farklılık saptanmadı ($p=0,24$). Gelir durumu az olanların özel bir insan destek algı puanı $18\pm 4,8$, geliri giderine denk olanların $17,5\pm 4$ ve geliri giderinden fazla olanların özel bir insan destek algı puanı $21\pm 5,2$ bulundu. Özel bir insan destek algı puanı ile gelir durumu arasında farklılık saptanmadı ($p=0,07$).

Tablo 10’da çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları ile Üİ’nin yaşama etkisi karşılaştırılması verildi. Buna göre Üİ’si ara sıra olanların aile destek algı puanı $19,4\pm 6,1$ idi. Üİ’si çoğu zaman olanların aile destek algı puanı $23,2\pm 5$ ve Üİ’si her zaman olanların aile destek algı puanı $21,2\pm 7,5$ bulundu. Üİ’nin yaşama etkisine yönelik aile destek algısı alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edildi ($p=0,02$). Bu anlamlı farkların hangi gruplardan kaynaklandığı belirlemek için subgrup analizi yapıldı. Subgrup analizinde Üİ’nin günlük "yaşamı çoğu zaman etkiliyor" grubunun aile destek algı puanı "ara sıra etkiliyor" grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,008$). Üİ’si ara sıra olanların toplam destek algı puanı $53,8\pm 14,9$ idi. Üİ’si çoğu zaman olanların toplam destek algı puanı $59,7\pm 14,3$ ve Üİ’si her zaman olanların toplam destek algı puanı ise $52,5\pm 13,3$ bulundu. Çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam algısı ile Üİ’nin yaşama etkisi arasında farklılık saptanmadı ($p=0,17$). Üİ’si ara sıra olanların arkadaş destek algı puanı $16,6\pm 5,8$ idi. Üİ’si çoğu zaman olanların arkadaş destek algı puanı $16,3\pm 6,8$ ve Üİ’si her zaman olanların arkadaş destek algı puanı ise

15,5±6,4 bulundu. Arkadaş destek algısı ile Üİ'nin yaşama etkisi arasında farklılık saptanmadı (p=0,89). Üİ'si ara sıra olanların özel bir insan destek algı puanı 17,7±6,1 idi. Üİ'si çoğu zaman olanların özel bir insan destek algı puanı 20,2±5,6 ve Üİ'si her zaman olanların özel bir insan destek algı puanı ise 15,7±5,2 bulundu. Özel bir insan destek algısı ile Üİ'nin yaşama etkisi arasında farklılık saptanmadı (p=0,08).

Tablo 11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının baş etme yöntemleri ile karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ortalama±Std. Sapma)					
Baş etme yöntemleri		Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Bir insan Desteği	Toplam Desteği
Daha az sıvı almaya çalışma	Evet	22,1±4,8	14,4±5,8	18±5,3	54,7±10,7
	Hayır	19,5±6,9	18,5±5,9	18,8±6,7	56,9±18
	t / p*	-2,085 / 0,04	3,325 / 0,001	0,601 / 0,55	0,723 / 0,47
Tuvalete daha sık çıkma	Evet	20,5±6,7	15,8±7	18,3±6,8	54,7±17,2
	Hayır	21,2±5,4	17±5,2	16,6±5,2	56,9±12
	t / p*	0,544 / 0,58	0,939 / 0,35	0,257 / 0,79	0,723 / 0,47
Ped/bez/peçete kullanma	Evet	22,5±4,6	17±7,2	19,8±5,2	59,4±12,4
	Hayır	20,3±6,4	16,3±5,8	18±6,2	54,6±15,4
	t / p*	-1,798 / 0,07	-0,463 / 0,6	-1,287 / 0,2	-1,352 / 0,18
Sık çamaşır değiştirme	Evet	20±6,6	15,5±6,1	17,4±5,9	53±15,1
	Hayır	22,8±4	18,5±5,9	20,8±5,8	62,3±11,9
	t / p*	2,543 / 0,013	2,182 / 0,032	2,581 / 0,011	2,888 / 0,005
Ayağı sıcak tutma	Evet	21,5±6,1	16,4±5,4	17,8±6,1	55,8±13,4
	Hayır	20,4±6,1	16,5±6,7	18,8±6	55,8±15,7
	t / p*	-0,835 / 0,4	0,058 / 0,95	0,746 / 0,45	-0,015 / 0,98
İlaç kullanma	Evet	21,2±6,2	17,1±6,3	19,4±6,1	57,8±16
	Hayır	20,55±6	15,7±6	17,5±5,8	53,8±13,3
	t / p*	-0,510 / 0,61	-1,109 / 0,27	-1,509 / 0,13	-1,293 / 0,19
Doktora gitme	Evet	21,2±5,9	17,2±6,1	19,3±6,1	57,9±15,5
	Hayır	20,2±6,3	15,1±6,1	16,9±5,6	52,2±12,8
	t / p*	-0,822 / 0,46	-1,623 / 0,11	-1,877 / 0,027	-1,793 / 0,029

*Bağımsız örneklem t testi.

Tablo 11'de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının baş etme yöntemleri ile karşılaştırılması verildi. Baş etme yöntemlerinden daha az sıvı almaya çalışanların aile destek algı puanı 22,1±4,8, bu baş etme yöntemini kullanmayanların puanının 19,5±6,9 olduğu bulundu (p=0,04). Daha az sıvı alma baş etme yöntemini kullananların arkadaş destek algı puanı 14,4±5,8, bu yöntemi kullanmayanların puanı 18,5±5,9 olarak bulundu (p=0,001). Toplam ölçek destek algısı ve özel bir insan destek

algısı ile daha az sıvı alma baş etme yöntemi arasında fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,47$, $p=0,55$), (Tablo 11). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı tuvalete sık çıkma baş etme yöntemini kullananlarda $54,7\pm 17,2$, kullanmayanlarda ise $56,9\pm 12$ idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,47$). Benzer şekilde ölçek alt boyutları ile tuvalete sık çıkma baş etme yöntemi arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$), (Tablo 11). Ped/bez/peçete kullanma baş etme yöntemini kullananların toplam ölçek puanı $59,4\pm 12,4$, kullanmayanların puanı ise $54,6\pm 15,4$ bulundu. Bu baş etme yöntemini kullananlar ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,18$). Benzer şekilde ölçek alt boyutları ile bu yöntem arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$), (Tablo 11). Sık çamaşır değiştirme baş etme yöntemini kullanmayanların çok boyutlu algılanan sosyal destek algısı toplam puanı $62,3\pm 11,9$ idi, bu yöntemi kullananlarınki ise $53\pm 15,1$ idi ($p=0,005$). Aile alt boyut desteği değerlendirildiğinde sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmayanların aile destek algı puanı $22,8\pm 4$, kullananlarınki ise $20\pm 6,6$ olarak bulundu ($p=0,013$). Arkadaş alt boyut desteği değerlendirildiğinde sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmayanların arkadaş destek algı puanı $18,5\pm 5,9$, kullananlarınki $15,5\pm 6,1$ bulundu ($p=0,032$). Sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmayanların özel bir insan destek algı puanının $20,8\pm 5,8$, kullananların puanının $17,4\pm 5,9$ olduğu belirlendi ($p=0,011$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı baş etme yöntemlerinden ayağı sıcak tutmayı kullanmayanlarda $55,8\pm 15,7$, kullananlarda ise $55,8\pm 13,4$ bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,98$). Benzer şekilde ölçek alt boyutları ile bu yöntem arasında anlamlı fark tespit edilmedi (hepsi için $p>0,05$), (Tablo 11).

Doktora gitme baş etme yöntemini kullanmayanların çok boyutlu algılanan sosyal destek algısı toplam puanı $52,2\pm 12,8$, bu yöntemi kullananlarınki $57,9\pm 15,5$ idi. İstatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,029$). Aile alt boyut desteği değerlendirildiğinde doktora gitme yöntemini kullanmayanların aile destek algı puanı $20,2\pm 6,3$ iken kullananlarınki $21,2\pm 5,9$ bulundu ($p=0,46$). Arkadaş alt boyut desteği değerlendirildiğinde doktora gitme yöntemini kullanmayanların arkadaş destek algı puanı $15,1\pm 6,1$, kullananlarınki $17,2\pm 6,1$ idi ($p=0,11$). Doktora gitme baş etme yöntemini kullanmayanların özel bir insan destek algı puanı $16,9\pm 5,6$, kullananlarınki ise $19,3\pm 6,1$ bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,027$). Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ilaç kullanma baş etme yöntemini kullanmayanlarda $53,8 \pm 13,3$, kullananlarda ise $57,8 \pm 16$ bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,19$). Benzer şekilde ölçek alt boyutları ile bu yöntem arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,05$), (Tablo 11).



5. TARTIŞMA

Üİ yaşayan 65 yaş ve üzeri erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin Üİ ile baş etme yöntemlerine etkisini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler bu bölümde tartışılmıştır.

Araştırmada Üİ'si olan bireylerin ortalama yaşının yaklaşık 69 olduğu belirlendi. 2022 yılında Luo ve ark. tarafından 65 yaş ve üstü Üİ'li bireylerde yapılan bir çalışmada erkeklerin ortalama yaşının 72 olduğu belirtilmiştir (Luo vd., 2022). Benzer çalışmalarda yine ortalama yaşın 65-80 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (Veronese vd., 2022; Shaw vd., 2019). Araştırmadaki yaş ortalamasının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmada Üİ'nin günlük yaşamda oluşturduğu etki değerlendirildiğinde bireylerin çoğunda (53 [%57,6]) bu sorunun ara sıra görüldüğü saptandı. Üİ oluşma sıklığına bakıldığında en fazla haftada iki veya üç kez Üİ yaşayan bireyler olduğu tespit edildi. Ek olarak katılımcıların Üİ'nin en sık sebebinin yaşlılıktan olduğunu düşündükleri belirlendi (Tablo 5). Jafarizadeh ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada Üİ sıklığı değerlendirildiğinde katılımcıların %10'u haftada bir sıklıkta, %23,3'ü haftada iki-üç kez, %30'u günde bir kez ve %36,6'sı günde birden fazla Üİ yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada Üİ'nin sıklığının günde bir veya daha fazla (%72,6) olduğu bildirilmiştir (El Gayar vd., 2022). Üİ sıklık sonuçlarının, çalışmaların yapıldığı evrene ve etnik kökene göre farklılık gösterdiğinden söz edilmektedir (Murukesu vd., 2019). Çalışmalarda Üİ sıklığının farklı çıkmasının bir başka nedeni de yapılan çalışmaların dizaynıdır. Üİ'si olan bireyler bu sorunlarını genellikle saklamayı tercih ettiklerinden yüz yüze yapılan çalışmalar ile gizliliği korunan anket çalışmalarının sonuçlarının farklı çıkabileceği bildirilmiştir (Veronese vd., 2022; Shaw vd., 2019). Verileri yüz yüze toplanan bu araştırmanın sonuçları literatürle uyum göstermektedir. Shaw arkadaşları (2019)'nın yaptığı çalışmada Üİ'si olan bireylerin %68,6'sının idrar kaçırma nedeninin yaşlanmaya bağlı normal bir durum olduğu inancını taşıdığını ifade etmişlerdir. Farklı toplumlarda olsa bile Üİ'nin yaşlılıktan kaynakladığı inancının, yaşlanmayla birlikte görülen fiziksel gerilemeler ve güç kayıplarının olağan bir sonucu olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti arama davranışlarının Üİ'nin şiddetinden ve semptom derecesinden etkilendiği bilinmektedir (Cheng vd., 2022). Sağlık hizmeti arama oranları ABD'de %4,4, İngiltere'de %18, Afrikalı-Amerikalılarda %22,2 ve İspanya'da %38,2 arasında değişmektedir (Lai vd., 2011). 2020 yılında yapılan bir çalışmada Üİ'li erkek hastaların %28 kadarının herhangi bir baş etme yöntemine başvurmadığı bildirilmiştir (Cheng vd., 2022).

Araştırmada Üİ'sini başkasına söyleyenler ile gizleyenlerin arasında baş etme yöntemleri karşılaştırıldı. Katılımcılardan Üİ'sini başkasına söyleyenlerin en sık doktora gitme, sık çamaşır değiştirme ve ilaç kullanma şeklinde baş etme yöntemlerini kullandıkları ve bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 6). Üİ semptomlarının benlik saygısı kaybı, utanç duygusu, üzüntü, sinirlilik ve ilgisizlik gibi psikolojik etkileri vardır (Cheng vd., 2022). Özellikle erkekler, Üİ sorununu sözlü olarak ifade etmeyi, arkadaşları ve aileleri ile paylaşmayı daha zor bulma eğilimindedir (Esparza vd., 2018). Üİ sorununun toplumda damgalanmaya ve bunun ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olduğundan söz edilmektedir (Esparza vd., 2018). Yapılan bir çalışmada Üİ sorununu yakınlarıyla paylaşanların oranı %43,7 olarak tespit edilmiştir (Bulgak ve Avcı, 2022). Bu araştırmadaki bireylerin Üİ sorununu en fazla eşlerine söyledikleri belirlenmişti, buna bağlı olarak Üİ'lerini gizlemedikleri için sık çamaşır değiştirme, doktora gitme ve ilaç kullanma yöntemlerini tercih etmelerinin beklenen bir durum olduğu düşünülmüştür. Bu sorunu paylaşan katılımcıların oranının yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur. Literatür incelendiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının bu sorunu yakınlarıyla paylaştığı görülürken, araştırmada bu sonucun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kültürel farkların sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların baş etme yöntemlerine göre literatür incelendiğinde fizik tedavinin önerdiği egzersiz gibi uygulamaları, taşma Üİ'si olan erkeklerin %17'si ve miks Üİ'si olan erkeklerin %42'si tarafından yapıldığını tespit eden bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada hekim tarafından egzersiz uygulaması için fizik tedaviye yönlendirilen hastalardan söz edildiğinden egzersiz oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaklaşık yarısını erkeklerin oluşturduğu bir çalışmada yaşlıların %6'sının Üİ'yi önlemek için egzersizlerin yapıldığını bildiği, %2'sinin bu egzersizleri yaptığı ve %45,9'unun ped/bez kullandığı bildirilmiştir (Bulgak ve Avcı, 2022). Bununla birlikte

egzersiz yapan hasta sayısının çok düşük olması dikkat çekicidir. Bu araştırmada ise herhangi bir nedenle hastaneye başvuran Üİ'li bireyler dahil edilmiştir. Araştırmamızdaki katılımcıların tamamının erkek olduğu düşünöldüğünde, ped/bez kullanma sıklığının kolayca kaçma yöntemi olarak göröldüğü, doktora gitme baş etme yöntemine sık başvurulmasının sebebinin ise, yaşlı örnekleme grubuyla çalışılmasından kaynaklanabileceğı düşünölmüştür.

Araştırmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğı ortalama toplam puanı $55,83 \pm 14,8$ olarak bulundu. En az alınan puan 16 ve en fazla alınan puan 82 olarak tespit edildi. Bu araştırmada kullanılan ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ortalama puanı orta düzeyin üzerinde olarak değerlendirildi. Hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan yaşlı bireylerden oluşan bir çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ortalama toplam puanı $53,74 \pm 23,30$ bulunmuştur (Turan vd., 2019), başka bir çalışmada ise 65 yaş ve üstü bireylerin sosyal destek puanınının 35-50 yaş arası bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Aşılar vd., 2020, Calderón ve Ferrando, 2021). Yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve yalnızlık düzeyi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek algılarınının değerlendirildiğı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmakla birlikte toplam sosyal destek puanı erkeklerde kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (Özurmaz, 2018, Yanık ve Sağlam 2019). Üİ'nin getirdiğı kısıtlamalar nedeniyle, Üİ'li bireylerin yalnız kalma istekleri, sosyal destek gereksinimleri ve yardım alma ihtiyaçları artmaktayken, çevresindekilerle ilişkileri ve sosyal etkileşimleri azalmaktadır. Araştırmadaki Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı toplam puan ortalamasının literatürle uyumlu olduğu görölmektedir. Bu sonucun coğrafi konum ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğı söylenebilir.

Araştırmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ile medeni durum karşılaştırıldığında Üİ'si olan evli bireylerin bekarlara göre ölçek toplam destek puanı, aile destek puanı ve özel bir insan destek puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Üİ'si olanlarda, aile tipi ve bir işte çalışma durumu ile toplam sosyal destek puanı ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmedi. Bununla birlikte bu araştırmada kronik hastalığı olmayan bireylerin arkadaş destek puanı kronik hastalığı olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 8). Literatürde yaşlı bireylerde medeni duruma göre yapılan çalışmalarda, evli bireylerin bekar olanlara göre sosyal

destek algı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Özvurmaz, 2018; Yanık ve Sağlam, 2019). Sosyal destek algısı kronik hastalık varlığına göre değerlendirildiğinde ise literatürde buna göre önemli bir fark olmadığını söyleyen bir çalışmayla karşılaşılmaktadır (Yanık ve Sağlam, 2019). Üİ'si olan bireyler utandıkları için kendilerine en yakın olarak gördükleri eşleri ile sorunlarını paylaşmayı tercih etmektedirler. Araştırmanın bu sonucunda utanma duygusunun etkinliğinin olduğu öngörülmektedir. Aile tipi ve bir işte çalışma durumu ile sosyal destek toplam ölçek puanı ve alt boyut puanları arasında fark çıkmamasının sebebinin çalışmamızdaki geniş ailede yaşayan birey sayısının ve bir işte çalışan birey sayısının nispeten daha düşük olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Literatür sonuçlarıyla bu araştırmanın sonuçları paralellik göstermektedir. Oysa Üİ'sine ek olarak kronik hastalığı olan bireylerin sosyal yaşantılarının daha az olabileceği düşünüldüğünde, sosyal destek algılarının düşük olması beklenebilir. Bu sonuç bize aile desteğinin önemini göstermektedir.

Bu araştırmada Üİ'si olan bireylerin, şehirde yaşayanların aile desteği puanı, ilçede ve köyde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Ayrıca Üİ'li bireylerin eğitim düzeyi arttıkça toplam sosyal destek puanı ve alt boyut destek puanlarının anlamlı olarak arttığı tespit edildi (Tablo 9). Çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek puanı ve alt boyut puanlarının arttığı bildirilmiştir (Özvurmaz, 2018; Yanık ve Sağlam, 2019). Ayrıca kentsel bölgede yaşayan yaşlıların sosyal destek puanlarının kırsal bölgelere göre daha yüksek çıktığı bildirilmiştir (Kapıkıran, 2016). Eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması, bireylerin özgüvenlerinin artması, iletişimlerinin güçlü olması ve kendini ifade etme şekillerinin daha iyi olmasıyla açıklanabilir. Bununla birlikte bu araştırmada şehirde yaşayan bireylerin algılanan sosyal destek puanlarının yüksek çıkmasının sebebinin, şehirde yaşayanların eğitim düzeyinin yüksek olmasından, sağlık kuruluşlarına ulaşımın daha kolay olmasından, sosyal ortamlarının ve arkadaş edinme imkânlarının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Bu araştırmada Üİ'li bireylerde, geliri giderinden fazla olan grubun toplam destek puanı, geliri giderinden az olan gruptan anlamlı olarak yüksek bulundu. Ayrıca Üİ'nin günlük yaşamı “çoğu zaman etkiliyor” cevabını veren katılımcılardan aile destek puanı, günlük yaşamı “ara sıra etkiliyor” cevabını verenlerin aile destek puanından anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 10). Yapılan bir çalışmada geliri yüksek olan bireylerin

sosyal destek puanının bu araştırmada olduğu gibi yüksek olduğu belirtilmiştir. (Yanık ve Sağlam, 2019). Algılanan sosyal desteğin azalması yalnızlığı arttırır, yalnız bireyler sosyal ortamlardan uzaklaşır, sosyal faaliyetler gerçekleştirmezler (Wan vd., 2013). Sosyal desteği fazla olan bireyler ise toplum içine daha çok girerler ve sosyal faaliyetlerde bulunurlar (Wan vd., 2013). Sosyal destek algısı yüksek olan Üİ’li bireylerin sosyal hayatlarının daha çok etkilendiği söylenebilir.

Bu araştırmada Üİ’li bireylerde, çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile baş etme yöntemleri karşılaştırıldı. Üİ’si olan bireylerde daha az sıvı alma baş etme yöntemini kullananların arkadaş destek puanı düşük, aile destek puanı ise yüksek bulundu. Sık amaşır değiştirme baş etme yöntemini kullananların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve tüm alt boyut puanları düşük bulundu. Üİ ile tuvalete sık çıkma, ped/bez/peçete kullanma ve ayağı sıcak tutma baş etme yöntemleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 11). Bunun sebebinin, bu baş etme yöntemlerinin bireylerin tek başlarına yapabilecekleri, sosyal destek olmadan kolay ve gizlenebilen yöntemler olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Doktora gitme baş etme yöntemini kullananların çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Alt boyutlardan özel bir insan destek puanı da benzer şekilde bu baş etme yöntemini kullananlarda anlamlı olarak yüksekti (Tablo 11). Literatür tarandığında Üİ’si olan erkek bireylerin sosyal destek algısını araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle sonuçlar farklı hastalık grupları ile yapılan çalışmaların sonuçları ile tartışılmıştır. Kolorektal kanser nedeniyle stoma açılan hastalarda, aile ve özel bir insan destek puanının yüksek olduğu saptanmıştır (Küçükakça elik, 2019). Bunun sebebinin stomadan kaynaklı oluşan koku nedeniyle arkadaşlardan uzaklaşma, aileden ve sağlık çalışanı gibi özel bir insandan yardım alma olduğu bildirilmiştir (Küçükakça elik, 2019). Üİ’li bireylerde özel bir insan desteği olarak görülen, hemşire, doktor gibi sağlık çalışanları tarafından sağlanan sosyal desteğin yüksek çıkması, buna karşın arkadaş destek puanının düşük çıkması Üİ’li bireylerin damgalanma korkusundan kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Kök ve Demir’in (2018) bir çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça ielleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı bildirilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutları ile ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı (Tablo 11). Bu sonucun, araştırmadaki ilaç kullananların sayısının

nispeten az olmasından kaynaklandığı gösterilebilir. Sosyal destek algısı yüksek olan bireylerin hastalığa uyumunun ve hastalığın iyileşmesinin üzerinde olumlu etkisinin olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmıştır (Szymona-Pałkowska vd., 2016; Kök ve Demir, 2018). Sosyal desteğin baş etme üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Chen vd., 2019). Yapılan bu araştırmanın sonucunda sosyal destek algısı orta düzeyde çıkan hasta grubunun doktora gitmek gibi olumlu baş etme yöntemlerini kullanıyor olmaları literatür bilgilerini destekler niteliktedir.



6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

- Üİ sorunu yaşayan, ortalama yaşı 69 olan katılımcıların büyük çoğunluğunun bu sorunu yakın çevresi ile paylaştığı belirlendi.
- Bireylerin bu sorunu çoğunlukla ara sıra yaşadığı ve bunun yaşlılıktan kaynaklanan normal bir sorun olarak gördükleri belirlendi.
- Üİ sorununu başkasına söyleyen bireylerin sıklıkla doktora gitme, sık çamaşır değiştirme ve ilaç kullanma şeklindeki baş etme yöntemlerini anlamlı düzeyde daha çok kullandıkları tespit edildi.
- Algılanan sosyal destek ölçeği ve alt boyutlarından aile ve özel bir insan desteği puanının ortalamalarının evli olanlarda, arkadaş desteği alt boyutunun kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi.
- Bireyler yaşadıkları yere göre değerlendirildiğinde şehirde yaşayanların aile destek alt boyutunun ve toplam algılanan sosyal destek düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin algılanan sosyal destek toplam ölçek puanının ve tüm alt boyutlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.
- Gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların algılanan sosyal destek toplam puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi.
- Üİ sorununun katılımcıların yaşamları üzerinde etkisi sorgulandığında, bu sorunu “çoğu zaman” yaşayan katılımcıların algıladıkları aile desteği alt boyut puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu.
- Algılanan sosyal destek ve alt boyutları baş etme yöntemleriyle karşılaştırıldığında, aile desteği puanı yüksek olanların sıvı kısıtlaması ve sık çamaşır değiştirme yöntemini kullandıkları, arkadaş desteği puanı yüksek olanların sıvı kısıtlaması ve sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmadıkları, özel bir insan desteği puanı yüksek olanların daha çok doktora gitme baş etme yöntemini kullandıkları, algılanan sosyal destek toplam puanı yüksek olanların sık çamaşır değiştirme yöntemini kullanmadıkları, daha çok doktora gitme baş etme yöntemini kullandıkları ve bu sonuçların anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

- Üİ'nin yaşlanmaya bağlı bir sorun olduğunu düşünmek, sağlık hizmeti aramanın önünde bir engel olarak kabul edilmektedir. Toplumun, Üİ'nin yaşlanmanın için normal bir süreci olmadığı ve yaşlıların katlanmak zorunda olacakları çözümsüz bir sorun olmadığı konusunda bilinçlendirilmesi,
- Sosyal destek algısı yükseldikçe doktora gitme oranı arttığı için, sosyal desteğin farkındalığının artırılması,
- Hem Üİ'si olan bireylere hem topluma hem de hemşirelere yönelik farkındalık ve duyarlılığını arttırmak için, Üİ ile ilgili seminerler, eğitimler, bilgilendirme toplantıları yapılması,
- Yaşlı bireylerin, rutin kontrollerinde Üİ'si olup olmadığının sorgulanması,
- Yaşlıların Üİ ile baş etmesini arttırmak, pelvik kaslarını güçlendirmek için egzersiz ile ilgili farkındalık çalışmaları yapılması ve bu konuda hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Erkeklerde Üİ ile ilgili yapılan çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrams, P., Cardozo, L., & Fall, M. (2002). Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 21(2), 167-78.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... & Wein, A. J. (2010). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of International Continence Society. In *Textbook of Female Urology and Urogynecology* (pp. 1098-1108). CRC Press.
- Akın, S. (2015). Yaşlılarda Üriner İnkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 2, 49-54.
- Akkaya, F. (2015). Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.*
- Akkuş, Y., & Pinar, G. (2016). Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *International urogynecology journal*, 27(6), 887-893.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3), 159-164.
- Alyüz, S. B. A. (2020). Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. *Talim*, 4(1), 115-134.
- American Psychological Association (APA). (2020). Erişim adresi Dictionary. [APA.https://dictionary.apa.org/social-support](https://dictionary.apa.org/social-support).
- Ankri, J., & Cassou, B. (2013). Bio-and health gerontology: How ageing changes our bodies. In *Old Age In Europe* (pp. 15-28). Springer, Dordrecht.
- Arun, Ö. (2018). Arayışlar: Türkiye'nin yaşlanma serüveni. *Yaşlanmayı Aşmak içinde (7-20)*. Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Aslan, F. E., & Olgun, N. (Eds.). (2017). *Fizyopatoloji*. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Aşlar, R. H., Yildirim, A., Sağlam, R., Selcuk, E. D., Erduran, Y., & Sarihan, O. (2020). The effect of loneliness and perceived social support on medication adherence self-efficacy in hypertensive patients: An example of Turkey. *Journal of Vascular Nursing*, 38(4), 183-190.
- Ateşkan, Ü., Mas, M. R., Doruk, H., & Kutlu, M. (2000). Yaşlı Türk popülasyonunda üriner inkontinans: Görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatry*, 3(2), 45-50.

- Aydin Avcı, İ., Öz Yildirim, Ö., Yildirim, E., & Bulgak, M. (2022). Non-medication coping strategies for urinary incontinence in older adults: factors associated with frequency of use. *International Urogynecology Journal*, 1-7.
- Aydiner-Boylu, A., Günay, G., & Ersoy, A. F. (2019). Üniversite öğrencilerinde algılanan sosyal desteğin yalnızlık üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Sosyoekonomi*, 27(41), 211-221.
- Bahar, Z., & Dilay, A. Ç. I. L. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.
- Ballentyne, M. (2002). Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), *İstanbul Üniversitesi FN Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul*, 123-128.
- Bauer, L. L., Seiffer, B., Deinhart, C., Atrott, B., Sudeck, G., Hautzinger, M., ... & Wolf, S. (2020). Associations of exercise and social support with mental health during quarantine and social-distancing measures during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Germany. *MedRxiv*.
- Beji, N. K. (2002). *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık*, 29-50.
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*, 6(6), e011503.
- Berardelli, M., De Rango, F., Morelli, M., Corsonello, A., Mazzei, B., Mari, V., ... & Passarino, G. (2013). Urinary incontinence in the elderly and in the oldest old: correlation with frailty and mortality. *Rejuvenation Research*, 16(3), 206-211.
- Bilgiç, D., Kizilkaya Beji, N., Ozbas, A., Çavdar, İ., Aslan, E., & Yalcin, O. (2017). Coping and Help-Seeking Behaviors for Management of Urinary Incontinence. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 9(3), 134-141.
- Blasco, P., Valdivia, M. I., Oña, M. R., Roset, M., Mora, A. M., & Hernández, M. (2017). Clinical characteristics, beliefs, and coping strategies among older patients with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 36(3), 774-779.
- Blazer, D. G., Hybels, C. F., & Hays, J. C. (2004). Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life. *Textbook of Geriatric Psychiatry. 3th ed. Washington DC: The American Psychiatric Publishing*, 27-9.
- Blokzijl, F., De Ligt, J., Jager, M., Sasselli, V., Roerink, S., Sasaki, N., ... & Van Boxtel, R. (2016). Tissue-specific mutation accumulation in human adult stem cells during life. *Nature*, 538(7624), 260-264.
- Boylu, A. A., & Günay, G. (2018). Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 1351-1363.
- Bulgak, M., & Avcı, İ. A. (2022). Yaşlı Hastalarda Üriner İnkontinans Farkındalığı ve Etkileyen Faktörler ile Üriner İnkontinansla Baş Etme Yöntemleri. *Journal of Nursology*, 25(1), 1-6.

- Calderón Garrido, C., Ferrando Piera, P. J., Lorenzo Seva, U., Gómez Sánchez, D., Fernández Montes, A., Palacín Lois, M., ... & Jiménez Fonseca, P. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: Psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*.
- Chalise, H. N. (2019). Aging: basic concept. *Am J Biomed Sci & Res*, 1(1), 8-10.
- Chen, L., Alston, M., & Guo, W. (2019). The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *Journal of community psychology*, 47(5), 1235-1245.
- Cheng, M. C., Liu, S. P., Chuang, Y. C., Hsu, K. C. P., & Chow, P. M. (2022). Prevalence and impacts of male urinary incontinence on quality of life, mental health, work limitation, and health care seeking in China, Taiwan, and South Korea (LUTS Asia): Results from a cross-sectional, population-based study. *Investigative and Clinical Urology*, 63(1), 71.
- Choi H, Park JY, Yeo JK, Oh MM, Moon du G, Lee JG, Bae JH. Population-based survey on disease insight, quality of life, and health-seeking behavior associated with female urinary incontinence. *Int Neurourol J*. 2015 Mar;19(1):39-46.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Çetinel, B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinas): Tanımlama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology*, 31(2), 246-252.
- Da Costa, J. P., Vitorino, R., Silva, G. M., Vogel, C., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2016). A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing research reviews*, 29, 90-112.
- Demirci, H., & Beji, N. K. (1999). Üriner inkontinans tedavisinde, uygulanan konservatif tedavi yöntemleri. *Hemşirelik Forumu*, 2(3), 102-108.
- Demirci, N., & Coşar, F. (2009). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 35-40.
- Di Rosa, M., & Lamura, G. (2016). The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Ageing clinical and experimental research*, 28(1), 89-97.
- Dikencik, B. K. (2002). Üriner inkontinansın epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Kadınlarda Üriner Inkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı kitabı içinde (bölüm 2, sayfa 29-50)*. İstanbul Üniv. Yayınları, 4338, 2002-20.
- Dinç, A., & Beji, N. K. (2008). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(62), 143-149.
- Ebbesen, M. H., Hunskaar, S., Rortveit, G., & Hannestad, Y. S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC urology*, 13(1), 1-10.

- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Eker, D., Arkar, H., & YALDIZ, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- El Gayar, N., Ahmed, S., Abou-Raya, S., Mohamed, A., & Mahmoud, H. (2022). Prevalence, Impact and Correlates of Treatment-Seeking for Urinary Incontinence In Elderly Patients Attending Main University Hospital Of Alexandria, Egypt. *NILES journal for Geriatric and Gerontology*, 5(1), 150-176.
- Elenskaia, K., Haidvogel, K., Heidinger, C., Doerfler, D., Umek, W., & Hanzal, E. (2011). The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 123(19), 607-610.
- Erdem, N., & Chu, F. M. (2006). Management of overactive bladder and urge urinary incontinence in the elderly patient. *The American journal of medicine*, 119(3), 29-36.
- Esparza, A. O., Tomás, M. Á. C., & Pina-Roche, F. (2018). Experiences of women and men living with urinary incontinence: a phenomenological study. *Applied Nursing Research*, 40, 68-75.
- Farage, M. A., Miller, K. W., Berardesca, E., & Maibach, H. I. (2008). Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Archives of gynecology and obstetrics*, 277(4), 285-290.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Gibson, W., Johnson, T., Kirschner-Hermanns, R., Kuchel, G., Markland, A., Orme, S., ... & Wagg, A. (2021). Incontinence in frail elderly persons: Report of the 6th International Consultation on Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 40(1), 38-54.
- Goode, P. S., Burgio, K. L., Redden, D. T., Markland, A., Richter, H. E., Sawyer, P., & Allman, R. M. (2008). Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *The Journal of urology*, 179(4), 1449-1454.
- Görgün Baran, A. (2016). Yaşlılıkta sosyal dışlanmanın toplumsal boyutu. *Yaşlılık Disiplinlerarası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler*, 2, 105-125.
- Hablemitoğlu, Ş., & Özmete, E. (2010). *Yaşlı refahı: Yaşlılar için sosyal hizmet*. Kilit Yayınları.
- Hall, S. A., Link, C. L., Tennstedt, S. L., Mollon, P., Aiyer, L. P., Chapple, C. R., ... & Rosen, R. C. (2009). Urological symptom clusters and health-related quality-of-life: results from the Boston Area Community Health Survey. *BJU international*, 103(11), 1502.
- Hay-Smith, E. J. C., Herderschee, R., Dumoulin, C., & Herbison, G. P. (2011). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

- <https://www.statista.com/statistics/829732/global-population-by-age/> , Son erişim tarihi 15.12. 2021.
- Hülya, K. Ö. K., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept: (See Editorial Comments by Dr. William Hazzard on pp 794–796). *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791.
- Jafarizadeh, H., Maghsoudi, Z., Namadi, F., Mohammadpour, Y., & Moradi, Y. (2022). The effect of pelvic floor muscles training, bladder exercises and lifestyle modification on urinary incontinence in elderly men. *Journal of Nephropathology*, 11(1).
- John, G., Bardini, C., Combescure, C., & Dällenbach, P. (2016). Urinary incontinence as a predictor of death: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(7), e0158992.
- Kahraman, B. B. (2017). Sağlık Geliştirilmesi. *Sosyal Destek ve Sağlık Geliştirilmesi*. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, 136-146.
- Kalınkara, V. (2014). Temel gerontoloji yaşlılık bilimi (2. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kalkan, S., & Ersöz, C. *Yaşlanmaya Bağlı Gelişen Alt Üriner Sistem Disfonksiyonları*. Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni, 4: 19-24.
- Kapıkıran, Ş. (2016). Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 13-25.
- Kaplan, S., & Demirci, N. (2010). Üriner inkontinansda konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 1-14.
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı sağlığı ve bakım*. Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Eds.). (2011). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Nobel.
- Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238-248.
- Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543-550.
- Khorshid, L., & Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.
- Kirkwood, T. B. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437-447.
- Kök, G., Şenel, N., & Akyüz, A. (2006). GATA jinekoloji polikliniğine başvuran 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans açısından farkındalık durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(3), 132-136.

- Küçükakça Çelik, G., (2019). *Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Lai, U. C., Wun, Y. T., Luo, T. C., & Pang, S. M. (2011). In a free healthcare system, why do men not consult for lower urinary tract symptoms (LUTS)?. *Asia Pacific family medicine*, 10(1), 7.
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PloS one*, 9(3), e90051.
- Lucas, M. G., Bosch, R. J., Burkhard, F. C., Cruz, F., Madden, T. B., Nambiar, A. K., Neisius, A., de Ridder, D. J., Tubaro, A., Turner, W. H., Pickard, R. S., & European Association of Urology (2012). EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *European urology*, 62(6), 1118–1129.
- Luo, Y., Zou, P., Wang, K., Li, X., & Wang, J. (2022). Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence Among Elderly Adults in Rural China: A Cross-Sectional Survey. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 49(1), 78–86.
- Mandracıoğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların demografik özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 39-45.
- Milgrom, J., Hirshler, Y., Reece, J., Holt, C., & Gemmill, A. W. (2019). Social support—a protective factor for depressed perinatal women? *International journal of environmental research and public health*, 16(8), 1426.
- Minassian, V. A., Drutz, H. P., & Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 327-338.
- Murukesu, R. R., Singh, D. K., & Shahar, S. (2019). Urinary incontinence among urban and rural community dwelling older women: prevalence, risk factors and quality of life. *BMC Public Health*, 19(4), 1-11.
- Muth, C. C. (2017). Urinary incontinence in women. *JAMA*, 318(16), 1622-1622.
- Nygaard, I. (2010). Idiopathic urgency urinary incontinence. *New England Journal of Medicine*, 363(12), 1156-1162.
- Ojo, O. S., Malomo, S. O., & Sogunle, P. T. (2016). Blood pressure (BP) control and perceived family support in patients with essential hypertension seen at a primary care clinic in Western Nigeria. *Journal of family medicine and primary care*, 5(3), 569.
- Orhan, C. (2017). *Stres Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Kas Eğitimine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Tampon Eğitiminin Etkileri*.
- Oskay ÜY. (2002) Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi, *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi FN Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul,61-72*
- Ozan T, Fırdolaş F. (2015). Üriner inkontinans mekanizmaları, R, Bayrak Ö Editör, *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi'de,1.Baskı, İstanbul, Türk Üroloji Derneği, 41-52.*

- Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinansı olan geriatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109.
- Özvurmaz, S. Yaşlı Bireylerin Yalnızlık Düzeyleri ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 118-125.
- Park, W. H. (2013). Urinary incontinence and physician's attitude. *Journal of Korean medical science*, 28(11), 1559-1560.
- Patel, M., Vellanki, K., Leehey, D. J., Bansal, V. K., Brubaker, L., Flanigan, R., ... & Kramer, H. (2016). Urinary incontinence and diuretic avoidance among adults with chronic kidney disease. *International urology and nephrology*, 48(8), 1321-1326.
- Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., ... & Veronese, N. (2021). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(1), 25-35.
- Polat, Ü., & Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213-218.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). *Social support. Encyclopedia of mental health*, 3(2), 535-544.
- Sakraida, TJ, (2014). *Health promotion model. Ed: Alligood M.R., Nursing Theorists and Their Work*. 8. Edition. St. Louis: Mosby/ Elsevier. 396-416.
- Schluter, P. J., Ward, C., Arnold, E. P., Scrase, R., & Jamieson, H. A. (2017). Urinary incontinence, but not fecal incontinence, is a risk factor for admission to aged residential care of older persons in New Zealand. *Neurourology and Urodynamics*, 36(6), 1588-1595.
- Seshan, V. (2016). Coping strategies & self measures adopted by the women with urinary incontinence & its effects on QOL. *Obstet Gynecol Int J*, 5(7), 00187.
- Shaw, C., Rajabali, S., Tannenbaum, C., & Wagg, A. (2019). Is the belief that urinary incontinence is normal for ageing related to older Canadian women's experience of urinary incontinence? *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2157-2160.
- Smith, P. P., McCrery, R. J., & Appell, R. A. (2006). Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Cmaj*, 175(10), 1233-1240.
- Softa, H., Bayraktar, T., & Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-12.
- Stewart, W. F., Hirsh, A. G., Kirchner, H. L., Clarke, D. N., Lichtenfeld, M. J., & Minassian, V. A. (2014). Urinary incontinence incidence: quantitative meta-analysis of factors that explain variation. *The Journal of urology*, 191(4), 996-1002.
- Subak, L. L., Wing, R., West, D. S., Franklin, F., Vittinghoff, E., Creasman, J. M., ... & Grady, D. (2009). Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 481-490.

- Szymona-Pałkowska, K., Janowski, K., Pedrycz, A., Mucha, D., Ambroży, T., Siermontowski, P., ... & Kraczkowski, J. (2016). Knowledge of the disease, perceived social support, and cognitive appraisals in women with urinary incontinence. *BioMed research international*, 2016.
- Şentürk, Ü. (2018). *Yaşlılık sosyolojisi yaşlılığın toplumsal yörüngeleri*. Dora Yayıncılık. Bursa, 217-245.
- T.C. (2015) Sağlık Bakanlığı. *Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı ve uygulama programı 2015-2020* [e-kitap] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı, Yayını; 2015 (960). <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Saglikli%20Yaş.%202015-2020%20Pdf.pdf>. Erişim tarihi: 17 Ocak 2022.
- Tannenbaum, C., Perrin, L., DuBeau, C. E., & Kuchel, G. A. (2001). Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 82(1), 134-138.
- Tekin, Ç. S., & Kara, F., (2016). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (Ibad)*, 3(1), 219-229.
- Tong, Y. C. (2009). Diagnosis and treatment of geriatric urinary incontinence. *Incont Pelvic Floor Dysfunct*, 3(3), 69-72.
- Turan, G. B., Aksoy, M., & Çiftçi, B. (2019). Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 46-51.
- TÜİK (2020) *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2020*. Türkiye İstatistik kurumu haber bülteni, Sayı: 37227.Mart 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>. Erişim tarihi: 17 Ocak 2022.
- Türkseven, E., Öner, C., Çetin, H., & Şimşek, E. E. (2020). Yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek ile yaşam doyumu ilişkisi: Bir saha çalışması. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 9(1), 51-56.
- Veronese, N., Smith, L., Pizzol, D., Soysal, P., Maggi, S., Ilie, P. C., ... & Barbagallo, M. (2022). Urinary incontinence and quality of life: a longitudinal analysis from the English Longitudinal Study of Ageing. *Maturitas*, 160, 11-15.
- Wallace, S. A., Roe, B., Williams, K., & Palmer, M. (2004). Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of systematic reviews*, (1).
- Wan Mohd Azam, W. M. Y., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Ibrahim, N., Said, Z., ... & Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5, 134-139.
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the United States. *American journal of public health*, 99(10), 1872-1878.
- World Health Organization (WHO). (1999). Ageing, Exploding the Myths. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66330/1/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf, p.4-6. Erişim tarihi: 2 Şubat 2022.

- World Health Organization (WHO)*. (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Report Life in the 21st century, Avision for all, Geneva
- World Health Organization (WHO)*. (2011) Global Health and Aging, http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, p.4-10. Erişim tarihi: 2 şubat 2022.
- World Health Organization (WHO)*. (2015). World Report on Ageing and Health, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf. Erişim tarihi: 15 şubat 2022.
- World Health Organization (WHO)*. (2021, 4 Ekim). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2022.
- Yanık, A., & Sağlam, Y. (2019). Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu ve Sosyal Destek Algısının Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 501-512.
- Yaşar, M. R. (2007). Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 237-260.
- Yazıcı G. (2008). Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Cerrahi Anatomisi. İçinde: Güner H (editör). Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi, 2. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 3-42.
- Yıldız, K., & Dirik, D. (2019). Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkide Algılanan Öz Yeterliliğin Rolü. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 17(2), 132-144.
- Yılmaz, M. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılarda Demografik Değişiklikler. Ed. Altundiş M., *Yaşlılarda Güncel Sorunları ve Bakımı (1. Baskı syf: 1-9)*. İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zehra KOÇAK

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi: 2010, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

Yüksek Lisans Öğrenimi: 2022, KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Ruh Sağlığı ve Hastalığı Hemşireliği

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

İŞ DENEYİMİ

Stajlar:

2006-2008, stajyer öğrenci hemşire, NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (lisans)

2008-2009, stajyer öğrenci hemşire, (lisans) Selçuklu 58 Nolu Hocacihan Aile Sağlığı Merkezi

2009-2010, stajyer öğrenci hemşire, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği (yüksek lisans)

Çalıştığı Kurumlar ve Bölümler:

Ağustos 2010- Temmuz 2012, Hemşire, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Göğüs Hastalıkları Servisi)

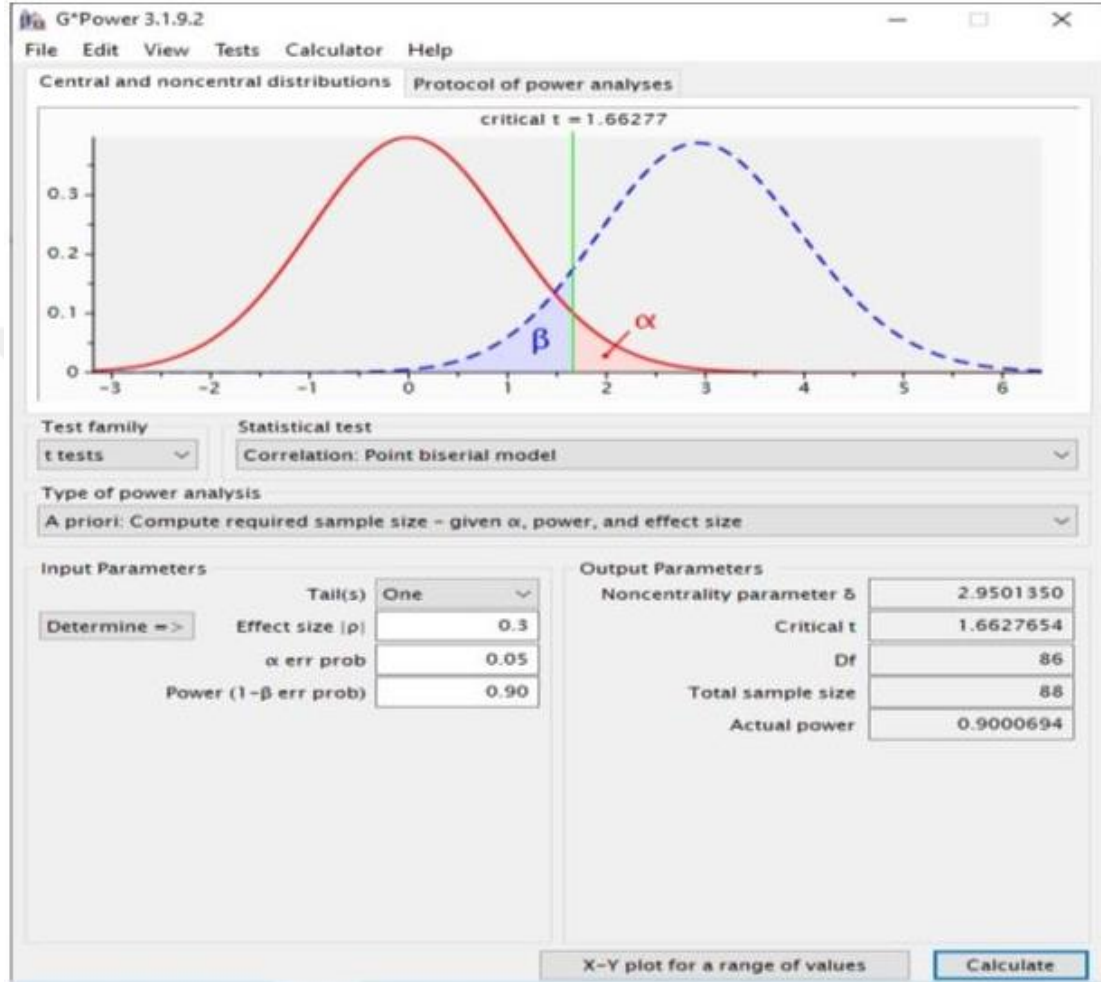
Temmuz 2012- Ocak 2013, Hemşire, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Beyin Cerrahi Servisi)

Ocak 2013- Aralık 2013, Hemşire, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Psikiyatri Servisi)

Ocak 2014- Temmuz 2015, Hemşire, NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (Göğüs Hastalıkları Servisi)

Tarih: 15 Haziran 2022

EK 1. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ HESABI



EK.2 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı, katılacağınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, üriner inkontinans (idrarı tutamama/idrar kaçırma) yaşayan 65 yaş ve üzerindeki erkeklerin bu durumlarda çevreden gördükleri desteğin belirlenmesi ve kişilerin bu destekten nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada toplanan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak, kesinlikle başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu durumda, söz konusu araştırmaya ilişkin size yapılan katılma davetini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorsanız aşağıdaki kabul ediyorum seçeneğini işaretleyiniz. Çalışmaya vereceğiniz katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, sağlıklı günler dileriz.

Zehra KOÇAK

Hemşire

Bu anketi doldurmayı kabul ediyorum.

Evet () Hayır ()

1. Yaşınız...

2. Medeni Durumunuz?

() Bekâr () Evli

3. Eğitim Durumunuz?

() Okur Yazar Değilim () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu

() Lisans ve yüksek lisans mezunu

4. Mesleğiniz?

5. Şu anda çalışma durumunuz: () Çalışmıyorum () Çalışıyorum

6. Gelir durumunuz ? () Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla

7. Yaşadığınız yer? () Şehir () İlçe merkezi () Köy

8. Sağlık Güvenceniz? () Sağlık Güvencem Yok () SGK () Özel Sigorta

9. Aile Tipiniz? Çekirdek Aile Geniş Aile
10. Kiminle yaşıyorsunuz? Yalnız yaşıyorum Eşimle yaşıyorum Eşim ve çocuklarım birlikte yaşıyorum Diğer (lütfen belirtiniz)
11. İdrar kaçırma, sizin için günlük yaşantınızda ne kadar sorun oluşturmaktadır?
 Sorun oluşturmamaktadır Ara sıra sorun oluşturmaktadır
 Çoğu zaman sorun oluşturmaktadır 3) Her zaman sorun oluşturmaktadır
12. Bu idrar kaçırma durumunu ne zamandan beri yaşamaktasınız? aydıryıldır.
13. İdrar kaçırma ne sıklıkta oluyor?
 1 Her zaman Günde birkaç kez Günde 1 kez Haftada 2 ya da 3 kez
 Haftada 1 ya da daha az
14. Size göre idrar kaçırma durumu hangi nedenlere bağlı olabilir?
 Yaşlılıktan Prostattan Bilmiyorum
15. İdrar kaçırma durumu, gündelik yaşamınızı nasıl etkiliyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
 Sokağa çıkmamı etkiliyor Seyahat etmemi etkiliyor Günlük faaliyetlerimi etkiliyor Namaz kılmamı etkiliyor Uykumu etkiliyor Ev / arkadaş ziyaretlerine gitmemi etkiliyor İş hayatımı etkiliyor
16. İdrar kaçırma durumunu önlemek için yaptığınız bir uygulama var mı?
 Daha az sıvı almaya çalışıyorum Eskisine göre tuvalete daha sık gidiyorum
 Ped / bez / peçete kullanıyorum Özel külot kullanıyorum
 Sık çamaşır değiştiriyorum Ayağımı sıcak tutuyorum
 Egzersiz yapılabileceğini duydum, bu egzersizleri yapıyorum
 İlaç kullanıyorum 9 Doktora gittim Ameliyat oldum
17. İdrar kaçırma durumunuzdan herhangi bir kişiye söz ettiniz mi?
 Evet söz ettim. Hayır söz etmedim. (Soru 25'e geçiniz)

18. Bu konuda çevrenizdeki kişilerden kime/kimlere söz ettiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

Eşime Kızıma Oğluma Bakıcıma Akrabama Komşuma Arkadaşıma

19. Söylediğiniz bu kişi veya kişilerin size cevabı ne oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Bu yaşta olur Geçer Üstünde durma Sen bunun üstesinden gelirsin

Doktora git İdrar kaçırmanın tedavisi var Kimseye söyleme

20. Çevrenizdeki kişilerin bu konuda verdiği yanıtlar size destek oldu mu?

Evet, destek oldu

Hayır, pek destek olmadı

21. Bu kişi veya kişilerle konuştuğundan sonra idrar kaçırma konusunda herhangi bir önlem aldınız mı?

Evet, aldım (aldığınız önlemler neler oldu?) (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Bez kullanmaya başladım

İlaç kullanmaya başladım

Doktora gitmemi sağladı

Egzersiz öğrendim ve uyguluyorum

Hayır, almadım (Soru 25'e geçiniz)

22. Bu kişilerden gördüğünüz destek devam ediyor mu? 1

Devam ediyor 2Devam etmiyor

23. Devam etmiyor diyorsanız neden devam etmediği konusunda ne düşünüyorsunuz?

İlaç bitti Unuttum Uğraşamadım Etkili olmadı Vakit bulamadım

24. Sonucun ne olduğu konusunda, size destek olan kişinin/kişilerin sonucun ne olduğu konusundan haberi oldu mu?

Oldu Olmadı

25. Doktora gittiğinizde siz söylemeden doktor/hemşire idrar kaçırma şikâyetiniz olup / olmadığını sordu mu?

Sordu Sormadı

26. Halen bildiğiniz herhangi bir hastalığınız var mı?

Yok Prostat Hipertansiyon Şeker Hastalığı

Astım/KOAH/Alerji Kalp Yetmezliği

Var

Tansiyon ilacı Adı:

Hangi saatlerde alıyorsunuz? sabah () akşam ()

Kas gevşetici Adı

Hangi saatlerde alıyorsunuz? sabah () akşam ()

Diyabet ilacı Adı:

Hangi saatlerde alıyorsunuz? sabah () akşam ()

Diğer Adı:

Hangi saatlerde alıyorsunuz? sabah () akşam ()

Yok

28. Size göre, idrar kaçırma şikayeti olan kişilere çevrelerindeki insanlar nasıl davranırlarsa ona destek olmuş olurlar.

EK 3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle hayır						Kesinlikle evet
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
Ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
Sorunlarımı ailemle (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
Kararları vermemde ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK 4. KURUM İZNİ



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-14567952-200-120495
Konu : Araştırma İzni (Zehra KOÇAK)

24.11.2021

REKTÖRLÜK MAKAMINA
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 28.09.2021 tarih ve E.95824 sayılı yazınız..

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zehra KOÇAK' ın "Üriner İnkontinans Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Üriner İnkontinansla Baş Etme Yöntemlerine Etkisi" adlı tezi kapsamında Fakültemiz Üroloji Anabilim Dalında araştırma yapma isteği Anabilim Dalının 22.11.2021 tarih ve E.119773 sayılı yazıları ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Metin DOĞAN
Dekan V.

ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 03

Toplantı Tarihi: 22.03.2022

Karar Sayısı: 2022/002 Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR' ın, "Üriner İnkontinans Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek Üriner İnkontinansla Baş Etme Yöntemlerine Etkisi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 11.03.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Berna BAYIR
Yardımcı Araştırmacı: Zehra KOÇAK

Prof. Dr. Taner ZİMLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı