



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**BAKIM PROTOKOLÜ VE TELEFONLA İZLEMİN STRES
İNKONTİNANSLI HASTALARDA BAKIM SONUÇLARINA
ETKİSİ**

EMEL GÜLNAR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MAYIS 2018



**BAKIM PROTOKOLÜ VE TELEFONLA İZLEMİN STRES
İNKONTİNANSLI HASTALARDA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ**

Emel GÜLNAR

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2018

Emel GÜLNAR tarafından hazırlanan “Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ /~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan : Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Koç Üniversitesi

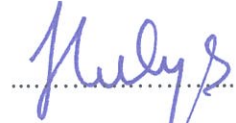
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Doç. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye : Dr. Öğrt. Üyesi Deniz ÖZTÜRK

Hemşirelik Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 25/05/2018

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Emel GÜLNAR

25/05/2018

BAKIM PROTOKOLÜ VE TELEFONLA İZLEMİN STRES İNKONTİNANSLI
HASTALARDA BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Emel GÜLNAR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mayıs 2018

ÖZET

Bu çalışma, bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır. Bu çalışma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğinde 10.12.2016/03.01.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubuna ayrılan toplam 68 stres inkontinanslı hasta oluşturmuştur. Veriler, ACE Yıldız modeli doğrultusunda hazırlanan stres inkontinans bakım protokolü aracılığıyla “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “King Sağlık Anketi”, “Pelvik Taban Kası Öz-etkililik Ölçeği”, “Ped Testi” ve “Üriner Günlük” kullanılarak toplanmıştır. Deney grubunda yer alan kadın hastalara, stres inkontinans bakım protokolü kapsamında eğitim verilmiş ve hastalar 8 hafta boyunca her hafta telefonla aranarak egzersiz süre ve sayısındaki artışlar hatırlatılmış, egzersizlerini düzenli yapmaları için desteklenmişlerdir. Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kuruldan, kurumdan ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, Friedman’s Two-Way ANOVA, Ki-Kare, Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikler açısından homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$). King Sağlık Anketi alt boyutları toplam puan ortalamalarında II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Pelvik Taban Kası Öz-etkililik ölçeği ve alt boyutları toplam puan ortalamalarında II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ped testi ve inkontinans sıklığı değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Stres inkontinans bakım protokolü kapsamında verilen eğitimin hastaların öz-etkililik algısını, yaşam kalitesini arttırdığı, idrar kaçırma miktarı ve sıklığını azalttığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, stres inkontinans bakım protokolünün hemşireler tarafından kullanılması önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.6

Anahtar Kelimeler : Stres inkontinans, bakım protokolü, ACE Yıldız modeli, hemşirelik bakımı

Sayfa Adedi : 115

Danışman : Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

THE EFFECT OF CARE PROTOCOL AND FOLLOW-UP VIA PHONE ON CARE
OUTCOMES IN PATIENTS WITH STRESS INCONTINENCE

(Ph. D. Thesis)

Emel GÜLNAR

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

May, 2018

ABSTRACT

The study was conducted as a pretest-posttest control group experimental design in order to determine the effect of care protocol and follow-up via phone calls on care outcomes in patients with stress incontinence. The study was conducted in the Outpatient Clinic of Urology at Kırıkkale University Medical Faculty Hospital between the dates of 10.12.2016 and 03.01.2018. 68 female patients with stress incontinence, separated into experimental and control groups through randomization, constituted the sample of the study. Data was collected through stress incontinence care protocol (prepared in accordance with ACE STAR model) using “Introductory Information Form”, “King’s Health Quality of Life Questionnaire”, “Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale”, “Pad Test” and “Bladder Diary”. The female patients in the experimental group were provided training within the context of stress urinary incontinence care protocol. For 8 weeks, these patients were regularly phoned in order to provide timely reminders of the required increase in the duration and number of exercises, and they were motivated to follow their exercise plans regularly. No similar intervention was provided for the control group. For the study, approvals from both the Ethics Committee and the institution, as well as written consents from patients were obtained. Numbers, percentages, Friedman’s Two-Way ANOVA, Chi-Square and Mann-Whitney U Test were used in the evaluation of data. The women in experimental and control groups were found to have been distributed homogeneously ($p>0,05$). The point averages of the subdimensions of King’s Health Questionnaire for the 2nd and 3rd evaluations showed a meaningful decrease in the experimental group when compared to the control group ($p<0,05$). The total point averages of Pelvis Floor Muscle Self-Efficacy Scale and its subdimensions for the 2nd and 3rd evaluations indicated a meaningful increase in the experimental group ($p<0,05$). Furthermore, the frequency of incontinence during the pad test also indicated a meaningful decrease in the experimental group in the 2nd and 3rd evaluations ($p<0,05$). The training provided within the context of stress incontinence care protocol was found to increase the perception of self-efficacy and life quality and it was found to decrease the amount and frequency of incontinence. As a result, stress incontinence care protocol was recommended to be used by nurses.

Science Code : 1032.6

Key Words : Stress incontinence, care protocol, ACE Star model, nursing care

Page Number : 115

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

TEŞEKKÜR

Çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenen, tez konumun belirlenmesinde, çalışmanın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında desteğini esirgemeyen, rol modeli olarak aldığım değerli hocam Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN’a

Tez jürimde bulunan ve çalışmam süresince önemli katkılar veren Sayın Doç.Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA’ya ve Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Deniz ÖZTÜRK’e

Çalışmanın klinikte yürütülmesinde katkıda bulunan, desteğini esirgemeyen ve uzman olarak görüşlerinden yararlandığım Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Ercan YUVANÇ’a,

Çalışmada kullandığım “Stres İnkontinans Bakım Protokolü” ve “Stres Tipi İdrar Kaçıran Hastalara Yönelik Eğitim Kitapçığı”nın hazırlığında önerilerinden yararladığım Sayın, Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ, Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ, Sayın Doç.Dr. Ergül ASLAN, Sayın Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU, Dr. Öğrt. Üyesi Hüsna ÖZVEREN, Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Ercan YUVANÇ, Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Devrim TUĞLU, Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Tunç OZAN, Uzm. Hem. Habibe A. ERKAN, Uzm. Hem. Münevver ÖZCAN ve Öğrt. Gör. Süreyya DOĞAN’a,

Stres tipi idrar kaçırın hastalara yönelik eğitim kitapçığının resimlerini çizen ve düzenlemesini yapan Sayın Osman KUCUR ve Nagihan KUCUR’a,

Çalışmanın veri analizi sürecinde danışmanlık aldığım Sayın Ahmet GÜL ve Gizem Gökçe ÖZDEŞ’e

Bu çalışmayı 47/2017-04 kod numaralı Araştırma Projesi kapsamında destekleyen Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeler (BAP) Koordinasyon Birimine,

Bu çalışmaya katılan tüm stres inkontinaslı kadınlara,

Doktora eğitimim boyunca beni motive eden, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Kerim GÜLNAR’a, sevgili kızım Tuğsem Gül GÜLNAR’a teşekkür eder,

Bu çalışmanın ülkemize ve bilime yararlı olmasını dilerim.

Emel GÜLNAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
RESİMLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi.....	9
2.1.1. Pelvik taban ve kasları	10
2.1.2. Üriner kontinans.....	11
2.1.3. Üriner inkontinans.....	12
2.1.4. Üriner inkontinansa risk faktörleri.....	14
2.1.5. Üriner inkontinans tanı yöntemleri	15
2.1.6. Üriner inkontinans tedavi yöntemleri	16
2.1.7. Üriner inkontinans ve yaşam kalitesi	19
2.1.8. Üriner inkontinans ve pelvik taban kas egzersizi öz-etkililik algısı	19
2.1.9. Üriner inkontinans ve hemşirelik bakımı.....	20
2.1.10. Üriner inkontinansa yönelik kanıta dayalı uygulamalar	22
2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Modelleri	22
2.2.1. ACE yıldız modeli (Bilgi dönüşüm modeli).....	23
2.2.2. ACE Yıldız modelinin hemşirelik alanında kullanımı.....	26

	Sayfa
2.3. Hemşirelik Bakım Protokolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Tanıtıcı özellikler formu	32
3.4.2. King sağlık anketi	32
3.4.3. Broome pelvik taban kas egzersizi öz-etkililik ölçeği	33
3.4.4. Üriner günlük	34
3.4.5. Ped testi	34
3.4.6. Stres inkontinans hasta eğitim kayıt formu	35
3.4.7. Stres inkontinans hasta izlem formu	35
3.4.8. Pelvik taban kas egzersizi takip çizelgesi	36
3.4.9. Araştırmacının hazırlığı	36
3.5. Ön Uygulama	36
3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci	36
3.6.1. Bakım protokolünün oluşturulması	36
3.6.2. Eğitim kitapçığının oluşturulması	39
3.6.3 Araştırmanın uygulanması	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	46
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuçlar	65

	Sayfa
6.2. Öneriler	66
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	81
EK-1. Stres İnkontinans Bakım Protokolü.....	82
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	91
EK-3. King Sağlık Anketi.....	92
EK-4. Broome Pelvik Kası Öz-Etkililik Ölçeği.....	94
EK-5. Stres Tipi Üriner İnkontinans Hasta Eğitim Kayıt Formu	95
EK-6. Stres Tipi Üriner İnkontinans Hasta İzlem Formu	96
EK-7. Üriner Günlük	97
EK-8. Pelvik Taban Kas Egzersiz Takip Çizelgesi	98
EK- 9. Stres Tipi Üriner İnkontinans Hastalarına Yönelik Eğitim Kitapçığı	100
EK-10 Seçilen Çalışmaların Özellikleri.....	101
EK-11. King Sağlık Anketi Kullanım İzni	104
EK-12. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni.....	105
EK-13. Ateşman Flesch Formülü Kullanım İzni	106
EK-14. İzin Yazısı	107
EK-15. Etik Kurul Onayı.....	108
EK-16. Onam Formu	111
EK-17. Kurs katılım belgesi	113
EK-18. Çizelgeler	114
ÖZGEÇMİŞ	115

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Pelvik taban kasları	11
Çizelge 2.2. Stres inkontinans sınıflandırılması	13
Çizelge 2.3. Kanıta Dayalı uygulama modelleri ve özellikleri.....	23
Çizelge 3.1. Bir saatlik ped testi uygulaması	35
Çizelge 3.2. Ateşman okunabilirlik formülünde Türkçe metinlerin okunabilirlik sayılarına göre sınıflandırılması	40
Çizelge 4.1. Kontrol ve deney grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	47
Çizelge 4.2. Kontrol ve deney grubundaki kadınların yaşam tarzlarına ilişkin dağılımları.....	49
Çizelge 4.3. Kontrol ve deney grubundaki kadınların üriner larinkontinans sıklığı ve ped testi ortalamalarının dağılımı	51
Çizelge 4.4. Kontrol ve deney grubundaki kadınların Broome PMSES ve alt boyutları puanlarının dağılımı	56

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Alt üriner sistem.....	10
Şekil 2.2. ACE Yıldız Modeli	26
Şekil 3.1. Consort akış diyagramı	31
Şekil 3.2. Stres inkontinans bakım protokolü geliştirilmesinde kullanılan literatür akış şeması.....	38
Şekil 3.3. Araştırmanın uygulama akış şeması	45
Şekil 4.1. Kontrol ve deney grubundaki kadınların King Sağlık Anketi puanların dağılımı	52

RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 3.1. Hassas terazî	35

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklamalar

$\bar{x}$	Aritmetik ortalama
n	Denek sayısı
X^2	Ki-kare

Kısaltmalar

Açıklamalar

Max.	Maksimum
Min.	Minimum
SPSS	Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paket Program)
SS	Standart Sapma
ACE	The Academic Center for Evidence-Based Practice
Broome PMSES	Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale (Broome Pelvik Taban Kası Öz-etkililik Ölçeği)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Üİ	Üriner İnkontinans
Sİ	Stres İnkontinans

1. GİRİŞ

Problem Durumu / Konunun Tanımı

Üriner inkontinans (Üİ), istemsiz idrar kaçırma durumu olup tıbbi, psiko-sosyal, fiziksel, emosyonel, hijyenik sorunlara neden olabilmekte ve en sık kadınlarda görülmektedir (Alewijnse, Mesters, Metsemakers ve Borne, 2002; Abrams vd., 2003; Milsom vd., 2013:17; Hung, Awtrey ve Tsai, 2014). Literatürde kadınlardaki Üİ prevelansının %25 ile %45 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (Milsom vd., 2013:28; Dumoulin, Jean, Smith ve Habée-Séguin, 2014). Türkiye’de ise kadınlarda Üİ prevelansının %24 ile %50 arasında değiştiği belirtilmektedir (Koçak, Okyay, Dundar, Erol ve Beser, 2005; Tozun, Ayrancı ve Ünsal, 2009; Gözükara, Koruk ve Kara, 2015; Sarıcı vd, 2016). Üİ kadınların; idrarı tutamama korkusu nedeniyle sıvı alımını kısıtlama, bazı fiziksel aktivitelerden kaçınma, rutin tuvalet planına uyma gibi birtakım davranış değişiklikleri geliştirmelerine ve sürekli dikkatli davranmak zorunda hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu tür davranış değişiklikleri kadınların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (Çam, 2009:181; Bartoli, Aguzzi ve Tarricone, 2010; Wan, Wang, Xu, Guan ve Wang, 2014). Lim ve diğerleri (2017) ve Wan ve diğerleri (2014) yapmış oldukları çalışmalarda Üİ’si olan kadınların, kontinans olan kadınlara göre yaşam kalitelerinin zayıf olduğunu belirtmişlerdir.

Üİ’nin stres, sıkışma, miks gibi tipleri vardır ve bunların arasında en yaygın olarak görülen stres inkontinans (Sİ)’dir (Ayeleke, Hay-Smith ve Omar, 2015). Sİ; mesane ve üretrayı çevreleyen destek dokuların gevşemesine bağlı olarak gelişen; öksürme, aksırma, gülme, ıkınma ve diğer karın içi basıncı artıran fiziksel aktiviteler esnasında görülen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Abrams vd., 2003; NICE, 2013; Milsom vd., 2013:17). Gebelik, doğum ve menopoz gibi fiziksel değişiklikler Sİ’ye neden olabilmektedir (Knarr, Musil, Warner, Kless ve Long, 2014).

Üİ’nin tedavisinde; konservatif, farmakolojik ve cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Üİ’de ilk müdahale olarak, konservatif tedaviler önerilmektedir. Konservatif tedaviler; yaşam tarzı değişikliği, pelvik taban kas egzersizi, mesane eğitimi, biofeedback, vajinal kon ve elektrik stimülasyonunu içermektedir (Imamura vd., 2010; NICE, 2013; Moore vd., 2013:1104-1210; Park ve Kang, 2014). Konservatif tedaviler noninvaziv girişimler olup

yan etkileri olmayan uygulamaları içermektedir. Aynı zamanda konservatif tedaviler diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir (Broome, 2001). Konservatif tedavi uygulanacak Sİ'li hastaya öncelikle yaşam tarzı değişikliği ve pelvik taban kas egzersiz eğitiminin verilmesi önerilmektedir (NICE, 2013; Engberg, 2016:162).

Pelvik taban kas egzersizi düzenli yapıldığında, Sİ tedavisinde etkili olduğunu destekleyen kanıtlar A düzeyindedir (Thüroff vd., 2011; NICE, 2013; Ayeleke vd., 2015). Yapılan araştırmalarda, pelvik taban egzersizinin kadınlarda %61 oranında kontinansı artırdığı belirtilmektedir (Bø, Taseeth ve Vinsnes, 2000; Broome, 2003; Lins vd., 2014). Dumolouin ve diğerlerinin (2014) yapmış olduğu sistematik derlemede (665 deney grubu, 616 kontrol grubu) pelvik taban kas egzersizi yapan Sİ'li kadınların kontrol grubuna göre idrar kaçırmalarının önemli oranda azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir. Pelvik taban kas egzersizini yapmada bireyin öz-etkililiği önemli bir etkidir. Bireyin bir görevi yerine getirme hakkındaki duygu ve düşünceleri olarak tanımlanan öz-etkililik, pelvik taban kas eğitiminde motivasyon ve uyumu olumlu etkilemektedir (Kim, 2001; Broome, 2003; Zengin ve Pınar, 2012). Sİ'li kadın hastaların tedaviye uyum düzeyleri ve öz-etkililik düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (Kim, 2001; Messer vd., 2007; Zengin ve Pınar, 2012). Yapılan çalışmalarda bireyin pelvik taban kas egzersizine uyumu ve öz-etkililiği arttıkça, idrar kaçırmaya sıklığı ve miktarının da azaldığı belirtilmektedir (Broome, 2001; Kim, 2001; Alewijnse vd., 2002; Messer vd., 2007; Zengin ve Pınar, 2012).

Üİ'nin değerlendirilmesinde ve tedavisinde hemşireler; danışman, eğitici, araştırmacı rolleriyle sağlık ekibi içerisinde vazgeçilmez bir rol üstlenmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin Üİ'nin tespit edilmesi, değerlendirilmesi, izlemi ile Üİ'den korunma ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli görevleri vardır (Newman, 2006: 92-97; Kocaöz ve Eroğlu, 2009). “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” de; stoma ve yara bakım hemşiresi, inkontinans sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresi olarak tanımlanmaktadır. Yönetmelikle bu hemşirelerin hastalara inkontinansa yönelik bakım verme sorumluluğu yasal sorumluluk haline getirilmiştir. Ayrıca bu yönetmelikte hemşirelik bakımının kanıta dayalı olarak planlanması ve yürütülmesi de yer almaktadır (Resmi Gazete, 2011).

Hemşireler, SI'ye yönelik girişimlerini kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda yapmalıdır. Kanıta dayalı uygulama, en iyi bilimsel kanıt hastaların karar verme tercihleri ve klinik uzmanlıkla birleştiren bir bakım sürecidir. Bu süreç hemşirelerin klinik uygulamaya rehberlik etmesi için mevcut en iyi kanıt kullanmalarına ve klinik karar vermelerine olanak sağlar (Knarr vd., 2014). Hemşirelik uygulamalarında kanıtların uygulamaya yansıtılmasında modeller, harita gibi yol gösterici olduğundan önerilmektedir (Başer ve Küçük, 2017:226; Yılmaz ve Gürler, 2017). Kanıtın klinik uygulamaya geçirilmesinde kanıta dayalı uygulama modellerinin kullanımı karmaşık olan sürecin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Kanıta dayalı uygulama modelleri klinik uygulamada değişim yapmak, araştırma-uygulama işbirliğine yön vermek ve rehber/protokol geliştirmek amacıyla da kullanılmaktadır. Kanıta dayalı uygulama modellerinden biri olan Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE) Yıldız Modeli, Bilgi Dönüşüm Modeli (The ACE Star Model of Knowledge Transformation) araştırmalarla klinik uygulamalar arasında köprü oluşturmayı amaçlar; aynı zamanda sağlık bakımını ve hasta sonuçlarını iyileştirmeyi hedefler (Schaffer, Sandau, ve Diedrick, 2013; Özsoy ve Göl, 2016). ACE Yıldız modeli, bilginin doğrudan hasta bakımında daha yararlı ve kullanışlı hale gelmesini sağlayarak, kavramların anlaşılması, bilginin klinik karar verme sürecine taşınmasında temel bir yapı oluşturmaktadır (Keele, 2010). Abbott, Dremsa, Stewart, Mark ve Swift (2006) yaptıkları çalışmada, ventilatörle ilişkili pnömoni için klinik rehber geliştirmede ACE Yıldız modelini kullanmışlar ve ventilatörle ilişkili pnömoni oranlarının düştüğünü belirlemişlerdir.

Kanıta dayalı bakım protokolleri, klinik uygulamada hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesi, sürdürülmesi ve hemşirelik bakımına yönelik kanıt düzeyindeki uygulamaların ulaşılabilirliğini sağlaması açısından önem taşımaktadır (Keogh ve Countney, 2001; Başer ve Küçük, 2017:231). Kanıta dayalı bakım protokolleri doğrultusunda yapılan konservatif tedaviler ile Üİ'li hastaların öz-etkililiği ve yaşam kalitesi artırılarak, septomlarının hafifletilmesi hedeflenmektedir. Sampselle ve diğerleri (2000) Üİ'li kadınlarda kanıta dayalı bakım protokolünün test edilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, inkontinans sıklığı-miktarının ve inkontinans nedeniyle aktivitelerden kaçınmanın azaldığını ve protokol ile çalışmanın kadınların sağlığına yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Günümüzde hemşireler Üİ'li hastaya konservatif tedavi yöntemlerini öğretip uygulamada önemli bir rol üstlenmektedirler (Kadioğlu ve Beji, 2016). Ancak, Akıncı, Elbaş ve Akıncı

(2017), Türkiye’de hemşirelerin Sİ’ye ilişkin hasta eğitimine yönelik girişimde bulunmadığını ve Üİ’nin önlenmesi, kontinansın sağlanmasına yönelik verilen sağlık hizmetinde hemşirelerin inkontinans bakımında aktif rol alamadıklarını belirtmektedirler. Hemşirelerin aktif rol almadaki önemli engelleri, Sİ’nin değerlendirilmesi ve tedavi edilmesinde hemşirelerin yeterince bilgi sahibi olmamaları ve kanıt dayalı bakım protokolünün geliştirilmemiş olmasıdır (Saxer, Bie, Dassen ve Halfens, 2008; Akıncı vd., 2017).

Hemşirelerin Sİ tedavisinde kullanılan konservatif tedavilere yönelik bilgileri uygulayabilmeleri için uygulamaların temelini oluşturan kanıtlar hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Sİ tedavisinde pelvik taban kas egzersiz eğitimi A düzeyinde kanıt (Thüroff vd., 2011; NICE, 2013; Ayeleke vd., 2015) olmasına rağmen hemşirelerin hasta bakımında bu kanıtları kullanmadığı görölmektedir. Bu nedenle hemşirelerin kanıt ile uygulama arasında bir köprü görevi görecek bakım protokollerine ihtiyaçları vardır. Bu bakım protokolünün oluşturulmasında ACE Yıldız modeli gibi yol gösterici bir modelden yararlanmak gerekmektedir. Bu çalışmada ACE Yıldız modeli kullanılarak hazırlanan Sİ bakım protokolünün geliştirme ve bu bakım protokolünün hasta bakım sonuçlarının standardize edilmesini sağlayarak hemşirelik uygulamalarına fayda sağlaması ön görölmüştür.

Araştırmanın Amacı

Araştırma, bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀-1: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H₁-1: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

H₀-2: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda pelvik kası öz-etkililiği üzerine etkisi yoktur.

H₁-2: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda pelvik kası öz-etkililiği üzerine etkisi vardır.

H₀-3: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans miktarı (idrar miktarı) üzerine etkisi yoktur.

H₁-3: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans miktarı (idrar miktarı) üzerine etkisi vardır.

H₀-4: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans sıklığı üzerine etkisi yoktur.

H₁-4: Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans sıklığı üzerine etkisi vardır.

Araştırmanın Önemi

Sİ kadınlarda en sık görülen inkontinans türüdür ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kocaöz, Talas ve Atabekoğlu, 2012; Lins vd., 2014; Cavkaytar, Kokanali, Topcu, Aksakal ve Doğanay, 2015; Lim vd., 2017). Sİ'nin konservatif tedavisinde öncelikle pelvik taban kas egzersizi ve yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir (NICE, 2013; Engberg, 2016:162). Konservatif tedavi yöntemleri hemşireler tarafından kolaylıkla kullanılabilen, aynı zamanda ucuz ve etkili olup, yan etkisi bulunmamaktadır (Başgöl ve Beji, 2015).

Sİ'nin sağlıklı bir şekilde yönetilmesinde hemşirelik girişimleri büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, geleneksel olarak günlük çalışmalarında klinik deneyimler, uzman görüşü, alışkanlık ve sezgiden toplanan bilgilerini kullanmaktadırlar ve bu bilgiler sistematik olmayan bilimsel araştırmalara dayanmaktadır (Melnyk vd., 2004; Kring, 2008). Fakat bakımın kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmek, bakımı standardize etmek, hasta memnuniyetini artırmak kanıta dayalı yaklaşımlarla mümkündür (Kocaman, 2003; Schaffer vd., 2013; Özsoy ve Göl, 2016). Kanıta dayalı uygulama ile elde edilen en iyi kanıtların kullanılması bakım uygulamalarının standartlaştırılmasını sağlar. Böylece uygulamadaki çeşitlilik ve istenmeyen sonuçlar önlenmiş olur (Kring, 2008). Kanıta dayalı

yaklaşımlardan biri olan bakım protokollerinin klinik uygulamada kullanılması hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesini sağlar (Keogh ve Countney, 2001).

Standart bir hemşirelik bakımını sağlamak için, klinik uygulamalarda veya klinik karar vermede bilginin uygulamaya dönüşümü gereklidir. Bu süreci sağlamada kanıta dayalı araştırma modelleri yol gösterici olmaktadır. Aynı zamanda kanıta dayalı hemşirelik modelleri rehberler ve bakım protokolleri geliştirmeye yardımcı olur (Schaffer vd., 2013; Özsoy ve Göl, 2016). Bu modellerden biri olan ACE Yıldız modeli araştırmalarla klinik uygulamalar arasında köprü kurma görevi üstlenerek hasta sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlar (Stevens, 2004; Kring, 2008; Stevens, 2013; Schaffer vd., 2013).

Literatürde Üİ'ye yönelik sadece bir bakım protokolü çalışması mevcut olup, protokol hazırlama sürecinde herhangi bir kanıta dayalı uygulama modeli kullanılmamıştır (Sampselle vd., 2000). Ülkemizde ise, Sİ'ye yönelik yapılmış bir protokole rastlanmamıştır. Bu çalışma ile ACE Yıldız modeli kullanılarak oluşturulan stres inkontinans bakım protokolünün, inkontinansın önlenmesi ve tedavisinde oldukça önemli rolleri olan hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir. Aynı zamanda Sİ bakım protokolünün geliştirilmesi; hemşirelerin belirli bir plan ve program doğrultusunda hasta bakımı vermelerini, hizmette gereksiz zaman ve enerji harcamalarının engellenmesini sağlayacaktır. Ayrıca ACE Yıldız modeli kullanılarak hazırlanan stres inkontinans bakım protokolü ile yapılmış ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Sınırlılıklar

Araştırma, kapsamına yalnızca stres inkontinans olan hastalar dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına sadece kadın hastalar alınmıştır.

Tanımlar

Kontinans: “İstemli olarak idrarı mesanede tutabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır” (Dickinson, 2016: 48).

Üriner inkontinas: “İstemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır” (Abrams vd., 2003; ICS, 2009).

Stres inkontinans: “Fiziksel efor, ıkınma, zorlanma sırasında veya hapşıırma, öksürme ile istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır” (Abrams vd., 2003; NICE, 2013).

Protokol: “Klinik bir soruna ya da sağıık durumuna ilişkin yapılacak uygulamalar için detaylı bir rehberdir” (Levin ve Jacobs, 2016:4).

Bakım Protokolü; “Özel bir probleme olan yaklaşıımları gösteren rehberlerdir, istenen bakım sonuçlarını standardize etmeyi sağıılar” (Keogh ve Countney, 2001).

Model: “Bir mesleğın merkezinde yer alan temel kavramların ve bu kavramlar arasında kurulan ilişkilerin şematize edilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Fawcett, 2005:365).

ACE Yıldız Modeli, Bilgi Dönüşüm Modeli (The ACE Star Model of Knowledge Transformation): Bilgi dönüşümü, araştırma sonuçlarının bir dizi aşamalar aracılığıyla, kanıta dayalı bakım yoluyla sağıık sonuçları üzerindeki etkisinin dönüşümü olarak tanımlanmaktadır (Stevens, 2004).

Öz-etkililik: “Bireyin bir görevi yerine getirme hakkındaki duygu ve düşünceleri” olarak tanımlanmaktadır (Broome, 2003).

Yaşam kalitesi: “Bireyin yaşadığı kültür ve değeri sistemleri içinde hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamında kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1997).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem Anatomisi

Üriner sistem, üst üriner sistem ve alt üriner sistem olarak iki bölümden oluşmaktadır. Üst üriner sistem de böbrekler ve üreterler yer almaktadır. Alt üriner sistem de ise mesane ve üretra yer almaktadır (Sullivan ve Yalla, 2002; DeLancey, 2006:116; Perucchini ve DeLancey, 2008:5).

Mesane

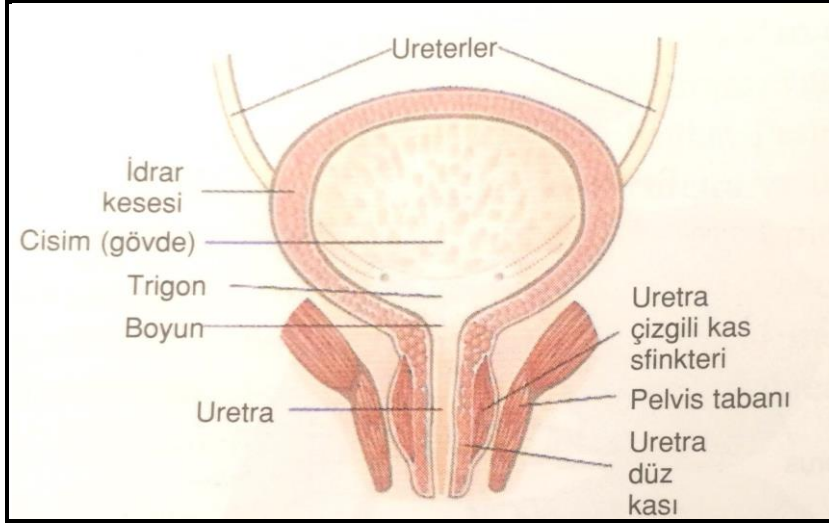
Mesane, içi boş müsküler bir organdır. Mesane önde batin ön duvarına, arkada ise vajina ve serviksle komşuluk yapar (Şekil 2.1) (DeLancey, 2006:116; Perucchini ve DeLancey, 2008:5; Yalçın, 2009:2). Mesane detrüsor olarak adlandırılan üç katlı düz kas tabakasından oluşmaktadır (DeLancey, 2006:116). Mesanenin iki işlevi vardır. Bu işlevler; idrarı depolama ve idrarı boşlatmadır. İdrarı depolama, düşük basınçta artan hacime uyum sağlayarak idrarı depolar (Mostwin, 2006:148-150).

İdrarı boşaltma, mesane boşaltılma gücü, detrüsor kasının sürekli kasılması ile ilişkilidir (Mostwin, 2006:150). Detrüsor kası kasıldığı zaman mesane içi basınç 40-60 mmHg kadar artarak mesane boşalması için ilk adımı oluşturur. İdrar atılımı dış üretral sfinkterin gevşemesi ve mesane kasının kasılarak mesane içi basıncın artırması ile başlar. Boşaltmanın tamamlanması için detrüsor kasının kontraksiyonunu sürdürmesi gerekir (Cannon ve Damaser, 2004; Sivrioğlu, 2005; Mangera, Patel ve Chapple, 2011; Yalçın, 2016: 12).

Üretra

Üretra mesaneden idrarın geçişini ve vücut dışına açılmasını sağlamaktadır. Kadınlarda üretra 2- 4 cm uzunluğundadır. Üretra vajina ön duvarında, simfizis pubis arkasında uzanmış fibromüsküler bir tüp olup, çapı yaklaşık 1 cm'dir. Mesane boynundan üretral meatusa kadar uzanır. Üretranın dış tabakası çizgili ürogenital sfinkter kasından oluşup internal sfinkter ve eksternal sfinkter olmak üzere iki bölümden meydana gelir. Üretra, sfinkter üretra, kompresör üretra, üretrovaginal sfinkter olmak üzere üç adet çizgili kaslardan oluşur. Bu kasların tümüne ürogenital sfinkter denir. Karın içi basınç artışında

kontinansın sağlanmasında önemli görevi olduğu düşünülmektedir (DeLancey, 2006:118; Perucchini ve DeLancey, 2008:7; Baran ve Kaya, 2016:22).



Şekil 2.1. Alt üriner sistem (Yalçın, 2009: 14).

2.1.1. Pelvik taban ve kasları

Pelvik taban kasları, pelvis kemiğinin önünde bulunan simfizis pubis'ten pelvis'in arka kısmına kadar uzanmakta ve pelvik organları destekleyen bir hamak oluşturmaktadır. Pelvik taban, koksiks'ten pubik kemiğe kadar uzanan kaslar ve bağ dokusundan oluşur. Bu kaslar ve bağ dokusu alt üriner sistem organlarını hem de uterus ve rektum'u da destekleyen esnek bir askı gibi hareket eder. Pelvis içindeki kaslar levator ani ve coccygeus kasları olarak ikiye ayrılır. Levator ani kası geniş ve ince bir kas olup, pelvis döşemesinin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Levator ani kası pubococcygeus, puborectalis, ileococcygeus kaslarını içerir. Pelvik taban kasları diğer iskelet kaslarından farklıdır. Çünkü burada bulunan kaslar yalnızca pelvik organları desteklemekle kalmaz aynı zamanda, eksternal üretral sfinkteri de destekleyen kas tonusu sağlar (Perucchini ve DeLancey, 2008:13; Newman, 2014; Arıncı ve Elhan, 2014:174). Levator ani kasının pelvik organları destekleme, kontinansı sağlama, işeme, defekasyon ve seksüel fonksiyonlar açısından önemli rolleri bulunmaktadır (Çizelge 2.1). Levator ani kasları arasındaki ürogenital açıklıktan arkadan öne doğru, rektum, vajina ve üretra geçmektedir (Rosenbulm, Eilber, Rodriguez ve Raz, 2005:2; Yalçın, 2009:9; Baran ve Kaya, 2016:27).

Pelvik taban kaslarının istemli kas grubunda yer alan iki çeşit kas lifi vardır. Tip 1 kas lifi “slow twitch (yavaş kasılan)” levator ani kasının %80’i tip 1 liflerinden oluşmaktadır. Bu lifler yavaş, uzun süre devam eden, ancak daha az kuvvetli kontraksiyonlar oluştururlar ve yorgunluğa karşı dirençlidirler. Tip 1 lif kontraksiyonları kas tonusu ve üretral kapanmayı sağlar. Tip 2 “fast twitch (hızlı kasılan)” lifler yorgunluğa dirençsiz fakat daha hızlı, daha kuvvetli kontraksiyonları ile üretral kapanma basıncını artırarak, intra-abdominal basıncın ani artışlarını dengelemeye yardımcı olur (Keyock ve Newman, 2011; Baran ve Kaya, 2016:29).

Çizelge 2.1. Pelvik taban kasları (Newman, 2014; Arıncı ve Elhan, 2014:174-175; Baran ve Kaya, 2016:29).

Kaslar	Hareket	Görevi
Pelvik taban kası		
Coccygeus	Pelvik tabanı kaldırır.	Zorlu ekspirasyon esnasında artan intra-abdominal basınca karşı koymak için kontraksiyon yapar ve os coccygis’i ön tarafa doğru çeker.
Levator ani	Pelvik taban, midüretal vajina ve anüs kaldırır.	Lumbopelvik stabiliteyi sağlamak için bir iç kemik kası olarak görev yapar ve intra-abdominal basıncı arttırmaya direnerek pelvis kemerini korur. Normal idrara çıkma ve dışkılamaya yardımcı olmak için istemli olarak gevşeme yeteneği sağlar.
Levator ani kasının tabakaları		
İliococcygeus	Pelvik tabanı kaldırır.	Artmış intra-abdominal basınca dirençli bir diyafram oluşturur.
Pubococcygeus	Pelvik tabanı kaldırır.	Lifler bir bant oluşturur (genellikle bir hamak olarak adlandırılır). Proksimal mesane boynu ve üretra için gerekli desteği sağlar.
Puborectalis	Distal rektumu ileri ve üste çeker.	Kasılma sırasında rektum öne doğru çekilir ve anal kontinans sağlanmasına yardımcı olur.

2.1.2. Üriner kontinans

Üriner kontinans, miksiyonun gerçekleştirildiği yaşlarda istemli olarak idrarı mesanede tutabilme yeteneğidir (Dickinson, 2016:48). Kontinans mekanizması, sfinkter mekanizması ve pelvik tabanın destek yapılarından oluşmaktadır. Sfinkter mekanizması, vasküler submukoza ve birçok kas tabakası içeren çok katmanlı üretra ve mesane boyunundan oluşmaktadır. Üretral lümen mesane duvarının içinden geçerken trigonal halkanın düz kasları tarafından çevrelenmiştir. Bu noktanın altında ki lümen, çizgili kasın dış katmanı, düz kasın orta katmanı ve uzunlamasına düz kas katmanı ile çevrelenmiştir. Üretral destek mekanizması, vajinal ön duvarını çevreleyen kaslar (levator ani) ve bağdokusu, özellikle

üretanın pozisyonunu etkilemektedir (Delancey, 2010; Engberg, 2016: 156). Pelvik taban kasları, intra-abdominal basınç artışlarında üretra basınç ve pelvik destek dokusu arasında sıkışmasını sağlar. Pelvik taban kasları zayıfladığında bu sıkışma yetersiz kalarak kontinans sürdürülemez (Özyurt ve Şimşir, 2009:25).

2.1.3. Üriner inkontinans

Üİ istemsiz idrar kaçırma şikayeti olarak tanımlanmaktadır (Abrams vd., 2003; Hunskaar, 2005:4). Sağlıklı bir kadında intra-abdominal basınç artışında oluşan Üİ'yi önlemek için sfinkter aktivitesini artırılan ileri bir döngü mekanizması vardır. İstemsiz ya da pelvik taban kasının ve sfinkter aktivitesinde bir yetersizlik varsa, intra-abdominal basınç artışı sırasında idrar kaçırma meydana gelir (Haslam, 2004). Üİ toplumda yaşayan yetişkinlerin %43'ünü etkileyen yaygın bir problemdir (Doughty ve Moore, 2016:16). Üİ tipleri açısından en sık olarak, stres, sıkışma ve miks üriner inkontinans görülmektedir (Abrams vd., 2003). Kadınların yaklaşık yarısında Sİ görülmektedir (Hunskaar, 2005: 7).

Stres inkontinans

Sİ terimi ilk olarak 1928 yılında Sir Eadly Hooland tarafından kullanılmıştır (Redyy, 2010:211). Sİ intra-abdominal basınç artışıyla karakterize (efor, hapşırma, öksürme, fiziksel zorlanma, pozisyon değişimi gibi) istemsiz idrar kaçırma şikayetidir (Abrams vd., 2003; Nelles, 2016:25). İntra-abdominal basınç artışı üretral kapanma basıncının üzerinde olursa Sİ meydana gelir. İntra-abdominal basınç öksürme, hapşırma, valsalva manevrası ve fiziksel aktiviteler sebebiyle artar (Engberg, 2016: 155; Pair ve Somerall, 2018). Pelvik taban destek yapılarının zayıflığı, mesane sfinkter mekanizma bozukluğu ya da her ikisinin bir arada olmasıyla ilişkili olup mesane boyununun hiper mobilitesi ve internal sfinkter yetersizliği ile Sİ'ye neden olmaktadır (Ayeleke vd., 2015; Vo ve Kielb, 2018). Pubouretral ligament ve endopelvik fasya üretrayı destekler ve intraabdominal basıncın etkili bir şekilde iletilmesini sağlar. Bu destekleyici doku, mesane boynu ve proksimal üretanın dayandığı bir hamak oluşturur. Bu doku sağlam olduğunda mesane boynu ve proksimal üretra artmış intraabdominal basınçta kapanır ve idrar kaçırmayı önler. Pelvik tabanda yapısal veya anatomik bozukluk, bu hamakta güçsüzlüğe neden olarak üretral hiper mobiliteye neden olur (Redyy, 2010:211). Sİ dört tip olarak sınıflanmaktadır ve Çizelge 2.2'de verilmiştir (Redyy, 2010: 212).

Çizelge 2.2. Stres inkontinans sınıflandırılması

Stres inkontinans sınıflandırması	
Tip 0:	Kontinans
Tip I:	Sırt üstü pozisyonda değilken ani intra-abdominal basınç artışında idrar kaçırma
Tip II:	Fiziksel strese (yürüme, öksürme, hapşıрма, pozisyon değişimi, yataktan kalkma) idrar kaçırma
Tip III:	Fiziksel aktivite ya da pozisyon değişimi olmadan sürekli idrar kaçırma

Gebelik, yaş, menapoz, obezite gibi durumlar Sİ için önemli bir risk faktörlerindendir (McIntosh, Andersen ve Reekie, 2015). Sİ bireylerin yaşam kalitelerini, fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal durumlarını etkiler. Üriner inkontinans arasında en yaygın Sİ görülmekte olup yalnızca yaşlılarda değil orta yaş kadınlarda prevalansı %30 olarak görülmektedir (Thomaz, Colla, Darski ve Palva, 2018).

Sıkışma üriner inkontinans

Sıkışma üriner inkontinans, sıkışma ile birlikte istemsiz idrar kaçırma şikayetidir (Haylen vd., 2010; Ayeleke ve diğerleri, 2015;). Sıkışma, erteleme zor olan ani ve zorlayıcı, istemsiz idrar yapmadır. Sıkışma üriner inkontinans detrüsör kasın kontraksiyonundan dolayı mesane basıncında istemsiz artıştan kaynaklanır. İstem dışı mesane kontraksiyonları nedeniyle idrar inkontinansı ile birlikte sık idrar yapma ve acil idrar yapma isteği şikayetleri de vardır (Abrams vd., 2003).

Miks üriner inkontinans

Miks üriner inkontinans, sıkışma, egzersiz, efor, öksürme ve hapşırmaya ilişkili idrar kaçırma şikayetidir. Kadınlarda Sİ ve sıkışma üriner inkontinans bulguları birlikte yer alıyorsa buna miks üriner inkontinans denir. Miks üriner inkontinasta altta yatan patofizyolojik mekanizmalar stres ve sıkışma üriner inkontinansta bildirilen mekanizmaların bir birleşimi şeklindedir (Abrams vd., 2003; Dumoulin vd., 2014; Ayeleke vd., 2015).

2.1.4. Üriner inkontinanstaki risk faktörleri

Üİ neden olan birçok risk faktörü vardır. Bunlar; yaş, cinsiyet, gebelik, doğum sayısı, menapoz durumu, obezite, sigara kullanma, kronik kabızlık, ağır fiziksel aktivitedir (Saigal ve Litwin, 2005:45-47; Engberg, 2016:156).

Yaş: Yaş Üİ için önemli bir risk faktördür. Yaşla birlikte mesanenin yapısı ve işeme fonksiyonu bozulabilir. Yaşa göre inkontinans tipi değişiklik göstermektedir. Sİ genç ve orta yaşta daha sıklıkla görülürken, miks ve sıkışma üriner inkontinans yaşlı kadınlarda daha sık görülmektedir (Zhu, Lang, Wang, Han and Huang, 2008).

Cinsiyet: Üİ kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir (Spiteri ve Khullar, 2008: 22). Üİ kadınlarda ve erkeklerde yaşla birlikte artmaktadır (Hannestad, Rortveit, Sandvik ve Hunskaar, 2000).

Gebelik ve doğum sayısı: Gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, müdahaleli doğum, gebelikte kilo alımı ve bebeğin doğum kilosu gibi faktörler Üİ riskini artırmaktadır. Thom ve Rortveit (2010) yapmış oldukları sistematik derlemede postpartum ilk üç ayda Üİ oranını %33 olarak belirlemişler ve vajinal doğum yapanlarda Sİ oranı %31 iken sezeryan ile doğum yapanlarda bu oran %15 olarak belirtmişlerdir.

Menapoz: Östrojen durumundaki değişimler alt üriner sistemde değişimlere neden olmaktadır (Spiteri ve Khullar, 2008: 22). Ünsal, Tözün ve Arslantaş (2013) ve Tsai ve Liu (2009) yapmış oldukları çalışmalarda menopoza giren kadınlarda Üİ görülme oranının arttığını belirtmişlerdir.

Obezite: İntra-abdominal basıncı, mesane basıncını ve üretral mobilitayı artırarak Üİ olma riskini en az iki kez artırmaktadır (Milsom vd., 2013:32; Stothers ve Friedman, 2011; Çapan, 2016:27). Danfort ve diğerleri (2006) yapmış oldukları araştırmada beden kitle indeksi 30kg/m² üzerinde olan kadınların Üİ riskinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Sigara: Sigara içenlerde öksürük nedeniyle üretral sfinkter mekanizması ve pelvik destek yapıları zarar görebilir (Moore vd., 2013:1106). Ayrıca öksürük intra-abdominal basınçta artışa neden olduğundan Üİ riskini artırır (Arshiya, Noor, Rangaswamy ve Sundari, 2015).

Kronik konstipasyon: Konstipasyon intra-abdominal basıncı artırarak pelvik taban kaslarını güçsüzleşmesine neden olarak Üİ riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda konstipasyonun Üİ risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Amselem vd., 2010; Demirci, Aba, Süzer, Karadağ ve Ataman, 2012).

Ağır fiziksel aktivite: Egzersiz yapan kadınlarda Üİ için risk faktörüdür. Yapılan bir araştırmada kadınların %30'unda egzersiz sırasında idrar kaçırdıklarını belirlemişlerdir. Bu kadınların %38'nin koşucu olduğunu belirtmişlerdir (Addis, 2008:70).

2.1.5. Üriner inkontinans tanı yöntemleri

Üİ tanı yöntemleri; hikaye alma, fizik muayene, üriner günlük ve özel ürojinekolojik testleri içermektedir (Khullar ve Carr, 2006:184).

Hikaye alma

Hikayede hastanın kendi kelimelerini kullanarak gerçekleşmesi gerekir. Hikaye ve muayeneye dayalı tanı belirlemede kadınların yaklaşık %65'inde tanıyı doğrulamıştır (Khullar ve Carr, 2006:186). Hikaye alırken hastanın, üriner sisteme ilişkin hikayesi, yaşam kalitesi, seksüel semptomlara etkisi, daha önce aldığı tedaviler ve etkileri, kronik hastalıkları, kullanılan ilaçlar, gebelik ve menstural hikayesi gibi bilgiler alınmalıdır (Engberg, 2016: 158).

Fizik muayene

Fiziksel muayene, mental durum, beden kitle indeksi, fiziksel mobilite, abdominal muayene, pelvik muayeneyi kapsamaktadır (Engberg, 2016:158).

Üriner günlük

Üriner günlük, alt üriner sistem semptomları (üriner inkontinansın tipi, üriner inkontinans ile ilişkili durumlar, işeme sıklığı ve zamanı) ve toplam sıvı alımını değerlendirmede kullanılır (Engberg, 2016:160). Üriner günlük, 3 günlük, 4 günlük veya 7 günlük şeklinde doldurulabilmektedir. Genellikle 3 gün üriner günlük tutmanın uygun olduğu bildirilmektedir (Parson, 2006: 200).

Özel ürojinekolojik testler

Tanıya yardımcı olmak amacıyla yapılmaktadır. Bu testler, idrar tahlili, stres testi, Boney–Marchetti testi, ped testi, Q tip testi, pesser testi ve ürodinamik laboratuvar testlerini kapsamaktadır (Gandhi ve Sand, 2005:126-136).

2.1.6. Üriner inkontinans tedavi yöntemleri

Üİ'nin tedavisinde çok çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu tedavi yöntemleri; konservatif tedaviler, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedaviyi içermektedir (Dumoulin vd., 2014). Üİ tedavisinde birincil hedef kontinansı sağlamak veya iyileştirmektir. Klinik açıdan başarılı tedavi, Üİ sıklığının en az %50 azaltan tedavi olarak tanımlanmıştır (Qaseem vd., 2014).

Farmakolojik tedavi

İlaç tedavisi olarak antikolinerjik, duloksetin, lokal vajinal östrojenler ve intravezikal botulinum toksin enjeksiyonlarıdır (Ayeleke vd., 2015). Sıkışma üriner inkontinans için ilaç tedavisi sıklıkla kullanılmaktadır. Sİ tedavisinde serotonin reuptake inhibitors kullanılmaktadır (Lins vd., 2014). İlaç tedavisi bazı bireylerde etkili olmasına rağmen yan etkileri nedeniyle belli bir süre kullanılmaktadır. İlaç tedavisi konservatif tedaviye ek olarak kullanılabilir (Thüroff vd., 2011).

Cerrahi tedavi

Cerrahi müdahaleler, askı prosedürleri, kolposüspansiyon ve peri-üretral dolaşım ajanlarının enjeksiyonunu içerir (Ayeleke vd., 2015). Cerrahi girişimler genellikle Sİ tedavisinde kullanılmaktadır (Lins vd., 2014).

Konservatif tedaviler

Üİ'nin tedavisinde ilk müdahale olarak konservatif tedaviler önerilmektedir. Konservatif tedaviler, yaşam tarzı değişikliği, pelvik taban kas egzersizi eğitimi, biofeedback, vajinal kon ve elektrik stimülasyonunu içermektedir (Broome, 2001; NICE, 2013; Moore vd., 2013:1104).

Biofeedback: Biofeedback tedavi, pelvik taban yetersizliğinin tedavisi ve değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Biofeedback, bir ekran ve ses düzeni ile fizyolojik olayların görsel ve işitsel sinyallerle hastaya yansıtılmasıdır. Aktif bir yöntemdir bu nedenle pelvik kas gücü artışı daha fazladır (Newman, 2005: 248; Karan, 2009:310). Yapılan sistematik derlemede biofeedback ile birlikte yapılan pelvik taban kas egzersiz eğitiminin, tek başına yapılan pelvik taban kas egzersiz eğitiminden iyileşme oranını daha yüksek olarak belirlenmiştir (Herderschee, Hay-Smith, Herbison, Roovers ve Heinman, 2011).

Vajinal Kon: Vajinal kon pelvik taban kaslarını güçlendirme ve değerlendirme de kullanılan bir araçtır. Vajinal kon egzersizi öğrenmede ve pelvik taban kasları güçlendirme de kullanılmaktadır (Engberg, 2016:165). Bir sistematik derleme sonucunda vajinal kon kullanımının pelvik taban kas egzersiz eğitimine benzer etkinlikte olduğu belirlenmiştir (Herbison ve Dean, 2007).

Elektriksel Stimülasyon: Vajina ya da rektuma yerleştirilen elektrot ile pelvik taban kaslara verilen orta frekanslı bir akım olan interferensiyel akım kullanılır. Pelvik taban kas gücünü artırmak için kullanılan bir yöntemdir (Karan, 2009:312). Pelvik taban kas egzersizini yapmakta zorlanan Sİ'li kadın hastalar için önerilen bir yöntemdir (Friedman, 2012).

Yaşam tarzı değişikliği: Çeşitli yaşam tarzı faktörleri ya inkontinansın tedavisinde ya da patogenezinde rol oynamaktadır. Yaşam tarzı değişikliği, kilo verilmesi, fiziksel güçlerin azaltılması (egzersiz, çalışma), sigara bırakma, diyet değişikliği (kafein azaltma, sıvı alımı) ve konstipasyonun önlenmesini kapsamaktadır (Newman, 2005:234-237; Wilson, 2006:408).

Pelvik taban kas egzersiz eğitimi: Kadın doğum uzmanı olan Dr. Arnold Kegel 1940'da pelvik taban kas egzersizini tanımlamıştır. Biofeedback teknolojisini içeren ve eğitim hemşiresinin denetiminde, levator ani kasının progresif kasılmaları için kapsamlı bir program uygulamıştır. Dr. Kegel, çeşitli klinik çalışmalarla doğum yapan kadınların Sİ'nin bu egzersiz programı ile azalttığını göstermiştir. Kegel egzersiz, pelvik kas egzersizi (pelvic muscle exercises) veya pelvik taban kas eğitimi (pelvic floor muscle training) olarak bilinmektedir (Newman, 2005:241).

Pelvik taban kas eğitiminin iki işlevi vardır. Bunlar; ilk olarak, güçlü pelvik taban kas egzersiz kontraksiyonu sırasında, levator ani kasları yukarı ve ileri doğru kaldırır, böylece üretrayı sıkıştır ve üretral kapanma basıncı artar. İkinci olarak, pelvik taban kas tonusu, mesane boyunu ve proksimal üretra için destek sağlar, idrar kaçırmayı önlemeye yardımcı olan, karın içi basıncı artıran aktiviteler sırasında iyi desteklenmiş üretra pozisyonunu sürdürür. Kontinans kadınlara kıyasla, Sİ olan kadınların daha düşük pelvik taban kas tonusu olduğunu gösteren kanıt düzeyinde araştırmalar mevcuttur (Dumoulin vd., 2014; Engberg, 2016:163).

Kadınlarda pelvik taban kas eğitimi “A düzey kanıt” olarak önerilmektedir (NICE, 2013; Ayeleke vd., 2015; Thüroff vd., 2011). Eğitim programı; pelvik taban kas gücü arttırma, pelvik taban kas enduransı arttırma (bir kasılmanın uzun sürdürülebilmesi), pelvik taban kas kordinasyonunu güçlendirmeyi (kaçırma ile ilişki aktiviteler sırasında veya öncesinde kontraksiyon) içermelidir (Wilson, 2006:416; Dumoulin vd., 2014; Engberg, 2016:163). Pelvik taban kas eğitimi, egzersiz ile mevcut kas kapasitesini ve kastaki hipertrofi sağlayarak artırabileceği varsayımına dayanır. Kas hipertrofisi haftalarca ya da aylarca sürebilir (Newman, 2014). 6-8 haftalık egzersiz sonrasında iyileşme başlar ve en uygun sonuç genellikle daha uzun sürer. Pelvik taban kas egzersizinde kademeli olarak artış, kas kuvvetini önemli ölçüde arttırdığı ve idrar kaçırmayı azalttığını göstermiştir. Kapsamlı bir eğitim programıyla pelvik taban kas güçlendirmeyi öğrenen kadınların %50-60'ında etkili olduğu gösterilmiştir (Newman, 2005; 245).

Klinikte, pelvik taban kas egzersiz eğitiminde kadınlara yardımcı olmak için, kaslarını nasıl kontraktike edeceğini öğretmek, öğrenilen kontraksiyonun performansını değiştirerek kontraksiyonun etkililiğini artırmak, daha fazla egzersiz için teşvik etmek gerekmektedir. (Dumoulin vd., 2014). Hasta eğitiminde amaç, pelvik taban kas eğitimi, pelvik organları destekleyen pelvik taban kaslarını güçlendirmek amacıyla yapılır. Hastanın doğru kasını kasmayı öğrenebilmesi beş aşamada incelenebilir. Bu aşamalar; anlama, araştırma, bulma, öğrenme ve kontroldür. Anlama, hastalara pelvik taban kasın nerede olduğu ve nasıl çalıştığı öğretilir. Araştırma, hastanın kendi vücudunda pelvik kasının nerede olduğunu belirleme sürecidir. Bulma, hastanın pelvik kasının nerede olduğunu bulması için yönlendirilir. Öğrenme, hastanın pelvik taban kaslarını nasıl kasacağı öğretilir (Bø ve Morkved, 2007: 115).

2.1.7. Üriner inkontinans ve yaşam kalitesi

Üİ birçok farklı soruna sebep olan ve birçok farklı tedavi yaklaşımı olan karmaşık bir problemdir (Kelleher, ve Radley, 2006:64). Bu işlev bozukluğu, kadınların zihinsel, sosyal iyi oluş hali ve yaşam kalitelerini etkileyen en önemli sorundur. Üİ, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri birleşince, rahatsız edici bir sağlık durumu haline getirir (Pereira, de Melo, Correia ve Driusso, 2012). Wan ve diğerleri (2014), 333 Sİ’li kadın ile yaptığı çalışmada yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirlemiştir. Başka bir prospektif çalışmada Sİ’li kadınların, Sİ olmayan kadınlara kıyasla daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (Murphy, Bethoux, Stough ve Goldman, 2012). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda Üİ’li kadınların yaşam kalitesinin düşük olduğu (Kocaöz vd., 2012; Lins vd., 2014; Demir ve Beji, 2015; Cavkaytar vd., 2015; Lim vd., 2017) ve genç kadınların yaşlı kadınlara göre daha fazla etkilendiği belirlenmiştir (Tennstedt vd., 2007).

2.1.8. Üriner inkontinans ve pelvik taban kas egzersizi öz-etkililik algısı

Öz-etkililik, bireyin belirli bir eylemde bulunma, değiştirebilme veya bunları izleme kabiliyeti konusunda inancı olarak tanımlanmaktadır. Öz-etkililik teorisi, psikolojik ve davranışsal değişimin kişinin yeterlik duygusu geliştirerek işlev gördüğünü ileri sürer. Öz-etkililik bireyin davranış değişikliğini başarıyla yapabileceği konusunda bireyin kendine güveni veya inancına odaklanır (Messer vd., 2007).

Öz-etkililiğin iki bileşeni vardır. Bunlar; etkililik beklentileri ve sonuç beklentileridir. Etkililik beklentileri, davranış değişikliğini başarılı bir şekilde uygulayabilme inancıdır. Etkililik beklentisi, bireyin belirli bir eylemde bulunma kapasitesinin değerlendirilmesidir ve sağlık davranışına uyumunun önemli bir belirleyicisidir. Sonuç beklentisi ise, davranış değişikliğinin muhtemel sonuçlarının değerlendirilmesidir. Etkililik beklentisi kişinin performansına ilişkin bir inanç olmasına rağmen, sonuç beklentisi bir davranışın sonucu hakkında bir inançtır. Davranış değişikliğinde bu iki komponent önemli rol oynamaktadır. Pelvik taban kas egzersizleri için beklentiler, öz-etkililik beklentilerini ölçmek, pelvik taban kas egzersizi performansı ve sonuçlarının bireysel algılamalarına yardımcı olabilir (Broome, 2001; Zengin ve Pınar, 2012). Öz-etkililik, pelvik taban kas egzersiz uygulanmasında etkililik ve sonuç beklentisi ile ilgili bilgi sağlayarak idrar kaçırma daha iyi kontrol altında tutabilmeyi kontrol edebilmeyi sağlar (Broome, 2001; Broome, 2003).

Messer ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmada, öz-etkililikle egzersize uyum arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır.

2.1.9. Üriner inkontinans ve hemşirelik bakımı

Üİ yönetimi multidisipliner ekip çalışması gerektirir. Bu ekip içinde yer alan hemşireler, sağlık profesyonelleri içinde en temel ve vazgeçilmez üyelerdir. Hemşirelerin inkontinans yönetimindeki rolleri sürekli genişlemektedir. Bütüncül bakım veren hemşirelerin hastanın tanı, tedavi ve izlemlerin yanı sıra kontinansın gelişimi ve önlenmesinde önemli sorumlulukları vardır (Bates ve Porter, 2002; Palmer, 2008; Başgöl ve Beji, 2015; NICE, 2013). Hemşireler, genelde hekim ve diğer sağlık profesyonellerine göre kontinans bakımı ve yönetimi ile daha yakından ilgilenmektedirler. Hemşirenin rolü, hasta ile görüşüp veri toplamak, hastayı değerlendirmek, bu değerlendirmeler sonucunda hastaya uygun davranışsal uygulamaları belirlemek, bu uygulamalar ile ilgili hastaya eğitim vermek ve uygulamaları öğretmektir. Hemşire kontinans bakımına ihtiyacı olan hasta için önemli bir kaynak, eğitimci, danışman, uygulayıcı ve yöneticidir (Beji, 2005; Newman, 2006: 92-97; Kelly ve Byrne, 2006).

Üİ için hemşirelik hizmetlerinin kapsamı dünya çapında farklılık göstermektedir. Kontinans hemşireliği ilk olarak 1980 yılında İngiltere’de gelişmeye başlamıştır. Kontinans hemşireliği, bireyleri kapsamlı olarak değerlendirme, sağlığı koruma, klinik bakım, eğitim, araştırma rollerinin yanında yaşam kalitesi olumsuz etkilenen hastalara danışmanlık yapmayı da kapsamaktadır. Kontinans hemşirelerinin (continence nurse advisor), klinikte hasta değerlendirme, tedavi, hemşirelerin/hastaların eğitimi ve araştırmayı kapsayan sorumlulukları vardır. Kontinans hemşiresi tarafından kullanılan klinik yöntemler, mesane eğitimi, sıvı alımı, tuvalet eğitimi, pelvik taban kas egzersizler, biofeedback, elektrik stimülasyonu, inkontinans araç ve ürün kullanımını kapsamaktadır (Newman, 2006:92).

Amerika Birleşik Devletleri’nde ise Dr. Rubert Beach Turnbull tarafından Cleveland Klinik’te stomaterapi olarak başlamıştır. Stomaterapi hemşireleri rollerini genişleterek 1986 yılında inkontinans bakımını kapsayacak şekilde uygulama alanına eklemişlerdir. Bu hemşireler kendilerini Yara Ostomi Kontinans hemşiresi (Wound Ostomy Continence) olarak isimlendirmişlerdir (Karadağ, 2015; WOCN, 1977). Yara, Ostomi ve Kontinans

Derneği (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society-WOCN) tarafından sertifika programları ile lisanslı hemşire (registered nurse), ileri uygulama hemşiresi (advanced practice nurse), pratisyen/uygulayıcı hemşire (nurse practitioner) ve uzman klinik hemşire (clinical nurse specialist) düzeyinde hemşireler Üİ bakımında farklı eğitim ve görevleri üstlenmiştir (Newman, 2006:93). Lisanslı hemşire, üriner inkontinansın belirlenmesi, mesane eğitimi, davranışsal tedavi uygulama, inkontinans araç ve ürünleri uygulamayı yapabilirken; ileri uygulama hemşiresi, pratisyen hemşire, uzman klinik hemşiresi bu görevlere ek olarak ürodinami uygulama-yorumlama, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, nöromüsküler pelvik stimülasyonu, ilaç reçete etme gibi daha ileri düzey görevleri yapabilmektedir (Newman, 2006:94).

İngiltere, Avustralya, Singapur, Kanada ve Almanya gibi ülkelerde, yönetmelikle düzenlenmiş sağlık sistemleri, oldukça iyi gelişmiş kontinans bakımını desteklemektedir. Hemşireler genellikle hekim veya diğer sağlık çalışanlarından daha iyi bir şekilde üriner inkontinansın bakım ve yönetiminde yer almaktadırlar (Newman, 2006:92).

Ülkemizde inkontinans bakımına ilişkin gelişmeler 2000’li yıllarda başlamıştır. 2011 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinde bu özel alan “Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği” olarak tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi, stoma, yara, inkontinans ve fistül sorunu olan bireylere yönelik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir. Bu hemşirelerin amacı, yara, ostomi ve inkontinans problemi olan bireylere özelleşmiş sağlık bakımı verilmesini sağlayarak onların yaşam kalitesini arttırmaktır (Resmi Gazete, 2011; Karadağ, 2015). Ülkemizde henüz kontinans hemşireliğine yönelik sertifika programları bulunmamasına rağmen bazı üniversiteler, lisansüstü hemşirelik eğitim programlarında ürojinekoloji hemşireliği dersi vererek bu ihtiyacı karşılamayı hedeflemektedir (Başgöl ve Beji, 2015). Ayrıca kontinans alanında çalışan mesleki örgütler yer almaktadır. Bu örgütler, Üroloji Hemşireleri Derneği (ÜH-DER, 2006) ve Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneğidir (YOİH-DER, 2008). Hemşireler inkontinans sorunu olan bireylere; ürodinami uygulama, yaşam tarzı değişikliği, mesane eğitimi, tuvalete eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback uygulamalarını yapmaktadır (Kaplan ve Demirci, 2010; Şen, 2011; Başgöl ve Beji, 2015).

2.1.10. Üriner inkontinansa yönelik kanıta dayalı uygulamalar

Kanıta dayalı uygulama, bilgi yönetimi, klinik karar verme, profesyonel bilgi gelişimi ve bakımın yönetimi anlamlarını içermektedir. Kanıta dayalı uygulama, en iyi ve güncel kanıtların, klinik uzmanlık ve değerlendirme, hasta tercihi ile uyumlu bakım konusunda klinik karar vermeye yönelik problem çözme yaklaşımıdır (Estabrooks, 1999; Seçginli, 2014: 340; Levin ve Jacobs; 2016:3). Kanıta dayalı klinik karar vermede hemşireler, geçerli ilgili araştırma kanıtları, hasta tercihleri ve durumları, mevcut kaynakları, hemşire uzmanlığı ve görüşlerini kapsamaktadır (Cullum, Ciliska, Marks ve Haynes, 2008: 2).

Üİ’de kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ile bakımın kalitesinin artırılması, hemşirelerin rol, görev ve sorumluluklarını tanımlayarak farklı uzmanlarla olan işbirliğini teşvik etmesini, hastaların tedavisine karar verme sürecinde ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasını desteklemesi açısından önemlidir. Üİ tiplerinden en sık olarak görülen Sİ’nin konservatif tedavisinde yaşam tarzı değişikliği ve pelvik taban kas egzersiz eğitimi, yayınlanan uluslararası kanıt temelli rehberlerde (MOH, 2003; NICE, 2013; Lucas vd., 2015) tedavide ilk seçenek olarak önerilmektedir. Choi, Plamer ve Park (2007) yapmış oldukları meta analiz sonucunda pelvik taban kas egzersizinin Sİ’li kadınlarda daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bø ve Hilde (2013) 1141 Üİ’li kadın ile yapmış olduğu sistematik derlemede pelvik taban kas egzersiz eğitiminin kadınların motivasyonu ile sürekliliğinin sağlanabileceğini ve uzun dönem başarı oranı %41 ile %85 arasında değiştiğini belirtmişlerdir.

Yaşam tarzı değişikliğinin amacı, bireyin kilo kontrolü, sigara kullanma durumu, egzersiz yapma durumu, kafein alımı, gibi alışkanlıklarının tanımlanıp, olumsuz davranışların değiştirilmesini kapsar (Beji ve Başgöl, 2016:49). Obez kadınlarda kilo vermek Üİ semptomlarını azaltmakta olup ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir (A düzey kanıt) (Thüroff vd., 2011; Moore vd., 2013: 1104). Kafein alımını azaltma Üİ semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilir (B düzeyi kanıt) (Moore vd., 2013: 1108). Sigara kullanma ve konstipasyon Üİ riskini arttırmaktadır (Moore vd., 2013:1106-1108).

2.2. Kanıta Dayalı Uygulama Modelleri

Kanıtların uygulamaya geçirilmesinde, sürecin daha iyi anlaşılmasını ve uygulamaların sonuçlarını değerlendirilmesinde model kullanımı gereklidir. Kanıta dayalı uygulama

modelleri, klinik uygulamada değişim yapmak, kanıta dayalı rehber ve protokoller geliştirmek ve araştırma-uygulama işbirliğine yön vermek amacıyla geliştirilmiştir (Stevens, 2004; Kring, 2008; Schaffer vd., 2013; Özsoy ve Göl, 2016;). Kanıta dayalı uygulama modellerinden bazıları, ACE Yıldız modeli, IOWA Kanıta Dayalı Hemşirelik Modeli, Stetler modeli ve Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli'dir (Schaffer vd., 2013). Çizelge 2.3'de kanıta dayalı uygulama modelleri ve özellikleri verilmiştir (Schaffer vd., 2013; Küçük, 2017:200; Seçginli, 2014:352).

Çizelge 2.3. Kanıta Dayalı uygulama modelleri ve özellikleri

Modeller	Kanıta Dayalı Uygulama Basamakları	Temel Özellikler
ACE Yıldız modeli	-Bilgiyi keşfetme -Kanıtın özetlenmesi -Dönüşüm -Bilgi entegrasyonu -Değerlendirme	Hemşirelik uygulamaları için hemşirelik kanıtı bulmaya odaklanır. Odak noktası bilgi dönüşümüdür.
IOWA Kanıta Dayalı Hemşirelik Modeli	-Probleme ilişkin soru sorma -Ekip oluşturma -Araştırmalar ve literatürün toplanması -Literatür incelenmesi, analizi ve sentezi -Pilot çalışma yapılması -Değerlendirme	Kanıtların klinik uygulamaya entegrasyonunda, problem tanılamada ve çözüm geliştirmede hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder.
Stetler modeli	-Hazırlık aşaması -Geçerlilik aşaması -Değerlendirme/Karar verme aşaması -Dönüşüm/Uygulama aşaması -Değerlendirme	Eleştirel düşünme ve kanıtların kullanılmasına odaklanır. Kanıtları iç ve dış olarak sistematik olarak sınıflandırır.
Johns Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli	-Ekip yaklaşımı ile klinik bir problem için uygulama sorusu oluşturulması, -Araştırmaya dahil olan tüm kanıtların toplanarak, kanıt türlerinin ve düzeylerine göre değerlendirilmesi ve bakımın değiştirilmesi için önerilerin geliştirilmesi -Kanıtların uygulamada kullanımı için önerilerin uygunluğunun ve yapılabilirliğinin belirlenmesi, uygulama planının oluşturulması ve değişimin uygulanıp sonuçlarının değerlendirilmesi	Hemşirelerin klinik karar vermede en iyi kanıtları kullanmaları için bir rehberdir.

2.2.1. ACE yıldız modeli (Bilgi dönüşüm modeli)

San Antonio Teksas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi Üniversitesi'nde bulunan The Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE) desteği ile Stevens tarafından kanıtları uygulamaya dönüştürmek amacıyla basit ama kapsamlı bir model olan ACE

Yıldız modeli (Star Model of knowledge transformation) geliştirilmiştir. ACE Yıldız modeli, hemşirelikte kanıta dayalı uygulamanın kullanımını anlama yaklaşımı ve klinik karar verme sürecinde gerekli bilginin niteliği ve bilginin dönüşümünü değerlendirmeyi kapsamaktadır (Steven, 2004; Steven, 2013). ACE Yıldız modeli, kanıta dayalı uygulama paradigmasında meydana gelen bilgi dönüşümünü anlamak için düzenlenmiş bir yapıdır (Steven, 2004; Kring, 2008). ACE Yıldız modeli; kanıtların belirlenmesini ve bu kanıtlar doğrultusunda klinikte kullanılmak üzere protokoller oluşturma sürecini içermektedir (Kring, 2008).

ACE Yıldız modeli, değişim döngüsünü tanımlayan beş köşeli bir yıldızdır (Şekil 2.2). Bu beş köşeli yıldızın her bir köşesi farklı bir basamağı gösterecek şekilde şematize edilmiştir. Bu basamaklar, bilgiyi keşfetme, kanıtın özetlenmesi, dönüşüm, bilgi entegrasyonu ve değerlendirmedir (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013).

Yıldızın 1. Köşesi- Bilgiyi Keşfetme

Modelin ilk basamağı bilgi üretme aşamasıdır. Bu aşamada, geleneksel araştırma yöntemleri ile yeni bilgiler keşfedilir. Araştırma sonuçları tek bir çalışma ile bazen randomize kontrollü çalışma, bazen de kalitatif ya da kantitatif çalışmalardan elde edilebilir (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013). Kanıta dayalı uygulamada doğru soru oluşturmak önemlidir. PICOT yöntemi soruları beş bölüme ayırarak yanıtlamayı sağlar. PICOT, (P) hasta, (I) girişim, (C) karşılaştırma, (O) sonuç ve (T) zamanı kapsamaktadır. PICOT formatı klinik sorularla ilgili makaleleri elektronik veritabanlarında arama yapmak için bir çerçeve sunmaktadır. Doğru ve iyi kanıta ulaşmanın anahtarı doğru soru sormayı gerektirir (Melnik, Fineout-Overholt, Stillwell ve Williamson, 2010; Seçginli, 2014:346).

Yıldızın 2. Köşesi- Kanıtın Özetlenmesi

Kanıtların özetlenmesi kanıta dayalı uygulamanın ilk ve önemli bir adımıdır. Araştırmadan gelen bilginin sentezlenmesidir. Randomize kontrollü çalışmalardan kanıt özetlerinin geliştirmek amacıyla kullanılan en gelişmiş kanıta dayalı uygulama yöntemidir. Bu aşama, kanıtların özetlenmesi ile eşzamanlı olarak bilgi oluşturma sürecini de içermektedir. Kanıt özetleri tüm çalışmaların sonuçlarından yeni bilgi oluşturur. Bu bölümde araştırma

bulguları kullanışlı bir şekilde özetlenir (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013).

Yıldızın 3. Köşesi- Dönüşüm

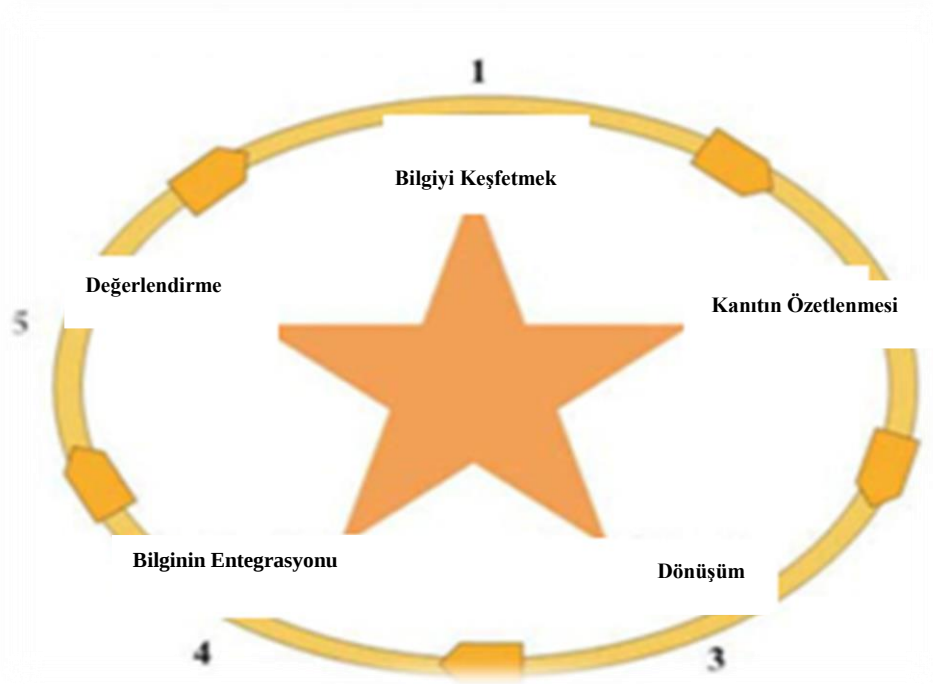
Kanıt özetlerinin gerçek uygulamaya dönüştürülmesi, kanıtların uygulama önerileri haline getirilmesi ve uygulamaya entegrasyonunu olmak üzere iki aşamayı gerektirir. Dönüşümün amacı, klinisyen ve hastalar için zaman, maliyet ve bakım standartlarına uygun bir şekilde özetlenmiş kanıt paketi sunmaktır. Öneriler genel olarak, klinik uygulama rehberleri olarak adlandırılır ve bakım standartları, klinik yollar, protokoller ve algoritmalar da dahil edilebilir. Bu evrede kanıtlar klinik uygulama rehberi gibi, uygulayıcının klinikte rehberlik etmek için belgeye dönüştürülmesidir. Klinik uygulama rehberi, klinik ortamda yararlı olacak şekilde kanıtları düzenleyen somut bir pakettir. En güçlü kanıt seviyesi, rehberin geliştirilmesinde kullanılan kanıtların doğrulanması için randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak gözden geçirildiğini göstermektedir (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013).

Yıldızın 4. Köşesi- Bilginin Entegrasyonu

Entegrasyon, sağlık hizmetlerinin günümüzdeki en güncel bilgilere dayandığı, toplumun beklentisi ve sağlık bakımının en son bilgilere dayandırılması yönündedir. Bu aşama, formal ve informal değişimler yoluyla bireysel ve kuramsal uygulamaların değişimini içerir. Bu aşamada işaret edilen faktörler, bireysel ve kurumsal olarak yeni fikirlere uyum oranını ve değişimi sürdürülebilir sistemlere entegrasyonu etkileyen faktörlerdir (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013).

Yıldızın 5. Köşesi- Değerlendirme

Bilgi dönüşümünün son aşaması değerlendirmedir. Kanıta dayalı uygulamalar çok çeşitli sonuçlar ile değerlendirilir. Kanıta dayalı uygulama etkilerini içeren, hasta sonuçları, personel ve hasta memnuniyeti, etkinlik, verimlilik, ekonomik analiz ve sağlık durumlarına etkisi üzerine etkisini değerlendirmeyi içerir. Yeni bilgi beş aşamalı olarak dönüştürüldüğünde sonuç, sağlık bakımının kanıta dayalı kalitesini artırır (Stevens, 2004; Stevens, 2005; Stevens ve Staley, 2006; Stevens, 2013).



Şekil 2.2. ACE Yıldız Modeli

2.2.2. ACE Yıldız modelinin hemşirelik alanında kullanımı

ACE Yıldız modeli, hemşirelik uygulamalarına kanıtların entegre edilmesini sağlar. ACE Yıldız modeli eğitimde ve klinik uygulamada kullanılmaktadır (Schaffer vd, 2012). Abbot ve diğerleri (2006), ACE Yıldız modelini kullanarak ventilatörle ilişkili pnömoni için klinik rehber geliştirmişlerdir. Bu geliştirdikleri rehber kapsamında bakım verdikleri 106 ventilatöre bağlı hasta sonuçlarında, değişim istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ventilatörle ilişkili pnömoni oranlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Aynı şekilde Sungur (2011) ACE Yıldız modelini kullanarak ventilatörle ilişkili pnömoni için klinik rehber geliştirmiştir ve bu rehber kapsamında bakım verilen 140 ventilatöre bağlı hasta sonuçlarında ventilatörle ilişkili pnömoni sürveyansında anlamlı bir azalma belirlememişlerdir. Ancak ventilatörle ilişkili rehber kullanımında personel eğitiminin önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

ACE Yıldız modeli eğitimde ilk olarak Bonis, Taft ve Wendler (2007)'in yaptıkları çalışmasında kullanılmıştır. Bonis, Taft ve Wendler (2007) yaptıkları çalışmada hemşirelik programında eğitim stratejelerini geliştirmek, yeterlilik sınavında başarıyı artırmak amacıyla ACE Yıldız modelini kullanmışlardır ve araştırma sonucunda yeterlilik sınav sonuçlarında yükselme olduğunu belirtmişlerdir. Kring (2008) yaptıkları çalışmada uzman

klirik hemşireler için kanita dayalı uygulama yeterliliklerinin tanımlanması amacıyla kanıt temelli bir uygulama matriksi oluşturmuşlardır.

2.3. Hemşirelik Bakım Protokolü

Protokol, klinik bir soruna ya da sağlık durumuna ilişkin adımlar için detaylı bir rehberdir, ayrıca belirli bir uygulama durumuna göre uyarlanmıştır. Aynı zamanda her sağlık kuruluşunun uyguladığı belirli protokol veya uygulamalar o sağlık kuruluşuna özgüdür. Bir protokol uygulamasında değerlendirme araçlarını da belirtebilir (Levin ve Jacobs; 2016:4).

Bakım protokolü, mevcut en iyi kanıtın değerlendirilmesine dayanmaktadır. Bakım protokolleri, klinik karar vermeye yardımcı olmaktadır (Hewitt-Taylor, 2004). Bakım protokolleri mevcut en iyi kanıtları değerlendirerek bakımın standartlaştırılması amacıyla geliştirilmiştir. Protokoller bakım talimatları vermek için kullanılır (Koch, Woodcock ve Harris, 2010). Hemşireler sağlık bakım hizmeti sunmada bakım kalitesini arttırmak, klinik uygulamalarda bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak amacıyla kanita dayalı uygulamaları kullanmaları gerekmektedir (Güneş, 2017). Bu protokoller, hasta bakımını standardize etmeyi sağlayarak, bakım hedeflerine ulaştıracak planlamayı içerir. Protokole dayalı bakımın amaçlarından biri, klinik karar vermeyi kolaylaştırmak ve bakımın standartlaşmasını sağlamaktır. Hemşirelik bakım protokollerinin avantaj ve dezavantajları vardır. Hemşirelik bakım protokollerinin avantajları; profesyonel hizmet anlayışını geliştirir, kanita dayalı uygulama için bilgiye ulaşmayı kolaylaştırır, klinik karar verme sürecini yalınlaştırarak kanita dayalı uygulama için bilgiye daha kolay ulaşılmasını sağlar, bakım sonuçlarının değerlendirilmesini sağlar, ekip üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırır, hemşirelerin özerkliğini sağlar, bakımın standartlaşmasını sağlar, maliyeti düşürür, hasta memnuniyetini artırır. Bakım protokolünün dezavantajı ise; bakımı standartlaştırırken hemşirenin klinik karar vermesini sınırlar. Bu nedenle standartlaştırılmış bakımın akıllıca kullanılması gerekmektedir (Keogh ve Countney, 2001; Kocaman, 2003; Rycroft-Malone, Fontenla, Seers ve Bick, 2009; Levin ve Jacobs; 2016:4). Manias, Aitken ve Dunning (2005) 12 hemşirenin ilaç yönetimi protokolünü kullanma durumları ile yaptıkları araştırma sonucunda hemşirelerin özerk uygulama yaptıkları ve daha kolay klinik karar verdiklerini belirlemişlerdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 1997 yılında kurulmuştur. Üroloji polikliniği bünyesinde, bir poliklinik odası, bir pansuman odası ve bir ürodinami odası bulunmaktadır. Üroloji polikliniği hafta içi 08:30-17:00 saatleri arasında hasta kabul etmektedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği zaman diliminde Üroloji Polikliniğinde beş uzman hekim, üç asistan hekim görev yapmaktadır. Üroloji polikliniğinde sürekli hizmet veren bir hemşire bulunmamaktadır. Polikliniğe Üİ şikayeti ile başvuran kadınlardan hikaye, gerekli kan tahlili, tam idrar tahlili ve idrar kültürü alınmaktadır. Poliklinikte, stres inkontinas hastalarına yönelik herhangi bir protokol ya da rehber bulunmamaktadır, hastalara yazılı eğitim kitapçığı, broşür vb. verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvuran stres inkontinans tanısı alan kadın hastalar oluşturmuştur. Bu çalışmada her grupta 34 hasta olmak üzere toplam 68 hasta ile çalışılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri kadın olması,
- İlk defa stres inkontinans tanısı alan kadın hasta olması,
- Okuma yazma bilmesi,
- İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Gebe olması,
- İdrar yolu enfeksiyonu olması,
- Daha önce stres inkontinansına yönelik tedavi almış olması.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri:

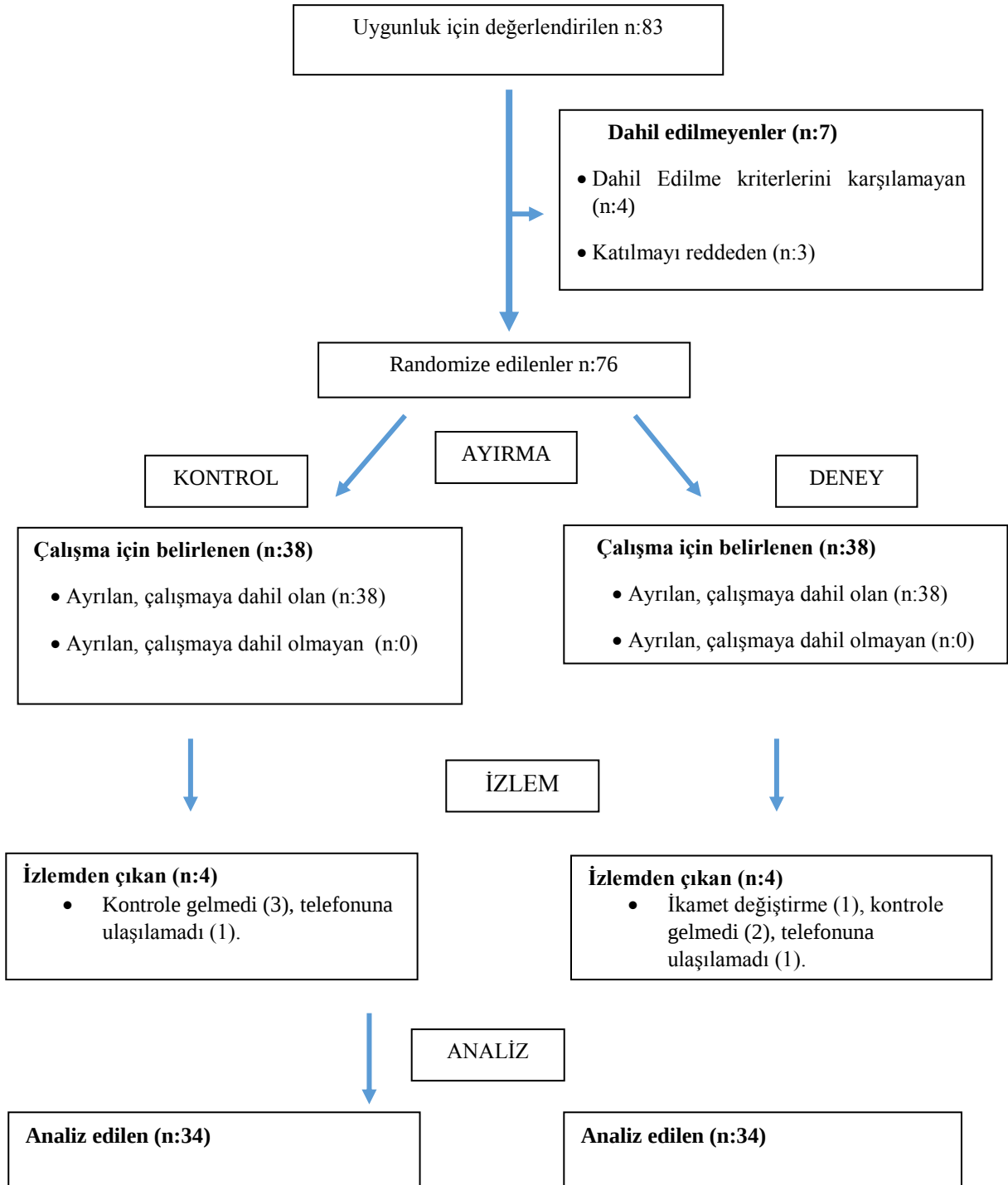
- Hastanın programa devam etmek istememesi,
- Hastanın protokole uymaması,
- Hastanın ikamet değiştirmesi nedeniyle kontrollere gelememesi,
- Hastaya telefonla ulaşılamaması.

Araştırmaya; Üroloji polikliniğine başvuran stres inkontinans tanısı alarak konservatif tedavi için hekim tarafından yönlendirilen 83 hastadan; dört hasta araştırma kriterlerine uymadığı ve üç hasta araştırmaya katılmayı kabul etmediği için örneklem kapsamına alınmamıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan polikliniğe ilk gelen hasta deney grubuna, ikinci gelen hasta kontrol grubuna atanarak randomizasyon sağlanmıştır. Eğitim üroloji polikliniğinde yer alan ayrı bir odada verilmiştir, kontrol ve deney grubu hastaları birbirlerini görmemiş, etkileşime geçmemiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasında, bir hasta ikamet değiştirdiğinden, iki hastaya telefon ile ulaşamadığından, bir hasta kontrole gelmediğinden ötürü dört hasta deney grubundan çıkarılmıştır. Kontrol grubundan ise üç hasta kontrole gelmediği ve bir hastanın telefonuna ulaşamadığı için dört hasta çıkarılmıştır.

Araştırma, deney grubunda 34, kontrol grubunda 34 olmak üzere toplam 68 hasta ile tamamlanmıştır. Hastaların eğitim durumu, medeni durumu, beden kitle indeksi (BKİ) gibi dağılımları açısından istatistiksel bir fark olmadığı ve grupların homojen dağıldığı saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmanın Consort Akış Diyagramı Şekil 3.1’ de verilmiştir.



Şekil 3.1. Consort akış diyagramı

Araştırmacı çalışmanın planlamasını yapabilmek için hastaların dâhil olduğu grupları bilmektedir. Hastalar ise, hangi grupta yer aldıklarını bilmemektedirler. Bu nedenle tek yönlü körleme sağlanmıştır. Çalışmanın güç analizi, etki büyüklüğü $f: 0,8$, güven %95 ve gücü %90 olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; “Tanıtıcı Özellikler Formu” “King Sağlık Anketi”, “Broome Pelvik Taban Kası Öz-Etkililik Ölçeği” (Broome PMSES), “Üriner Günlük”, “ Ped testi”, “Stres İnkontinans Hasta Eğitim Kayıt Formu”, “Stres İnkontinans Hasta İzlem Formu”, “Pelvik Taban Kas Egzersizi Takip Çizelgesi” ile toplanmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı özellikler formu

Tanıtıcı özellikler formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Neumann vd., 2006; Thüroff vd., 2011; Doughty ve Moore, 2016:16; Engberg, 2016:158) hazırlanmıştır. Tanıtıcı özellikler formunda, hastanın yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, geçirilen ameliyatlara, doğum sayısı, doğum şekli, doğumda zorluk yaşama durumu, epizyotomi açılma durumu, sigara kullanma durumu, sıvı alımı, idrar kaçırma süresi, bez/ped kullanma durumu, idrar kaçırma nasıl tanımlandığı, spor yapma durumuna ilişkin sorular yer almaktadır (EK-2). Bu bölüm araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur.

3.4.2. King sağlık anketi

King Sağlık Anketi, üriner inkontinanslı bireylerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Özgün adı “King’s Health Quality of Life Questionnaire” olan anket, Kelleher, Cardozo, Khullar ve Salvatro (1997) tarafından geliştirilmiştir (EK-3). King Sağlık Anketi 32 maddeden ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde genel sağlık algılaması, inkontinans etkisi, rol limitasyonu, fiziksel limitasyonu, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durumu, uyku enerji düzeyi kapsamaktadır. İkinci bölümde semptom şiddeti yer almaktadır. Semptom şiddeti 0-30 arası puan olarak hesaplanmaktadır. King Sağlık Anketinden alınan en düşük puan 0 (en iyi sağlık) ve en yüksek puan 100 (en kötü sağlık)’dır. King Sağlık anketinden alınan puan düştükçe yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin Türk toplumunda güvenirlik ve geçerlik çalışması Kaya ve diğerleri (2015) tarafından yapılmıştır. King Sağlık Anketinin Cronbach alfa katsayısı alt boyutlarda 0.72-

0.89 arasında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,72-0,82 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için gerekli izin ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğini yapan araştırmacılardan alınmıştır (EK-11). Bu bölüm araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur.

King Sağlık Anketi'nde alt boyutlarda puan hesaplamaları aşağıdaki gibi yapılmaktadır (Kelleher vd., 1997; Kaya, vd., 2015).

1. Genel Sağlık Algılaması: $[(1.\text{soru skoru}-1)/4] \times 100$
2. İnkontinans Etkisi: $[(2.\text{soru skoru}-1)/3] \times 100$
3. Rol Limitasyonu: $[((3a+3b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$
4. Fizik Limitasyonu: $[((4a+4b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$
5. Sosyal Limitasyon: $[((4c+4d+5c \text{ soru skorları})-3)/9] \times 100$, eğer 5c nin skoru ≥ 1 ise, eğer 0 ise $[((4c+4d+5c \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$ kullanılır.
6. Kişisel İlişki: $[((5a+5b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$ (Eğer 5a+5b skoru ≥ 2 ise, eğer 5a+5b=1 ise $[((5a+5b \text{ soru skorları})-1)/3] \times 100$, eğer 5a+5b=0 ise bu formül uygulanamaz).
7. Duygu Durum: $[((6a+6b+6c \text{ soru skorları})-3)/9] \times 100$
8. Uyku Enerji Düzeyi: $[((7a+7b \text{ soru skorları})-2)/6] \times 100$
9. Semptom Şiddeti: $[((8a+8b+8c+8d+8e \text{ soru skorları})5)/15] \times 100$

3.4.3. Broome pelvik taban kas egzersizi öz-etkililik ölçeği

Broome PMSES, pelvik taban kas egzersizi uygulamasında öz-etkililik algısını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Özgün adı “Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale” olan ölçek Broome (1999) tarafından geliştirilmiştir. Broome PMSES, 23 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları, “etkililik beklentisi” ve “sonuç beklentisi”dir. Etkililik beklentisi alt boyutu pelvik taban kaslarını farklı konumlarda kasabilmeyi ve çeşitli durumlarda yapabilmeye karşı kendisine olan inancını değerlendiren ilk 14 maddeden oluşmaktadır. Sonuç beklentisi alt boyutu pelvik taban kas egzersizinin çeşitli durumlarda idrar kaçırmayı ne kadar önleyebileceğine yönelik beklenti ölçeği 9

maddeden oluşmaktadır (EK-4). Ölçeğin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlik çalışması Zengin ve Pınar (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak belirlenmiştir (Zengin ve Pınar, 2012). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için gerekli izin ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan alınmıştır (EK-12). Bu bölüm araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur.

Broome PMSES toplam puanı tüm maddelerden alınan puanların ortalamasının alınması ile hesaplanır. Alt boyutların puan ortalaması ise o boyuta ait maddelerin puan ortalaması ile belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 0-100 arasında olup; 32 ve altı puan düşük, 33-66 puan orta, 66 üzeri puan yüksek öz-etkililik gösterir (Broome, 1999; Zengin ve Pınar, 2012).

3.4.4. Üriner günlük

Üriner günlük belli bir zaman aralığında, idrar yapma sıklığının, yapılan idrar miktarının, alınan sıvı miktarı-türü, inkontinans sıklığını ve ped değiştirme durumlarının kayıt edildiği yarı-objektif bir araçtır (Beji, 2009). Hastanın üriner günlüğü 3 gün doldurmaları istenmiştir (EK-7). Üriner günlükten elde edilen verilerin ortalaması alınarak günlük idrar kaçırma sayısı hesaplanmıştır. Üriner günlük hastalara nasıl dolduracağı anlatılmış ve hastaların üriner günlüğü evde doldurmaları istenmiştir.

3.4.5. Ped testi

Üriner inkontinansı olan hastaların değerlendirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Ped testi belli bir zaman diliminde kaçırılan idrar miktarının objektif olarak göstermektedir. Bu araştırmada Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından standardize edilen bir saatlik ped testi yapılmıştır. Araştırmada I. ölçüm (ilk görüşme), II. ölçüm (8. hafta sonunda) ve III. ölçümde (12. hafta sonunda) ağırlığı, şekli ve boyutu aynı, tek kullanımlık paketinde olan pedler kullanılmıştır. Ped testi sonucunda pedi tartmak amacıyla 0.1 gram hassasiyetli terazi kullanılmıştır (Resim 3.1). Ped testi için hassas terazi ve mesane pedi alımı 47-2017-04 nolu Gazi-Bilimsel Araştırmalar Projesi ile hizmet satın alımı ile yapılmıştır. Ped testi hastalara araştırmacı tarafından yapılmıştır.



Resim 3.1. Hassas terazi

Çizelge 3.1. Bir saatlik ped testi uygulaması

Bir saatlik ped testi şu şekilde yapılmaktadır;	
0. Dakikada hastaya	Ağırlığı hassas terazi ile tartılan ped verilir, 500 cc sıvı içmesi sağlanır, Oturtulup dinlenir,
30. Dakikada	Yürüyüp, merdiven çıkılır,
45. Dakikada	10 kez oturma/kalkma, 10 kez öksürme, 1 dakika koşma, 5 kez yerden eğilerek bir şey alma, 1 dakika elini yıkama,
60. Dakikada	Ped hastadan alınarak hassas terazi ile tartılır ve kayıt edilir. Hastanın mesanesi boşalması sağlanır.

Ped testinin değerlendirilmesinde öncelikle hassas terazi ile tartılan kuru ped ıslak ağırlıktan çıkarılır. Kuru ped ve ıslak ped arasında ki fark kaçırılan idrar miktarını verir (O'Sullivan, Karatanis, Allen ve Moore, 2004; Krhut vd., 2014).

3.4.6. Stres inkontinans hasta eğitim kayıt formu

Hastalara verilen eğitimi kayıt etmek amacıyla stres inkontinans hasta eğitim kayıt formu hazırlanmıştır. Stres inkontinans hasta eğitim kayıt formu, hastaya pelvik taban kas egzersizi ve yaşam tarzı değişikliğine ilişkin eğitim verildikten sonra eğitim içeriğinin, kullanılan eğitim yönteminin, eğitim etkinliğinin ve önerilerin kayıt edilmesi amacıyla oluşturulmuştur (EK-5). Bu bölüm araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.7. Stres inkontinans hasta izlem formu

Bu form, görüşme tarihi, görüşmenin tipi (yüz yüze, telefon), pelvik taban kas egzersizi uygulama durumu, karşılaşılabilecek sorunları, girişimleri ve değerlendirmeleri içeren ve

araştırmacı tarafından hazırlanmış bir formdur. Bu formda, hastaların pelvik taban kas egzersizi yapma durumları ve yaşadıkları sorunlar sorgulanarak kayıt edilmiştir (EK-6). Stres inkontinans hasta izlem formu araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze ya da telefonla görüşülerek doldurulmuştur.

3.4.8. Pelvik taban kas egzersizi takip çizelgesi

Hastaların egzersiz uyumunu artırmak amacıyla pelvik taban kas egzersizi takip çizelgesi hazırlanmıştır (EK-8). Bu form pelvik taban kas egzersizinin haftalık sayı ve sıklığındaki artışları göstermekte olup, hastaların yaptıkları egzersizlerin kayıt edilmesini sağlayan bir takip çizelgesidir. Hastalara pelvik taban kas egzersizi takip çizelgesi verilmiştir. Bu formu hastaların evde doldurmaları istenmiştir.

3.4.9. Araştırmacının hazırlığı

Araştırmacı, “Alt Üriner Sistem Şikayetleri Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı Kursu” kursuna katılmış ve katılım belgesi almıştır (EK-17).

3.5. Ön Uygulama

Araştırma ile ilgili izinler alındıktan sonra veri toplama formu ve stres tipi inkontinanslı kadın hastalara yönelik eğitim kitapçığının eksik ve anlaşılmayan bölümlerinin düzenlenmesi amacıyla Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan 10 hasta (örneklemenin %10) üzerinde Ekim-Aralık 2016 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırma, stres inkontinans bakım protokolü ve eğitim kitapçığının oluşturulması ve araştırmanın uygulanması süreçlerinden oluşmaktadır.

3.6.1. Bakım protokolünün oluşturulması

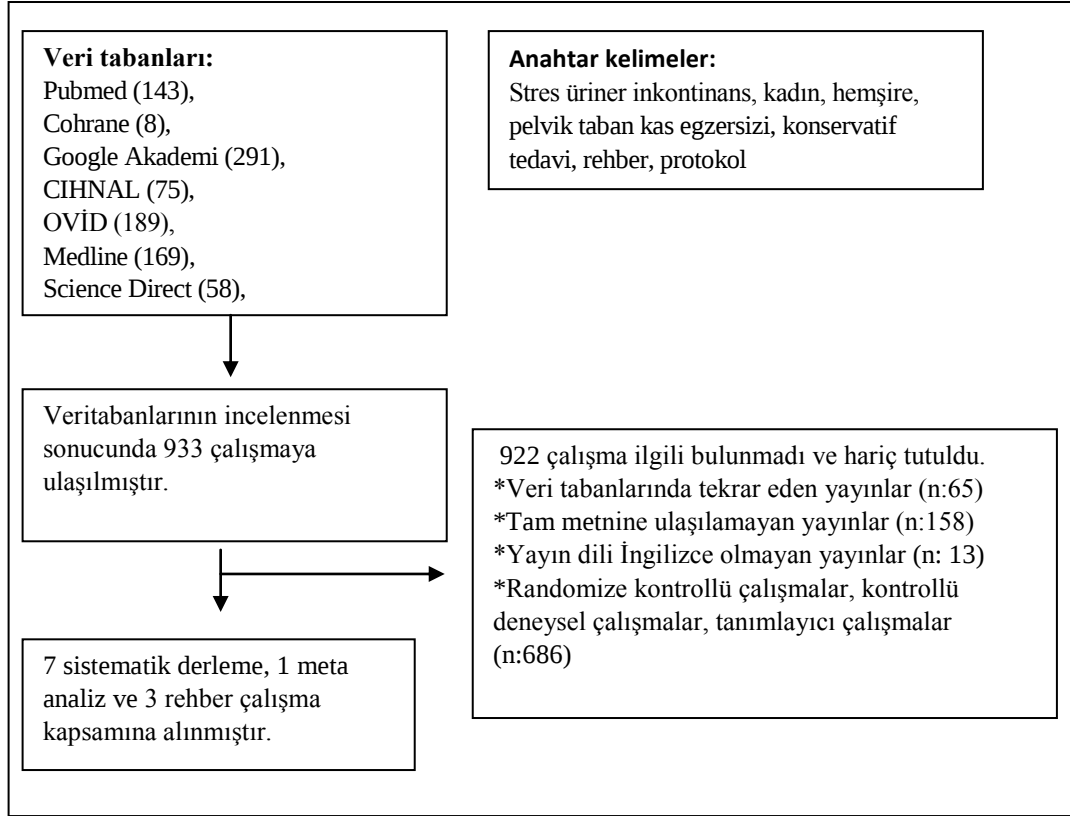
Stres inkontinans bakım protokolü, kanıta dayalı uygulama modellerinden biri olan ACE Yıldız modeli rehberliğinde hazırlanmıştır (EK-2).

Yıldızın 1. Köşesi- Bilgiyi Keşfetme

Stres inkontinans bakım protokolü oluşturma sürecinde PICOT yöntemine göre araştırma soruları oluşturulmuştur.

- Stres inkontinans tanısı alan kadınlara stres inkontinans bakım protokolü ile verilen eğitim ve telefonla desteğin sekiz hafta sonra kadınların üriner inkontinans sıklığı üzerine etkisi nedir?
- Stres inkontinans tanısı alan kadınlara stres inkontinans bakım protokolü ile verilen eğitim ve telefonla desteğin sekiz hafta sonra kadınların üriner inkontinans miktarı üzerine etkisi nedir?
- Stres inkontinans tanısı alan kadınlara stres inkontinans bakım protokolü ile verilen eğitim ve telefonla desteğin sekiz hafta sonra kadınların yaşam kalitesi üzerine etkisi nedir?
- Stres inkontinans tanısı alan kadınlara stres inkontinans bakım protokolü ile verilen eğitim ve telefonla desteğin sekiz hafta sonra kadınların pelvik kası öz-etkililik üzerine etkisi nedir?

Çalışma, konuyla ilgili yayınların geriye dönük olarak taranması biçiminde yapılmıştır. Bu amaçla stres üriner inkontinans (stres urinary incontinence), kadın (women), hemşire (nurse), pelvik taban kas egzersizi (pelvic floor excercises), konservatif tedavi (conservative treatment), rehber (guideline), protokol (protocol) anahtar kelimeleri ile Türkçe ve İngilizce olarak 28.06-01.08.2016 tarihleri arasında Pubmed (143), Cohrane (8), Google Akademi (291), CIHNAL (75), OVID (189), Medline (169), Science Direct (58) veri tabanlarından tarama yapılmış ve 933 çalışmaya ulaşılmıştır. İnceleme sonucunda veri tabanında tekrar eden yayınlar, tam metine ulaşamayan yayınlar ve konuyla alakasız olan yayınlar inceleme kapsamına alınmamıştır (Şekil 3.2). Tarama yılları olarak 2000-2016 yılları arasında ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış ilgili kanıt düzeyi yüksek rehberler, sistematik derleme, meta analizler değerlendirme kapsamına alınmıştır. Konuyla ilgili kitaplardan da yararlanılmıştır. Literatür taraması sonucunda bakım protokolü oluşturma sürecinde 7 sistematik derleme, 1 meta analiz ve 3 rehber kullanılmıştır (EK-10).



Şekil 3.2. Stres inkontinans bakım protokolü geliştirilmesinde kullanılan literatür akış şeması

Yıldızın 2. Köşesi- Kanıtın Özetlenmesi

Kanıt özetlemesi, araştırmalardan gelen bilgilerin özetlenerek, sentezlenmesini içerir. Stres inkontinans bakım protokolü için uygun kanıtlar özetlenerek (EK-10) oluşturulmuştur.

Yıldızın 3. Köşesi- Dönüşüm

Kanıt özeti, gerçekte pratik uygulamaya geçirilmesi için iki aşamadan oluşmaktadır. Bunlar;

- Kanıtların uygulama önerilerine dönüştürülmesi,
- Kanıtların pratikte uygulanmasıdır.

Kanıt özeti olarak; stres inkontinans bakım protokolü geliştirilmiştir. Oluşturulan stres inkontinans bakım protokolü 11 uzman görüşüne sunulmuştur. Bu amaçla stres inkontinans bakım protokolü uzman görüş formu üç Hekim, dört Hemşirelik alanında öğretim üyesi, üç klinikte çalışan Uzman Hemşire (yüksek lisans inkontinans ilgili) ve bir Türk Dili ve Edebiyatı Eğitimi alanında uzman bir öğretim elemanına gönderilerek incelemeleri istenmiştir. Uzmanlar 4'lü likert (1: Uygun değil, 2: Biraz uygun, işlem basamağının revizyonu gerekli, 3: Oldukça uygun, işlem basamağında ufak değişiklikler gerekli, 4: Çok uygun) tipi skala üzerinden bakım

protokolünü değerlendirmişlerdir. Toplam 11 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ardından, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGI) belirlenmiştir. Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (Yurdugül, 2005). Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır. Uygunluk puanında tüm uzmanlar 2-3-4 uygunluk puanı verdiği için protokol maddelerinin kapsam geçerlilik indeksinin “1” olduğu belirlenmiştir (EK-1).

3.6.2. Eğitim kitapçığının oluşturulması

Stres inkontinans bakım protokolü doğrultusunda “Stres Tipi İdrar Kaçıran Hastalara Yönelik Eğitim Kitapçığı” oluşturulmuştur (EK-9). Yazılı öğretim materyalinin uygunluğunun değerlendirilmesi için 13 uzman görüşü (üroloji uzman hekim, hemşire, hemşirelik bölümü ve eğitim bilimlerinden öğretim üyesi) alınmıştır. Yazılı öğretim materyali uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi” formu kullanılmıştır. Yazılı eğitim materyalinin güvenilirlik ve bilgi kalitesi ise DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçüm aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hazırlanan stres tipi idrar kaçıran hastalara yönelik eğitim kitapçığının okunabilirlik seviyesi Flesch formülü ve SMOG okunabilirlik formülü ile belirlenmiştir.

Hastalara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin okuryazarlık yönünden uygunluğunu değerlendirmek amacıyla “Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi” formu kullanılmaktadır. Bu formu Doak, Doak ve Meade (1995) tarafından kullanılmış, ülkemizde Demir, Özsaker ve Özcan (2008) çalışmasında kullanmıştır. Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi formu altı bölüm ve 27 sorudan oluşmaktadır. Form değerlendirilirken evet için 1 puan, hayır için 0 puan verilmektedir. Formda toplam puan 1-27 puan arasında değerlendirilmektedir. Formdan alınan puan yükseldikçe bu durum, materyalin okunabilirlik derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Hazırlanan eğitim kitapçığının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi sonucu puan ortalaması $25,61 \pm 1,66$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim kitapçığının okunabilirlik derecesinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim kitapçığının öğretim materyali güvenilirlik ve bilgi kalitesi değerlendirilmesinde; Charnock, Shepperd, Needham ve Gann (1999) tarafından geliştirilen DİSCERN ölçüm aracı kullanılmıştır. Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını Gökdoğan ve diğerleri (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek 3 bölüm 16 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipte olup “evet”, “kısmen”, “hayır” olarak ilk 15 soru bu şekilde derecelendirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan 15-75 puan arasındadır. Düşük puan eğitim kitapçığının kalitesinin düşük olduğunu gösterir. Hazırlanan eğitim kitapçığının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi sonucu; güvenilirlik puan ortalamasının $36,61 \pm 2,66$, bilgi kalitesinin puan ortalaması $30,53 \pm 5,59$, genel kalite puan ortalamasının $4,61 \pm 0,50$, DİSCERN toplam puan ortalaması ise $67,15 \pm 6,98$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim kitapçığının kalitesinin iyi olduğu belirlenmiştir.

Stres tipi idrar kaçıran kadınlara yönelik eğitim kitapçığı kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde uzmanlar 4’lü likert (1:Uygun değil, 2:Biraz uygun, işlem basamağının revizyonu gerekli, 3:Oldukça uygun, işlem basamağında ufak değişiklikler gerekli, 4:Çok uygun) tipi skala üzerinden değerlendirmişlerdir. Uygunluk puanında tüm uzmanlar 2-3-4 uygunluk puanı verdiği için eğitim kitapçığı kapsam geçerlilik indeksinin “1” olduğu belirlenmiştir.

Stres tipi idrar kaçıran kadınlara yönelik eğitim kitapçığı yazılı materyallerin okunabilirlik düzeyini ölçmek amacıyla Ateşman (1997)’ın Türkçeye uyarladığı Flesch formülü kullanılmıştır. Flesch formülünün araştırmada kullanılabilmesi için gerekli izin araştırmacıdan alınmıştır (EK-13). Flesch formülü;

$$\text{Okunabilirlik sayısı} = 198,825 - 40,175 \cdot X_1 - 2,610 \cdot X_2$$

X_1 = Hece olarak ortalama kelime uzunluğu

X_2 = Kelime olarak ortalama cümle uzunluğu

Çizelge 3.2. Ateşman okunabilirlik formülünde Türkçe metinlerin okunabilirlik sayılarına göre sınıflandırılması

Düzyey	Okunabilirlik sayısı
Çok kolay	90- 100
Kolay	70-89
Orta Güçlükte	50-69
Zor	30-49
Çok zor	1-29

Hazırlanan stres tipi idrar kaçıran hastalara yönelik eğitim kitapçığının okunabilirlik seviyesi Flesch formülüne göre, kitapçığın en başı, orta ve son bölümünden seçilen metin değerlendirmesi, 68, 73 ve 73 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar kitapçığın “kolay“ okunabilir olduğunu göstermektedir.

SMOG okunabilirlik formülü: Kaya ve Kaya (2008) tarafından kullanılan yazılı hasta eğitim materyali okunabilirliğini belirlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Kitapçığın en başı, ortası ve sonundaki on cümle sayılır ve üç ve daha fazla hecesi olan kelimeler sayılarak elde edilen kelimeler toplanır. SMOG sınıflandırılması belirlenerek SMOG dönüşüm tablosuna göre okunabilirlik düzeyi saptanmaktadır. Bu kitapçıkta, SMOG formülüne göre üç ve daha fazla hecesi olan 123 kelime belirlenmiştir. SMOG sınıflandırılması belirlenerek SMOG dönüşüm tablosuna göre okunabilirlik düzeyi 7.sınıf olarak belirlenmiştir.

3.6.3 Araştırmanın uygulanması

Araştırmacı, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum ve etik izinleri aldıktan sonra araştırmanın uygulanması aşamasına başlamıştır.

Yıldızın 4. Köşesi- Bilginin Entegrasyonu

Bu aşamada, ACE Yıldız modeli doğrultusunda hazırlanan stres inkontinans bakım protokolü kadın hastalara uygulanmıştır. Üroloji polikliniğine başvuran stres inkontinans tanısı alan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme alınmıştır. Araştırmanın uygulaması 10 Aralık 2016- 03 Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Kontrol grubunda araştırmanın uygulanması: Kontrol grubundaki hastalar ile ilk görüşme Üroloji Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından, tanıtıcı özellikler formu, King Sağlık Anketi, Broome PMSES doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır. Ped testi sonucu veri toplama formuna kayıt edilmiştir. Hastalara üriner günlük verilmiş üç gün boyunca doldurmaları gerektiği, nasıl dolduracakları hakkında bilgi verilmiştir (I. ölçüm). Kontrol grubunda yer alan hastalara herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

8. hafta sonunda; hastalara King Sağlık Anketi, Broome PMSES yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır (II. ölçüm).

Uygulama bittikten 4 hafta sonra (12. hafta sonu) hastaların izlem takipleri yapılmıştır. King Sağlık Anketi, Broome PMSES yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır (III. ölçüm). Araştırma sonucunda hastalara bireysel olarak eğitim verildikten sonra “Stres tipi idrar kaçırın hastalara yönelik eğitim kitapçığı” verilmiştir.

Deney grubunda araştırmanın uygulanması: Deney grubundaki hastalarla ilk görüşme Üroloji Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından tanıtıcı özellikler formu, King Sağlık Anketi, Broome PMSES doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır. Ped testi sonucu veri toplama formuna kayıt edilmiştir. Hastalara üriner günlük verilmiş üç gün boyunca doldurmaları gerektiği, nasıl dolduracakları hakkında bilgi verilmiştir. Öğretim planı, kitapçık içeriği doğrultusunda ve formlar doldurulduktan sonra uygulanmıştır. Hastalara bireysel olarak eğitim verildikten sonra “Stres tipi idrar kaçırın hastalara yönelik eğitim kitapçığı” verilmiştir.

Eğitim bireysel olarak Üroloji Polikliniğinde yer alan ayrı bir odada verilmiştir. Hastaya pelvik taban kasını doğru bir şekilde kasma 5 aşamada öğretilmiştir. Bu aşamalar; anlama, araştırma, bulma, öğrenme ve kontroldür. Bu aşamaların öğretimi aşağıda açıklanmıştır.

- Hastalara ilk olarak kitapçıkta yer alan üriner sistem organları, pelvik taban kasları ve idrar yapma mekanizması görsellerle anlatılmıştır. Daha sonra üriner inkontinansın ne olduğu, tipleri ve tedavi yaklaşımları anlatılmıştır (Anlama).
- Hastanın kendi vücudunda gluteal, abdominal ve uyluk bölgelerine ellerini yerleştirmesi ve bu kaslarını kasma istenmiştir. Böylece kasılma ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesi sağlanarak pelvik kasın nerede olduğunu anlaması sağlanmıştır (Araştırma).
- Hastan pelvik kasının nerede olduğunu bulması için yönlendirilmiştir (Bulma).
- Hastaya pelvik taban kasını hissettikten sonra, pelvik kası doğru şekilde nasıl kasacağı öğretilmiştir. Bu aşama anlatılırken anlamayı kolaylaştırmak için bazı benzetmelerden yararlanılmıştır (asansör, elektrik süpürgesinin vakumlama hareketi gibi) (Öğrenme).

- Hastaya pelvik taban kaslarını nasıl kasıp gevşeteceği öğretildikten sonra bu egzersizin koordineli ve kontrollü da yapması öğretilmiştir (Kontrol).

Stres inkontinans bakım protokolü kapsamında pelvik taban kas egzersizinin nasıl ve hangi durumlarda yapılacağı anlatılmış ve haftalık sayı, sıklık artışı belirtilmiştir. Hastaların yanına evde yaptıkları egzersizlerini kaydetmek amacıyla “Pelvik Taban Kas Egzersizi Takip Çizelgesi” verilmiştir. Hastalar Stres İnkontinans Hasta İzlem Formuna kayıt edilmiştir (I. ölçüm).

En son olarak konservatif tedavi yöntemlerinden yaşam tarzı değişikliğinde; sigara kullanma durumu, kafein alımı, fiziksel aktivite durumu, sıvı alımı, konstipasyon durumu ve obeziteye ilişkin yapılması gerekenler ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır.

Araştırmacı tarafından hastalar 8 hafta boyunca her hafta telefonla aranmış, pelvik taban kas egzersizi hızlı, yavaş egzersiz süresi ve sayısı ile artışlar hatırlatılmış, egzersizlerini düzenli yapmaları için teşvik edilerek telefonla izlemleri sağlanmıştır. Bu süreç “Stres İnkontinans Hasta İzlem Formu”na kayıt edilmiştir.

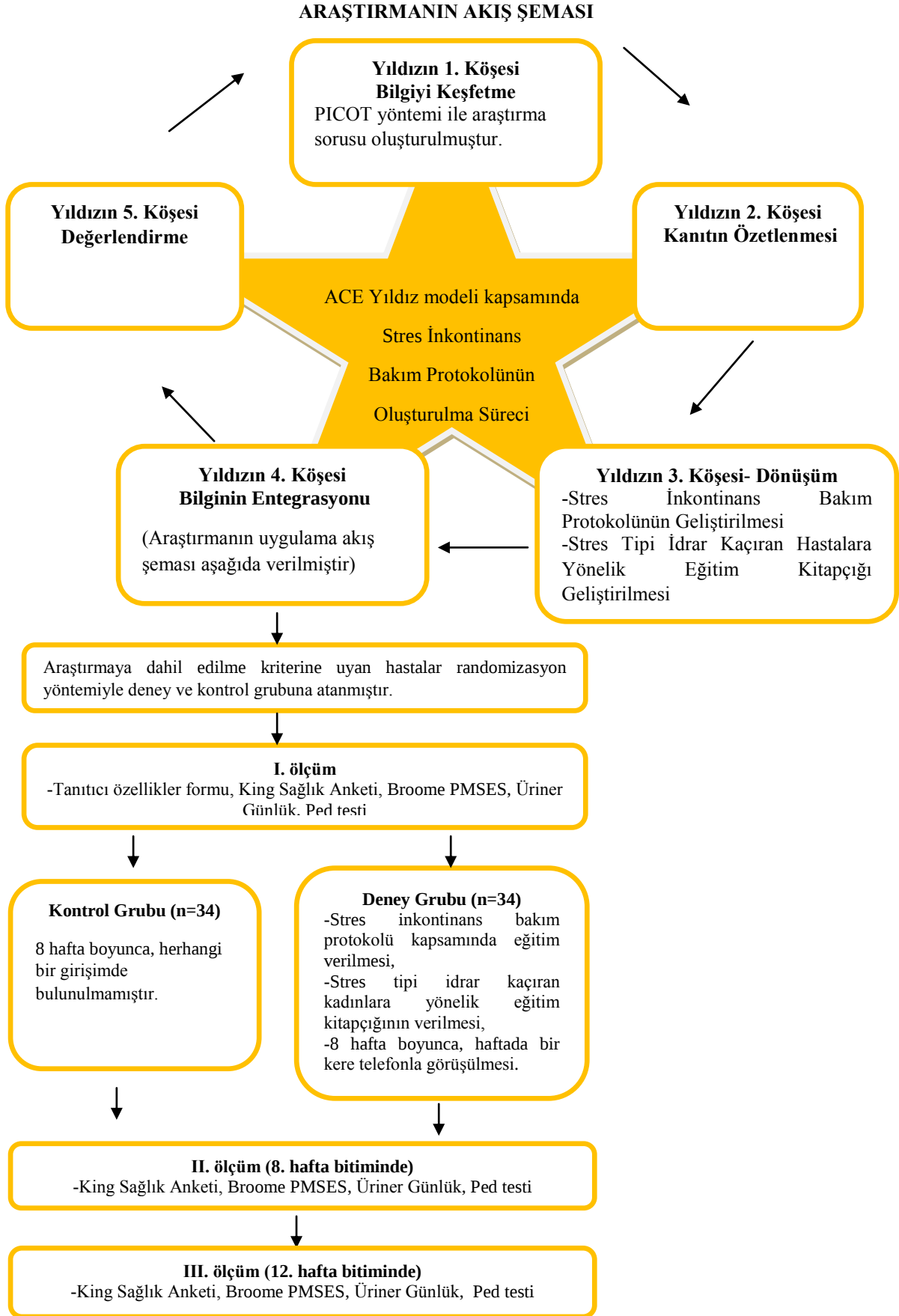
8. hafta sonunda; hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile King Sağlık Anketi, Broome PMSES, üriner günlük doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır. Ped testi sonucu veri toplama formuna kayıt edilmiştir. Hastalara egzersizlerine devam etmeleri gerektiği söylenmiştir. Hastalar “Stres İnkontinans Hasta İzlem Formu”na kayıt edilmiştir (II. ölçüm).

Uygulama bittikten 4 hafta sonra (12. hafta sonu) hastaların izlem takipleri yapılmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile King Sağlık Anketi, Broome PMSES, üriner günlük doldurulmuştur. Hastalara 1 saatlik ped testi uygulanmıştır. Ped testi sonucu veri toplama formuna kayıt edilmiştir. Hastalara öğrendikleri bu egzersizi yaşam boyu yapmaları gerektiği söylenmiştir (III. ölçüm).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Yıldızın 5. Köşesi- Değerlendirme

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile analiz edilmiştir. İki den çok bağımlı değişkenlerin analizlerinde Friedman's Two-Way ANOVA kullanılmış; anlamlı farklılıkların çıkması durumunda Çoklu Karşılaştırma Testlerinden yararlanılarak birbiriyle farklılık gösteren değişkenler tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözlemlerdeki beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır (*Gözlemlerdeki beklenen değerlerin %20 si 5 den küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır). Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır (EK-14). Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Araştırma ve Etik Kurulu’ndan Karar No: 16/01 Tarih: 07.06.2016 sayılı izin alınmıştır (EK-15). Uygulamaya başlamadan önce araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya ilişkin bilgi verilerek ve bilgilendirilmış onam formu doldurtulmuştur (EK-16).

4. BULGULAR

Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1. Kontrol ve deney grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Gruplar				p
	Kontrol (n:34)		Deney (n:34)		
	n	%	n	%	
Eğitim Durumu					
İlkokul	27	79,41	24	70,59	p=0,799
Ortaokul	4	11,76	7	20,59	
Lise	3	8,82	3	8,82	
Medeni Durumu					
Evli	31	91,18	30	88,24	p =1*
Bekar	3	8,82	4	11,76	
Beden Kitle İndeksi					
Normal	5	14,71	3	8,82	p=0,59
Şişman	7	20,59	10	29,41	
Aşırı Şişman	22	64,71	21	61,76	
Doğum şekli					
Normal Doğum	31	91,18	28	82,35	p=0,59
Sezaryen	2	5,88	3	8,82	
Normal Doğum/Sezaryen	1	2,94	3	8,82	
Doğum sayısı					
1 doğum	2	5,88	3	8,82	p=0,81
2 doğum	11	32,35	9	26,47	
3 doğum	11	32,35	14	41,18	
4 ve üzeri doğum	10	29,41	8	23,53	
Doğum zorluk yaşama durumu					
Yaşayan	12	35,29	10	29,41	X ² =0,067
Yaşamayan	22	64,71	24	70,59	p=0,795
Epizyotomi açılma durumu					
Açılan	25	73,53	19	55,88	X ² =1,61
Açılmayan	9	26,47	15	44,12	
Menapoz girme durumu					
Giren	13	38,24	13	38,24	X ² =0
Girmeyen	21	61,76	21	61,76	
Yaş ortalamaları	$\bar{x}\pm SS$	49,00±5,54 (38-58)	47,94±6,08 (33-58)		
İdrar kaçırma süresi (yıl)	$\bar{x}\pm SS$	4,62±3,82 (1-16)	5,04±5,36 (1-20)		

*Dört gözlü düzenlerde gözlerdeki beklenen frekansların herhangi biri 5'den küçük olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan kontrol ve deney grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %79,41’i, deney grubundaki kadınların % 70,59’u ilkokul mezunudur. Kontrol grubundaki kadınların %91,18’i, deney grubundaki kadınların 88,24’ü evlidir. Kontrol grubundaki kadınların %64,71’i, deney grubundaki kadınların %61,76’sı aşırı şişmandır. Kontrol grubundaki kadınların % 91,18’i, deney grubundaki kadınların %82,35’i normal doğum yaptıklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınların %35,29’u, deney grubundaki kadınların %29,41’i doğumda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınların %73,53’ü, deney grubundaki kadınların %55,88’i doğum sırasında epizyotomi açıldığını belirtmişlerdir. Kontrol ve deney grubundaki kadınların %38,24’ünün menapoza girdiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $49,00 \pm 5,54$, deney grubundaki kadınların $47,94 \pm 6,08$ olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların idrar kaçırma süresi $4,62 \pm 3,82$, deney grubundaki kadınların ise $5,04 \pm 5,36$ olarak belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Bu sonuç her iki grupta yer alan kadınların benzer özellikler taşıdığını göstermektedir.

Çizelge 4.2. Kontrol ve deney grubundaki kadınların yaşam tarzlarına ilişkin dağılımları

	I. ölçüm		II. ölçüm		III. ölçüm	
Özellikler	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sigara içme durumu						
İçen	8 (23,53)	8 (23,53)	8 (23,53)	6 (17,65)	8 (23,53)	5 (14,71)
İçmeyen	26 (76,47)	26 (76,47)	26 (76,47)	28 (82,35)	26 (76,47)	29 (85,29)
Değerlendirme	p=1*		X ² =0,09	p=0,764	X ² =0,38	p=0,537
Konstipasyon						
Var	21 (61,76)	13 (38,24)	16 (47,06)	4 (11,76)	14 (41,18)	4 (11,76)
Yok	13 (38,24)	21 (61,76)	18 (52,94)	30 (88,24)	20 (58,82)	30 (88,24)
Değerlendirme	X ² =3,765 p=0,052		X ² =8,571 p=0,003*		X ² =6,12	p=0,013*
Ped kullanma durumu						
Kullanan	6 (17,65)	8 (23,53)	6 (17,65)	5 (14,71)	6 (17,65)	6 (17,65)
Kullanmayan	28 (82,35)	26 (76,47)	28 (82,35)	29 (85,29)	28 (82,35)	28 (82,35)
Değerlendirme	X ² =0,09 p=0,764		X ² =0 p= 1		X ² =0 p=1	
Bez kullanma durumu						
Kullanan	28 (82,35)	25 (73,53)	28 (82,35)	13 (38,24)	28 (82,35)	14 (41,18)
Kullanmayan	6 (17,65)	9 (26,47)	6 (17,65)	21 (61,76)	6 (17,65)	20 (58,82)
Değerlendirme	X ² = 0,342 p=0,559		X ² =12,04 p=0,001		X ² =3,471 p=0,062	
Spor yapma						
Yapan	10 (29,41)	9 (26,47)	9 (26,47)	18 (52,94)	9 (26,47)	17 (50,00)
Yapmayan	24 (70,59)	25 (73,53)	25 (73,53)	16 (47,06)	25 (73,53)	17 (50,00)
Değerlendirme	X ² =0 p=1		X ² =3,931 p=0,047		X ² =3,051 p=0,081	
Çay (bardak/gün)	5,50±3,40	5,41±2,83	4,88±2,98	2,50±1,60	5,09±3,55	2,76±1,76
Değerlendirme	z=-0,173 p=0,862**		z=-4,06 p=0,001**		z=-3,566 p=0,001**	
Sıvı alımı (litre/gün)	1,62±0,84	1,71±0,95	1,37±0,53	1,75±0,75	1,38±0,52	1,66±0,69
Değerlendirme	z=-0,238 p=0,812**		z=-2,22 p=0,026**		z= -1,756 p=0,079**	

*Fisher's exact Ki Kare testi kullanılmıştır.

** Mann Whitney U testi

Çizelge.4.2’de kontrol ve deney grubundaki kadınların yaşam tarzlarına ilişkin dağılımları verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların sigara kullanma oranları, I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümde %23,53, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla; %23,53, %17,65, %14,71 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların konstipasyon olma durumu I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm oranı sırasıyla %61,76, %47,06, %41,18 ve deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla %38,24, %11,76, %11,76 olarak belirlenmiştir. Konstipasyon olma durumu değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (p=0,001).

Kontrol grubundaki kadınların ped kullanma durumları I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde %17,65, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla %23,53, %14,71, % 17,65 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların bez kullanma durumları I. ölçüm, II.

ölçüm ve III. ölçümlerde %82,35, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla %73,53, %38,24, %41,18 olarak belirlenmiştir. Bez kullanma durumu değerlendirildiğinde II. ölçümde deney grubunda kontrol grubuna göre, anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubundaki kadınların spor yapma durumları I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla %29,41, %26,47, %26,47, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla %26,47, %52,94, %50,00 olarak belirlenmiştir. Spor yapma durumu değerlendirildiğinde II. ölçümde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubundaki kadınların günlük çay tüketimi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla $5,50\pm 3,4$, $4,88\pm 2,98$, $5,09\pm 3,55$, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla $5,41\pm 2,83$, $2,5\pm 1,6$, $2,76\pm 1,76$ olarak belirlenmiştir. Çay tüketimi değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubundaki kadınların günlük sıvı alma ortalaması I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla $1,62\pm 0,84$, $1,37\pm 0,53$, $1,38\pm 0,52$, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla $1,71\pm 0,95$, $1,75\pm 0,75$, $1,66\pm 0,69$ olarak belirlenmiştir. Günlük sıvı alımı değerlendirildiğinde II. ölçümde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

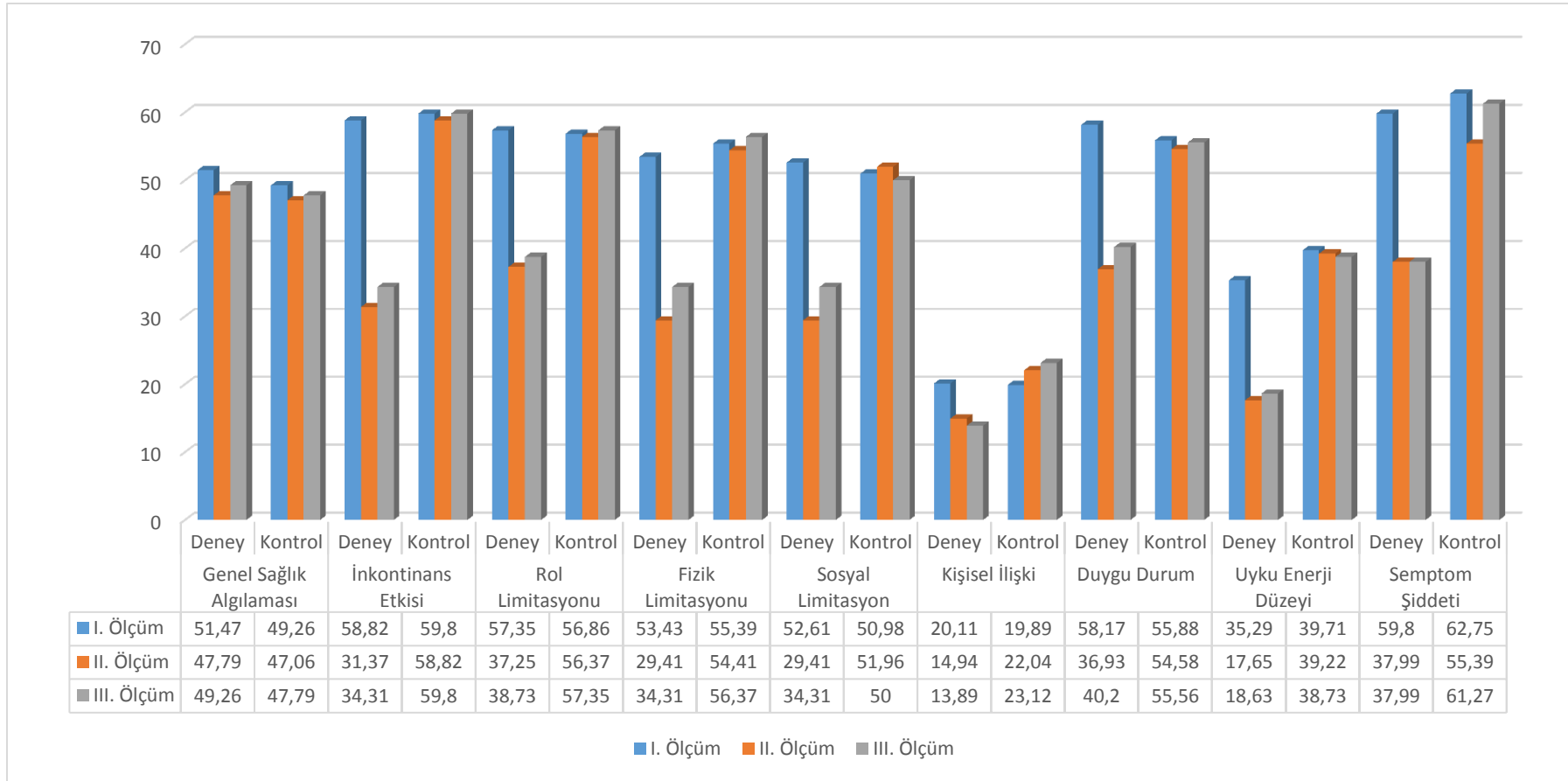
Çizelge 4.3. Kontrol ve deney grubundaki kadınların üriner inkontinans sıklığı ve ped testi ortalamalarının dağılımı

	I. ölçüm		II. ölçüm		III. ölçüm	
	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	Deney
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Üriner inkontinans sıklığı (üriner günlük-3gün)	3,76±1,71	4,38±1,86	3,59±1,33	1,15±1,16	3,35±1,41	1,21±0,64
Değerlendirme	z=-1,717 p=0,086*		z= -5,939 p= 0,001*		z= -6,136 p= 0,001*	
Ped Testi (gr)	8,79±3,42	9,87±4,0	8,96±3,32	1,23±,94	8,93±3,4	1,49±0,91
Değerlendirme	z=-0,687 p=0,492*		z=-7,091 p= 0,001*		z=-7,093 p= 0,001*	

*Mann Whitney U testi

Çizelge 4.3’de kontrol ve deney grubundaki kadınların üriner inkontinans sıklığı ve ped testi ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların üriner günlüğüne göre, idrar inkontinans sıklığı I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla 3,76±1,71, 3,59±1,33, 3,35±1,41, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla 4,38±1,86, 1,15±1,16, 1,21±0,6 olarak belirlenmiştir. Üriner inkontinans sıklığı değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (p=0,001).

Kontrol grubundaki kadınların ped testi ortalaması I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla 8,79±3,42, 8,96±3,32, 8,93±3,4, deney grubundaki kadınlarda ise sırasıyla; 9,87±4,0, 1,23±,94, 1,49±0,91 olarak belirlenmiştir. Ped testi değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (p=0,001).



Şekil 4.1. Kontrol ve deney grubundaki kadınların King Sağlık Anketi'nden aldıkları puanların dağılımı

Şekil 4.1’de kontrol ve deney grubundaki kadınların King Sağlık anketinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Kontrol grubunda genel sağlık algılaması puan ortalamaları I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçümlerde sırasıyla $49,26 \pm 14,41$, $47,06 \pm 11,94$, $47,79 \pm 11,29$ olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm genel sağlık algılaması puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir ($p=0,444$). Deney grubunda genel sağlık algılaması puanları I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $51,47 \pm 17,34$, $47,79 \pm 12,86$, $49,26 \pm 7,50$ olarak belirlenmiştir. Deney grubunda I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm genel sağlık algılaması puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir ($p=0,305$). Kontrol ve deney grupları karşılaştırıldığında, genel sağlık algılaması I. ölçüm puan ortalaması ($p=0,542$), II. ölçüm puan ortalaması ($p=0,958$) ve III. ölçüm puan ortalaması ($p=0,504$) arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark belirlenmemiştir.

Kontrol grubunda inkontinans etkisi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $59,80 \pm 13,68$, $58,82 \pm 14,35$, $59,80 \pm 13,68$ olarak belirlenmiş olup inkontinans etkisi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,926$). Deney grubunda inkontinans etkisi puanları I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $58,82 \pm 14,35$, $31,37 \pm 7,96$, $34,31 \pm 5,72$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). İnkontinans etkisi puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda rol limitasyonu I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $56,86 \pm 14,86$, $56,37 \pm 15,36$, $57,35 \pm 16,51$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,651$). Deney grubunda rol limitasyonu I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $57,35 \pm 13,1$, $37,25 \pm 10,1$, $38,73 \pm 15$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Rol limitasyonu puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda fiziksel limitasyonu I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $55,39 \pm 14,63$, $54,41 \pm 14,4$, $56,37 \pm 15,9$ olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,407$). Deney grubunda fiziksel limitasyonu I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $53,43 \pm 12,83$, $29,41 \pm 9,23$, $34,31 \pm 10$ olup

puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Fiziksel limitasyon puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda sosyal limitasyon I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $50,98\pm18,78$, $51,96\pm15,16$, $50,00\pm16,24$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,148$). Deney grubunda sosyal limitasyon I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $52,61\pm15,79$, $29,41\pm13,08$, $34,31\pm12,94$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Sosyal limitasyon puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda kişisel ilişki I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $19,89\pm17,44$, $22,04\pm15,75$, $23,12\pm15,32$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,201$). Deney grubunda kişisel ilişki I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $20,11\pm24,95$, $14,94\pm14,33$, $13,89\pm9,87$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,018$). Kişisel ilişki puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda duygu durum I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $55,88\pm13,81$, $54,58\pm14,82$, $55,56\pm13,68$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,717$). Deney grubunda duygu durum I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $58,17\pm13,14$, $36,93\pm12,75$, $40,2\pm12,54$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Duygu durum puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda uyku enerji düzeyi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $39,71\pm20,93$, $39,22\pm21,27$, $38,73\pm21,99$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,607$). Deney grubunda uyku enerji düzeyi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $35,29\pm23,49$, $17,65\pm3,98$, $18,63\pm6,82$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Uyku

enerji düzeyi puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda semptom şiddeti I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $62,75 \pm 11,83$, $55,39 \pm 14,78$, $61,27 \pm 10,83$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p=0,001$). Deney grubunda semptom şiddeti I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $59,8 \pm 11,14$, $37,99 \pm 7,45$, $37,90 \pm 7,16$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Semptom şiddeti puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Çizelge 4.4. Kontrol ve deney grubundaki kadınların Broome PMSES ve alt boyutları puanlarının dağılımı

		Gruplar		Z	p
		Kontrol $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)	Deney $\bar{x} \pm SS$ (Min-Max)		
Etkililik Beklentisi	I. ölçüm	37,04 $\pm$ 8,65 (20,71-55,71)	50,84 $\pm$ 9,08 (29,29-71,43)	-5,156	0,001**
	II. ölçüm	34,98 $\pm$ 7,46 (20,71-50)	67,88 $\pm$ 7,28 (52,86-80,71)	-7,091	0,001**
	III. ölçüm	33,49 $\pm$ 6,27 (20,71-42,86)	60,29 $\pm$ 5,48 (48,57-73,57)	-7,095	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=33,532$ p= 0,001*	$X^2=57,418$ p= 0,001*		
Sonuç Beklentisi	I. ölçüm	35,36 $\pm$ 10,32 (20-58,89)	54,41 $\pm$ 10,12 (38,89-71,11)	-5,691	0,001**
	II. ölçüm	34,54 $\pm$ 9,12 (20-52,22)	76,11 $\pm$ 5,31 (61,11-83,33)	-7,102	0,001**
	III. ölçüm	33,59 $\pm$ 8,10 (20-50)	72,42 $\pm$ 5,37 (61,11-82,22)	-7,104	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=8,643$ p= 0,013*	$X^2=54,472$ p= 0,001*		
Broome PMSES	I. ölçüm	36,38 $\pm$ 7,63 (20,43-54,78)	52,24 $\pm$ 8,71 (35,22-69,57)	-5,889	0,001**
	II. ölçüm	34,81 $\pm$ 6,69 (20,43-47,39)	71,1 $\pm$ 5,83 (56,96-81,30)	-7,092	0,001**
	III. ölçüm	33,53 $\pm$ 5,47 (20,43-45,65)	65,04 $\pm$ 4,69 (54,78-76,96)	-7,092	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=32,5$ p= 0,001*	$X^2=55,716$ p= 0,001*		

* Friedman's Two Way ANOVA testi yapılmıştır.

** Mann Whitney U Testi yapılmıştır.

Çizelge 4.4’de kontrol ve deney grubundaki kadınların Broome PMSES ve alt boyutları puanlarının dağılımı verilmiştir. Kontrol grubunda etkililik beklentisi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $37,04 \pm 8,65$, $34,98 \pm 7,46$, $33,49 \pm 6,27$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,001$). Deney grubunda etkililik beklentisi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $50,84 \pm 9,08$, $67,88 \pm 7,28$, $60,29 \pm 5,48$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Etkililik beklentisi puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda sonuç beklentisi beklentisi I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $35,36 \pm 10,32$, $34,54 \pm 9,12$, $33,59 \pm 8,1$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,001$). Deney grubunda sonuç beklentisi beklentisi ilk görüşme, I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $54,41 \pm 10,12$, $76,11 \pm 5,31$, $72,42 \pm 5,37$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,013$). Sonuç beklentisi puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Kontrol grubunda Broome PMSES I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $36,38 \pm 7,63$, $34,81 \pm 6,69$, $33,53 \pm 5,47$ olup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,001$). Deney grubunda Broome PMSES I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm puan ortalamaları sırasıyla $52,24 \pm 8,71$, $71,1 \pm 5,83$, $65,04 \pm 4,69$ olup puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Broome PMSES puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Sİ kadınlarda sık görülmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Friedman, 2012). Kanıt temelli rehberlerde Sİ'nin konservatif tedavisinde ilk seçenek olarak pelvik taban kas egzersizi ve yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir (NICE, 2013; Lucas, vd., 2015). Konservatif tedaviler kolaylıkla uygulanabilmekte, yan etkisiz ve maliyeti etkindir (Rovner ve Wein, 2004; Kelly ve Byrne, 2006). Pelvik taban kas egzersizi ve yaşam tarzı değişikliği hemşirelerin kendi kararları ile uyguladıkları ve Sİ'nin tedavisinde önemli rolü olan uygulamalardır.

Bu çalışma kapsamına alınan Sİ'li kadınlar eğitim durumu, medeni durumu, meslek ve BKİ durumlarına göre eşit olacak şekilde randomize edilerek deney ve kontrol gruplarına ayrıldığında ($p<0,05$) bulguların homojen dağıldığı ve istatistiksel açıdan karşılaştırmaya uygun olduğu belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.1). Bu çalışmada kanıta dayalı uygulama modellerinden biri olan ACE Yıldız modeli doğrultusunda oluşturulan Sİ bakım protokolünün etkisi, bakım verilen hastaların yaşam kalitesi, pelvik kası öz-etkililiği, inkontinans miktarı ve sayısındaki değişimler tartışılmıştır.

Üİ'li kadınların yaşam kalitesinin belirlenmesi; tanılamada, tedavi ve tedavi planının etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir kriterdir. King Sağlık Anketi üriner inkontinansa özgü semptom soruları içeren ve yaşam kalitesini ölçmede kullanılan bir araçtır. Bu çalışmada, deney ve kontrol grubu arasında II. ölçüm ve III. ölçüm King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık algılaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemişken ($p>0,05$), inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji düzeyi ve semptom şiddeti puan ortalaması incelendiğinde II. ölçüm ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Bkz. Şekil 4.1). Bu çalışmaya benzer şekilde, Pereira, Correia ve Driusso (2011)'nin Sİ'li kadınlara pelvik taban kas egzersizini grup (n:17) ve bireysel eğitimle (n:17) verdiği, kontrol grubuyla (n:15) karşılaştırdığı randomize kontrollü araştırmasında, her iki deney grubunda da yaşam

kalitesinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığını belirlemiştir. Fitz ve diğerleri (2012), Sİ'li kadınlarda (n:36) pelvik taban kas egzersizi ön test-son test araştırmalarında kadınların yaşam kalitesinde önemli bir iyileşme olduğunu belirlemiştir. Soni, Soni, Desai, Shah ve Patel (2013), Sİ'li kadınlara pelvik taban kas egzersizi eğitimini grup (n:20) ve bireysel (n:20) olarak verdiği randomize kontrollü araştırmada, her iki uygulama grubunda da yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Bø ve diğerleri (2000), Borello-France ve diğerleri (2006), Castro ve diğerleri (2008), Sarı ve Khorshid (2009) ile Cavkaytar ve diğerleri (2015) yaptıkları araştırmalarda da Sİ'li kadınların yaşam kalitesini değerlendirmede farklı yöntem ve değerlendirmeler kullanmış olsalar da, bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde konservatif tedavinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Literatürde pelvik taban kas egzersizinin düzenli yapılmasının pelvik taban kas fonksiyonunda iyileşmeye ve kontinansın sağlanmasında olumlu bir etkiye neden olduğu belirtilmektedir (Dumoulin vd., 2014; Ayeleke vd., 2015). Yaşam kalitesi açısından bu çalışma sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Kanıta dayalı bakım protokolü doğrultusunda düzenli, belli bir sıklık ve sayıda artırılarak yapılan pelvik taban kas egzersizinin kadınların yaşam kalitesini arttığını ifade edebiliriz. Bu sonuca göre, bu çalışmanın birinci hipotezi (Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır) kabul edilmektedir.

Sİ'nin konservatif tedavisinde ilk olarak pelvik taban kas egzersizi önerilmektedir. Pelvik taban kas egzersizi kolay olmasına rağmen egzersizin başarılı olmasında düzenli, artan sayı ve sıklıkta yapılması önemlidir. Ancak hastalar egzersizi sürdürmede zorlanabilmektedirler (NICE, 2013; Dumoulin vd., 2014). Hastalar kontinansı sağlamak için egzersizi yapmaları gerektiğini bilmelerine rağmen egzersizi düzenli yapamayabilmektedir. Hemşirelik uygulamalarının yapı taşlarından biri olan hasta eğitimi ve izleminin, hastaların tedaviye uyumunu etkili bir şekilde artırdığı bilinen bir gerçektir (Herbruck, 2008). Bu çalışmada deney grubu hastalarına pelvik taban kas egzersiz eğitimi verilmiş ve hastalar 8 hafta boyunca her hafta telefonla aranarak egzersiz süre ve sayısındaki artışlar hatırlatılmış, egzersizlerini düzenli yapmaları için desteklenmişlerdir. Bu çalışmada Broome PMSES ve alt boyutları (etkililik beklentisi ve sonuç beklentisi) puan ortalamalarında deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge. 4.4). Kim (2001), 48 Sİ'li kadın ile yaptığı araştırmada pelvik taban kas egzersizi eğitiminin ve telefonla danışmanlığın öz-etkililik düzeyini artırdığını belirtmiştir. Aynı araştırmada telefonla danışmanlığın hastanın cesaretlendirilmesi ve pelvik taban kas egzersizine devam

etmesi ve dolayısıyla semptomların azaltılmasında yardımcı olduğu ifade edilmiştir. Broome (2001), 31 üriner inkontinanslı kadın ile yaptığı araştırmada pelvik taban kas egzersizi sonrasında öz-etkililik düzeyini yüksek olarak belirlemiştir. Pelvik taban kas egzersiz uygulamasında öz-etkililik algısının ölçümü, girişimin etkinliğine ilişkin bireyin motivasyon ve inancı ile ilgili önemli bilgiler sağlaması açısından önemlidir. Öz-etkililik bir aktivitenin gerçekleştirilmesinde bireyin performansına dayanması nedeniyle zaman içinde değişebilmektedir (Broome, 1999). Bu çalışmada hastaların 8 hafta boyunca her hafta telefon ile aranması; telefon yoluyla eğitim devamlılığın sağlanmasını, egzersiz yapmaya teşvik edilmesini ve egzersize uyumunun artırılmasını sağlayarak öz-etkililik puanının artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç; kanıta dayalı bakım protokolü doğrultusunda verilen eğitimin Sİ'li kadınlarda pelvik taban kası öz-etkililik düzeyini arttırdığını, bunun sonucunda protokolün yararlı olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Bu sonuca göre bu çalışmanın ikinci hipotezi (Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda pelvik kası öz-etkililik üzerine etkisi vardır) kabul edilmektedir.

Üİ'nin değerlendirilmesi amacı ile yapılan ped testi, kaçırılan idrar miktarının objektif olarak değerlendirilmesini sağlar. Bu çalışmada, bakım protokolü ile verilen eğitimin başarısını değerlendirmek amacıyla deney ve kontrol grubuna I. ölçüm, II. ölçüm ve III. ölçüm bir saatlik ped testi değerlendirmesi yapılmıştır. Bir saatlik ped testi incelendiğinde II. ölçüm ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge. 4.3). Sarı ve Khorshid (2009), stres ve miks üriner inkontinanslı kadın hastalara verdikleri pelvik taban kas egzersiz eğitimi sonucunda (17 deney ve 17 kontrol grubu) deney grubundaki kadınların ped testinde azalma olduğunu belirlemişlerdir. Periar ve diğerleri (2011) randomize kontrollü olarak yaptıkları araştırmalarında (grup tedavisi 17, bireysel tedavi 17 ve kontrol grubu 15) bireysel ve grup olarak pelvik taban kas egzersizi yapanlarda, kontrol grubuna göre 6 hafta sonunda ped testi sonucunda azalma olduğunu belirlemişlerdir. Pelvik taban kas egzersizi etkisi hastanın uyumuna bağlıdır ve yeterli sayı-sıklıkta düzenli bir şekilde yapılması önemlidir. ACE Yıldız modeli doğrultusunda hazırlanan bakım protokolü ile verilen eğitim ve telefonla desteğin kadın hastalarda üriner inkontinans miktarında azalmaya neden olduğu söylenebilir. Bu sonuca göre, bu çalışmanın üçüncü hipotezi (Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans miktarı (idrar miktarı) üzerine etkisi vardır) kabul edilmektedir.

Üriner günlük, idrar inkontinans sorununu objektif olarak tanılamayı sağlamasının yanı sıra, pelvik taban kas egzersizi sorunlardaki düzelmeyi belirlemek için kullanılan bir kayıttır formudur (Beji, 2009). Bu çalışmada üriner inkontinans sıklığı değerlendirildiğinde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge 4.3). Camargo ve diğerleri (2009), Sİ'li kadınlarla (grup tedavisi 30, bireysel tedavi 30) yaptıkları araştırma sonucunda, pelvik taban kas egzersizinin her iki grupta da üriner günlükte önemli derecede azalmaya neden olduğunu saptamıştır. Bø ve diğerleri (2000) de yaptıkları araştırmada benzer sonuçlar belirtmişlerdir. Üriner günlük sonucu açısından bu çalışma sonuçları literatürle uyumlu olup, bakım protokolü kapsamında verilen eğitim ve telefonla desteğin başarısını göstermesi açısından önemlidir. Bu sonuca göre, bu çalışmanın dördüncü hipotezi (Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda inkontinans sıklığı üzerine etkisi vardır) kabul edilmektedir.

Yaşam tarzı değişikliğinin amacı, bireyin alışkanlıklarının (sigara, egzersiz, beslenme vb) tanımlanıp, olumsuz davranışların değiştirilerek pelvik taban kas kontrolünün geri kazanılmasını kapsar. Ayrıca konservatif tedavinin bir bileşeni olan yaşam tarzı değişikliği Sİ tedavisinde kanıt temelli rehberlerde ilk seçeneklerden biri olarak önerilmektedir (Thüroff vd., 2011; NICE, 2013; Syan ve Brucker, 2015). Obezite Üİ için önemli bir risk faktörüdür (Subak, Richter ve Hunskaar, 2009). Bu çalışmada araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların aşırı şişman olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.2). Subak ve diğerleri (2009), BKİ'de her bir beş birimlik artışın Üİ riskini %20-%70 arasında arttırdığını bildirmişlerdir. Chen ve diğerleri (2009) de aşırı şişman kadınlarda, aşırı şişman olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek oranda Üİ görüldüğü ve inkontinans tipinin %60 oranında Sİ olduğunu bildirmektedir. Dolayısı ile bu çalışmada yer alan kadınların aşırı şişman olmalarının üriner inkontinansın oluşumunu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Sigara içen bireylerde şiddetli öksürük üretral sfinkter mekanizmasına ve pelvik destek yapılarına zarar verebilir (Moore vd., 2013:1106). Bu çalışmada sigara içme durumuna göre deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark belirlenmemesine rağmen, deney grubunda yer alan kadınların I. ölçümde %23,53'ü sigara kullanırken, II. ölçümde bu oran %17,65 olarak belirlenmiştir ($p>0,05$; Çizelge 4.2). Danfort ve diğerlerinin (2002) yapmış olduğu araştırmada sigara içenlerde içmeyenlere göre idrar kaçırma riskinin arttığını

belirlemiştir. Bu sonuç hastalara bakım protokolü kapsamında, yaşam tarzı değişikliğine ilişkin verilen eğitimin etkinliğini göstermesi açısından önemlidir.

Kafeinli içecekler diüretik etkileri nedeniyle işeme sıklığını artırmaktadır. Bu çalışmada kadınların çay tüketimi incelendiğinde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge 4.2). Gleason ve diğerleri (2013), 20 yaş ve üzeri Üİ şikayeti olan 4309 kadın ile yapmış oldukları kesitsel araştırmada, günlük > 240 mg kafein tüketiminin Üİ ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Borrie, Bawden, Speechley ve Kloseck (2002), yaptıkları araştırmada hastaların 25 hafta sonra kafein alımının anlamlı şekilde azaldığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada bez/ped kullanma durumu incelendiğinde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge 4.2). Borrie ve diğerleri (2002) yapmış oldukları araştırmada kontinans hemşireleri tarafından yaşam tarzına ilişkin yapılan müdahaleler sonucunda 25 hafta sonunda hastaların ped kullanımında istatistiksel açıdan anlamlı bir azalma olduğunu belirlemişlerdir. Kafein tüketimi ve bez/ped kullanımı açısından bu çalışma sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Bu sonuç Sİ bakım protokolü kapsamında verilen yaşam tarzına ilişkin eğitimin önemini göstermektedir.

Borrie ve diğerleri (2002) yaptıkları randomize kontrollü araştırmada (210 deney ve 211 kontrol) kontinans danışman hemşireleri tarafından verilen pelvik taban kas egzersiz eğitimi ve yaşam tarzı değişikliğinin, hastaların Üİ’de önemli derecede azalmaya neden olduğunu belirlemişlerdir. Sampselle ve diğerleri (2000) Üİ’li kadınlarda kanıta dayalı bakım protokolünün test edilmesi amacıyla yaptıkları araştırmada; kadın hastalara ($n:132$) verilen konservatif tedavinin 4 ayın sonunda idrar kaçırma sıklığı ve miktarında azalmaya neden olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu eğitim sonucunda kadınlar inkontinansın daha az rahatsız edici olduğunu ve aktivitelerini daha rahatlıkla yaptıklarını belirtmişler ve bu sonuçların kanıta dayalı bakım protokolünün etkinliğini gösterdiğini ifade etmişlerdir (Sampselle vd., 2000). ACE Yıldız modeli rehberliğinde hazırlanan Sİ bakım protokolü ile verilen eğitimin kadınların üriner inkontinans sıklığı ve miktarını azaltarak, yaşam kalitelerini arttırdığı böylece bakım protokolünün etkinliğini gösterdiğini ifade edebiliriz. Bakım protokolleri hasta bakımında standardizasyonu sağlaması, verilen bakımın kalitesinin iyileştirmesine ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasına fırsat vermesi açısından önemlidir (Mills vd., 2005). Hemşireler, bireylerin yaşam tarzlarını, çalışma koşullarını ve beslenme şekillerini değerlendirmeli, bunun sonucunda kilo kontrolü, sigara

bırakılması, aşırı kafein tüketiminden kaçınılması, sıvı alımının ve diyetin düzenlenmesi, pelvik taban kas egzersizlerinin yapılması gibi yaşam tarzı değişikliğinin tedavide oldukça önemli olup, konservatif tedavide öncelikli olarak ele alınmalıdır (Beji ve Başgöl, 2016:59).

Herbruck (2008) Üİ'nin yaşamı tehdit eden bir hastalık olmadığı için hastaların maliyet etkin, yan etkisiz konservatif yöntemlerle tedavi edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin konservatif yöntemlerden olan pelvik taban kas egzersizi ve yaşam tarzı değişikliği uygulamalarının Üİ üzerine olan etkileri hakkında kanıt temelli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Üİ tedavisinde amaç, hastaya zarar vermeden en az girişimle Üİ semptomlarını hafifletmek ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliğini kazandırarak yaşam kalitesini artırmak olmalıdır. Hemşirelerin hastalarına bu konuda eğitim ve danışmanlık yapmaları önemlidir (Kadioğlu ve Beji, 2016).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel çalışma olarak yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Deney ve kontrol grubunda yer alan stres inkontinanslı kadın hastaların eğitim durumu, medeni durum, meslek ve BKİ, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p<0,05$, Bkz. Çizelge 4.1).
2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların %23,53'nün sigara kullandığı, kontrol grubunun %61,76'sı, deney grubunun %38,24'nün konstipasyon sorunu olduğu, kontrol grubunun %29,41'nin, deney grubunun %26,47'sinin spor yaptığı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).
3. Kontrol grubundaki kadınların günlük çay tüketimi $5,5\pm3,4$, deney grubundaki kadınların $5,41\pm2,83$ 'dir. Kontrol grubundaki kadınların günlük sıvı alma ortalaması $1,62\pm0,84$, deney grubu kadınların $1,71\pm0,95$ 'dir (Çizelge 4.2).
4. Deney ve kontrol grubu arasında üç günlük üriner günlük sonucu üriner inkontinans sıklığı değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.3).
5. Deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında bir saatlik ped testi değerlendirildiğinde II. ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Çizelge 4.3).
6. Deney ve kontrol grubundaki kadınların King Sağlık Anketi alt boyutlarından genel sağlık algılaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemişken ($p>0,05$), inkontinans etkisi, rol limitasyon, fizik limitasyon, sosyal limitasyon, kişisel ilişki, duygu durum, uyku enerji durumu ve semptom şiddeti puan ortalaması

değerlendirildiğinde II. ölçüm ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, Şekil 4.1).

7. Deney ve kontrol grubundaki kadınların arasında Broome PMSES ve alt boyutlarından etkililik beklentisi, sonuç beklentisi puan ortalaması değerlendirildiğinde II. ölçüm ve III. ölçümlerde deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$; Çizelge. 4.4).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Stres inkontinans bakım protokolü'nün hemşireler tarafından stres inkontinans tanısı alan ve konservatif tedavi önerilen hastalarda kullanılması,
2. Stres inkontinans tedavisinde hemşirelerin aktif rol alması, bakımda stres inkontinans bakım protokolünün kullanılması,
3. Hemşirelere bakım protokollerinin önemi, geliştirilmesi ve kullanılmasına yönelik eğitim ve seminerler verilmesi,
4. Çalışmada kullanılan stres inkontinans bakım protokolünün farklı kuruluşlarda kullanılması,
5. Bu çalışmanın perinometre gibi kas gücünün ölçülmesini de kapsayacak şekilde tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbott, C.A., Dremsa, T., Stewart, D.W., Mark, D.D., and Swift, C.C. (2006). Adoption of ventilator-associated pneumonia clinical practice Guideline. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, 3(4), 139-152.
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., and Wein, A. (2003). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187 (1), 116–26.
- Addis, I.B. (2008). Social impact of urinary incontinence and pelvic floor dysfunction. S., Raz and L.V., Rodriguez. (Eds.). *Female urology*. Elsevier. Third Edition, 69-76.
- Akıncı, N.A., Elbaş, N.Ö. ve Akıncı, S. (2017). Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(2), 122-32.
- Alewijnse, D., Mesters, I., Metsemakers, F.M., and van den Borne, B.H.W. (2002). Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient Education and Counseling*, 48, 147-160.
- Amselem, C., Puigdollers, A., Azpiroz, F., Sala, C., Fernandez-Fraga, X., Whorwell, P., and Malagelada, J.R. (2010). Constipation: A potential cause of pelvic floor damage. *Neurogastroenterol Motil*, 22, 150-158.
- Arıncı, K. ve Elhan, A. (2014). *Anatomi kemikler, eklemler, kaslar, iç organlar*. 1. Cilt. (5. Baskı), 165-180.
- Arshiya, S., Noor, L., Rangaswamy, P.A., and Sundari, T. (2015). Etiology, risk factors and pathophysiology of stres urinary incontinence: A review. *International Research Journal of Biological Sciences*, 4(6), 75-82.
- Ateşman, E. (1997). Türkçe’de okunabilirliğin ölçülmesi. *Ankara Üniversitesi TÖMER Dil Dergisi*, 58, 71-74.
- Ayeleke, R.O., Hay-Smith, E.J.C., and Omar, M.I. (2015). Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art No: CD010551. DOI: 10.1002/14651858.CD010551.pub3.
- Baran, E. ve Kaya, S. (2016). Pelvis anatomisi. T. Akbayrak ve S. Kaya (Editörler). *Kadın sağlığında fizyoterapi ve rehabilitasyon*. İstanbul: Pelikan Yayıncılık, s. 15-34.
- Bartoli, S., Aguzzi, G., and Tarricone, R. (2010). Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: A systematic literature review. *Urology*, 75, 491–500.

- Başer, D.A. ve Küçük, E.Ö. (2017). Kanıta dayalı rehberler. S. Kapucu, ve R. Kahveci (Ed.). *Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları*. İstanbul: SAGE Matbaacılık, pp. 207-236.
- Başgöl, Ş. ve Beji, N.K. (2015). Kontinans Hemşirelerinin Gelişen Rollerinin Uluslar arası Düzeyde İrdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(3), 224-230.
- Bates, F., and Porter, G. (2002). The role of the nurse continence advisor in a urology wellness clinic. *Urologic Nursing*, 22 (1), 23-26.
- Beji, K.N. (2009). Üriner günlük ve mesane eğitimi. Ö. Yalçın (Editör). *Temel ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp. 283-291.
- Beji, N.K. (2005). Ürojinekolojide hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(45), 52-55.
- Beji, N.K. ve Başgöl, Ş. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunda yaşam tarzı değişiklikleri. A. Karan (Ed.). *Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp.49-61.
- Bø, K., and Hilde, G. (2013). Does it work in the long term?—a systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 32, 215–223.
- Bø, K., and Morkved, S. (2007). Pelvic floor and exercise science. K. Bø,, B., Berghmans,S., Morkved, M.V., Kampen (Eds.). *Evidence Base Physical Therapy For Pelvic Floor*. First Edition, Elsevier, pp. 113-131.
- Bø, K., Taseth, T., and Vinsnes, A. (2000). Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 79, 598-603.
- Bonis, S., Taft, L., and Wendler, M. C. (2007). Strategies to promote success on the NCLEX-RN®: an evidence-based approach using the ACE Star model of knowledge transformation. *Nursing Education Perspectives*, 28(2), 82-87.
- Borello-France, D.F., Zyczynski, H.M., Downey, P.A., Rause, C.R., and Wister, J.A. (2006). Effect of pelvic-floor muscle exercise position on continence and quality-of-life outcomes in women with stress urinary incontinence. *Physical Therapy*, 86(7), 974-986.
- Borrie, M.J., Bawden, M., Speechley, M., and Kloseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 166 (10), 1267-1273.
- Broom, A.S.B. (1999). Development and testing of a scale to measure self-efficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 19 (4), 258- 268.
- Broome, A.S.B. (2001). Psychometric analysis of the broome pelvic muscle self-efficacy scale® in african-american women with incontinence. *Urologic Nursing*, 21(4), 289-297.

- Broome, A.S.B. (2003). The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-35.
- Camargo, F.O., Rodrigues, A.M., Arruda, R.M., Sartori, M.G.F., Girao, M.J.B., and Castro, R.A. (2009). Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using PERFECT assessment scheme. *International Urogynecology Journal*, 20(12), 1455-1462.
- Cannon, T.W., and Damaser, M. (2004). Pathophysiology of the lower urinary tract: continence and incontinence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47 (1), 28-35.
- Castro, R.A., Arruda, R.M., Zanetti, M.R.D., Santos, P.D., Sartori, G.F., and Girao, M.J.B.C. (2008). Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics*, 64, 465-472.
- Cavkaytar, S., Kokanali, M.K., Topcu, H.O., Aksakal, O.S. ve Doğanay, M. (2015). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(4), 407-410.
- Charnock , D., Shepperd, S., Needham, G., and Gann, R. (1999). DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 105–111.
- Chen, C. C. G., Gatmaitan, P., Koepp, S., Barber, M. D., Chand, B., Schauer, P. R., and Brethauer, S. A. (2009). Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(4), 411-415.
- Choi, H., Palmer, M.H., and Park, j. (2007). Meta-Analysis of Pelvic Floor Muscle Training Randomized Controlled Trials in Incontinent Women. *Nursing Research*, 56 (4), 226–234.
- Çam, Ç. (2009). Yaşam kalite testleri. Ö. Yalçın (Ed.). *Temel ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp. 181-188.
- Çapan, N. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunda etyoloji ve risk faktörleri. A. Karan (Ed.). *Ürojinekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp.25-33.
- Danfort, K.N., Townsend, M.K., Lifford, K., Curhan, G.C., Resnick, N.M., and Grodstein, F. (2006). Risk factor for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(2), 339-345.
- DeLancey, J.O.L. (2006). Anatomy. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology* (Second edition). London: Informa Healthcare, pp.116-126.
- Delancey, J.O.L. (2010). Why do women have stress urinary incontinence? *Neurourology and Urodynamics*, 29, 13-17.

- Demir, F., Özşaker, E. ve Özcan, İ. (2008). The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 259–265.
- Demir, S. ve Beji, N.K. (2015). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 23-31.
- Demirci, N., Aba, Y.A., Süzer, F., Karadağ, F. ve Ataman, H. (2012). 18 Yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7, 23-37.
- Dickinson, T. (2016). Advanced assesment of the patient with urinary incontinence and voiding dysfunction. D.B. Doughty and K.N.Moore (Eds), *Wound, Ostomy and Continence Society Core Curriculum, Continence Managment*. Wolters Kluwer, pp. 48-54.
- Doak, L.G., Doak, C.C., and Meade, C.D. (1996). Strategies to improve cancer education materials. *Oncol Nurs. Forum*, 23(8), 1305-1312.
- Doughty, B.D., and Moore K.N. (2016). Overview of urinary incontinence and voiding dysfunction. B.D. D.B. Doughty and K.N.Moore (Eds), *Wound, ostomy and continence society core curriculum, continence managment*. WoltersKluwer, pp. 15-23.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E.J.C., and Mac Habee-Seguin, C. (2014). Pelvic flor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cohrane Database of Systematic Reviews*, 5, cd005654.
- Engberg, S. (2016). Urinary incontinence/Voiding dysfunction in the famale. B.D. D.B. Doughty and K.N.Moore (Eds), *Wound, Ostomy and Continence Society Core Curriculum, Continence Managment*. Wolters Kluwer, pp. 155-177.
- Estabrooks, C.A. (1999). The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, 22, 203-216.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge analysis and evoulation of nursing models and theories*. (2th ed.). Philadelphia: Fa Davis Company, pp. 364-437.
- Fitz, F.F., Costa, T.F., Yamamoto, D.M., Resende, A.P.M., Stupp, L., Sartori, M.G.F., Girao, M.J.B.C., and Castro, R.A. (2012). Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 58(2), 155-159.
- Friedman, B. (2012). Conservative treatment for female stress urinary incontinence: simple, reasonable and safe. *Canadian Urological Association Journal*, 6(1), 61–63.
- Gandhi, S., and Sand, P.K. (2005). History and physical examination in pelvic flor disorders. P. Sandip, A. R. Vasavada, K. P. Appell, P. Sand, and S. Raz (Eds.). *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. Marcel Dekker, pp.119-139.

- Gleason, J.L., Richter, H.E., Redden, D.T., Goode, P.S., Burgio, K.L., and Markland, A.D. (2013). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International Urogynecology Journal*, 24, 295-302.
- Gökdoğan, F., Özcan, A., Kır, E., Yıldırım, Y., Akbal, S. ve Cerit, B. (2003). *Eğitim kitapçıkları okunabilir mi? 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Mudurluğu, 545-549.
- Gözükara, F., Koruk, I. ve Kara, B. (2015). Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turkish journal of medical sciences*, 45(4), 931-939.
- Güneş, Ü. (2017). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama sürecinin adımları. *Uluslar Arası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 9, 171-187.
- Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., and Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of incontinence in the county of nord-trondelag. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150-1157.
- Haslam, J. (2004). Nursing management of stress urinary incontinence in women. *British Journal of Nursing*, 13 (1), 32-40.
- Haylen, B.T., de Ridder, D., Freeman, R.M., Swift, S.E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D.E., Sand, P.K., and Schae, G.N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29, 4-20.
- Herbruck, L.F. (2008). Stress urinary incontinence: prevention, management, and provider education. *Urological Nursing*, 28(3), 200-206.
- Hewitt-Taylor, J. (2004). Clinical guidelines and care protocols. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 45-52.
- Hung, K.J., Awtrey, C.S., and Tsai, A.C. (2014). Urinary incontinence, depression, and economic outcomes in a cohort of women between the ages of 54 and 65 years. *Obstetrics & Gynecology*, 123(4), 822-827.
- Hunskaar, S. (2005). Epidemiology of urinary incontinence. H.D. Becker, A. Stenzl, D. Wallwiener and T. T. Zittel (Eds.). *Urinary and Faecal Incontinence*. Springer, pp. 1-33.
- Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., Cook, J., Eustice, S., Glanezer, C., Grant, A., Hay-Smith, J., Hislop, J., Jenkinson, D., Kilonzo, M., Nabi, G., Dow, J., Pickard, R., Ternet, L., Wallace, S., Wardle, J., Zhu, S., and Vale, L. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*, 14(40), 1-555.
- İnternet: Herbison, G.P., and Dean, N. (2007). Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2: CD002114. URL:

<http://www.webcitation.org/http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002114>. Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.

İnternet: Herderschee, R., Hay-Smith, E.J., Herbison, G.P., Roovers, J.P., and Heineman, M.J. (2011). Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;7: CD009252. URL:<http://www.webcitation.org/http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009252>. Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.

İnternet: ICS. (2009). Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.ics.org%2FPublications%2FICI_4%2Ffiles-book%2Frecommendation.pdf&date=2018-05-07. Son Erişim Tarihi: 01.01.2016.

İnternet: Keele, R. (2010). Nursing Research and Evidence-Based Practice URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fsamples.jbpub.com%2F9780763780586%2F80586_CH05_Keele.pdf&date=2018-05-07. Son Erişim tarihi: 28.03.2018.

İnternet: Levin, R.F., and Jacobs, S.K. (2016). Developing and Evaluating Clinical Practice Guidelines: A Systematic Approach “Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. Fifth Edition, edited by Marie, PhD, RN, GNP-BC, FGSA, FAAN Boltz, et al., Springer Publishing Company, 2016. ProQuest Ebook Central, 3-11. URL:<http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Febookcentral.proquest.com%2Flib%2Fgazi.ebooks%2Fdetail.action%3FdocID%3D4454388&date=2018-05-07>. Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.

İnternet: Lucas, M.G., Bedretdinova, D., Berghmans, L.C., Bosch, J.L.H.R., Burkhard, F.C., Cruz, F., Nambiar, A.K., Nilsson, C.G., Tubaro, A., Pickard ,R.S.. (2015). Guidelines on Urinary Incontinence. URL: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf. Son erişim tarihi: 30.06.2017.

İnternet: MOH Nursing Clinical Practice Guidelines. (2003). Nursing Managment Of Patients with Urinary Incontinence. URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.moh.gov.sg%2Fcontent%2Fmoh_web%2Fhealthprofessionalsportal%2Fnurses%2Fguidelines%2Fcpg_nursing%2Fcpgnursing_management_patients_urinary_incontinence.html.++&date=2018-05-07. Son Erişim Tarihi: 09.02.2018.

İnternet: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2013). Urinary incontinence: the managment of urinary incontinence in women, NICE. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fguidance%2Fcg171.++&date=2018-05-07>. Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.

İnternet: Cullum, N., Ciliska, D., Marks, S., and Haynes, B. (2008). An introduction to evidence-based nursing. Evidence-based nursing : An Introduction, edited by Nicky Cullum, , Donna Ciliska, Brian Haynes, and Susan Marks, John Wiley & Sons, Incorporated, 2012. ProQuest Ebook Central, <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Febookcentral.proquest.co>

m%2Flib%2Fgazi-ebooks%2Fdetail.action%3FdocID%3D1187193.1-8.++&date=2018-05-07 Son Erişim Tarihi: 06.01.2018.

İnternet: Resmi Gazete (2011). Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Sayı, 27910. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTFR%2Fdosya%2F1-72062%2Fh%2Fhemsirelik-yonetmeligi.doc&date=2018-05-07>. Son Erişim Tarihi: 09.02.2018.

İnternet: Stevens, K. R. (2004). ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation. Academic Center for Evidence-based Practice. The University of Texas Health Science Center at San Antonio. URL: <http://www.webcitation.org/http://www.aahs.org/aamcnursing/wp-content/uploads/The-ACE-Star-Model.pdf>. Son Erişim Tarihi: 06.05.2017.

İnternet: WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthinfo%2Fsurvey%2Fwhoqol-qualityoflife%2Fen%2F++&date=2018-05-07>. Son Erişim Tarihi: 28.03.2018.

İnternet: WOCN, Wound Ostomy and Continence Nurses Society. (1977). URL: https://cdn.ymaws.com/www.wocn.org/resource/resmgr/history_of_wocn.pdf. Son Erişim Tarihi: 25.05.2018.

İnternet: Üroloji Hemşireleri Derneği. URL: <http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/index-2.html>. Son Erişim Tarihi: 25.05.2018.

İnternet: Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği. URL: <http://www.yoihd.org.tr/default.aspx>. Son Erişim Tarihi: 25.05.2018.

Kadıoğlu, M. ve Beji, N.K. (2016). Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 201-207.

Kaplan, S. ve Demirci, N. (2010). Üriner inkontinanstaki konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 2-14.

Karan, A. (2009). Üriner inkontinanstaki konservatif tedavi rehabilitasyon programları. Ö. Yalçın (Ed.). *Temel ürojinekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp. 305-315.

Karadağ, A. (2015). Stoma ve Yara Bakım Hemşireliği: Tarihsel Gelişim Süreci, Rol ve İşlevleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 1-8.

Kaya, N. ve Kaya, H. (2008). Hemşireleri tarafından geliştirilen yazılı hasta eğitim materyallerinin okunabilirliğinin saptanması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 1-6.

Kaya, S., Akbayrak, T., Çeleney, Ş.T., Dolgun, A., Ekici, G. ve Beksaç, S. (2015). Reliability and validity of the Turkish King's Health Questionnaire in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 26, 1853–1859.

- Kelleher ,C.J., Cardozo, L.D., Khullar, V., and Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12), 1374-1379.
- Kelleher, C.J., and Radley, S. (2006). Quality of life and urinary incontinence. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. Second edition. Informa Healthcare, pp. 64-74.
- Kelly, A. M., and Byrne, G. (2006). Role of the continence nurse in health promotion. *British Journal of Nursing*, 15(4), 198-205.
- Keogh, S.J., and Courtney, M. (2001). Developing and implementing clinical practice tools: the legal and ethical implications. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 14-19.
- Keyock, K.L., and Newman, K.D. (2011). Understanding stree urinary incontinence. *The Nurse Practioner*, 36(10), 25-36.
- Khullar, V., and Carr, L.K. (2006). History and examination. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. (Second edition). London: Informa Healthcare, pp. 186-196.
- Kim, J. (2001). Continence Efficacy Intervention Program for Community Residing Women with Stress Urinary Incontinence in Japan. *Public Health Nursing*, 1(18), 64–72.
- Knarr, J., Musil, C., Warner, C., Kless, JR., and Long, J. (2014). Female stres urinary incontinence: an evidence based, case study approach. *Urologic Nursing*, 34(3), 143-151.
- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- Kocaöz, S., Talas, M.S. ve Atabekoğlu, C. (2012). Somer outpatient study of prevalence, risk factors, and quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39 (4), 431-439.
- Kocaöz, S. ve Eroğlu, K. (2009). Gebelik ve vajinal doğum sonrası dönemde stres üriner inkontinansın önlenmesinde konservatif tedavi yöntemleri ve hemşirenin rolleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*,1(2), 94-102.
- Koch, K.A., Woodcock, M.W., and Harris, M.R. (2010). Representation of Clinical Nursing Protocols Using GEM II & GEM Cutter. *AMIA*, 397-401.
- Koçak, I., Okayay, P., Dundar, M., Erol, H. ve Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European urology*, 48(4), 634-641.
- Krhut, J., Zachoval, R., Smith, P.P., Rosier, P.F.W.M., Valanshy, L., Martan, A., and Zvara, P. (2014). Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 33, 507-510.

- Kring, D.L. (2008). Clinical nurse specialist practice domains and evidence-based practice competencies a matrix of influence. *Clinical Nurse Specialist*, 22(4), 179-183.
- Küçük, E.Ö. (2017). Kanıta dayalı hemşirelik uygulama modelleri. S. Kapucu, ve R. Kahveci (Ed.). *Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları*. İstanbul: SAGE Matbaacılık, pp. 177-206.
- Lim, R., Liong, M.L., Leong, W.S., Khan, N.A.K., and Yuen, K.H. (2017). Effect of stress urinary incontinence on the sexual function of couples and the quality of life of patients. *The Journal of Urology*, 166 (1), 153-158.
- Lins, S., Hayder-Beichel, D., Kunath, F., Cartwright, R., Motschall, E., Antes, G., and Rücker, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus other active treatments for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.:CD007173.
- Mangera, A., Patel, A., and Chapple, C.R. (2011). Pathophysiology of urinary incontinence. *Surgery*, 249-253.
- Manias, E., Aitken, R., and Dunning, T. (2005) How graduate nurses use protocols to manage patients' medications. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 935-944.
- McIntosh, L., Andersen, E., and Reekie, M. (2015). Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A 10-year (2004-2013) scoping review of the literature. *Urologic Nursing*, 35(4), 179-186.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N.F., Li, H., Small, L., Wilcox, L., and Kraus, R. (2004). Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice: Implications for Accelerating the Paradigm Shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 185-193.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., and Williamson, K.M. (2010). Evidence-based practice step by step. *The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-54.
- Messer, K.L., Hines, S.H., Raughunathan, T.E., Seng, J.S., Diokno, A.C., and Sampsel, C.M. (2007). Self-Efficacy as a Predictor to PFMT Adherence in a Prevention of Urinary Incontinence Clinical Trial. *Health Education & Behavior*, 34(6), 942-952.
- Mills, M., White, S.C., Kershaw, D., Flynn, J.T., Brophy, P.D., Thomas, S.E., and Smoyer, W. (2005). Developing clinical protocols for nursing practice: improving nephrology care for children and their families. *Nephrology Nursing Journal*, 32(6), 599-606.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M.C., Nelson, R., Sillen, U., and Tikkinen, K. (2013). Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., and Wein, A. (Eds.). *Incontinence*. 5 th edition, European association of urology, pp. 17-107.

- Moore, K., Dumoulin, C., Bradley, C., Burgio, K., Chambers, T., Hagen, S., Hunter, K., Imamura, M., Thakar, R., Williams, K., and Vale, L. (2013). Adult Conservative Management, ICS. *Incontinence*, 1104-1228.
- Mostwin, J.L. (2006). Clinical physiology of micturition. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. Second edition. Informa Healthcare, pp. 142-155.
- Murphy, A. M., Bethoux, F., Stough, D., and Goldman, H. B. (2012). Prevalence of stress urinary incontinence in women with multiple sclerosis. *International neurourology journal*, 16(2), 86-90.
- Nelles, K.K. (2016). Primary assesment of patients with urinary incontinence and voiding dysfunction. D.B. Doughty and K.N.Moore (Eds.) *Wound, Ostomy and Continence Society Core Curriculum, Continence Managment*. WoltersKluwer. pp. 24- 40.
- Neumann, P.B., Grimmer, K.A., and Deenadayalan, Y. (2006). Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stres urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health*, 6(11), 1-28.
- Newman, K.D. (2005). Bahavioral Treatment. P. Sandip, A. R. Vasavada, K. P. Appell, P. Sand, and S. Raz (Eds.). *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. Marcel Dekker, pp. 233-265.
- Newman, K.D. (2006). The roles of the continence nurse specialist-global perspective. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. (Second edition). Informa Healthcare, pp. 92-98.
- Newman, K.D. (2014). Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urological Nursing*, 34 (4), 193-202.
- O'Sullivan, R., Karantanis, E., Stevermuer, T.L., Allen, W., and Moore, K.H. (2004). Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24-hour pad test. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 859-862.
- Özyurt, C. ve Şimşir, A. (2009). Miksiyon nörofizyolojisi ve kontinans mekanizması. Ö. Yalçın (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevi, 21-26.
- Özsoy, S. A. ve Göl, İ. (2016). Hemşirelikte araştırma kullanım modelleri ve bu modellerin kullanıldığı araştırma örnekleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 162-185.
- Pair, L.S., and Somerall, W.E. (2018). Urinary incontinence: Pelvic floor muscle and behavioral training for women. *The Nurse Practitioner*, 43(1), 21-25.
- Palmer, M.H. (2008). Urinary incontinence quality improvement in nursing homes: where have we been? Where are we going? *Urology Nursing*, 28(6), 439-444
- Park, S.H., and Kang, C.B. (2014). Effect of kegel exercises on the Managment of female stres urinary incontinence: a systematic review of randomized controlled trials. *Advance in Nursing*. P:1-10.

- Parson, M. (2006). Voiding diary. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. Second edition. Informa Healthcare, pp. 197-203.
- Pereira, V.S., Correia, G.N., and Driusso, P. (2011). Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 159, 465–471
- Pereira, V.S., de Melo, M.V., Correia, G.N., and Driusso, P. (2012). Vaginal cone for postmenopausal women with stress urinary incontinence: randomized, controlled trial. *Climacteric*, 15, 45–51.
- Perucchini, D., and DeLancey, J. (2008). Functional Anatomy of the Pelvic Floor and Lower Urinary Tract. K. Baessler, B. Schussler, K. L. Burgio, K. H. Moore, P. A. Norton, and S. L. Stanton (Eds.). *Pelvic Floor Re-education. Principles and Practice*. Second Edition. Springer, 3-21.
- Qaseem, A., Dallas, P., Forciea, M.A., Starkey, M., Engberg, T.D., and Shekelle, P. (2014). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 161(6), 429-440.
- Reddy, P. (2010). Stress urinary incontinence. S. Arulkumaran, S. Gopalan, P. Kumar (Eds.). *Obstetrics and Gynecology for postgraduates*. Third edition volume 2(2), 11-227.
- Rosenbulm, N., Eilber, K.S., Rodriguez, L.V., and Raz, S. (2005). Anatomy of Pelvic Support. P. Sandip, A. R. Vasavada, K. P. Appell, P. Sand, and S. Raz (Eds.). *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. Marcel Dekker, pp. 1-23.
- Rovner, E.S., and Wein, A.J. (2004). Treatment options for stress urinary incontinence. *Reviews in Urology*, 6(3), 29-47
- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Seers, K., and Bick, D. (2009). Protocol- based care: the standardisation of decision-making? *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1490-1500.
- Saigal, C., and Litwin, M.S. (2005). Epidemiology of female urinary incontinence. Anatomy of Pelvic Support. P. Sandip, A. R. Vasavada, K. P. Appell, P. Sand, and S. Raz (Eds.). *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. Marcel Dekker, pp. 45-51.
- Sampsel, C.M., Wyman, J.F., Thomas, K.K., Newman, D.K., Gray, M., Dougherty, M., and Burns, P.A. (2000). Continence for women: a test of AWHONN's evidence-based protocol in clinical practice. *JOGNN Clinical Studies*, 29 (1), 18-26.
- Sari, D. ve Khorshid, L. (2009). The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *Journal of Wound Ostomy & Continence*, 63 (84), 429-435.
- Sarıcı, H., Özgür, B. C., Telli, O., Doluoglu, O. G., Eroglu, M. ve Bozkurt, S. (2016). The prevalence of overactive bladder syndrome and urinary incontinence in a Turkish

- women population; associated risk factors and effect on Quality of life. *Urologia Journal*, 83(2), 93-98.
- Saxer, S., de Bie, R.A., Dassen, T., and Halfens, R.J. (2008). Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care. *Nurse Education Today*, 28(8), 926-34.
- Schaffer, M.A., Sandau, K.E., and Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change:overview and practice applications. *Journal of advanced nursing*, 69 (5), 1197-1209.
- Seçginli, S. (2014). Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıta dayalı uygulamalar. S. Erdoğan, N. Nahcivan, M.N. Esin (Ed.). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. Nobel Tıp kitabevi, pp. 333-358.
- Sivrioğlu, K. (2005). Mesane Anatomisi ve İşeme Fizyolojisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51, (Özel Ek A), A16-A18.
- Soni, K., Soni, H., Desai, D., Shah, C., and Patel, H. (2013). Randomized controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for genuine stres incontinence in women. *Indian J Physiother Occu Ther*, 7(1), 110–5.
- Spiteri, M., and Khullar, V. (2008). Epidemiology of Urinary Incontinence. J. Haslam and J. Laycock (Eds.). *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. Second Edition. Springer, 21-26.
- Stevens, K.R., and Staley, J.M. (2006). The Quality Chasm reports, evidencebased practice, and nursing's response to improve healthcare. *Nurs Outlook*, 54, 94–101.
- Stevens, K.R. (2005). Essential Competencies for Evidence-Based Practice in Nursing. San Antonio, TX: Academic Center for Evidence-Based Practice, UTHSCSA.
- Stevens, K. (2013) "The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), 4.
- Stothers, L., and Friedman, B. (2011). Risk factors fort he development of stres urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep*, 12(5), 363-369.
- Subak, L.L., Richter, H.E., and Hunskaar, S. (2009). Obesity and urinary incontinence: Epidemiology and clinical research update. *Journal of Urology*, 182, 2-7.
- Sullivan, M.P., and Yalla, S.V. (2002). Physiology of female micturition. *Urologic Clinics of North America*, 29, 499-514.
- Sungur, G. (2011). *Kanıta dayalı rehber kullanımında personel eğitiminin dahiliye yoğun bakım ünitesinde ventilatörle ilişkili pnömoniye önlemeye etkisi*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Syan, R., and Brucker, B.M. (2015). Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJUI*, 117, 20-33.

- Şen, E. (2011). Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. *Ege Journal of Medicine*, 20(1), 8-14.
- Tennstedt, S.L., Fitzgerald, M.P., Nager, C.W., Xu, Y., Zimmern, P., Kraus, S., Goode, P.S., Kusek, J.W., Borello-France, D., and Mallett, V. (2007). Quality of life in women with stress urinary incontinence. *International Urogynecol Journal*, 18, 543-549.
- Thom, D.H., and Rortveit, G. (2010). Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(12), 1511-1522.
- Thomaz, R.P., Colla, C., Darski, C., and Palva, L.L. (2018). Influence of pelvic floor muscle fatigue on stress urinary incontinence: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, 29, 197-204.
- Thüroff, J.W., Abrams, P., Andersson, K.E., Artibani, W., Chapple, C.R., Drake, M.J., Hampel, C., Neisius, A., Schröder, A., and Tubaro, A. (2011). EAU guidelines on urinary incontinence. *Actas Urol. Esp*, 35 (7), 373-388.
- Tozun, M., Ayraanci, U. ve Unsal, A. (2009). Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecologic and obstetric investigation*, 67(4), 241-249.
- Tsai, Y.C., and Liu, C.H. (2009). Urinary incontinence among Taiwanese women: an outpatient study of prevalence, comorbidity, risk factors, and quality of life. *Int Urol Nephrol*, 41, 795-803.
- Ünsal, A., Tözün, M. ve Arslantaş, D. (2013). Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prevent Med Bull*, 12, 231-242.
- Vo, A., and Kielb, S.J. (2018). Female voiding dysfunction and urinary incontinence. *The Medical Clinics of North America*, 102, 313-324.
- Wan, X., Wang, C., Xu, D., Guan, X., Sun, T., and Wang, K. (2014). Disease stigma and its mediating effect on the relationship between symptom severity and quality of life among community-dwelling women with stress urinary incontinence: a study from a Chinese city. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2170-2180.
- Wilson, D. (2006). Outcomes of conservative treatment. L. Cardozo, and D. Staskin (Eds), *Textbook of female urology and urogynecology*. Second edition. Informa Healthcare, pp.407-428.
- Yalçın, Ö. (2009). Pelvis tabanı anatomisi. Ö. Yalçın (Ed.). *Temel Ürojenekoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp. 1-7.
- Yalçın, Ö. (2016). Pelvik taban anatomi ve fizyolojisi. A. Karan (Ed.). *Ürojenekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, pp.1-14.
- Yılmaz, M. ve Gürler, H. (2017). Hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya ilişkin görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25 (1), 1-12.

- Yurdugöl, H. (2005). *Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması*. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli.
- Zengin, N. ve Pınar, R. (2012). Reliability and validity of continence self-efficacy scale in Turkish women with urinary incontinence. *Nursing and Health Sciences*, 14, 277–284.
- Zhu, L., Lang, J., Wang, H., Han, S., and Huang, S. (2008). The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause*, 15(3),566-569.

EKLER

EK-1. Stres İnkontinans Bakım Protokolü

Stres İnkontinans Bakım Protokolü

1. **Amaç:** Bu protokolün amacı, stres inkontinans şikayeti olan kadınlarda konservatif tedavi yöntemlerinin uygulanmasında standart bir yöntem belirlemektir.
2. **Kapsam:** Bu protokol, stres inkontinansla konservatif tedavi yöntemlerinden yaşam tarzı değişikliği ve pelvik taban kas eğitimini kapsar.
3. **Sorumlular:** Bu protokolün uygulanmasında üriner inkontinans ile ilgili özel eğitim almış veya üriner inkontinansı olan hastaların bakımını üstlenen hemşireler sorumludur.
4. **Hasta çıktıları:**
 - Üriner inkontinans sıklığı azalır ya da hiç olmaz,
 - Yaşam tarzını düzenler,
 - Pelvik taban kas egzersizini yapar,
 - Yaşam kalitesi artar,
 - Pelvik taban kas egzersizi uygulamasıyla öz-etkililik algısı artar.

5. Tanımlar

Üriner inkontinans: İstemsiz olarak idrar kaçırmadır (NICE, 2013).

Stres inkontinans: Öksürme, hapşırma, gülme gibi bazı hareketlerde ya da egzersiz sırasında oluşan istemsiz idrar kaçırmadır (NICE, 2013).

Üriner günlük: Üriner inkontinansın çeşidini, üriner inkontinansla ilgili durumu, işeme sıklığını ve zamanını gösteren bir araçtır. Üriner günlüğe belirli bir zaman aralığında, idrar yapma sıklığı, yapılan idrar miktarı, alınan sıvı miktarı, inkontinansın sıklığı ve şiddeti kaydedildiği için, bu verilerin değerlendirilmesine katkı sağlar (Engberg, 2016; Bright vd., 2011; Beji, 2009).

6. Protokol akışı

6.1.Varsayımlar

- Bu protokol, stres inkontinans tanısı alan hastanın kontinansını sağlayarak yaşam kalitesini artırır.
- Hemşireler, kanıta dayalı uygulamalar ile stres inkontinans olan hastaların kapsamlı değerlendirilmesini sağlar.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü

Tanımlama

- Stres inkontinans tanısı alan hastalara; Stres İnkontinans Protokol İzlem Formu doldurtulur. Hastaya üriner günlük değerlendirmesi yapılır.

6.3. Uygulama

Stres inkontinansın ilk basamak tedavisi, yaşam tarzı değişikliği ve pelvik taban kas eğitimini içermektedir (Choi vd., 2007; Immura ve diğeleri, 2010; Thüroff vd., 2011; Bettez vd., 2012; Bø ve Hilde, 2013; Park ve Kang, 2014; McIntosh vd., 2015; Lucas, vd., 2015).

1. Yaşam tarzı değişikliği

Yaşam tarzı değişikliği; kilo kontrolünü, sigarayı bırakmayı, fiziksel aktiviteyi, beslenme düzeyini iyileştirmeyi ve konstipasyonu önlemeyi içerir. Bu faktörlerin değiştirilmesi üriner inkontinansı düzeltebilir.

- **Sigarayı bırakın.** Çünkü sigara içen kişilerde şiddetli öksürük üretral sfinkter mekanizmasına ve vajinal destek yapılarına zarar verebilir.
 - o Sigarayı bırakmak için hasta ilgili kurumlara yönlendirilir.
- **Çay, kahve ve kola içmeyi azaltın.** Çay, kahve ve kola kafein içerir. Kafeinin diüretik etkisi vardır. Kafeinli içecekleri azaltma üriner inkontinansı düzeltebilir.
 - o Eğer kafein tüketmeye devam edilecekse sıklığı azaltılmalıdır, en fazla 100 mg/gün alınması önerilir.
- **Fiziksel aktivitenizi artırın.** Fiziksel aktivite, pelvik taban kaslarını güçlendirir.
 - o İntra-abdominal basıncı artıracak spor aktivitelerinden (koşma, basketbol, aerobik gibi tekrarlayan zıplamalar gibi) kaçınılması önerilir.
 - o İntra-abdominal basıncı artırmayan spor aktiviteleri (bisiklete binme, yüzme, yürüyüş yapma gibi) yapılması önerilir.
- **Günlük 1800-2400 ml (9 – 12 su bardağı) arasında sıvı alın.** Belirli miktarda sıvı alımı mesane kapasitesinin sürdürülmesi için gereklidir.
 - o Sıvı alımı 18:00'dan sonra azaltılmalıdır. Böylece gece boyunca idrara gitme olasılığı azalır.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü

- **Kabız olmaktan kaçının.** Kronik kabızlıkta tekrarlayan ıkınmalar mesane üzerine basıncı artırarak idrar kaçırmaya neden olur.
 - Konstipasyon olmamak için hastanın,
 - Düzenli egzersiz yapması,
 - Lif açısından zengin gıdalar tüketmesi,
 - Sıvı alımının arttırılması önerilir.
- **Kilo verin.** Fazla kilo mesane üzerindeki intra-abdominal basıncın artmasında ikincil neden olabilir.
 - Beden kitle indeksi 30'dan yüksek olan kadınlara kilo vermesi konusunda eğitim verilmesi önerilir.
 - Gerekirse bir diyetisyene yönlendirilir (NICE, 2013; Syan ve Brucker, 2015; Engberg, 2016; Nethercliffe, 2012; Karan, 2009; Bourcier, 2008).

2. Pelvik taban kas eğitimi

- Pelvik taban kasları, pelvik organlarına (üretra, vajina ve rektum) destek verir.
- Pelvik taban kasları, bağırsak ve mesaneyi destekler. Pelvik taban kas egzersizinin iki önemli işlevi vardır. Bunlar;
 - İlk olarak, kuvvetli pelvik taban kas kontraksiyonu, levator ani kasını yukarıya ve öne doğru kaldırır. Bu da üretrayı sıkıştırarak üretral kapanma basıncını artırır.
 - İkinci olarak da pelvik taban kas tonusu, intra-abdominal basıncı artıran durumlarda mesane boynu ve proksimal üretra için destek sağlayarak, idrar kaçırmayı önlemeye yardımcı olur.
- Pelvik taban kas egzersizinin düzenli ve doğru şekilde yapılması önemlidir.
- Egzersiz düzenli olarak yapılırsa eğitimin 8. haftasından sonra kaslarda hipertrofi oluşmaya başlar (Moore, 2006; Moore vd., 2013).

Hasta eğitimi

Amaç: Pelvik taban kas eğitimi, pelvik organları destekleyen pelvik taban kaslarını güçlendirmek amacıyla yapılır.

- Hastanın doğru kasını kasmayı öğrenebilmesi 5 aşamada incelenebilir. Bu aşamalar; anlama, araştırma, bulma, öğrenme ve kontroldür. Aşağıda bu aşamalar açıklanmıştır.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü

- **Anlama:** Hastalara pelvik taban kasın nerede olduğu ve nasıl çalıştığı öğretilir. Anatomik modeller ve çizimler kullanılır.
 - **Araştırma:** Hastanın kendi vücudunda pelvik kasının nerede olduğunu anlaması için zamana ihtiyacı vardır. Hastadan kendi vücudunda gluteal, abdominal ve uyluk bölgelerine ellerini yerleştirmesi ve bu kaslarını kasmaı istenir. Böylece kasılma ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesi sağlanır.
 - **Bulma:** Hasta kendi vücudu üzerinde pelvik kasının nerede olduğunu bulması için yönlendirilir.
 - **Öğrenme:** Pelvik taban kaslarını bulduktan sonra, hastaya pelvik taban kaslarını doğru şekilde nasıl kasmaı gerektiğı öğretilir. Hastaya pelvik taban kas kontraksiyonunu öğretmede benzetmelerden yararlanılabilir. En yaygın kullanılan benzetme asansör ve asansör kapısıdır. Kontraksiyon, asansörün kapısının kapanması (sıkıştırma) ve asansörün üst kata çıkması olarak benzetilebilir. Diğer benzetmelerde çubuk makarnanın ağzın içe çekilmesi ve elektrik süpürge vakumlama hareketi gibi yukarı kaldırma eylemidir.
 - **Kontrol:** Hastanın doğru bir şekilde kasılmayı öğrenmesinden sonra her bir kontraksiyon sırasında koordineli ve kontrollü kasılma yapması öğretilir. Çoğu hasta pelvik taban kas kontraksiyonlarını tutmayı sürdüremez ve tekrarlı ya da yüksek hızda kontraksiyon yaparlar. Bu nedenle pelvik taban kas egzersizleri öğretildikten sonra mutlaka kontrol edilmelidir (Bø ve Morkved, 2007).
- Kasılma; pelvik taban kaslarını idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına arkadan öne doğru sıkma şeklinde olmalıdır.
 - Gevşeme; pelvik taban kaslarını idrar ve gaz çıkışına izin verecekmiş gibi rahat bırakma şeklinde olmalıdır. Kasma ve gevşeme süresi hastaya özel olmalıdır. Hastanın kas gücü zayıf ise kasma süresi kısa gevşeme süresi daha uzun olmalıdır.
 - Eğer hasta pelvik taban kaslarını tanıyamaz ve doğru bir şekilde kasamazsa yardımcı araçlara (biofeedback, vajinal kon, elektrik stimilasyonu) başvurulabilir.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü

- Hastaya pelvik taban kas eğitimi verilir. Hastaya verilen eğitim stress inkontinans hasta eğitim kayıt formuna kayıt edilir. Hastayı düzenli kontrollere çağırmak amacıyla stres inkontinans hasta izlem formu kullanılır. Ayrıca hastanın evde egzersiz uyumunu arttırmak amacıyla pelvik taban kas egzersiz takip çizelgesi hastaya verilir.

Uygulama için,

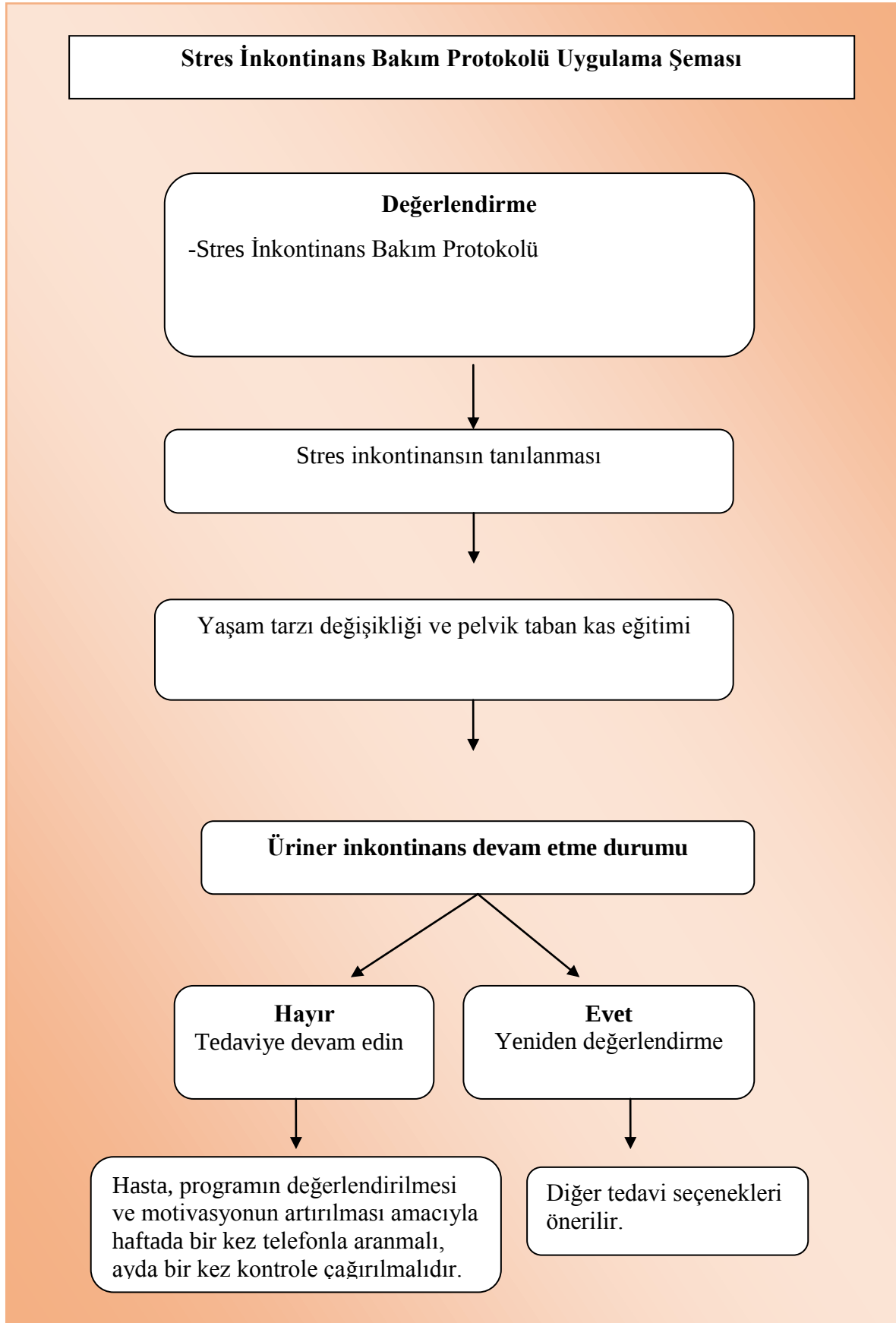
Pelvik taban kas egzersizi şu şekilde yapılır (MOH, 2003; Moore, 2006; Neumann, Grimmer ve Deenadayalan, 2006; Bourcier, 2008; Dumolin vd., 2014; NHS, 2015; Ayeleke, Hay-Smith ve Omar, 2015; Engberg, 2016).

- Egzersizi mesaneniz boşken yapın,
- Rahat kıyafetler giyin,
- Egzersizleri sırtüstü pozisyonda uzanarak, oturur pozisyondayken veya ayaktaiken yapın,
 - *Sırtüstü pozisyonda uzanarak yapma*, sırtüstü uzanın, başınızın altına yastık yerleştirin, dizlerinizi bükün, ayaklarınızı hafifçe birbirinden ayırın.
 - *Ayaktayken*, sandalyenin yanında durun. Ayaklarınız omuz genişliğinde aralı ve dizlerden biraz bükük olacak şekilde durun. Karın kaslarınızı tamamen gevsek bırakın.
 - *Oturur pozisyondayken*, arkalığı düz olan bir sandalyeye dik olarak oturun. Dizlerinizi hafifçe birbirinden ayırın ve ayaklarınızı yere basın. Ellerinizi bacaklarınızın üzerine uzatın.
- Egzersizi yaparken düzenli nefes alıp-verin,
- Egzersizi yaparken karın, kalça ve uyluk kaslarınız gevşek olmalı,
- Pelvik taban kaslarınızı sanki idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına kasın ve doğru kasları hissetmeye çalışın, egzersiz yaparken doğru kas grubunu çalıştırmak çok önemlidir.
- **Yavaş egzersiz**; pelvik taban kaslarını 3-10 sn kasılı tutun. İlk olarak 3sn kasılı tutarak başlayın ve her hafta 1 sn kasılma süresini artırın. 8 hafta sonunda kasılı tutma süreniz 10 sn olsun.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü

- Anüs, üretra ve vajinayı kasarak (sanki idrar veya gaz kaçırmayı engellemeye çalışıyormuşçasına) yukarı doğru kaldırmaya çalışın. Yavaş egzersiz için, pelvik tabanını 1,...,2,...,3 sayarak yavaş yavaş kasın 1...,2...,3... sayarak kasılı tutun, 1...,2...,3 sayarak yavaş yavaş gevşeyin (Pelvik taban kaslarınızı bir asansör olarak hayal edin. Kaslarınızı yavaşça kasarak asansörü yukarı çıkarmaya çalışın).
- Her kasılma sonrası pelvik taban kaslarının 10 sn dinlenmesini sağlayın.
- Bu şekilde egzersizi 10 kez tekrarlayarak başlayın.
- Bu egzersizi yapabilmek için kaslarınızın güçlenmesi gerekir. Kasların güçlenmesi ve kasları kasılı tutmak birkaç haftanızı alabilir.
- **Hızlı egzersiz**, pelvik taban kasını kasın ve gevşetin (2-3sn). Kasın-gevşetin, kasın-gevşetin....bu şekilde egzersizi 10 kez tekrarlayarak başlayın.
- Yaptığınız bu egzersizlerde her zaman yapabildiğinizden daha fazla sayıda yapmayı hedefleyin.
- Bu hedefe, egzersizleri düzenli uygulayarak ve egzersiz sayısını her gün artırarak ulaşabilirsiniz.
- Bu süre kişiden kişiye değişir.

EK-1. (devam) Stres İnkontinans Bakım Protokolü



EK-1. (devam) Stres Tipi Üriner İnkontinans Bakım Protokolü

Kaynaklar

- Ayeleke, R.O., Hay-Smith, E.J.C., and Omar, M.I. (2015). Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art No: CD010551.
- Beji, K.N. (2009). Üriner günlük ve mesane eğitimi. Ö. Yalçın (Editör). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel Tıp kitabevi, pp. 283-291.
- Bourcier, A.P. (2008). Behavioral modification and conservative management of overactive bladder. P. Sandip, A. R. Vasavada, K. P. Appell, P. Sand, and S. Raz (Eds.). *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*. Marcel Dekker, pp. 213-230.
- Bø, K., and Morkved, S. (2007). Pelvic floor and exercise science. K. Bø, B., Berghmans, S., Morkved, M.V., Kampen (Eds.). *Evidence Base Physical Therapy For Pelvic Floor*. First Edition, Elsevier, pp. 113-131.
- Bø, K., and Hilde, G. (2013). Does It Work in the Long Term?—A Systematic Review on Pelvic Floor Muscle Training for Female Stress Urinary Incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 32, 215–223.
- Bright, E., Drake, M.J., and Abrams, P. (2011). Urinary diaries: Evidence for the development and validation of diary content, format, and duration. *Neurourology and Urodynamics*, 30:348–352.
- Bettez, M., Tu, L.M., Carlson, K., Corcos, J., Gajewski, J., Jolivet, M., and Bailly, G. (2012). 2012 Update: guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association. *Can Urol Assoc J*, 6(5), 354-63.
- Choi, H., Palmer, M.H., and Park, J. (2007). Meta-Analysis of Pelvic Floor Muscle Training Randomized Controlled Trials in Incontinent Women. *Nursing Research*, 56 (4), 226–234.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E.J.C., and Mac Habee-Seguin, C. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, cd005654.
- Engberg, S. (2016). Urinary incontinence/Voiding dysfunction in the female. B.D. D.B. Doughty and K.N. Moore (Eds.), *Wound, Ostomy and Continence Society Core Curriculum, Continence Management*. Wolters Kluwer, pp. 155-177.
- Imamura, M., Abrams, P., Bain, C., Buckley, B., Cardozo, L., Cody, J., Cook, J., Eustice, S., Glanezer, C., Grant, A., Hay-Smith, J., Hislop, J., Jenkinson, D., Kilonzo, M., Nabi, G., Dow, J., Pickard, R., Ternet, L., Wallace, S., Wardle, J., Zhu, S., and Vale, L. (2010). Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technology Assessment*, 14 (40), 1-555.

EK-1. (devam) Stres Tipi Üriner İnkontinans Bakım Protokolü

İnternet: MOH Nursing Clinical Practice Guidelines. (2003). Nursing Managment Of Patients with Urinary Incontinence. URL: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/nurses/guidelines/cpg_nursing/cpgnursing_management_patients_urinary_incontinence.html. Son Erişim tarihi: 29.06.2016.

İnternet: NICE. (2013). Urinary incontinence in women: managment. Clinic guideline. URL: nice.org.uk/guidance/cg171. Son Erişim Tarihi: 30.06.2016.

İnternet: Lucas, M.G., Bedretdinova, D., Berghmans, L.C., Bosch, J.L.H.R., Burkhard, F.C., Cruz, F., Nambiar, A.K., Nilsson, C.G., Tubaro, A., Pickard ,R.S.. (2015). Guidelines on Urinary Incontinence. URL: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf. Son Erişim Trahi: 18.06.2016.

İnternet: NHS. (2015). What are pelvic flor exercises (Kegel exercisec)? URL: <http://www.nhs.uk/chq/pages/1063.aspx?categoryid=52>. Son Erişim Tarihi: 20.06.2016.

Karan, A. (2009). Üriner inkontinanstaki konservatif tedavi rehabilitasyon programları. Ö. Yalçın (Ed.). *Temel Ürojinekoloji*. Nobel tıp kitabevi, pp. 305-315.

Neumann, P.B., Grimmer, K.A., and Deenadayalan, Y. (2006). Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stres urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health*. 6(11), 1-28.

McIntosh, L., Andersen, E., and Reekie, M. (2015). Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A 10-year (2004-2013) scoping review of the literature. *Urologic Nursing*, 35(4), 179-186.

Moore, K.H. (2006). *Urogynecology: Evidence- Based Clinical Practice*. Springer, USA, pp. 65-75.

Moore, K., Dumoulin, C., Bradley, C., Burgio, K., Chambers, T., Hagen, S., Hunter, K., Imamura, M., Thakar,R., Williams, K., and Vale, L. (2013). *Adult Conservative Management, ICS, Incontinence*, 1104-1228.

Nethercliffe, J.M. (2012). Urinary incontinence. C., Dawson, J.M., Nethercliffe (Eds.). *ABC of Urology*. Third Edition. Wiley-Blackwell, USA, pp. 14-18.

Park, S.H, and Kang, C.B. (2014). Effect of kegel exercises on the Managment of female stres urinary incontinence: a systematic review of randomized controlled trials. *Advance in Nursing*. P:1-10.

Syan, R., and Brucker, B.M. (2015). Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJUI*, 117, 20-33.

Thüroff, J.W.,Abrams, P., Andersson, K.E., Artibani, W., Chapple, C.R., Drake, M.J., Hampel, C., Neisius, A., Schröder, A., and Tubaro, A. (2011). EAU guidlines on urinaryincontinence. *ActasUrol. Esp*, 35 (7), 373-388.

EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Genel bilgiler		Poliklinikte ilk muayene tarihi:	
Hasta No:		Tıbbi tanı:	
Tel:		Adres:	
Yaş:	Cinsiyet:	Eğitim durumu: () Okur yazar () İlkokul	
Boy:	Kilo:	() Ortaokul () Lise	
BKİ:		() Yüksekokul/Üniversite () Diğer	
Medeni hali: () Evli (Evlilik yaşı.....) () Bekar		Meslek: () Çalışıyor (.....) () Çalışmıyor () Emekli(.....)	
Kullandığı ilaçlar:		Mevcut hastalıklar:	
Geçirdiği ameliyatlar:		Sürekli, inatçı öksürük şikayetiniz var mı? () Evet () Hayır	
Doğum sayısı: () 1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri		Doğum şekli: () Normal Doğum () Sezaryen () Normal Doğum-Sezaryen	
Doğumlarınızda zorluk yaşadınız mı? () Evet (Forseps, vakum) () Hayır		Menopoza girdiniz mi? () Evet (En son adet yaşıınız.....) () Hayır	
Doğumlarınız esnasında bebeğin başının çıkışını kolaylaştırmak amacıyla haznenizin dış kenarına kesi açılıp dikiş atıldı mı? () Evet[() I Doğum () II Doğum () III Doğum] () Hayır () Bilmiyorum			
İlk görüşme (.../.../.....)			
Sigara kullanıyor musunuz? () Evet (...../günde/haftada) () Hayır			
Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır			
Hangi tür besin grupları ile kaç öğün beslenirsiniz? Açıklayınız. Öğün sayısı..... Besin grupları (Yağ, karbonhidrat, protein).....			
Kola, kahve, çay gibi kafeinli içecekler tüketir misiniz? () Evet (.....Miktarı.....) () Hayır			
Günlük ortalama ne kadar sıvı alıyor musunuz?(Açıklayınız.....)			
Kronik kabızlık şikayetiniz var mı? () Evet (en son ne zaman çıktınız.....) () Hayır			
Bir günde (24 saat) ortalama kaç kere idrara çıkıyorsunuz?gündüz,gece			
İdrar kaçırma şikayetleriniz ne kadar süredir devam ediyor?ay.....yıl			
Bir günde (24 saat) idrar kaçırma sıklığınız nedir?gündüz,gece			
İdrar kaçırmanızı nasıl tariflersiniz? () Nemli/ birkaç damla () Islak/iç çamaşırımı ıslatacak kadar () Oldukça ıslak/iç çamaşırımı ıslatacak kadar () Çok ıslak/diğer çamaşırlarımı ıslatacak kadar			
İdrar kaçırmanız nedeniyle ped/bez kullanıyor musunuz? () Evet () İnce ped () Mesane pedi () Bez () Diğer(.....) () Hayır			
Pedinizi/bezinizi günde kaç kez değiştiriyorsunuz? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5			
Spor yapıyor musunuz? () Evet (Açıklayınız.....) () Hayır			
Hangi aktiviteleri yaparken idrar kaçırıyorsunuz? Aşağıdaki tabloda işaretleyiniz.			
Öksürme, Hapşırma, Gülme		() E	() H
Merdiven çıkarken, koşarken, egzersiz yaparken, zıpladığımda, yataktan kalkarken, ağır bir yük kaldırdığımda		() E	() H
Diğer			
Ped testi	I. ölçüm:	II. ölçüm:	III. ölçüm:

EK-3. King Sağlık Anketi

Genel Sağlık Algılaması	
S1. Şu anda genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Çok iyi(1) İyi(2) Orta(3) Zayıf(4) Çok zayıf(5)
İnkontinans Etkisi	
S2. Sizce idrar probleminiz hayatınızı ne kadar etkiliyor?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Rol Limitasyonları	
S3a. İdrar probleminiz ev işlerinizi (örneğin temizlik, alış-veriş ve benzeri) ne ölçüde etkiliyor?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S3b. İdrar probleminiz işinizi veya ev dışındaki normal günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Fiziksel Limitasyonlar	
S4a. İdrar probleminiz fiziksel aktivitelerinizi (örneğin yürümek, koşmak, spor yapmak, jimnastik ve benzeri) etkiliyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S4b. İdrar probleminiz yolculuk yapabilmenizi etkiliyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Sosyal Limitasyon	
S4c. İdrar probleminiz sosyal hayatınızı (örneğin gezmek, sinemaya veya tiyatroya gitmek ve benzeri)sınırlıyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S4d.İdrar probleminiz arkadaşlarınızla görüşmenizi/onları ziyaret etmenizi kısıtlıyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Kişisel ilişkiler	
S5a. İdrar probleminiz eşinizle/partnerinizle kişisel ilişkilerinizi etkiliyor mu?	(Eşim/partnerim yok (0) Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S5b. İdrar probleminiz cinsel hayatınızı etkiliyor mu?	(Cinsel hayatım yok(0) Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S5c. İdrar probleminiz aile hayatınızı etkiliyor mu?	(Aile hayatım yok (0) Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Emosyonlar	
S6a. İdrar probleminiz kendinizi depresyonda hissetmenize neden oluyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S6b. İdrar probleminiz sizi tedirgin veya sinirli yapıyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
S6c. İdrar probleminiz kendinizi kötü hissetmenize neden oluyor mu?	Hiç (1) Biraz(2) Orta(3) Çok(4)
Uyku/Enerji	
S7a. İdrar probleminiz uykunuzu etkiliyor mu? (gece uykudan uyanma gibi)	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
S7b. İdrar probleminiz sizi bitkin/yorgun hissettiriyor mu? (örneğin sürekli tuvalet arayışında olmaktan veya sık sık tuvalete gidip gelmekten yorgun düşmek gibi)	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
Ciddiyet ölçümleri -----Aşağıdakilerden birini yapıyor musunuz? Eğer öyleyse ne kadar?	
S8a. Kuru kalmak için ped/bez kullanıyor musunuz?	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
S8b. Ne kadar sıvı içtiğinize dikkat ediyor musunuz?	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
S8c. Islanmaya bağlı iç çamaşırınızı değiştirmek zorunda kalıyor musunuz?	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
S8d. Sizden koku gelecek diye endişe ediyor musunuz?	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)
S8e. İdrar probleminiz yüzünden utanıyor musunuz?	Hiç (1) Bazen(2) Sık sık(3) Her zaman(4)

EK-3. (devam) King Sağlık Anketi

Semptom Şiddeti

İdrar problemlerinizin ne olduğunu ve bu problemlerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki listeden sadece sizde şu an var olan problemleri seçiniz. Size uymayanları dikkate almayınız.

1. Frekans: Sık idrara çıkma	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
2. Noktüri: Gece idrar için kalkma	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
3. Urgency: Güçlü ve kontrol edilmesi zor, ani idrar yapma hissi.	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
4. Urge inkontinans: Güçlü/ani idrar yapma hissi ile birlikte idrar kaçırma.	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
5. Stres inkontinans: Fiziksel aktivite örneğin öksürme, hapsirme ve koşma ile birlikte idrar kaçırma.	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
6. Nokturnal enürezis: Gece yatağı ya da çamaşırları ıslatma.	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
7. Seksüel inkontinans: Cinsel birleşme sırasında idrar kaçırma	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
8. Sık idrar yolu enfeksiyonu	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
9. İdrar torbası ağrısı	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
10. İdrar yapmada zorluk	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)
11. Diğer (belirtiniz:)	var () yok ()
Var ise sizi ne kadar rahatsız ediyor?	Hiç(0) Biraz(1) Orta(2) Çok(3)

EK-4. Broome Pelvik Kası Öz-Etkililik Ölçeği

A	Aşağıdaki her bir ifade idrar kaçırmayı önleyen pelvik kas egzersizlerini uygularken kendinize ne kadar güvendiğinizi göstermektedir. Aşağıda belirtilenleri yaparken kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (0 hiç güvenmediğinizi, 100 kesinlikle kendine güvendiğinizi göstermektedir.)												
		Güvenmiyorum						Güveniyorum					
1	Pelvik kaslarınızı kasabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
2	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini günde 3 kez uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
3	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yatar durumda uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
4	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini ayakta iken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
5	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini otururken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
6	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini karın kaslarınızı kasmadan uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
7	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini muslukta sebze ve meyve yıkarken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
8	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini alışveriş torbasını kaldırırken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
9	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini lavobada dişlerini fırçalarken uygulayabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini hızlı yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
11	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini üzgün olduğunuzda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
12	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yoğun ve yorucu bir günün sonunda duş alırken yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
13	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini yorgun olduğunuzda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
14	Pelvik kaslarınızı kasma işlemini gece güçlü bir idrara çıkma ihtiyacı ile uyandığınızda yapabilir misiniz?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
B	<i>Her soruya yanıt verdiğiniz zaman pelvik kas egzersizlerini yaptığınızı (uyguladığınızı) hayal edin. Aşağıdaki durumlarda pelvik kas egzersizinin idrar kaçırmayı önleyebileceğinden ne kadar emin misiniz?</i>												
1	İdrara çıkmak için şiddetli bir his duyduğunuzda (hissettiğinizde)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
2	Hapşırduğunuzda/ Aksırdığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
3	Güldüğünüzde?	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
4	Tuvalette gitmeyi 2 dakika kadar geciktirdiğinizde (meşgul olma, iş, tuvaletin dolu olması vb.)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
5	Tuvalette gitmeyi 5 dakika kadar geciktirdiğinizde (meşgul olma, iş, tuvaletin dolu olması vb.)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
6	Gece şiddetli bir idrara çıkma isteği (hissi) ile uyandığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
7	Ağır bir paket kaldırdığınızda	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
8	Öksürdüğünüzde	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
9	Sebze ve meyve yıkarken	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

EK-5. Stres Tipi Üriner İnkontinans Hasta Eğitim Kayıt Formu

1.Tarih	2. Eğitim İçeriği	3.Eğitim Yöntemi/Tekniği	4.Eğitim Etkinliği	4.Öneriler	5.Eğitimi Veren Kişi/İmza
2.Eğitim İçeriği -A: Anatomi -YTD: Yaşam tarzı değişikliği, - S: Sigara - ÇKK: Çay, kahve, kola içme - FA:Fiziksel aktivite, - SA:Sıvı alımı - K: Konstipasyon - KK: Kilo kontrolü - PTKE: Pelvik taban kas egzersizi		3.Eğitim Yöntem/Tekniği S: Sözel anlatım B: Basılı materyal GİA: Görsel işitsel araçlar Y: Yapararak gösterme		4. Eğitimin Etkinliği: A: Anladı, sözlü ifade edebildi U: Uygulamalı olarak gösterebildi T:Eğitim tekrar edilmeli	

EK-7. Üriner Günlük

- Bu kart sizin idrar kaçırma ve idrar yapma kayıtlarınızı tutmanıza yardım edecektir. Lütfen bu kartı merkeze gelmeden önce 3 gün süreyle doldurunuz. Her gün için yeni bir karta başlayınız. Bir gün için birden fazla kart kullanabilirsiniz. Kartı doldururken aşağıdaki yönergeyi inceleyiniz.
- İdrar kaçırdığınız ya da idrarınızı yaptığınız zamanlar gibi sıvı aldığınız zamanları da kaydediniz.
- Aldığınız sıvının türünü (kahve, su, vb.) ve miktarını (su bardağı, fincan, vb.) kaydediniz. Oda sıcaklığında sıvı olan/sıvılaştıran her şeyin sıvı olarak düşünülmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir (Örn; dondurma gibi).
- İdrar yapma zorunluluğu hissettiğiniz her anı işaretleyiniz.
- İdrar yaptığınız her zamanı işaretleyiniz.
- İdrar sızıntısı olan her zamanı işaretleyiniz.
- İdrar kaçırdığınız sıradaki işinizi kaydediniz. Eğer herhangi bir şey yapmıyorsanız, oturduğunuzu, ayakta olduğunuzu, uzandığınızı kaydediniz.
- Kartı doldurmanıza yardımcı olmak amacıyla aşağıda üriner günlük örneği yer almaktadır.

Saat	Alınan Sıvının Tipi	Alınan Sıvının Miktarı	İdrar yapma zorunluluğu	İdrar yapma	İdrar Kaçırma	Ped Değişimi	İdrar kaçırdığınız anda ne yapıyordunuz? (öksürme, hapsirme, koşma, uyuma, vb)
06:00-07:00							
07:00-08:00							
08:00-09:00	Çay	Bir fincan					
09:00-10:00			X	X		X	Öksürme
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							

EK-8. Pelvik Taban Kas Egzersiz Takip Çizelgesi

Egzersizlerinizi düzenli olarak yapmaya çalışınız. Yapmadığınız egzersizi lütfen egzersiz çizelgesine yapmış gibi işaretlemeyiniz. Her yaptığınız egzersizi X şeklinde işaretleyiniz. **(Hasta evde dolduracak)**

Pelvik Taban Egzersizleri Takip Çizelgesi												
	3 Tekrar		3 Tekrar		3 Tekrar		3 Tekrar		3 Tekrar		3 Tekrar	
1.Hafta	Yavaş 10 kez	Hızlı 10 kez	Yavaş 15 kez	Hızlı 15 kez	Yavaş 20 kez	Hızlı 20 kez	Yavaş 25 kez	Hızlı 25 kez	Yavaş 30 kez	Hızlı 30 kez	Yavaş 35 kez	Hızlı 35 kez
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
2.Hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
3.Hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
4.Hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
5.Hafta												
Pazartesi												
Salı												

EK-8. (devam) Pelvik Taban Kas Egzersiz Takip Çizelgesi

Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
6.Hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
7.hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												
8.hafta												
Pazartesi												
Salı												
Çarşamba												
Perşembe												
Cuma												
Cumartesi												
Pazar												

EK- 9. Stres Tipi Üriner İnkontinans Hastalarına Yönelik Eğitim Kitapçığı

İçindekiler

Üriner sistem hangi organlardan oluşur?

Pelvik taban kasları nelerdir?

Nasıl idrar yaparız?

İdrar kaçırma (Üriner inkontinans) nedir?

Kimler idrar kaçırmır?

İdrar kaçırmanın tipleri nelerdir?

İdrar kaçırmanın tedavi yaklaşımları nelerdir?

Stres tipi idrar kaçırma nedir?

Stres tipi idrar kaçırma tedavisi nasıl olur?

-Yaşam tarzı değişikliği nasıl yapılır?

-Pelvik taban kas egzersizi nasıl yapılır?

Pelvik taban kas egzersizi yapılırken nelere dikkat edilir?

Pelvik taban kas egzersizini hangi zamanlarda yapmalısınız?

Kaynaklar

EK-10 Seçilen Çalışmaların Özellikleri

Yazar/Yıl	Çalışma Türü	Kanıt Düzeyi	Çalışmanın amacı/çalışmanın örnekleme/Çalışmanın Uygulaması/Çalışma sonucu	Sonuçlar
McIntosh vd., 2015	Scoping Review of the Literature	A	Amaç: Bu çalışma Stres üriner inkontinanslı (SUI) kadınlarda çok yaygın kullanılan konservatif (cerrahi olmayan ve nonfarmakolojik) tedavi seçeneklerini açıklar. Aynı zamanda bu tedavinin zorluklarını ve yararlarını tanımlar. Örneklem: 2003- 2014 yılları arasında yapılan 88 makale incelenmiştir. Müdahale: 1) pelvik taban kas eğitimi ve pelvik taban kaslarını güçlendirme, biyofeedback ve vajinal kon kullanımı 2) İnkontinans pessarygibi vajinal destekcihazlarının kullanımı	SUI'li kadınlar için konservatif tedavi yöntemleri içinde ilk tedavi seçeneği olarak pelvik taban kas güçlendirme sıklıkla önerilmektedir. Biofeedback ile pelvik taban kas egzersizi yapmak kadınların pelvik taban kası kasılma süresi ve gücü ile ilgili bilgi ve güdülenmesini sağlar.
Park ve Kang, 2014	Sistematiik derleme	A	Amaç: Bu çalışmaSUI'li kadınlarda Kegel egzersizinin etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Örneklem: 1996-2012 yılları arasında yapılan 11 (RKÇ) incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: Hastanın kendi kendini değerlendirmesi için üriner inkontinans semptom soruları, 1 saatlik ped testi, pelvik taban kas basıncı Müdahale: Sağlık profesyonelleri tarafından öğretilen pelvik taban kas kontraksiyonu programı, kegel olarak da tanımlanmaktadır.	SUI'li orta yaşlı kadınlarda Kegel egzersizinin inkontinansa iyileşme sağladığını belirlemişlerdir.
Bo ve Hilde, 2013	Sistematiik derleme	A	Amaç: Bu çalışma SUI ve mix üriner inkontinansa biofeedback ile ya da biofeedback olmadan verilen pelvik taban kas (PTK) eğitiminin uzun dönem sonuçlarını göstermeyi amaçlamıştır. Örneklem: 19 RKÇ ve ön-son test çalışmaları incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: Ped test, ürodinamik değerlendirme, pelvik taban kas fonksiyonunu değerlendirme, yaşam kalitesi, şiddet indeksi, 7 günlük üriner günlük Müdahale: 1 yıllık takip edilen çalışmalar alınmıştır.	PTK eğitiminin uzun süre başarı oranları %41 ve %85 arasında değişiklik göstermektedir.

EK-10. (devam) Seçilen Çalışmaların Özellikleri

Ayeleke vd., 2015	Sistematisik derleme	A	Amaç: ÜT'lı kadınlarda PTK eğitiminin diğer tedavi yöntemleri ile ve diğer tedavi yöntemlerinin tek başına etkisini karşılaştırmaktır. Örneklem: 11 randomize ve yarı randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: kadının gözlemleri (yaşam kalitesi), semptomların miktarının belirlenmesi, klinisyenin gözlemleri, genel yaşam kalitesi, ekonomik analiz, yan etkiler ve diğer sonuçlar (cinsellik, pelvik organ prolapsusu) Müdahale: Fiziksel, PTK eğitimi ile birlikte vajinal kon ve yalnız vajinal kon Davranışsal, PTK eğitimi ve yaşam tarzı değişikliği (kilo kontrolü) ve yalnız yaşam tarzı değişikliği, PTK eğitimi ile birlikte mesane eğitimi ve yalnız mesane eğitimi Elektrik ve magnetik, PTK eğitimi ile birlikte elektrik stimülasyonu ve yalnız elektrik stimülasyonu PTK eğitimi ile birlikte magnetik stimülasyon ve yalnız magnetik stimülasyon Mekanik, PTK eğitimi ile birlikte kontinans pessary ve yalnız pessary İlaçlar, PTK eğitimi ile birlikte ilaç tedavisi ve yalnız ilaç tedavisi Cerrahi, PTK eğitimi ile birlikte cerrahi girişim, yalnız cerrahi girişim Diğer, PTK eğitimi ile birlikte diğer etkili tedavi ve yalnız aynı etkili tedavi	Kadınlarda Üİ tedavisinde PTK eğitimi ile diğer tedavi yöntemleri etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak diğer tedavi yöntemlerinin yalnız başına etkisine yönelik yeterince kanıt bulunamamıştır.
Dumoulin vd., 2014	Sistematisik derleme	A	Amaç: SUI'lı kadınlarda PTK eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla placebo veya yalancı/sahte tedavi, tedavi etmeden ve diğer pasif kontrol tedavileri karşılaştırılması yapılmıştır. Örneklem: 21 RKÇ ve yarı randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: Hasta sonuçları (yaşam kalitesi, semptomların belirlenmesi), ped testi, yaşam kalitesi, ters (adverse) etkiler(rahatsızlık, ağrı...) sosyoekonomik ölçümler, pelvik taban kas gücünü değerlendirme Müdahale: Deney grubu, PTK eğitimi Kontrol grubu, tedavi yapılmamış, placebo ilaç, yalancı elektrik stimülasyonu, diğer pasif tedaviler	Sonuç olarak konservatif tedavi yöntemleri içinde PTK eğitimi stres üriner inkontinans ve üriner inkontinansın diğer tipleri için ilk seçenek tedavi olarak önerilmektedir.

EK-10. (devam) Seçilen Çalışmaların Özellikleri

Immura vd., 2010	Sistematisik derleme	A	Amaç: SUI'li kadınlarda cerrahi olmayan tedavilerin klinik ve maliyet etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Örneklem: 88randomize ve yarı randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: Kadın gözlemleri, klinisyen gözlemleri Müdahale: PTK eğitimi, elektrik stimülasyonu, vajinal kon, mesane eğitimi ve seratoın-noradrenalin inhibitör ilaçlar.	SUI'li kadınların tedavisinde cerrahi olmayan tedavilerin etkin olduğunu göstermektedir.
Choi vd., 2007	Meta analiz	A	Amaç: İlk amaç, PTK eğitiminin etkisinin meta analiz ile hesaplanması, İkinci amaç, UI'li kadınların tedavisindeki parametrelerin etkilerini tanımlamak, Üçüncü amaç ise PTK eğitiminin etkisinin basit karakteristik özelliklerini tanımlamaktır. Örneklem:1980-2005 yılları arasında yapılmış 12 çalışma incelenmiştir.	PTK eğitiminin üriner inkontinanslı tüm kadınlarda etkili olduğu belirlenmiştir.
Neumann vd., 2006	Sistematisik derleme	A	Amaç:SUI'likadınların tedavisinde sadece PTK eğitimi ya da PKT eğitimi ile birlikte diğer fiziksel tedavilerin (biofeedback, elektrik stimülasyonu, vajinal kon) etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Örneklem: 1995-2005 yılları arasında yapılan 24 çalışma (17 RKÇ, 7 randomize olmayan çalışmalar) incelenmiştir. Değerlendirme yöntemi: Ped test, Müdahale: Çalışmalar, PTK eğitimi ya da PTK eğitimi ile birlikte fiziksel tedaviler alınmıştır.	SUI'likadınlarda PTK eğitimi, PTK eğitimi ile Biofeedback ya da PTK eğitimi ile birlikte Biofeedback/Elektrik stimülasyonunun etkili olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar vardır.

EK-11. King Sağlık Anketi Kullanım İzni

Gönderen: Serap Kaya <serapky@yahoo.com>

Gönderildi: 8 Kasım 2016 Salı 20:46

Kime: Emel Gülnar

Konu: King Sağlık Anketi

Sevgili Emel hanım,

Elbette kullanabilirsiniz atıf vererek. Ekte ilgili belgeleri gönderiyorum.

İyi çalışmalar

Yrd. Doç. Dr. Serap KAYA

Fizyoterapist

Hacettepe Üniversitesi

EK-12. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği Kullanım İzni

Gönderen: neriman zengin <zneriman@yahoo.com>

Gönderildi: 14 Haziran 2016 Salı 15:24

Kime: Emel GÜLNAR

Konu: Yan: Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği

Sayın Gülnar

Ölçeği doktora tezinizde kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

ölçek hakkındaki bilgi ve ölçek ek dosyada yer almaktadır.

Neriman Zengin, Associate Professor

EK-13. Ateşman Flesch Formülü Kullanım İzni

Gönderen: Ender Atesman <atesman@hacettepe.edu.tr>

Gönderildi: 26 Mart 2018 Pazartesi 07:49

Kime: Emel GÜLNAR

Konu: Re: Flesch formülü hakkında

Merhaba Emel Hanım

Formülü dilediğiniz gibi kullanabilirsiniz, memnun olurum.

İlişikte size makalemin pdf dosyasını gönderiyorum .

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sevgilerimle

Ender ATEŞMAN

EK-14. İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/04/2016-E.15266

 T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 14574941-100-
Konu : TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI
(EMEL GÜLNAR)HK.



KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 27/04/2016 tarihli ve 87008936-100- 52675 sayılı yazı,

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Emel GÜLNAR'ın , Doç.Dr. Nurcan ÇALIŞKAN'ın danışmanlığında yürütmekte olduğu "Stres Üriner İnkontinanslı Hastalara Bakım Protokolü ile Verilen Eğitimin Etkisinin Belirlenmesi" isimli tez çalışmasının uygulamasını Üroloji Polikliniğinde yapabilmesi için gerekli izinin verilmesi hususunda :

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN
Enstitü Müdürü

T.C.
K.Ü. TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
GELEN EVRAK
Tarih : 04.05.2016
Numara : 1257
Dosya No:

Evrak Doğrulama İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Emniyet Mah. Taç Sok. No: 3 06330 Eczacılık Fakültesi Dekanlık Binası 1. Kat Etiler
Y. Mahalle/ANKARA
Tel: 0 (312) 202 33 87 Faks: 0 (312) 212 49 85
e-Posta: saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi: <http://saglikb.gazi.edu.tr/>

Pin 18832
Bilgi için: Satu İNAN
Memur
Telefon No: 202 26 52

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

EK-15. Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stres üriner inkontinanslı hastalara bakım protokolü ile verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Yenişehir Mahallesi Tahsin Duru Caddesi No:14 YAHŞİHAN/KIRIKKALE
	TELEFON	0 318 333 50 10/5733
	FAKS	0 318 224 07 86
	E-POSTA	ketik@kku.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-15. (devam) Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stres üriner inkontinanslı hastalara bakım protokolü ile verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Eylül 2015	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Eylül 2015	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Eylül 2015	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SIGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
	DİĞER	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:16/01		Tarih: 07.06.2016			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ	Göğüs Hastalıkları	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Figen ÇOŞKUN	Acil Tıp	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Hakan BOYUNAĞA	Tıbbi Biyokimya	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. Ebru ERDEMİR	Periodontoloji	Kırıkkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr. M. Faik ÖZVEREN	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Meral SAYGUN	Halk Sağlığı	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aslı Fahriye CEYLAN IŞIK	Tıbbi Farmakoloji	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Eyüp KOÇ	İç Hastalıkları	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-15. (devam) Etik Kurul Onayı

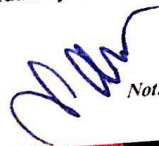
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Stres üriner inkontinanslı hastalara bakım protokolü ile verilen eğitimin etkisinin belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Doç. Dr. Sinan TAN	Radyoloji	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Yakup TÜRKEL	Nöroloji	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç. Dr. Faruk Metin ÇOMU	Fizyoloji	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Erdal ÜNLÜ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Ecz. Burhan BİRİCİ	Serbest Eczacı	Kırıkkale- Merkez	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Av. Halil MUTLU	Hukuk	Kırıkkale-Merkez	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Yakup DOĞAN	Fakülte Sekreteri	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. Mehmet Savaş EKİCİ
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-16. Onam Formu

Değerli Katılımcı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı tez çalışması kapsamında “Bakım Protokolü ve Telefonla İzlemin Stres İnkontinanslı Hastalarda Bakım Sonuçlarına Etkisi” konulu bir araştırma yürütmekteyim. Çalışma bakım protokolü ve telefonla izlemin stres inkontinanslı hastalarda bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Katılımcılar kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Katılımcılara araştırmacı tarafından veri toplama formları doldurulacaktır ve kaçırdığınız idrar miktarını belirlemek için ped testi yapılacaktır. Kaçırdığınız idrar sayısını, aldığınız sıvıyı, çıkardığınız idrarı sorgulayan bir formu üç gün boyunca doldurmanız istenecektir. Daha sonra katılımcılara stres inkontinans bakım protokolü kapsamında eğitim verilecektir. Eğitimden sekiz hafta ve on iki hafta sonra her iki gruptaki katılımcılara veri toplama formları tekrar doldurtulacaktır. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için çok önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sizlerle görüşerek alacağım veriler kimliğiniz gizli tutularak yalnız bu araştırma için kullanılacak olup, amacın dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz bu formu imzalayınız. Araştırmacı Emel Gülnar Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

(Katılımcının Beyanı) Sayın Emel Gülnar tarafından Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora tez çalışması olarak Bakım Protokolü ve Telefonla İzlemin Stres İnkontinanslı Hastalarda Bakım Sonuçlarına Etkisinin belirlenmesi ile ilgili bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

EK-16. (devam) Onam formu

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında ihtiyaç duyduğumda Emel Gülnar’a 0505 XXX XX XX no’lu telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda, herhangi bir baskı altında kalmadan ve gönüllü olarak adı geçen bu araştırmada yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum. İmzaladığım bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanık

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-17. Kurs katılım belgesi



Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Pelvik Rehabilitasyon Kongresi

Kurs Katılım Belgesi

EMEL GÜLNAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından 5-6 Mayıs 2017 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen "Pelvik Rehabilitasyon Kongresi" kapsamında gerçekleştirilen **Alt Üriner Sistem Şikayetleri Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı Kursu**'na katılmıştır.



Nezihe KIZILKAYA BEJİ
Kurs Moderatörü



Ergül ASLAN
Kurs Moderatörü

EK-18. Çizelgeler

Çizelge 4.3. Kadınların King Sağlık Anketinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Özellikler		Gruplar							
		$\bar{X} \pm SS$	Kontrol Min	Max.	$\bar{X} \pm SS$	Deney Min	Max.	Z	p
Genel Sağlık Algılaması	I. ölçüm	49,26±14,41	25	100	51,47±17,34	25	100	-0,61	0,542**
	II. ölçüm	47,06±11,94	25	75	47,79±12,86	25	100	-0,052	0,958**
	III. ölçüm	47,79±11,29	25	75	49,26±7,50	25	75	0,668	0,504**
	Değerlendirme	$X^2=1,625$	$p=0,444^*$		$X^2=2,375$	$p=0,305^*$			
İnkontinans Etkisi	I. ölçüm	59,80±13,68	33,33	66,67	58,82±14,35	33,33	66,67	-0,29	0,772**
	II. ölçüm	58,82±14,35	33,33	66,67	31,37±7,96	0	33,33	-6,413	0,001**
	III. ölçüm	59,80±13,68	33,33	66,67	34,31±5,72	33,33	66,67	-6,359	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=0,154$	$p=0,926^*$		$X^2=50,643$	$p=0,001^*$			
Rol Limitasyonu	I. ölçüm	56,86±14,86	33,33	66,67	57,35±13,1	33,33	66,67	-0,123	0,902**
	II. ölçüm	56,37±15,36	33,33	66,67	37,25±10,1	16,67	66,67	-4,802	0,001**
	III. ölçüm	57,35±16,51	33,33	83,33	38,73±15,2	16,67	66,67	-4,168	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=0,857$	$p=0,651^*$		$X^2=33,954$	$p=0,001^*$			
Fizik Limitasyonu	I. ölçüm	55,39±14,63	16,67	66,67	53,43±12,83	33,33	66,67	-0,852	0,394**
	II. ölçüm	54,41±14,4	33,33	66,67	29,41±9,23	16,67	50	-5,931	0,001**
	III. ölçüm	56,37±15,9	16,67	83,33	34,31±10	16,67	50	-5,237	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=1,8$	$p=0,407^*$		$X^2=53,879$	$p=0,001^*$			
Sosyal Limitasyon	I. ölçüm	50,98±18,78	22,22	88,89	52,61±15,79	22,22	88,89	-0,163	0,871**
	II. ölçüm	51,96±15,16	22,22	77,78	29,41±13,08	11,11	66,67	-5,004	0,001**
	III. ölçüm	50,00±16,24	22,22	66,67	34,31±12,94	11,11	55,56	-3,839	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=3,818$	$p=0,148^*$		$X^2=38,22$	$p=0,001^*$			
Kişisel İlişki	I. ölçüm	19,89±17,44	0	66,67	20,11±24,95	0	100	-0,71	0,478**
	II. ölçüm	22,04±15,75	0	66,67	14,94±14,33	0	66,67	-2,005	0,045**
	III. ölçüm	23,12±15,32	0	66,67	13,89±9,87	0	33,33	-2,562	0,01**
	Değerlendirme	$X^2=3,211$	$p=0,201^*$		$X^2=8$	$p=0,018^*$			
Duygu Durum	I. ölçüm	55,88±13,81	22,22	66,67	58,17±13,14	22,22	66,67	-0,965	0,335**
	II. ölçüm	54,58±14,82	22,22	66,67	36,93±12,75	11,11	55,56	-4,478	0,001**
	III. ölçüm	55,56±13,68	33,33	66,67	40,2±12,54	22,22	66,67	-4,168	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=0,667$	$p=0,717^*$		$X^2=50,8$	$p=0,001^*$			
Uyku Enerji	I. ölçüm	39,71±20,93	0	83,33	35,29±23,49	0	83,33	-0,811	0,418**
	II. ölçüm	39,22±21,27	0	83,33	17,65±3,98	16,67	33,33	-5,186	0,001**
	III. ölçüm	38,73±21,99	0	83,33	18,63±6,82	0	33,33	-4,471	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=1$	$p=0,607^*$		$X^2=18,175$	$p=0,001^*$			
Semptom Şiddeti	I. ölçüm	62,75±11,83	33,33	83,33	59,8±11,14	16,67	75	-0,845	0,398**
	II. ölçüm	55,39±14,78	16,67	75	37,99±7,45	16,67	50	-4,706	0,001**
	III. ölçüm	61,27±10,83	33,33	75	37,90±7,16	33,33	58,33	-6,462	0,001**
	Değerlendirme	$X^2=24,427$	$p=0,001^*$		$X^2=49,717$	$p=0,001^*$			

* Friedman's Two Way ANOVA testi yapılmıştır.

** Mann Whitney U Testi yapılmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : GÜLNAR, Emel
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 28/11/1983, Ankara
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0505 944 33 00
 e-mail : imel84@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi /Hemşirelik Bölümü	Devam ediyor
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi /Hemşirelik Bölümü	2012
Lisans	Ankara Üniversitesi	2005
Lise	Cumhuriyet Lisesi	2000

İş Deneyimi

Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2013- devam ediyor	Kırıkkale Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2007-2013	Ankara Üniversitesi	Hemşire
2005-2007	Bayındır Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dili

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

