

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

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI EĞİTİM VE
DANIŞMANLIK PROGRAMININ BENLİK SAYGISI, CİNSEL
DOYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Esra BAŞKAYA

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2023**

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

**ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI EĞİTİM VE
DANIŞMANLIK PROGRAMININ BENLİK SAYGISI, CİNSEL
DOYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Esra BAŞKAYA

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gülten KOÇ**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE
DAYALI EĞİTİM VE DANIŞMANLIK PROGRAMININ BENLİK SAYGISI, CİNSEL DOYUM
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Esra Başkaya

Danışman: Doç. Dr. Gülten Koç

Bu tez çalışması 24.04.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Doktora Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Gülten Güvenç*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Üye: *Prof. Dr. Deniz Tanıyer*
Selçuk Üniversitesi

Üye: *Prof. Dr. Sena Kaplan*
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Üye: *Doç. Dr. Funda Özdemir*
Ankara Üniversitesi

Üye: *Doç. Dr. Sevil Şahin*
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Nisan 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞCI ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

02/05/2023

(İmza)

Esra BAŞKAYA

1

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Gülten KOÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza)
Arş. Gör. Bilm. Uzm. İskra BAŞKAYA

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimin her aşamasında ve doktora eğitimim boyunca benimle bilgi, deneyim ve tecrübelerini paylaşan, tez çalışmam süresince her türlü emeğini, desteğini ve ilgisini esirgemeyen, hoşgörü ve sabır ile bana rehberlik eden ve yolumu aydınlatan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gülten KOÇ'a,

Tez çalışmamın her aşamasında değerli görüş ve önerileriyle bana rehberlik eden, bilgi, görüş ve önerileri ile destek olarak bilimsel katkı sağlayan tez izlem kurulu üyesi hocalarım Sayın Prof. Dr. Deniz TANYER ve Sayın Prof. Dr. Sena KAPLAN'a

Tezimi başarıyla bitirebilmem için beni destekleyen, motive eden, iyi dilek ve temennilerini esirmeyen başta anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Sevil ŞAHİN olmak üzere Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı öğretim üyelerine,

Tez çalışmamın uygulama aşamasında desteklerini esirgemeyen ve ekibin bir üyesi kabul eden başta Dr. Derya NALBANT olmak üzere Adnan Yüksel Aile Sağlığı Merkezi tüm hekim ve hemşirelerine,

Tez çalışmama katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli kadınlara,

Dualarıyla beni her daim rahatlatan, manevi her açıdan destekleyen, tez sürecimi bitirmem için işlerimi kolaylaştıran ve bir an önce mezuniyetimi kutlamak için sabırsızlanan saygıdeğer ailelerime,

Son olarak; tezimin her aşamasında bir an bile beni yalnız bırakmayan, pes ettiğimde elimden tutup motive eden, tezimin bitmesi için tüm sorumlulukları tek başına üstlenerek emeklerini esirgemeyen, yoluma devam edebilmek için varlığından güç aldığım sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Esra BAŞKAYA

ÖZET

Başkaya, E. Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2023. Araştırma bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel araştırma tasarımında ve üriner inkontinansı olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla ön test-son test paralel desende randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımında iki aşamada yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşaması bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan, menopoza girmemiş kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel araştırma tasarımında; ikinci aşaması üriner inkontinansı olan kadınlarda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımında yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşamasına Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş 1042 kadın dahil edilmiştir. Birinci aşamada veriler; 18 Ocak 2021-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında, 'Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu', 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu' ve 'İnkontinans Şiddet İndeksi' kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasına birinci aşamada örneklem seçim kriterlerini sağladığı belirlenen 46 kadın ile devam edilmiştir. Ön-test tamamlandıktan sonra 46 kadın tabakalı blok randomizasyon ile üriner inkontinans şiddetine (hafif, orta) göre tabakalanarak müdahale ve kontrol gruplarına (M:23, K:23) atanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında veriler; 24 Eylül 2021-13 Ocak 2022 tarihleri arasında, 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu', 'İnkontinans Şiddet İndeksi', 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu', 'Benlik Saygısı Alt Ölçeği', 'Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu', 'İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği', 'Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında müdahale grubuna Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre hazırlanan 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programı' uygulanmıştır. Müdahale grubuna üç aylık süreç boyunca eğitim programından bir, iki ve üç ay sonra 3 ev ziyareti ve eğitim programından, birinci ve ikinci ev ziyaretinden 15 gün sonra olmak üzere 3 kez telefon görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmamış; müdahale grubu ile eş zamanlı olarak veri toplama formları uygulanmıştır. Araştırmanın her iki aşamasında da formlar ve ölçekleri kadınlar kendileri doldurmuş ve bu sürede kadınlara rehberlik edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde ve tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk Testi, Bağımsız Örneklem T-Testi, Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, Ki-kare Bağımsızlık Testi, Fisher'in Kesin Testi, Cochran-Q Testi, Mann-Whitney U Testi, McNemar Testi, Friedman Testi ve Marjinal Homojenlik Testi kullanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında kadınların %32,9'unda üriner inkontinans belirlenmiş ve yaşın, üriner sistem enfeksiyonunun tekrarlama üriner inkontinans riskini artırırken; eğitim düzeyinin artmasının inkontinans riskini azalttığı bulunmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında; müdahale grubundaki kadınların eğitimden bir ay ve üç ay sonra üriner inkontinans sıklık, miktar ve şiddetinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu; eğitimden bir ay ve üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların cinsel doyum ve yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim ve danışmanlık programı kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, miktarı, şiddeti, cinsel doyum ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Bu doğrultuda, üriner inkontinans açısından riskli kadınlarda sorun ortaya çıkmadan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, sorun yaşayan kadınlarda ise sorunun erken dönemde belirlenerek davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, önlenme ve risklerin azaltılmasına yönelik eğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Üriner İnkontinans, Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, Benlik Saygısı, Cinsel Doyum, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Başkaya, E. The Effect of Education and Counseling Program Based on the Health Promotion Model on Self-Esteem, Sexual Satisfaction and Quality of Life in Women with Urinary Incontinence. Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Obstetrics and Gynecology Nursing Doctoral Program, Doctoral Thesis, Ankara, 2023. The study was carried out in two stages to determine the prevalence and risk factors of urinary incontinence in non-menopausal women over the age of 18 who were registered in a Family Health Center in cross-sectional design, and examine the effects of the training and counseling program based on 'Pender's Health Promotion Model' on women's self-esteem, sexual satisfaction and quality of life in women with urinary incontinence in a randomized controlled experimental research design. The research has been conducted in two stages. The first stage of the research has been conducted in a cross-sectional research design to determine the prevalence and risk factors of urinary incontinence in nonmenopausal women over 18 years of age registered in a Family Health Center; and the second stage has been conducted in a pre-test-post-test randomized controlled experimental research design to evaluate the effect of the training and counseling program based on Pender's Health Promotion Model on women's self-esteem, sexual satisfaction and quality of life in women with urinary incontinence. In the first stage of the research, 1042 non-menopausal women over the age of 18 enrolled in the Family Health Center were included. In the first stage, data have been collected between 18 January 2021 and 31 May 2021 by using the 'Question Form on Descriptive Characteristics', 'International Incontinence Inquiry Form' and 'Incontinence Severity Index'. The second phase of the research has been continued with 46 women who met the sample selection criteria for the second phase. After the pre-test was completed, 46 women stratified blocks were stratified according to the severity of urinary incontinence (mild, moderate) by randomization and assigned to the intervention and control groups (M:23, F:23). In the second phase of the research, the data were collected between 24 September 2021 and 13 January 2022 using the 'International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form', 'Incontinence Severity Index', 'Information Form Based on Pender's Health Promotion Model', 'Self-Esteem Subscale', 'Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-Women Form', 'Incontinence Quality of Life Scale', 'Self-Efficacy Scale'. In the second stage of the research, 'Training and Consultancy Program Based on Pender's Health Promotion Model' prepared according to Pender's Health Promotion Model was applied to the intervention group. During the three-month period, the intervention group received 3 home visits one, two, and three months after the training program, and 3 phone calls 15 days after the training program, the first and the second home visit. The control group did not receive any intervention, data collection forms were applied simultaneously with the intervention group. In both stages of the research, the forms and scales were filled by the women themselves and the women were guided during this period. Frequency, percentage and descriptive statistics, Shapiro-Wilk Test, Independent Samples T-Test, Repeated Measurements Anova Test, Chi-square Independence Test, Fisher's Exact Test, Cochran-Q Test, Mann-Whitney U Test, McNemar Test, Friedman Test and Marginal Homogeneity Test have been used in the evaluation of the data. In the first stage of the research, urinary incontinence was determined in 32.9% of the women and it has been found that while the age, the recurrence of urinary system infection increased the risk of urinary incontinence, the increase in the level of education decreased the risk of incontinence. In the second stage of the research, it has been found that the frequency, amount, and severity of urinary incontinence of the women in the intervention group were lower than the control group one month and three months after the training, and the sexual satisfaction and quality of life of the women in the intervention group were higher than the control group one month and three months after the training ($p < 0,05$). The training and consultancy program given according to Pender's Health Promotion Model improves the frequency, amount, severity, sexual satisfaction and quality of life of urinary incontinence in women. In this direction, it is recommended to eliminate the risk factors before the problem arises in women who are at risk for urinary incontinence, to identify the problem at an early stage and to implement behavior and lifestyle changes, to integrate behavior and lifestyle changes into primary health care services, and to expand training programs for prevention and risk reduction in women who have problems.

Keywords: Urinary Incontinence, Behavior and Lifestyle Changes, Pender's Health Promotion Model, Self-Esteem, Sexual Satisfaction, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
ŞEKİLLER	xvii
GRAFİKLER	xviii
TABLolar	xix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları	6
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Üriner İnkontinansın İnsidansı	7
2.2. Üriner İnkontinansın Fizyopatolojisi	7
2.3. Üriner İnkontinans ve Tipleri	8
2.3.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans	9
2.3.2. Urge (Sıkışma//Refleks/Acil) Üriner İnkontinans	9
2.3.3. Miks (Karma) Tip Üriner İnkontinans	10
2.3.4. Fonksiyonel (Geçici) Üriner İnkontinans	10
2.3.5. Bilinçsiz (İnsensible) İnkontinans	10
2.3.6. Diğer İnkontinans Tipleri	11
2.4. Üriner İnkontinans için Risk Faktörleri	11
2.4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Risk Faktörleri	11
2.4.2. Gebelik ile İlgili Risk Faktörleri	12
2.4.3. Doğum ile İlgili Risk Faktörleri	13
2.4.4. Jinekolojik Risk Faktörleri	13

2.4.5. Davranışa İlişkin Risk Faktörleri	14
2.4.6. Diğer Risk Faktörleri	14
2.5. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Sorunlar	15
2.5.1. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Cinsel Sorunlar	16
2.5.2. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Benlik Saygısına İlişkin Sorunlar	17
2.5.3. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Yaşam Kalitesine İlişkin Sorunlar	17
2.6. Üriner İnkontinansın Önlenmesi ve Koruyucu Yaklaşım	18
2.6.1. Üriner İnkontinansa Yönelik Birincil Koruma	19
2.6.2. Üriner İnkontinansa Yönelik İkincil Koruma	19
2.6.3. Üriner İnkontinansa Yönelik Üçüncül Koruma	30
2.7. Üriner İnkontinansın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Hemşirelerin Rollerini	32
2.8. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bileşenleri	34
2.8.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler	35
2.8.2. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler	36
2.8.3. Davranışın Ortaya Çıkışı	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Gereç ve Yöntem	40
3.1.1. Araştırmanın Şekli	40
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi	41
3.1.4. Veri Toplama Araçları	44
3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulanması	47
3.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Gereç ve Yöntem	49
3.2.1. Araştırmanın Şekli	49
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	49
3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örneklemi	49
3.2.4. Veri Toplama Araçları	52
3.2.5. Eğitim Programı Kapsamında Kullanılan Gereçler	56

3.2.6. Evde İzlem ve Danışmanlık Sürecinde Kullanılan Gereçler	58
3.2.7. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklerinin Geliştirilmesinde Kullanılması	61
3.2.8. Eğitim Programının Pilot Uygulaması	65
3.2.9. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulanması	66
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	76
3.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri	76
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler	77
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	78
4. BULGULAR	80
4.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Bulgular	81
4.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-demografik, Obstetrik Özellikleri, Üriner Sistem Enfeksiyonu ve Cinsel Yaşam Öyküleri, Üriner inkontinans Yaşama Durumu ve Süresine İlişkin Bulgular	81
4.1.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi Alt Boyutlarına ve Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular	85
4.1.3. Kadınların Bazı Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Üriner İnkontinans Üzerine Etkilerinin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	89
4.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Bulgular	91
4.2.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik Özellikleri ile Üriner İnkontinansla Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	91
4.2.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, İnkontinans Şiddet İndeksi, Benlik Saygısı Alt Ölçeği, Glombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Ortancalarına İlişkin Bulgular	96

4.2.3. Müdahale Grubundaki Kadınların Üç Aylık Danışmanlık ve İzlem Sürecinde Kafeinli Yiyecek ve İçecek, Asitli İçecek ve Su, Süt ve Süt Ürünleri, Baharatlı Gıda, Asitli Sebze-Meyve Tüketimi, Tütün Kullanımı, Hafif ve Orta Düzey Egzersiz ve Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulamalarına İlişkin Bulgular	117
5. TARTIŞMA	122
5.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Bulguların Tartışılması	122
5.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Bulguların Tartışılması	128
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	137
6.1. Sonuçlar	137
6.1.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Sonuçlar	137
6.1.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Sonuçlar	138
6.2. Öneriler	140
7. KAYNAKLAR	141
8. EKLER	
EK 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu	
EK 2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)	
EK 3. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)	
EK 4. CONSORT 2017 Bilgi Kontrol Listesi	
EK 5. Tabakalı Blok Randomizasyon Listesi	
EK 6. Pender'in Sağlığı Gelistirme Modeline Dayalı Bilgi Formu	
EK 7. Benlik Saygısı Alt Ölçeği (BSAÖ)	
EK 8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)-Kadın Formu	
EK 9. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)	
EK 10. Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)	

- EK 11. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı-Eğitim Modülleri
- EK 12. İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı
- EK 13. ATEŞMAN Türkçe Okunabilirlik İndeksi
- EK 14. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Evde İzlem ve Danışmanlık Yönergesi
- EK 15. İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Kitapçığı
- EK 16. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklerinin Geliştirilmesinde Kullanılması
- EK 17. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Araştırma İzni
- EK 18. Etik Kurul İzni-Onay Sayfası
- EK 19. Aydınlatılmış Onam Formları
- EK 20. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Alınan İzinler
- EK 21. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Intention-to-Treat (ITT) Analizine İlişkin Tablolar
- EK 22. Ek Tablolar
- EK 23. Orjinallik Ekran Çıktısı
- EK 24. Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

M	: Müdahale
K	: Kontrol
Üİ	: Üriner İnkontinans
ICS	: International Continence Society (Uluslararası İnkontinans Birliği)
EAU	: European Association of Urology (Avrupa Üroloji Birliği)
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
POP	: Pelvik Organ Prolapsusu
SGM	: Sağlığı Geliştirme Modeli
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
BEBİS	: Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgileri Paket Programı
TNSA	: Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
ICIQ-SF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu)
İŞİ	: İnkontinans Şiddet İndeksi
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
BSAÖ	: Benlik Saygısı Alt Ölçeği
GRDCÖ-Kadın Formu	: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu

I-QOL	: Incontinence Quality of Life Scale (İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği)
ÖEYÖ	: Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği
PP	: Per-protocol
ITT	: Intention to Treat
SS	: Standart Sapma
SH	: Standart Hata
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences Statistics (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
STROBE	: Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanmasının Güçlendirilmesi)
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
n	: Örneklem Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
W	: Wald Testi
OR	: Odds Oranı
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
M	: Marjinal Homojenlik Testi
Q	: Cochran's Q Testi
F	: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi (Repeated Measures Anova)
t	: Bağımsız Örneklem T Testi
U	: Mann-Whitney U Testi
\bar{X}	: Ortalama
X^2	: Ki-kare Testi
U	: Mann Whitney U testi
%	: Yüzde
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
Kg	: Kilogram
Mg	: Miligram

Cm	: Santimetre
Cm²	: Santimetre Kare
Gr	: Gram
Dk	: Dakika
MI	: Mililitre
m	: Metre

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
3.1.	STROBE akış şeması	43
3.2.	Consort akış şeması	51
3.3.	Pender'in sağlığı geliştirme modeli'nin davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin geliştirilmesinde kullanılması	64
3.4.	Araştırmanın akış şeması	75

GRAFİKLER

Grafik		Sayfa
4.1.	Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde kafeinli yiyecek ve içecek, asitli içecek ve su tüketimi (ml/gün).	117
4.2.	Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde süt ve süt ürünleri tüketimi (gr/gün), baharatlı gıda tüketimi (gr/gün) ve asitli sebze-meyve tüketimi (gr/gün).	118
4.3.	Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde sigara kullanımını (adet/gün).	119
4.4.	Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısı.	120
4.5.	Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde hafif orta düzey egzersiz yapma süresi (dk/gün).	121

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Üriner inkontinansla bazı davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin öneriler.	21
2.2. Kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.	22
2.3. Sıvı alımının yönetimi/aşırı ya da yetersiz sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.	23
2.4. Kafein tüketiminin azaltılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.	25
2.5. Sigaranın bırakılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.	27
2.6. Hafif ve orta düzey egzersiz yapılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.	28
2.7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri'nin uygulanmasına ilişkin kanıt düzeyleri.	30
2.8. Barsak alışkanlığının kazandırılması/konstipasyonun önlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.	30
3.1. Araştırmadan dışlanan kadınların sayısı ve dışlama nedenlerine ilişkin bilgiler.	42
3.2. İnkontinans Şiddet İndeksi ve hesaplaması.	46
3.3. Toplum tabanlı tarama sürecinde ulaşılan kadın sayısına ilişkin bilgiler.	49
3.4. Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim programı.	68
4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri.	81
4.2. Kadınların bazı obstetrik özellikleri.	82
4.3. Kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve cinsel yaşam öykülerine ilişkin bazı özellikleri.	83
4.4. Kadınların üriner inkontinans yaşama durumu ve süresi ile ilişkili bazı özelliklerine ilişkin bulgular.	84
4.5. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, inkontinans şiddet indeksi skoruna ilişkin özellikler.	85
4.6. Kadınların üriner inkontinansla ilişkili bazı özellikleri.	86
4.7. Kadınların bazı tanıtıcı ve obstetrik özelliklerinin üriner inkontinans üzerine etkilerinin lojistik regresyon ile değerlendirilmesi.	89
4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri.	91
4.9. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özellikleri.	93
4.10. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların üriner inkontinansla baş etme özellikleri.	94

4.11.	Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortancası ve şiddet indeksi skoru.	96
4.12.	Kadınların üriner inkontinans sıklığı, miktarı ve şiddetinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.	98
4.13.	Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu ve İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortalama ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.	102
4.14.	Kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeği toplam puan ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.	105
4.15.	Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.	107
4.16.	Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.	113

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Üriner inkontinans (Üİ), bireyin yaşamını tehdit eden bir sağlık sorunu olmasa da, birçok psikolojik soruna yol açarak; özgüvende azalma, sosyal izolasyona neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen biyopsikososyal bir sorundur (1, 2). Uluslararası Kontinans Birliği'nin [International Continence Society (ICS)] 2002 yılında yayınlanan rehberinde Üİ, 'her türlü istemsiz idrar tutamama şikayeti' olarak tanımlanmıştır (3).

Üriner inkontinans sık görülmesine rağmen sorunu yaşayanlar tarafından semptomların normal kabul edilmesi, yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görülmesi ve çözüm arayışına gidilmemesi gibi nedenler gerçek sıklığının belirlenmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Üİ kadınlarda, erkeklerden 2-5 kat daha sık görülmektedir (4). Uluslararası bazı çalışmalarda Üİ oranı 25-54 yaş arası 1307 kadında %18.4 (5), 28-85 yaş arası 1017 kadında %51.7 (6), Hindistan'da 656 kadında %21,8 (7), İran'da 411 evli kadında %18.9 (8), 2183 Fransız kadınlarda da %26.8 (9)'dir. Üİ sıklığı ülkemizde, üreme çağındaki kadınlarda %31.4 (10), menopozdaki kadınlar arasında ise %45.3 bulunmuştur (11).

Üriner inkontinans farklı şekillerde görülebilmektedir. ICS tarafından Üİ tipleri, stres, urge (sıkışma/refleks/acil), miks (karışık), noktürnal enürezis, fonksiyonel, postürnal, insensible (bilinçsiz) ve koital olarak tanımlanmıştır. Stres üriner inkontinans (SÜİ); tempolu yürüme, egzersiz yapma, öksürme, hapşırma ve gülme gibi karın içi basıncı arttıran aktiviteler sırasında ortaya çıkmaktadır. Urge inkontinans, sıkışma hissinden hemen önce ya da sıkışma hissi sırasında gelişen inkontinans tipi (12) ve miks inkontinans stres ve urge inkontinansın birlikte görüldüğü inkontinans tipi olarak bilinmektedir (13). Postürnal inkontinans; oturma, yatma gibi vücutta pozisyon değiştiğinde gelişen, noktürnal enürezis ise gece uyku sırasında, farkında olmadan gelişen inkontinans olarak bilinmektedir. Bilinçsiz (insensible) inkontinanstaki birey inkontinans yaşadığının farkında değildir. Üİ koitus sırasında geliştiğinde ise koital inkontinans olarak ifade edilmektedir (12).

Üriner inkontinansın gelişmesinde bazı sosyo-demografik özellikler, gebelik ve doğuma ilişkin özellikler, jinekolojik özellikler ve davranışa ilişkin özellikler etkili

olmaktadır (14,15). Sosyo-demografik risk faktörleri yaş (16,17), cinsiyet, ırk, genetik faktörler (16-18), gebelik ve doğuma ilişkin risk faktörleri ise gebelikte alınan kilo, ilk doğum yaşı, doğum şekli, gebelik sayısı, müdahaleli doğum geçirme ve bebeğin doğum kilosu (15-17) olarak belirtilmektedir. Menopoza girme (16,17), sık üriner enfeksiyon geçirme, pelvik operasyon geçirme, estrogenin yetersiz olması (19,20) Üİ'ye neden olan jinekolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır. Alkol, kafein (19,20), sigara kullanımı (16,17) ve tuvalet alışkanlığı (18) ise davranışa ilişkin risk faktörleri olarak belirtilmektedir. Bunların yanında, düşük fiziksel aktivite, sedanter yaşam tarzı, sürekli oturarak çalışma, düzenli egzersiz yapmama ve obezite (20,21) inkontinansa neden olan diğer risk faktörleridir. Risk faktörleri değerlendirildiğinde, Üİ'den korunma ve Üİ'yi önlemenin mümkün ve önemli olduğu görülmektedir (22).

Üriner inkontinans sık görülmesine ve yaşamı tehdit etmemesine rağmen; kadınlarda sosyal izolasyon, kendini kusurlu, eksik ve huzursuz hissetme (23-26), cilt irritasyonu, perineal hijyeni sürdürmemesi, anksiyete, utanma (27,28), libidonun, cinsel isteğin ve uyarılmanın azalması (29) gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle kadınların benlik saygısı azalmakta, cinsel doyum ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (25-28).

İnkontinansı olan kadınlar, benlik saygısının olumsuz etkilenmesine bağlı gelişen sorunlarla sık karşılaşmaktadır. Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi ve benlik kavramını onaylanması sonucu ulaştığı beğenidir. Benlik saygısı, bireyin kendini değerli bulma durumu ya da değerli bulma düzeyini ifade eden bir kavram olarak belirtilmektedir (30). Üriner inkontinansı olan kadınların kendilerini farklı gördükleri ve bağımlı hissettikleri, sosyal izolasyon yaşadıkları, özgüvenlerinin azaldığı, sosyal ilişkilerinin ve mesleki yaşantılarının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (24-28). İdrar kaçırma, kötü kokma korkusu, utanma, suçluluk, inkar, anksiyete ve depresyon (26,28), kendini yetersiz ve kirli hissetme, damgalanma gibi sorunlar kadınların benlik saygısını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (20,25,27,31).

Cinsel doyuma ilişkin sorunlar, üriner inkontinansı olan kadınlarda sık görülen bir diğer sorundur (32). Cinsel doyum, 'bireyin cinsel ilişkiden duyduğu keyif ve memnuniyet' olarak tanımlanmaktadır (33). İnkontinansı olan kadınlar sürekli ped kullanma ve değiştirme, yatak koruyucusu kullanma zorunluluğu nedeniyle kendilerini

psikolojik baskı altında hissetmekte ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmektedir (1,32). Kadınlar cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ve koku endişesi, utanma, libidonun, cinsel isteğin ve uyarılmanın azalması gibi cinsel doyumunu olumsuz etkileyecek sorunlarla karşılaşmaktadır (29,32,34). Güdücü ve arkadaşları (2016) (35)'nin inkontinansın cinsel işlev ve çift uyumu üzerine etkilerini belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmada, kadınların değiştirdikleri ped sayısı ve Üİ sıklığı arttıkça cinsel fonksiyonun ve doyumun azaldığını belirlemişlerdir.

Üriner inkontinans benlik saygısı ve cinsel doyuma ilişkin sorunların yanında kadınların yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (23,25,27,32,35). Akyol'un (1993) belirttiği gibi yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike (1939) 'sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi'; Lewis (1982) ise 'bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı' olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi, bireyin hastalığının olmaması yanında; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak da iyi olmasını gerektirmektedir (36). Üriner inkontinansı olan kadınlarda koku, cilt irritasyonu, sosyal izolasyon, anksiyete, utanma gibi sorunlar kadınların sosyal yaşamlarını kısıtlamakta, kendilerini kusurlu, eksik ve huzursuz hissetmelerine neden olmaktadır. Tüm bu sorunlar nedeniyle kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (25-28).

Üriner inkontinansa bağlı tüm sorunlara rağmen kadınların sadece %13-55'i doktora başvurmaktadır (37). Kadınlar, Üİ'yi gebelik dönemi ve doğum sonu dönemde gelişebilen bir durum olarak algılanması, bulguların önemsenmemesi, Üİ'nin yaşlanmanın normal bir sonucu olarak kabul edilmesi nedeniyle doktora geç başvurmaktadır (24). Üİ'nin kadının aile içi ilişkiler, partnerle ilişki, sosyal ilişkiler ve iş yaşantısını fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan olumsuz etkileyen bir problem olması, kadınlarda yaygın görülmesi, kadının yaşam süresinin uzun olması ve yaşamdan beklentilerin artması, kadınların utanma ve çekinme sonucu çözüm aramamaları nedeniyle, bu sorunun önlenmesi ve tedavisinde koruyucu yaklaşım önem kazanmaktadır (20,24,31).

Üriner inkontinansı önlemede birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç tip koruyucu yaklaşım mevcuttur. Birincil koruma Üİ gelişmeden önce önlenmesi; ikincil koruma risk faktörlerinin belirlenmesi, risklerin ve sorunun en aza indirilmesi; üçüncül koruma ise Üİ geliştikten sonra kötüleşmesini engelleme, ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesi ve rehabilitasyonun sağlanmasını kapsamaktadır

(1,38). Literatürde Üİ'nin yönetiminde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, biofeedback, vajinal kon uygulaması olmak üzere konservatif, farmakolojik ve cerrahi yaklaşım uygulandığı belirtilmiştir (1-3,22).

Üİ'den korunma ve Üİ'nin tedavisi inkontinansın derecesine göre planlanmakta ve en az invaziv yöntem olan konservatif tedavinin ilk seçenek olması önerilmektedir (1,38). Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yan etkilerinin olmaması, invaziv girişim içermemesi, semptomlarda uzun dönem iyileşme sağlaması nedeniyle uluslararası kanıt temelli rehberlerde tedavide ilk seçenek olarak ele alınması önerilmektedir (22,31,39,40). Yaşam tarzı değişikliklerinin uygulamasının amacı; bireyin alışkanlıklarının (sigara kullanma, kafein tüketimi, egzersiz yapma, diyet vb.) belirlenerek Üİ'yi tetikleyen ya da pelvik taban disfonksiyonuna neden olan risk faktörlerinin değiştirilmesi, pelvik taban kontrolünün geri kazanılmasıdır (20).

Avrupa Üroloji Birliği'nin (EAU) 2017 yılında yayımlanmış olduğu rehberde yaşam tarzı değişiklikleri 'kilonun verilmesi', 'aşırı/yetersiz sıvı alımının düzenlenmesi', 'kafeinli içeceklerden uzak durulması', 'alkol tüketiminin azaltılması', 'pelvik taban kaslarının aşırı gerilmesine neden olan ağır aktivitelerin kısıtlanması', 'sigaranın bırakılması', 'barsak alışkanlığının kazanılması (konstipasyonun önlenmesi) olarak belirtilmiş ve bu uygulamaların semptomlar üzerine etkisine kanıt düzeyleri ile birlikte yer verilmiştir (41). Literatürde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ ile baş etmede etkili olduğu belirlenmiştir (39-43). Maserejian ve arkadaşlarının (2011) (42) vitamin ve minerallerin Üİ ile ilişkisini araştırdığı araştırmada ise; C vitamini ve kalsiyum tüketiminin idrar depolamayı ve inkontinansı artırdığı belirlenmiştir. Ancak beta kritoksantin (portakal, karpuz, mısır vb.) ve C vitamini tüketimi ile Üİ semptomları arasında negatif ilişki saptanmıştır. Hastanın idrar depolama ve inkontinans semptomlarının değerlendirilip, önerilen dozda vitamin ve minerallerin diyetle alınmasının alt üriner sistem semptomlarının azaltılmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir. Pelvik taban kası eğitiminin stres inkontinans, cinsel işlev bozuklukları ve pelvik organ prolapsusu (POP) üzerine etkisini değerlendiren bir Cochrane derlemesinde, pelvik taban kası eğitiminin Üİ tedavisinde etkili olduğu belirlenmiş ve tedavide ilk seçenek olması gerektiği belirtilmiştir (A düzeyinde kanıt) (43).

Üriner inkontinansın ortaya çıkmadan koruyucu önlemlerle önüne geçilmeye çalışılması ya da ortaya çıktıktan sonra farmakolojik ya da cerrahi tedaviye gerek kalmadan sorunun tedavi edilmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri oldukça önemlidir (20,31). Ancak bireylerde davranış değişikliği oluşturulması, zararlı alışkanlıkların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile değiştirilmesi bireysel ve kültürel nedenlerle oldukça zordur. Üİ'si olan kadınlarda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasında motivasyonu sağlamak için etkili müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülebilir olmasında günümüzde modellere dayalı eğitim yaklaşımı ve müdahaleler oldukça önem kazanmıştır. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) bireye kendi sağlığı üzerinde kontrolünü artırma gücünü kazandırması, davranışın değişikliğinde bireyin isteğini, motivasyonunu değerlendirmesi ve davranış değişikliği sürecine uyumu artırması, bireye ve gereksinimlere özgü olması, sağlığı geliştirme ve davranış değişikliği geliştirmede güçlü bir teorik çerçeveye sahip olması yönüyle oldukça etkili bir modeldir (1,44,45). Bu doğrultuda bu araştırmada, Üİ'si olan kadınlarda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelik; bakımın devamlılığının sağlanması, standardize edilmesi, bütüncül ve sürdürülebilir olması, davranışı etkileyebilecek risk faktörlerini bütüncül olarak değerlendirme ve kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri kazandırılması açısından SGM kullanılmıştır (45). Modelin karar verme ve kritik düşünme sürecinde hemşirelere rehberlik edeceği ve hemşirelerin Üİ'nin yönetiminde hemşirelik yönetmeliğinde belirtilen rollerini bağımsız bir şekilde yerine getirmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (1,46). Model literatürde obez bireylerde (47), üniversite öğrencilerinde (48), göçmen işçilerde (49), göçmen kadınlarda (50), serviks ve meme kanserinde erken tanıda (51) ve diyabetli bireylerde (52) kullanılmış ve modelin yaşam tarzı değişikliği geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın aile sağlığı merkezleri, üroloji ve üro-jinekoloji kliniklerine herhangi bir nedenle başvuran kadınların Üİ açısından değerlendirilmesine, koruyucu hizmete önem verilmesine, Üİ'nin önlenmesi ve tedavisinde hemşirelerin etkin rol almasına, davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kadınların yaşadıkları sorunların iyileştirilmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bunların yanında riskli kadınlarda sorun ortaya çıkmadan risk

faktörlerinin ortadan kaldırılması, sorun yaşayan kadınlarda ise sorunun erken dönemde belirlenerek tedavi edilmesi ile invaziv girişimler, medikal ve cerrahi tedaviye bağlı yük, tedavi için ayrılan süre, tedavinin ülkeye getirdiği ekonomik yük azalacak; hastanelerde yatak sayısı ve maliyet etkinlik artacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma iki aşamada, iki farklı amaca yönelik olarak yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşaması, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın ikinci aşaması, üriner inkontinansı olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevalansı nedir?
- Üriner inkontinans risk faktörleri nelerdir?

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

H_{1a}: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında Üİ şiddeti açısından fark vardır.

H_{1b}: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında benlik saygısı açısından fark vardır.

H_{1c}: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında cinsel doyum açısından fark vardır.

H_{1d}: Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üriner İnkontinansın İnsidansı

Üriner inkontinans, fiziksel, ruhsal ve sosyal birçok soruna yol açmakta; özgüvende azalma, sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinin derinden etkilenmesine neden olmaktadır (1,2). Üİ, 'her türlü istemsiz idrar tutamama şikayeti' olarak tanımlanmıştır (3).

Üriner inkontinans her iki cinsiyeti de etkilemesi ve yaygın görülen bir sorun olmasının yanında, kadınlarda erkeklerden 2-5 kat daha sık görülmektedir (4). Dünya genelinde kadınlarda Üİ'nin görülme sıklığının %15-55 arası olduğu belirtilmektedir (53). Yapılan çalışmalara göre kadınlarda Üİ prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Kadınlarda Üİ sıklığı ve Üİ'yi etkileyen faktörleri değerlendiren bir meta-analiz çalışmasında; Üİ prevalansı Ortadoğu ülkelerinde %52, Afrika'da %45.3, Avrupa birliği ülkelerinde %37, ABD'de %14 ve Asya'da %13 olarak belirlenmiştir (54).

Ülkemizde ise kadınların Üİ'yi bir sorun olarak görmemesi ve semptomları normal kabul etmesi, sorunun mahrem kabul edilmesi ve utanma duygusu ile muayene ve tedavi için sağlık hizmetine başvurmamaları, yeterli sayıda çalışma olmaması nedeniyle genel bir veri bulunmamakla birlikte kadınlarda Üİ prevalansının %16-%49 arasında değiştiği bildirilmektedir (55-60). Üİ'nin yaşlanmanın normal sonucu olarak algılanması, problemi yaşayan kişi belirtmediği sürece sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmemesi gibi nedenlerle Üİ prevalansı tam olarak belirlenmemektedir (54).

2.2. Üriner İnkontinansın Fizyopatolojisi

Kadınlarda normal kontinans merkezi sinir sistemi, periferik sinir sistemi ve nöral merkezler, mesane, üretra, pelvik taban kasları ve çevre bağ dokular arasında bir koordinasyon ve uyum ile gerçekleşmektedir. Dolma/depolama, kontraksiyon/boşaltma olmak üzere başlıca iki aşamayı içeren normal miksiyon, mesane, mesane kası, üretra ve üretral sfinkterin refleks ve istemli kontrol mekanizması ile sağlanmaktadır. Miksiyon istemli olarak gerçekleştiğinde idrarın mesanede depolanabilme yeteneğine kontinans denilmektedir (24).

Mesane volümü yaklaşık 400 ml'ye ulaştığında mesane duvarındaki basınç reseptörleri beyine mesaj göndermekte ve boşaltım için mesaneye uyarın gitmektedir. Mesane kası kasılarak ve üretral sfinkter mekanizma idrarın çıkmasını sağlamaktadır (24,61). Ancak bu süreç herhangi bir noktada kesintiye uğrarsa inkontinans gerçekleşmektedir. İnkontinans patofizyolojisi hamak teori ve integral teori olmak üzere iki teori çevresinde ele alınmaktadır (61).

Hamak Teorisi: Kontinans için mesane ve üretranın anatomik yerleşimleri ve basınç oluşturan kuvvet vektörleri çok önemlidir. Bu yapıların mobilize olması üretraya düzenli basınç yayılımının olmamasına, üretral kapanma basıncının zayıflamasına ve inkontinansa neden olmaktadır (61). Hamak teorisine göre Üİ; doğum, obezite ve kronik kabızlık, ağır yük kaldırma ve ağır fiziksel egzersiz gibi karın içi basıncı tekrarlı bir şekilde artıran durumlara bağlı olarak mesane boynu ve üretranın anatomik destek kaybı veya travma nedeniyle ortaya çıkmaktadır (15).

İntegral Teori: Bu teorinin temelinde puboüretral ligaman, subüretral hamak ve pelvik taban kaslarının üretral kapanma ve kontinans üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir. Vajen ön duvarındaki anatomik yapıların gevşek olması, mesane boynu ve proksimal üretradaki reseptörlerin mesane dolumu tamamlanmadan aktive olarak miksiyon ihtiyacı hissedilmesine ve urge Üİ'ye neden olmaktadır. Vajen duvarındaki gevşek yapı pubokoksigeal kasın vajen ön duvarına olan desteğinin azalmasına neden olarak, üretral kapanmayı olumsuz olarak etkilemekte ve stres Üİ gelişmektedir (62,63).

2.3. Üriner İnkontinans ve Tipleri

Üriner inkontinans geçici veya kalıcı olarak görülebilmektedir. Geçici Üİ, ani bir hastalık ile meydana gelmekte, genellikle altı ay veya daha kısa sürmekte ve tedavi edilebilmektedir. Geçici Üİ enfeksiyon, deliryum, kullanılan ilaçlar, ruhsal sorunlar, diürez, konstipasyon ve aktivite intoleransı gibi nedenlerle oluşmaktadır. Üİ'ye neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması ile inkontinans da ortadan kalkabilmektedir. ICS tarafından sürekli Üİ tipleri, stres, urge (sıkışma), miks (karma), bilinçsiz (insensible), postüral, fonksiyonel, koital inkontinans ve noktürnal enürezis olarak tanımlanmıştır. Kalıcı Üİ en çok stres, urge (sıkışma), miks (karma) tipleri ile görülmektedir (12).

2.3.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans

Stres inkontinans, en sık (%50-70) görülen Üİ tipi olmakla birlikte; genç yaş grubunda daha sık görülmektedir. Stres inkontinans gelişimine neden olan anatomik ve fizyolojik ilişkilerin bilinmesi, önlenmesi için oldukça önemlidir. Stres inkontinans anatomik desteğin zayıflaması, mesane içindeki basıncın üretranın kapanma basıncından daha fazla olması ve internal sfinkter yetmezliği nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Stres Üİ'nin fizyopatolojisinde 2 önemli faktörün rol oynadığı düşünülmektedir (64).

Stres inkontinansda kaçırılan idrarın miktarı azdır ve hiçbir uyarı vermeden stresle beraber ani olarak gerçekleşmektedir. Stres inkontinans, öksürme, yürüme, egzersiz yapma, gülme, hapsirme gibi karın içi basıncı arttıran aktiviteler sırasında gelişmektedir. Çok ve sık doğum, iri bebek, müdahaleli doğum (vakum, forseps gibi), genetik yatkınlık, histerektomi, estrojen yetersizliği, pelvik taban bozuklukları, menopoza ve yaşlanma sonucu sekonder olarak da gelişebilmektedir (12,64).

2.3.2. Urge (Sıkışma//Refleks/Acil) Üriner İnkontinans

Urge inkontinans, sıkışma hissinin hemen öncesi ya da sıkışma hissi ile oluşmaktadır. Üİ'si olan hastaların %20-30'unda (12) ve daha çok yaşlı bireylerde görülmektedir (3,12). Urge Üİ, stres Üİ'den sonra en sık görülen ikinci inkontinans tipidir (3,12).

Nörolojik nedenlere bağlı görülen inkontinansa hiperrefleks mesane, nörolojik nedenlerden bağımsız gelişen inkontinansa ise detrusör instabilitesi denilmektedir. Mesane kasının aşırı aktivitesi ile "ani ve ertelenemeyen idrar yapma isteği (urgency)", miksiyonda artma ve bu isteğin bastırılmaması inkontinans ile sonuçlanmaktadır (12).

Mesaneyi irrite eden enfeksiyonlar, cerrahi girişim, serebrovasküler sorunlar, interstisyel sistit, atrofik vajinit, geçirilmiş cerrahi tedaviler sekonder neden olarak düşünülmektedir (65).

2.3.3. Miks (Karma) Tip Üriner İnkontinans

Miks inkontinans, stres ve urge inkontinansın ikisinin birlikte görüldüğü inkontinans tipidir. Miks inkontinansın görülme sıklığı %25-35'tir ve yaşlı kadınlarda daha sık görülmektedir (66).

Miks inkontinansda mesane kası motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında fonksiyon bozukluğu meydana gelmektedir. Fiziksel egzersiz, öksürme, hapşırma gibi batın içi basıncı artıran eylemler sırasında ve mesane kasının aşırı aktivasyonuna bağlı olarak ani miksiyon hissinin birlikte görülmesi ile gelişmektedir (13,65).

2.3.4. Fonksiyonel (Geçici) Üriner İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans, farmakolojik, fiziksel, psikolojik veya çevresel etkenlerin neden olduğu inkontinans tipidir. Fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi alt üriner sistem dışında geçici olarak ortaya çıkmaktadır. Fonksiyonel inkontinans iyileşebilir faktörler nedeniyle oluşmaktadır. Bazı farmakolojik ajanların kullanımı, atrofi, üriner sistem enfeksiyonu, diyabet, hiperkalsemi, deliryum, aktivite intoleransı ya da aşırı sıvı alımı gibi fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma ortaya çıkma nedenleri arasında yer almaktadır (12).

Genellikle romatizmal hastalıklar gibi hastanın hareket kısıtlılıklarına neden olan durumlarda, demansı olan, fonksiyonel açıdan başkalarına bağımlı olan ve bakım evlerinde kalan bireylerde görülmektedir (67).

2.3.5. Bilinçsiz (İnsensible) İnkontinans

Bilinçsiz (insensible) inkontinansda birey mesanenin dolgunluğunu ve miksiyon ihtiyacını hissetmemektedir ve idrar kaçırdığının farkında değildir. Bilinçsiz inkontinansda perinede duyu kaybı ya da ağır sfinkter zayıflığı gelişmektedir (3).

Vezikovajinal ve üetrovajinal fistüller, pelvik radyasyon, üretraya yapılan operasyonlar ve alt motor nöron hastalığı ve nörolojik disfonksiyon bilinçsiz inkontinansa neden olmaktadır (3,12).

2.3.6. Diğer İnkontinans Tipleri

Postüral Üİ, noktürnal enürezis ve koital inkontinans diğer Üİ tipleri arasında yer almaktadır (12). İnkontinans oturma, yatma gibi vücuttaki pozisyon değişikliğine bağlı geliştiğinde postüral inkontinans; gece uyku sırasında farkında olmadan geliştiğinde noktürnal enürezis ve cinsel ilişki sırasında geliştiğinde ise koital inkontinans olarak değerlendirilmektedir (3,12).

2.4. Üriner İnkontinans için Risk Faktörleri

Üriner inkontinansın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte inkontinansı tetikleyen bazı risk faktörleri bulunmaktadır (68). Üİ'nin gelişmesinde bazı sosyo-demografik özellikler, gebelik ve doğuma ilişkin özellikler, jinekolojik özellikler ve davranışa ilişkin özellikler etkili olmaktadır (14,15,16,17,54). Üİ için risk faktörleri aşağıda belirtilmiştir.

2.4.1. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Risk Faktörleri

Yaş: Üriner inkontinans sıklığı yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır. Bu nedenle kadınların birçoğu Üİ'yi bir sorun değil, yaşlanmaya bağlı gelişen bir durum olarak kabul etmektedir (19). Yaşın ilerlemesi ile mesane kontraktilesi, kapasitesi, miksiyonu geciktirme ve durdurma becerisinin azalması, idrara çıkma sıklığı ve miktarının artması, kan damarları ve kasların hacminde azalma gibi üretral sistem dokularındaki değişiklikler üretral fonksiyonların bozulmasına neden olmaktadır (16,17). Ayrıca yaşın ilerlemesine bağlı ilaç kullanımı, pelvik taban kaslarının zayıflaması, vajinal atrofi, üriner enfeksiyon, nörolojik, ürolojik, renal problemler ve diyabet gibi sorunlar inkontinans gelişimine zemin hazırlayan diğer faktörlerdir (19,20). Chang ve arkadaşlarının (2021) (14) çalışmasında kadınlarda yaş arttıkça stres inkontinans görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir. Yücel ve arkadaşlarının (2018) (57) çalışmasında kadınlarda Üİ sıklığının yaşın artması ile birlikte arttığı bulunmuştur. Çalışmada Üİ sıklığı 20-29 yaş aralığındaki kadınlarda %12.5, 40-49 yaş aralığındaki kadınlarda %44.6, ve 60 yaş ve üzeri olan kadınlarda %39.1'dir.

Cinsiyet: Üriner inkontinans her iki cinsiyeti de etkilemesi ve yaygın görülmesi ile birlikte kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2-5 kat daha fazladır

(4). Aşık ve Demirel'in (2021) (69) çalışmasında Üİ sıklığı erkeklerde %9.68 iken kadınlarda %30.12 olarak belirlenmiştir.

Kadınlarda gebelik sürecinde hormonal değişiklikler, uterusun büyümesi, fetüsün ağırlığı, doğumun müdahaleli olması, klimakterik dönemde meydana gelen değişiklikler gibi birçok faktör pelvik taban bozukluklarına ve inkontinansa neden olabilmektedir. Kadınlarda urge Üİ sıklığı düşük, stres ve miks Üİ sıklığı yüksektir (4).

İrk: Üriner inkontinans prevalansı genetik yapı ile ilişkilendirilmektedir. Üİ prevalansı ırka göre farklılık göstermekle birlikte yapılan çalışmaların çoğunluğu beyaz ırkla ilgili olduğu için diğer ırkların prevalansının net olmadığı belirtilmiştir (54,55,56,70). Siyahi kadınların pelvik taban kas ligamentlerinin beyaz kadınlara göre daha kalın olması ve mesane kapasitelerinin daha fazla olmasının inkontinans riskini azalttığı bildirilmiştir (54,70).

Leroy ve arkadaşlarının (2012) (71) literatür incelemesinde, Üİ prevalansının Beyaz ve İspanyol kadınlarda, Siyahi ve Asyalı kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Beyaz kadınlarda stres inkontinansın, Siyahi kadınlarda urge inkontinansın sık görüldüğü; miks inkontinans açısından gruplar arasında etnik ve ırksal açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

2.4.2. Gebelik ile İlgili Risk Faktörleri

Gebelikte büyüyen uterusun mesane üzerine baskı yapması nedeniyle mesane ve üretrada anatomik değişikliklerin meydana gelmesi, kilo artışı, fetüsün ağırlığı ve glomeruler filtrasyon hızının artışı nedeniyle idrar yapımının artması stres inkontinansa zemin hazırlamaktadır (15,72). Büyüyen uterusun baskı yapması karın içi basıncı artırarak pelvik organların aşağı itilmesine neden olmakta, pelvik taban kasları baskı ve zorlanmaya maruz kalmaktadır. Ayrıca gebelikteki hormonal değişiklikler pelvik taban kompleksini etkilemekte, pelvis dahil olmak üzere vücutta tüm kas-iskelet sisteminde relaksasyon meydana gelmektedir. Lin ve arkadaşlarının (2018) (15) Tayvanlı kadınlar ile yapmış oldukları bir çalışmada gebeliğin 3. trimesterinde olan gebelerde Üİ prevalansı %51.5 olarak belirtilmiştir. Rogers ve arkadaşlarının (2017) (73) çalışmasında, gebelerde Üİ prevalansının ilk trimesterde

%33, ikinci trimesterde %44, son trimesterde ise %69 olduğu belirlenmiş ve inkontinansın gebeliğin son trimesterine doğru arttığı bulunmuştur.

2.4.3. Doğum ile İlgili Risk Faktörleri

Vajinal doğum; levator ani kası zedelenmeleri, pudental sinir hasarı, perineal bölgede doğum eylemine bağlı gelişen laserasyonlar, epizyotomi açılması, müdahaleli doğum nedeniyle pelvik taban destek dokuları ve sinirsel yapılarda hasara ve stres inkontinansa neden olmaktadır. Ayrıca doğumda fetal başın angaje olması ile mesane boynu ve üretral yapıların hareketliliğinin artması inkontinansa neden olan diğer faktördür (17,74). Kokabi ve Yazdanpanah (2017) (75)'ın çalışmasında Üİ prevelansının vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapan kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Literatürde Üİ sıklığı açısından vajinal ve sezaryen doğum arasında önemli bir fark olmadığını belirten (76,77) ve vajinal doğumun sezaryen doğuma göre Üİ açısından daha riskli olduğunu vurgulayan çalışmalar yer almaktadır (70,72,78,79).

2.4.4. Jinekolojik Risk Faktörleri

Menopoza Girme: Postmenopozal dönemde kadınlarda inkontinans insidansı kandaki estrojen seviyesinin düşmesi ve üriner sisteme ilişkin semptomların (üriner sistem enfeksiyonları, urgency, noktüri vb.) artması sonucu iki katına çıkmaktadır (17,74). Pelvik tabanın kas ve vasküler yapılarında estrojen reseptörleri yer almaktadır (63). Menopozda estrojenin azalması nedeniyle over fonksiyonunda yetersizlik, ürogenital atrofi ve dokularda atrofik değişikliklerin gelişmesi dizüri, noktüri, urgency, Üİ gibi üriner semptomların görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (19,20).

Üretranın kısalması, üretral basıncın artması, üretral vasküleritenin azalması, intraüretral basınçta düşme, idrar atılımından sorumlu olan kasların zayıflaması ve strese cevapta yetersizlik diğer nedenler arasında yer almaktadır (16,17,19,20).

Sık Üriner Enfeksiyon Geçirme: Üriner enfeksiyon, mukozal dokularda inflamasyona neden olmakta ve mesane kasında istemsiz kasılmalara neden olmaktadır (74). Enfeksiyon ajanları nedeniyle salgılanan endotoksinler, alfa

adrenerjik etki ile üretral sfinkter mekanizmasında yetersizliğe neden olmaktadır (18). Liu ve arkadaşlarının (2014) (80) çalışmasında üriner sisteme ilişkin enfeksiyonların Üİ için risk faktörü olduğu; Heydari ve arkadaşlarının (2016) (81) çalışmasında ise risk faktörü olmadığı olduğu belirtilmiştir.

Pelvik Operasyon Geçirme: Pelvik operasyonlar, üriner sistem ve üreme sisteminde yer alan organların anatomisi ve fonksiyonlarını etkilemektedir. Pelvik operasyonlar sonucu pelvik kas, fasya, sinir ve destek yapısı hasarı ve yaralanmaları, mesane destek yapılarının çıkarılması ve cerrahi menopoz gelişmesi inkontinansa neden olabilmektedir (63). Cerrahide periüretral dokularda fibrozis ve kompresyon gelişebilmektedir. Radikal histerektomi, mesane boynu ameliyatları sonrası üretra ve mesanenin denervasyonu nedeniyle miksiyon bozuklukları görülebilmektedir (18).

2.4.5. Davranışa İlişkin Risk Faktörleri

Sigara, Alkol ve Kafein Kullanımı: Sigara, alkol kullanımı ve kafein tüketimi inkontinansı 3-4 kat daha artırmaktadır (82). Sigara kullanımı mesane içi basıncın artmasına, kollajen sentezi ve estrogen seviyesinin azalmasına neden olmaktadır. Sigara kullanımı sonucu meydana gelen şiddetli öksürme, üretra ve mesaneye ilişkin sfinkterlerin anatomik ve nörolojik fonksiyonu bozulmaktadır (1,16,17). Ayrıca sigaradaki karbonmonoksit vücutta kas atrofisine neden olmaktadır (1). Ancak sigarayı bırakmanın inkontinansı iyileştirdiğine ilişkin henüz bir veri yoktur (63).

Alkol ve kafein kullanımında ise diüretik etkiden dolayı inkontinans gelişebileceği, ayrıca mesaneyi uyarıcı etkisinin bulunması nedeniyle aşırı aktif mesane semptomuna neden olduğu belirtilmiştir (82). Yapılan bir çalışmada kahve/kafein tüketiminin stres Üİ ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (83).

2.4.6. Diğer Risk Faktörleri

Obezite: Obezitenin kadınlarda stres ve miks inkontinans için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Beden kitle indeksi (BKİ)'nin artması, abdomen, mesane, pelvik taban kaslarına ve üriner sfinkterlere olan basıncı artırması ve mesane boynu pozisyonunda değişikliklere neden olması ile inkontinansa zemin hazırlamaktadır. Ayrıca obezite mesaneye kan akımını azaltarak, inervasyonuna zarar verebilmektedir.

BKİ'si yüksek olan kadınlarda vajinal dinamik basıncın normalden daha düşük olması da inkontinansa neden olabilmektedir (14,21). Terzi ve arkadaşlarının (2013) (84) çalışmasında, BKİ'si 18.5-25.0 aralığında olan kadınlarda Üİ prevelansı %29, BKİ'si 30'un üzerinde olanlar kadınlarda %62.3 olarak belirlenmiştir. Obezite ile pelvik taban kas gücünün, kas sayısının azaldığını ve Üİ ile ilişkili olduğunu ortaya koyan bir çalışmada, kadınlarda SÜİ oranı %10.42 bulunmuştur (21).

Barsak Alışkanlığı/Konstipasyon: Kronik konstipasyon ve defekasyonda zorlanmaya bağılı olarak intraabdominal basınç artmakta, tekrarlayan uzamış ıkınma sonucu pudental sinirde hasar oluşmakta, pelvik taban kasları zarar görmekte ve inkontinans gelişebilmektedir. Ayrıca mesane ve üretraya baskı olması retansiyona neden olmaktadır (63,85).

Hage-Fransen ve arkadaşlarının çalışmasında (2021) (85) kronik konstipasyonun Üİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir diğerk çalışmada pelvik taban kasına zarar veren en önemli nedenin konstipasyon olduğu belirlenmiştir (86).

İlaç Kullanımı: Bazı ilaçlar diüretik etki ederek idrar çıkışını artırması, sempatik ve parasempatik sinir sistemini etkilemesi ile Üİ'ye neden olmaktadır (87). Diüretikler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antipsikotik ilaçlar, sedatifler ve narkotik analjezikler üretral sfinkter yetmezliğine neden olarak Üİ için risk oluşturmaktadır (63).

2.5. Üriner İnkontinansa Bağılı Görülen Sorunlar

Üriner inkontinans, kadın sağlığını fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Üİ, yaşamı tehdit etmemesine rağmen; kadınlarda sosyal izolasyon, kendini kusurlu, eksik ve huzursuz hissetme (1,68), cilt irritasyonu, perineal hijyeni sürdürmememe, anksiyete, utanma (88,89), libidonun, cinsel isteğin ve uyarılmanın azalmasına (29) neden olmaktadır. Tüm bu sorunlar kadınlarda cinsel doyumun ve benlik saygısının azalmasına, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (1,29,88).

2.5.1. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Cinsel Sorunlar

Üriner inkontinans, kadınların cinselliğini olumsuz yönde etkileyen bir sorundur. Üİ doğrudan cinsel işlev bozukluğuna neden olmamakla birlikte libidoyu, cinsel ilişki sıklığını ve vajinal kayganlığı önemli ölçüde azaltmaktadır. Kadınlar, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma ve kötü kokma endişesi, ıslaklık nedeni rahatsız olma ve utanma gibi cinsel doyumunu olumsuz etkileyecek sorunlarla karşılaşmaktadır (1). Koital inkontinans, cinsel aktivite sırasında utanmaya, uzun dönemde ise stres, anksiyete, depresyon, benlik saygısının azalması gibi ruhsal sorunlara neden olmakta ve eşler arası ilişkilerde sorunlar ortaya çıkmaktadır (1,29,32).

İnkontinansı olan kadınlarda vajinal kuruluk, disparoni, partnerle uyumsuzluk, rahatsızlık ve cinsel tatminsizlik libidonun, cinsel isteğin ve uyarılmanın azalması gibi cinsel fonksiyon bozuklukları daha yaygın görülmektedir (29,34). Cinsel aktivite sırasında kadınlarda idrar kaçırma endişesi ve pelvik tabanda kontrol edilemeyen ritmik kasılmalar orgazma ulaşmayı engelleyen önemli sorunlardır (32,35). Cinsel fonksiyonlarda bozulma inkontinansa bağlı olarak gelişebilmekle birlikte; beden imajının bozulması ve özgüvenin azalmasının sonucu olarak da görülebilmektedir (29,34).

Üriner inkontinansı olan kadınlar sürekli ped kullanmak ve değiştirmek zorunda olma, yatak koruyucusu kullanma gibi nedenlerden dolayı cinsel ilişki sırasında kendilerini psikolojik baskı altında hissetmekte ve çekiciliğini kaybettiklerini düşünmektedir (1,90). Cinsel ilişki öncesi idrara çıkma, cinselliği erteleyerek ya da cinsel ilişkiyi erken bitirerek partnere sorunu hissettirmeme kadınların koital inkontinans için aldığı önlemler arasında yer almaktadır (29).

Koital Üİ sıklığı stres tipi inkontinansı olan kadınlarda %89.4, aşırı aktif mesanesi olan kadınlarda %33.3 olarak belirtilmiştir (91). Burzynski ve arkadaşlarının (2021) (90) SÜİ'nin kadınların cinsel aktivitesi üzerindeki etkisini, cinsel fonksiyonu ve yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlı yapılan çalışmada SÜİ'nin, cinsel ilişki sıklığının azalmasına ve cinsel ilişkiden kaçınmaya neden olduğu belirlenmiştir. Koital inkontinans varlığı ile cinsel işlev bozukluğu oluşması arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Cinsel aktiviteyi sınırlayan en yaygın nedenlerin libidonun azalması, yorgunluk ve isteksizlik olduğu belirlenmiştir.

2.5.2. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Benlik Saygısına İlişkin Sorunlar

Üriner inkontinansı olan kadınlar, benlik saygısının olumsuz etkilenmesine bağlı gelişen sorunlarla sık karşılaşmaktadır (26,88). Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesi sonucu benlik kavramını onaylama, kendini değerli bulma durumu ve değerli bulma düzeyini ifade eden bir kavram olarak belirtilmektedir (30).

İnkontinansı olan kadınların sosyal izolasyon yaşadıkları, kendilerini farklı ve bağımlı hissettikleri (25,26,88), mesleki, sosyal ve fiziksel yaşantılarının kısıtlandığı ve olumsuz etkilendiği, özgüvenlerinin azaldığı belirlenmiştir (23,25,26). Yapılan bir çalışmada, inkontinansı olan kadınların olmayan kadınlara göre sosyal izolasyona daha yatkın oldukları, anksiyete düzeylerinin yüksek, özgüvenlerinin ise düşük olduğu belirtilmiştir (92).

Kötü kokma korkusu, utanma, suçluluk, inkar, anksiyete ve depresyon (88,92), damgalanma, küçük düşme, kendini yetersiz ve kirli hissetme gibi nedenler kadınların benlik saygısının olumsuz etkilenmesine neden olan diğer sorunlar arasında yer almaktadır (26,28,88).

Üriner inkontinans kadınların benlik saygısı, beden imajının olumsuz etkilenmesine neden olmakta ve kadınların psikososyal sağlığını derinden etkilemektedir. Bu nedenle benlik saygısı ve özgüveni artırmak için inkontinansın yönetimi oldukça önemlidir. Jahromi ve arkadaşlarının (2015) (93) çalışmasında, inkontinansın benlik saygısında azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubuna pelvik taban egzersizleri uygulanmış ve egzersizlerin inkontinansın azalmasına katkıda bulunduğu ve kadınların benlik saygısının artmasında etkili olduğu belirlenmiştir.

2.5.3. Üriner İnkontinansa Bağlı Görülen Yaşam Kalitesine İlişkin Sorunlar

Üriner inkontinans, benlik saygısı ve cinsel doyuma ilişkin sorunların yanında kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte; psikolojik ve sosyal birçok soruna neden olmaktadır (94,95). Yaşam kalitesi ‘sadece hastalığının olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak da bireyin iyi olmasını’ ifade etmektedir (36).

Üriner inkontinansı olan kadınlarda genital hijyeni sürdürememe, kendini kusurlu, eksik, kirli ve huzursuz hissetme, kötü kokma korkusu, cilt irritasyonu, damgalanma, utanma, anksiyete, özgüvenin azalması, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma (25,26,27), mutsuzluk, kızgınlık, gerginlik (23,88), cinsel aktiviteden kaçınma ve libidonun azalması gibi sorunlar nedeniyle kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (25,26,29). Kadınlar kötü koku veya idrar kaçırmanın çevre tarafından fark edilebileceği endişesi ile alışveriş ve egzersiz yapma, arkadaş ziyareti gibi aktivitelerden kaçınmakta (26,68), evden uzun süre ayrılacak kadar özgür hissetmemekte, sosyal izolasyon yaşamakta ve depresyon ortaya çıkmaktadır (1,88). Kadınlar bu sorunlarla baş edebilmek için sıvı alımını sınırlandırmakta ya da koruyucu ped kullanmak zorunda kalmakta ve sorunun çözümü için çok fazla zaman harcamaktadır (88).

Üriner inkontinansa yaşam kalitesi, inkontinansın günlük yaşamı ne kadar ve ne yönde etkilediğini belirlemek ve uygulanan tedavinin etkinliğini incelemek amacıyla değerlendirilmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşamdan beklentilerin artması yaşam kalitesinin önemini artırmaktadır. Bu nedenle inkontinansı olan kadınlarda günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesine ilişkin planlama yapılması, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin kadınlara kazandırılması önemlidir (23).

2.6. Üriner İnkontinansın Önlenmesi ve Koruyucu Yaklaşım

Üriner inkontinans, yaygın bir sorun olmasına rağmen; kadınların sağlık hizmeti almaya karar vermede gecikmesi, sorunu ertelemesi ya da Üİ'yi bir sorun olarak görmemesinin yanında; belirlenen vakaların rapor edilme oranlarının düşük olması vakaların neredeyse yarısının tespit edilebilmesine neden olmaktadır (96). İnkontinans nedeniyle ortaya çıkan tüm sorunlara rağmen kadınların sadece %13-55'i sağlık kurumuna başvurmaktadır (37).

İnkontinansı olan kadınlar, yaşadıkları sorunları kendileri çözmeye çalışmaktadır. Kadınların sağlık hizmeti alma davranışlarındaki gecikme ya da tedaviye başvurmamalarının en önemli nedenlerinden bazıları ise inkontinans ile ilişkili utanç ve damgalanma, kültürel değerler (54), muayene olmaktan çekinme, konunun mahrem kabul edilmesi, bulguların önemsenmemesi, ciddi bir durum olarak

görülmemesi, yaşlanmanın ve vajinal doğumun doğal bir sonucu gibi görülmesi, tedavinin mümkün olmayacağı düşüncesi, inkontinans hakkında bilgi ve farkındalık eksikliğidir (24). Bu nedenle, Üİ'nin belirlenmesine ilişkin yapılan tarama programlarının önemi oldukça büyüktür (97). İnkontinansın kadının aile, sosyal yaşantı, iş yaşamı ve eşler arası ilişkileri fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan derinden etkileyen bir problem olması, kadınlarda yaygın görülmesi, kadının yaşam süresinin uzun olması ve yaşamdan beklentilerin artması, kadınların çözüm aramamaları nedeniyle önlenmesi ve tedavide koruyucu yaklaşım önem kazanmaktadır (20,31).

2.6.1. Üriner İnkontinansa Yönelik Birincil Koruma

Üriner inkontinansı önlemede birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç tip koruma mevcuttur. Koruyucu yaklaşım, günlük rutin alışkanlıklarımızdan sağlık kuruluşlarında verilen koruyucu hizmetlere kadar birçok farklı konuyu içermektedir. Üİ'ye yönelik birincil korumada hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemek ve sağlık üzerinde etkileri ortaya çıkmadan önce müdahale edilmesi amaçlanmaktadır. Henüz Üİ belirtileri izlenmemiş bireylerde önleyici yaklaşım olarak sıvı alımının kısıtlanması, sigara kullanımı, asitli içeceklerin fazla miktarda tüketimi gibi riskli davranışların değiştirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitimi verilmesi Üİ'ye ilişkin birincil koruma kapsamında ele alınmaktadır (98,99).

2.6.2. Üriner İnkontinansa Yönelik İkincil Koruma

İkincil koruma, Üİ'yi en erken aşamada belirlemek için yapılan uygulamaları kapsamaktadır. Bu durumda risk faktörleri belirlenmekte, bu risklere göre önlemler alınmakta, ciddi ilerlemeler önlenerek en aza indirilmekte ya da yavaşlatılmaktadır. İkincil koruma Üİ gibi erken dönemde tanılanabilen ve etkili bir tedavisi olan hastalıklar için uygun bir yaklaşımdır. Üİ'nin belirlenmesi ve risklerin değerlendirilmesi, riskli davranışların sağlık yaşam biçimi davranışları ile değiştirilmesi, belirlenen risklere yönelik önlem alınması ve Üİ'nin ve ilerlemesini durdurmak ya da yavaşlatmak için yapılan eylemlerin tümü Üİ'ye yönelik ikincil koruma kapsamında değerlendirilmektedir (98).

Üriner inkontinansa koruyucu yaklaşımda tedavi inkontinansın derecesine göre planlanmakta ve en az invaziv yöntem olan konservatif tedavinin ilk seçenek olması önerilmektedir (1).

Avrupa Üroloji Birliği semptomlarda belirgin ve uzun süreli iyileşme sağlanması ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle konservatif tedaviyi inkontinans yönetiminde ilk tedavi seçeneği olarak önermektedir. Konservatif tedavi tüm Üİ tiplerinin tedavisinde etkili olmakla birlikte (39), tek başına veya diğer tedavilerle birlikte de uygulanabilmektedir (100).

Başlıca konservatif tedavi çeşitleri; yaşam tarzındaki değişimler (kafein tüketiminin azaltılması, konstipasyonun önlenmesi, sıvı alımının artırılması, fiziksel egzersizlerin yapılması, kilo kontrolünün sağlanması vb.), davranışsal ve fiziksel tedaviler (pelvik taban kas egzersizi, elektriksel stimülasyon, mesane eğitimi, biyofeedback ve vajinal konlar)'i içermektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri konservatif tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (1,101).

Konservatif tedavi yan etkisi olmayan, ucuz, basit, noninvaziv girişimlerden oluşmaktadır. Konservatif tedavide en az girişimle hastaya zarar vermeden, semptomları azaltmak, mesane kontrolünü sağlamak ve pelvik tabanını güçlendirerek üretral sfinkterin kapanabilmesini desteklemek, yaşam tarzı değişikliklerini uygulamalarında bireylere yardımcı olarak yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır (74).

Üriner İnkontinansın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önerilmekte ve konservatif tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (40). Davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri semptomlarda belirgin ve uzun dönem iyileşme sağlanması ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle uluslararası kanıt temelli rehberlerde ve randomize kontrollü araştırmalarda inkontinansın türü ve şiddetine bakılmaksızın tedavide ilk seçenek olması önerilmektedir (39,41). Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasında amaç; bireyin Üİ'yi tetikleyen ve pelvik taban disfonksiyonuna neden olan bazı

alışkanlıklarının (kafein alımı, sigara kullanımı vb.) belirlenmesi, kontrol edilebilen risk faktörlerinin değiştirilerek pelvik taban kontrolünün kazanılmasıdır (20,39).

Üriner inkontinansın riskli kadınlarda sorun ortaya çıkmadan koruyucu önlemlerle risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, sorun yaşayan kadınlarda ise sorunun erken dönemde belirlenerek diğer tedavi türlerine gereksinim duyulmadan sorunun tedavi edilmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri büyük öneme sahiptir (20,31).

Avrupa Üroloji Birliği 2020 yılında yayımlanmış olduğu rehberde, davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ‘kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi, sıvı alımının düzenlenmesi, kafeinli içeceklerin ve alkol tüketiminin azaltılması, hafif ve orta düzeyde egzersiz yapılması (pelvik taban kaslarının gerilmesine neden olan aktivitelerin kısıtlanması), sigaranın bırakılması, konstipasyonun önlenmesi’; davranışsal ve fiziksel tedaviler ise ‘pelvik taban kas egzersizi, mesane eğitimi, elektriksel stimülasyon, vajinal konlar ve biyofeedback’ olarak belirtilmiş ve bu uygulamaların semptomlar üzerine etkisine kanıt düzeyleri ile birlikte yer verilmiştir. Avrupa Üroloji Birliği’nin 2020 yılında yayınlanan rehberinde bazı yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ilişkin öneriler Tablo 2.1’de verilmiştir (39).

Tablo 2.1. Üriner inkontinansta bazı davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin öneriler.

Öneriler	Güç Derecesi
Üİ yakınması olan obez veya kilolu kadınların, kilo vermesi ve verilen kiloyu sürdürmesi için teşvik edilmesi önerilir.	Güçlü
Tek başına inkontinans üzerinde etkili olmadığı ancak sıkışma ve idrara çıkma sayısını azalttığı için günlük kafein tüketimi kısıtlanması önerilir.	Güçlü
Anormal derecede fazla ya da az sıvı alan hastalara, iyi klinik uygulamalar doğrultusunda sıvı alımını düzenlemeleri önerilir.	Zayıf
Üİ’si olan ve sigara kullanan hastalara iyi klinik uygulamalar doğrultusunda sigarayı bırakmaları önerilir.	Güçlü

European Association of Urology Guidelines, 2020

Kilo Kontrolünün Sağlanması/Obezitenin Önlenmesi

Obezite, kronik intraabdominal ve intravezikal basıncı artırarak pelvik tabanın disfonksiyonunun gelişimine neden olmaktadır (99,101). Stres ve urge inkontinans prevelansı, BKİ’nin artışı ile orantılı olarak artmaktadır (101). BKİ’deki her beş birimlik artışın Üİ riskini %20-70 artırdığı bildirilmektedir (102). Obezitenin, pelvik

tabana kan akışı ve sinir inervasyonunu engellemesi nedeni ile fazla kilonun verilerek pelvik tabanda iyileşme olması amaçlanmaktadır (99).

Obezite, kadın sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte olup; obeziteye bağlı gelişen olumsuz sonuçları önlemek için kilo kontrolünün sağlanması oldukça önemlidir. Üİ’de koruyucu yaklaşımda, fazla kilolu ve obez kadınların kilo vermeleri desteklenmelidir. Kilo kaybı ile birlikte maksimal mesane içi basıncının azalması nedeniyle kilo verilmesi tedavide önemli bir yere sahiptir (74). Avrupa Üroloji Birliği, Üİ’de etkin tedavi yöntemlerini güçlü ve zayıf önem derecesinde sınıfladıkları inkontinans kılavuzunda, obez kadınların tedavisine en az %5’lik bir ağırlık azalması ile başlanmasını güçlü olarak sınıflandırmışlardır (Öneri derecesi-A) (40). Kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.2’de verilmiştir (39).

Tablo 2.2. Kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Obezite kadınlarda Üİ için bir risk faktörüdür.	1b
Aşırı kilolu ve obez kadınlarda cerrahi olmayan kilo kaybı Üİ’yi iyileştirir.	1a
Cerrahi kilo kaybı, obez kadınlarda Üİ’yi iyileştirir.	1b
Obez kadınlarda kilo kaybı Üİ’yi iyileştirir.	1b
Diabetes mellituslu obez erişkinlerde kilo kaybı, Üİ gelişme riskini azaltır.	1b

European Association of Urology Guidelines, 2020

Davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri obezite tedavisinde oldukça önemlidir. Harcanan enerji artırılarak alınan kalori kısıtlanmalıdır. BKİ’si 30 kilogram (kg)/santimetre kare (cm²) ve bel çevresi 88 santimetre (cm) üzerinde olan bireylerin kilo vermeleri önerilmektedir (103).

Imamura ve arkadaşlarının (2015) (99) Üİ’de yaşam tarzı değişikliklerinin etkinliğini belirlemek için 11 çalışma, 5974 kadının dâhil edildiği Cochrane derlemesinde, kilo vermenin inkontinans semptomlarında iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Visser ve arkadaşları (2014) (104) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, kilo kaybının inkontinansı iyileştirdiğini ve kilo kaybının aşırı kilolu kadınlarda Üİ yönetiminin standart bir parçası olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Tip 2 diyabeti olan obez kadınlarda kilo kaybının Üİ sıklığına etkisini belirlemek üzere yapılan çalışmada kaybedilen her 1 kg için Üİ gelişme olasılığının %3 olduğu ve toplam kilonun %5-10'u kaybedildiğinde ise Üİ olasılığının %47 azaldığı belirlenmiştir. Orta derecede kilo kaybı, tip 2 diyabetli obez kadınlarda insidansın azalmasını sağlamış; ancak, Üİ'nin 1 yıl içinde iyileşme oranlarını artırmamıştır (105).

Sıvı Alımının Yönetimi/Aşırı ya da Yetersiz Sıvı Alımının Düzenlenmesi

Bazı irritanların mesaneden uzaklaştırılması için yeterli sıvı alımına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak, sıvı alımında kısıtlama, semptomları hafifletmek için Üİ'si olan bireyler tarafından yaygın olarak kullanılan bir strateji olmaktadır (39). Yetersiz sıvı alımı ya da sıvı alımının kısıtlanması, idrar konsantrasyonunu arttırarak mesane mukozasını irrite ederek üriner sistem enfeksiyonu, mesanenin fonksiyonel kapasitesinde azalma, sıkışma hissi, sık idrar yapma, dehidratasyon ve konstipasyona neden olurken; aşırı sıvı alımı, inkontinans semptomlarını artırabilmektedir (1,40,106).

Avrupa Üroloji Birliği önerilerine göre gerektiğinden fazla ya da az miktarda sıvı alan bireylerde sıvı alımının düzenlenmesi önerilmektedir (Öneri derecesi-C) (40). Günlük sıvı alımı ani sıkışma ya da idrar kaçırma korkusu nedeniyle kısıtlanmamalıdır (100,107). Sıvı alımının yönetimi/aşırı ya da yetersiz sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.3'te verilmiştir (39).

Tablo 2.3. Sıvı alımının yönetimi/aşırı ya da yetersiz sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Sıvı alımının düzenlenmesinin Üİ'yi iyileştirdiğine ilişkin kanıtlar çelişkilidir.	2

European Association of Urology Guidelines, 2020.

Üriner inkontinanstaki sıvı alımının kısıtlanmasına ilişkin kanıtlar yeterli olmadığı için sıvı alımına yönelik öneriler bireye özgü olmalıdır. Sağlık personelleri tarafından verilen sıvı alımına ilişkin tavsiyeler 24 saatlik sıvı alımı ve idrar çıkışı ölçümlerine dayanmalıdır (39). Kadınlar için vücut ağırlığının kg'ı başına günlük 24

mililitre (ml) sıvı alınması önerilmektedir (20). Ancak bir bireyin günlük alması gereken sıvının tamamlanması için günde en az 1500-2000 ml su tüketmesi gerekmektedir (100). Bu doğrultuda; gerektiğinden az ya da fazla miktarda sıvı alan kadınlarda, mesane günlüğü ile sıvı alımına ilişkin bireye özgü öykü alınması, BKİ, egzersiz yapma düzeyleri ve beslenme şekli dikkate alınmalıdır (101).

Gece uyumadan 3-4 saat önce sıvı alımının sınırlandırılması, uyumadan önce mesanenin boşaltılması, akşam saatlerinde sulu meyve ve sebze tüketiminden kaçınılması gece idrara sıkışmanın önlenmesi ve idrar kaçırmanın kontrolünde uygulanan diğer önerilerdir (20). Imamura ve arkadaşlarının (2015) (99) Üİ’de yaşam tarzı müdahalelerinin etkinliğini belirlemek üzere yapılan ve 11 çalışmanın (n=5974) dâhil edildiği sistematik derlemede sıvı alımının azaltılmasının semptoma özgü yaşam kalitesini iyileştirdiği ve sıvı alımının azaltılmasına ilişkin kanıt düzeyinin düşük olduğu belirtilmiştir.

Kafein Tüketiminin Azaltılması

Kafein, mesane kasının kasılmasını uyararak mesane basıncını önemli derecede artırmaktadır. Kafein içeren yiyecek ve içeceklerin (çay, kahve, kola ve çikolata vb.) fazla miktarda tüketimi; diüretik olmaları ve düz kaslardaki gevşetici etkileri nedeniyle idrara sıkışma hissi, idrar çıkışı ve idrara çıkma sıklığında artışa ve inkontinansa zemin hazırlamaktadır (74). Kafein, düz kasların gevşemesine ve mesane kası ve sinir sistemi üzerinde iritan etkiye neden olması, diüretik etki göstermesi gibi etkilerinden dolayı inkontinans gelişiminde kontrol altına alınması gereken risk faktörleri arasında yer almaktadır (103).

Uluslararası Kontinans Birliği’nin, kafein tüketimindeki azalmanın kontinansı artıracağını belirtmiştir (Abrams, 2003). Avrupa Üroloji Birliği kılavuzlarındaki önerilere göre kafein tüketiminin azaltılması önerilmektedir (Öneri derecesi-B) ancak yiyecek ve içeceklerdeki kafein içeriği hakkında bilgi eksikliği, kafeini azaltmanın Üİ’yi hafifletmedeki rolünün değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (40). Kafein tüketiminin azaltılmasına ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.4’te verilmiştir (39).

Tablo 2.4. Kafein tüketiminin azaltılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Kafein alımının azaltılması, Üİ'yi iyileştirmez.	2
Kafein alımında azalma, idrara çıkma sayısı ve sıkışmayı azaltması nedeniyle günlük kafein tüketiminin kısıtlanması önerilir.	2

European Association of Urology Guidelines, 2020

Avrupa Üroloji Birliği rehberlerinde, inkontinans tedavisinde kafein alımının azaltılması güçlü olarak sınıflamış ve kafein alımının azaltılmasının kontinansı artıracağı belirtilmiştir. Ayrıca kafein alımının azaltılması ile aşırı aktif mesane semptomları, sıkışma ve idrara çıkma sayısı azalmakta; ancak, günlük kafein tüketiminin sınırlandırılması Üİ ile baş etmede tek başına etkili olmamaktadır (39, 40). Bu nedenle kafein içeren besinler kafein oranı daha az olan ya da olmayan alternatif ürünlerle değiştirilmeli ve pelvik taban üzerindeki etkileri kontrol edilmelidir. Urge inkontinans ve sık idrara çıkmayı azaltmak için kahve tüketiminin günlük 200 miligram (mg) (iki fincan kahve)'dan az olması önerilmektedir (103,107). Gleason ve arkadaşlarının (2013) (108) ABD'li kadınlarda kafein tüketimi ile Üİ şiddeti arasındaki ilişkiyi tanımlamak amacıyla yapmış olduğu araştırmada günde 204 mg'ın üzerinde kafein alımının Üİ'ye neden olduğu belirtilmiştir. Günlük kafein tüketimi inkontinans tipi ile ilişkili olduğu, inkontinans şiddeti ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Kafeinli içeceklerin tüketimi ile kafeinsiz içecek tüketiminin kadınlarda aşırı aktif mesane semptomları üzerindeki etkisini karşılaştırıldığı çalışmada kafein tüketiminin azaltılmasının inkontinans sıklığını, semptomları azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (109). İngiltere'de 2244 kadın ile yapılan kesitsel bir araştırmada; alınan kafein miktarındaki artış ile aşırı aktif mesane semptomlarının görülme sıklığı arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuş ve tüketilen miktar arttıkça semptomlarda da artış olduğu belirlenmiştir (110). Yaşam tarzı değişikliklerinin etkinliğini değerlendiren bir Cochrane sistematik derlemesinde günde 204 mg'dan fazla kafein tüketiminin inkontinans riskini %40 artırdığı bildirilmiştir (99).

Diyetin Düzenlenmesi

Diyetin düzenlenmesi kapsamında ele alınan yaşam tarzı değişiklikleri; sıvı alımının düzenlenmesi, kafeinli, gazlı, alkolü içecekler ve mesaneyi irrite eden besinlerin diyetle kontrollü tüketilmesi, barsak alışkanlıklarının kazandırılması/konstipasyonun önlenmesi, diyetin düzenlenmesidir (40). Lifli gıdalardan zengin beslenme (makarna, mısır, karnabahar vb.) ve konstipasyonun önlenmesi, antioksidan tüketimi (C ve E vitamini vb.), baharatlı yiyeceklerden kaçınılması, günlük yeterli sıvı alımı (24ml/kg; ortalama günlük 8 su bardağı) inkontinansın önlenmesi ya da mevcut semptomların azaltılmasında önerilmektedir (103,111).

Mesane iritanları olarak bilinen bazı besinler (turunçgiller, domates, salça, peynir, sirke, baharatlar, soğan, alkol, kafeinli içecekler, yapay tatlandırıcılar, asitli veya karbonatlı içecekler vb.) mesane irritabilitesini ve diürezisi artırmakta; mesane kası üzerine uyarıcı etkiye neden olmakta ve inkontinansa zemin hazırlamaktadır (100). Bu besin öğelerinin Üİ semptomları üzerine olumsuz etkilerine yönelik kanıtlar yeterli değildir (1).

Belirtilen besinlerin diyetle azaltılması mesane kontrolünü artırmaya yardımcı olabilmekle birlikte besinler diyetten tamamen çıkarılmamalıdır (103,111). Bunun yerine bireyin bu yiyecek ve içeceklerden hangisine hassas olduğunun belirlenmesi, belirlenen besinin alımının azaltılması gerekmektedir. Besinlere hassasiyet belirlenirken ise sırayla ilgili besini 3-5 gün diyetten çıkararak, Üİ semptomlarının takip edilmesi ve semptomlarda azalma olup olmadığının belirlenmesi önerilmektedir (40,107). Literatürde alkol tüketimi ile Üİ tipi ve urgency arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (1,42,103,111).

Sigaranın Bırakılması

Sigara, içeriğinde nikotin bulunması nedeniyle mesane iritasyonuna ve kas kontraksiyonuna neden olmaktadır. Ayrıca öksürüğe bağlı intraabdominal basıncın artması nedeniyle oluşan ani sıkışma hissi inkontinans gelişiminde rol oynayan risk faktörlerindedir (39,101). Townsend ve arkadaşlarının (2017) (112) çalışmasında sigaranın, Üİ'ye neden olan önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.

Avrupa Üroloji Birliği, Üİ'nin tedavisinde sigara bırakmanın “güçlü” derecede etkili olduğunu belirtmektedir. Üİ'si olan ve sigara kullanan bireylere sigaranın bırakılması önerilir (Öneri derecesi-A) (40). Günde 20 adetten fazla sigara içmenin Üİ şiddetini artırdığı bildirilmiştir (101). Sigara kullanımının azaltılmasına ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.5'te verilmiştir (39).

Tablo 2.5. Sigaranın bırakılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Sigarayı bırakmanın Üİ semptomlarını iyileştireceğine dair bir kanıt yoktur.	4

European Association of Urology Guidelines, 2020

Sigarayı bırakmanın tek başına, inkontinans üzerinde olumlu etkisinin olmadığı vurgulanmıştır (1,39,113). Sheyn ve arkadaşları (2015) (114) tarafından yapılan çalışmada; sigara kullanımının SÜİ nedeniyle yapılan tekrarlayan ameliyatlarda artışa neden olduğu belirlenmiştir.

Sigara içme, aynı anda birden fazla sağlık sorununa neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla, sigarayı bırakma halk sağlığı açısından oldukça önemli bir önlemdir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri Üİ'nin birinci basamak tedavisinde sigara içen bireyler için sigarayı bırakma eğitimi verilmesinde büyük role sahiptir (115).

Hafif ve Orta Düzeyde Egzersiz Yapılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2020 yılında yayınladığı rehberde tüm yetişkinler için haftada 150-300 dakika (dk) orta yoğunlukta ya da 75-150 dk. şiddetli fiziksel aktivite yapmasını önermektedir (116). Ancak inkontinansı olan kadınlar yüzme, dans, uzun yürüyüşler sırasında yaşanan inkontinans ile başa çıkma ve tuvalete ulaşmadan inkontinans yaşama endişesi nedeniyle spor ve egzersiz faaliyetlerinden kaçınmakta ve sedanter bir yaşam tarzı sürdürmektedir. Bunun sonucunda da hem inkontinans hem de obezite varlığında kısır döngü oluşmaktadır (100).

Her üç kadından biri yaş farketmeksizin egzersiz ve fiziksel aktivite sırasında Üİ yaşamakla birlikte; fiziksel aktivitenin ve egzersiz türlerinin Üİ ve tipleri üzerindeki etkisi henüz yeterince kanıtlanamamıştır (Öneri Derecesi-B) (20) Orta düzeyde fiziksel egzersiz yapan kadınlarda Üİ daha az gözlemlenirken (39); ıkınma ve

ağır kaldırma gerektiren aktivitelerde yer alan kadınların ise Üİ ve prolapsus açısından risk taşıdığı bildirilmiştir (117).

Düzenli yapılan hafif ve orta düzey fiziksel aktivite pelvik taban kaslarını güçlendirmekte ve Üİ riskini azaltmakta; ağır fiziksel egzersizler ise intra-abdominal basıncı artırarak Üİ riskini artırmaktadır (39). Bu nedenle ağır, efor gerektiren egzersizlerin (koşu, aerobik, basketbol vb.) yerine hafif ve orta tempolu egzersizlerin (tempolu yürüyüş, yüzme, bisiklet binme vb.) uygulanması, intra-abdominal basıncı artıran tekrarlı hareketlerden kaçınılması önerilmektedir (100,117). Egzersizlerin düzenli olarak her gün ya da haftada en az 5 gün, günde 40-60 dk. boyunca 1 set ya da günde 20-30 dk'dan oluşan 2 set halinde yapılması önerilmektedir (117). Hafif ve orta düzey egzersiz yapılmasına ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.6'da verilmiştir (39).

Tablo 2.6. Hafif ve orta düzey egzersiz yapılmasına ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Hafif ve orta derecede egzersiz, orta yaşlı veya yaşlı kadınlarda daha düşük Üİ oranları ile ilişkilidir.	2b
Kadın sporcular, yoğun fiziksel aktivite sırasında Üİ yaşayabilir; ancak, günlük aktiviteler sırasında olmayabilir.	3
Ağır fiziksel aktivite sırasında inkontinans yaşayan atletlere, bu durumun ileri yaşlarda inkontinansa yatkınlık oluşturmayacağına dair danışmanlık yapılması önerilir.	3

European Association of Urology Guidelines, 2020.

Üriner inkontinansı olan Japon kadınlarda egzersizin Üİ üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada egzersizin kadınlarda Üİ'nin üç tipini iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir (118). Egzersiz yapan kadınlarda stres Üİ prevalansını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada spor salonuna giden ve ağır egzersiz yapan kadınlarda, egzersiz yönteminden bağımsız olarak, herhangi bir egzersiz yapmayan kadınlara göre daha fazla Üİ belirtileri belirlenmiştir (119). Bir diğer prospektif kohort çalışmasında, orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda orta derecede fiziksel aktivitenin Üİ başlama riskini azalttığı gösterilmektedir (99).

Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Uygulanması

Pelvik taban kasları, pubisten koksikse kadar pelvik kaviteyi sararak, pelvik organları yapısal ve fonksiyonel olarak destekleyen, üretral kapanma basıncını ve direncini güçlendiren kaslardır. Keglel egzersizleri olarak bilinen pelvik taban kas egzersizleri ilk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır (103).

Pelvik taban kas egzersizleri, intraabdominal basıncı, kas hacmini ve kontraksiyonunu artırarak pelvik taban kaslarının güçlenmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca pelvik taban kas egzersizleri üretral sfinkter kontrolünü sağlamak, pelvik organ prolapsusunu önlemek ya da azaltmak, uterus, vajina, mesane, üretra ve rektumu desteklemek amacıyla uygulanmaktadır. Pelvik taban kas egzersizleri cinsel fonksiyon bozuklukları, konstipasyon ve Üİ'de uygulanabilmektedir (100,103,120).

Pelvik taban kas egzersizleri yan etkisi olmayan, yardımcı bir araca ihtiyaç duyulmadan her yerde yapılacak basit bir egzersiz olması ile birlikte tüm Üİ tiplerinde etkilidir (121). Kontraksiyon sayısı ve tedavi protokollerinde bir standart olmadığı belirtilmektedir (122).

Literatürdeki çalışmalar pelvik taban kas egzersizlerinin Üİ semptomlarını azalttığını desteklemektedir (40,41,121,123). Avrupa Üroloji Birliği, stres, urge ve miks Üİ'nin birinci basamak tedavisi için en az 3 ay boyunca keglel egzersizlerini uygulamanın güçlü derecede etkili olduğunu belirtmiştir (Öneri Derecesi-A) (40,41,103). NICE, Üİ'nin tedavisinde ilk basamak olarak günde 3 kez ve en az 8 kasılma içeren pelvik taban kas egzersizi programının en az 3 ay boyunca uygulanmasını önermiştir (103). Pelvik taban kas egzersizleri en az 6-8 hafta düzenli uygulandığı zaman şikayetlerde azalma, 3-6 ay arasında da şikayetlerde düzelme sağlamaktadır (125). Pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasına ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.7'de verilmiştir (39).

Tablo 2.7. Pelvik Taban Kas Egzersizleri'nin uygulanmasına ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
İlk basamak tedavi olarak gözetim eşliğinde pelvik taban kas egzersizi uygulanması önerilir.	1
Stres ve mikst inkontinansa Üİ ve yaşam kalitesini iyileştirmek için pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması hiç tedavi uygulanmamasından daha iyidir.	1
Denetimli tedavi rejimleri ve biofeedback'in eklenmesi, pelvik taban kas egzersizi alan kadınlarda daha fazla fayda sağlar.	1
Doğum sonrası erken dönemde başlayan pelvik taban kas egzersizi, kadınlarda Üİ'yi on iki aya kadar iyileştirir.	1

European Association of Urology Guidelines, 2020

Barsak Alışkanlığının Kazandırılması/Konstipasyonun Önlenmesi

Kronik konstipasyon ve defekasyonda zorluk yaşama perineal sinirleri ve pelvik tabanı olumsuz etkilemekte ve pelvik tabanın zayıflamasına neden olmaktadır. Konstipasyonla birlikte defekasyonda ıkınma, intra-abdominal basınçta ve pelvik tabanda basınç artışına neden olması ile inkontinansa zemin hazırlamaktadır (99,125).

Konstipasyonun önlenmesi, Üİ semptomlarını ortadan kaldırmasa da; tedavide oldukça önemlidir (125). Konstipasyonu olan erişkin Üİ hastalarına iyi klinik uygulamalar kapsamında barsak yönetimi ile ilgili önerilerde bulunulması 'güçlü' düzeyde önerilmektedir (Öneri Derecesi D) (39). Bu nedenle konstipasyonu önlemek için diyetle sıvı ve lifli gıdalara yer verilmesi, düzenli barsak alışkanlıklarının kazandırılması ve fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (99). Barsak alışkanlığının kazandırılması/konstipasyonun önlenmesine ilişkin Avrupa Üroloji Birliği 2020 rehberinde belirtilen kanıt düzeyleri Tablo 2.8'de verilmiştir (39).

Tablo 2.8. Barsak alışkanlığının kazandırılması/konstipasyonun önlenmesine ilişkin kanıt düzeyleri.

Kanıt Özeti	Kanıt Düzeyi
Kabızlık öyküsü ile Üİ ve POP gelişimi arasında tutarlı bir ilişki vardır.	3
Yetişkinlerde tek başına kabızlık tedavisinin Üİ'yi iyileştirdiğine dair tutarlı bir kanıt yoktur.	4

European Association of Urology Guidelines, 2020

2.6.3. Üriner İnkontinansa Yönelik Üçüncül Koruma

Birincil ve ikincil korumadan faydalanılmadığında farmakolojik ya da cerrahi tedavi ile inkontinansın kötüleşmesini engelleme, ilerlemesinin ve

komplasyonlarının önlenmesi, rehabilitasyonun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması üçüncül koruma kapsamında değerlendirilmektedir (98).

İnkontinansa yönelik üçüncül korumada davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri etkisiz olursa farmakolojik tedavi planlanmaktadır. Farmakolojik tedavi, miks inkontinans ya da mesane kası instabilitesinde kullanılmaktadır. Tedavide amaç; mesane kasının istemsiz kasılmalarını önlemek ve mesane kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır. Mesane çıkış direncinin artırılmasında birçok ilaç kullanılmaktadır. Farmakolojik tedavide antimuskarinik ilaçlar, alfa-adrenerjik ilaçlar, beta-adrenerjik ilaçlar, duloksetin, desmopresin ve estrojen kullanılmaktadır (40).

Üİ tedavisi, bazı risk ve yan etkilere de neden olabilmektedir. Cerrahi tedaviye uygun olmayan (cerrahiye etkileyebilecek başka üro-jinekolojik sorunları olan), cerrahi tedavi istemeyen ya da semptomları hafif seyreden hastalarda konservatif tedavi iyi bir seçenek olarak kabul edilmektedir (39).

Cerrahi tedavi, konservatif ve farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmayan hastalarda Üİ tipine göre uygulanmaktadır. Cerrahi tedavinin amacı inkontinansa neden olan sorunu ortadan kaldırarak bozulan anatomiyi düzeltmektir (101). Cerrahi tedavi yöntemleri bireye özgü olup, preoperatif dönemde hastaya yapılacak olan işlemlere ilişkin bilgi verilmesi ve inkontinansın değerlendirmesinin iyi yapılması gerekmektedir (125). Cerrahi girişim; hastanın yaşı, kilosu, menopoza girmiş olma durumu, prolapsus varlığı ve derecesi, üretral skar varlığı, inkontinansın tipi ve nedenine göre planlanmaktadır (126). Semptomatik SÜİ'si olan, rahatsız edici prolapsus nedeniyle operasyon gereken kadınlarda pelvik organ prolapsusu ve SÜİ için konservatif tedaviye eş zamanlı cerrahi Avrupa Üroloji Birliği kılavuzlarına göre güçlü düzeyde önerilmektedir (39).

Sağlık profesyonelleri risk faktörlerine ilişkin maruziyeti önleyerek ya da azaltarak inkontinansın korunmasını sağlayabilmektedir. Önlemlerin alınmasında hemşireler oldukça önemli role sahiptir ve en önemli yaklaşım inkontinansın gelişmeden önlenmesi konusunda kadınların bilgilendirilmesidir (98).

2.7. Üriner İnkontinansın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Hemşirelerin Rollerini

Üriner inkontinansı olan kadınların sorulmadığı sürece problemi ifade etmemesi, inkontinansın kadınlar tarafından sağlık problemi olarak kabul edilmemesi, yaşlanmanın ve doğumun bir parçası olarak görülmesi ve mahrem kabul edilmesi nedeniyle Üİ'nin erken dönemde belirlenmesi kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (24,54). Bu nedenle birinci basamakta çalışan hemşireler, kadınların sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmelerini sağlayacak ortamların oluşturulmasında, üro-jinekolojik sorunların değerlendirilmesi ve sorunların tespitinde kilit noktayı oluşturmaktadır (127,128).

Hemşirelerin Üİ'nin önlenmesi ve tedavide aktif rol almak üzere başlıca iki sorumluluğu bulunmaktadır (98). İnkontinansın risk faktörleri açısından jinekoloji polikliniği ya da aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran kadınların değerlendirilmesi, risk faktörlerine maruz kalmalarının önlenmesi ya da maruziyetin azaltılması ve Üİ'den korunma konularında kadınlara eğitim ve danışmanlık verilmesi, tedavide aktif rol alınması hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Birincil ve ikincil korumada verilecek eğitim ve danışmanlık konuları aşağıda verilmiştir (1,39,40,74,99,113,114,116).

- Üriner inkontinans için risk faktörleri, belirti ve bulguların açıklanması ve konuya ilişkin farkındalık kazandırılması,
 - Perine hijyeninin önemini vurgulanması,
 - Diyabet, akciğer hastalıkları ve idrar çıkışının kontrolünü zorlaştıran hastalıklardan korunmanın anlatılması,
 - Çok sayıda doğumun inkontinans için risk faktörü olduğunun açıklanması,
 - Doğum eylemi sırasında pelvik taban kaslarını koruyucu önlemlerin (gebelikte kegel egzersizi uygulanması, doğumda perineye masaj uygulanması vb.) alınmasının önemini vurgulanması,
- İnkontinansa bağlı kadınların yaşayabileceği sorunların açıklanması,
- İnkontinansın önlenmesinin önemini vurgulanması,
- İnkontinansın gelişmesinin ya da ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerin anlatılması,

- Dengeli beslenerek obeziteden korunma ve kilo alımının kontrolünün sağlanması,
- Sıvı alımının sınırlandırılmasının önlenmesi ve günde en az 8 bardak su içilmesinin önerilmesi,
- İdrarın tutulmaması gerektiğinin vurgulanması, idrara çıkma ihtiyacının zamanında karşılamasının önerilmesi,
- Konstipasyonun önlenmesine ilişkin önerilerde bulunulması (aktivitenin artırılması, lifli gıdalarla beslenilmesi vb.),
- Sigaranın bırakılması ya da sigara kullanımının azaltılması,
- Alkol, baharatlı gıdalar, asitli yiyecek ve içecekler, kafeinli içecekler gibi diürezi artıran ve mesaneyi irrite eden besinlerin kullanımının önlenmesi ya da azaltılması,
- Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitenin artırılması; yürüyüş, bisiklet sürme gibi aktivitelerin önerilmesi,
- Pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi için kegel egzersizlerinin uygulanmasının önerilmesi ve öneminin vurgulanması, pelvik taban kasının bulunması ve çalıştırılması konusunda destek olunması,
- Önerilen davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yaşam tarzı haline getirilmesi ve sürdürülebilir olmasında kadınların desteklenmesi ve teşvik edilmesidir.

Avrupa Üroloji Birliği tarafından Üİ'nin yönetiminde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin tedavide ilk sırada yer alması önerilmiştir (39). Ancak semptomlarda iyileşmenin fark edilmesi için konservatif tedavide daha fazla zamana ihtiyaç duyulmakta ve farmakolojik ve cerrahi tedavi daha sık tercih edilmektedir (40,74,126). Bu durumda aile sağlığı merkezlerinde, üro-jinekoloji poliklinikleri ve kliniklerinde kontinans alanında uzmanlaşmış hemşirelerin yer alması birincil, ikincil ve üçüncül yaklaşımda konservatif tedavinin etkin bir şekilde uygulanması önündeki engellerin ortadan kaldırılmasına katkı sağlayacaktır (98). Hemşirelikte uluslararası düzeydeki kontinans bakımına ulaşılması için ülkemizde üro-jinekoloji alanında çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluklarının tanımlanması, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, standart protokollerin geliştirilmesi ve yasal düzenlemelerin yapılmasına olan gereksinim giderek artmaktadır (127).

Üro-jinekoloji ve üroloji alanında uzmanlaşmış hemşireler, Üİ'nin önlenmesi ve yönetiminde koordinatör, danışman, eğitici, araştırmacı, klinisyen ve destekleyici rolleri ile multidisipliner ekip içinde önemli roller üstlenmektedir (4,127). Üİ'nin gelişmesi ya da ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri kazandırılması ve sürdürülebilir olması için, karar verme ve kritik düşünme sürecinde hemşirelere rehberlik edecek etkili girişim planlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda bu araştırmada, Üİ'si olan kadınlarda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine yönelik; bakımın devamlılığının sağlanması, standardize edilmesi, bütüncül ve sürdürülebilir olması, davranışı etkileyebilecek risk faktörlerini bütüncül olarak değerlendirme ve kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması açısından SGM'nin kullanılması planlanmıştır (45).

2.8. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Bileşenleri

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Nola J. Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Pender, SGM'de hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açısını birleştirmiştir (129,130). Birey, çevre, bakım, sağlık ve hastalık modelin temel kavramları olup; birey, modelin odak noktasıdır. Bireyin demografik ve biyolojik özellikleri, deneyimleri ve nitelikleri, gelecekteki eylemleri ve kararları üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Model, bireyin kendine yönelik algısını ve özgeçmişini değerlendirmesi yönüyle bireye bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (130).

Model, bireylerin hastalık riskini önleme ve en aza indirmenin yanı sıra; sağlığı geliştirme davranışlarının bileşenlerini açıklamak, bireylerin deneyimlerini ve davranışa ilişkin algılarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek ve yaşam tarzı değişikliklerinin kazandırılmasında sağlık profesyonellerine rehber olması amacıyla kullanılmaktadır (44,45,131).

Sağlığı Geliştirme Modeli literatürde obez ve kilolu kadınlarda beslenme davranışının geliştirilmesi (47), üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi (48), göçmen işçilerde sağlığı geliştirici davranışların tanımlanması ve belirlenmesinde (49), göçmen kadınların klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi ile ilgili tespit ettikleri kolaylaştırıcılar ve engellerin incelenmesi (50), serviks ve meme kanserine

yönelik erken tanı (51), diyabet tanısı alan hastalarda fiziksel aktivitenin artırılmasını (52) konu alan farklı araştırmalarda kullanılmış ve modelin davranış ve yaşam tarzı değişikliği geliştirmede etkili olduğu belirlenmiştir.

Model, iki temel teoriye dayandırılmıştır (132).

Beklenti Değer Teorisi: Bireyler sonucuna önem verdikleri amacı gerçekleştirmek için istekli davranmaktadır.

Sosyal Bilişsel Teori: Çevre, düşünceler ve davranışlar birbirini etkilemekte ve düşünceler davranışlara yön vermektedir.

Modelin varsayımları aşağıda belirtilmiştir (44,45,130).

- Bireyler aktif olarak kendi davranışlarını düzenlemeye çalışırlar.
- Bireyler, tüm biyopsikososyal karmaşada, çevreyle etkileşim içinde olur, çevreyi dönüştürür ve zaman içinde dönüşürler.
- Sağlık profesyonelleri, insanlar üzerinde yaşam boyu etkili olan çevrenin bir parçasıdır.
- Kişi-çevre etkileşimli kalıpların yeniden yapılandırılması, değişen davranış için esastır.

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirmesi ve kendi sağlığı üzerindeki kontrol gücünü kazanmasıdır. SGM sağlığı geliştirme davranışının ortaya çıkmasında, davranış çıktısına ulaşmada izlenmesi gereken basamaklar olan ‘bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü kavramlar ve etkiler, davranışın ortaya çıkışı’ basamaklarından oluşmaktadır (44,130,131).

2.8.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Bireysel Özellikler

Bireysel özellikler bireyin tepkilerini ve sağlık davranışını etkileyen; ancak, değiştirilemeyen faktörlerdir. Pender, bireysel özellikleri biyolojik (cinsiyet, yaş), psikolojik (öz motivasyon, benlik saygısı, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörler (eğitim, etnik köken, sosyo-ekonomik durum) olarak açıklamıştır (130).

Biyolojik faktörler; cinsiyet, yaş gibi kavramları içermektedir (130,133).

Psikolojik faktörler; benlik saygısı, bireysel yeteneği algılama, güdülenme, sağlığı belirtme ve sağlık durumu gibi değişkenler psikolojik faktörler kapsamında değerlendirilmektedir (130,133).

Sosyo-kültürel faktörler; kültür, eğitim, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvenceye sahip olma ve etnik köken gibi değişkenleri içermektedir (130,133).

Önceki davranışlar ile ilgili deneyimler

Davranış kazanılmasında geçmişte deneyimlenen aynı ya da benzer davranışlar oldukça etkili olmaktadır. Önceki davranışın başarı ya da başarısızlıkla sonuçlanması, sonraki davranışın sonucunda etkili olmaktadır. Deneyim ve bireysel özellikler, sağlığı geliştirme davranışını kazandırmayı etkilemekle birlikte; hemşirelik uygulamaları ile değiştirilememektedir (133). Üİ için önerilen davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ile semptomlarında azalma olan bir bireyin önerilen davranış değişikliklerini uygulaması daha kolay olabilmektedir (45,131,133).

2.8.2. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

Bireyin davranışa ilişkin algıladığı yararlar, engeller, öz-etkililik, duygular, kişilerarası etkiler ve durumsal etkilerdir (130).

Davranışa özgü algılanan yarar

Sağlığı geliştirme davranışının sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin farkında olan birey o davranışa başlama veya davranışın sürdürülebilir olması konusunda daha kararlı ve istekli olabilmektedir (131,134).

Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yararlarının algılanması, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması ve Üİ semptomlarının azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Örneğin; kadınlar Üİ yönetiminde kafein alımının azaltılmasının önemli olduğunu algılar ve bilirse, günlük kafein alımını tekrar değerlendirecektir (1,131).

Davranışa özgü algılanan engeller

Davranışla ilgili uygulanmasının zor veya imkansız olduğuna ilişkin duygular, bireyin davranışı geliştirmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yeni bir davranışa

başlama ve sürdürme sürecinde bireysel, ruhsal, kültürel olmak üzere fazla sayıda engel ile karşılaşılabilir (45,132).

Kadınların daha önce Üİ semptomlarının azaltılmasına yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayamamış olması davranış değişikliği sağlamasını ve tedaviye başlama kararını olumsuz etkileyebilmektedir (1,113).

Davranışa özgü algılanan öz-etkililik/yeterlilik

Öz-etkililik, bireyin bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine inancı ve kendisine ilişkin yargısı olarak bilinmektedir. Öz-etkililik, sağlık davranışı öğretildikten sonra, bilginin ve becerinin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır (44). Bireyin içinde bulunduğu koşulları kontrol edebileceğini düşünmesi, yapabilirim inancını yansıtmaktadır. Öz-etkililik düzeyi düşük olan bireyler anksiyete, depresyon, özgüven eksikliği, kendini yetersiz, çaresiz ve eksik hissetme gibi sorunlar yaşamaktadır. Bir bireyin davranışa ilişkin inancı o davranışı yapmasını etkilemektedir (134).

Kadınlar Üİ semptomlarının azalması için davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uyguladığında, Üİ'ye bağlı problemlerin azalacağına inanacaktır (113).

Davranışın verdiği etki

Bireyin davranışa uzun süre devam edip etmeyeceğini, davranışa ilişkin gelişen duygular etkilemektedir (133). Davranışa ilişkin olumlu duygular davranışın tekrarlama olasılığını artırırken; olumsuz duygular davranışın tekrarlanmasına engel olabilmektedir (45,134). İnkontinansa ilişkin semptomlar azaldığı için kadının kendini iyi hissetmesi davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya devam etmesini sağlamaktadır (113).

Kişilerarası etkiler (aile, akran, sağlık personeli)

Davranış değişimi ve davranışı sürdürme sürecinde; aile, arkadaş, akraba ve sağlık profesyonelleri ile iyi etkileşim kurulması oldukça önemlidir. Etkileşim içinde olduğumuz bireylerin düşüncesi, inanç ve tutumları, beklentileri ve sosyal destek sağlanması bireyi etkilemekte; gözlemleyerek model alma ve öğrenme oluşmaktadır

(130,134). Sağlık personeli, bilgilendirici bir rol üstlenerek ve emosyonel destek sağlayarak olumlu davranış geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (133). Bu doğrultuda çalışmamızda, danışmanlık ve izlem sürecinde kadına ailesi ve arkadaşları ile daha aktif zaman geçirmeleri ve destek almaları için yardımcı olunmuştur. Davranış ve yaşam tarzı değişikliğini uygulayan bireylerle etkileşimi arttırılmaya çalışılmış ve sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır.

Durumsal etkiler

Bireyin içinde bulunduğu çevre, sağlık davranışının ortaya çıkmasını doğrudan etkilemektedir. Bireyin biyopsikososyal yönden tam bir iyilik halinde olması, isteklerini belirleyebilmesi, çevresini kontrol edebilmesi, değiştirebilmesi ve doyum sağlayabilmesi ile mümkündür (45,131,133). Bireysel algılar, ortama ilişkin koşul ve şartlar davranışı kolaylaştırmakta ya da davranışa engel olmaktadır (134). Örneğin; tuvalete zamanında ulaşma konusunda endişe yaşanması nedeniyle sıvı alımından kaçınma, arkadaş toplantılarında ikramlar için ısrar edilmesi durumsal etkiler kapsamında değerlendirilmektedir (113).

2.8.3. Davranışın Ortaya Çıkışı

Davranışa karar verme/ Davranışa ilişkin plan yapma

Bireyin harekete geçtiği, davranışla ilgili amacı gerçekleştirdiği, davranışının ortaya çıktığı aşamadır. Birey, uygulamayı planladığı davranışı kendi yaşam biçimine göre belirlemekte ve düzenlemektedir (45,133). Davranışa ilişkin plan yapma, plana bağlılık, engelleri ve göz ardı edilemeyen durumları kontrol etme bireyde davranış oluşumunu kolaylaştırmaktadır (134).

Acil gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanması

Bireyin planlanan davranışı uygulayabilecek ortamda bulunmaması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortaya çıkmasını engellemektedir. Planlanan davranışın hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması, davranışın sonucunu etkileyebilmektedir. Davranış uygulanmadan önce planlama aşamasında davranış için alternatif olarak yarar ve engel kavramı belirlenmelidir. Kontrollü davranışların

sayısının artması ile doğru davranışların sayısı da artmaktadır. Planlanan davranışın uygulanabilmesi için ev, işyeri ya da ev dışında bireyin ortamını düzenlemesi davranışı üzerinde yüksek kontrol sağladığını göstermektedir (133,134).

Sağlığı geliştirme davranışı

Sağlığı geliştirme davranışı, davranışın ortaya çıktığı, yaşam biçimi haline dönüştüğü aşamadır. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak verilebilir (131,133). Bireyin davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayarak Üİ'ye ilişkin problemleri etkin yönetebilmesi sağlığı geliştirme davranışı kapsamında değerlendirilmektedir (113).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevelansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve Üİ'si olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla iki aşamada yürütülmüştür. Araştırmanın her iki aşamasına ilişkin yöntemin farklı olması nedeniyle gereç ve yöntem iki ayrı bölümde verilmiştir.

3.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Gereç ve Yöntem

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın birinci aşaması bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan, menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevelansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel araştırma tasarımında yürütülmüştür.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın birinci aşaması Ankara Keçiören bölgesinde yer alan Adnan Yüksel Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde 18 Ocak 2021-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. ASM'de 3 hekim, 3 aile sağlığı elemanı, 2 tıbbi sekreter ve 1 hizmetli görev yapmaktadır. ASM Pazartesi günü 08.⁰⁰-17.⁰⁰, diğer günler 08.⁰⁰-18.⁰⁰ saatleri arasında hizmet vermektedir. ASM'de öğleden önce 2 hekim, öğleden sonra bir hekim bulunmaktadır.

ASM'de 3 hekim odası, 1 hemşire odası, emzirme odası, enjeksiyon odası, pansuman odası, gebe takip odası ve kan alma odası bulunmaktadır. ASM'de hasta muayenesi, 15-49 yaş izlemleri, gebe-lohusa-bebek izlemleri, aşılama hizmetleri, enjeksiyon, laboratuvar tetkikleri, acil sağlık hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, pansuman gibi hizmetler verilmektedir.

ASM'de hekimler tarafından Üİ'si olan kadınların muayenesi, inkontinansın tanınması ve gerektiğinde sevk hizmetleri yürütülmektedir. İdrar kaçırma şikayeti ile başvuran ya da herhangi bir nedenle başvurup öyküsünde Üİ belirlenen kadınlarda

yakınmaların süresi, üriner sistem enfeksiyonu varlığı, idrara çıkma sıklığı, pelvik cerrahi geçirmiş olma durumu, obstetrik öykü değerlendirilmekte, diyabet gibi kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar sorgulanmaktadır. Riskli olarak belirlenen kadınlar için tam idrar tahlili yapılmaktadır. ASM’de Üİ belirlenen kadınlar için planlanmış eğitim veya materyal bulunmamaktadır. Üİ yaşayan kadınlar hekim tarafından ikinci basamak tedavi merkezlerine yönlendirilmektedir.

3.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasının Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı ASM’ye kayıtlı menopoza girmemiş kadınlar oluşturmaktadır. Menopoza girmemiş kadınların belirlenmesi için ASM’nin kayıtları incelenmiş; ancak, kadınların menopoza girme durumlarının kayıt altına alınmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ülkemizde ortalama menopoza girme yaşının 46-55 arasında değiştiği belirlenmiş (135-137) ve 18-55 yaş arası kadınların araştırmaya davet edilmesine karar verilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın evrenini, ilgili ASM’ye kayıtlı 18-55 yaş arasında olan 3381 kadın oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklem Seçimi

Araştırmada örneklem belirlenmemiş olup; araştırmanın yapıldığı ASM’ye kayıtlı 18-55 yaş arasında olan, menopoza girmemiş kadınların tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. 18-55 yaş aralığında olan kadınlara ilişkin veriler sorumlu hekim onayı ile sekreterlikte yer alan kayıtlardan alınmıştır. Kayıtlar incelendiğinde; sistemde 1067 kadının iletişim bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle örneklem sayısı 2314 olarak belirlenmiş ve 2314 kadın uygunluk açısından değerlendirilmiştir.

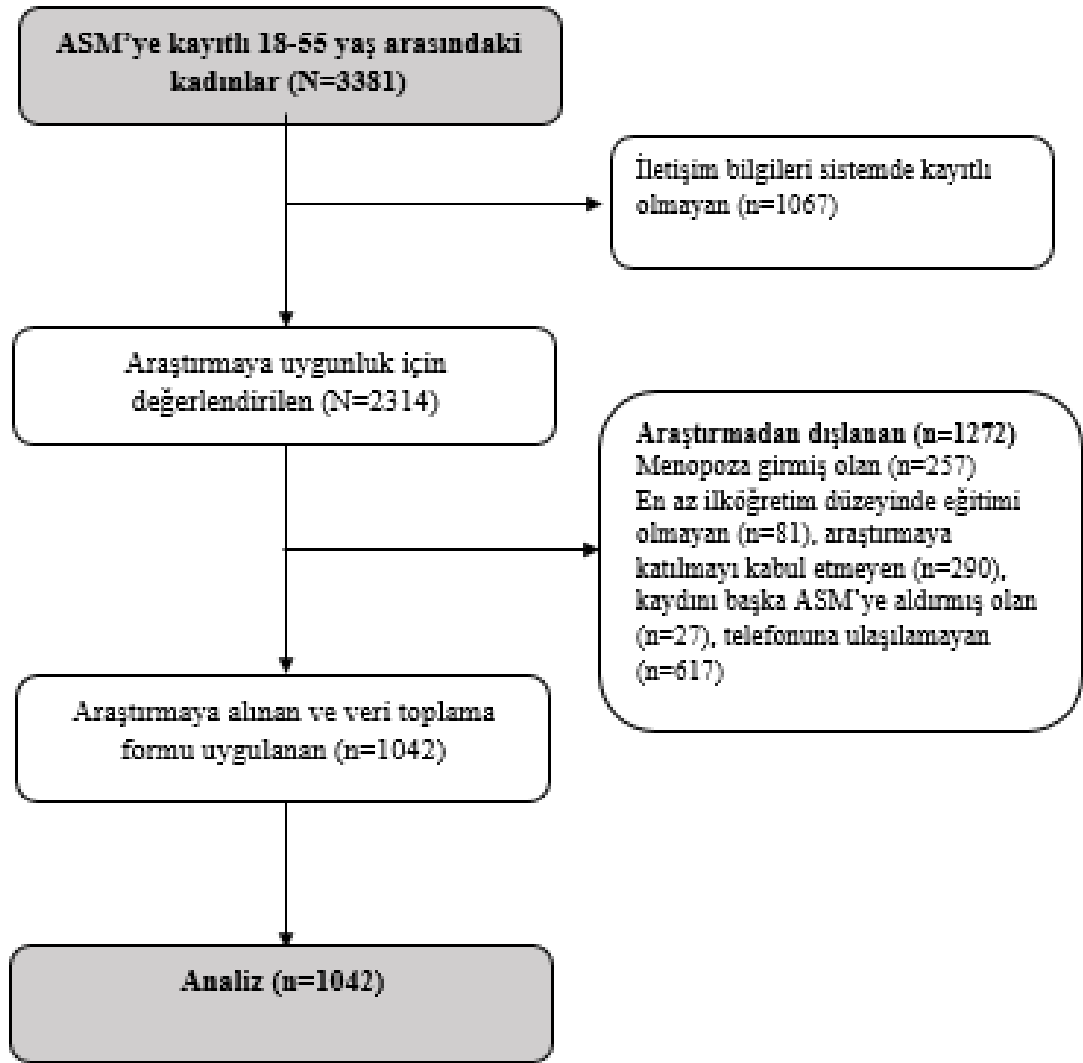
Kadınlara telefonla ya da ASM’ye herhangi bir nedenle başvurduklarında menopoza girme durumları sorulmuş ve 257 kadının menopoza girmiş olduğu belirlenmiştir. Yapılan telefon görüşmelerinde en az ilköğretim düzeyinde eğitimi olmayan 81, taramaya katılmayı kabul etmeyen 290, kaydını başka ASM’ye aldirmiş olan 27 ve telefonuna ulaşılabilen 617 kadın araştırmadan dışlanmıştır. Araştırmadan

dışlanan kadınların sayısı ve dışlama nedenlerine ilişkin bilgiler Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmadan dışlanan kadınların sayısı ve dışlama nedenlerine ilişkin bilgiler.

Araştırmadan Dışlanma Nedenleri	n
Menopoza girmiş olan	257
En az ilköğretim düzeyinde eğitimi olmayan	81
Telefonuna ulaşamayan	617
Kaydını başka ASM’ye aldirmiş olan	27
Taramaya katılmayı kabul etmeyen	290
Toplam	1272

Araştırmanın birinci aşamasında toplam 1042 kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması kapsamında Üİ’yi etkileyen on üç bağımsız değişken değerlendirilmiştir. Her bir risk faktörü için 50 kadına ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu doğrultuda birinci aşama için en az 650 kadına ulaşılması gerektiği belirlenmiştir (138). Araştırmanın STROBE akış şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. STROBE akış şeması

Örneklem Seçim Kriterleri:

- 18 yaş üzerinde olma,
- En az ilköğretim düzeyinde eğitimi olma,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmama,
- Menopoza girmemiş olma

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme.

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, ‘Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu’, ‘Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form-ICIQ-SF)’ ve ‘İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)’ kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür (1,19,20,23,31,55,56,108,139) incelenerek hazırlanan soru formu 5 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde kadınların bireysel özelliklerine ilişkin sorular (yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi) (1-2. sorular); ikinci bölümde sosyo-kültürel özelliklerine ilişkin sorular (eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, ekonomik durum, halen gelir getiren bir işte çalışma durumu) (3-7. sorular); üçüncü bölümde kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin sorular (gebelik geçirme durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, ilk doğum yaşı, bebeğin doğum kilosunu, epizyotomi uygulanma durumu, indüksiyon uygulanma durumu) (8-11. sorular); dördüncü bölümde kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve cinsel yaşam öykülerine ilişkin bazı özelliklerine ilişkin sorular (üriner sistem enfeksiyonu geçirme durumu, üriner sistem enfeksiyonuna yönelik tedavi alma durumu, üriner sistem enfeksiyonunun tedavi sonrası tekrarlama durumu, cinsel yönden aktif olma durumu, cinsel ilişki sıklığı, koital inkontinans yaşama durumu, koital inkontinansla baş etme yöntemleri) (12-18. sorular); beşinci bölümde kadınların Üİ ile ilişkili bazı özelliklerine ilişkin sorular (Üİ yaşama durumu, Üİ yaşama süresi, Üİ’ye neden olduğu düşünülen durum, Üİ ile ilişkili alınan önlemler, Üİ nedeniyle yaşanan sorunlar, Üİ ile ilgili hissedilen duygular, Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvurma durumu, sağlık kurumuna başvurulmuş zaman, Üİ ile ilgili tedavi alma durumu, Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvuramama nedeni) (19.-28. sorular) yer almaktadır. Kapsam geçerliliği için soru formu doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında üç uzmana² gönderilerek,

² Doç. Dr. Sena KAPLAN; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doç. Dr. Sevil ŞAHİN; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL ÖZÇIRPAN, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

görüşleri alınmıştır. Soru formu uzmanların önerilerine göre düzenlenmiş ve forma pilot uygulamadan sonra son hali verilmiştir.

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) (Ek 2)

ICIQ-SF, Üİ sıklığı ve miktarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Form, Avery ve arkadaşları (2004) (140) tarafından geliştirilmiştir. Form, tüm yaş ve cinsiyetten bireylerde Üİ sıklığı, miktarı ve Üİ'nin yaşam kalitesine ve günlük yaşama etkisinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Formun Cronbach α katsayısı 0.92'dir (140). ICIQ-SF Çetinel ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Cronbach α katsayısı 0.71 olarak belirlenmiştir (141). Bu araştırmada ICIQ-SF'in Cronbach α katsayısı 0.76 bulunmuştur.

Form, toplam altı sorudan ve dört boyuttan oluşmaktadır. İlk iki soru yaş ve cinsiyeti sorgulamaktadır. Birinci boyut olan 3. soru Üİ'nin ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyut olan 4. soru Üİ'nin miktarı, üçüncü boyut olan 5. soru Üİ'nin günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyut olan bireyin yakınmalarına temellenen 6. soru ise hangi durumlarda idrar kaçırıldığını ('hiçbir zaman', 'tuvalete yetişmeden', 'öksürürken veya hapsirirken', 'uyurken', 'hareket halinde iken ya da spor yaparken', 'işmeyi bitirip giyinirken', 'belirgin bir neden olmadan', 'her zaman') sorgulamakta ve Üİ'nin tipinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (140).

Değerlendirmede birinci, ikinci ve üçüncü boyutlar puanlanmakta ve Üİ tipinin belirlenmesinde kullanılan dördüncü boyut puanlanmamaktadır. Birinci boyut 0, 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde puanlanmakta ve bu boyuttan en yüksek 5, en düşük 0 puan alınmaktadır. İkinci boyut 0, 2, 4, 6 şeklinde puanlanmakta ve bu boyuttan en yüksek 6, en düşük 0 puan alınmaktadır. Üçüncü boyut 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 şeklinde puanlanmakta ve bu boyuttan en yüksek 10, en düşük 0 puan alınmaktadır (140).

Üriner inkontinansın şiddeti, sıklığı ve günlük yaşama etkisini değerlendirmede 3., 4. ve 5. boyutların puanı toplanmaktadır. Literatürde bazı çalışmalarda toplam puan (142,143), bazı çalışmalarda ise toplam puanın yanında değerlendirilmek istenen alt boyut (Üİ sıklığı, miktarı vb.) üzerinden değerlendirme yapıldığı belirlenmiştir (144,145,146). Formda her bir alt boyut puanı birbirinden bağımsız olarak ayrı ayrı değerlendirilebilmektedir (140,141).

ICIQ-SF toplam skoru 0-21 arasında değişmekte; ICIQ-SF'ten alınan yüksek puan bireyin yaşam kalitesinin çok etkilendiğini, düşük puan ise az etkilendiğini göstermektedir (140,141). Çetinel ve arkadaşları (2007) (147) 5565 kadınla yaptıkları araştırmasında ICIQ-SF toplam skoru 8 ve üzeri olduğunda Üİ'nin rahatsızlık veren, günlük yaşamı etkileyen boyutta olduğunu belirtmiş ve 8 puanı kesme noktası olarak belirlemişlerdir (147).

İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) (Ek 3)

İŞİ, kadınlarda inkontinansın şiddetini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. İŞİ, Üİ'si olan kadınlarda Üİ şiddetini değerlendirmek amacıyla Sandvik ve arkadaşları (1993) (148) tarafından Norveç'te geliştirilmiştir. İŞİ kolay uygulanabilen basit bir değerlendirme yöntemidir. İŞİ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hazar ve Şirin (2008) (149) tarafından yapılmış, Cronbach α katsayısı 0.67; geçerlik katsayısı ise $r=0.963$ ve $r=0.932$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada İŞİ'nin Cronbach α katsayısı 0.79 bulunmuştur. İŞİ ve hesaplamasına ilişkin bilgiler Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. İnkontinans Şiddet İndeksi ve hesaplaması.

1. Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?	2. Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?
Ayda bir kezden az (1 pn)	Birkaç damla (1 pn)
Ayda birkaç kez (2 pn)	Küçük lekeler (2 pn)
Haftada birkaç kez (3 pn)	Daha fazla (3 pn)
Her gün veya her gece (4 pn)	

İŞİ skoru birinci sorudan elde edilen puanın ikinci sorudan elde edilen puanla çarpılması sonucu hesaplanmaktadır. Toplam skor 1-12 arasında değişmekle birlikte; toplam İŞİ skoru 1-2 puan arasında ise hafif, 3-6 puan arasında orta, 8-9 puan arasında şiddetli ve 12 puan olursa çok şiddetli inkontinans olarak değerlendirilmektedir. Ayda birkaç kez damla şeklinde inkontinans olması hafif Üİ, her gün damla şeklinde inkontinans olması orta derecede Üİ, en az haftada bir kez fazla miktarda inkontinans olması ise şiddetli Üİ olarak değerlendirilmektedir (148,149). Sandvik ve arkadaşlarının (2006) (150) İŞİ sonuçları ile ped testi sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında, İŞİ kullanımının 24 saatlik ped testine karşı iyi bir alternatif olduğu belirlenmiştir.

3.1.5. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulanması

Araştırmanın **birinci aşaması** ASM’de 18 Ocak 2021-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmacı bu süre boyunca 09.00-18.00 saatleri arasında her gün ASM’de bulunmuştur. Araştırmacı ASM’de yapacağı görüşmeler için kendine ayrılan odada çalışmalarını sürdürmüştür.

ASM’de görev yapan 3 hekime kayıtlı 18-55 yaş arasındaki iletişim bilgisi sistemde kayıtlı olan 2314 kadın ASM’de bulunan sabit telefonlar ile kayıtlı kadın listesine göre araştırmacı tarafından sırayla aranmıştır. İlk aramada ulaşılamayan her kadın 1 gün arayla 3 kez aranmış ve üçüncü aramaya yanıt vermeyen kadınlar örneklemden çıkarılmıştır. Arama listesinde bulunan; ancak, henüz telefonla aranmamış olan ve ASM’ye herhangi bir nedenle başvuran kadınlarla görüşme ASM’de yapılmış, arama listesine görüşmenin yüz yüze tamamlandığı not alınmış ve bu kadınlar tekrar aranmamıştır.

Telefon görüşmeleri ve ASM’de yapılan yüz yüze görüşmeler sırasında araştırmacı önce kendini tanıtmış, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara menopoza girme durumları sorulmuş ve araştırmanın birinci aşaması için örneklem kriterleri değerlendirilmiştir. Örneklem seçim kriterlerini sağlamayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlarla görüşme sonlandırılmıştır.

Telefon görüşmelerinde araştırmaya katılmayı kabul eden ve örneklem kriterlerini sağlayan kadınlara veri toplama formları için görüşme yapılacağı belirtilmiş ve onam alındıktan sonra uygun olduklarını belirttikleri gün ve saatte ASM’ye davet edilerek randevu oluşturulmuştur. Pandemi döneminde olunması ya da diğer nedenlerle ASM’ye gelmek istemeyen kadınlar için görüşmeler telefonda tamamlanmıştır.

Yüz yüze görüşmeler ASM’de araştırmacı için ayrılan odada yapılmış ve görüşmeler yaklaşık 10-20 dk. sürmüştür. Yüz yüze görüşmede telefonda davet edilerek randevuya gelen ya da ASM’ye herhangi bir nedenle başvuran ve daveti kabul eden kadınlardan ‘Tanımlayıcı Özelliklere ilişkin Soru Formu’ ve ‘ICIQ-SF’i doldurmaları istenmiştir. ASM’de görüşülen her bir kadına görüşmenin sonunda boy ve kilo ölçümü yapılarak kaydedilmiştir. Telefonda yapılan görüşmelerde araştırmacı sözel onam aldıktan ve örneklem seçim kriterlerini değerlendirdikten sonra veri

toplama formları telefonda doldurulmuştur. Telefon görüşmeleri yaklaşık 10-15 dk. sürmüştür. Telefonda görüşme yapılan kadınlardan güncel boy ve kilo bilgilerini paylaşımları istenmiştir. Boy ve kilosunu bilmeyen kadınlardan kısa bir süre içinde ASM ya da bir eczanede ölçüm yaptırması istenmiş ve boy/kilo bilgisini öğrenmek üzere tekrar aranacakları bildirilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kadınlara telefon ile hatırlatma yapılarak boy/kilo bilgileri tamamlanmıştır.

Yüz yüze görüşmelerde ve telefon görüşmelerinde görüşmenin sonunda Üİ belirlenen her kadına araştırmanın ikinci aşaması ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasına katılmayı kabul eden ve ikinci aşama için örneklem seçim kriterlerini sağlayan kadınlara birinci aşama tamamlandıktan sonra tekrar kendileri ile iletişime geçileceği belirtilmiştir. İkinci aşama için örneklem seçim kriterlerini sağlamayan ya da araştırmanın ikinci aşamasına devam etmek istemeyen kadınlara Üİ ile ilgili bilgi almak isteyip istemedikleri sorulmuş ve bilgi almayı kabul eden 31 kadına telefonda, 89 kadına ASM’de ‘Üriner İnkontinansın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Eğitimi’ özetlenerek bilgilendirme yapılmıştır. ASM’de yüz yüze görüşülen, Üİ belirlenmeyen, ancak; koruyucu yaklaşım olarak bilgilendirilmeyi talep eden 33 kadına da aynı eğitim verilmiştir. Şiddetli ya da çok şiddetli Üİ’si olduğu tespit edilenler ikinci basamak tedavi merkezlerine yönlendirilmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasında 1042 kadına ulaşılmış ve ICIQ-SF’e göre 343 kadında Üİ varlığı saptanmıştır. Tarama süreci boyunca ulaşılan kadınların sayısına ilişkin bilgiler Tablo 3.3.’te verilmiştir.

Tablo 3.3. Toplum tabanlı tarama sürecinde ulaşılan kadın sayısına ilişkin bilgiler.

Ulaşma Şekli	Ulaşılan Kadın Sayısı
Telefon ile veri toplama formu uygulanan	341
Telefon görüşmesi yapıp, ASM’de yüz yüze verileri toplanan	255
Herhangi bir nedenle doğrudan ASM’ye başvurup veri toplama formu uygulanan	446
Toplam	1042

3.2. İkinci Aşama: SGM’ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Gereç ve Yöntem

Araştırmanın raporlanmasında, CONSORT 2017 statement (Consolidated Standards of Reporting Trials-Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) protokolü kullanılmış (Ek 4) (151) ve ClinicalTrials.gov Protokol Kayıt ve Sonuç Sistemine kaydedilmiştir ve sonuç beklenmektedir.

3.2.1. Araştırmanın Şekli

Üriner inkontinansı olan kadınlarda SGM’ye dayalı eğitim ve danışmanlık programının benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla topluma dayalı ön test-son test paralel desende randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımında yürütülmüştür.

3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın ikinci aşaması kesitsel araştırmada Üİ saptanan, ikinci aşama için araştırmaya devam etmeyi kabul eden ve örneklem seçim kriterlerini sağlayan kadınlarla yürütülmüştür. Kadınların kayıtlı olduğu ASM’ye ilişkin özellikler birinci aşamada ‘Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri’ başlığı altında detaylı olarak verilmiştir.

3.2.3. Araştırmanın İkinci Aşamasının Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın birinci aşamasının yürütüldüğü ASM’ye kayıtlı olan ve Üİ saptanan uygunluk için değerlendirilen 343 kadın oluşturmuştur.

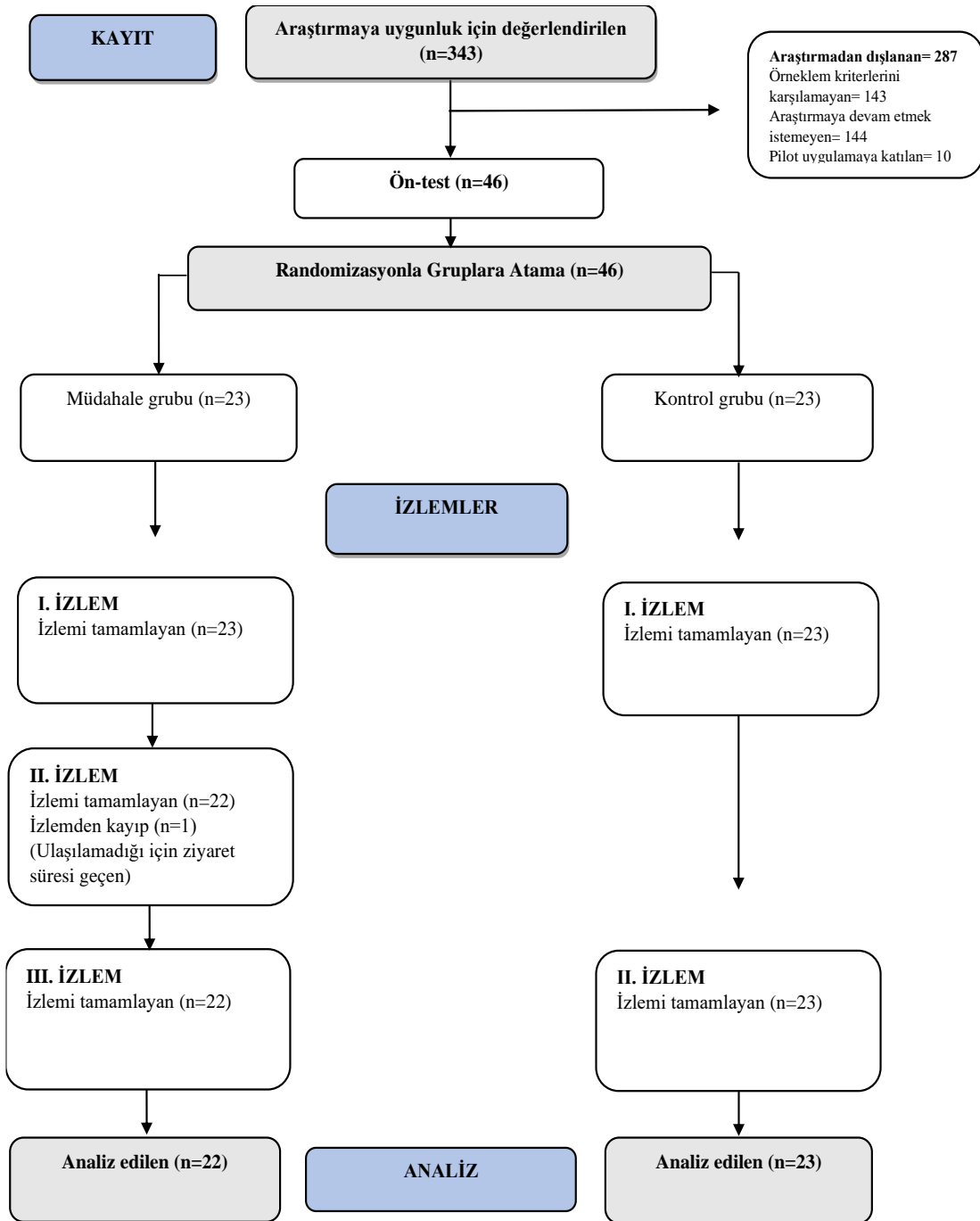
Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırma müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba yürütülmüştür. Örneklem hesabı, güç analizi G*Power paket programı kullanılarak bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Örneklem hesaplanmasında, Pelvik Taban Kas Eğitimi ve Yaşam Tarzı Değişikliklerini içeren 3 aylık takibin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışma temel alınmıştır (152). Çalışma ile; müdahale grubu ve kontrol grubu arasında ICIQ-SF puanları bakımından 0,95 büyüklüğünde bir fark olacağı öngörülerek (Cohen'in d indeksi=0,95, Büyük etki büyüklüğü) alınması gereken toplam katılımcı sayısı 38 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmadan ayrılma ihtimali olan kadınlar da göz önünde bulundurularak pilot uygulama aşamasında %20 olarak belirlenen Dropout oranına göre örneklem büyüklüğü 46 olarak belirlenmiştir (Müdahale grubu: 23 kadın, Kontrol grubu: 23 kadın). ICIQ-SF puanı bakımından gruplar arasında farkın değerlendirilmesinde $(1-\beta)=0,80$ ve $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında Üİ belirlenen 343 kadın uygunluk açısından değerlendirilmiş ve 143'ünün örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılamadığı, 200 kadının karşıladığı belirlenmiştir. Kadınların 144'ü araştırmanın ikinci aşamasına devam etmek istememiştir. Tarama sürecinde örneklem seçim kriterlerini sağlayan ilk 10 kadın pilot çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasına araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini sağlayan 46 kadın ile devam edilmiştir.

Örneklem seçim kriterlerini sağlayan 46 kadın birinci aşama sonuçları doğrultusunda ön-test aşaması tamamlandıktan sonra tabakalı blok randomizasyon ile müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. Randomizasyon araştırma süreci boyunca danışmanlık alınan istatistik uzmanı ve araştırmacı dışında farklı bir istatistik uzmanı tarafından yapılmış ve kör teknik kullanılmıştır (Ek 5). Tabakalama Üİ şiddetine göre (hafif, orta) yapılmış ve böylece grupların Üİ şiddeti açısından benzer olması sağlanmıştır.

Evde izlem ve danışmanlık sürecinin ikinci ayında müdahale grubundaki kadınlardan birine ulaşılamaması ve ziyaret süresinin geçmesi nedeniyle bir kadın araştırmadan dışlanmıştır. Araştırma müdahale grubunda 22, kontrol grubunda 23 olmak üzere toplam 45 kadın ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.2. Consort akış şeması

Örnekleme Seçim Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olma,
- En az ilköğretim düzeyinde eğitimi olma,
- Herhangi bir ruhsal problemi bulunmama,
- Gebelik döneminde olmama,
- Aktif vajinal enfeksiyon, üriner sistem enfeksiyonu ya da jinekolojik malignite olmaması,
- Son 6 ay içinde Üİ'ye yönelik konservatif tedavi almış olmama,
- Son 2 ay içinde pelvik cerrahi geçirmiş olmama,
- Klinik olarak pelvik organ prolapsusu (POP) tanısı almamış olma,
- İŞİ'ye göre Üİ'nin hafif ve orta derecede olması,
- Düzenli cinsel ilişkisi olma,
- Üİ'yi etkileyebilecek ilaç kullanmama.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İzlem sürecinde Üİ dışında bir sorun nedeni ile müdahaleyi etkileyebilecek medikal ya da cerrahi tedavi almak durumunda kalma,
- İzlem sürecinde gebelik oluşması,
- Araştırmanın tüm basamaklarının tamamlanmaması.

3.2.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, 'Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu', 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)', 'İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)', 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu', 'Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri (RBSE)', 'Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)-Kadın Formu', 'İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (Incontinence Quality of Life Scale-I-QOL)', 'Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)' kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu (Ek 1)

Form, araştırmanın birinci aşamasında ‘Veri Toplama Araçları’ başlığı altında detaylı olarak açıklanmış ve tanımlayıcı özelliklere ilişkin bilgiler birinci aşamada toplanmıştır.

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) (Ek 2)

ICIQ-SF, araştırmanın birinci aşamasında ‘Veri Toplama Araçları’ başlığı altında detaylı olarak açıklanmıştır.

İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) (Ek 3)

İŞİ, araştırmanın birinci aşamasında ‘Veri Toplama Araçları’ başlığı altında detaylı olarak açıklanmıştır.

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu (Ek 6)

Araştırmacı tarafından literatür (1,20,42,44,117,125,130,131) incelenerek Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ne temellendirilen bilgi formu 2 bölümden oluşmaktadır. Bilgi formunda;

Birinci bölümde kadınların Üİ’yi etkileyebilecek bazı davranışları, alışkanlıkları ve bireysel özellikleri (sigara ve alkol kullanma, kafeinli ve asitli içecek tüketim durumu ve miktarı, günlük su tüketimi miktarı, konstipasyon yaşama durumu ve sıklığı, günlük yapılan egzersiz süresi) (1-8. sorular); ikinci bölümde Üİ ile baş etmeye ilişkin özellikler (Üİ için destek alma durumu, kimden destek alındığı, baş etmede yaşanan engeller, Üİ ile baş edebileceğini düşünme durumu, Üİ ile baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu) (9-13. sorular) yer almaktadır. Formda ‘Üİ ile baş edebileceğini düşünme durumu’ ve ‘Üİ ile baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu’ 1 ile 10 arasında verilen skalalar ile değerlendirilmiştir. Form, kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanında beş uzmana³ gönderilmiş

³ Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA-BEJİ, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Prof. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER, Konya Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

ve uzmanların görüşleri alınmıştır. Uzmanların önerilerine göre düzenlenen forma pilot uygulamadan sonra son hali verilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) (Ek 7)

RBSÖ, Üİ'si olan kadınların benlik saygılarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. RBSÖ 1963 yılında benlik saygısını değerlendirmek amacıyla Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği 1965'te yapılmıştır. RBSÖ'nün geçerlik kat sayısı 0.72, test-tekrar test güvenirlik kat sayısı 0.92 olarak belirlenmiştir (30). Ülkemizde RBSÖ'nün geçerlik-güvenirlik çalışmaları Çuhadaroğlu (1986) (153) tarafından yapılmış ve geçerlik kat sayısı 0.71, test-tekrar test güvenirlik kat sayısı 0.75 olarak belirlenmiştir.

RSBÖ, 63 soru ve 12 alt boyuttan oluşan 4'lü likert türü bir ölçektir. Alt kategoriler; 'benlik saygısı', 'kendilik kavramının sürekliliği', 'insanlara güven duyma', 'eleştiriye duyarlılık', 'depresif duygulanım', 'hayalperestlik', 'psikosomatik belirtiler', 'kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme', 'tartışmalara katılabilme derecesi', 'ana baba ilgisi', 'babayla ilişki' ve 'psişik izolasyon' olarak belirtilmektedir (153). Rosenberg, alt boyutların araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilceğini belirtmiştir. Bu doğrultuda, bu araştırmada benlik saygısının değerlendirilmesinde ölçeğin ilk 10 maddesini içeren '**Benlik Saygısı Alt Ölçeği (BSAÖ)**' kullanılmıştır (30).

BSAÖ'de toplam 6 madde, 10 soru bulunmaktadır. 10 sorudan 5 'i olumlu, 5'i olumsuzdur. 1, 2 ve 3. soru birinci maddeyi, 4 ve 5. soru ikinci maddeyi, 6. soru üçüncü maddeyi, 7. soru dördüncü maddeyi, 8. soru beşinci maddeyi, 9 ve 10. soru altıncı maddeyi oluşturmaktadır. Maddeler "çok doğru", "doğru", "yanlış" ve "çok yanlış" seçenekleri ile değerlendirilmektedir. Her bir madde 1 puan olup; ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Her madde için birey kendisini olumsuz değerlendirdiğinde "1", olumlu değerlendirdiğinde ise "0" puan verilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireyin benlik saygısı azalmaktadır. Ölçekten alınan 0-1 puan bireyin benlik saygısının yüksek düzeyde olduğu, 2-4 puan bireyin benlik saygısının orta düzeyde olduğu, 5-6 puan ise bireyin benlik saygısının düşük düzeyde olduğunu ifade etmektedir (153).

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) (Ek 8)

GRDCÖ, Üİ'si olan kadınlarda cinsel doyumun değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Rust ve Golombok (1986) (154) tarafından geliştirilen GRCDÖ, cinsel fonksiyonları ve cinsel ilişkinin niteliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Ölçek, kadın ve erkek için ayrı iki formdan oluşmaktadır. GRDCÖ-Kadın formu'nun Cronbach α katsayısı 0.87, geçerlik katsayısı ise 0.63 olarak belirlenmiştir. Tuğrul ve arkadaşları (1993) (155)'nin yapmış olduğu Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach α katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin kadın formu kullanılmıştır.

GRDCÖ-Kadın formu 28 maddeden ve cinsel ilişki sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus ve anorgazmi olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır (154). Beşli likert tipi olan ölçekte maddeler “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğunlukla”, “her zaman” seçenekleri ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulma artmaktadır. Ölçeğin hesaplanmasında her bir alt boyuttan alınan puan 1 ile 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülmektedir. Alt boyutlardan alınan 5 ve üzeri puanlar, o alt boyuta ilişkin cinsel sorun olduğu yönünde değerlendirilmektedir (154).

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) (Ek 9)

I-QOL, Üİ'si olan kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. I-QOL, Wagner ve arkadaşları tarafından 1996'da Amerika'da Üİ'si olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek Wagner ve arkadaşları tarafından 1999'da tekrar gözden geçirilmiş ve soru sayısı 22'ye düşürülmüştür (156). Wagner ve arkadaşlarının (1999) (156) çalışmasında ölçeğin Cronbach α katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2003 yılında Özerdoğan ve Kızılkaya-Beji tarafından yapılmış ve Cronbach α katsayısı 0.96, geçerlik katsayısı ise 0.97 bulunmuştur (157).

I-QOL ‘davranışların sınırlandırılması’, ‘psikososyal etkilenme’ ve ‘sosyal izolasyon’ olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Davranışların sınırlandırılması alt boyutu 1., 2., 3., 4., 10., 11., 13., 20. maddeleri, psikososyal etkilenme alt boyutu 5., 6., 7., 9., 15., 16., 17., 21., 22. maddeleri ve sosyal izolasyon alt boyutu ise 8., 12., 14., 18., 19. maddeleri içermektedir. Beşli likert tipi ölçek “çok fazla” (1), “oldukça”

(2), “orta düzeyde” (3), “biraz” (4) ve “hiç” (5) seçenekleriyle değerlendirilmektedir. Ölçeğin hesaplanmasında I-QOL toplam ve alt boyutlarının puanları, her bir maddenin toplamının madde sayısına bölünmesi esas alınmaktadır. Hesaplanan toplam puan, 0’dan 100’e kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. Toplam puanın artması yaşam kalitesinin yükselmesi olarak değerlendirilmektedir (157).

Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) (Ek 10)

ÖEYÖ, Üİ’si olan kadınların davranışsal değişimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. ÖEYÖ, Sherer ve arkadaşları tarafından davranış ve davranışla ilgili değişimleri değerlendirmek amacıyla 1982 yılında geliştirilen öz değerlendirme ölçeğidir (158). Ölçeğin Cronbach α katsayısı Öz-Etkililik için 0.86, Yeterlik için 0.71 bulunmuştur (158). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliliği Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında yapılmış ve Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.81, geçerlik katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir (159).

Ölçek 23 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Davranışa başlama alt boyutu 2., 11., 12., 14., 17., 18., 20., 22. maddeler, davranış sürdürme alt boyutu 4., 5., 6., 7., 10., 16., 19. maddeler, davranış tamamlama alt boyutu 3, 8, 9, 15, 23. maddeler ve engellerle mücadele alt boyutu ise 1., 13., 21. maddelerden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçek “beni hiç tanımlamıyor” (1), “beni biraz tanımlıyor” (2), “kararsızım” (3), “beni iyi tanımlıyor” (4), “beni çok iyi tanımlıyor” (5) seçenekleriyle değerlendirilmektedir. Ölçekte 2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16., 17., 18., 20., 22. maddeler ters yönde kodlanmaktadır. Her bir maddenin hesaplanmasında verilen puan esas alınmakta ve ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması bireyin öz-etkililik/yeterlik algısının da arttığını göstermektedir (159).

3.2.5. Eğitim Programı Kapsamında Kullanılan Gereçler

Eğitim programında ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı (Ek 11)’ ve ‘İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı (Ek 12)’ kullanılmıştır.

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı-Eğitim Modülleri (Ek 11)

Eğitim programı, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı olarak eğitim programının yürütülmesinde araştırmacıya rehber olması amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak (2,39,42,108,113,117,125,160,161) hazırlanmıştır. Eğitim programı ve programda kullanılan modüllerin kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanından beş uzmanın⁴ görüşü alınmıştır. Eğitim programı ve modüllere uzmanların görüşleri doğrultusunda düzenlenerek pilot uygulamadan sonra son hali verilmiştir.

Eğitim programı dört modülden oluşmaktadır. Programda her bir modül bir oturumda verilmiştir. Eğitim programında her bir oturum/modüle ilişkin oturumun konusu, oturum özeti, amaç ve hedefler, öğrenme ve öğretme teknikleri, kullanılan araç-gereçler, oturumun süresi, oturumun içeriği ve değerlendirme soruları başlıkları yer almaktadır. Birinci oturum/modülden kadın üriner sistemi ve üreme sisteminde yer alan organlar ve işlevleri, Üİ ve risk faktörleri; ikinci oturumda/modülden sağlığı geliştirme ve Üİ'nin önlenmesi, Üİ'ye bağlı görülebilecek sorunlara ilişkin bilgiler yer almaktadır. Üçüncü ve dördüncü oturum/modül ise Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ve baş etme önerilerine ilişkin bilgilerden oluşmaktadır.

İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı (Ek 12)

El kitabı; SGM'ye dayalı olarak Üİ'yi önlemeye yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliği uygulamaları konusunda izlem ve danışmanlık sürecinde kadınlara yol göstermesi amacıyla literatür taranarak (2,39,42,113,117,125,160,161) oluşturulmuştur. El kitabının kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanından beş uzmanın³ görüşü alınmıştır. El kitabı uzmanların görüşleri doğrultusunda düzenlenmiş ve pilot uygulamadan sonra el kitabına son hali verilmiştir.

⁴ Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA-BEĞİ, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Prof. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER, Konya Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doç. Dr. Sevil şAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen çAYIR, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Son hali verilen el kitabı okunabilirlik düzeyi açısından değerlendirilmiş ve Ateşman Okunabilirlik İndeksi 73.4 (kolay) (Ek 13) olarak belirlenmiştir (162).

El kitabında ‘kadın üriner sistemi ve üreme sisteminde yer alan organlar ve işlevleri, Üİ, Üİ tipleri ve risk faktörleri, sağlığı geliştirme ve Üİ’nin önlenmesi, Üİ’nin tedavisi, Üİ’ye bağlı görülebilecek sorunlar, Üİ’nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri, Üİ ile baş etme önerileri’ne (2,20,39,41,42,113,117,125,160,161) ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.2.6. Evde İzlem ve Danışmanlık Sürecinde Kullanılan Gereçler

Evde izlem ve danışmanlık sürecinde ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Evde İzlem ve Danışmanlık Yönergesi (Ek 14)’ ve ‘İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Kitapçığı (Ek 15)’ ve kullanılmıştır.

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı İzlem ve Danışmanlık Yönergesi (Ek 14)

Danışmanlık ve izlem yönergesi her bir ev ziyaretinde ve telefon görüşmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını desteklemede standart danışmanlık verilmesi konusunda araştırmacıya rehber olması amacıyla SGM’ye dayalı olarak hazırlanmıştır. Yönerge ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri için olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Görüşme yönergesi davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin (kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi, sıvı alımı ve diyetin düzenlenmesi, kafein alımının azaltılması, alkol ve sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz yapılması, barsak alışkanlığının kazanılması/konstipasyonun önlenmesi) her birinde kullanılmak üzere standart olarak oluşturulmuştur. Belirtilen davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri her bir ev ziyaretinde ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Yönergede Üİ’nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanma durumu modelin basamaklarına göre değerlendirilmiştir. İstenilen davranışın uygulanma ya da uygulanmama durumuna göre izlenecek süreç şematize edilmiştir.

Yönerge uzmanların⁵ görüşleri doğrultusunda düzenlenmiş ve pilot uygulamadan sonra son hali verilmiştir.

İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Kitapçığı (Ek 15)

Takip kitapçığı SGM'ye dayalı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak (2,39,42,113,117,125,160,161) hazırlanmıştır. Takip kitapçığı, evde izlem ve danışmanlık sürecinde katılımcılara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulama açısından hatırlatıcı, rehber olması ve uygulamaların sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Kitapçığın kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanından beş uzmanın⁴ görüşü alınmıştır. Kitapçık uzmanların önerileri doğrultusunda düzenlenmiş ve pilot uygulamadan sonra kitapçığa son hali verilmiştir.

Takip kitapçığı 'İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Formu', 'Besin Tüketim Sıklığı' ve 'İdrar Günlüğü' olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Takip kitapçığı bir aylık olarak hazırlanmış ve ayın sonunda ev ziyaretinde araştırmacı tarafından teslim alınmıştır.

İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Formu:

Takip formu, kadınların evde izlem sürecinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini kaydetmesi amacıyla oluşturulmuş ve günlük olarak doldurulmuştur. Formda gece yatmadan önce yemek yeme, dışarda yemek yeme, öğün aralarında abur-cubur yeme, öğün sayısı, alınan sıvı miktarı, gece uyumadan önce sıvı alma, akşam saatlerinde sulu meyve/sebze tüketme, uyumadan önce idrara çıkma, günde en az 8 bardak su içme, lifli gıdalardan yeme, sigara içme, fiziksel aktivite/egzersiz yapma, pelvik taban kas/kegel egzersizlerini uygulamaya ilişkin bilgiler yer almaktadır (39,41,94,125).

⁵ Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA-BEJİ, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Prof. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER, Konya Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Besin Tüketim Sıklığı Formu:

Form, bazı besinlerin bir ay boyunca tüketilme sıklığı ve miktarını belirlemek amacıyla kullanılmıştır (162). Form için süt ve ürünleri (süt, yoğurt, peynir, kefir), kafeinli yiyecek ve içecekler (çikolata, kahve, çay), asitli sebze ve meyveler (portakal, limon, greyfurt, ananas, soğan, domates), gazlı içecekler (soda, enerji içeceği, kola, fanta, gazoz) baharatlı gıdalar (salça, ketçap, pizza, acı biber) olmak üzere 23 besinin tüketim sıklık ve miktarları değerlendirilmiştir. Formda değerlendirilecek besinler Üİ riskini artırdığı belirtilen besinler arasından seçilmiştir (41,42,108,113,125,160,161,164,165). Formun kapsam geçerliliği için doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanından beş uzmanın⁶ görüşü alınmıştır. Form uzmanların görüşleri doğrultusunda düzenlenmiş ve pilot uygulamadan sonra forma son hali verilmiştir.

Katılımcılara, bir ay içinde bu besinlerin ne sıklıkla tüketildiği (her gün, haftada beş, haftada üç, haftada bir, on beş günde bir, ayda bir, hiç) ve bir seferde tüketilen miktar, günlük miktar (g/ml) sorulmuştur. Besin gruplarına göre besinlerin standart porsiyon ölçüleri ve miktarlarını içeren beslenme rehberi kadınlarla paylaşılmış ve tüketilen besinlerin miktarı belirlenirken bu bilgilerden faydalanmaları istenmiştir. Besinlerin ölçü ve miktarlarının belirlenmesinde kadınlara rehberlik yapılmıştır (166).

Günlük diyetle alınan besin öğeleri tüketim miktarı (portakal, limon, greyfurt, ananas, domates, soğan, salça, ketçap, pizza, acı biber), Türkiye için geliştirilen ‘Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgileri Paket Programı (BEBİS)’ ile hesaplanmıştır (161). Süt ve süt ürünlerinin tüketim miktarının hesaplanmasında TÜBER’e göre bir kibrit kutusu peynir 30 gr., iki parmak kaşar peyniri 40 gr, bir küçük kase yoğurt 200 gr., bir su bardağı süt 200 ml; kafeinli ve asitli içeceklerin tüketim miktarının hesaplanmasında bir çay bardağı 125 ml; bir kahve fincanı 90 ml, bir kupa bardak 240 ml olarak alınmıştır (167).

⁶ Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA-BEJİ, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
 Prof. Dr. Deniz KOÇOĞLU TANYER, Konya Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
 Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
 Doç. Dr. Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
 Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

İdrar Günlüğü:

İdrar günlüğü, katılımcıların Üİ ve idrara çıkma kayıtlarını tutmaları için rehber olması amacıyla kullanılmış ve günlük olarak doldurulmuştur. Günlükte günlük alınan sıvı, idrara çıkma sayısı, idrar miktarı (ml), Üİ yaşama durumu, Üİ öncesi sıkışma hissi ve kaçırma anında ne yapıldığına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

İdrar günlüğü katılımcıların günlük Üİ yaşama durumu, alınan sıvı miktarı gibi konularda öz değerlendirme yapabilmelerini ve sürece uyum konusunda motive olmalarını sağlamış ve ziyaretlerde bir aylık süreci değerlendirme, kadınlara geri-bildirim verme konusunda araştırmacıya rehber olmuştur.

Avrupa Üroloji Birliği kılavuzlarında standart değerlendirme gerektiğinde mesane günlüğü doldurulması güçlü düzeyde önerilmekte olup; günlük süresi için ise en az 3 günlük bir süre önerilmektedir (39). En az 3-4 günlük incelemenin 7 günlük mesane günlüğüne eş değer olduğu bildirilmiştir (168).

3.2.7. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklerinin Geliştirilmesinde Kullanılması

Araştırmada SGM'nin davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin geliştirilmesinde kullanılmasında modelin bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü kavramlar ve etkiler, davranışın ortaya çıkışı ve alt bileşenlere ilişkin yapılan uygulamalar aşağıda belirtilmiştir. Eğitim programı ve evde izlem ve danışmanlık sürecinin modele uyarlanması Ek 16'da ve şematize edilmiş hali Şekil 3.3'te verilmiştir.

Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Araştırmada modelin biyolojik faktörler alt boyutu; yaş, BKİ; eğitim, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence durumu, halen gelir getiren bir işte çalışma durumu kültürel faktörler; benlik saygısı, öz-etkililik gibi değişkenler ise psikolojik faktörleri içermektedir. Önceki davranışlar ile ilgili deneyimler açısından kadınların gün içerisinde yaptıkları aktiviteler egzersiz yapma durumları, tüketilen besinler ve miktarları değerlendirilmiştir. Önerilen davranışın uygulanması durumunda olumlu pekiştireç verilerek davranışın tekrarlanması sağlanmıştır. Elde edilen bilgiler

doğrultusunda, eksiklikler saptanması ve giderilmesine ilişkin plan yapılmış, danışmanlık ve izlem programı yürütülmüştür.

Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

Davranışa özgü algılanan yarar açısından eğitim programında, inkontinansın tanımı, inkontinansın korunma ve önemi anlatılmıştır. Egzersiz, beslenme ve konstipasyon gibi yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ'nin risk faktörlerini azaltmada etkisi anlatılmış; yapılan eğitimin yararı ve önemi tartışılmıştır. Evde izlem ve danışmanlık sürecinde 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Ev Ziyareti İzlem Yönergesi' basamaklarına göre kadınların yarar algıları değerlendirilmiş motivasyon kaynağı olarak davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin yararını hatırlatacak renkli kartların evde kolay görülebilecek bir yere yapıştırılması önerilerek hedef hatırlatılmıştır.

Davranışa özgü algılanan engeller bileşeni açısından çalışmada evde izlem ve danışmanlık sürecinde kadınların uygulayamadıkları davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Ev Ziyareti İzlem Yönergesi' basamaklarına göre engel algıları değerlendirilmiş, davranışın uygulanmasına engel olan sorun/sorunlar belirlenmiş ve sorun/sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmiştir.

Davranışa özgü algılanan öz-etkililik/yeterlilik açısından eğitim programında kadınlar davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya karar verme konusunda desteklenmiş, özgüveni destekleyen sözler ile olumlu davranışlar pekiştirilmiştir. Ayrıca ev ziyaretlerinde kadınların davranışsal değişimlerini ve davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya ilişkin inancı değerlendirmek amacıyla ÖEYÖ kullanılmıştır. ÖEYÖ araştırmada bir sonuç çıktısı değildir, danışmanlığın bir parçası olarak kullanılmıştır.

Davranışın verdiği etki bileşeni açısından kadınlar, eğitim ve danışmanlık programının sonunda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamanın sonuçları değerlendirilerek, uygulamaların sürdürülebilir olması için teşvik edilmişlerdir. Uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için olumlu pekiştirici verilmiştir.

Davranışın Ortaya Çıkışı

Davranışa karar verme/davranışa ilişkin plan yapma açısından tüm görüşmelerde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına yönelik plan yapılması sağlanmıştır. Bu basamakta sorun yaşandığında ise davranışın uygulanmama nedeni belirlenmiş ve uygun çözüm önerileri geliştirilmiştir. Davranışın faydaları güçlendirilmiş ve olumlu etkileri tekrar anlatılmıştır. Davranışın uygulaması için plan hazırlanmış ve plan hazırlarken kadınla birlikte çalışılmıştır.

Acil gereksinimlerin ve tercihlerin karşılanması açısından eğitim ve danışmanlık sürecinin akışını bozmamak için davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasındaki aksaklıklar bireysel görüşme yöntemi ile ev ziyaretlerinde tamamlanmıştır. Ziyaretlerde davranışa ilişkin plan yapılırken kadınların alternatif davranışları kullanmalarını sağlayıcı öneriler verilmiştir. Planlanan davranış için alternatifler üretilmiş; bireyin yarar ve engel algısı değerlendirilmiştir. Örneğin; egzersiz yapılamadığında aktif olmak için hangi alternatif davranışın uygulanabileceği tartışılmıştır. Böylece kontrollü davranışların sayısının artması ve davranışların birbirini izlemesi sağlanmıştır.

Sağlığı geliştirme davranışı bileşeni açısından eğitim ve danışmanlık programında inkontinansa ilişkin risk faktörlerinin azaltılması, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin kazanılması ve sürdürülmesi için 3 ay boyunca telefon ve ev ziyaretleri ile danışmanlık verilmiştir. Takip formları ile ilgili davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanma durumu değerlendirilmiştir.



Şekil 3.3. Pender'in sağlığı geliştirme modeli'nin davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin geliştirilmesinde kullanılması

3.2.8. Eğitim Programının Pilot Uygulaması

Araştırmanın ikinci aşamasının pilot uygulaması 25 Mart 2021-30 Nisan 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın birinci aşamasında Üİ belirlenen, örneklem seçim kriterlerini sağlayan ve ikinci aşama için gönüllü olan ilk 10 kadın seçilmiştir. Araştırmanın uygulama sürecinde pandemi olması, bu nedenle araştırmanın bitiş tarihinin ön görülebilmesi nedeniyle eğitim programı aşaması 5 kadınla çevirim içi, diğer 5 kadınla ise yüz yüze yürütülmüştür. Eğitim programının her 4 oturumu da uygulanmış, tüm oturumlar tamamlanmıştır. Yüz yüze eğitim programı 4 kadın, çevirim içi eğitim programı ise 2 kadın ile tamamlanmıştır.

Pilot uygulama sonucunda ‘Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu’, ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu’, Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı’, ‘İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliği Takip Kitapçığı’, ‘İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı’nın anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği test edilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı’nda;

- Oturum değerlendirme sorularından cevaplanma oranı düşük olan açık uçlu sorular çoktan seçmeli olarak tekrar hazırlanmıştır.
- Uzun ve anlaşılamayan sorular düzenlenmiştir.

İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı’nda;

- Eğitim kitapçığının hedefleri bölümünde üro-genital kelimesi üreme sistemi ve idrar yolları sistemi olarak değiştirilmiştir.
- Kadın Üreme Sistemi başlığında kemik çatıyı somutlaştırmak için görsel (resim 3) eklenmiştir.
- Miks inkontinansın tanımı düzenlenmiştir.
- ‘İdrar Kaçırmanın Tedavisi’ başlığı eklenmiştir.
- ‘İdrar Kaçırmada Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri İçin Neler Yapmalıyız?’ Başlığı altında ‘Diyetinizi Düzenleyiniz’ başlığı ‘Beslenme Alışkanlığınızı Düzenleyiniz’ şekilde değiştirilmiştir.

İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliği Takip Kitapçığı'nda;

- Mesane günlüğünün nasıl doldurulacağına ilişkin örnek tablo ve yönerge eklenmiştir.
- İdrar günlüğü tablosu görsel olarak daha anlaşılır hale getirilmiş ve istenen bilgilerin yanına açıklamalar eklenmiştir.

Eğitim programının pilot uygulamasına katılan kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir. Çevirim içi eğitimde doldurulması gereken formlar, değerlendirilmesi gereken kitapçık ve takip formları ve oturum sonunda verilen değerlendirme sorularının yanıtlanma oranı, istek ve motivasyonunun yüz yüze eğitime göre daha düşük düzeyde olması, interaktif eğitim yöntemlerinin etkili bir şekilde kullanılmaması ve uzaktan eğitime katılmış olmanın verdiği rahatlıkla kadınların eğitime aktif katılım ve programın gerekliliklerinin yerine getirilmesi konusunda daha az sorumluluk hissettiklerinin gözlemlenmesi nedeniyle eğitim programının literatür ile paralel şekilde yüz yüze yürütülmesine karar verilmiştir (169-171). Yüz yüze eğitim programında 1 kayıp verilmesi nedeniyle Dropout oranı %20 olarak belirlenmiştir.

3.2.9. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulanması

Müdahale Grubu

Araştırmanın **ikinci aşamasında** müdahale grubuna SGM'ye göre hazırlanan 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programı' ve 'Evde İzlem ve Danışmanlık Programı' uygulanmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması 01 Mayıs 2021-13 Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Eğitim programı tabakalı blok randomizasyon ile müdahale grubuna atanan 23 kadın ile 04 Ekim-10 Ekim 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Eğitim programının etkin bir şekilde yürütülmesi, kadınların aktif katılabilmesi ve interaktif yöntemlerin etkili kullanılabilmesi için programın 3 grup halinde, her grupta 7-8 kadın yer alacak şekilde yürütülmesi planlanmıştır (172). Katılımı kolaylaştırmak amaçlı üç farklı gün ve saat belirlenmiştir. Kadınlar aranarak planlanan gruplar belirtilmiş ve istedikleri gruba dahil edilmiştir. Birinci grup 7, ikinci ve üçüncü grup ise 8 kadından oluşmuştur. Kadınlara eğitim ve ziyaretleri hatırlatmak için iletişim grubu oluşturulmuş ve

eğitimden bir gün önce kadınlara programa ilişkin bilgi verilmiş ve hatırlatma yapılmıştır.

Eğitim programı gerekli izinler alınarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etlik Kampüsü'nde yapılmıştır. Eğitim ortamı olarak kadınları öğrenmeye teşvik etmek, karşılıklı etkileşimi artırmak için havalandırma ve ışıklandırması yeterli olan oturma düzeninin U şeklinde olduğu bir toplantı salonu tercih edilmiştir. Eğitim programı 4 oturumda tamamlanmış, her bir oturum 45 dk. srmştir (Tablo 3.4). Eğitim programını desteklemek amacıyla ve evde izlem sürecinde ve daha sonra kadınlara rehber olması amacıyla birinci oturumda 'İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin nlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı (Ek 12)' verilmiştir. Her bir oturumun sonunda oturuma ilişkin değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 3.4. Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim programı.

SAAT: 09.30-10.15		SAAT: 10.15-10.30 ÇAY-KAHVE ARASI		
SAAT: 10.30-11.15		SAAT: 10.30-11.15		
I. Oturum	Amaç	Öğrenim Hedefleri	Öğrenme ve Öğretme Teknikleri	
Tanışma ve beklentilerin paylaşılması, Katılımcılara "İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı"nın dağıtılması, Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organlar ve işlevleri ve idrar kaçırma sorununa ilişkin risk faktörleri konularında katılımcılara bilgi kazandırmak.	Kadın idrar yolları ve üreme sisteminin yapısı ve sistemde yer alan organların işlevleri, idrar kaçırma sorunu ve soruna ilişkin risk faktörleri konularında katılımcılara bilgi kazandırmak.	Katılımcılar oturumun sonunda; <ul style="list-style-type: none"> • Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların isimlerini sayabilecek, • Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların işlevlerini sayabilecek, • Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların anatomik yerini söyleyebilecek, • Kadın idrar yolları ve üreme sistemi arasındaki bağlantıyı açıklayabilecek, • Pelvik taban kaslarının idrar kaçırmanın kontrolündeki önemini söyleyebilecek, • İdrar kaçırmanın tanımını yapabilecek, • İdrar kaçırmanın risk faktörlerinden beşini sayabilecek, • İdrar kaçırma ile ilişkili risk faktörlerinden kendisinde bulunanları söyleyebilecek, • Değerlendirme sorularının en az yarısını doğru cevaplayabilecektir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Düz Anlatım, • Tartışma, • Beyin Fırtınası, • Soru-Cevap, • Balık Kılıçığı Tekniği, • Slayt Gösterisi. 	
			<ul style="list-style-type: none"> • İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı, • Bilgisayar, • Projeksiyon, • Power Point Sunusu, • Yazı Tahtası, • Tahta Kalemi. 	45 dk.
II. Oturum	Amaç	Öğrenim Hedefleri	Öğrenme ve Öğretme Teknikleri	
Sağlığı geliştirme ve idrar kaçırmanın önlenmesi ve idrar kaçırma ile ilişkili risk faktörlerinin anlatılması.	Sağlığı geliştirme, idrar kaçırmanın önlenmesi ve idrar kaçırma ile ilişkili risk faktörleri konularında katılımcılara bilgi kazandırmak.	Katılımcılar oturumun sonunda; <ul style="list-style-type: none"> • Sağlığın ve sağlığın geliştirilmesinin önemini açıklayabilecek, • Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına beş örnek verebilecek, • İdrar kaçırmanın önlenmesinin önemini açıklayabilecek, • İdrar kaçırma ile ilişkili risk faktörlerini söyleyebilecek, • İdrar kaçırma ile ilişkili risk faktörlerinden kendisinde bulunanları söyleyebilecek, • Değerlendirme sorularının en az ikisini doğru cevap verebilecek. 	<ul style="list-style-type: none"> • Düz Anlatım, • Tartışma, • Beyin Fırtınası, • Soru-Cevap, • Slayt Gösterisi. 	
			<ul style="list-style-type: none"> • İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı, • Bilgisayar, • Projeksiyon, • Power Point Sunusu, • Video, • Renkli Kartlar, • Yazı Tahtası, • Tahta Kalemi. 	45 dk.

Tablo 3.4. (Devam) Pender'in sağlıklı geliştirme modeline dayalı eğitim programı.

		SAAT: 11.30-12.15			
III. Oturum	Amaç	Öğrenim Hedefleri	Öğrenme ve Öğretme Teknikleri	Araç-Gereçler	Süre
İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin anlatılması,	İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırmak.	Katılımcılar oturumun sonunda; <ul style="list-style-type: none">• İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini açıklayabilecek,• İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden kendi uygulayabileceklerini söyleyebilecek,• İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede kafein alımının azaltılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede diyetin düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• Değerlendirme sorularından en az ikisine doğru cevap verecek.	<ul style="list-style-type: none">• Düz Anlatım,• Tartışma,• Beyin Fırtınası,• Soru-Cevap,• Slayt Gösterisi.	<ul style="list-style-type: none">• İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı,• Bilgisayar,• Projeksiyon,• Power Point Sunusu,• Renkli kartlar,• Yazı Tahtası,• Tahta Kalemi.	45 dk.

Tablo 3.4. (Devam) Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim programı

12.15-12.30 ÇAY-KAHVE ARASI			
SAAT: 12.30-13.15			
IV. Oturum	Amaç	Öğrenim Hedefleri	Öğrenme ve Öğretme Teknikleri
İdrar kaçırmamanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin (devam) ve baş etme önerilerinin anlatılması,	İdrar kaçırmamanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ve idrar kaçırmaya baş etme önerileri konularında katılımcılara bilgi, tutum ve davranış kazandırmak.	Katılımcılar oturumun sonunda; <ul style="list-style-type: none">• İdrar kaçırmaya sorunu ile baş etmede sigaranın bırakılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırmaya sorunu ile baş etmede düzenli egzersiz için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• İdrar kaçırmaya sorunu ile baş etmede barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,• Günlük yaşamda idrar kaçırmaya sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,• İş yerinde idrar kaçırmaya sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,• İdrar kaçırmaya sorunu ile baş etmeye yönelik kimlerden destek alacağını söyleyebilecek.• Değerlendirme sorularından en az ikisine doğru cevap verecek.	<ul style="list-style-type: none">• İdrar Kaçırmamanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı• Değişiklikleri El Kitabı,• Bilgisayar,• Projeksiyon,• Power Point Sunusu,• Yazı Tahtası,• Tahta Kalemi.
SAAT: 13.15-13.30			
Değerlendirme, Katılım Belgelerinin Verilmesi			
KAPANIş			

Eğitim programının son oturumunda kadınlara programa uyumu artırmak için evde izlem ve danışmanlığın sŸrdŸrŸlmesi amaçlı hazırlanan ‘İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Kitapçığı (Ek 15)’ verilmiş ve kadınlar formları nasıl dolduracaklarına ilişkin bilgilendirilmiştir.

Eğitim programı tamamlandıktan sonra mŸdahale grubuna davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulama ve sŸrdŸrme amacıyla 3 ev ziyareti ile 3 telefon gŸrŸřmesi yapılmıştır. Evde izlem ve danışmanlık sŸreci 4 Ekim 2021-13 Ocak 2022 tarihleri arasında yŸrŸtŸlmŸřtŸr. Ev ziyaretleri ve telefon gŸrŸřmelerinde kadınlara sağlığı koruyucu uygulamalar, davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda destek ve motivasyon sağlanmıştır. Bu kapsamda izlemler Őİ’ye bağlı gelişebilecek sorunları azaltmaya yŸnelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulama, davranış haline getirme ve davranışı sŸrdŸrme konusunda hatırlatıcı olma, kadınların sorularını yanıtlatma ve her bir kadının gereksinimi doğrultusunda bireysel danışmanlık verilmesi şeklinde yŸrŸtŸlmŸřtŸr. Ev ziyaretleri ortalama 45 dk. sŸrmŸřtŸr. Her ev ziyaretinden Önce kadınlar ziyaretin ve evde izlem sŸrecinde doldurulması gereken formların hatırlatılması amacıyla telefon ile aranmıştır. Her bir kadına yŸnelik bireysel ev ziyareti dosyası oluşturulmuştur. Ziyaretlerde ve telefon gŸrŸřmelerinde ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı İzlem ve Danışmanlık YŸnergesi’ (Ek 14) araştırmacıya rehber olması Ÿzere kullanılmıştır.

İlk ev ziyareti eğitim programının tamamlanmasından bir ay sonra yapılmıştır. Bu ziyaret sırasında kadınlardan ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu, ICIQ-SF, İŞİ, BSAÖ, GRCDÖ-Kadın Formu, I-QOL, ÖEYÖ’yŸ tekrar doldurmaları istenmiştir. İkinici ev ziyareti birinci ev ziyaretinden, ŸçŸncŸ ev ziyareti ise ikinci ev ziyaretinden bir ay sonra yapılmıştır. Ev ziyaretleri sırasında yapılan uygulamalar aşağıda verilmiştir.

- Kadın, ev ortamı ve aile yapısı değerlendirildi,
- Eğitim programında verilen bilgilerden eksik olanlar tamamlandı ya da kadının istediği konularda tekrar bilgilendirme yapılarak soruları cevaplandı,
- Kilo takibi yapıldı ve BKİ hesaplandı (kilo takibinde kadınlardan bir Önceki ŐlçŸmde Ÿzerinde olan kıyafetleri giymesi istendi ve ŐlçŸmler aç karına yapıldı),

- Yönergeye göre obezitenin önlenmesi, sıvı alımının düzenlenmesi, kafein tüketiminin azaltılması, diyetin düzenlenmesi, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması açısından değiştirilmesi istenen davranışlar gözden geçirildi,
- Geliştirilmesi istenen her bir davranış modelin bileşenleri olan ‘bireysel özellikler ve deneyimler’, ‘davranışa özgü kavramlar ve etkiler’, ‘davranışın ortaya çıkışı’ açısından değerlendirildi ve aksayan yönler için çözüm önerilerinde bulunuldu,
- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliği Takip Kitapçığı’nın doldurulma durumu değerlendirildi, bir ay boyunca yapılan uygulamalar incelenerek geri bildirim verildi ve eksikler tamamlandı,
- Ziyaret biterken verilen bilgiler, öğretilen uygulamalar ve öneriler tekrar edildi,
- Bir sonraki ziyaret planlandı, doldurulan formlar alındı ve boş takip formları teslim edildi.

Ev ziyaretlerini desteklemek ve kadınları motive etmek amacıyla birinci telefon görüşmesi eğitim programından 15 gün sonra, ikinci telefon görüşmesi birinci ev ziyaretinden 15 gün sonra ve üçüncü telefon görüşmesi ikinci ev ziyaretinden 15 gün sonra yapılmıştır. Telefon görüşmeleri ortalama 10 dk. sürmüştür. Telefon görüşmelerinde;

- Ev ziyaretinde aksayan yön olarak belirlenen uygulamalar tekrar değerlendirildi,
- Kadınların ihtiyacı doğrultusunda bireyselleştirilmiş öneriler verildi, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulama ve sürdürme konusunda hatırlatma yapıldı,
- Uygulanamayan yaşam tarzı değişiklikleri modelin bileşenleri olan bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü kavramlar ve etkiler, davranışın ortaya çıkışı açısından değerlendirildi ve aksayan yönler için çözüm önerilerinde bulunuldu,
- Egzersizlere devam etme ve takip çizelgelerini doldurma durumu değerlendirildi,
- Takip formunun doldurulması, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine uyulması konusunda motivasyon sağlandı,
- Varsa sorular cevaplandı,
- Bir sonraki ev ziyareti konusunda hatırlatma yapıldı.

Eğitim programından üç ay sonra yapılan üçüncü ve son ev ziyaretinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu, ICIQ-SF, İŞİ, BSAÖ, GRCDÖ-Kadın Formu, I-QOL, ÖEYÖ tekrar uygulanmıştır. Üç aylık süreç değerlendirilmiş, kazanılan davranışların sürdürülebilir olması için kadınların talebi üzerine evde izlem sürecinde kullanılan takip formlarının bir örneği teslim edilmiş, varsa kadınların soruları cevaplanmıŐ ve görüşme sonlandırılmıştır.

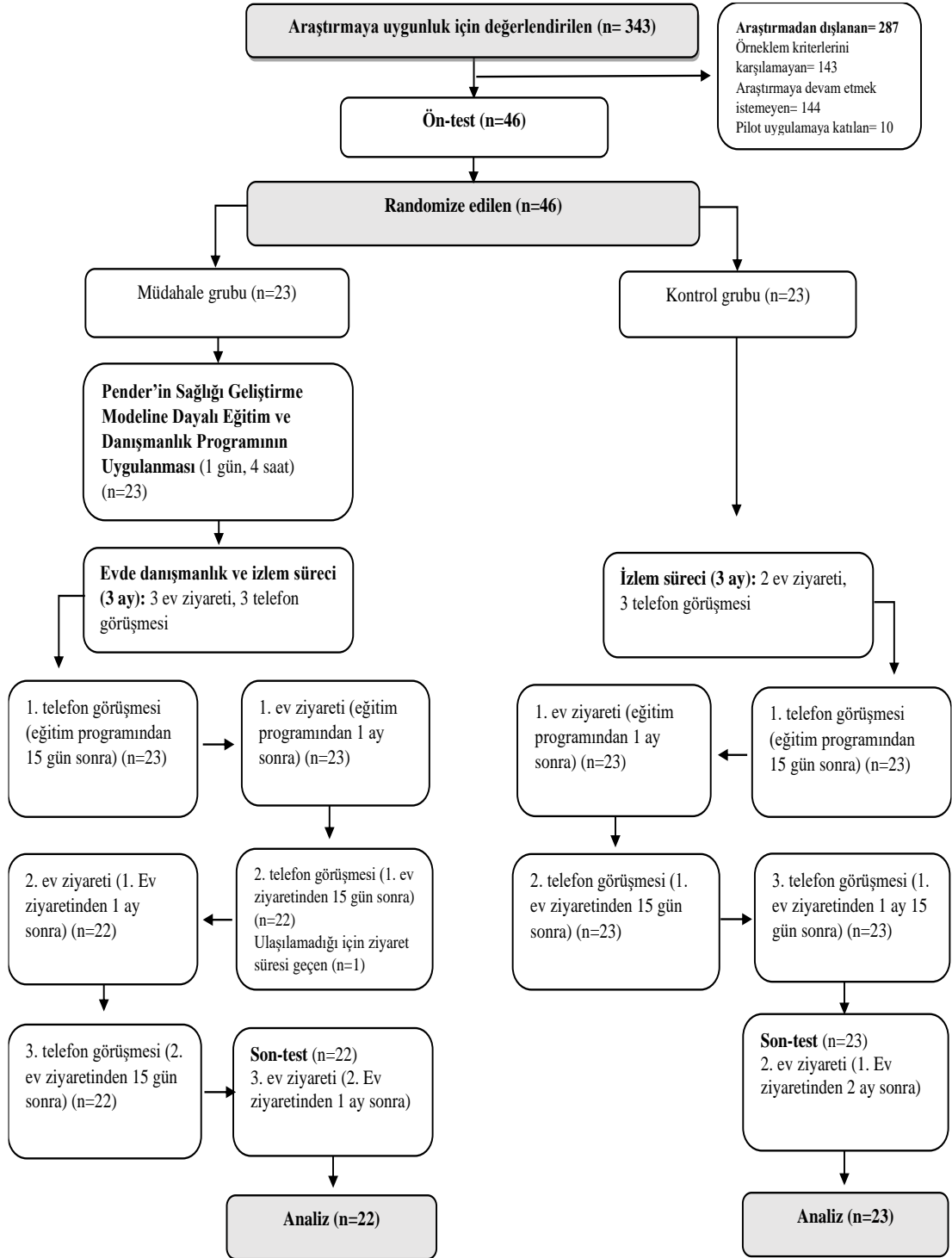
Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki kadınlar telefon görüşmesi ile kontrol grubunda olduklarına ilişkin bilgilendirilmiŐtir. Kontrol grubu ile ön-testte veri toplama araçlarının uygulanması amacıyla yapılan görüşme dahil olmak üzere toplam üç yüz yüze görüşme ve üç telefon görüşmesi yapılmıştır. Yüz yüze görüşmelerde kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve sadece veri toplama formları (Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu, İŞİ, BSAÖ, GRCDÖ-Kadın Formu, I-QOL, ÖEYÖ) uygulanmıştır. Birinci görüşme; veri toplama formlarının uygulanması amacıyla müdahale grubu ile benzer zamanlarda ev ziyaretinde yapılmıştır. İkinci görüşme müdahale grubunun eğitim programından bir ay sonra ve son görüşme üç ay sonra son-test aşamasında müdahale grubunun ev ziyaretleri ile eş zamanlı yapılmıştır. Kadınların kilo ölçümleri standart ölçüm aracıyla yapılmış ve BKİ'leri hesaplanmıştır. GörüŐmelerin süresi ortalama 15-20 dk. sürmüştür.

Telefon görüşmeleri müdahale grubundaki kadınlarla eş zamanlı yapılmış ve görüşmelerde kadınların araştırmada oldukları hatırlatılmıŐ ve bu süreçte sorunlarına yönelik herhangi bir tedavi alıp almadıkları değerlendirilmiştir. Telefon görüşmeleri ortalama 2-3 dk. sürmüştür. Evde izlem ve danışmanlık süreci boyunca kontrol grubundaki kadınlar hafif ve orta düzey Üİ yaşadıkları için Üİ ile ilgili desteğe ihtiyacı olduğunu belirten bir kadın olmamıştır.

Son ziyarette son-testin doldurulmasında İŞİ'ye göre Şiddet indeksi skorunun Şiddetli olduğu belirlenen 4 ve çok Şiddetli olduğu belirlenen 1 kadın ikinci basamak tedavi merkezlerine yönlendirilmiştir. Kadınlara araştırma sürecinin tamamlandığı bildirilmiŐ ve eğitim programına katılma durumları sorulmuş ve varsa soruları cevaplanmıŐtır. İsteyen 5 kadına eğitim programı uygulanmış ve İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değerlikleri El

Kitabı ve Takip Kitapçığı ve araştırmada kullanılan tüm takip formları verilmiştir. Eğitim programına katılmak istemeyen; ancak, Üİ ile ilgili bilgi almak isteyen kadınlara evde eğitim verilmiştir.



Şekil 3.4. Araştırmanın akış şeması

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirileceği ASM, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Ek 17) ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Karar No:13.02.2019-06, 14.01.2021-44, 06.01.2022-35) (Ek 18) yazılı onay alınmıştır. Kadınlardan araştırmanın amacı açıklandıktan sonra aydınlatılmış onam formları imzalatılarak, yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında dahil edilen yüz yüze görüşülen kadınlardan yazılı onam alınmış (Ek 19) ve telefon görüşmesi yapılan kadınlardan sözel onam alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri (Ek 20), ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğini çalışan yazarlardan e-posta yoluyla alınmıştır.

Birinci aşamada örnekleme dahil edilme kriterlerini taşımayan veya örnekleme dahil edilme kriterlerine uysa da araştırmanın ikinci aşamasına devam etmek istemeyen, Üİ belirlenen ve Üİ ile baş etmeye yönelik bilgi almayı kabul eden tüm kadınlara 'İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı'ndan faydalanılarak 15 dk. bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması tamamlandıktan sonra kontrol grubunda kabul eden kadınlara eğitim programı uygulanmış ve 'İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı' verilmiştir. Kontrol grubunda son izlemde şiddet indeksi skorunun şiddetli ve çok şiddetli olduğu belirlenen kadınlar ikinci basamak tedavi merkezlerine yönlendirilmiştir. Ayrıca müdahale ve kontrol grubuna davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmede hatırlatıcı olma, davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamada rehber olması açısından takip sürecinde kullanılan formlardan birer örnek verilmiştir.

3.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırma bir modele dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmada randomize kontrollü deneysel bir tasarım kullanılmıştır.
- Araştırmada istatistik raporlamada kör teknik kullanılmıştır.
- Araştırmada veri toplama, eğitim ve danışmanlık süreci aynı araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

- Araştırmanın birinci aşamasında kilo takibi için aynı ölçüm aracı kullanılmış ve tüm izlemlerde aynı kıyafetlerle ölçüm yapılmıştır.
- Eğitim öncesi veri toplama süreci randomizasyondan önce tamamlanmıştır.
- Eğitim programının pilot uygulaması COVID-19 pandemisi sürecinde olunması nedeniyle iki uygulamanın karşılaştırılması amacıyla yüz yüze ve çevirim içi olarak yürütülmüştür.
- Araştırmanın ikinci aşamasında davranış değişikliğinin sağlanmasında kadınları motive etmek için 3 izlem yapılmıştır.
- Evde danışmanlık ve izlem sürecinde elde edilen veriler işlenmiş olup; kadınların davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine uyma durumu bazı davranışlar açısından somut olarak değerlendirilmiştir.
- Evde danışmanlık ve izlem sürecinde modele dayalı ev ziyareti izlem yönergesi kullanılması ziyaret sırasında izlenecek basamaklar açısından araştırmacı için rehber olmuştur.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Birinci aşamada bazı kadınlarla yüz yüze, bazı kadınlarla telefonda görüşme yapılmış ve veriler toplanmıştır.
- Üİ varlığı, kadınların beyanına dayalı olarak doldurulan ICIQ-SF ile belirlenmiştir.
- Araştırmanın birinci aşamasında ASM'ye gelmek istemeyen kadınların kilo ölçümü araştırmacı tarafından yapılamamış, kadınlar ölçümü kendileri yapmışlardır.
- Araştırmada katılımcılar ve araştırmacı için körleme yapılamamıştır.

Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler

- COVID-19 pandemisi nedeniyle bazı kadınların ASM'ye gelmeye çekinmeleri veri toplama formlarının telefonda doldurulmasına neden olmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) version 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA 2019) paket programı kullanılmıştır. Analizin ilk aşamasında kategorik değişkenlerin frekans analizleri verilmiştir. Frekans analiz bulgularından gruplara ait yüzde (%) ve frekans (f) değerleri birlikte verilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama (Ort), standart sapma (SS), medyan (Med), minimum (Min), maksimum (Maks) değerleri verilmiştir.

Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılmıştır. Friedman testinde anlamlı bulunan sonuçlarda çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltmeli Dunn testi uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grupları ile demografik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare Bağımsızlık veya Fisher'in Kesin Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İki gruplu üç zaman dilimine ait bağımlı veriler arasındaki karşılaştırmalarda Cochran-Q testi; ikili karşılaştırmalarda ise McNemar testi kullanılmıştır. Bağımlı ikiden fazla grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Marjinal homojenlik testi kullanılmıştır. Araştırmada hata payı %5, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Normal dağılıma uygunluk gösteren bağımlı iki veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında tekrarlı ölçümler Anova testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümler Anova testinde, küresellik testi varsayımı sağlandığında Sphericity, sağlanmadığında Greenhouse-Geisser test istatistiği sonuçları temel alınmıştır.

Araştırmada izlem sürecinde müdahale grubunda bir örneklemin kayıp edilmesi nedeniyle istatistiksel analiz sonuçları Per-protocol (PP) ve Intention to Treat (ITT)'e göre değerlendirilmiştir. PP ve ITT analiz sonuçlarının benzer olması nedeniyle bulgular PP'ye göre verilmiş ve ITT analizine ilişkin bulgular ek tablo olarak verilmiştir (Ek 21).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri, Üİ ile ilişkili bazı özellikleri ile üriner sistem enfeksiyonu ve cinsel yaşam

öykülerine ilişkin bazı özellikleri; bağımlı değişkenleri ise Üİ sıklığı, miktarı, cinsel doyum, benlik saygısı ve yaşam kalitesi olarak belirlenmiştir. Kontrol değişkeni Üİ şiddetidir.

Araştırmada BKİ hesaplaması için standart boy ve kilo ölçer kullanılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında ASM'ye gelemeyen bazı kadınlar boy ve kilo ölçümlerini ASM dışındaki ölçüm araçlarıyla hesaplamışlardır. Kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle BKİ hesaplanmıştır. BKİ değerleri DSÖ uluslararası obezite sınıflandırılmasına göre; <16.50 kg/m² çok zayıf; <18.50 kg/m² zayıf, 18,50-24,99 kg/m² normal kilolu, 25.00-29.99 kg/m² fazla kilolu, 30.00-39.99 kg/m² obez, >40.00 kg/m² ileri derecede obez (morbit) olarak sınıflandırılmıştır (173).

Araştırmada Üİ tipinin belirlenmesinde ICIQ-SF kullanılmıştır. Üİ tuvalete yetişmeden gelişirse urge (acil) inkontinans, öksürürken veya hapşırırken, hareket spor yaparken veya halinde iken stres inkontinans, stres ve urge inkontinansa neden olan durumlar birlikte görüldüğünde miks inkontinans olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca uyurken noktürnal inkontinans, işemeyi bitirip giyinirken postür al inkontinans ve cinsel ilişki sırasında gelişti ise koital inkontinans olarak değerlendirilmiştir (140,141,147,174).

4. BULGULAR

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevelansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve Üİ'si olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla iki aşamalı olarak yürütülen araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde verilmiştir.

- 4.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Bulgular
 - 4.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-demografik, Obstetrik Özellikleri, Üriner Sistem Enfeksiyonu ve Cinsel Yaşam Öyküleri, Üriner inkontinans Yaşama Durumu ve Süresine İlişkin Bulgular
 - 4.1.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi Alt Boyutlarına ve Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular
 - 4.1.3. Kadınların Bazı Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Üriner İnkontinans Üzerine Etkilerinin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular
- 4.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Bulgular
 - 4.2.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik Özellikleri ile Üriner İnkontinansla Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
 - 4.2.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, İnkontinans Şiddet İndeksi, Benlik Saygısı Alt Ölçeği, Glombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Ortancalarına İlişkin Bulgular
 - 4.2.3. Müdahale Grubundaki Kadınların Üç Aylık Danışmanlık ve İzlem Sürecinde Kafeinli Yiyecek ve İçecek, Asitli İçecek ve Su, Süt ve Süt Ürünleri, Baharatlı Gıda, Asitli Sebze-Meyve Tüketimi, Tütün Kullanımı, Hafif ve Orta Düzey Egzersiz ve Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulanmalarına İlişkin Bulgular

4.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Bulgular

4.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-demografik, Obstetrik Özellikleri, Üriner Sistem Enfeksiyonu ve Cinsel Yaşam Öyküleri, Üriner inkontinans Yaşama Durumu ve Süresine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri. (N=1042)

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	M (min-maks)
Yaş (yıl)	35,60±9,85	35 (3-72)
BKİ (kg/m ²)	26,04±6,84	25,3 (13,3-50,2)
	n	%
BKİ grup		
Zayıf	32	3,1
Normal kilolu	464	44,5
Hafif şişman	349	33,5
Şişman	197	18,9
Eğitim durumu		
İlköğretim	296	28,4
Lise	337	32,3
Üniversite ve ↑	409	39,3
Medeni durum		
Evli	799	76,7
Bekar	243	23,3
Sağlık güvencesi varlığı		
Var	972	93,3
Yok	70	6,7
Algılanan ekonomik durum		
Gelir giderden fazla	27	2,6
Gelir gidere eşit	746	71,6
Gelir giderden az	269	25,8
Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Evet	384	36,9
Hayır	658	63,1

Tablo 4.1.'de toplum tabanlı taramaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Kadınların yaş ortalaması 35,60±9,85'tir. Kadınların BKİ ortalaması 26,04±6,84'tür ve %44,5'i normal kiloludur. Kadınların %39,3'ünün üniversite ve üzeri mezunu, %76,7'sinin evli olduğu bulunmuştur. Kadınların %93,3'ünün sağlık güvencesinin olduğu, %71,6'sının gelirini giderine eşit olarak algıladığı ve %63,1'inin halen gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik özellikleri. (N=1042)

Bazı Obstetrik Özellikler		
Gebelik geçirme durumu	n	%
Evet	810	77,73
Hayır	232	22,27
$\bar{X} \pm SS$		
Gebelik sayısı (n=810) *	2,47±1,33	
Doğum sayısı (n=778) **	1,95±0,88	
İlk doğum yaşı (yıl) (n=778) **	23,58±5,61	
Bebegin doğum kilosu (g) (n=1518) ***	3300,03±1248,09	
	n	%
Doğum şekli (n=1518) ***		
Vajinal doğum	890	58,62
Sezaryen doğum	628	41,38
İndüksiyon uygulanma durumu (n=1518) ***		
Evet	603	39,72
Hayır	915	60,28
Epizyotomi varlığı (n=890) ****		
Evet	866	97,3
Hayır	24	2,7

* Gebelik geçirmiş olan kadın sayısıdır.

** Doğum yapmış olan kadın sayısıdır.

*** Toplam doğum sayısıdır.

**** Toplam vajinal doğum sayısıdır.

Tablo 4.2.'de toplum tabanlı taramaya katılan kadınların bazı obstetrik özellikleri yer almaktadır. Kadınların %77,73'ü gebelik geçirmiştir. Kadınların ortalama gebelik sayısı 2,47±1,33, doğum sayısı 1,95±0,88 ve ilk doğum yaş ortalaması 23,58±5,61'dir. Bebeklerin doğum kilosu ortalaması 3300,03±1248,09'dur. Doğumların %58,62'si vajinal doğumla sonuçlanmış; kadınların %39,72'si doğumda indüksiyon uygulandığını, %97,3'ü epizyotomi açıldığını belirtmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve cinsel yaşam öykülerine ilişkin bazı özellikleri. (N=1042)

Üriner Sistem Enfeksiyonu ve Cinsel Yaşam Öykülerine İlişkin Bazı Özellikler	n	%
Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu yaşama durumu		
Evet	321	30,8
Hayır	721	69,2
Cinsel yönden aktif olma durumu		
Aktif	738	70,8
Aktif değil	304	29,2
Cinsel ilişki sıklığı (n=738) **		
Haftada 1-2 kez	404	54,7
Haftada 3-4 kez	194	26,3
Ayda 1-2 kez	94	12,7
Ayda 1'den az	46	6,3
Koital inkontinans yaşama durumu (n=738) **		
Evet	29	3,9
Hayır	709	96,1
Koital inkontinans ile baş etme yöntemleri (n=29) ***		
Herhangi bir yöntem kullanmama	15	51,7
Cinsel ilişkiyi erteleme	5	17,2
Cinsel ilişki öncesi mesaneyi boşaltma	5	17,2
Eş/partner ile endişeleri konuşma	4	13,8
Eş/partner ile ihtiyaçları konuşma	3	10,3
Yatak koruyucu kullanma	2	6,9

* En az bir kez üriner sistem enfeksiyonu geçirmiş olan kadınların sayısıdır.

** Cinsel yönden aktif olan kadınların sayısıdır.

*** Birden fazla yanıt verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3.'te kadınların üriner sistem enfeksiyonu ve cinsel yaşam öykülerine ilişkin bazı özellikleri yer almaktadır. Kadınların %30,8'i tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir. Kadınların %70,8'inin cinsel yönden aktif olduğu, %54,7'sinin cinsel ilişki sıklığının haftada 1-2 olduğu ve %3,9'unun koital inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Koital inkontinans yaşayan kadınların %51,7'si herhangi bir baş etme yöntemi kullanmazken; diğer kadınların %17,2'sinin baş etme yöntemi olarak cinsel ilişkiyi ertelediği ve cinsel ilişki öncesi mesaneyi boşalttığı, %13,8'inin eşi/partneri ile endişelerini konuştuğu, %10,3'ünün eşi/partneri ile ihtiyaçlarını konuştuğu ve %6,9'unun yatak koruyucu kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların üriner inkontinans yaşama durumu ve süresi ile ilişkili bazı özelliklerine ilişkin bulgular. (N=1042)

Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özellikler	n	%
Üriner inkontinans yaşama durumu		
Yaşayan	343	32,9
Yaşamayan	699	67,1
Üriner inkontinans yaşama süresi (n=343) *		
1 yıl ve ↓	40	3,8
1,1-4 yıl	139	48,4
4,1-7 yıl	112	32,7
7,1-10 yıl	25	7,3
10,1 ve ↑	27	7,8

* Üriner inkontinansı olan kadınların sayısıdır.

Tablo 4.4.'te kadınların Üİ yaşama durumu ve süresi ile ilişkili bazı özellikleri yer almaktadır. Kadınların %32,9'u Üİ yaşadığı; inkontinans yaşayanların %3,8'inin bu sorunu 1 yıl ve daha az süredir, %48,4'ü ise 1,1-4 yıldır yaşadığını belirtmiştir.

**4.1.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu
Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutları, İnkontinans Şiddet
İndeksi Alt Boyutlarına ve Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı
Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Tablo 4.5. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, inkontinans şiddet indeksi skoruna ilişkin özellikler. (n=343)

Ölçekler ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Toplam Puanı	4,06 ± 3,46	
Üriner inkontinans sıklığı *	n	%
Haftada bir veya daha seyrek	232	67,6
Haftada iki veya üç kez	57	16,6
Günde bir kez	36	10,5
Günde birkaç kez	18	5,3
Üriner inkontinans miktarı *		
Az miktarda	248	72,5
Orta derecede	88	25,5
Çok miktarda	7	2,0
Üriner inkontinans tipi *, †		
Miks inkontinans	129	37,7
Stres inkontinans	130	38,0
Urge inkontinans	84	24,6
Koital inkontinans	29	8,49
Noktürnal inkontinans	1	0,3
İnkontinans Şiddet İndeksi **		
Şiddet indeksi skoru		
Hafif (1-2 puan)	180	52,5
Orta (3-6 puan)	106	30,9
Şiddetli (8-9 puan)	30	8,7
Çok şiddetli (12 puan)	27	7,9

* Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı ‘Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

† Birden fazla yanıt verilmiş ve yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

** Üriner inkontinans şiddeti ‘İnkontinans Şiddet İndeksi’ kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5.’te kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, inkontinans şiddet indeksi skoruna ilişkin özellikler yer almaktadır. Kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması 4,06±3,46’dır. ICIQ-SF’in Üİ sıklığı alt boyutu incelendiğinde; kadınların %67,6’sının haftada bir ya da daha seyrek Üİ yaşadığı, Üİ miktarı alt boyutu incelendiğinde %72,5’inin az

miktarda Üİ yaşadığı belirlenmiştir. Üİ tipinin belirlendiği alt boyut incelendiğinde ise kadınların %37,7'sinin miks Üİ, %38,0'ının stres Üİ ve %24,6'sının urge Üİ yaşadığı belirlenmiştir. İnkontinans şiddet indeksi skorları incelendiğinde; kadınların %52,5'inde Üİ'nin hafif, %30,9'unda orta, %8,7'sinde şiddetli ve %7,9'unda çok şiddetli düzeyde olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Kadınların üriner inkontinansla ilişkili bazı özellikleri. (n=343)

Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özellikler		
Üriner inkontinansa neden olduğu düşünülen durum *		
Doğum	213	62,1
Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme	104	30,3
Konstipasyon	100	29,2
Kronik hastalığa sahip olma	36	10,5
Gebelik	26	7,6
Jinekolojik cerrahi geçirme	21	6,1
Tuvalete gitmeyi erteleme	11	3,2
Kilo alma	7	2,0
Herhangi bir durum bildirmeyen	37	10,8
Üriner inkontinansla ilişkili alınan önlemler *		
Herhangi bir önlem almama	169	49,3
Ped kullanma	97	28,3
Tuvalete sık gitme	63	18,4
Sıvı alımını kısıtlama	38	11,1
Pelvik taban kas egzersizi uygulama	23	6,7
Kahve tüketimini azaltma	11	3,2
Ağır eşya kaldırmama	10	2,9
Tuvalete yakın oturma	9	2,6
Çok gülmekten kaçınma	9	2,6
Ped kullanma sıklığı (n=97) **		
Günde 1-2 kez	45	45,9
Günde 3-4 kez	21	21,4
Günde 5-6 kez	12	12,2
Haftada 1-2 kez	11	11,2
Haftada 3-4 kez	8	8,2
Sadece dışarı çıktığı zaman	1	1,0
Üriner inkontinans nedeniyle yaşanan sorunlar *		
Herhangi bir sorun yaşamama	207	60,3
Kusurlu, eksik ve huzursuz hissetme	88	25,7
Kötü kokma korkusu yaşama	85	24,8
Cinsel istek ve uyarılmada azalma	60	17,5
Ped kullanmak zorunda kalma	55	16,0
Evden çıkmak istememe	35	10,2
Dışlanma	12	3,5
Kıyafet seçimini sınırlama	4	1,2
Diğer***	4	1,2

Tablo 4.6. (Devam). Kadınların üriner inkontinansla ilişkili bazı özellikleri. (n=343)

Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özellikler	n	%
Üriner inkontinans nedeniyle hissedilen duygular *		
Hiçbir şey hissetmeme	150	43,7
Üzüntü	74	21,6
Gerginlik	73	21,3
Öfke-kızgınlık	60	17,5
Utanç	45	13,1
Suçluluk	31	9,0
Endişe	29	8,5
Huzursuzluk-rahatsızlık	10	2,9
Şaşkınlık	7	2,0
Yaşlanmış hissetme	1	0,3
Üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurma durumu		
Başvuran	44	12,8
Başvurmayan	299	87,2
Sağlık kurumuna başvuru zamanı (n=44) ****		
Son 1 yıl içinde	12	27,3
1,1-3 yıl önce	27	61,4
3,1-5 yıl önce	5	11,3
Üriner inkontinansa ilişkin tedavi alma durumu (n=44) ****		
İlaç tedavisi	22	50,0
Pelvik taban kas egzersizi	10	15,9
Cerrahi tedavi	7	22,7
Tedavi önerilmeyen	5	11,4
Üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvuramama nedeni (n=299) * †		
Sorunun normal olduğunu düşünme	167	55,9
Gerek duymama	136	45,5
Vakit bulamama	40	13,4
İhmal etme	36	12,0
Pandemi nedeniyle hastaneye gitmek istememe	22	7,4
Mahremiyet nedeniyle çekinme	20	6,7
Tedaviden korkma	17	5,7
Diğer*****	4	1,3

* Birden fazla yanıt verilmiş ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** Ped kullandığını ifade eden kadınların sayısıdır.

*** Sık kıyafet değiştirme (n=2), sürekli abdest almak zorunda kalma (n=2).

**** Üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvuran kadınların sayısıdır.

† Üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurmayan kadınların sayısıdır.

***** Hastaneye gitmek istememe (n=3), üriner inkontinansın tedavisi olduğunu düşünmeme (n=1).

Tablo 4.6’da kadınların Üİ ile ilişkili bazı özellikleri yer almaktadır. Kadınların %62,1’i doğum yapmış olmanın %30,3’ü ise sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin Üİ’ye neden olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların %49,3’ü Üİ’ye ilişkin önlem almazken; %28,3’ünün ped kullandığı, %18,4’ünün sık tuvalete gittiği belirlenmiştir. Kadınların %45,9’u Üİ için önlem olarak günde 1-2 kez ped kullandığını belirtmiştir.

Kadınların %60,3'ünün Üİ nedeniyle herhangi bir sorun yaşamadığı; %25,7'sinin kendini kusurlu, eksik ve huzursuz hissettiği, %24,8'inin ise kötü kokma korkusu yaşadığı belirlenmiştir.

Üriner inkontinans nedeniyle hissedilen duygular açısından kadınların %43,7'si hiçbir şey hissetmezken; %21,6'sı üzüntü, %21,3'ü ise gerginlik yaşadığını ifade etmiştir. Kadınların %87,2'sinin Üİ nedeniyle sağlık kurumuna başvurmadığı, sağlık kurumuna başvuranların çoğunluğunun (%61,4) 1,1-3 yıl önce başvurduğu ve yarısının (%50,0) ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Kadınların sağlık kurumuna başvurmama nedenlerinin ise en fazla sırasıyla sorunun normal olduğunu düşünme (%55,9), gerek duymama (%45,5), vakit bulamama (%13,4) ve ihmal etme (%12,0) olduğu belirlenmiştir.

4.1.3. Kadınların Bazı Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Üriner İnkontinans Üzerine Etkilerinin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Kadınların bazı tanıtıcı ve obstetrik özelliklerinin üriner inkontinans üzerine etkilerinin lojistik regresyon ile değerlendirilmesi.

Değişkenler	β	SH	W	P	OR	GA ₉₅	
						Min	Maks
Yaş	0,038	0,014	6,706	0,010	1,038	1,009	1,068
BKİ	0,010	0,012	0,665	0,415	1,010	0,986	1,035
Doğum sayısı (Ref: 2 ve altı)							
3 ve üzeri	0,598	0,444	1,814	0,178	1,819	0,762	4,344
Eğitim durumu (Ref: Üniversite ve Üzeri)							
İlköğretim	0,960	0,349	7,553	0,006	2,612	1,317	5,181
Lise	0,268	0,318	0,710	0,399	1,308	0,701	2,440
Medeni durum (Ref: Bekar)							
Evli	0,268	0,544	0,244	0,622	1,308	0,451	3,797
Sağlık güvencesi varlığı (Ref: Hayır)							
Evet	-0,424	0,521	0,662	0,416	0,654	0,236	1,817
Ekonomik durum (Ref: Gelir giderden az)							
Gelir giderden fazla	0,100	0,847	1,953	0,377	1,105	0,210	5,811
Gelir gidere eşit	-0,360	0,271	1,773	0,183	0,697	0,410	1,185
Çalışma Durumu (Ref: Hayır)							
Evet	0,041	0,270	0,024	0,878	1,042	0,614	1,768
Doğum Şekli (Ref: Sezaryen)							
Vajinal	0,450	0,257	3,077	0,079	1,569	0,949	2,595
İndüksiyon uygulanması (Ref: Hayır)							
Evet	-0,002	0,238	0,000	0,992	0,998	0,626	1,589
Epizyotomi varlığı (Ref: Hayır)							
Evet	0,676	0,225	9,003	0,003	1,965	1,265	3,053
Cinsel olarak aktif olma (Ref: Hayır)							
Evet	0,411	0,436	0,888	0,346	1,508	0,642	3,543
Üriner sistem enfeksiyonunun tekrarlama durumu (Ref: Hayır)							
Evet	0,681	0,225	9,186	0,002	1,975	1,272	3,067

SH: Standart hata; W: Wald testi; OR: Odds oranı; GA₉₅: Odds oranı için güven aralığı; Min: Minimum; Maks: Maksimum

Tablo 4.7’de kadınların bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin Üİ üzerine etkilerinin lojistik regresyon ile değerlendirilmesi yer almaktadır. Kadınların yaşlarının artmasının Üİ sıklığını 1,038 kat artırdığı, ilköğretim eğitim düzeyine sahip kadınların üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlardan 2,612 kat daha fazla Üİ yaşama riski olduğu, üriner sistem enfeksiyonu tekrarlayan kadınların, tekrarlamayan kadınlara göre 1,975 kat daha fazla Üİ yaşama riski olduğu bulunmuştur. BKİ, doğum sayısı, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, ekonomik durum, çalışma durumu, doğum şekli, indüksiyon uygulanması, cinsel olarak aktif olma ile Üİ arasında bir ilişki saptanmamıştır.

4.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Bulgular

4.2.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik Özellikleri ile Üriner İnkontinansla Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri.

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$				
Medyan (min-max)					
Yaş (yıl)	35,82±6,07		37,52±8,07		t=-0,769 p=0,446
	38 (25-50)		38 (22-49)		
$\bar{X} \pm SS$					
BKİ (kg/m ²)	26,11±3,36		27,45±4,42		t=-1,379 p=0,175
BKİ grupları					
Normal kilolu	9	40,9	8	34,8	$\chi^2=0,69$ p=,405
Hafif şişman	10	45,5	9	39,1	
Şişman	3	13,6	6	26,1	
Eğitim durumu					
İlköğretim	6	27,3	13	56,5	$\chi^2=5,26$ p=,022
Lise	9	40,9	8	34,8	
Üniversite ve ↑	7	31,8	2	8,7	
Sağlık güvencesi varlığı					
Var	20	90,9	21	91,3	FSH=0,002 p=0,963
Yok	2	9,1	2	8,7	
Algılanan ekonomik durum					
Gelir giderden fazla	-	-	1	4,4	FSH=0,196 p=0,658
Gelir gidere eşit	14	63,6	11	47,8	
Gelir giderden az	8	36,4	11	47,8	
Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Evet	9	40,9	7	30,4	$\chi^2=0,53$ p=,463
Hayır	13	59,1	16	69,6	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4.8.'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması $35,82 \pm 6,07$, kontrol grubundaki kadınların $37,52 \pm 8,07$; müdahale grubundaki kadınların BKİ ortalaması $26,11 \pm 3,36$ kg/m^2 , kontrol grubundaki kadınların $27,45 \pm 4,42$ kg/m^2 'dir. Müdahale grubundaki kadınların %45,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %39,1'inin hafif şişman olduğu; müdahale grubundaki kadınların %40,9'unun lise, kontrol grubundaki kadınların %56,5'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların %90,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %91,3'ünün sağlık güvencesi olduğu, müdahale grubundaki kadınların %63,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %47,8'sinin gelirini gidere eşit olarak algıladığı saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların %59,1'i, kontrol grubundaki kadınların %69,6'sı gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların tamamı evlidir. Kontrol grubundaki kadınların yaş, BKİ ortalamaları, sağlık güvencesi varlığı, algılanan ekonomik durum, halen gelir getiren bir işte çalışma durumu açısından müdahale grubundaki kadınlar ile benzer oldukları belirlenmiştir ($p > 0,05$). Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.9. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özellikleri.

Bazı Obstetrik Özellikler	Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$				
Gebelik sayısı	2,91±1,60		2,86±1,39		t=0,013 p=0,989
Doğum sayısı	2,05±0,65		2,00±0,93		t=0,000 p=1,000
İlk doğum yaşı (yıl)	24,95±4,95		23,52±5,31		t=0,786 p=0,436
Bebeğin doğum kilosu (gr) *	3245,83±377,08		3407,06±394,65		t=-1,370 p=0,178
	n	%	n	%	
Gebelik geçirme durumu					
Evet	22	100,0	22	95,7	FSH=0,443
Hayır	-	-	1	4,3	p=0,506
Doğum şekli **					
Vajinal doğum	31	68,9	25	56,8	$\chi^2=1,38$
Sezaryen doğum	14	31,1	19	43,2	p=,239
İndüksiyon uygulanma durumu					
Evet	26	57,8	18	40,9	$\chi^2=2,53$
Hayır	19	42,2	26	50,1	p=,112
Epizyotomi varlığı ***					
Evet	30	66,7	23	52,3	$\chi^2=1,91$
Hayır	15	33,3	21	47,7	p=,167

t: Bağımsız Örneklem T Testi; χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi.

* Toplam doğan bebeklerin kiloları ortalamasıdır.

** Yüzdeler toplam doğum sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

*** Yüzdeler vajinal doğum sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.9'da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların tamamı, kontrol grubundaki kadınların %95,7'si gebelik geçirmiştir. Müdahale grubundaki kadınların gebelik sayısı ortalaması 2,91±1,60, kontrol grubundaki kadınların ise 2,86±1,39'dur. Müdahale grubundaki kadınların doğum sayısı ortalaması 2,05±0,65, kontrol grubundaki kadınların 2,00±0,93; müdahale grubundaki kadınların ilk doğum yaşı ortalaması 24,95±4,95, kontrol grubundaki kadınların ise 23,52±5,31'dir. Doğumda bebeğin kilosu müdahale grubundaki kadınlarda 3245,83±377,08, kontrol grubundaki kadınlarda 3407,06±394,65'tir. Müdahale grubundaki kadınların %68,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %56,8'inin vajinal doğum yapmış olduğu; müdahale grubundaki kadınların %57,8'ine, kontrol grubundaki kadınların %40,9'una doğumda indüksiyon uygulandığı saptanmış; müdahale grubundaki kadınların %66,7'si, kontrol

grubundaki kadınların %52,3'ü doğumda epizyotomi açıldığını belirtmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özellikler açısından benzer oldukları saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 4.10. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların üriner inkontinansla baş etme özellikleri.

Üriner İnkontinansla Baş Etme Özellikleri	Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Üriner inkontinans için destek almayı tercih etme durumu					
Evet	17	77,3	15	65,2	$\chi^2=0,79$
Hayır	5	22,7	8	34,8	p=,372
Destek alınmak istenen kişi					
Eş/partner	1	5,9	1	6,7	FSH=0,370 p=0,543
Sağlık personeli	15	88,2	14	93,3	
Arkadaş	1	5,9	-	-	
Üriner inkontinans ile baş etmede yaşanan engeller*					
Baş etme yöntemlerini bilmeme	11	50,0	8	34,8	FSH=0,207 p=0,649
Üriner inkontinansa ilişkin yetersiz bilgi	9	40,9	13	56,5	
Destegin olmaması	4	18,2	4	17,4	
Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak için zaman ayıramama	2	9,1	-	-	
Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini düzenli ve sürekli olarak uygulayamama	1	4,5	-	-	
Herhangi bir engeli bulunmama	-	-	2	8,7	
$\bar{X} \pm SS$					
Üriner inkontinans ile baş edebileceğini düşünme durumu **	7,14±2,85		5,87±3,35		t=1,116 p=0,271
$\bar{X} \pm SS$					
Üriner inkontinansla baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu **	9,09±1,54		7,26±2,70		t=2,246 p=0,030

χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi t: Bağımsız Örneklem T Testi.

*: Birden fazla yanıt verilmiş ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** : 1 ile 10 arasında yapılan değerlendirme ortalamasıdır.

Tablo 4.10'da müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Üİ ile baş etme özellikleri yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların %77,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %65,2'si Üİ için destek almayı tercih edeceğini; müdahale grubundaki kadınların %88,2'si, kontrol grubundaki kadınların %93,3'ü desteği sağlık personeline almak istediğini belirtmiştir. Kadınlar Üİ ile baş etmede yaşanan engeller olarak sırasıyla baş etme yöntemlerini bilmeme (M: %50,0; K:34,8), Üİ'ye ilişkin yetersiz bilgi (M: %40,9; K: %56,5) cevabını vermişlerdir. Kadınlara 1 ile 10 arasında bir derecelendirme yaptırıldığında; Üİ ile baş edebileceğini düşünme düzeyi

müdahale grubunda $7,14 \pm 2,85$ ve kontrol grubunda $5,87 \pm 3,35$; Üİ ile baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme düzeyi ise müdahale grubunda $9,09 \pm 1,54$, kontrol grubunda $7,26 \pm 2,70$ bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar Üİ için destek almayı tercih etme, destek alınmak istenen kişi, Üİ ile baş etmede yaşanan engeller, Üİ ile baş edebileceğini düşünme durumu açısından benzerken ($p > 0,05$); Üİ ile baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0,05$).

4.2.2. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, İnkontinans Şiddet İndeksi, Benlik Saygısı Alt Ölçeği, Glombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Ortancalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.11. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortancası ve şiddet indeksi skoru.

Ölçekler Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Toplam Puanı	$\bar{X} \pm SS$				t=1,035 p=0,307
	10,05±3,44		9,09±2,75		
Üriner inkontinansın sıklığı *	$\bar{X} \pm SS$				$\chi^2=2,47$ p=,116
	Haftada bir veya daha seyrek		Haftada iki veya üç kez		
	8	36,4	14	60,9	
Üriner inkontinansın miktarı *	$\bar{X} \pm SS$				$\chi^2=0,17$ p=,677
	Az miktarda		Orta derecede		
	20	90,9	20	87,0	
Üriner inkontinansın tipi *	$\bar{X} \pm SS$				$\chi^2=1,82$ p=,177
	Miks inkontinans		Urge inkontinans		
	10	45,5	5	21,7	
İnkontinans Şiddet İndeksi Toplam Puanı	$\bar{X} \pm SS$				U=243,5 p=0,822
	3,95±2,19		3,78±1,76		
Şiddet indeksi skoru **	Medyan (min-max)				
	4,5 (1-6)		4 (1-6)		
Hafif (1-2 puan)	7		7		$\chi^2=0,01$ p=,920
	31,8		30,4		
Orta (3-6 puan)	15		16		
	68,2		69,6		

χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi, U: Mann-Whitney U Testi.

* Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu' kullanılarak değerlendirilmiştir.

** Üriner inkontinans şiddeti 'İnkontinans Şiddet İndeksi' kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortancası ve şiddet indeksi skorları yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması $10,05 \pm 3,44$, kontrol grubundaki kadınların $9,09 \pm 2,75$ 'tir. Müdahale ve kontrol grupları ICIQ-SF toplam puan ortalaması açısından benzerdir ($p > 0,05$). ICIQ-SF alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; Üİ sıklığı alt boyutunda müdahale grubundaki kadınların %36,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %60,9'unun haftada bir veya daha seyrek inkontinans yaşadığı; Üİ miktarı alt boyutunda müdahale grubundaki kadınların %90,9'unun, kontrol grubundaki kadınların ise %87,0'inin az miktarda inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Üİ tipinin değerlendirildiği alt boyutta ise müdahale grubundaki kadınların %45,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %21,7'sinin miks inkontinans yaşadığı saptanmıştır. Üİ sıklığı, miktarı ve tipi açısından müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p > 0,05$).

Üriner inkontinansın şiddeti açısından müdahale grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası $3,95 \pm 2,19$, kontrol grubundaki kadınların ise $3,78 \pm 1,76$ 'dır. İŞİ toplam puanı açısından müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p > 0,05$). İŞİ şiddet indeksi skorunun müdahale grubundaki kadınların %31,8'inde hafif (1-2 puan) düzeyde, %68,2'sinde orta (3-6 puan) düzey; kontrol grubundaki kadınların %30,4'ünde hafif (1-2 puan) düzeyde, %69,6'sında orta (3-6 puan) düzeyde olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grupları şiddet indeksi skorları açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Tablo 4.12. Kadınların üriner inkontinans sıklığı, miktarı ve şiddetinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz			
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu	n	%	n	%	n	%	n	%	%	
Üriner inkontinans sıklığı *	8	36,4	10	62,5	6	100,0	14	60,9	11	47,9
Haftada bir veya daha seyrek	7	31,8	4	25,0	-	-	5	21,7	9	39,1
Haftada iki veya üç kez	7	31,8	2	12,5	-	-	4	17,4	3	13,0
Günde bir kez										
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	M=47	T1-T2:	M=37	T0-T1:	M=54	T0-T1:	M=11	T0-T1:	M=11
	p=0,001	p=0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,317	p=1,000	p=0,317	p=0,317
Üriner inkontinans miktarı *	20	90,9	15	92,7	6	100,0	20	87,0	17	73,9
Az miktarda	2	9,1	1	7,3	-	-	3	13,0	6	26,1
Orta derecede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Çok miktarda										
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	M=14	T1-T2:	M=13	T0-T1:	M=12	T0-T1:	M=14	T0-T1:	M=12
	Q=24,691	p<0,001	Q=24,691	p<0,001	p<0,001	p=0,321	p=0,102	p=0,317	p=0,321	p=0,321
İnkontinans Şiddet İndeksi **	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet indeksi skoru	7	31,8	9	56,3	6	100,0	7	30,4	6	26,1
Hafif (1-2 puan)	15	68,2	7	43,7	-	-	16	69,6	17	73,9
Orta (3-6 puan)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Şiddetli (8-9 puan)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Çok şiddetli (12 puan)										
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	Q=6,500	T1-T2:	M=9	T0-T1:	M=7	T0-T1:	M=6	T0-T1:	M=7
	p=0,039	p=0,039	p=0,039	p=0,511	p=0,419	p=0,419	p=0,317	p=0,511	p=0,419	p=0,419

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

χ^2 : Ki-kare Testi (McNemar Ki-kare İstatistiği); M: Marjinal Homojenlik Testi; Q: Cochran's Q Testi.

* Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu' kullanılarak değerlendirilmiştir.

** Üriner inkontinans şiddeti 'İnkontinans Şiddet İndeksi' kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.12.'de kadınların Üİ sıklığı, miktarı ve şiddetinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitimden önce müdahale grubundaki kadınların %36,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %60,9'unun haftada bir ya da daha seyrek; müdahale grubundaki kadınların %31,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %21,7'sinin haftada iki ya da üç kez; müdahale grubundaki kadınların %31,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %17,4'ünün günde bir kez inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden önce Üİ sıklığı açısından müdahale ve kontrol gruplarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların %62,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %47,9'unun haftada bir ya da daha seyrek; müdahale grubundaki kadınların %25,0'ının, kontrol grubundaki kadınların %39,1'inin haftada iki ya da üç kez; müdahale grubundaki kadınların %12,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %13,0'ının günde bir kez inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden bir ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ sıklığı müdahale grubundaki kadınların Üİ sıklığından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitimden üç ay sonra müdahale grubunda inkontinans yaşayan kadınların tamamının (6 kadın) haftada bir ya da daha seyrek inkontinans yaşadığı; kontrol grubundaki kadınların %47,9'unun haftada bir ya da daha seyrek, %39,1'inin haftada iki ya da üç kez, %13,0'ının günde bir kez inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ sıklığı müdahale grubundaki kadınların Üİ sıklığından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların eğitim öncesi Üİ sıklığının izlem zamanlarına göre giderek azaldığı belirlenmiş ve eğitim öncesi Üİ sıklığının, eğitimden bir ay ve üç ay sonraki Üİ sıklığından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda Üİ sıklığı açısından zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0,05$).

Eğitimden önce müdahale grubundaki kadınların %90,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %87,0'ının az miktarda; müdahale grubundaki kadınların %9,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %13,0'ının orta derecede inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol gruplarında çok miktarda

inkontinans yaşayan kadın yoktur. Eğitimden önce Üİ miktarı açısından müdahale ve kontrol gruplarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların %92,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %73,9'unun az miktarda; müdahale grubundaki kadınların %7,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %26,1'inin orta derecede inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarında çok miktarda inkontinans yaşayan kadın yoktur. Eğitimden bir ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ miktarı, müdahale grubundaki kadınların Üİ miktarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitimden üç ay sonra müdahale grubunda Üİ yaşayan kadınların tamamının (6 kadın), kontrol grubundaki kadınların %65,2'sinin az miktarda inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınlarda eğitimden üç ay sonra orta derecede ve çok miktarda inkontinans yaşayan kadın bulunmazken; kontrol grubundaki kadınların %26,1'inin orta derecede, %8,7'sinin çok miktarda inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ miktarı, müdahale grubundaki kadınların Üİ miktarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların Üİ miktarının izlem zamanlarına göre giderek azaldığı belirlenmiş ve eğitim öncesi Üİ miktarının eğitimden bir ay ve üç ay sonraki Üİ miktarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda Üİ miktarı açısından zaman içinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0,05$).

Üriner inkontinansın şiddeti değerlendirildiğinde; şiddet indeks skorunun eğitimden önce müdahale grubundaki kadınların %31,8'i, kontrol grubundaki kadınların %30,4'ünde hafif düzeyde; müdahale grubundaki kadınların %68,2'si, kontrol grubundaki kadınların %69,6'sında orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Eğitimden önce Üİ şiddeti açısından müdahale ve kontrol gruplarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların %56,3'ü, kontrol grubundaki kadınların %26,1'inin hafif düzeyde; müdahale grubundaki kadınların %43,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %73,9'unun orta düzeyde inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden bir ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ

şiddeti müdahale grubundaki kadınların Üİ şiddetinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki inkontinans yaşayan kadınların tamamının (6 kadın), kontrol grubundaki kadınların %21,8'inin hafif düzeyde inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale grubunda eğitimden üç ay sonra orta, hafif, şiddetli ve çok şiddetli düzeyde inkontinans yaşayan kadın bulunmazken; kontrol grubundaki kadınların %56,5'inin orta, %17,4'ünün şiddetli ve %4,3'ünün çok şiddetli düzeyde inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Eğitimden üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ şiddeti müdahale grubundaki kadınların Üİ şiddetinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların Üİ şiddeti izlem zamanlarına göre anlamlı derecede giderek azalırken ($p<0,05$); kontrol grubundaki kadınlarda tüm izlemlerde Üİ şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu ve İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortalaması ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Ölçekler ve Toplam Puanlar									
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)			
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puanı	10,05±3,44 10,5 (4-15)	7,64±4,38 7 (2-16)	5,36±3,82 4 (2-12)	9,09±2,75 9 (5-15)	10,22±2,65 10 (5-15)	10,22±3,61 9 (4-18)	t=1,035 p=0,307	t=-2,379 p=0,023	U=101,5 p<0,001
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=18,07$ p=,001			Fark: T0-T1 T0-T2 T1-T2			F=3,447 p=0,069		
İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puanı	3,95±2,19 4,5 (1-6)	2,69±1,20 2 (1-6)	1,50±0,55 1,5 (1-2)	3,78±1,76 4 (1-6)	3,96±1,72 4 (2-8)	4,61±2,76 3 (2-12)	U=243,5 p=0,822	U=102,5 p=0,015	U=7,5 p=0,001
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=6,53$ p=,038			Fark: T0-T2			$\chi^2=1,66$ p=,436		

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.13.'te kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF) ve İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ) toplam puan ortalama ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortancası 10,5 (4-15), kontrol grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması $9,09 \pm 2,75$ 'tir. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitim öncesi ICIQ-SF toplam puan ortalama ve ortancaları açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortancası 7 (2-16), kontrol grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması $10,22 \pm 2,65$; eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortancası 4 (2-12), kontrol grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması $10,22 \pm 3,61$ 'dir. Kontrol grubundaki kadınların eğitimden bir ay ve üç ay sonraki ICIQ-SF toplam puan ortalaması, müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların eğitimden üç ay sonra ICIQ-SF toplam puan ortancasının, eğitimden bir ay sonraki ve eğitim öncesi ortancasına göre; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Müdahale grubunda ICIQ-SF toplam puan ortancası tüm izlem zamanlarına göre giderek azalmış ve eğitimden üç ay sonra en düşük düzeye ulaşmıştır ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması açısından tüm izlem zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p > 0,05$).

Üriner inkontinans şiddeti değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 4,5 (1-6), kontrol grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 4 (1-6)'tür. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitim öncesi İŞİ toplam puan ortancaları açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 2 (1-6), kontrol grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 4 (2-8); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 1,5 (1-2), kontrol grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası 3 (2-12)'tür. Kontrol grubundaki kadınların eğitimden bir ay ve üç ay sonraki izlemde İŞİ toplam puan

ortancası müdahale grubundaki kadınların ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların eğitimden üç ay sonra değerlendirilen İŞİ toplam puan ortancasının, eğitimden bir ay sonra değerlendirilen İŞİ toplam puan ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınların İŞİ toplam puan ortancası zaman içinde atmış olup; bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeği toplam puan ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı	Müdahale Grubu (n=22)				Kontrol Grubu (n=23)				Gruplar Arası İstatistiksel Analiz					
	T0		T1		T0		T1		T0		T1		T2	
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)
Benlik Saygısı Alt Ölçeği toplam puanı	1,18±0,80 0,9 (0,5-3,3)	1,05±0,74 0,8 (0,3-2,6)	0,92±0,55 0,9 (0,3-2,3)	1,34±0,82 1,3 (0,3-3,2)	1,30±1,04 1,1 (0,3-5)	1,26±1,00 1 (0,3-4,2)	U=231,5 p=0,624	U=203,5 p=0,258	U=208,5 p=0,305					
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=4,14$ p=,126				$\chi^2=0,71$ p=,701									

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

χ^2 : Friedman Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.14.'te kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeği (BSAÖ) toplam puan ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitimden önce müdahale grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 0,9 (0,5-3,3), kontrol grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 1,1 (0,3-5)'dir. BSAÖ toplam puan ortancası açısından eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 0,8 (0,3-2,6), kontrol grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 1,3 (0,3-3,2); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 0,9 (0,3-2,3), kontrol grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası 1 (0,3-4,2)'dir. BSAÖ toplam puan ortancası açısından eğitimden bir ay ve üç ay sonra müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubunda BSAÖ toplam puan ortancası eğitimden bir ay sonra azalsa da, bu azalma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda da BSAÖ toplam puan ortancası açısından tüm izlemlerde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)			
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu toplam puan	32,05±8,65 30 (18-47)	30,77±7,92 3,5 (17-53)	28,09±7,86 27 (16-45)	35,09±12,26 34 (18-60)	40,43±12,26 43 (19-59)	37,70±13,07 41 (15-60)	t=-0,957 p=0,344	t=-3,153 p=0,003	U=142 p=0,012
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=3,634 p=0,035			Fark: T0-T2			Fark: T0-T1		
Alt Boyutlar									
Cinsel ilişki sıklığı	4,41±1,40 4 (2-7)	4,64±1,43 5 (2-7)	3,95±1,84 4 (1-7)	4,48±1,97 4 (2-8)	4,70±1,61 5 (2-7)	4,61±1,85 4 (2-8)	U=249 p=0,926	t=-0,130 p=0,897	U=207 p=0,288
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=4,59$ p=,101			$\chi^2=1,08$ p=,583					
İletişim	2,73±1,83 2 (0-6)	2,64±2,13 2 (0-6)	1,77±1,63 1,5 (0-5)	3,19±1,90 3 (0-6)	3,57±1,73 4 (0-6)	3,17±2,17 3 (0-6)	U=224 p=0,504	U=179 p=0,088	U=159 p=0,030
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=14,17$ p=,001			Fark: T0-T2 T1-T2					
Doyum	4,36±3,43 3,5 (1-10)	3,23±2,78 2 (1-11)	3,55±2,70 2,5 (1-9)	4,52±2,68 4 (1-12)	6,04±2,84 6 (2-12)	5,09±3,19 5 (1-11)	U=230 p=0,597	U=105,5 p=0,001	U=182,5 p=0,104
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=6,00$ p=,050			F=4,578 p=0,016			Fark: T0-T1		
Kaçınma	7,73±2,25 8 (4-12)	7,50±2,35 7 (4-14)	6,82±2,13 6,5 (4-10)	7,65±2,89 7 (4-15)	8,04±2,62 8 (4-12)	7,83±3,11 7 (4-14)	t=0,097 p=0,923	t=-0,732 p=0,468	U=211 p=0,335
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=7,80$ p=,020			Fark: T0-T1					
Dokunma	3,73±1,78 4 (1-8)	3,91±1,38 4 (2-8)	4,36±1,33 4 (2-7)	4,22±2,33 4 (1-8)	4,43±2,11 4 (1-8)	4,83±2,23 4 (1-9)	U=226,5 p=0,541	U=216,5 p=0,399	t=-0,850 p=0,401
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=2,93$ p=,230			F=2,905 p=0,261					
Vajinismus	4,86±1,78 5 (2-10)	4,77±1,77 5 (2-7)	4,32±1,67 5 (2-8)	6,57±3,87 5 (2-15)	8,26±3,65 8 (3-15)	7,17±3,58 6 (2-15)	U=193,5 p=0,169	U=119,5 p=0,002	U=131,5 p=0,005
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=3,03$ p=,219			Fark: T0-T1					
Anorgazmi	4,23±2,56 3,5 (1-9)	4,09±2,67 4 (1-10)	3,32±2,30 3 (1-8)	4,57±3,57 4 (1-12)	5,39±3,22 5 (1-11)	5,00±3,40 4 (1-11)	U=249 p=0,927	U=193,5 p=0,174	U=177 p=0,081
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=4,02$ p=,133			$\chi^2=3,29$ p=,193					

T0: Eğitildikten önce; T1: Eğitildikten bir ay sonra; T2: Eğitildikten üç ay sonra.

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.15.'te kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRDCÖ)-kadın formu toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının, gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ-kadın formu toplam puan ortalaması $32,05 \pm 8,65$, kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ-kadın formu toplam puan ortancası 34 (18-60)'tür. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları GRCDÖ toplam puan ortalaması ve ortancası açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ-kadın formu toplam puan ortalaması $30,77 \pm 7,92$, kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortancası 43 (19-59)'tür. Eğitimden bir ay sonra kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortancası, müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortalaması $28,09 \pm 7,86$, kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortancası 41 (15-60)'dir. Kontrol grubundaki kadınların eğitimden üç ay sonraki GRCDÖ toplam puan ortancası, müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortalamasının tüm izlem zamanlarında giderek azaldığı, eğitimden üç ay sonraki GRCDÖ toplam puan ortalamasının eğitim öncesi ortalamaya göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ toplam puan ortancasının eğitimden bir ay sonraki izlemde eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

GRCDÖ-kadın formu alt boyut puan ortalamaları ve ortanca değerleri incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların cinsel ilişki sıklığı alt boyutu eğitim öncesi puan ortancası 4 (2-7), kontrol grubundaki kadınların cinsel ilişki sıklığı alt boyutu puan ortancası 4 (2-8)'tür. Eğitim öncesi cinsel ilişki sıklığı alt boyutu puan ortancası açısından müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra kadınların cinsel ilişki sıklığı alt boyutu puan ortancası müdahale ve kontrol gruplarında 5 (2-7); eğitimden üç ay sonra kadınların cinsel ilişki sıklığı alt boyutu puan ortancası müdahale grubunda 4 (1-7), kontrol grubunda 4 (2-

8)'tür. Müdahale ve kontrol grupları arasında eğitimden bir ay ve üç ay sonraki izlemde cinsel ilişki sıklığı alt boyutu puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubunda ortancası eğitimden üç ay sonra cinsel ilişki sıklığı alt boyut puan eğitimden bir ay sonraki izleme göre azalsa da bu azalış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda tüm izlemlerde cinsel ilişki sıklığı alt boyut puan ortancası açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

GRCDÖ-kadın formu iletişim alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların iletişim alt boyutu puan ortancası 2 (0-6), kontrol grubundaki kadınların iletişim alt boyutu puan ortancası 3 (0-6)'tür. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları iletişim alt boyutu puan ortancası açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra kadınların iletişim alt boyutu puan ortancası müdahale grubunda 2 (0-6), kontrol grubunda 4 (0-6); eğitimden üç ay sonra kadınların iletişim alt boyutu puan ortancası müdahale grubunda 1,5 (0-5), kontrol grubunda 3 (0-6)'tür. Müdahale ve kontrol grupları iletişim alt boyutu puan ortancası açısından eğitimden bir ay sonraki izlemde benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Eğitimden üç ay sonraki izlemde kontrol grubundaki kadınların iletişim alt boyutu puan ortancasının, müdahale grubundaki kadınların iletişim alt boyutu puan ortancasından istatistiksel olarak yüksektir ($p<0,05$).

Müdahale grubunda iletişim alt boyutu puan ortancasının tüm izlem zamanlarına göre giderek azaldığı belirlenmiş ve eğitimden bir ay sonra ve üç ay sonraki puan ortancalarının, eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise iletişim alt boyutu puan ortancası açısından tüm izlem zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

GRCDÖ-kadın formu doyum alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortancası 3,5 (1-10), kontrol grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortalaması $4,52\pm 2,68$ 'dir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları doyum alt boyutu puan ortancası ve ortalaması açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra m¼dahale grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortancası 2 (1-11), kontrol grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortalaması $6,04 \pm 2,84$; eğitimden üç ay sonra m¼dahale grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortancası 2,5 (1-9), kontrol grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortalaması $5,09 \pm 3,19$ 'dur. M¼dahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden üç ay sonraki izlemde doyum alt boyutu puan ortancaları açısından benzer bulunurken ($p > 0,05$); eğitimden bir ay sonraki izlemde kontrol grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortalaması, m¼dahale grubundaki kadınların doyum alt boyutu puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,05$).

M¼dahale grubunda tüm izlem zamanlarında doyum alt boyutu puan ortancası açısından anlamlı bir değişim saptanmazken; kontrol grubunda eğitimden bir ay sonra doyum alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesine göre istatistiksel açıdan önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

GRCDÖ-kadın formu kaçınma alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitimden önce m¼dahale grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortancası 8 (4-12), kontrol grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortalaması $7,65 \pm 2,89$ 'dur. Eğitim öncesi m¼dahale ve kontrol grubundaki kadınlar kaçınma alt boyutu puan ortancası ve ortalaması açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra m¼dahale grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortancası 7 (4-14), kontrol grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortalaması $8,04 \pm 2,62$; eğitimden üç ay sonra m¼dahale grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortancası 6,5 (4-10), kontrol grubundaki kadınların kaçınma alt boyutu puan ortalaması $7,83 \pm 3,11$ 'dir. M¼dahale ve kontrol grupları arasında eğitimden bir ay ve üç ay sonraki izlemde kaçınma alt boyutu puan ortanca ve ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kontrol grubundaki kadınların tüm izlem zamanlarında kaçınma alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı bir değişim saptanmazken; m¼dahale grubundaki kadınların eğitimden bir ay sonra kaçınma alt boyutu puan ortancasının, eğitim öncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p < 0,05$).

GRCDÖ-kadın formu dokunma alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi m¼dahale grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortancası 4 (1-8), kontrol grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortalaması

4,22±2,33'tür. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar dokunma alt boyutu puan ortancası ve ortalaması açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortancası 4 (2-8), kontrol grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortalaması 4,43±2,11; eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortancası 4 (2-7), kontrol grubundaki kadınların dokunma alt boyutu puan ortalaması 4,83±2,23'tür. Eğitimden bir ay ve üç ay sonra müdahale ve kontrol grupları arasında dokunma alt boyutu puan ortanca ve ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubunda tüm izlem zamanlarında dokunma alt boyutu puan ortancası açısından anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise dokunma alt boyutu puan ortalamasının tüm izlem zamanlarına göre giderek arttığı; ancak bu artışın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

GRCDÖ-kadın formu vajinismus alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 5 (2-10), kontrol grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 5 (2-15)'tir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları vajinismus alt boyutu puan ortancaları açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 5 (2-7), kontrol grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 8 (3-15); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 5 (2-8), kontrol grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası 6 (2-15)'dir. Eğitimden bir ay ve üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası, müdahale grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların vajinismus alt boyutu puan ortancası tüm izlemlerde giderek azalsa da, bu azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise eğitimden bir ay sonra vajinismus alt boyutu puan ortancasının eğitim öncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde artmış olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

GRCDÖ-kadın formu anorgazmi alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 3,5 (1-9), kontrol grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 4 (1-12)'tür. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları anorgazmi alt boyutu puan ortancaları açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 4 (1-10), kontrol grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 5 (1-11); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 3 (1-8), kontrol grubundaki kadınların anorgazmi alt boyutu puan ortancası 4 (1-11)'tür. Eğitimden bir ay ve üç ay sonra anorgazmi alt boyutu puan ortancaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale ve kontrol grubunda anorgazmi alt boyutu puan ortancaları açısından tüm izlemlerde anlamlı bir değişim bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)			
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı	62,23±22,40 61,9 (14,1-97,2)	60,42±23,57 60,3 (8,6-100)	82,99±13,69 81,8 (56,1-100)	72,32±28,44 77,5 (0-100)	61,62±27,01 67,2 (0-94,8)	62,32±28,78 68,2 (0-95,5)	U=172,5 p=0,067	U=228,5 p=0,578	U=134 p=0,007
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=13,828 p<0,001			Fark: T1-T2			Fark: T0-T1 T0-T2		
Alt Boyutlar	Fark: T1-T2			Fark: T0-T1 T0-T2			Fark: T0-T1 T0-T2		
Davranışların sınırlandırılması	3,55±0,87 3,7 (1,6-4,8)	3,66±0,84 3,9 (2,4-5)	4,27±0,55 4,3 (3,3-5)	3,93±0,89 4,1 (1,8-4,9)	3,83±0,66 4 (2,4-4,8)	3,76±0,79 4 (2-4,8)	U=180 p=0,097	t=-0,744 p=0,461	U=156 p=0,027
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=12,453 p<0,001			Fark: T0-T2 T1-T2			Fark: T0-T1 T1-T2		
Psikososyal etkilenme	4,05±0,59 4,2 (2,9-4,9)	4,25±0,51 4,3 (3-5)	4,73±0,31 4,8 (4,1-5)	4,24±0,99 4,6 (1,6-5)	4,13±0,78 4,3 (2,2-5)	4,02±0,95 4,2 (1,7-5)	U=157,5 p=0,029	U=250,5 p=0,955	U=125,5 p=0,003
Grup içi İstatistiksel Analiz	Fark: T0-T2			Fark: T0-T2			Fark: T0-T2		
Sosyal izolasyon	3,27±1,08 3,3 (1,4-5)	3,69±0,83 3,9 (2-5)	4,41±0,54 4,5 (3,2-5)	3,76±1,04 3,8 (1,8-5)	3,78±0,85 3,8 (1,8-5)	3,77±0,96 4 (1,4-4,8)	U=185 p=0,122	t=-0,366 p=0,716	U=149,5 p=0,018
Grup içi İstatistiksel Analiz	Fark: T0-T2			Fark: T0-T2			Fark: T0-T2		
	Fark: T0-T2			Fark: T0-T2			Fark: T0-T2		

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi,

Tablo 4.16.'da kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL) toplam ve alt boyut puan ortalama ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $62,23 \pm 22,40$, kontrol grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancası 77,5 (0-100)'tir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları I-QOL toplam puan ortancaları açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $60,42 \pm 23,57$, kontrol grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancası 67,2 (0-94,8); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortalaması $82,99 \pm 13,69$, kontrol grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancası 68,2 (0-95,5)'dir. Eğitimden bir ay sonra I-QOL toplam puan ortancaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p > 0,05$); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancası kontrol grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların eğitimden üç ay sonraki I-QOL toplam puan ortalamasının, eğitimden bir ay sonraki I-QOL toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde artmış olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kontrol grubunda ise eğitimden bir ay ve üç ay sonra I-QOL toplam puan ortancasının eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır ($p < 0,05$).

I-QOL alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması $3,55 \pm 0,87$, kontrol grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancası 4,1 (1,8-4,9)'dir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalama ve ortancaları açısından benzerdir ($p > 0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması $3,66 \pm 0,84$, kontrol grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancası 4 (2,4-4,8); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması $4,27 \pm 0,55$, kontrol grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancası 4 (2,4-4,8)'tür. Eğitimden bir ay sonra davranışların

sınırlandırılması alt boyutu puan ortalama ve ortancaları açısından gruplar benzerken ($p>0,05$); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancası, kontrol grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması tüm izlem zamanlarına göre giderek artmıştır. Kadınların eğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalamasının eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunda davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortancası açısından tüm izlemlerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$).

I-QOL psikososyal etkilenme alt boyutu incelendiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,2 (2,9-4,9), kontrol grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,6 (1,6-5)'dir. Eğitim öncesi kontrol grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası, müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,3 (3-5), kontrol grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,3 (2,2-5); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,8 (4,1-5), kontrol grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası 4,2 (1,7-5)'dir. Eğitimden bir ay sonra psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası, kontrol grubundaki kadınların puan ortancasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

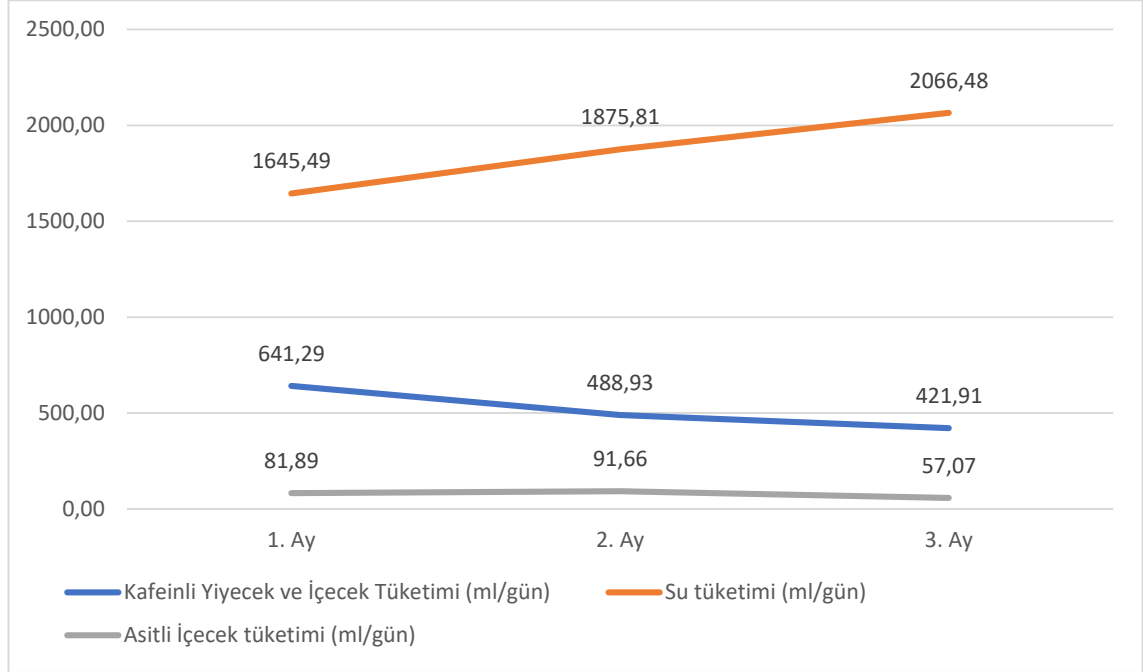
Müdahale grubundaki kadınların psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası eğitimden üç ay sonra eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarken ($p<0,05$); kontrol grubunda psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortancası açısından tüm izlemlerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$).

I-QOL sosyal izolasyon alt boyutu incelendiğinde; eğitim öncesi müdahale grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancası 3,3 (1,4-5), kontrol grubundaki kadınların 3,8 (1,8-5)'dir. Eğitim öncesi müdahale ve kontrol grupları sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancaları açısından benzerdir ($p>0,05$).

Eğitimden bir ay sonra müdahale grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancası 3,9 (2-5), kontrol grubundaki kadınların 3,8 (1,8-5); eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancası 4,5 (3,2-5), kontrol grubundaki kadınların 4 (1,4-4,8)'tür. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden bir ay sonraki izlemde sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancaları açısından benzerdir ($p>0,05$). Eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancasının, kontrol grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki kadınların sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancası eğitimden üç ay sonra eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarken ($p<0,05$); kontrol grubunda sosyal izolasyon alt boyutu puan ortancası açısından tüm izlemlerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$).

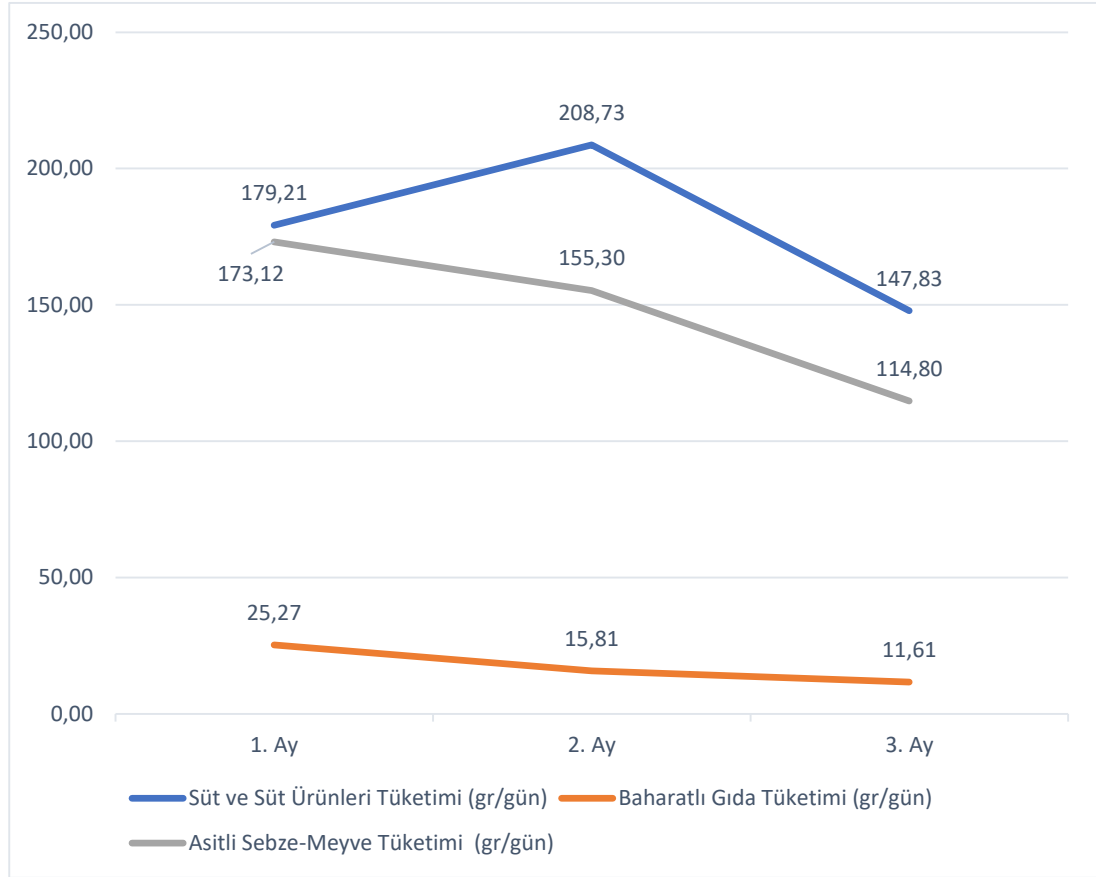
4.2.3. Müdahale Grubundaki Kadınların Üç Aylık Danışmanlık ve İzlem Sürecinde Kafeinli Yiyecek ve İçecek, Asitli İçecek ve Su, Süt ve Süt Ürünleri, Baharatlı Gıda, Asitli Sebze-Meyve Tüketimi, Tütün Kullanımı, Hafif ve Orta Düzey Egzersiz ve Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulamalarına İlişkin Bulgular



Grafik 4.1. Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde kafeinli yiyecek ve içecek, asitli içecek ve su tüketimi (ml/gün).

Grafik 4.1.'de müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde kafeinli yiyecek ve içecek, asitli içecek ve su tüketimi yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların kafeinli yiyecek ve içecek tüketiminin eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 641,29 ml, 2. ay 488,93 ml ve 3. ay 421,91 ml olduğu ve giderek azaldığı belirlenmiştir. Su tüketimi incelendiğinde ise eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 1645,49 ml, 2. ay 1875,81 ml ve 3. ay 2066,48 ml olduğu ve üç ay boyunca giderek arttığı görülmektedir. Asitli içecek tüketiminin eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 81,89 ml, 2. ay 91,66 ml 3. ay 57,07 ml olduğu ve asitli içecek

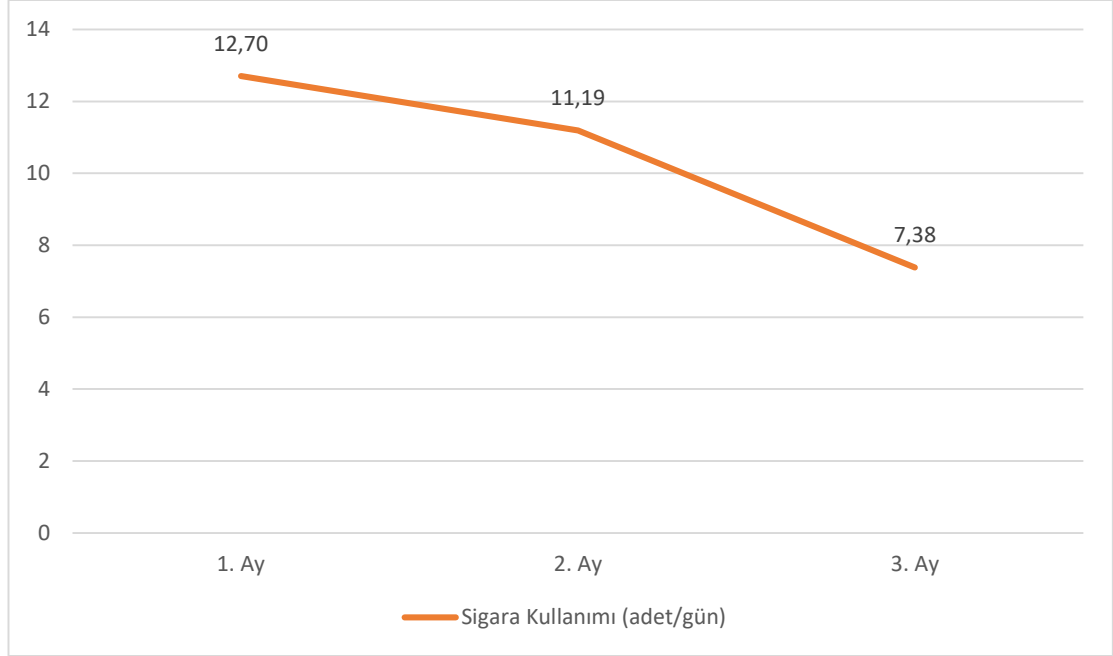
tüketiminin eğitimden sonraki 1. ve 2. aylar arasında artmış, 2. ve 3. aylar arasında azaldığı belirlenmiştir.



Grafik 4.2. Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde süt ve süt ürünleri tüketimi (gr/gün), baharatlı gıda tüketimi (gr/gün) ve asitli sebze-meyve tüketimi (gr/gün).

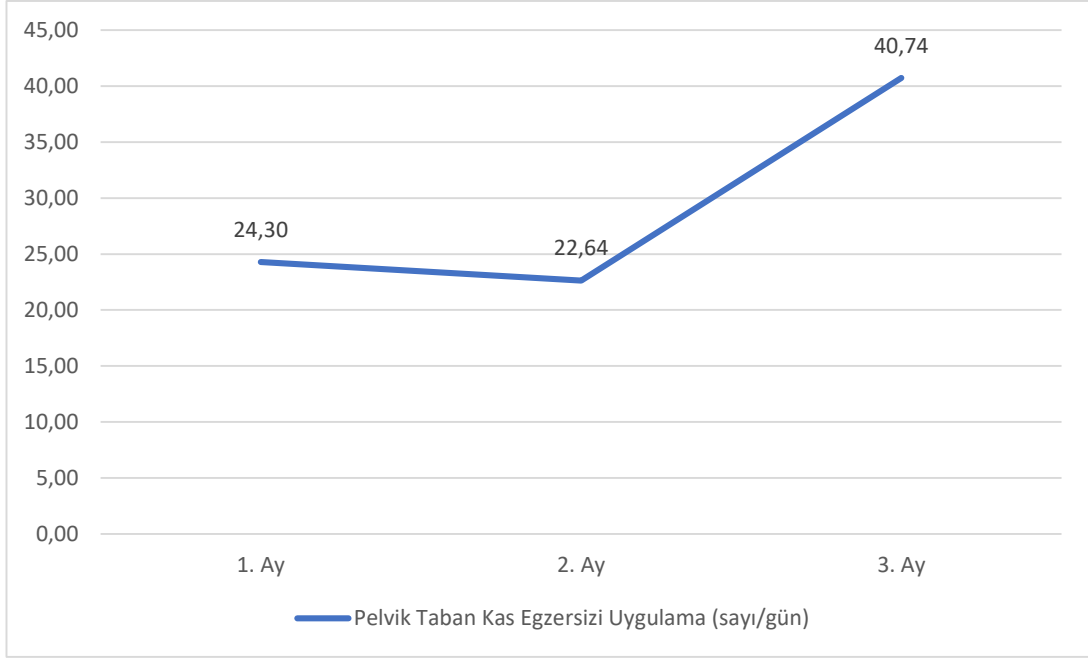
Grafik 4.2.'de müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde süt ve süt ürünleri tüketimi (gr/gün), baharatlı gıda tüketimi (gr/gün) ve asitli sebze-meyve tüketimi (gr/gün) yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların süt ve süt ürünleri tüketiminin eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 179,21 gr., 2. ay 208,73 (gr/gün) ve 3. ay 147,83 gr. olduğu ve süt ve süt ürünleri tüketiminde 1. ve 2. ay arasında artış, 2 ve 3. ay arasında ise azalma olduğu belirlenmiştir. Baharatlı gıda tüketimi incelendiğinde ise eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 25,27 gr., 2. ay 15,81 gr. ve 3. ay 11,61 gr. olduğu belirlenmiş ve üç ay boyunca azalma izlenmiştir. Asitli sebze-meyve tüketiminin eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 173,12 gr., 2.

ay 155,30 gr. ve 3. ay 114,80 gr. olduğu ve asitli sebze-meyve tüketiminin üç ay boyunca azaldığı görülmüştür.



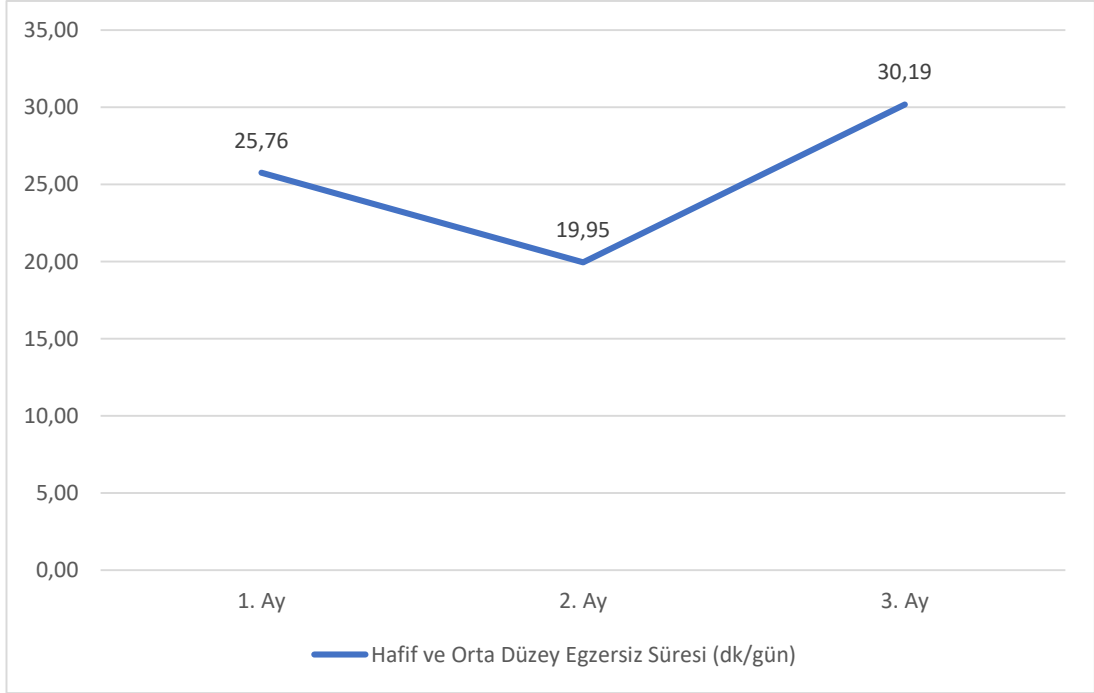
Grafik 4.3. Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde sigara kullanımı (adet/gün).

Grafik 4.3'te müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde günlük ortalama sigara kullanımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların eğitimden sonraki 1. ay günde ortalama 12,70, 2. ay 11,19 ve 3. ay 7,38 sigara kullandığı ve sigara kullanımının giderek azaldığı belirlenmiştir.



Grafik 4.4. Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısı.

Grafik 4.4.'te müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde günlük ortalama pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısı yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısının eğitim sonrası 1. ay günde ortalama 24,30, 2. ay 22,64 ve 3. ay 40,74 olduğu ve 2. ay günlük pelvik taban egzersizi uygulama sayısı 1. aya göre hafif azalsa da 3. ay oldukça yükseldiği görülmektedir.



Grafik 4.5. Müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde hafif orta düzey egzersiz yapma süresi (dk/gün).

Grafik 4.5'te müdahale grubundaki kadınların üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde hafif orta düzey egzersiz yapma süresi yer almaktadır. Kadınların egzersiz süresi eğitim sonrası 1. ay günde ortalama 25,76 dk., 2. ay 19,95 dk. ve 3. ay 30,19 dk. olduğu ve egzersiz süresinin 2. ayda azalsa da 3. ayda başlangıç seviyesinin üzerine çıktığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevelansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve Üİ'si olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla iki aşamalı olarak yürütülen araştırmaya ait bulguların tartışılması iki bölümde verilmiştir.

5.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Bulguların Tartışılması

'Her türlü istemsiz idrar tutamama şikayeti' olarak bilinen Üİ, her yaş grubundan kadını olumsuz etkileyen yaygın görülen bir halk sağlığı sorunudur (3). Sık görülmesine rağmen, yaşlanmanın normal sonucu olarak algılanması, problemi yaşayan kişi belirtmediği sürece sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmemesi gibi nedenlerle Üİ'nin prevelansı tam olarak belirlenmemektedir (54). Bu çalışmada Üİ prevelansı %32,9 bulunmuştur. Literatürde, Dünya'da farklı ülkelerde Üİ prevelansının %20,4 ile %48,5 arasında değiştiği belirtilmektedir (70,175-178). Ülkemizde ise genel bir veri bulunmamakla birlikte yapılan çalışmalarda kadınlarda Üİ prevelansının %16-%49 (55-60), arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu araştırmada yaklaşık üç kadından birinde Üİ görülmesi, Üİ'nin ortaya çıkmadan önlenmesi, risk faktörlerinin ele alınmasını ya da Üİ geliştikten sonra ilerlemesinin önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle Üİ'nin toplum tabanlı çalışmalarla saptanması, değerlendirilmesi, izlenmesi ve risk faktörlerinin belirlenerek kontrol altına alınmasının koruyucu yaklaşıma katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Üriner inkontinansın günlük yaşama etkisi, sıklığı ve miktarının bilinmesi Üİ'nin yönetiminde izlenecek basamakların belirlenmesinde önemlidir (147). Araştırmada toplum tabanlı taramaya katılan kadınların ICIQ-SF toplam puanı $4,06 \pm 3,46$ bulunmuş ve kadınlarda Üİ'nin günlük yaşamı rahatsız edecek düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Literatürde farklı gruplarla yapılan çalışmalarda ICIQ-SF puanı 60 yaş üstü kadınlarda ortalama $3,87 \pm 4,87$ (143), 18 yaş üzerindeki kadınlarda $4,1 \pm 5,1$ (145), 18-28 yaş arası 1.397 kadın üniversite öğrencilerinde $0,85 \pm 2,11$

(146)'dir ve günlük yaşamı rahatsız etmeyecek düzeydedir. 30 yaş üstü 673 kadın, 495 gebe kadın ve 221 obez kadınla yapılan diğer 3 çalışmada ise ICIQ-SF puanının günlük yaşamı rahatsız edecek düzeyde olduğu belirlenmiştir (sırasıyla 9.2, 11, 9.36) (78,142,144). Bu araştırmada Üİ günlük yaşamı rahatsız edecek düzeyde olmasa da; Üİ'nin yaşla birlikte hızla ilerlemesi, kadın olmanın tek başına risk oluşturması nedeniyle sorunun erken aşamada tespit edilmesi yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir.

Araştırmada Üİ belirlenen üç kadından ikisi 'haftada bir ya da daha seyrek' ve yine dört kadından üçü az miktarda Üİ yaşamaktadır. 20-80 yaş arası 1050 kadının katıldığı kesitsel bir çalışmada Üİ belirlenen kadınların yarısı günde bir veya daha fazla Üİ yaşadığını ve üç kadından ikisi az miktarda Üİ yaşadığını belirtmiştir (179). Nygaard ve arkadaşlarının (2018) (142) 221 obez kadınla yaptıkları çalışmada ise üç kadından biri haftada bir ya da daha az sıklıkta, dört kadından üçü de az miktarda Üİ yaşadığını belirtmiştir. Üİ yaşayan kadınların sorulmadığı sürece problemi ifade etmemesi, sorun ile kendilerinin baş etmeye çalışmaları ya da Üİ'yi bir sağlık sorunu olarak kabul etmemeleri kadınların sağlık hizmeti almaya karar vermede gecikmelerine ve sorunu ertelemelerine neden olmaktadır. Bu nedenle Üİ'nin erken dönemde belirlenmesi ve ilerlemesinin önlenmesi kadın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileşme sürecinin kolaylaştırılması açısından oldukça önemlidir (24,54). Bunun için birinci ya da ikinci basamak tedavi merkezlerine herhangi bir sağlık sorunu ile başvuran kadınların Üİ risk faktörleri (yaş, obstetrik öykü, menopoza girme durumu vb) açısından değerlendirilmesi, kadınların sorunlarını rahatlıkla dile getirebilmelerini sağlayacak ortamların oluşturulması, Üİ ve baş etme yöntemleri konusunda kadınlara farkındalık kazandırılması önerilir.

Üriner inkontinansın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; Üİ oluşumuna yatkınlığı artıran bazı risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Üİ ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma bulunmasına karşın, etiyolojik faktörlerin önemi ve etkileri henüz tam olarak anlaşılammıştır (68). Üİ'nin gelişmesinde yaş (14,76,180,181), cinsiyet, ırk, genetik (16,17) gibi bazı sosyo-demografik özellikler; gebelikte alınan kilo, ilk doğum yaşı (181), doğum şekli (70,78,79,182), gebelik sayısı (84,183,184,185), müdahaleli doğum geçirme (16,75,181), epizyotomi açılması (75,179,180,186) ve bebeğin doğum kilosu (15,17) gibi gebelik ve doğuma ilişkin

özellikler; menopoza girme (16,17), sık üriner enfeksiyon geçirme (63,175,182,187,188), pelvik operasyon geçirme, estrogenin yetersiz olması (19,20) gibi jinekolojik özellikler ve alkol, kafein (19,20), sigara kullanımı (16,17) gibi davranışa ilişkin özellikler etkili olmaktadır.

Yaşın ilerlemesi ile üretra ön duvarında bulunan çizgili kas liflerinin sayı olarak azalması, pelvik tabanın zayıflaması, üretral kas yapısının bozulması ve estrogen düzeyinin azalması Üİ riskini artıran faktörler arasındadır (76,143,144). Üİ, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı kadınlar arasında en sık karşılaşılan üro-jinokolojik sorun olarak bilinmektedir (189). Araştırmada yaşın artmasının Üİ sıklığında 1,038 kat artışa neden olduğu belirlenmiştir. Literatürde araştırma sonucuna paralel olarak yaş ve yaş grupları arttıkça Üİ sıklığının arttığı bildirilmektedir (10,14,76,77,144,180,183,184). Üİ'nin yaşın ilerlemesinin bir sonucu gibi görülmesi, yaşla birlikte üro-genital sistem sorunlarının artması ve menopoza bağlı şikayetlerin artması, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle ileri yaş grubunun Üİ açısından değerlendirilmesi önemlidir (190). Bu nedenle birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle başvuran ve klimakterik dönemde olan kadınların Üİ açısından değerlendirilmesi, uygun müdahalenin belirlenmesi, pelvik taban yapısını koruyan ve güçlendiren sağlık davranışların öğretilmesi ve gerektiğinde yönlendirilme yapılması önemlidir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında Üİ açısından riskli gruplara yönelik tarama programlarının geliştirilmesinde hemşirelerin aktif rol alması, Üİ'nin önlenmesi ya da erken dönemde belirlenerek tedavi edilmesi ile invaziv girişimler, tedaviye bağlı yük ve tedavi için ayrılan süre, tedavinin getirdiği ekonomik yük azalacak; hastanelerde yatak sayısı ve maliyet etkinlik artacaktır.

Araştırmada Üİ açısından bir diğer risk faktörü kabul edilen eğitim durumu değerlendirilmiş; ilköğretim düzeyinde eğitimi olan kadınların Üİ sıklığının, üniversite ve üzeri eğitim düzeyi olan kadınlara göre 2,612 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Oliveira ve arkadaşları (2013) (78)'nin çalışmasında araştırma sonuçlarımızla benzer olarak; 8 yıldan az örgün eğitim alan gebelerin Üİ riski, yüksek öğretim mezunu olan gebelere göre 3 kat daha fazla saptanmıştır. Demir ve arkadaşlarının (2017) (145), Özkan ve Sapmaz (2015) (10)'ın çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça Üİ sıklığı düşerken; araştırma bulgularının aksine Komeilifar ve arkadaşlarının (2017) (183) çalışmasında Üİ ile eğitim durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Türkiye Nüfus

Etütleri Enstitüsü (TNSA) verilerine göre eğitim düzeyinin artması kadınların tüm doğurganlık davranışlarını etkilemekte ve Üİ açısından risk faktörlerinin kontrol altına alınmasını kolaylaştırmaktadır (191). Eğitim düzeyinin artması kadınların sorunu erken fark etmeleri, tanımlamaları, kabul etmeleri ve çözüm arayışına girmeleri ve risk faktörlerinin azaltılması açısından önemlidir.

Epizyotomi uygulanması ile birlikte pelvik taban destek dokuları ve sinirsel yapılarda hasar meydana gelebilmekte ve perine travması nedeniyle Üİ gelişebilmektedir (17,74). Araştırmada doğumda epizyotomi uygulanmış olan kadınların uygulanmayan kadınlara göre Üİ sıklığının 1,965 kat fazla olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgularıyla paralel olarak literatürde doğumda epizyotomi uygulanmış olan kadınlarda Üİ görülme riski daha fazladır (75,179,180,186). Epizyotominin ağrı, Üİ ve cinsel fonksiyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla postpartum 3. ayda olan 243 kadın ile yapılan bir çalışmada epizyotomi uygulanan kadınlarda Üİ skorları yüksek bulunmuştur. Epizyotomi uygulanmayan kadınlarda postpartum 6. haftadan sonra Üİ skorları düşerken, epizyotomi uygulanan kadınlarda yükseldiği belirlenmiştir (192). Araştırma bulgularının aksine Almutkar ve arkadaşlarının (2019) (193) postpartum dönemde olan 192 kadın ile yaptıkları çalışmada ise gebeliğin Üİ için risk oluşturduğunu; ancak, epizyotomi uygulanmasının Üİ riskini etkilemediği bildirilmiştir. Literatürde epizyotomi açılmasının Üİ için risk faktörü olduğunu (75,179,180,186) ve epizyotominin Üİ'yi gelişmesini etkilemediğini belirten çalışmalar olsa da (193,194); DSÖ epizyotominin rutin uygulanmamasını önermektedir (195). Epizyotomi uygulaması için bir Cochrane sistematik derlemesinde rutin uygulama yerine obstetrik endikasyona göre sınırlı uygulanmasının perineal travmayı azalttığı bildirilirken (196); bir diğer derlemede rutin epizyotomi ile endikasyona göre uygulanan epizyotomi arasında Üİ gelişimi açısından çok az fark olduğu belirtilmiştir (197). Literatürde epizyotomi uygulamasının Üİ üzerine etkisini inceleyen farklı çalışmalar ve görüşler olsa da; prenatal dönemden başlayarak pelvik taban kontrolünün sağlanması ve doğum sonu erken dönemde tekrar kazanılması açısından gebelerin perinatal dönemde desteklenmesi ve pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi, uygulanmasının sürdürülebilirliğinin sağlanması ve pelvik tabanı koruyucu yaklaşımın benimsenmesi oldukça önemlidir.

Üriner sistem enfeksiyonu, Üİ'ye neden olduğu bildirilen bir diğer risk faktörüdür. Mesane kasını aktive etmesi, üretrada alfa adrenerjik reseptörlerin baskılanması ve mesane sfinkter basıncının azalması ile üriner sistem enfeksiyonu Üİ'ye zemin hazırlamaktadır (175,182). Ancak yine de üriner sistem enfeksiyonu ile Üİ arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır (81). Araştırmada üriner sistem enfeksiyonu geçirmiş olan kadınların yarısında enfeksiyon tekrarlamış ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonun Üİ görülme sıklığını 1,975 kat artırdığı belirlenmiştir. Literatürde bazı çalışmalarda, bu araştırma ile paralel olarak tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ile Üİ sıklığı ilişkili bulunurken (175,182,187,188); diğer çalışmalarda üriner sistem enfeksiyonunun Üİ için risk faktörü olmadığı belirlenmiştir (72,81). Üriner sistem enfeksiyonu açısından kadınların genital hijyen alışkanlıklarının değerlendirilmesi, riskli davranışların belirlenmesi, kadınların bilinçlendirilmesi ve olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi üriner sistem enfeksiyonundan korunma ve enfeksiyonu önlemede önemlidir.

Bu çalışmada yaş, eğitim durumu, epizyotomi açılması, üriner sistem enfeksiyonunun tekrarlama durumu Üİ ile ilişkili bulunurken; BKİ, doğum sayısı ve doğum şekli Üİ ile ilişkili bulunmamıştır. BKİ'nin artması, mesane üzerinde intra-abdominal basıncın artması ve aşırı üretral mobiliteye neden olması yönüyle Üİ için bir diğer risk faktörü olarak belirtilmektedir (16). Komeilifar ve arkadaşları (2017) (183)'nın çalışması, bu araştırma sonuçlarını destekler nitelikte iken; literatürde diğer çalışmalarda BKİ'deki artışın Üİ sıklığını artırdığı belirlenmiştir (10,16,77). Literatürde BKİ'nin Üİ'ye etkisine ilişkin farklı sonuçlar bulunmakla birlikte; uluslararası rehberlerde Üİ yönetiminde kilo kontrolü gereken bireyler için harcanan enerji artırılarak alınan kaloringin kısıtlanması, BKİ'si 30 kg/cm ve bel çevresi 88 cm üzerinde olan bireylerin kilo vermesi (103), Üİ yönetiminde obez kadınların tedavisine en az %5'lik bir kilo azalması ile başlanması önerilmiş ve obezitenin Üİ için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (39). Bu doğrultuda; birinci basamakta verilen hizmetlere obezite açısından riskli grupların saptanması ve bu gruplarda obezitenin Üİ gelişimine etkisi, sedanter yaşam tarzının değiştirilmesi, hafif/orta düzeyde egzersiz alışkanlığı kazanılması (yürüyüş, bisiklet sürme), beslenme alışkanlığının düzenlenmesi gibi yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitim verilmesi ve bilgilendirme yapılması hizmetlerinin entegre edilmesi önerilir.

Doğum şekli açısından değerlendirildiğinde; literatürde bazı çalışmalarda sezaryen ve vajinal doğum arasında Üİ riski açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilirken (76,77,198); diğer çalışmalarda ise vajinal doğumun Üİ riskini sezaryen doğuma göre daha fazla artırdığı belirlenmiştir (70,78,79,182). Vajinal doğum ile birlikte pelvik tabandaki yapıların gerilmesi ve doku hasarı oluşması sonucu pelvik taban kas gücü, mesane boynu desteği zayıflamakta ve Üİ gelişebilmektedir (17,74). Vajinal doğum, Üİ için potansiyel risk faktörlerinden sadece biridir ve sezaryen doğum Üİ'den korunmaya yönelik bir yöntem değildir. Bu doğrultuda doğum sırasında perine onarımına dikkat edilmesi, doğum sonrası pelvik taban kas dokusu ve pelvik tabanın değerlendirilmesi, iyileştirilmesi önerilir (70,76).

Vajinal doğumda pelvik destek dokusunda ve pudental sinirde kısmi zedelenme meydana gelmekte ve pelvik tabanın zayıflamaktadır. Parite ile Üİ ilişkisi değerlendirildiğinde; nullipar kadınlar multipar kadınlara göre daha az sıklıkta Üİ yaşamakla birlikte (199,200), bazı çalışmalarda Üİ ile doğum sayısı arasında bir ilişki olmadığı (201,202) belirtilmektedir. Bu araştırmada doğum sayısı ile Üİ arasında ilişki saptanmamıştır. Araştırmada Üİ ile doğum sayısı arasında ilişki saptanmaması kadınların doğum sayısı ortalamasının düşük olması ile açıklanabilir.

Risk faktörleri değerlendirildiğinde, Üİ'den korunma ve Üİ'yi önlemenin mümkün ve önemli olduğu görülmektedir. Risk faktörlerinin değiştirilmesi, kontrolü ve pelvik taban kontrolü, Üİ'den korunma ve Üİ'nin önlenmesinde oldukça önemlidir. Bu nedenle korunmada toplumdaki tüm kadınların risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, inkontinansın gelişmeden önlenmesi konusunda kadınların bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir (22). Üİ'nin oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinse de birinci basamak tedavi hizmetlerinde Üİ ile ilgili kayıt, değerlendirme ve yönetiminin oldukça yetersiz olduğu bildirilmiştir (20). Üİ risk faktörleri açısından değerlendirme, tarama programlarının planlanması ve soruna ilişkin eğitim verilmesi, farkındalığın artırılması gibi hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, Üİ'nin önlenmesi ve koruyucu yaklaşım açısından önemlidir. Bu nedenle bu araştırmanın birinci aşaması toplum tabanlı olarak yürütülmüş ve 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş tüm kadınlara ulaşılmaya çalışılmıştır.

5.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Bulguların Tartışılması

Üriner inkontinans, sosyal izolasyondan yaşam kalitesinin bozulmasına kadar kadınları biyo-psiko-sosyal olarak her açıdan olumsuz etkilemektedir. Ancak tüm sorunlara rağmen kadınların Üİ'yi gebelik dönemi ve doğum sonu dönemde gelişebilen bir durum olarak algılaması, bulguların önemsenmemesi, Üİ'nin yaşlanmanın normal bir sonucu olarak kabul edilmesi nedeniyle az sayıda kadın tedavi amaçlı doktora başvurmaktadır (24,37). Üİ'nin kadının aile içi ilişkiler, partnerle ilişki, sosyal ilişkiler ve iş gibi her açıdan oldukça etkileyen bir problem olması, kadınlarda yaygın görülmesi, kadının yaşam süresinin uzun olması ve yaşamdan beklentilerin artması, kadınların utanma ve çekinme sonucu çözüm aramamaları koruyucu yaklaşımın önemini artırmaktadır (20,24,31).

Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yan etkilerinin olmaması, invaziv girişim içermemesi, semptomlarda uzun dönem iyileşme sağlaması nedeniyle uluslararası kanıt temelli rehberlerde ve randomize kontrollü araştırmalarda tedavide ilk seçenek olması önerilmektedir (31,39). Ancak davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin bireyler tarafından anlaşılması, uygulanabilmesi davranışa dönüştürülmesi ve davranışın sürdürülebilmesi her zaman kolay olmayabilmektedir (20). Üİ'nin risk faktörlerinin çeşitliliği nedeniyle baş etmede çok yönlü davranış değişikliği geliştirilmesi gerekmektedir. SGM'de önceki deneyimlerin değerlendirilmesi, yarar engel algılarının belirlenmesi, acil gereksinimlerin karşılanması ve davranışın ortaya çıkışının sistematize bir şekilde izlenmesi ile davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını kolaylaştırmaktadır (39-42). Literatürde SGM'nin obezite, diyabet, meme ve serviks kanserinde erken tanı gibi birçok alanda kullanıldığı ve etkin olduğu belirlenmiştir (47-52). Bu nedenle bu araştırmada davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin kazandırılması ve sürdürülebilir olmasında SGM kullanılmıştır (44,45).

Araştırma sonuçlarına göre Üİ ile baş etmede SGM'ye dayalı davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitim ve danışmanlık programı Üİ sıklık ve miktarını azaltmaktadır. Araştırmada eğitimden bir ay ve üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ sıklık, miktarı ve ICIQ-SF toplam puanı müdahale grubuna göre yüksek bulunmuştur. Literatürde Üİ'si olan kadınlara verilen davranış ve yaşam tarzı

değişikliklerine ilişkin eğitim ve danışmanlık programının Üİ sıklık ve miktarını azalttığı vurgulanmaktadır (93,94,95,203,204). Literatürde Üİ yönetiminde SGM'nin kullanıldığı sınırlı müdahale çalışması bulunmakla birlikte; aşırı aktif mesane tanısı alan ve farmakolojik tedavi uygulanan 100 kadın ile yapılan randomize kontrollü çalışmada, SGM'ye dayalı sağlıklı yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlık verilmesinin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmada danışmanlık ve eğitim programı sonrasında müdahale grubunda Üİ'ye bağlı şikayetler, Üİ semptomları ve urge inkontinans kontrol grubuna göre daha fazla azalmıştır (94). İsveç'te urge ve miks inkontinansı olan 123 kadınla yapılan randomize kontrollü çalışmada kadınların kendilerini bireysel takip edebilmeleri için geliştirilen mobil uygulamanın (Tät II) etkinliği değerlendirilmiştir. Mobil uygulama pelvik taban kas eğitimi, mesane eğitimi, psikoeğitim, yaşam tarzı önerileri, mesane günlüğünü içermiş ve kadınlar 3 ay boyunca uygulamayı bireysel takip ederek önerileri uygulamışlardır. Müdahale grubunda kontrol grubuna göre Üİ sıklığı, miktarı ve Üİ semptomlarının azaldığı belirlenmiştir. Çalışmada mobil uygulamanın birinci basamak tedaviye alternatif olabileceği ve bakıma ulaşımı kolaylaştırdığı düşünülmüştür (95). Güney Kore'de 55 yaş ve üzerinde olan ve kırsalda yaşayan 19 kadınla yapılan araştırmada; Üİ öz-yönetim programının Üİ yönetimi açısından etkinliği değerlendirilmiştir. Kadınlar 5 hafta boyunca, haftalık 90 dakikalık pelvik taban kas egzersizi, mesane günlüğü, Üİ'nin yönetimini içeren konularda grup eğitimlerine katılmışlardır. Kadınların ICIQ-SF toplam puanları Üİ sıklığı eğitimden sonra önemli derecede azalmış ve memnuniyet artmıştır (205).

Araştırmada eğitim programı, evde danışmanlık ve izlem süreçlerinin SGM'ye dayalı olarak yürütülmesi davranış çıktısına ulaşmada izlenmesi gereken basamakların gerçekleştirilmesine katkı sağlamıştır. Modelin yarar algısı basamağına göre ev ziyaretleri ve telefon görüşmelerinde eksik ya da yetersiz uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yararlarının vurgulanması, istenen davranışın ortaya çıkmasını kolaylaştırmıştır. Ayrıca SGM'ye dayalı ev ziyareti izlem yönergesi (Ek 14) araştırmacı için ziyarette izlenecek basamaklar açısından rehber olmuş ve sırasıyla tüm davranışların uygulanma durumu sistematik ve her bir katılımcı için standart olacak şekilde ele alınmıştır. Modele dayalı olarak hazırlanmış el kitabı (Ek 12) ve takip formu (günlük) (Ek 15) kullanılması, ev ziyareti ve telefon danışmanlığı yapılması;

uygulanması gereken davranış ve yaşam tarzı uygulamaları açısından kadınlara hatırlatıcı ve rehber olmuştur. Ayrıca kadınların mesane günlüğü ile günlük alınan sıvı miktarı, idrara çıkma kayıtlarını tutmaları ve Üİ sıklığını izlemiş olmalarının öz değerlendirme yapabilmelerine ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaları konusunda motive olmalarına yardımcı olduğu düşünülebilir.

Davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri yan etkilerinin olmaması, semptomlarda belirgin ve uzun dönem iyileşme sağlaması nedeniyle Üİ yönetiminde ilk basamak olarak önerilmektedir. Bu doğrultuda öncelikle bireyin alışkanlıkları belirlenerek, Üİ'yi etkileyen alışkanlıklar ve kontrol edilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi, davranışın uygulanması önündeki engellerin değerlendirilmesi ve ortadan kaldırılması gerekmektedir (205). Araştırmada SGM'ye dayalı verilen eğitim ve danışmanlık programı kadınların Üİ şiddetinin azaltılmasında etkili bulunmuştur. Müdahale grubunda eğitimden üç ay sonra Üİ şiddeti eğitim öncesine göre önemli düzeyde azalırken; kontrol grubunda zaman içinde Üİ şiddetinde çok az bir artış olsa da; bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda **'Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında Üİ şiddeti açısından fark vardır'** hipotezi (H_{1a}) kabul edilmiştir.

Literatürde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ şiddetini azalttığı belirtilmiştir (94,95,152,205,207-210). Haftada bir ya da daha fazla SÜİ yaşayan yetişkin kadınlarla yapılan randomize kontrollü araştırmada, Üİ'de 'yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi' ve 'pelvik taban kas eğitimini' içeren bir mobil uygulama (Tät®) kullanılmış ve uygulamanın Üİ semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Müdahale grubunun üç aylık izlem sürecinden sonra Üİ şiddet ortalamasınının 3.9 puan azaldığı ve Üİ semptomlarının hafiflediği belirlenmiştir (152). Tannenbaum ve arkadaşlarının (2019) (207) 65 yaş ve üzeri 751 kadınla yapmış oldukları randomize kontrollü araştırmada, müdahale grubuna 60 dk. süren Üİ ile baş etme eğitimi, kontrol grubuna ise sağlıklı yaşlanma eğitimi uygulanmıştır. Üİ eğitiminde pelvik taban kas egzersizleri ve yaşam tarzı müdahaleleri gibi kendi kendine Üİ yönetimi teknikleri açıklanmış, kadınlardan izlem sürecinde uygulamaları beklenmiş ve telefon desteği sağlanmıştır. Eğitimden sonra 3, 6, 9 ve 12. aylarda Üİ semptomları değerlendirilmiştir. Bir yıllık izlemin sonunda müdahale grubunda Üİ

semptomlarında anlamlı iyileşme belirlenmiştir (207). Üİ'si olan yaşlı kadınların yer aldığı toplam 16 çalışmanın dâhil edildiği bir sistematik derlemede çalışmalarda müdahale Üİ semptomlarını iyileştirme, pelvik taban kas egzersizi eğitimi, mesane eğitimi, yaşam tarzı değişikliği ve davranış eğitiminden oluşmaktadır. Yapılan analizlerde 15 çalışmada kontrol grubuna göre müdahale grubunda Üİ semptomlarında iyileşme saptanmış olup; yüksek kanıtların elde edilmesinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (211). Literatürde Üİ'nin yönetiminde davranış ve yaşam tarzı değişikliğini ele alan müdahale çalışmalarında izlem ve danışmanlık sürecinde daha çok mobil uygulama, çevirim içi uygulama ya da telefon danışmanlığına odaklanılmıştır (95,152,207,211). Davranışa karar verme, davranış değişimi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanma, alışkanlıklardan vazgeçme ve davranışı sürdürme oldukça zordur. Bu nedenle araştırmada eğitim programı 5 kadın ile çevirim içi, 5 kadın ile yüz yüze pilot uygulama olarak uygulanmıştır. Çevirim içi eğitimde kadınların programın gerekliliklerini yerine getirme konusunda daha esnek davranmaları, tam zamanlı katılım sağlamamaları nedeniyle araştırmanın eğitim ve danışmanlık sürecinin yüz yüze yürütülmesi planlanmıştır.

Araştırmada danışmanlık ve izlem sürecinin yüz yüze yürütülmesi, 3 izlem ve 3 telefon görüşmesi yapılması; davranış becerisi kazanma, davranışı değiştirmeye karar verme, uygulama ve sürdürmeyi kolaylaştırmada motivasyon sağlamıştır. Ayrıca pelvik taban kas egzersizlerinin araştırmacı eşliğinde tekrarlı olarak uygulanması, kadınların hangi kası sıkacağı, uygulama sırasında nelere dikkat edeceği konusunda yardımcı olmuştur. Bunun yanında; bu araştırmada çok yönlü müdahale yapılması, birden çok davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin aynı anda uygulanması; uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin takip formuna (Ek 15) kaydedilmesi, kadınların her bir yaşam tarzı değişikliği için öz değerlendirme yapabilmesini ve Üİ şiddetinin giderek azalttığı düşünülebilir. Bununla birlikte; müdahale grubunda üç aylık danışmanlık ve izlem sürecinde sigara kullanımının, çay tüketiminin giderek azalması, kontrol grubunda asitli içecek, çay ve kahve tüketiminin müdahale grubuna göre daha fazla olması ve müdahale grubunda pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısının artması Üİ şiddeti açısından gruplar arası farkın artmasına neden olmuş olabilir.

Üriner inkontinans, mortaliteye neden olan bir sorun olmamasına rağmen sürekli ped kullanmak zorunda kalmaktan depresyona kadar birçok soruna yol açmakta ve kadınların yaşam kalitesi ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (23,26,28). 65 yaş ve üzeri kadınlarla yapılan nitel araştırmada kadınlar, Üİ varlığının, yaşlı bireylere saygı duyan Kore kültüründe haysiyet kaybı ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Kadınlar Üİ yaşadıklarını çocuklarından gizlediklerini, sürekli kıyafet değiştirmek zorunda kalma nedeni ile uzun süreli ev ziyaretlerinden kaçındıklarını belirtmişlerdir (212). Araştırmada SGM'ye dayalı davranış ve yaşam tarzı davranışları değişikliği eğitim programı ve evde izlem ve danışmanlık programının benlik saygısını etkilemediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda **Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında benlik saygısı açısından fark vardır'** hipotezi (H_{1b}) red edilmiştir.

Jahromi ve arkadaşlarının (2015) (93) 60-74 yaş arasında olan 50 kadınla yapmış oldukları randomize kontrollü araştırmada müdahale grubuna pelvik taban kas egzersizi pelvik taban ve alt üriner sistem anatomisi, fizyolojisi ve kontinans mekanizmalarını içeren eğitim verilmiştir. İzlem sürecinde gruplar halinde haftada bir kez 45 dk. müzik eşliğinde beden farkındalığı, nefes, gevşeme egzersizleri, karın, sırt ve uyluk kasları için güçlendirme çalışmaları yapılmıştır. Katılımcılar evde pelvik taban kas egzersizine devam etmeleri için teşvik edilmiştir. Müdahaleden önce ve 2 ay sonra Üİ semptomları ve benlik saygısı değerlendirilmiş ve Üİ semptomlarının azaldığı, benlik saygısının arttığı belirlenmiştir (93). İran'da bir sağlık merkezine başvuran, Üİ'si olan üreme çağındaki 84 kadınla yapılan randomize kontrollü çalışmada müdahale grubu, 45 dakikalık 8 bilişsel davranış terapisi seansına katılırken; kontrol grubuna rutin müdahaleler yapılmıştır. Oturum konuları cinsel benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğundaki rolü, cinsel farkındalığın teşvik edilmesi, Üİ'de yaşam tarzının rolü gibi konular yer almıştır. Müdahaleden hemen önce ve 4 hafta sonra kadınların Üİ şiddeti, benlik saygısı ve cinsel işlevleri değerlendirilmiştir. Müdahalenin, Üİ yaşayan üreme çağındaki kadınlarda benlik saygısını artırdığı ve cinsel işlevi iyileştirdiği belirlenmiştir (213).

Araştırmada müdahale grubundaki kadınların zaman içinde benlik saygısının değişmemesi; örneklem sayısının az olması, izlem süresinin 3 ay ile sınırlı olması ve

her iki grupta yer alan kadınların eğitim öncesi benlik saygısı düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir. Üİ belirlenen kadınların benlik saygısının olumsuz etkilenmesine bağlı gelişen sorunlarla sık karşılaşması, kadınların benlik saygısı açısından değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır (26,88). Bu nedenle Üİ belirlenen kadınların benlik saygısı yönünden daha detaylı izlendiği, benlik saygısını artırmaya yönelik müdahalelerin artırıldığı, daha büyük örneklem grubu ile daha uzun süreli izlem yapılan çalışmaların planlanması önerilir.

Üriner inkontinansı olan kadınlarda vajinal kuruluk, koital inkontinans, disparoni, partnerle uyumsuzluk, eş/partnerin olumsuz tepkileri, rahatsızlık, libidonun, cinsel isteğin ve uyarılmanın azalması gibi nedenlerle cinsel işlev bozukluğu ya da cinsel doyuma ilişkin sorunlar daha yaygın görülmektedir (29,34). Pelvik taban kas egzersizleri, hem Üİ, hem de cinsel işlev bozukluğu için önerilen terapötik yöntemlerden biri olmakla birlikte; cinsel fonksiyon, cinsel doyum açısından faydalı olduğu bildirilmiştir (214,215). Araştırmada SGM'ye dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların cinsel doyumunu artırdığı belirlenmiştir. Müdahale grubunda cinsel doyum eğitimden üç ay sonra eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artarken; kontrol grubunda eğitimden bir ay sonra eğitim öncesine göre azalmıştır. Bu doğrultuda araştırmada **'Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında cinsel doyum açısından fark vardır'** hipotezi (H_{1c}) kabul edilmiştir.

Literatürde Üİ ve cinsel doyumunu değerlendiren çalışmalarda müdahale olarak daha çok pelvik taban kas egzersizi eğitimine odaklanılmıştır (210,214-216). Pelvik taban kas eğitiminin kadınların cinsel işlevi üzerindeki etkilerini değerlendiren sistematik derlemede müdahalenin cinsel işlev skorunu artırdığı ve cinsel işlevleri iyileştirdiği; ancak, daha fazla iyi tasarlanmış randomize kontrollü araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (214). Celeneay ve arkadaşlarının (2022) (210) aşırı aktif mesaneli kadınlarda pelvik taban kas eğitiminin cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyum, Üİ semptomları ve pelvik taban kas kuvveti üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada müdahale grubuna 6 haftalık evde egzersiz programı verilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu, cinsel doyum, Üİ semptomları ve pelvik taban kas kuvveti müdahaleden önce ve 6 hafta sonra tekrar değerlendirilmiştir. Pelvik taban kası ev egzersizi programının cinsel doyum, cinsel işlev bozukluğu ve Üİ

semptomlarını, iyileştirme, pelvik tabanı güçlendirmede etkili olduğu belirlenmiştir (210). Üİ'si olan 54 yetişkin kadınla yapılan randomize kontrollü çalışmada kadınlar 15 gün ara ile pelvik taban kas eğitimi ve sağlık eğitimini içeren 3 fizyoterapi seansına katılmışlardır. 2 ay boyunca evde pelvik taban kas egzersizi uygulamaya devam etmişlerdir. 3 fizyoterapi seansı ve evde uygulanan pelvik taban kas egzersizinin cinsel istek, uyarılma/heyecan ve orgazm ile ilgili iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Müdahale öncesi üç kadından biri cinsel işlev sorunu yaşıyorken; müdahale sonrası bu oran gerilemiştir (215).

Pelvik taban kas egzersizinde etkili sonuç alınabilmesi için doğru kasın bulunması, çalıştırılması ve egzersizin en az 3 boyunca düzenli uygulanması oldukça önemlidir (40,41). Araştırmada müdahale grubunda her ev ziyaretinde kadınların pelvik taban kas egzersizini doğru uygulayabilme becerisinin modelin basamaklarına göre değerlendirilmesi, doğru uygulamayı kolaylaştırmak amaçlı egzersizin araştırmacı gözetiminde uygulanması, eksiklerin, hataların zamanında fark edilerek giderilmesini sağlanmıştır. Ayrıca günlük set sayısı yetersiz olan kadınlar için uygulamayı teşvik etmek adına modelin yarar algısı basamağından faydalanarak egzersizin yararı anlatılmış ve motivasyon için egzersizi hatırlatacak renkli kartların evde görünür bir yere asılması önerilmiştir. Modelin engel algısı basamağında egzersizin uygulanmasına ilişkin varsa engeller belirlenerek çözüm önerileri geliştirilmesi, son ayda günlük pelvik taban kas egzersizi sayısının artması, egzersizin doğru ve etkili uygulanarak pelvik taban kas fonksiyonunun iyileşmesinin cinsel doyumun artmasını kolaylaştırdığı düşünülebilir. Kontrol grubunda ise eğitimden bir ay sonra cinsel doyumun azalması; eğitimden bir ay sonra yaşam kalitesinin eğitim öncesine göre azalması ve istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte; Üİ şiddetinin 3 ay boyunca az miktarda artmasından kaynaklanmış olabilir. Kontrol grubunda eğitimden bir ay sonra cinsel doyumun azalması Üİ'nin müdahale edilmediğinde kötüleşebildiğini, cinsel doyumunu olumsuz etkilediğini gösterir. Bu nedenle Üİ ile baş etme, Üİ'nin günlük yaşamı, yaşam kalitesini ve cinsel doyumunu olumsuz etkilemesinin önlenmesinde hemşirelik müdahalesi önemlidir.

Üriner inkontinans kadın yaşamını doğrudan tehdit etmese de benlik saygısı ve cinsel doyuma ilişkin sorunların yanında kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte; sosyal izolasyondan yatak koruyucu kullanmak zorunda kalmaya kadar

birçok soruna neden olmaktadır (94,95). Araştırmada SGM'ye dayalı davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitim ve danışmanlık programı kadınların yaşam kalitesini artırmıştır. Müdahale grubundaki kadınların yaşam kalitesi eğitimden üç ay sonra eğitim öncesine göre artarken; kontrol grubunda yaşam kalitesi eğitimden bir ay ve üç ay sonra giderek azalmıştır. Bu doğrultuda araştırmada **'Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programı alan ve almayan kadınlar arasında yaşam kalitesi açısından fark vardır'** hipotezi (H_{1d}) kabul edilmiştir.

Literatürde Üİ'si olan kadınlarda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin kadınların yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir (93,94,95,152,208). Howard ve arkadaşlarının (2022) (208) Avusturalya'da Üİ'si olan ve aşırı kilolu/obez 29 kadınla yaptıkları çalışmada 12 haftalık grup egzersiz ve sağlıklı beslenme programının uygulanabilirliği ve etkinliği değerlendirilmiştir. İlk 4 hafta spor salonunda fizyoterapist eşliğinde 2 saatlik pelvik taban kas egzersizi, genel egzersiz, pelvik sağlık ve sağlıklı beslenme eğitimi uygulanmıştır. Kalan 8 hafta 1 saat pelvik taban kas egzersizi ve genel egzersiz eğitimi uygulanmıştır. Müdahaleden önce ve 3 ay sonra yaşam kalitesi, Üİ semptomları ve BKİ'deki değişim değerlendirilmiştir. Programdan sonra yaşam kalitesi düzeyinde anlamlı artış, Üİ semptomlarında ve pelvik taban fonksiyonunda iyileşme belirlenmiştir (208). Üİ'de teletıbbın (telefon, mobil uygulamalar, web tabanlı tedavi) etkinliğinin değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında toplam 836 hastanın dahil edildiği 7 randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiştir. Çalışmalarda müdahaleler araştırmaya benzer Üİ hakkında bilgi, pelvik taban kas egzersizleri, yaşam tarzı değişikliklerinden oluşmaktadır. Yaşam tarzı değişikliklerinin Üİ semptomlarını iyileştirdiği ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (209).

Araştırmada müdahale grubunda uygulanması beklenen her bir davranışın modelin basamaklarına göre evde izlem ve danışmanlık yönergesi (Ek 14) rehberliğinde izlenmesi, günlük asitli içecek tüketiminin ve sigara kullanımının azalması, su tüketiminin istenilen düzeye ulaşması, pelvik taban kas egzersizi sayısının ve hafif orta düzey egzersiz süresinin artması gibi kontrollü davranışların sayısının artmasını sağlamıştır. Müdahale grubundaki kadınlarda yaşam kalitesinin artması davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması, Üİ sıklık, miktar ve şiddetinin azalması ile açıklanabilir. Kontrol grubundaki kadınlarda yaşam kalitesinin azalması

ise, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Üİ şiddetinin eğitimden bir ay sonra artmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bir ASM'ye kayıtlı 18 yaş üzerinde olan menopoza girmemiş kadınlarda Üİ prevelansı ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve Üİ'si olan kadınlarda 'Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürütülen araştırmada sonuçlar iki bölümde verilmiştir

6.1.1. Birinci Aşama: Üriner İnkontinans Prevelans ve Risk Faktörlerini Belirlemek Amacıyla Yürütülen Toplum Tabanlı Araştırmaya İlişkin Sonuçlar

Kadınların Üriner İnkontinansla İlişkili Bazı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Kadınların %32,9'u Üİ yaşamakta ve %48,4'ü 1,1-4 yıldır yaşamaktadır (Tablo 4.4).

Kadınların Bazı Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerinin Üriner İnkontinans Üzerine Etkilerinin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesine İlişkin Sonuçlar

- Kadınların yaşının artması ile Üİ sıklığının 1,038 kat artmış, ilköğretim eğitim düzeyine sahip kadınların üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlardan 2,612 kat daha fazla Üİ yaşamış üriner sistem enfeksiyonu tekrarlayan kadınlar, tekrarlamayan kadınlara göre 0,975 kat daha fazla Üİ yaşamıştır. BKİ, doğum sayısı, medeni durum, sağlık güvencesi varlığı, ekonomik durum, çalışma durumu, doğum şekli, indüksiyon uygulanması, cinsel olarak aktif olma açısından Üİ arasında bir ilişki yoktur (Tablo 4.7).

6.1.2. İkinci Aşama: SGM'ye Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Yürütüldüğü Araştırmaya İlişkin Sonuçlar

Kadınların Bazı Sosyo-Demografik, Obstetrik Özellikleri ile Üriner İnkontinansla Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden önce yaş ve BKİ ortalamaları ve grupları, sağlık güvencesi varlığı, algılanan ekonomik durum, halen gelir getiren bir işte çalışma durumu açısından benzerdir ($p>0,05$) ve eğitim durumu açısından gruplar arasında fark vardır ($p<0,05$; Tablo 4.8).
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden önce gebelik sayısı, doğum sayısı, ilk doğum yaşı, bebeğin doğum kilosu, gebelik geçirme durumu, doğum şekli, indüksiyon uygulanma durumu, epizyotomi varlığı gibi bazı obstetrik özellikler açısından benzerdir ($p>0,05$; Tablo 4.9).
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden önce Üİ için destek almayı tercih etme, destek alınmak istenen kişi, Üİ ile baş etmede yaşanan engeller, Üİ ile baş edebileceğini düşünme durumu açısından benzerdir ($p>0,05$); Üİ ile baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu açısından ise gruplar arasında fark vardır ($p<0,05$; Tablo 4.10).

Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu, İnkontinans Şiddet İndeksi, Benlik Saygısı Alt Ölçeği, Glombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalama ve Ortancalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar eğitimden önce ICIQ-SF toplam puanı, Üİ sıklığı, miktarı, tipi ve İŞİ toplam puanı, şiddet indeksi skoru açısından benzerdir ($p>0,05$; Tablo 4.11).
- Eğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların Üİ sıklığı, miktarı ve şiddeti müdahale grubundaki kadınların sıklık, miktar ve şiddetinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.12).

- Kontrol grubundaki kadınların eğitimden bir ay ve üç ay sonra ICIQ-SF ve İŞİ toplam puanı müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF ve İŞİ toplam puanından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.13).
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların BSAÖ toplam puan ortancası açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$; Tablo 4.14).
- GRCDÖ-kadın formu toplam puan ortalaması ve ortancası açısından eğitimden önce müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p>0,05$). Eğitimden bir ay sonra ve üç ay sonra kontrol grubundaki kadınların GRCDÖ-kadın formu toplam puan ortancası müdahale grubundaki kadınların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.15).
- I-QOL toplam puan ortancası açısından eğitimden önce müdahale ve kontrol grupları benzerdir ($p>0,05$). Eğitimden üç ay sonra müdahale grubundaki kadınların I-QOL toplam puan ortancası, kontrol grubundaki kadınların ortancasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.16).

Müdahale Grubundaki Kadınların Üç Aylık Danışmanlık ve İzlem Sürecinde Kafeinli Yiyecek ve İçecek, Asitli İçecek ve Su, Süt ve Süt Ürünleri, Baharatlı Gıda, Asitli Sebze-Meyve Tüketimi, Tütün Kullanımı, Hafif ve Orta Düzey Egzersiz ve Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulanmasına İlişkin Sonuçlar

Müdahale grubunda üç aylık evde izlem ve danışmanlık sürecinde;

- Kafeinli yiyecek ve içecek tüketimi 3 ay boyunca azalırken, su tüketimi artmış; asitli içecek tüketimi ise 1. ve 2. aylar arasında artmış, 2. ve 3. aylar arasında azalmıştır (Grafik 4.1).
- Üç aylık süreçte süt ve süt ürünleri tüketiminde 1. ve 2. ay arasında artış, 2 ve 3. Ay arasında ise azalma; baharatlı gıda ve asitli sebze ve meyve tüketiminde ise üç ay boyunca azalma izlenmiştir (Grafik 4.2).
- Sigara kullanımı üç aylık süreç boyunca azalmıştır (Grafik 4.3).
- Pelvik taban kas egzersizi uygulama sayısı 1. ay ve 2. ay arasında azalırken, 2. ve 3. aylar arasında artmıştır (Grafik 4.4).

- Kadınların egzersiz süresinin 2. ayda azalsa da 3. ayda başlangıç seviyesinin üzerine çıkmıştır (Grafik 4.5).

6.2. Öneriler

Araştırmada Üİ belirlenen kadınlara SGM'ye dayalı olarak verilen davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitim programı ve evde izlem ve danışmanlık programının Üİ sıklık, miktar ve şiddetini azalttığı, cinsel doyum ve yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları kapsamında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında Üİ'nin önlenmesi, risklerin azaltılması ve Üİ'nin erken belirlenmesine yönelik taramaların ve müdahalelerin artırılması,
- Üriner inkontinansın önlenmesi ve risklerin azaltılmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve yaygınlaştırılması,
- Üİ'nin ile baş etmeye yönelik toplum tabanlı hizmetlere SGM'nin kullanılması.
- Üriner inkontinans sıklık, miktar ve şiddetini azaltma; cinsel doyum ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu belirlendiği için davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin diğer planlanacak çalışmalarda kullanılması,
- Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasının desteklenmesinde, Üİ sıklık, miktar ve şiddetini azaltma; cinsel doyum ve yaşam kalitesini artırmada etkili olması nedeniyle SGM'nin diğer planlanacak çalışmalarda kullanılması,
- Üriner inkontinans sıklık ve şiddeti yüksek olan kadınlarda tedavinin yanı sıra davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin de uygulanması,
- Araştırmada SGM'ye dayalı eğitim ve evde izlem ve danışmanlık programı kadınların benlik saygısını artırmadığı için, benlik saygısını artıracak müdahalelerin artırılması.

7. KAYNAKLAR

1. Kadioğlu M, Kızılkaya Beji, N. Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;3(3):201-207.
2. Bo K, Frawley H.C, Haylen B.T, Abramov Y, Almeida F.G, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. International urogynecology journal. 2017;28(2):191-213. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3123-4>.
3. Abrams, P, Cardozo, L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten, U, et al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003;61(1):37-49.
4. Scemons D. Urinary incontinence in adults. Nursing. 2013;43(11):52-60
5. García-Pérez H, Harlow SD, Sampsel CM, Denman C. Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: prevalence and severity. Int Urogynecol J. 2003;24(5):847-54.
6. Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al Tawil NG. Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women. Sultan Qaboos Univ Med J. 2013;13(2):269-274.
7. Singh U, Agarwal P, Verma ML, Dalela D, Singh N, Shankwar P. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey. Indian J Urol. 2013;29(1):31–36.
8. Nojomi M, Amin EB, Rad RB. Urinary incontinence: Hospital-based prevalence and risk factors. JRMS. 2008;13:22–8.
9. Lasserre A, Pelat C, Gueroult V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. Eur Urol. 2009;56:177-183.
10. Özkan Z.S, Sapmaz E. Reprodüktif çağdaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve etkileyen faktörler. J Kartal TR. 2015;26(2):101-106. doi: 10.5505/jkartaltr.2015.93271.
11. Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. Van Tıp Dergisi. 2010;17(1):7-11.
12. Haylen, BT., Ridder, D., Freeman, RM. Swift, SE., Berghmans, B., Lee, J, et al. An International Urogynecology (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report ON The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction, Australia. Int Urogynecol J. 2010;21(1):5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9.

13. Murray S, Lemack GE. Overactive bladder and mixed incontinence. *Curr Urol Rep.* 2010;11(6):385-92.
14. Chang X, Ge H, Ye G, Quan X, Shen W, Zhang C, et al. Analysis of pelvic floor electrical physiological parameters in nulliparous women with stress urinary incontinence. *Transl Androl Urol.* 2021;10(4):1620-1626.
15. Lin YH, Chang SD, Hsieh WC, Chang YL, Chueh HY, Chao AS, et al. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018;57(3):340-345.
16. Pedersen LS, Lose G, Høybye MT, Elsner S, Waldmann A, Rudnicki M. Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2017;96(8):939-948.
17. Chughtai B, Thomas, D, Russell D, Bowles K, Prigerson H. Prevalence of and Risk Factors for Urinary Incontinence in Home Hospice Patients. *European urology.* 2019;75(2):268-271. doi: 10.1016/j.eururo.2018.10.027.
18. Abed H, Rogers GR. Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis And Treatment For The Primary Care Physician. *The Medical Clinics of North America.* 2008;92:1273-1293.
19. Beckmann, RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Casanova R, et al. Pelvic support defects, urinary incontinence, and urinary tract infection. *obstetrics and gynecology.* 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer;2013.
20. Newman DK, Wein AJ. Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urol Clin North Am.* 2013;40(4):613-35.
21. Doumouchsis SK, Loganathan J, Pergialiotis V. The role of obesity on urinary incontinence and anal incontinence in women: a review. *BJOG.* 2022;129(1):162-170.
22. International Continence Society (ICS). ICS Standards 2020-2021: The 2020-2021 compilation of the International Continence Society Standardisations, Consensus statements, Educational modules, Terminology and Fundamentals documents, with the International Consultation on Incontinence algorithms. Las Vegas, United States of America. 2021.
23. Saleh S, Majumdar A, Williams K. The conservative (non-pharmacological) management of female urinary incontinence. *Obstet Gynaecol.* 2014;16(3):169-77.
24. Aoki Y, Brown, H.W, Brubaker L, Cornu J.N, Daly J.O, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nature Reviews Disease Primers.* 2017;3.17042.
25. Yan F, Xiao L.D, Zhou K, Li Z, Tang S. Perceptions and help-seeking behaviours among community-dwelling older people with urinary

- incontinence: A systematic integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(6):1574-1587. doi.org/10.1111/jan.15183.
26. Lee H.Y, Rhee Y, Choi K.S. Urinary incontinence and the association with depression, stress, and self-esteem in older Korean Women. *Scientific Reports*. 2021,11(1):1-7. doi.org/10.1038/s41598-021-88740-4
 27. Bhanu C, Avgerinou C, Kharicha K, Bauernfreund Y, Croker H, Liljas A, et al. 'I've never drunk very much water and I still don't, and I see no reason to do so': a qualitative study of the views of community-dwelling older people and carers on hydration in later life. *Age and ageing*. 2020;49(1):111-118. doi.org/10.1093/ageing/afz141.
 28. Murphy C, Laine C, Fader M. Living at home with dementia and incontinence: A qualitative analysis of patient, family carer and health care professionals' perspectives: Implementation of person-centered care. *Alzheimer's & Dementia*. 2020;16(58). doi.org/10.1002/alz.040896.
 29. Bezerra L.R.P.S, Britto D.F, Frota I.P.R, do Nascimento, S L, Brilhante A.V. M, Lucena S.V, et al. The impact of urinary incontinence on sexual function: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;8(3):393-402. doi: 10.1016/j.sxmr.2019.06.009.
 30. Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press. p.15.
 31. Starr JA, Drobnis EZ, Lenger S, Parrot J, Barrier B, Foster R. Outcomes of a comprehensive nonsurgical approach to pelvic floor rehabilitation for urinary symptoms, defecatory dysfunction, and pelvic pain. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2013;19(5):260-5.
 32. Frigerio M, Barba M, Cola A, Braga A, Celardo A, Munno G.M, et al. Quality of Life, Psychological Wellbeing, and Sexuality in Women with Urinary Incontinence-Where Are We Now: A Narrative Review. *Medicina*. 2022;58(4):525.
 33. Berman JR, Adhikari S, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: Classification, evaluation, and treatment options. *Eur Urol*. 2000;38(1):20-9.
 34. Ertem G, Pelvik taban disfonksiyonu, epidemiyolojisi, risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Beji N, Çayır G, editörler. *Pelvik taban disfonksiyonu tanı, tedavi ve bakımda hemşirelere yönelik güncel yaklaşımlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019:33-44.
 35. Güdücü N, Keser Ozcan N. Assessment of SF of the women with UI. *JAREN*. 2016;2(1):16-23.
 36. Akyol A Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1993;9(3):71-75.
 37. Perera J, Kirthinanda DS, Wijeratne S, Wickramarachchi TK. Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and healthseeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2014;2(14):78

38. Javanmardifard S, Gheibizadeh M, Shirazi F, Zarea K, Ghodsbin F. Experiences of urinary incontinence management in older women: A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*. 2022; 18(9):738202. doi: 10.3389/fpubh.2021.738202.
39. European Association of Urology (EAU). *European Association of Urology Guidelines 2020 Edition. Urinary Incontinence In Adults*. 2022.
40. Nambiar A.K., Bosch R, Cruz F, Lemack G.E, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *European urology*. 2018;73(4):596-609.
41. European Association of Urology (EAU). *European Association of Urology Guidelines 2017 Edition. Urinary Incontinence In Adults*. 2017.
42. Maserejian NN, Giovannucci EL, McVary KT, McKinlay JB. Intakes of Vitamins and Minerals in Relation to Urinary Incontinence, Voiding, and Storage Symptoms in Women: A Cross-Sectional Analysis from the Boston Area Community Health Survey. *European Urology*. 2011;59:1039-1047.
43. Bø K. Pelvic floor muscle training in treatment of female stress urinary incontinence, pelvic organ prolapse and sexual dysfunction. *World journal of urolog*. 2012;30(4):437-443.
44. Pender N.J, Murdaugh C.L, Parsons M.A. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th Edition. Boston, MA: Pearson. 2010.
45. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*, 7th Edition, Pearson Education, New Jersey. 2015.
46. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [Internet]. 2011. Resmi Gazete, Sayı: 27910. [3.01.2019]. Erişim adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/12564,20110419-27910-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelikpdf.pdf?>
47. Khodaveisi, M, Omid A, Farokhi S, Soltanian A.R. The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and Obese Women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2017;5:165-174.
48. Shaheen A.M, Nassar O.S, Amre H.M. Hamdan-Mansour A.M. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors of University Students in Jordan. *Health*. 2015;7:1-8. doi.org/10.4236/health.2015.71001.
49. Bhandari P, Kim M. Predictors of Health Promoting Behaviors of Nepalese Migrant Workers. *The Journal of Nursing Research*. 2016;24:232-239.
50. Tuzcu A, Bahar Z. Barriers and Facilitators to Breast Cancer Screening among Migrant Women within Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014;26: 47-56.
51. Kilpatrick K.A, Paton P, Subbarayan S, Stewart C, Abraha I, Cruz Jentoft A. Non-pharmacological, non-surgical interventions for urinary incontinence in older persons: A systematic review of systematic reviews. The SENATOR project ONTOP series. *Maturitas*. 2020;133:42-48. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.12.010.

52. Norouzi A, Ghofranipour F, Heydarnia A, Tahmasebi R. Determinants of physical activity based on Health Promotion Model (HPM) in diabetic women of Karaj diabetic institute. *Ismj*. 2010;13(1):41-51
53. Bakre S, Holt SK, Oerline M, Braffett BH, Pop-Busui R, Wessells H, et al. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Longitudinal patterns of urinary incontinence and associated predictors in women with type 1 diabetes. *Neurourol Urodyn*. 2022;41(1):323-331.
54. Batmani S, Jalali R, Mohammadi M, Bokae S. Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatr*. 2021;21:212.
55. Başak T, Uzun S, Arslan F. Incontinence features, risk factors and quality of life in Turkish women presenting at the hospital for urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(1):84-9.
56. Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):448-60.
57. Gözükara F, Koruk I, Kara B. Urinary incontinence among women registered with a family health center in the Southeastern Anatolia Region and the factors affecting its prevalence. *Turk J Med Sci*. 2015;45(4):931-9.
58. Yücel U, Hadımlı A, Koçak Y.Ç, Ekşioğlu A.B, Dilek S, Saydam B.K. Bornova'da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(3):414-423.
59. Özkan S.A, Bilgiç D, Beji N.K, Türkiye'de hemşirelik alanında üriner inkontinansla ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;(2):201-210.
60. Kocaöz S, Talas S, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence In pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs*. 2010;19(23-24):3314-23.
61. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. *Jama*. 2017;318(16):1592-604.
62. Petros PEP, Woodman PJ. The integral theory of continence. *Int Urogynecol J*. 2008;19(1):35-40.
63. Taşdemir C, Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. Onur R, Bayrak Ö. Risk faktörleri önleyici tedbirler. İstanbul: Türk Üroloji Derneği. 2015.
64. Ford A.A, Taylor V, Ogah J, Rubin N, Khullar V, Digesu G.A. Midurethral slings for treatment of stres urinary incontinence review. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;38:70-75.
65. İnal C.G, Taşhan S.T. Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;6(2):150-160.
66. Park WH. Urinary incontinence and physician's attitude. *J Korean Med Sci*. 2013;28(11):1559-1560. doi:10.3346/jkms.2013.28.11.1559.

67. Halfens RJG. Prevalance of Urinary Incontinence Among Community-Dwelling adults Receiving Home Care. *Research in Nursing & Health*. 2008; 31:604–612.
68. Pereira C, Castiglione M, Kasawara K. Effects of physiotherapy treatment for urinary incontinence in patient with multiple sclerosis. *The Journal of Physical Therapy Science*. 2017;29:1259-1263.
69. Aşık Z, Demirel E.S. Erişkinlerde Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri: Tabakalı Örneklemlili Saha Çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(6):422-30.
70. Xie X, Chen Y, Khan A, Long T, Li S, Xie M. Risk Factors for Urinary Incontinence in Chinese Women: A Cross-sectional Survey. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021;7(6):377-381.
71. Leroy LS, Lopes MHB, Shimo AKK. Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. *Text Context Nursing Florianópolis*. 2012;21(3):692-701.
72. Öztürk G.Z, Toprak D, Basa E. 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2012;46(4):170-176.
73. Rogers R.G, Ninivaggio C, Gallagher K, Borders A.N. Pelvic floor symptoms and quality of life changes during first pregnancy: a prospective cohort study. *International Urogynecology Journal*. 2017;28(3)1-7. doi:10.1007/s00192-017-3330-7
74. Kołodyńska G, Zalewski M, Rożek-Piechura K. Urinary incontinence in postmenopausal women—causes, symptoms, treatment. *Menopause Review*. 2019;18(1):46-50.
75. Kokabi R, Yazdanpanah D. Effects of delivery mode and sociodemographic factors on postpartum stress urinary incontinency in primipara women: A prospective cohort study. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2017;80(8):498-502.
76. Zhong R, Zeng L, Wang X, Wang Y. A retrospective study of risk factors for stress urinary incontinence 1 year after delivery in multiparous women. *International Urogynecology Journal*. 2022;33(8):2275-2281.
77. Turgay B, Yavuz A.F. Frequency and Risk Factors of Urinary Incontinence After Hysterectomy. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*. 2021;74(3):300-303
78. de Oliveira C, Seleme M, Cansi P.F, Consentino R.F, Kumakura F.Y, Moreira, G.A, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)*. 2013;59(5):460-466.
79. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A Prospective Study Of Pelvic Floor Dysfunctions Related To Delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;160(1):110-5.

80. Liu B, Wang L, Huang SS, Wu Q, Long Wu D. Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med*. 2014; 7(3):686-96.
81. Heydari F, Motaghd Z, Abbaszadeh F. Could urinary tract infection cause female stress urinary incontinence? a clinical study. *Nephro Urology Monthly* 2016;8(1):33571
82. Demirtaş A.F. Postmenopozal kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi; 2019.
83. Sun S, Liu D, Jiao,Z. Coffee and caffeine intake and risk of urinary incontinence: A meta analysis of observational studies. *BMC Urology*. 2016;16(1):61-67.
84. Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*. 2013;52(1):15-19.
85. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, Pool-Goudzwaard AL. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(3):373-382.
86. Amselem C, Puigdollers A, Azpiroz F. et al. Constipation: A Potential Cause of Pelvic Floor Damage. *Neuro gastro enterol Motil*. 2010;22: 50-48.
87. Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep*. 2011;12:363-9.
88. Almousa S, van Loon A.B. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*. 2018;107:78-83. doi:10.1016/j.maturitas.2017.10.00
89. Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle aged women. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(3):299-306.
90. Burzyński B, Kwiatkowska K, Sołtysiak-Gibała Z, Bryniarski P, Przymuszała, P, Właźlak E, Impact of stress urinary incontinence on female sexual activity. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2021;25(2).
91. Pastor Z. Female ejaculation orgasm vs. coital incontinence: a systematic review. *J Sex Med*. 2013;10(7):1682-1691.
92. Özcan H, Kızılkaya-Beji N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: yaşam kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2014;29(4):236-238.
93. Jahromi M.K., Talebizadeh M, Mirzaei M. The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self-esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013. *Global journal of health science*. 2015;7(2): 71.

94. Cayir G, Kizilkaya Beji N. The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, Health & Medicine*. 2022;27(8):1726-1738.
95. Wadensten T, Nyström E, Franzén K, Lindam A, Wasteson E, Samuelsson E. A mobile app for self-management of urgency and mixed urinary incontinence in women: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2021;23(4):19439.
96. Duralde E.R., Rowen T.S. Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sexual Medicine Reviews*. 2017;5(4):470-485. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.07.001.
97. Özdemir E, Özerdoğan N, Ünsal A. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş üzeri evli kadınlarda üriner inkontinans, cinsel disfonksiyon ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2011;21(4):266-76.
98. Pandve H.T. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 2014;2(2):254.
99. *Archives of Medicine and Health Sciences* 2014;2(2):254-6. Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;12.CD003505. doi: 10.1002/14651858.CD003505.pub5.
100. Gülnar E. Çalışkan N. Üriner inkontinans yönetiminde konservatif tedaviler, N. Çalışkan, N. E. Gülnar. Üriner ve Fekal İnkontinasta Hemşirelik Yönetimi El Kitabı. Ankara: Vize Yayıncılık; 2021. s. 81-97.
101. Lucas M. G., Bedretdinova D, Bergmans L.C. Bosch J.L.H.R, Burkhard F, Cruz F. Guidelines on urinary incontinence. *European Association of Urology*. [Internet]. 2015. [05.04.2021]. Erişim adresi: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-UrinaryIncontinence_LR1.pdf.
102. Ballard AC, Richter HE. The Impact of Obesity and Weight Loss on Urinary and Bowel Incontinence Symptoms in Women. *Menopausal medicine: for clinicians who provide care for women/American Society for Reproductive Medicine*. 2011;19:1-7.
103. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019. NICE Guideline, No. 123.
104. Vissers, D. Neels H, Vermandel A, Wachter D.S, Tjalma W.A.A, Wyndaele J.J. The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2014;15(7):610-617.
105. Phelan, S., Kanaya A.M, Subak L.L. Hogan P.E. Espeland M.A. Wing R.R. Weight loss prevents urinary incontinence in women with type 2 diabetes: results from the Look AHEAD trial. *J Urol*. 2012;187(3):939-944.
106. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (Non-Neurogenic) in adults:

- AUA/SUFU Guideline. American Urological Association Education and Research; 2014.
107. Lukacz ES, Sampsel C, Gray M, MacDiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P, et al. A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*, October. 2011; 65(10):1026-1036.
 108. Gleason J.L, Richter H.E, Redden D.T, Goode P.S, Burgio K.L, Markland A.D. Caffeine and urinary incontinence in US women. *International urogynecology journal*. 2013;24(2):295-302.
 109. Wells MJ, Jamieson K, Markham TC, Green SM, Fader MJ. The effect of caffeinated versus decaffeinated drinks on overactive bladder: a double-blind, randomized, crossover study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*. 2014;41(4):371-8.
 110. Juna H, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Gradstein F. Caffeine intake and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. *J. Urol* 2011;185 (5):1775-1780
 111. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Chronic pelvic pain in women. [Internet]. 2014. [Erişim tarihi: 10 Haziran 2019]. Erişim adresi: <http://eds.a.ebscohost>.
 112. Townsend M.K, Lajous M, Medina-Campos R.H, Catzin-Kuhlmann A, López-Ridaura R, Rice M.S. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal Mexican women. *International Urogynecology Journal*. 2017;28(5):769-776.
 113. Çayır G, Beji NK. Aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri. *HSP*. 2018;5:443-452. doi: 10.17681/hsp.338884
 114. Sheyn D, James RL, Taylor AK, Sammarco AG, Benchek P, Mahajan S. Tobacco use as a risk factor for reoperation in patients with stress urinary incontinence: a multi-institutional electronic medical record database analysis. *International Urogynecology Journal* 2015;26(9):1379-1384.
 115. Oh H, Jeong H, Seo W. Integrative smoking cessation stage model for Chinese students studying in Korea. *Asian Nurs Res*. 2013;7(4):182-190
 116. Bull F.C, Al-Ansari S.S, Biddle S, Borodulin K, Buman M.P, Cardon, G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020;54(24):1451-1462.
 117. Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):213-40.
 118. Kim H, Yoshida H, Suzuki T. The effects of multidimensional exercise treatment on community-dwelling elderly Japanese women with stress, urge,

- and mixed urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(10):1165-72. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.016.
119. Fozzatti C, Ricetto C, Herrmann V, Brancalion M.F, Raimondi M, Nascif C, et al. Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International urogynecology journal*. 2012;23(12): 1687-1691.
 120. Newman D.K. Pelvic floor muscle rehabilitation using biofeedback. *Urol Nurs*. 2014;34(4);193-202.
 121. Dumoulin, C, Cacciari L.P, Hay-Smith E.J.C. Pelvic floor muscle training versus no treatment. or inactive control treatments. for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library*. 2014. doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4.
 122. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3):35-40.
 123. Radzimińska, A. Weber-Rajek M, Strączyńska A, Podhorecka M, Kozakiewicz M, Kędziora-Kornatowska K, et al. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*. 2018;13:1893-1898.
 124. Topuz Ş. Stres inkontinansda kegel egzersizi uygulaması. M Başer, S Taşçı, Editör (ler). *Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2015. s. 77-80.
 125. Lucas MG, Bosch RJL, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK. et all. European Association of Urology guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2013;37(4):199-213.
 126. Öztaş S. Üriner İnkontinans. Editör. Dinçgez Çakmak, B. *Jinekolojide Pratik Bilgiler*. France: Livre de Lyon. 2020. s. 221-238.
 127. Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N. Kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslararası düzeyde irdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(3):224. doi:10.17672/fnhd.89654.
 128. Cave C.E. Evidence-Based Continence Care: An Integrative Review. *Rehabil Nurs*. 2017;42(6):301-311. doi: 10.1002/rnj.291.
 129. Pender N.J. *Health promotion in nursing practice*. 3rd edition. Connecticut: Appleton & Lange Stanford; 1996.
 130. Pender N.J. *Health promotion model manual*. [Internet]. 2011. [Erişim tarihi:21 Ocak 2020].https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 131. Murdaugh C.L, Parsons M.A, Pender N.J. *Health Promotion in Nursing Practice*. 8th Edition. New York: Pearson; 2019.

132. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6th edition. Boston, MA: Pearson; 2010.
133. Aqtam, I, Darawwad M. Health promotion model: An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*. 2018;8(07):485.
134. Sakraida TJ. Health Promotion Model. Alligood M.R, Tomey A.M, Editors. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th edition. USA: Mosby Elsevier; 2010.
135. Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2018;11:337-46.
136. Özcan H, Beji NK. Relationship between lower urinary system complaints and healthy life behaviors among women aged 50 and over. *Cukurova Med J*. 2019;44:1392-9.
137. Vural PI, Yangin HB. Assessing menopausal symptoms among Turkish and German women with the menopause rating scale: A cross-cultural study. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10:979- 87. 27.
138. Verma J.P. Verma P. Determining sample size and power in research studies. Singapore: Springer; 2020. (pp. 55-60).
139. Çelik DB, Beji NK. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(1):69-79.
140. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Goyoh M, Abrams P. ICIQ: A Brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodynam*. 2004;23(4):322-330.
141. Çetinel B, Özkan B, Can C. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*. 2004;30:332-338.
142. Nygaard C.C, Schreiner L, Morsch T.P, Saadi R.P, Figueiredo M.F, Padoin A.V. Urinary incontinence and quality of life in female patients with obesity. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2018;40:534-539.
143. Guedes T.S.R, Guedes M.B.O.G, de Oliveira, H.K.M, Soares R.L, da Cunha, V.L, Lopes, J. M, et al. Urinary incontinence in physically active older women of Northeast Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(11):5878.
144. Rebassa M, Taltavull J.M, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Urinary incontinence in Mallorcan women: prevalence and quality of life. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*. 2013;37(6), 354-361.
145. Demir O, Sen V, Irer B, Bozkurt O, Esen A. Prevalence and possible risk factors for urinary incontinence: a cohort study in the city of Izmir. *Urologia Internationalis*. 2017;99(1):84-90.
146. Ural Ü.M, Gücük S, Ekici A, Topçuoğlu A. Urinary incontinence in female university students. *International urogynecology journal*. 2021;32:367-373.
147. Çetinel B, Demirkesen O, Yalçın O, Koçak T, Senocak M, İtil İ. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: What are the determinants of bothersome urinary

- incontinence and help seeking behavior? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(6):659-64.
148. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health.* 1993;47:497-9.
149. Hazar H.U, Şirin A. İnkontinans Şiddet İndeksinin Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2008;9(3):5-8.
150. Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with padweighing tests. *Int Urogynecol.* 2006;17:520-4.
151. Boutron I, Altman D.G, Moher D, Schulz K. F, Ravaud, P, CONSORT NPT Group. CONSORT statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Annals of internal medicine.* 2017;167(1): 40-47.
152. Asklund I, Nyström E, Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Samuelsson E. Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourology and urodynamics.* 2017;36(5):1369-1376.
153. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1986.
154. Rust J, Golombok S. The GRISS: A Psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior.* 1986;5(2): 157-165.
155. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1993;4:83-88.
156. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology.* 1996;47:67-71.
157. Özerdoğan N, Beji N.K. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevelansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelik Dergisi.* 2003;13(51):37-50.
158. Sherer M, Maddux J.E, Mercandante B, Prentice-dunn S, Jacobs B, Rogers R.W. The self-efficacy scale construction and validation, *Psychological Reports.* 1982;51:663-71.
159. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 1999;2(1):21-34.
160. Çayır G. Aşırı Aktif Mesaneli Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Eğitiminin Tedavi Üzerine Etkisi. [Doktora tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2017.
161. Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: The impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptom. *Ma-turitas.* 2014;79:8-13.
162. Ateşman E. Türkçe okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi.* 1997;58:71-74.

163. Alphan-Tüfekçi E. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. 5. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 2019.
164. Lee J.H, Lee H.S. Nutrient intake and urinary incontinence in Korean women: A propensity score-matched analysis from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey data. *International Journal of Urology*. 2017;24(11):793-797.
165. Nicholas Christofi N, Hextall A. An evidence based approach to lifestyle interventions in urogynaecology. *Menopause International*. 2007;13(4):154-158.
166. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Başoğlu S, Acar Tek N, (Editörler). Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara; 2016.
167. Bebis Nutrition Data Base Software Data Base, 2004. The German Food Code and Nutrient Data Base (BLS II.3, 1999) with additions from USDA-sr and other sources, Istanbul, Turkey.
168. Schick E, Jolivet-Treemblay M, Dupont C, Bertrand P.E, Tessieret J. Frequency-volume chart: The minimum number of days required to obtain reliable results. *Neurourol Urodyn*. 2003;22:92-6.
169. Birişçi, S. Video konferans tabanlı uzaktan eğitime ilişkin öğrenci tutumları ve görüşleri. *Journal of Instructional Technologies and Teacher Education*. 2013;2(1):24-40.
170. Lalima D, Dangwal K.L. Blended learning: an innovative approach. *Universal Journal of Educational Research*. 2017;5(1):129-136.
171. Tuncer M, Taşpınar M. Sanal ortamda eğitim ve öğretimin geleceği ve olası sorunlar. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2008;10(1):124.
172. Şenol Y. Büyük ve Küçük Gruplarda Etkileşimli Eğitim Yöntem ve Tekniklerinin Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Med Educ-Special Topics*. 2016;1(1):17-23.
173. World Health Organization (WHO) A healthy lifestyle-WHO recommendations. [Internet]. 2020. [05.06.2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>.
174. Önel F, Tahra A. Tanım ve Sınıflama. Onur R, Bayrak Ö. Editörler. Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. *Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
175. Almutairi S, Alobaid O, Al-Zahrani M.A, Alkhamees M, Aljuhayman A, Ghazwani Y. Urinary incontinence among Saudi women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25(20):6311-8.
176. Linde J.M, Nijman R.J, Trzpis M, Broens P.M. Urinary incontinence in the Netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourology and urodynamics*. 2017;36(6):1519-1528.

177. Dellú M.C, Schmitt A.C.B, Cardoso M.R.A, Pereira W.M.P, Pereira E.C.A, Vasconcelos É.D.S.F, Aldrighi J.M. Prevalence and factors associated with urinary incontinence in climacteric. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2016;62:441-446.
178. Masenga G.G, Shayo B.C, Msuya S, Rasch V. Urinary incontinence and its relation to delivery circumstances: A population-based study from rural Kilimanjaro, Tanzania. *Plos one*. 2019;14(1):0208733.
179. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan journal of medical sciences*. 2013;29(3):818.
180. Maroyi R, Mwambali N, Moureau M.K, Keyser L.E, McKinney J.L, Brown, H.W, Mukwege D.M. Prevalence of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in the Democratic Republic of Congo. *International Urogynecology Journal*. 2021;32(7):883-1888.
181. Siahkal SF, Iravani M, Mohaghegh Z, Sharifipour F, Zahedian M. Maternal, obstetrical and neonatal risk factors' impact on female urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2020;31(11):2205-2224.
182. Bayır B, Sercan A, Yaman E, Çelik G, Yılmaz S, Beşyaprak T, Kutkan Z. 59 Yaş ve Üzeri Kadınların Yaşam Şekilleri ile Üriner İnkontinans Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2021;9(1):323-336.
183. Komeilifar R, Javadifar N, Afshari P, Haghhighizade M.H, Honarmandpour A. The prevalence, subtypes and obstetric risk factors of urinary incontinence in reproductive age women referred to Community Health Care Centers of Dezful, Iran-2015. *International journal of communitybased nursing and midwifery*. 2017;5(3):275.
184. Kok G, Seven M, Guvenc G, Akyüz A. Urinary Incontinence in Pregnant Women: Prevalence, Associated Factors, and Its Effects on Health-Related Quality of Life. 2016;43(5):511-6. doi: 10.1097/WON.0000000000000262.
185. Martin's G, Soler ZASG, Cordeiro JA, Amaro JL, Moore KN. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J*. 2010;21:1271-7.
186. Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16(1):1-6. doi:10.1186/s12884-016-1126-2
187. Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. *TAF Prevent Med Bull*. 2013;12:231-42.
188. Çiftçi Ö, Günay O. Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2011;33(4):301-8.

189. Yıldız Ş, Turan Z. Üriner inkontinansı olan kadınlarda hemşirelik yaklaşımları. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 2021;4(3):155-166. doi:10.54803/sauhsd.1017030.
190. Tekeş M, Şahin G. 65 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*. 2022;5(3):404-417.
191. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: Elma Teknik Basım ve Matbaacılık; 2018.
192. Chang S, Cohen K, Lin H, Chao Y, Lai Y. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:409-418.
193. Almkhtar U.A, Thabet H, Yousuf S. The Association Between Episiotomy And Urinary Incontinence Among Post Partum Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*.2020;8(5):41-50.
194. Langrová P, Vrublová Y. Relationship between episiotomy and prevalence of urinary incontinence in women 2-5 years. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2014;5(3):94-98. doi: 10.9790/1959-0805024150
195. World Health Organization (WHO). WHO recommendation on episiotomy policy. [Internet]. 2021 [18.07.2019]. Erişim adresi: [https://srhr.org/rhl/article/who-recommendation-on-episiotomy-policy#:~:text=If%20an%20episiotomy%20is%20performed,anal%20sphincter%20injury%20\(OASI\)](https://srhr.org/rhl/article/who-recommendation-on-episiotomy-policy#:~:text=If%20an%20episiotomy%20is%20performed,anal%20sphincter%20injury%20(OASI).).
196. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;21(1):1-53.
197. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;8(2). doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
198. Fonti Y, Giordano R, Cacciatore A, Romano M, Rosa LB. Post partum pelvic floor changes. *J Prenat Med*. 2009;3(4):57-9.
199. Zhou H.H, Shu B, Liu T-Z, Wang X.H, Yang Z.H, Guo Y.L. Association between parity and the risk for urinary incontinence in women: A meta-analysis of case-control and cohort studies. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(28):11443.
200. Barbosa L, Boaviagem A, Moretti E, Lemos A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2018;29(10):1413-1427.
201. Hsieh C.H, Chang W.C, Su T.H, Lin T.Y, Lee M.C, Chang S.T. Effects of parity and mode of delivery on urinary incontinence among postmenopausal women in Taiwan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;117(3):239-242.

202. Altınboğa O, Gültekin, İ.B, Taner C.E. Son üç yıl içinde doğum yapmış kadınlarda stres inkontinans: parite ve doğum şeklinin etkisi. *Bozok Medical Journal*. 2016;6(4):1-7.
203. Porta-Roda O, Vara-Paniagua J, Díaz-López M.A, Sobrado-Lozano P, Simó-González M, Díaz-Bellido P, et al. Effect of vaginal spheres and pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence: a randomized, controlled trial. *Neurourology and urodynamics*. 2015;34(6):533-538.
204. Ayeleke R.O, Hay-Smith E.J.C, Omar M.I. 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*. 2015;(11). doi: 10.1002/14651858.CD010551.pub3.
205. De Gagne J.C, Park S, So A, Wu B, Palmer M.H, McConnell E.S.A. urinary incontinence continuing education online course for community health nurses in South Korea. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2015;46(4):171-178.
206. Başgöl Ş. Pelvik Taban Disfonksiyonunu Önleme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016;3(1):57-65.
207. Tannenbaum C, Frite, X, Halm, A, van den Heuvel E, Jutai J, Wagg A. Long-term effect of community-based continence promotion on urinary symptoms, falls and healthy active life expectancy among older women: cluster randomised trial. *Age and ageing*. 2019;48(4):526-532.
208. Howard Z, Ross L, Weir K.A, Baker N, Smith L, Nucifora J. A group program for overweight and obese women with urinary incontinence (ATHENA): an implementation-effectiveness hybrid type 3 study. *International Urogynecology Journal*. 2022;33(4):991-1000.
209. Huang Z, Wu S, Yu T, Hu A. Efficacy of telemedicine for urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*. 2020;31:1507-1513.
210. Celenay S.T, Karaaslan Y, Ozdemir E. Effects of pelvic floor muscle training on sexual dysfunction, sexual satisfaction of partners, urinary symptoms, and pelvic floor muscle strength in women with overactive bladder: a randomized controlled study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022;19(9):1421-1430.
211. Fu Y, Nelson E.A, McGowan L. An evidence-based self-management guide for older women with urinary incontinence: a feasibility study. In *Abstracts of the 19th Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 2019;20(1):43.
212. Park S, Yeoum S, Kim Y, Kwon H.J. Self-management experiences of older Korean women with urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2017;44(6):572-577.
213. Moradinasab S, Iravani M, Mousavi P, Cheraghian B, Molavi S. Effect of cognitive-behavioral therapy on sexual self-esteem and sexual function of

reproductive-aged women suffering from urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2023;1-11.

214. Ferreira CHJ, Dwyer P.L, Davidson M, Souza A.D, Ugarte J.A. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015;26(12):1735–50
215. Sacomori C, Cardoso F.L. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis. *The journal of sexual medicine*. 2015;12(3):746-755.
216. Fitz F, Sartori M, Girão MJ, Castro R. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms-A prospective study. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2017;63:1032–1038. doi:10.1590/1806-9282.63.12.1032.

8. EKLER

EK 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Soru Formu

	1. Bölüm: Bireysel Özellikler				
1.	Yaşınızı belirtiniz.				
2.	Boy ve kilonuz nedir? Boy:..... Kilo:.....Beden Kitle İndeksi:.....				
	2. Bölüm: Sosyo-Kültürel Özellikler				
3.	Eğitim düzeyinizi belirtiniz. a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite ve üzeri				
4.	Medeni durumunuzu belirtiniz. a) Evli b) Bekar				
5.	Sağlık güvencesine sahip olma durumunuzu belirtiniz. a) Var b) Yok				
6.	Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1.Gelirim giderimden fazla 2.Gelirim giderimi karşılıyor 3.Gelirim giderimden az				
7.	Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? a) Evet (Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır				
	3. Bölüm: Obstetrik Özellikler				
8.	Hiç gebe kaldınız mı? a) Evet (Kaç kez gebe kaldınız ?.....) b) Hayır (4. Bölüme geçiniz)				
9.	Kaç kez doğum yaptınız?				
10.	İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?				
11.	Daha önce geçirmiş olduğunuz gebeliklere ilişkin aşağıda verilen tabloyu doldurunuz.				
	Gebelik sayısı	Doğum şekli (Vajinal doğum/Sezaryen ile doğum)	Suni sancı uygulama (Evet/Hayır)	Vajinal dikiş atılma durumu (Evet/Hayır)	Bebeğin doğum kilosu
	1.Gebelik				
	2.Gebelik				
	3.Gebelik				
	4.Gebelik				
	Diğer (Lütfen belirtiniz.....)				

	4. Bölüm: İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Cinsel Yaşama İlişkin Özellikler
12.	İdrar yolu enfeksiyonu (iltihabı) geçirdiniz mi? a) Evet b) Hayır (16. soruya geçiniz)
13.	İdrar yolu enfeksiyonuna yönelik herhangi bir tedavi aldınız mı? a) Evet b) Hayır
14.	Tedaviden sonra idrar yolu enfeksiyonu sorunu tekrarladı mı? a) Evet b) Hayır
15.	Cinsel olarak aktif misiniz? a) Evet b) Hayır
16.	Cinsel ilişki sıklığınızı belirtiniz. a) Haftada 1-2 b) Haftada 2 den fazla c) Ayda 1-3 kez d) Ayda 1 ve daha az e)Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
17.	Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
18.	Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma sorununuz ile nasıl baş ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a) Herhangi bir yöntem kullanmama b) Cinsel ilişkiyi erteleme c) Cinsel ilişki öncesi mesaneyi boşaltma d) Eş/partner ile endişeleri konuşma e) Eş/partner ile ihtiyaçları konuşma f) Yatak koruyucu kullanma g) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
	5. Bölüm: Üriner İnkontinansla İlişkili Özellikler
19.	İdrar kaçırma sorunu yaşıyor musunuz? a) Evet a) Hayır
20.	Ne kadar süredir idrar kaçırma sorunu yaşıyorsunuz? (.....ay/.....yıl)
21.	İdrar kaçırmanıza neden olan durum/durumlar var mı? a) Evet b) Hayır (23. soruya geçiniz)
22.	İdrar kaçırma sorunuza aşağıda belirtilen durumlardan hangisi/hangileri neden oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz). a) Doğum b) Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme

	<p>c) Kabızlık d) Kronik hastalığa sahip olma e) Gebelik f) Jinekolojik cerrahi geçirme g) Tuvalete gitmeyi erteleme h) Kilo alma i) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)</p>
23.	<p>İdrar kaçırmayı önlemeye yönelik hangi önlemleri alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).</p> <p>a) Ped kullanıyorum (günde...../haftada.....) b) Tuvalete sık gidiyorum c) Sıvı alımını kısıtlıyorum d) Kegel egzersizi yapıyorum e) Kahve tüketimini azaltıyorum f) Ağır eşya kaldırmıyorum g) Tuvalete yakın oturuyorum h) Çok gülmekten kaçınıyorum i) Önlem almıyorum j) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)</p>
24.	<p>İdrar kaçırmaya sorunuza bağlı olarak yaşadığınız sorun var mı?</p> <p>a) Var b) Yok (18. soruya geçiniz)</p>
25.	<p>İdrar kaçırmaya sorunuza bağlı olarak yaşadığınız sorun/sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).</p> <p>a) Kusurlu, eksik ve huzursuz hissediyorum b) Kötü kokma korkusu yaşıyorum c) Cinsel istek ve uyarılmada azalma yaşıyorum d) Ped kullanmak zorunda kalıyorum e) Evden çıkmak istemiyorum f) Dışlanmış hissediyorum g) Kıyafet seçimimi sınırlıyorum h) Herhangi bir sorun yaşamıyorum i) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)</p>
26.	<p>İdrar kaçırmaya sorunuyla ilgili ne hissediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).</p> <p>a) Üzüntü duyuyorum b) Gergin hissediyorum c) Öfke-kızgınlık duyuyorum d) Utanç duyuyorum e) Suçluluk hissediyorum f) Endişe duyuyorum g) Huzursuzluk-rahatsızlık duyuyorum h) Şaşkın hissediyorum i) Yaşlanmış hissediyorum j) Hiçbir şey hissetmiyorum k) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)</p>

27.	İdrar kaçırma şikayetiyle daha önce doktora ya da sağlık kurumuna başvurduunuz mu? a) Evet (ne zaman başvurduunuz?...../ne önerildi?.....) (21. soruya geçiniz). b) Hayır
28.	Başvurmadıysanız sebebini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz). a) Sorunun normal olduğunu düşündüm b) Gerek duymadım c) Vakit bulamadım d) İhmal ettim e) Pandemi nedeniyle hastaneye gitmek istemedim f) Mahremiyet nedeniyle çekindim g) Tedaviden korktum h) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

EK 2. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)

	Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA'yı düşünerek yanıtlamanızı rica ediyoruz.
1.	Lütfen doğum tarihinizi yazınız: GÜN/AY/YIL (...../...../.....)
2.	Cinsiyetiniz? a) Kadın b) Erkek
3.	Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz? a) Hiçbir zaman (0) b) Haftada bir veya daha seyrek gibi (1) c) Haftada iki veya üç kez (2) d) Günde bir kez gibi (3) e) Günde birkaç kez (4) f) Her zaman (5)
4.	Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın) a) Hiç (0) b) Az miktarda (2) c) Orta derecede (4) d) Çok miktarda (6)
5.	Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (hiçbir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir şekilde Çok fazla
6.	Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz.) a) Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum b) Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum (sıkışıklık hissi ile birlikte) c) Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum d) Uyurken kaçıyorum e) Hareket halinde iken (eğilmek, uzanmak) ya da spor yaparken kaçıyorum f) İşmeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum g) Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum h) Her zaman kaçıyorum i) Diğer.....

EK 3. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)

Tarih:...../...../.....			
A		B	
Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?		Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?	
a) Ayda bir kezden az (1)		a) Birkaç damla (1)	
b) Ayda birkaç kez (2)		b) Küçük lekeler (2)	
c) Haftada birkaç kez (3)		c) Daha fazla (3)	
d) Her gün veya her gece (4)			
İnkontinans Şiddet İndeks Skoru: (Puan A) X (Puan B)			
1-2 puan: Hafif	3-6 puan: Orta	8-9 puan: Şiddetli	10-12 puan: Çok şiddetli
Hastanın Skoru:			

EK 4. CONSORT 2017 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/Başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	-
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (özgül kılavuz için, bakımizözetler için CONSORT)	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir.
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-6
	2b	Özgül amaçlar veya hipotezler	6
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dahil	50
	3b	Çalışma başlandıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	-
	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	50
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	50
Katılımcılar	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dahil	62-67
	5a	Müdahalelerin farklı bileşenlerinin tanımı ve uygulanabilir olduğunda, müdahaleleri bireysel katılımcılara uyarlamak için prosedürün açıklaması.	-
Girişimler	5b	Müdahalelerin standardize edilip edilmediğine ve nasıl standardize edildiğine ilişkin ayrıntılar.	57-59, 66-67
	5c	Bakım sağlayıcıların protokole bağlılığının değerlendirilip değerlendirilmediğine veya nasıl geliştirildiğine ilişkin ayrıntılar	-
	5d	Katılımcıların müdahalelere bağlılığının değerlendirilip değerlendirilmediğine veya nasıl geliştirildiğine dair ayrıntılar	57-59, 66-67
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	90-118
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	50
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	-
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	50
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	50
Ayrımayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rasgele ayırma dizisi sağladıkakullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	50
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	50

Körlemler	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl karşılaştırıldı	50
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
	11c	Körleştirme mümkün değilse, sınırlandırma girişimlerinin açıklaması ön yargı	78
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	79
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	79
Bulgular			
Katılımcı akışı (birdiyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	50
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	50,76
	13c	Her grup için, randomizasyon ile müdahalenin başlatılması arasındaki gecikme	
	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	52, 66
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	-
	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	91,93,96
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	75
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	50, 91-121
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	-
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dahil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	-
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özgül kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız)	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları, beklenmeyen durum ve diğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	78
Genellenebilirlik	21	Çalışma bulgularının genellenebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	137-141
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	137-141
Diğer bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası	-
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	-
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

EK 5. Tabakalı Blok Randomizasyon Listesi

Üriner İnkontinansın Şiddeti	
Hafif	Orta
1. A	1. B
2. A	2. A
3. B	3. B
4. B	4. A
5. A	5. A
6. B	6. B
7. A	7. B
8. B	8. A
9. A	9. A
10. B	10. A
11. B	11. B
12. A	12. B
13. B	13. B
14. A	14. A
15. B	15. B
16. A	16. A
	17. A
	18. A
	19. B
	20. B
	21. B
	22. A
	23. A
	24. B
	25. B
	26. A
	27. A
	28. B
	29. A
	30. B

A: Müdahale grubuna atanacaktır.

B: Kontrol grubuna atanacaktır.

EK 6. Pender'in Sağlığı Gelistirme Modeline Dayalı Bilgi Formu

<i>1. Bölüm: İdrar Kaçırmayı Etkileyebilecek Bazı Davranışlar, Alışkanlıklar ve Bireysel Özellikler</i>													
1. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet,.....adet/gün, Ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (.....ay/yıl) b) Hayır (2. soruya geçiniz) c) Bıraktım (Ne zaman bıraktınız?.....ay/yıl önce)													
2. Boy: Kilo:..... BKİ:.....													
3. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet,.....kadeh/günde, Ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (.....ay/yıl) b) Hayır													
4. Kafein içeren içeceklerin ve asitli içeceklerin tüketimi ile ilgili aşağıdaki tabloyu doldurunuz.													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tüketme durumu (Tüketiyorum/Tüketmiyorum)</th> <th>Tüketim miktarı (gün/hafta)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kahve</td> <td></td> <td>.....kahve fincanı (gün/hafta)</td> </tr> <tr> <td>Çay</td> <td></td> <td>.....çay bardağı (gün/hafta)</td> </tr> <tr> <td>Asitli içecekler</td> <td></td> <td>.....su bardağı (gün/hafta)</td> </tr> </tbody> </table>		Tüketme durumu (Tüketiyorum/Tüketmiyorum)	Tüketim miktarı (gün/hafta)	Kahve	kahve fincanı (gün/hafta)	Çay	çay bardağı (gün/hafta)	Asitli içecekler	su bardağı (gün/hafta)
	Tüketme durumu (Tüketiyorum/Tüketmiyorum)	Tüketim miktarı (gün/hafta)											
Kahve	kahve fincanı (gün/hafta)											
Çay	çay bardağı (gün/hafta)											
Asitli içecekler	su bardağı (gün/hafta)											
5. Günlük içilen su miktarı?.....bardak (su bardağı/200ml).													
6. Kabızlık sorunu yaşıyor musunuz? a) Evet b) Hayır (7. soruya geçiniz)													
7. Ne kadar sıklıkla kabızlık sorunu yaşıyorsunuz? a) Nadiren b) Ara sıra c) Çoğunlukla d) Her zaman e) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)													
8. Egzersiz yapıyor musunuz? a) Evet (Ne sıklıkta egzersiz yapıyorsunuz? (.....kez/haftada) (Bir seferde ne kadar süre egzersiz yapıyorsunuz?dk.) b) Hayır													
<i>2. Bölüm: İdrar Kaçırma ile Baş Etme Özellikleri</i>													
9. İdrar kaçırma sorunuz için destek almayı tercih eder misiniz? a) Evet b) Hayır													
10. İdrar kaçırma sorunuz için kimden/kimlerden destek alırsınız? a) Eşimden destek alırım b) Sağlık personeli destek alırım c) Ailemden destek alırım d) Komşularımdan destek alırım e) Arkadaşlarımdan destek alırım f) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)													
11. İdrar kaçırma sorunuz ile baş etme konusunda ne kadar eminsiniz? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kararsızım Çok Eminim													
12. İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede engelleriniz nelerdir? a) Baş etme yöntemlerini bilmiyor olmam b) Üriner inkontinansa ilişkin yetersiz bilgi sahibi olmam c) Desteğin olmaması d) Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak için zaman ayıramamam e) Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini düzenli ve sürekli olarak uygulayamamam f) Herhangi bir engelim yok g) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)													
13. İdrar kaçırma davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağından ne kadar eminsiniz? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Kararsızım Çok Eminim													

EK 7. Benlik Saygısı Alt Ölçeği (BSAÖ)

1.	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
2.	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
3.	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
4.	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
5.	Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
6.	Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
7.	Genel olarak kendimden memnunum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
8.	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
9.	Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış
10.	Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	a) Çok doğru	b) Doğru	c) Yanlış	d) Çok yanlış

EK 8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)-Kadın Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “çoğu zaman”, “her zaman”, şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenilen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanız. Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun son zamanlarda ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin karşısındaki kutunun içine (X) işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.

Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız. Sorulara vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1.	Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?					
2.	Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlandığını sorar mısınız?					
3.	Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet dönemleri, hastalık gibi nedenler dışında)					
4.	Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?					
5.	Sizce, sizin ve esinizin ön sevişmeye (öpme okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?					
6.	Kendi cinsel organınızın, esinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
7.	Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?					
8.	Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					
9.	Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alır mısınız?					
10.	Esinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz?					
11.	Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?					
12.	Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan zevk alır mısınız?					
13.	Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz?					
14.	Sizin için doyuma (orgazm) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?					
15.	Haftada iki defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?					
16.	Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?					
17.	Eşinizin cinsel organı sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?					
18.	Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkat eksik olduğunu hisseder misiniz?					

19.	Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?					
20.	Eşinizin, sevişmeyi reddettiği olur mu?					
21.	Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?					
22.	Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?					
23.	Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?					
24.	Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organınızın derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?					
25.	Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?					
26.	Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?					
27.	Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?					
28.	Cinsel birleşme anında doyuma ulaşır mısınız?					

EK 9. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

1.	Zamanında tuvalete yetişememe endişesi duyuyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
2.	Öksürürken ve hapsirirken endişeleniyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
3.	Oturduktan sonra ayağa kalkarken dikkatli olmam gerekiyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
4.	İlk kez gittiğim yerlerde, tuvaletlerin nerede olduğu ile ilgili endişe yaşıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
5.	Kendimi bunalımda (depresif) hissediyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
6.	Kendimi evimden uzun süre ayrılabilir kadar özgür hissetmiyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
7.	İdrar kaçırma sorunum yapmak istediklerimi engellediği için, hayal kırıklığı yaşıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
8.	Başkaları bende idrar kokusu alacak diye endişe yaşıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
9.	İdrar kaçırma sorunum sürekli kafamı meşgul ediyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
10.	Tuvalete sık gidip gelmek benim için gereklidir. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
11.	İdrar kaçırmamdan dolayı her ayrıntıyı önceden planlamam gerekiyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
12.	Yaşlandıkça idrar kaçırma sorunum, daha da kötüleşmesinden endişe duyuyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
13.	Geceleri iyi uyumakta zorluk çekiyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
14.	İdrar kaçırmamdan dolayı utanma ya da küçük düşme endişesi yaşıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
15.	İdrar kaçırma sorunum bana sağlıklı bir insan olmadığımı hissettiğimi veriyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
16.	İdrar kaçırma sorunum benim kendimi çaresiz hissetmeme yol açıyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
17.	İdrar kaçırma sorunumdan dolayı, hayattan daha az zevk alıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
18.	Altımı ıslatacağım diye endişe yaşıyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
19.	İdrar kesemi kontrol edemiyordum gibi hissediyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
20.	İçtiklerimi takip etmek zorundayım. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
21.	İdrar kaçırma sorunum giysi seçimimi sınırlıyor. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç
22.	Cinsel ilişkiye girmekten endişe duyuyorum. a) Çok fazla b) Oldukça c) Orta düzeyde d) Biraz e) Hiç

EK 10. Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ)

Aşağıdaki her bir maddeyi dikkatli okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak size uygun olan seçeneği işaretleyiniz						
		Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1.	Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim					
2.	Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır					
3.	Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapana kadar devam ederim					
4.	Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım					
5.	İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim					
6.	Zorluklarla karşılaşmaktan çekinirim					
7.	Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem					
8.	Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim					
9.	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim					
10.	Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.					
11.	Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam					
12.	Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler için çaba göstermekten kaçınırım					
13.	Başarısızlık beni daha çok teşvik eder					
14.	Bir şeyle yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem					
15.	Ben kendime güvenen bir insanım					
16.	Kolaylıkla vazgeçerim					
17.	Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam					
18.	Yeni arkadaş edinmek benim için zordur					
19.	Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim					
20.	Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim					
21.	Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem					
22.	Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem					
23.	Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım					

**EK 11. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı-
Eğitim Modülleri**



**PENDER'İN SAğLIğI GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI
EğİTİM PROGRAMI**

Hazırlayan
Arş. Gör. Esra BAŞKAYA

Danışman
Doç. Dr. Gülten KOÇ

ANKARA

2021

PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI EĞİTİM PROGRAMI

İÇİNDEKİLER	SAYFA NO
1. KADIN İDRAR YOLLARI VE ÜREME SİSTEMİNDE YER ALAN ORGANLAR VE İŞLEVLERİ, İDRAR KAÇIRMA SORUNU VE SORUNA İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ	7-15
2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE İDRAR KAÇIRMANIN ÖNLENMESİ, İDRAR KAÇIRMAYA BAĞLI GÖRÜLEBİLECEK SORUNLAR	16-25
3. İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ VE BAŞ ETME ÖNERİLERİ	26-52

PROGRAMIN AMACI

Eğitim programı, kadınların idrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin farkındalıklarının artırılması ve davranış değişiklikleri kazandırılması amacıyla hazırlanmıştır.

PROGRAMIN HEDEFLERİ

Eğitim programına katılan kadınlar;

- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların isimlerini sayabilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların işlevlerini sayabilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların anatomik yerini söyleyebilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sistemi arasındaki bağlantıyı açıklayabilecek,

- Pelvik taban kaslarının idrar kaçırmanın kontrolündeki önemini söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmanın tanımını yapabilecek,
- İdrar kaçırmanın risk faktörlerinden beşini sayabilecek,
- İdrar kaçırmaya ilişkin risk faktörlerinden kendisinde bulunanları söyleyebilecek,
- Sağlığın ve sağlığın geliştirilmesinin önemini açıklayabilecek,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına beş örnek verebilecek,
- İdrar kaçırmanın önlenmesinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı görülen sorunları söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı kendisinde gördüğü sorunları söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden kendi uygulayabileceklerini söyleyebilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede kafein alımının azaltılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede diyetin düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede sigaranın bırakılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede düzenli egzersiz için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,

- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmede barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- Günlük yaşamda idrar kaçırma sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,
- İş yerinde idrar kaçırma sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile baş etmeye yönelik kimlerden destek alacağını söyleyebilecek,
- Her bir oturumun sonunda verilen değerlendirme sorularının en az yarısına doğru cevap verebilecektir.

MODÜL

1

KADIN İDRAR YOLLARI VE ÜREME SİSTEMİNDE YER ALAN ORGANLAR VE İŞLEVLERİ, İDRAR KAÇIRMA SORUNU VE SORUNA İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ

OTURUMUN KONUSU

KADIN İDRAR YOLLARI VE ÜREME SİSTEMİNDE YER ALAN ORGANLAR VE İŞLEVLERİ, İDRAR KAÇIRMA SORUNU VE SORUNA İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİ

OTURUM ÖZETİ

- Tanışma ve beklentilerin paylaşılması,
- Ölçeklerin tanıtılması ve katılımcılar tarafından doldurulması,
- Katılımcılara “İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nın dağıtılması,
- Oturumda anlatılacak konu başlıklarının açıklanması,
- İdrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların açıklanması,
- İdrar yolları ve üreme sisteminde yer alan her bir organın işlevinin anlatılması,
- İdrar yolları sistemi ile üreme sistemi arasındaki bağlantının açıklanması,
- Pelvik taban kaslarının görevlerinin ve idrar kaçırmanın kontrolündeki öneminin anlatılması,
- İdrar kaçırmanın tanımının yapılması,
- İdrar kaçırma tiplerinin örnekler verilerek anlatılması,
- İdrar kaçırma sorununa ilişkin risk faktörlerinin balık kılçığı tekniğiyle belirlenmesi,
- Konunun özetlenmesi ve anlaşılmayan noktaların sorulması,
- Değerlendirme sorularının cevaplanması ve oturumun değerlendirilmesi.

AMAÇ

Kadın idrar yolları ve üreme sisteminin yapısı ve sistemde yer alan organların işlevleri, idrar kaçırma sorunu ve soruna ilişkin risk faktörleri konularında katılımcılara bilgi kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Katılımcılar oturumun sonunda;

- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların isimlerini sayabilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların işlevlerini sayabilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sisteminde yer alan organların anatomik yerini söyleyebilecek,
- Kadın idrar yolları ve üreme sistemi arasındaki bağlantıyı açıklayabilecek,
- Pelvik taban kaslarının idrar kaçırmanın kontrolündeki önemini söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmanın tanımını yapabilecek,
- İdrar kaçırmanın risk faktörlerinden beşini sayabilecek,
- İdrar kaçırmaya ilişkin risk faktörlerinden kendisinde bulunanları söyleyebilecek,
- Değerlendirme sorularının en az yarısını doğru cevaplayabilecektir.

ÖĞRENME VE ÖĞRETME TEKNİKLERİ

- Düz anlatım,
- Tartışma,
- Beyin Fırtınası,
- Soru-Cevap,
- Balık Kılçığı Tekniği,
- Slayt Gösterisi.

ARAÇ-GEREÇLER

- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı,
- Bilgisayar,
- Projeksiyon,
- Power Point Sunusu,
- Yazı Tahtası,
- Tahta Kalem.

SÜRE: 45 dk.

MODÜL

2

SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE İDRAR KAÇIRMANIN ÖNLENMESİ, İDRAR KAÇIRMAYA BAĞLI GÖRÜLEBİLECEK SORUNLAR

OTURUMUN KONUSU

SAĞLIĞI GELİŞTİRME VE İDRAR KAÇIRMANIN ÖNLENMESİ, İDRAR KAÇIRMAYA BAĞLI GÖRÜLEBİLECEK SORUNLAR

OTURUM ÖZETİ

- Oturumda anlatılacak konu başlıklarının açıklanması,
- Sağlık ve sağlığı geliştirme kavramının açıklanması,
- Sağlığın ve sağlığı geliştirmenin öneminin anlatılması,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının açıklanması,
- İdrar kaçırmanın önlenmesi ve önlenmesinin öneminin anlatılması,
- Video gösterimi (Etkinlik I) yapılması,
- İdrar kaçırmaya bağlı kadınlarda yaşanan sorunların tartışılması,
- Renkli kart oyunu (Etkinlik II) oynanması,
- Konunun özetlenmesi ve anlaşılmayan noktaların sorulması,
- Değerlendirme sorularının cevaplanması ve oturumun değerlendirilmesi.

AMAÇ

Sağlığı geliştirme, idrar kaçırmanın önlenmesi ve idrar kaçırmaya bağlı görülebilecek sorunlar konusunda katılımcılara bilgi kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Katılımcılar oturumun sonunda;

- Sağlığın ve sağlığın geliştirilmesinin önemini açıklayabilecek,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına beş örnek verebilecek,
- İdrar kaçırmanın önlenmesinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı görülen sorunları söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı kendisinde gördüğü sorunları söyleyebilecek,
- Değerlendirme sorularından en az ikisine doğru cevap verebilecek.

ÖĞRENME VE ÖĞRETME TEKNİKLERİ

- Düz Anlatım,
- Tartışma,
- Beyin Fırtınası,
- Soru-Cevap,
- Slayt Gösterisi.

ARAÇ-GEREÇLER

- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı,
- Bilgisayar,
- Projeksiyon,
- Power Point Sunusu,
- Video (Bir yolu var istersen),
- Renkli Kartlar,
- Yazı Tahtası,
- Tahta Kalem.

SÜRE: 45 dk.

MODÜL

3

İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

OTURUMUN KONUSU

İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

OTURUM ÖZETİ

- Oturumda anlatılacak konu başlıklarının açıklanması,
- Renkli kart oyunu (Etkinlik III) oynanması,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ve öneminin anlatılması,
- İdrar kaçırmanın önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden “kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi”, “sıvı alımının düzenlenmesi”, “kafein tüketiminin azaltılması”, “diyetin düzenlenmesi”nin anlatılması,
- Konunun özetlenmesi ve anlaşılmayan noktaların sorulması,
- Değerlendirme sorularının cevaplanması ve oturumun değerlendirilmesi.

AMAÇ

İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda katılımcılara bilgi, tutum ve davranış kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Katılımcılar oturumun sonunda;

- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden kendi uygulayabileceklerini söyleyebilecek,

- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede kafein alımının azaltılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede diyetin düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- Değerlendirme sorularından en az ikisine doğru cevap verecek.

ÖĞRENME VE ÖĞRETME TEKNİKLERİ

- Düz Anlatım,
- Tartışma,
- Beyin Fırtınası,
- Soru-Cevap,
- Slayt Gösterisi.

ARAÇ-GEREÇLER

- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı,
- Bilgisayar,
- Projeksiyon,
- Power Point Sunusu,
- Renkli kartlar,
- Yazı Tahtası,
- Tahta Kalem

SÜRE: 45 dk.

MODÜL

4

İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ (DEVAM) VE BAŞETME ÖNERİLERİ

OTURUMUN KONUSU

İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ (DEVAM) VE BAŞETME ÖNERİLERİ

OTURUM ÖZETİ

- Oturumda anlatılacak konu başlıklarının açıklanması,
- İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden “sigaranın bırakılması”, “pelvik taban kaslarının aşırı gerilmesine neden olan ağır aktivitelerin kısıtlanması/fiziksel aktivite düzeyinin düzenlenmesi” ve “barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi”nin anlatılması,
- Günlük yaşamda idrar kaçırma sorunu ile başetme önerilerinin verilmesi,
- İş yerinde idrar kaçırma sorunu ile başetme önerilerinin verilmesi,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede kimlerden destek alınabileceğinin belirtilmesi,
- Konunun özetlenmesi ve anlaşılmayan noktaların sorulması,
- Değerlendirme sorularının cevaplanması ve oturumun değerlendirilmesi.

AMAÇ

İdrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ve idrar kaçırma sorunu ile başetme önerileri konularında katılımcılara bilgi, tutum ve davranış kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Katılımcılar oturumun sonunda;

- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede sigaranın bırakılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede düzenli egzersiz için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,

- İdrar kaçırma sorunu ile başetmede barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- Günlük yaşamda idrar kaçırma sorunu ile başetmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,
- İş yerinde idrar kaçırma sorunu ile başetmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,
- İdrar kaçırma sorunu ile başetmeye yönelik kimlerden destek alacağını söyleyebilecek.
- Değerlendirme sorularından en az ikisine doğru cevap verecek.

ÖĞRENME VE ÖĞRETME TEKNİKLERİ

- Düz Anlatım,
- Tartışma,
- Beyin Fırtınası,
- Soru-Cevap,
- Slayt Gösterisi.

ARAÇ-GEREÇLER

- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı,
- Bilgisayar,
- Projeksiyon,
- Power Point Sunusu,
- Yazı Tahtası,
- Tahta Kalem

SÜRE: 45 dk.

**EK 12. İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış
ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**



**İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE
İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE
YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ EL KİTABI**

Arş. Gör. Esra BAŞKAYA

Doç. Dr. Gülten KOÇ

ANKARA

2021

ÖNSÖZ

Değerli Kadınlar,

İdrar kaçırma, kontrol edilemeyen ve istemsiz olarak idrar tutamamadır. İdrar kaçırma yaşam konforunu bozan ve rahatsızlık veren bir durumdur. Bu nedenle idrar kaçırmayı önlemek ve sorunların ilerlemesine engel olmak için bazı davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmanız gerekmektedir.

Bu eğitim kitapçığı, idrar kaçırmayı önlemeye yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliği uygulamaları konusunda sizlere yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığının sizlere rehber olması ve yarar sağlaması dileğiyle.

Sağlık, mutluluk ve huzur dolu günler dileriz.

Doç. Dr. Gülten KOÇ

Arş. Gör. Esra BAŞKAYA

İletişim Bilgileri:

Doç. Dr. Gülten KOÇ; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı,

Adres: Adnan Saygun Caddesi D-Blokları 1. Kat 06100-Samanpazarı / ANKARA

E-posta:

Telefon:

Arş. Gör. Esra BAŞKAYA; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Adres:

E-posta:

Telefon:

EĞİTİM KİTAPÇIĞIN AMACI

Bu eğitim kitapçığı, idrar kaçırmanın gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda sizlere bilgi vermek ve farkındalığınızı artırmak amacıyla hazırlanmıştır.

EĞİTİM KİTAPÇIĞIN HEDEFLERİ

Kadınlar;

- Kadın üreme sistemi ve idrar yolları sisteminde yer alan organların isimlerini sayabilecek,
- Kadın üreme sistemi ve idrar yolları sisteminde yer alan organların işlevlerini sayabilecek,
- Kadın üreme sistemi ve idrar yolları sisteminde yer alan organların anatomik yerini söyleyebilecek,
- Kadın idrar yolları sistemi ile üreme sistemi arasındaki bağlantıyı açıklayabilecek,
- Pelvik kasların idrar kaçırmanın kontrolündeki önemini söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmanın tanımını yapabilecek,
- İdrar kaçırmanın risk faktörlerinden beşini sayabilecek,
- İdrar kaçırmaya ilişkin risk faktörlerinden kendisinde bulunanları söyleyebilecek,
- Sağlığın ve sağlığın geliştirilmesinin önemini açıklayabilecek,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına beş örnek verebilecek,
- İdrar kaçırmanın önlenmesinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı görülen sorunları söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmaya bağlı kendisinde gördüğü sorunları söyleyebilecek,

- İdrar kaçırmının gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini açıklayabilecek,
- İdrar kaçırmının gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmının gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden kendi uygulayabileceklerini söyleyebilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede sıvı alımının düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede kafein alımının azaltılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede diyetin düzenlenmesine ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede sigaranın bırakılmasına ilişkin yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede düzenli egzersiz için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- İdrar kaçırmı sorunu ile baş etmede barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi için yapılması gereken yaşam tarzı değişikliklerini sayabilecek,
- Günlük yaşamda idrar kaçırmı sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,
- İş yerinde idrar kaçırmı sorunu ile baş etmeye ilişkin önerilere üç örnek verebilecek,

EK 13. ATEŞMAN Türkçe Okunabilirlik İndeksi

Türkçe Okunabilirlik İndeksi



2362 sözcük, 19857 karakter. Okunabilirlik düzeyi: Şu grup tarafından kolayca anlaşılabilir: 7-8. sınıf öğrencisi

Ölçmek istediğiniz metni aşağıdaki kutuya giriniz veya yapıştırınız.

Diyetin düzenlenmesi idrar kaçırma sorununu

önlemekte veya azaltmaktadır.

- Lifli gıdalardan (tahıl, kepek ekmeği, meyve ve sebze) zengin besleniniz,
- Baharatlı yiyeceklerin (domates suyu, salça, ketçap, pizza, acı biber) tüketiminden kaçınınız,
- Antioksidan içeren C ve E vitaminlerinden zengin asitli besinleri (portakal, limon, ananas ve greyfurt) dikkatli tüketiniz,
- Karbonatlı içecekler ve süt ürünlerini (süt, peynir, yoğurt, dondurma) diyetinizde az miktarda alınız,
- Şeker oranı yüksek gıdaları diyetinizde az miktarda alınız,
- Meyve suyu yerine meyvenin kendini tüketiniz,
- Günde en az 6-8 bardak sıvı alınız,
- Kafeinli içecek tüketimini sınırlandırınız.

Sigarayı Bırakınız

Sigara idrar torbanızı tahriş ederek idrar kaçırmaya neden olmaktadır.

- Zararlı maddelerin vücuttan atılımı için günde en az 8 bardak su içiniz,
- Sigara içilen ortamlardan uzak durunuz,
- Arkadaşlarınız, aileniz, iş arkadaşlarınız veya diğer yakınlarınızdan motive olmanıza yardımcı olmaları için yardım isteyiniz

Sözcük İstatistikleri

Sözcük sayısı	2362
Karakter sayısı	19857
Zor sözcük sayısı	2333 (0%)
Kısa sözcük sayısı (< 5 karakter)	405 (17%)
Boşluksuz karakter sayısı	15749
Cümle sayısı	382
Paragraf sayısı	306
Ortalama sözcük uzunluğu	2.72
Ortalama cümle uzunluğu	6.2
Ateşman Okunabilirlik İndeksi	73.4
Okunabilirlik düzeyi	7.-8. sınıf

EK 14. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Evde İzlem ve Danışmanlık Yönergesi

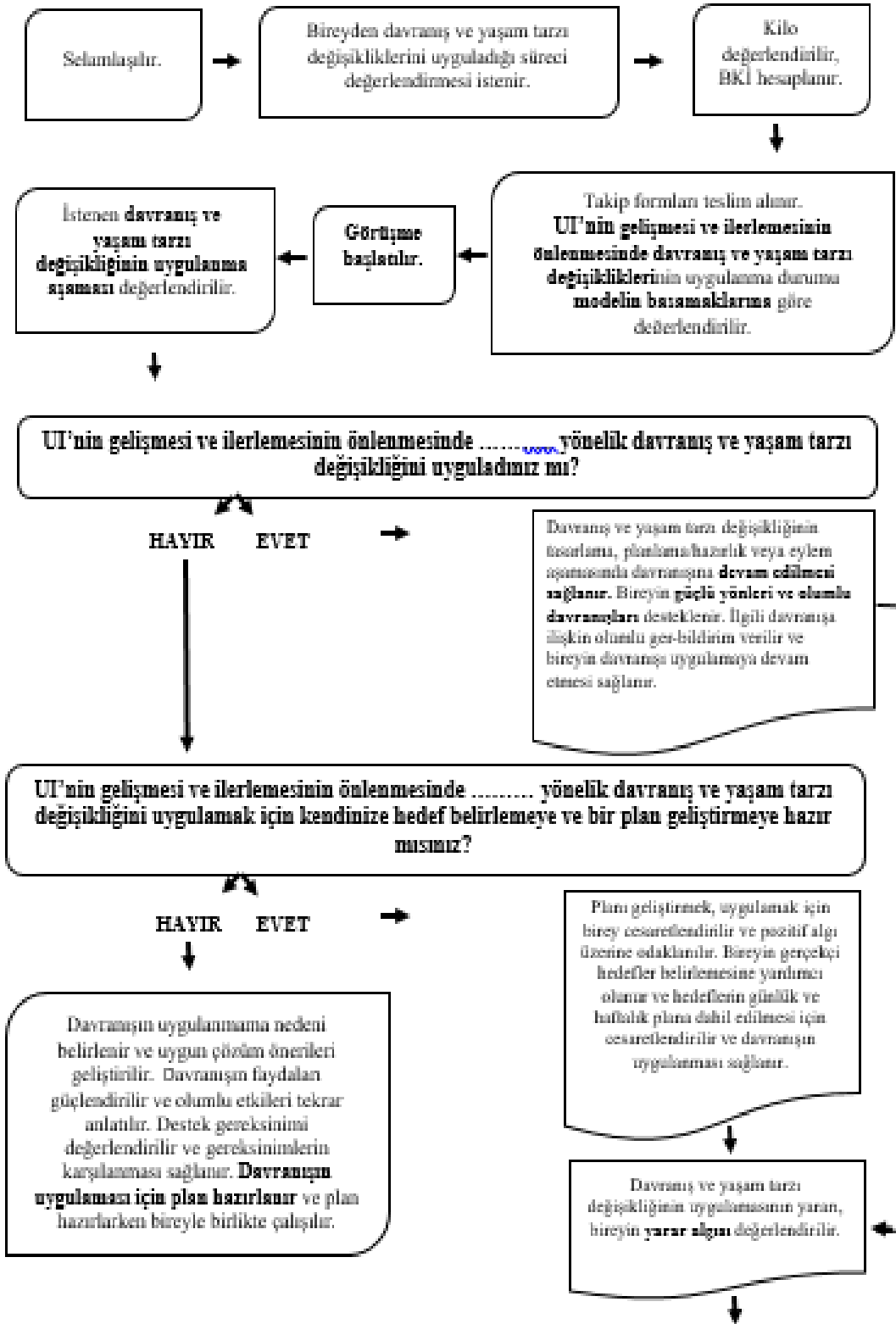
**PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI
EVDE DANIŞMANLIK VE İZLEM YÖNERGESİ**

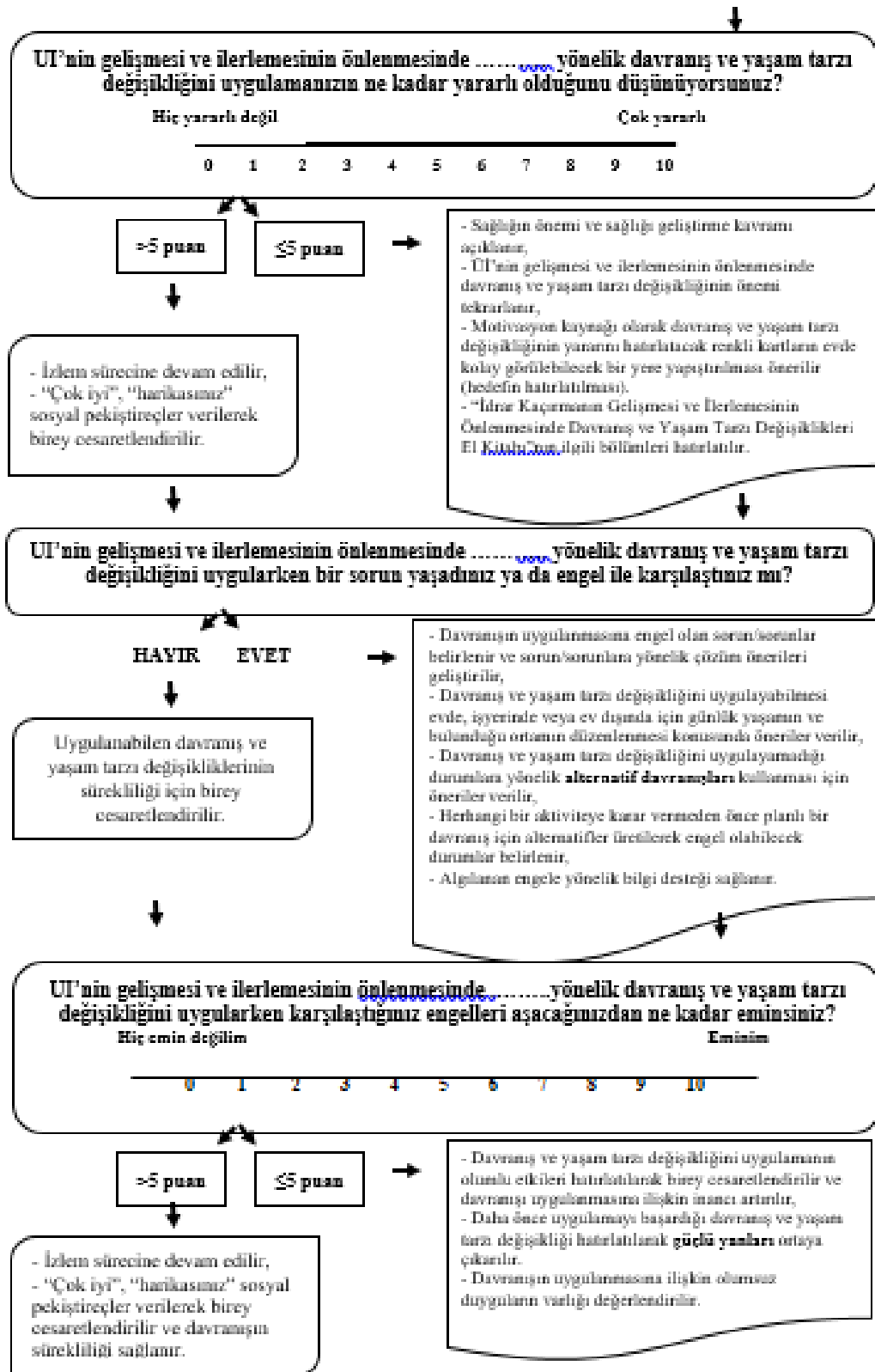
Üriner inkontinansın ilerlemesinin önlenmesi, baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve davranışların değiştirilmesi ve olumlu davranışların kazandırılması çaba gerektirmektedir. Bu nedenle kadınların eğitim programında öğrenmiş oldukları bilgileri davranışa dönüştürmeleri için evde izlem sürecine ihtiyaçları vardır.

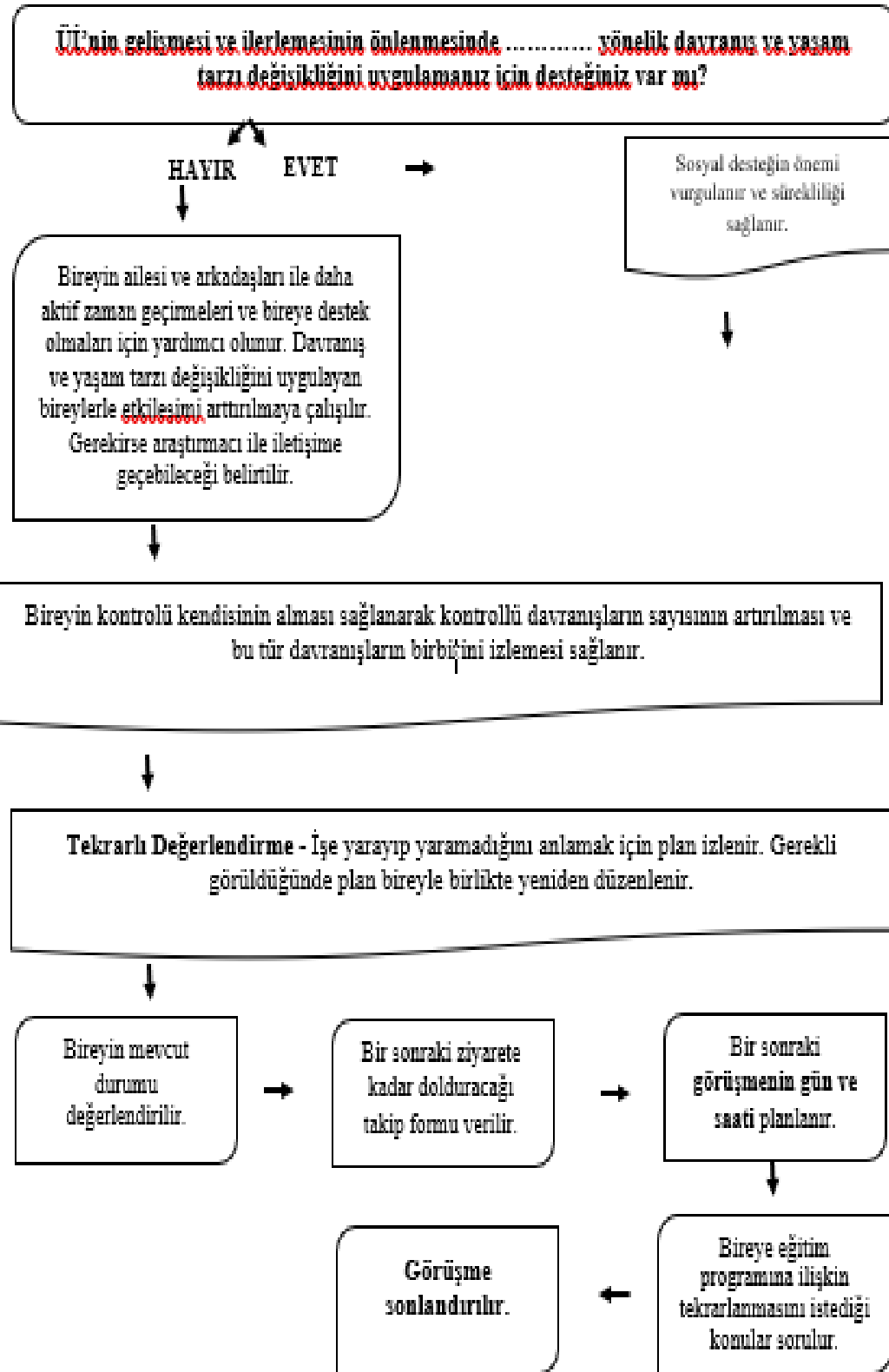
Bu ev ziyareti izlem yönergesi “Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliği Eğitim Programı”ndan sonra her bir ev ziyaretinde ve telefon görüşmelerinde kadınların Üİ'nin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını desteklemede araştırmacıya rehber olması amacıyla sağlığı geliştirme modeline dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu kapsamda izlemler Üİ'ye bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarını azaltmaya yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulama, sürdürme konusunda hatırlatıcı olma, kadınların sorularına yanıt verme ve her bir kadının gereksinimi doğrultusunda bireysel danışmanlık verilmesi şeklinde yürütülecektir.

Görüşme yönergesi davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin (kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi, sıvı alımı ve diyetin düzenlenmesi, kafein alımının azaltılması, alkol ve sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz yapılması, barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi) bir tanesi için **standart** olarak oluşturulmuştur. Belirtilen Üİ'yi önlemeye yönelik davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri her bir ev ziyaretinde **ayrı ayrı** değerlendirilecektir. 3 aylık izlem süreci boyunca **3 ev ziyareti** ve **3 telefon görüşmesi** yapılacaktır. Her bir görüşmenin süresi **ev ziyaretleri için 45 dk.** ve **telefon görüşmeleri için 15 dk.** olarak planlanmıştır.

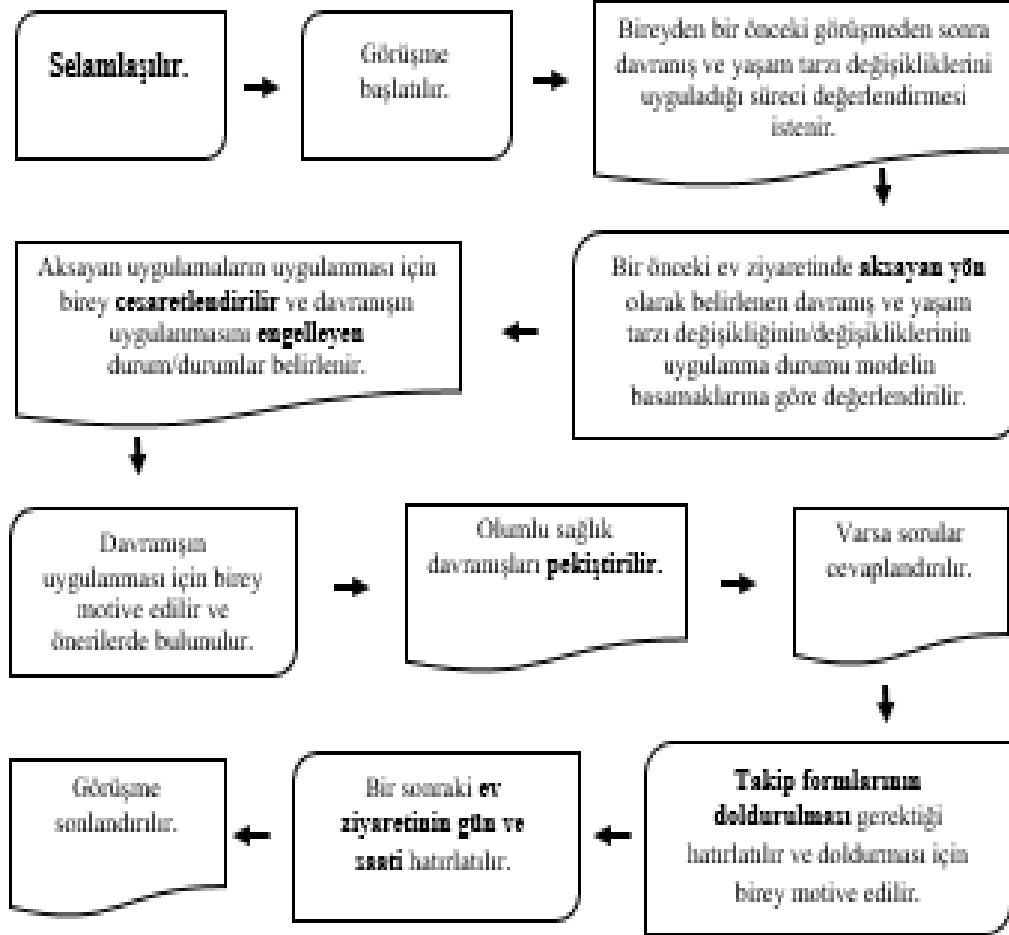
EV ZİYARETİ İÇİN İZLEM BASAMAKLARI







TELEFON GÖRÜŞMESİ İÇİN İZLEM BASAMAKLARI



EK 15. İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri Takip Kitapçığı

**İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN
ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİĞİ TAKİP KİTAPÇIĞI**

Değerli Kadımlar,

Bu takip formu, idrar kaçırmayı önlemeye yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliği uygulamaları konusunda sizlere yol göstermek amacıyla hazırlanmıştır. Takip kitapçığı her bir günü içerek şekilde yedi gün için hazırlanmıştır ve haftalık olarak doldurulacaktır. Her bir hafta için kullanacağınız kitapçık bir hafta öncesinde ya da ev ziyaretlerinde sizlere teslim edilecektir.

İdrar kaçırmayı önlemek ve/veya kontrol altına almak için yapacağınız davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini sürekli bir şekilde uygulamanız önemlidir. Takip kitapçığının sizlere rehber olması ve yarar sağlaması dileğiyle.

Sağlık, mutluluk ve huzur dolu günler dileriz.

Doç. Dr. Gülten KOÇ

Arş. Gör. Esra BAŞKAYA



İDRAR KAÇIRMANIN GELİŞMESİ VE İLERLEMESİNİN ÖNLENMESİNDE DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ TAKİP FORMU

Sorum batılmaları arasında verilen tabiri cizelerinizi lütfen günlük doldurunuz. Egzersizlerinizi düzenli olarak yapmaya çalışınız ve yapmadığınız egzersizi lütfen egzersiz çizelgesine yapınız gibi işaretlemeyiniz.



BİRİNCİ GÜN		
Gece yatmadan önce yemek yeme	a) Evet	b) Hayır
Dışarda yemek yeme	a) Evet	b) Hayır
Öğün aralarında abur-cubur yeme	a) Evet	b) Hayır
Öğün sayısı	
Alınan sıvı miktarı bardak	
Gece uyumadan dört saat önce sıvı (su, meyve suyu, ayran, kola vb) alma	a) Evet (..... bardak)	b) Hayır
Akşam saatlerinde sulu meyve/sebze tüketme	a) Evet (..... porsiyon)	b) Hayır
Uyumadan önce idrara çıkma	a) Evet	b) Hayır
Günde en az 8 bardak su içme	a) Evet (..... bardak)	b) Hayır
Lifli gıdalardan (tahıl, kepek ekmeği, meyve ve sebze) yeme	a) Evet Miktar:	b) Hayır
Sigara içme	a) Evet (..... adet)	b) Hayır
Hafif/orta düzeyde fiziksel aktivite/ egzersiz yapma	a) Evet Türü: Süre: d k.	b) Hayır
İlvik Taban Kas/Keçel Egzersizlerini Uygulama	a) Evet Set sayısı: Tekrar sayısı:	b) Hayır





BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

Besinler	Her gün	Haftada 5	Haftada 3	Haftada 1	15 günde 1	Ayda 1	Hiç	Bir seferde tüketilen miktar		Günlük miktar (g/mL)
								Porsiyon ölçüsü	g/mL	
Süt ve Ürünleri										
Süt										
Yoğurt										
Peynir										
Kefir										
Kafeinli yiyecek ve içecekler										
Kahve										
Çay										
Çikolata										
Asitli sebze ve meyveler										
Portakal										
Limon										
Greyfurt										
Ananas										
Domates										
Soğan										

İDRAR GÜNLÜĞÜ

İdrar günlüğü, idrar kaçırma ve idrar yapma kayıtlarınızı tutmanız için size rehberlik edecektir. Haftalık olarak hazırlanan günlüğü doldururken her gün için yeni bir sayfaya başlayınız. İdrar günlüğünü doldurmanızda size yol göstermesi amacıyla hazırlanan aşağıda örnek verilmiştir.

ÖRNEK								
Saat	Alınan Sıvı		İdrara çıkma	İdrar miktarı (ml)	İdrar Kaçırma		İdrar kaçırduğunuz anda ne yapıyorsunuz?	
	Sıvı türü (kahve, çay, meyve suyu, ayran, kola vb)	Miktarı (Bardak, Kupa, Kase, Fincan)			Evet/Hayır	Miktarı (1-2 damla/Orta/Çok)		Evet/Hayır
Sabah	Su Çay	1 su bardağı 2 fincan	Kaç kez?	Az/orta/çok	Evet/Hayır	Miktarı (1-2 damla/Orta/Çok)	Evet/Hayır	Koşma, uyuma, hapsirme, gülme vb.
Öğle	Çorba	1 kase	2 kez	Orta	Hayır	X	X	X
Akşam	Su Meyve Suyu	3 su bardağı 1 su bardağı	X	X	X	X	X	X
			2 kez	Çok	Evet	1-2 damla	Hayır	Oturuyordum

Günlüğü aşağıda verilen önerilere göre doldurunuz.

- Her gün belirtilen saatlerde hangi sıvı türünden (kahve, çay, meyve suyu, ayran, kola vb) ne kadar miktarda (kupa, fincan, bardak, kase vb) aldığınızı belirtiniz (oda sıcaklığında sıvı kıvamda olan her şey sıvı olarak düşünülebilir)
- Günün belirtilen saatlerinde kaç kez idrara çıktığınızı ve idrar miktarını (az, orta, çok) yazınız. İdrar miktarını belirlerken pet bardak (200 ml) kullanabilirsiniz. Bir kerede çıkarılan idrar miktarı 200 ml ve daha fazla ise idrar miktarını çok olarak belirtiniz.
- İdrar kaçırma olursa günün hangi saatinde olduğunu ve miktarını (az, 1-2 damla, çok) yazınız.
- İdrar kaçırduğunuz zaman kaçırma öncesi sıkışma hissi yaşadığınız uygun saate belirtiniz.
- İdrar kaçırduğunuz sırada ne yaptığınızı (gülme, hapsirme, oturma, koşma, ev işleri ile meşgul olma vb.)



Takip süreci emek isteyen bir süreçtir, idrar kaçırmaya devam etmeniz cesaretinizi kırmasına izin vermeyiniz. SABIRLI OLUNUZ. İdrar torbası kontrolünü geliştirmenin aşama **aşama olduğunu** düşününüz!

EK 16. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Geliştirilmesinde Kullanılması

Tablo 3.5. PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ'NİN DAVRANIŞ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİNDE KULLANILMASI

MODELİN TEMEL İLKELERİ	MODELİN ALT BOYUTUNUN AÇIKLANMASI	EĞİTİM PROGRAMINDA YAPILAN UYGULAMALAR	EVDE İZLEM SÜRECİNDE YAPILAN UYGULAMALAR
Bireysel özellikler	<ul style="list-style-type: none"> - Biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet), - Psikolojik faktörler (benlik saygısı, öz motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) - Sosyo-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence durumu, halen gelir getiren bir işte çalışma durumu) 	<p>I. Oturumda (Modül I-Kadın Ürogenital Sisteminin Anatomisi ve Fizyolojisi, İdrar Kaçırma Sorunu ve Soruna İlişkin Risk Faktörleri);</p> <p>II. Oturumda (Modül II-Sağlığı Geliştirme ve İdrar Kaçırmanın Önlenmesi, İdrar Kaçırma Bağlı Görülebilecek Sorunlar);</p> <p>-Kadınlara sağlık kavramı ve sağlık algısının ne ifade ettiğinin sunulması.</p>	<p>I. ve III. Ev zivarelerinde;</p> <p>-"Benlik Saygısı Alt Ölçeği"nde benlik saygısının değerlendirilmesi (psikolojik faktörler),</p> <p>-"Öz-etkililik/Yeterlilik Ölçeği"nde davranışsal değişimin değerlendirilmesi (psikolojik faktörler)</p> <p>Tüm Ev Zivarelerinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kilo ölçümü yapılması ve BKİ (biyolojik özellikler)'nin değerlendirilmesi.
Deneysel özellikler	<ul style="list-style-type: none"> -Geçmişteki sağlık davranışlarının sıklık, aynılık ya da benzerlik oranıdır. -Önceki davranışlara direkt şimdiki davranışlara direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumunda katkı sağlaması yönündedir. 	<p>I. Oturumda (Modül I-Kadın Ürogenital Sisteminin Anatomisi ve Fizyolojisi, İdrar Kaçırma Sorunu ve Soruna İlişkin Risk Faktörleri);</p> <p>-Katılımcılara Üİ'ye ilişkin deneyimlerinin sunulması.</p> <p>II. Oturumda (Modül II-Sağlığı Geliştirme ve İdrar Kaçırmanın Önlenmesi, İdrar Kaçırma Bağlı Görülebilecek Sorunlar);</p> <p>- Kadınlardan kendi uyguladıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını paylaşmalarının istenmesi,</p> <p>- Kadınlara Üİ'yi önlemeye ilişkin deneyimlerinin sunulması,</p> <p>- Kadınlara Üİ'yi önlemek için aldıkları önlemleri ve Üİ ile nasıl baş ettiklerinin sunulması,</p> <p>- Kadınlara Üİ'ye bağlı yaşadıkları sorunların sunulması.</p> <p>III. Oturumda (Modül III-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadınlara "kilo kontrolü/obezitenin önlenmesi", "sıvı alımının düzenlenmesi", "kafein tüketiminin azaltılması" ve "diyetin düzenlenmesi"ne yönelik daha önce uyguladıkları yöntemlerin sunulması, - Kadınlara daha önce gün içinde fazla idrara çıkılmamak için sıvı alımını kısıtlayıp, kısıtlamaadıklarının sunulması, 	<p>I. Ev zivarelerinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadına daha önce uygulamış olduğu davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri olup, olmadığının sorulması, <p>I. ve III. Ev zivarelerinde;</p> <p>-"Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu"nda katılımcıların daha önce sigara, alkol kullanımı, kafein içeren içecek/yiyeceklerin tüketimi, günlük sıvı alımı, kabızlık yaşamama durumu, egzersiz yapma durumu, rutin ilaç kullanımının değerlendirilmesi.</p> <p>Tüm Ev Zivarelerinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadına Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya ilişkin deneyimlerinin ve uyguladığı, uygulamadığı davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin sorulması, - Uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin neler olduğunun sorgulanması.

BİREYSEL ÖZELLİKLER VE DENEYİMLER

DAVRANIŞA ÖZGÜ KAVRAMLAR VE ETKİLER			
			<p>- Kadınlara günlük ne kadar kafein tükettiklerinin sorulması,</p> <p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Devam) ve Baş Etme Önerileri):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadınlara “sigaranın bırakılması”, “düzenli egzersiz yapılması” ve “barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi”ne yönelik daha önce uyguladıkları yöntemlerin sorulması, - Kadınlara düzenli egzersiz yapıp, yapmadıklarını ve hangi egzersiz türlerini yaptıklarını sorulması, - Kadınlara kabızlık sorunu yaşayıp, yaşamadıklarını ve bu sorunu nasıl baş ettiklerinin sorulması, - Kadınlara seyahat ederken Üİ ile baş edebilmek için hangi önlemleri aldıklarını sorulması,
		<p>- Birey kazanması gereken sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini algılar ve bilirse bu davranışa başlama ve sürdürmeye karar verebilmektedir.</p> <p>- Önerilen davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin yararının algılanması</p> <p>- Değişikliklerinin uygulanmasını sağlayacaktır.</p>	<p>“İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nın hazırlanması</p> <p>II. Oturumda (Modül II-Sağlığı Geliştirme ve İdrar Kaçırmanın Önlenmesi, İdrar Kaçırma Bağlı Görülebilecek Sorunlar):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sağlık ve sağlığı geliştirme kavramının anlatılması, - Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının açıklanması, - Sağlığı geliştirmenin öneminin anlatılması, - Üİ'nin önlenmesi ve önlenmesinin öneminin anlatılması. <p>III. Oturumda (Modül III-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üİ'nin gelişmesinin ya da ilerlemesinin önlenmesinde “davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri”nin etkili olduğunun açıklanması, - Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesine yönelik davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin öneminin anlatılması, - Üİ'nin önlenmesinde “kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi”, “sıvı alımının düzenlenmesi”, “kafein tüketiminin azaltılması”, “diyetin düzenlenmesi”nin yararı ve öneminin anlatılması. <p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Devam) Baş Etme Önerileri):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde “sigaranın bırakılması”, “düzenli egzersiz yapılması” ve “barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi”nin yararı ve öneminin anlatılması.
	Algılanan yarar		<p>Tüm Ev Ziyaretlerinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadına Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin ne kadar yararlı olduğunun sorulması ve yarar algısının değerlendirilmesi (Bkz. Ek 14), - Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ilişkin yarar algısına verilen puan 5 ve altı ise; <ul style="list-style-type: none"> • Sağlığın önemi ve sağlığı geliştirme kavramının açıklanması, • Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin öneminin tekrarlanması, • Motivasyon kaynağı olarak davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin yararını hatırlatacak renkli kartların evde kolay görülebilecek bir yere yapılandırılmasının önerilmesi (hedefin hatırlatılması). • “İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nın ilgili bölümlerinin hatırlatılması. <p>- Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ilişkin belirtilen yarara verilen puan 5 ve üzeri ise;</p> <ul style="list-style-type: none"> • İzlem sürecine devam edilmesi, • “Çok iyi”, “harikasınız” gibi sosyal pekiştiriciler verilerek bireyin cesaretlendirilmesi. <p>- Başarılı olarak uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için olumlu geri-bildirim verilmesi ve güçlü yanların ortaya çıkarılması.</p> <p>- Davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin tasarlama, planlama/hazırlık veya eylem aşamasında davranışına devam edilmesinin sağlanması.</p>

		<p>- Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Birey yeni bir davranışa başlama ve sürdürme sürecinde kişisel, psikolojik, kültürel kaynaklı pek çok engelle karşılaşabilmektedir. Algılanan yarar, algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır.</p>	<p>III. Oturumda (Modül III-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri):</p> <p>- Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden “kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi”, “sıvı alımının düzenlenmesi”, “kafein tüketiminin azaltılması”, “diyetin düzenlenmesi”nin uygulanmasında engellerin neler olabileceğinin sorulması ve bireysel engellerin belirlenmesi.</p> <p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve (Devam) Baş Etme Önerileri):</p> <p>- Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden “sigaranın bırakılması”, “düzenli egzersiz yapılması” ve “barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi”nin uygulanmasında engellerin neler olabileceğinin sorulması ve bireysel engellerin belirlenmesi.</p>	<p>Tüm Telefon Görüşmelerinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uygulanabilen davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için sosyal pekiştiriciler verilmesi, davranışın devamının sağlanması, - Uygulanamayan davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için ilgili davranışın uygulanmasının öneminin kısaca açıklanması, - Uygulanamayan davranış ve yaşam tarzı değişikliği için davranışın uygulanmasının olumlu yönlerinin kısaca hatırlatılması. <p>I. ve III. Ev Ziyaretlerinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu”nda katılımcılara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamalarında engellerin neler olabileceğinin sorulması. <p>Ev Ziyaretleri ve Telefon Görüşmelerinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadına davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygularken bir sorun ya da engel yaşayıp yaşamadığının sorulması (Bkz. Ek 14), - Uygulanamayan davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin algılanan engelini nedeninin belirlenmesi, - Her kadın için bireysel engellere yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi, - Algılanan engele yönelik bilgi desteğinin sağlanması, - Uygulanabilen davranışların sürekliliği için kadının cesaretlendirilmesi.
--	--	---	--	---


	<p>Alınan öz-yeterlilik</p>	<p>- Öz-etkililik, bireyin belli bir davranışını başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancıdır. Davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin öğretilmesinden sonra, bilginin ve becerinin uygulanması sağlayan temel özelliştir. Bireyin "yapabilirim" inancını ve içinde bulunduğu koşulları kontrol altına alma duygusunu yansıtır. Bir bireyin bir davranışını olanaklı olduğuna olan güçlü inancı o davranışı yapmasını etkiler.</p>	<p>III. Oturumda (Modül III-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri):</p> <p>- Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden "kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi", "sıvı alımının düzenlenmesi", "kafeyin tüketiminin azaltılması", "diyetin düzenlenmesi"nden hangilerini uygulayabileceklerine inandıklarının sorulması.</p> <p>IV. Oturumda (Modül IV- İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve (Devam) Ba Emme Önerileri):</p> <p>- Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden "sigaranın bırakılması", "düzenli egzersiz yapılması" ve "barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi"nden hangilerini uygulayabileceklerine inandıklarının sorulması.</p> <p>III. ve IV. oturumlarda:</p> <p>- Kadınların davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayabileceklerine olan inançlarını artırmak için doğru cevapladığı sorular, uygulamış oldukları ya da uygulayabileceklerini düşündükleri davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda sosyal pekiştiricilerle motive edilmesi ve diğer kadınlara özendirilmesi.</p>	<p>I. ve III. Ev Ziyaretlerinde:</p> <p>- "Pender" in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Bilgi Formu"nda kadına Üİ ile baş etme konusundaki öz-yeterliliğinin ve Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağından ne kadar emin olduğunun sorulması,</p> <p>- Kadının davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayabileceğine ilişkin inancının değerlendirilmesi.</p> <p>- "Öz-etkililik/Yeterlilik Ölçeği"nde davranışsal değişimin değerlendirilmesi (psikolojik faktörler)</p> <p>Tüm Ev Ziyaretlerinde:</p> <p>- Kadına Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygularken karşılaştıkları engelleri ve sorunları aşacaklarından ne kadar emin olduğunun sorulması ve öz-etkililiğin değerlendirilmesi (Bkz. Ek 14),</p> <p>- Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ilişkin öz-etkililik/yeterliliğe verilen puan 5 ve altı ise;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri uygulandığında Üİ semptomlarının azalacağı ve davranışın uygulanmasına ilişkin cesaretlendirilmesi ve davranışın uygulanmasına ilişkin inancın artırılması, • Daha önce başarıyla uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri hatırlatılarak güçlü yanların ortaya çıkarılması, <p>- Üİ'nin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına ilişkin öz-etkililik/yeterliliğe verilen puan 5 ve üzeri ise;</p> <ul style="list-style-type: none"> • İzlem sürecine devam edilmesi, • "Çok iyi", "harkasınız" sosyal pekiştiricilerle verilerle bireyin cesaretlendirilmesi ve davranışın sürekliliğinin sağlanması. <p>- Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına engel olan durumun belirlenmesi ve engelleme için çözüm önerilmesi.</p> <p>Tüm Telefon Görüşmelerinde:</p> <p>- İstenilen davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin uygulanabileceğine ilişkin inanç düzeyi 5 ve altı ise; davranışa engel olabilecek olan durumların değerlendirilmesi ve engelleme için çözüm önerileri verilmesi, uygulanabilen davranışlar örnek verilerek kadının cesaretinin artırılması,</p>
--	------------------------------------	--	---	---

	<p>- İstenilen davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin uygulanabileceğine ilişkin inanç düzeyi 5 ve üzeri ise; sosyal pekiştirmeçer verilerle davranışın devamının sağlanması.</p>	<p>- İstenilen davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin uygulanabileceğine ilişkin inanç düzeyi 5 ve üzeri ise; sosyal pekiştirmeçer verilerle davranışın devamının sağlanması.</p>	<p>- İstenilen davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin uygulanabileceğine ilişkin inanç düzeyi 5 ve üzeri ise; sosyal pekiştirmeçer verilerle davranışın devamının sağlanması.</p>
<p>Davranışın verdiği etki</p>	<p>- Bireyin davranışını tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya davranışın uzun süre devam ettirip ettirmeyeceğini, davranışla ilgili oluşan duyguları etkiler. - Davranışa yönelik olumlu duygular tekrarlama olasılığını artırır, olumsuz duygular tekrarlama olasılığını azaltır. - Eğer birey davranış ile ilgili olumlu duygular taşır ve pozitif bir bakış açısı taşırsa davranışa başlaması ve sürdürmesi kolaylaşır.</p>	<p>III. Oturumda (Modül III-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri): - Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden “kilo kontrolünün sağlanması/obezitenin önlenmesi”, “sıvı alımının düzenlenmesi”, “kafeyin tüketiminin azaltılması”, “diyetin düzenlenmesi”nin uygulanmasının önemi ve olumlu etkilerinin anlatılması. - Kadınlara ÜJ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden hangilerini uygulayabileceklerini düşüncülerinin sorulması ve düşüncülerinin değerlendirilmesi. IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve (Devam) Baş Etme Önerileri): - Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinden sigaranın bırakılması”, “düzenli egzersiz yapılması” ve “barsak alışkanlığının kazanılması/kabızlığın önlenmesi”nin uygulanmasının önemi ve olumlu etkilerinin anlatılması. - ÜJ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması açısından katılımcıların düşüncülerinin değerlendirilmesi.</p>	<p>I. Ev zivarelerinde: - Kadına ÜJ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulaması için desteğinin olup olmadığının sorulması, Tüm Ev Zivarelerinde: - Kadın ile daha aktif zaman geçirmeleri veya destek olmaları için aile ve sosyal çevrenin cesaretlendirilmesi, - Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayan bireylerle etkileşimin artırılmaya çalışılması, -İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesini Önlemeye Yönelik Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nda ÜJ'ye yönelik kimlerden yardım alabileceğinin belirtilmesi. -Gerekirse araştırmacı ile iletişime geçilebileceğinin belirtilmesi.</p> <p>Tüm Telefon Görüşmelerinde: - Kadına istenilen davranış eksik uygulandığı ya da uygulanmadığı durumlarda aile, çevre ya da eğitimsel destek alabileceğinin hatırlatılması.</p>
<p>Kişilerarası etkiler (aile, akrayan, sağlık personeli)</p>	<p>- İstenilen davranışın kazanılması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde; aile, arkadaş, sağlık görevlileri ve akrabalarla iyi bir etkileşim sağlanması ve sosyal destek alınması oldukça önemlidir.</p>	<p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Devam) ve Baş Etme Önerileri): - ÜJ ile baş etmede ve davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya, beklenen davranış geliştirme sürdürmede aile, akrayan ya da sağlık personelinin destek alınmasının öneminin vurgulanması.</p>	<p>I. Ev zivarelerinde: - Kadına ÜJ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulaması için desteğinin olup olmadığının sorulması, Tüm Ev Zivarelerinde: - Kadın ile daha aktif zaman geçirmeleri veya destek olmaları için aile ve sosyal çevrenin cesaretlendirilmesi, - Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayan bireylerle etkileşimin artırılmaya çalışılması, -İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesini Önlemeye Yönelik Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nda ÜJ'ye yönelik kimlerden yardım alabileceğinin belirtilmesi. -Gerekirse araştırmacı ile iletişime geçilebileceğinin belirtilmesi.</p> <p>Tüm Telefon Görüşmelerinde: - Kadına istenilen davranış eksik uygulandığı ya da uygulanmadığı durumlarda aile, çevre ya da eğitimsel destek alabileceğinin hatırlatılması.</p>

DAVRANIŞIN ORTAYA ÇIKIŞI	
Durumsal etkiler	<p>- Bireyin içinde yaşadığı çevre, davranışın oluşmasını etkilemektedir. Davranışı kolaylaştırabilecek veya engelleyebilecek herhangi bir durum hakkında kişisel algı ve bilgilere sahiptir.</p> <p>- Bu aşama bireyin planlama ve belirli stratejilerle beklenen davranışı sergilediği, harekete geçtiği ve davranışla ilgili amacı gerçekleştirdiği aşamadır. Birey, davranışla ilgili olarak planladığı yöntemleri, kendi yaşam biçimine göre belirleyebilir ve düzenleyebilir.</p>
Davranışa karar verme/Davranışa ilişkin plan yapma	<p>- Katılmaların "Kadınlar İçin Pender" in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Programı"na katılması.</p> <p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Baş Etme Stratejileri);</p> <p>- Eğitim programında kadınlara hiçbir sağlık sorunu olmasa da yılda en az bir kez rutin jinekolojik muayene ile birlikte Üİ'nin değerlendirilmesinin, BKİ'nin takibi, düzenli olarak egzersiz yapılması, aktivite günlüğü tutulması, yeterli ve dengeli beslenme için beslenme takip formlarının verilmesi, - Takip formunu kullanmanın öneminin anlatılması ve davranışların sürdürülmesi konusunda kadınların özendirilmesi.</p>
Acil gereksinimlerin tercihlerin karşılanması	<p>- Acil bir gereksinimin, planlanmış olan sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde ortaya çıkması davranışın sonucunu etkileyecektir. - Beklenen davranış istenilen düzeye geldikçe bireyin süreçte uyumu kolaylaşır. Bireyin beklenen davranışı uygulayabilecek koşullara sahip olmaması ya da davranışın uygulanmayacağı durumlarda alternatif geliştirilmelidir.</p>
Tüm Ev Ziyaretleri ve Telefon Görüşmelerinde;	<p>- Farklı ortamlarda davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanıp; uygulanmadığının sorulması, - Hangi durumlarda (çok yoğun çalışıyor olma, tuvalete ulaşmada zorluklar yaşama nedeniyle dış ortamda yeterli sıvı almama, aile ve arkadaş toplantılarında ikramlarda ısrar edilmesi) davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmadığının sorulması, - Davranış uygulanmasını engelleyen her bir durumun değerlendirilmesi ve duruma özel baş etme stratejilerinin anlatılması (örn; çevre değişiminin sağlanması).</p>
Tüm Ev Ziyaretlerinde;	<p>- Kadına davranış ve yaşam tarzı değişikliğini uygulamak için hedef belirleme ve bir plan geliştirmeye hazır olup; olmadığının sorulması, - Kadının evde izlem sürecinde doldurulması gereken takip formlarının doldurulması. - Kadının gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olunması ve hedeflerin günlük ve haftalık plana dahil edilmesi için cesaretlendirilmesi. - Kadının Üİ'ye ilişkin problemleri azaltmaya yönelik davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda plan yapmasını sağlamak, - Plan hazırlarken artan talepleri ve tercihleri ölmek için kadınlara birlikte çalışılması, - Bir sonraki ev ziyaretime kadar yapılması planlanan ve beklenen davranışların değerlendirilmesi.</p>
Tüm Telefon Görüşmelerinde;	<p>- Evde izlem sürecinde doldurulacak formların hatırlatılması, - Bir sonraki görüşmeye kadar yapılması planlanan davranışların sorulması.</p>
Tüm Ev Ziyaretlerinde;	<p>- Kadına davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayamadığı durumların sorulması, - Uygulanamayan ya da uygulanmasında sorun yaşanan davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri için alternatif davranışlar geliştirip kullanması için kadının cesaretlendirilmesi, - Herhangi bir aktiviteye karar vermeden önce planlı bir davranış için alternatifler üretilecek yarar ve engel durumlarının belirlenmesi, - Evde, işyerinde veya ev dışında davranış ve yaşam tarzı değişikliği önerilerine uyabilmesi için ortamı düzenlemelerine ilişkin önerilerin verilmesi.</p>
III. ve IV. Oturumda (Modül III-IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Baş Etme Önerileri);	<p>- Kadınlardan uygulayabileceklerini düşündükleri davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini paylaşımlarının istenmesi. - IV. oturumda evde izlem sürecinde doldurulacak takip formlarının verilmesi.</p>
III. ve IV. Oturumda (Modül III-IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Baş Etme Önerileri);	<p>- Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayabilmeleri için günlük yaşamın ve buldukları ortamın düzenlenmesi konusunda önerilerin verilmesi. - Üİ'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin önerilerden herhangi biri uygulanmadığında uygulanabilecek alternatiflerin örnek verilmesi.</p>


		<p>- Olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmaya yönelik bir son nokta veya eylemin sonucudur.</p>	<p>- “İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri El Kitabı”nda günlük yaşamda, iş ortamında ve seyahat ederken Üj ile baş etme önerilerine ve kadınların davranışa özgü tercih geliştirebileceği örneklere yer verilmesi.</p> <p>IV. Oturumda (Modül IV-İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Davranış ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Devam) ve Baş Etme Önerileri):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadınlara davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayarak inkontinansa ilişkin problemleri etkin yönetebileceklerinin açıklanması. 	<p>- Eğitiminin beklenmedik durumlar için ulaşılabilir olması ve bireyi desteklemesi.</p> <p>Tüm Telefon Görüşmelerinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uygulanmayan davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin belirlenmesi ve davranış ve yaşam tarzı değişikliğine alternatif bir yöntem geliştirilmesi ve bireyle paylaşılması. <p>Ev ziyaretlerinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadının davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uyguladığının belirlenmesi, - Kadının kontrolü kendisinin olması sağlanarak kontrollü davranışların sayısının artırılması ve bu tür davranışların birbirini izlemesinin sağlanması, - Uygulanan davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin “çok iyi”, “harikamız” sosyal pekiştiricileri verilerek davranışın sürdürülmesinin sağlanması, - Kadının Üj'nin gelişmesi ve ilerlemesinin önlenmesinde davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi ve Üj semptomlarını yönetebilmesi konusunda desteklenmesi.
--	--	---	--	---

EK 17. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Dr. Öğretim Üyesi Gülten KOÇ)



ANKARA VALİLİĞİNE
(H. Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 30/05/2019 tarihli ve 62693856-604.02-340 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Gülten KOÇ sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Esra BÜKKEÇİK tarafından yapılmak istenen "İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 21 nci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile bekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatanlılara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kazan ile müsadde edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile bekimlerine kayıtlı nüfusa ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" ile yandan 07.04.2016 tarihli Resmî Gazete' de yayımlanan olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma tabibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca, araştırma için aile sağlığı merkezinde bir oda tahsis edilmeyeceği, araştırma kapsamında katılımcıların eğitime katılmaları halinde ulaşım giderlerinin araştırmacı tarafından karşılanması gerektiği, eğitimin yapılacağı kurumlardan izin alınması kaydıyla ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabilmesi kararı verilmiştir.

Adres: Seyhan 2 Cad. No: 55 - Çankaya / Ankara 05125025802
Telefon: 312 563 5854 Faks No:
e-Posta: iletisim@saogluksaigir.gov.tr İnt. Adres: J.KÖSEDOĞLU/0312 563 58 92


İlgi: 310 /E/YNP/KÖSEDOĞLU
TIBBİ TEKNİKLER
Tarih: No: 312 563 5882

Bu değerlendirmeler doğrutusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koğuhyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamladığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Mıddırluğunuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;


Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet CÖME
Bakan a.
Genel Mıddır Yardımcısı

EK 18. Etik Kurul İzni-Onay Sayfası



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü akademisyenlerinden/öğrencilerinden Dr. Öğr. Üyesi Bekir ÇUKUR ile Dr. Öğr. Üyesi Fatma DOĞAN GÜZEL tarafından Dr. Öğr. Üyesi Sait GÜNEŞ PESCHKE adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu kurum bavyera sahibi tarafından doldurulmalıdır) Doç. Dr. Öğr. Üyesi Fatma DOĞAN GÜZEL Projesinin bavyera sahibi Dr. Öğr. Üyesi Bekir ÇUKUR tarafından Dr. Öğr. Üyesi Fatma DOĞAN GÜZEL ile Dr. Öğr. Üyesi Bekir ÇUKUR tarafından



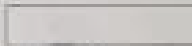

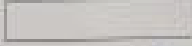



Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (YÜ - Araştırma sıra no)	2019 - 6
Bavyera formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	07.09.2019
Etik Kurul Karar Uygulanı tarihi ve karar no	12.02.2019 - 06
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Erenboğa Kütüphanesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplanmış ve kararlaştırılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Bşk. Yrd.	
Prof. Dr. Sait GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Behlül TOKUR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN	Üye	

20



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü akademisyenlerinden Ebru Bükücü'ün "İzmir Kaşınma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlık Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu kurum bayırmı yoluyla iletildiğinden daldırılmaktadır)

Proje etik açımdan uygun bulunmuştur.

Proje etik açımdan geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açımdan uygun bulunmamıştır.

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından deldirilmektedir)	
Araştırma kodu (Yıl - Araştırma sıra no)	2020-460
Bayırma Formunun Etik Kararı aldığı tarih	25.12.2020
Etik Kurul Kararı toplantı tarihi ve karar no	11.02.2021-14
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Kulliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BASKANI, BASKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Üye	
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye	
Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	
Doç. Dr. Yüksel Akay UNVAN	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TIRGİL	Üye	



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ**



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü akademisyenlerinden Ara. Gör. Esra BAŞKAYA (BÜKECİK)'nin "İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınların Sağlık Üzerine Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu durum beyazıt sahibi tarafından bildirilmiştir)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

AYBÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Y) - Araştırma sıra no)	2020 - 460
Beyazıt Formunun Etik Kurula ibretliği tarihi	02.12.2021
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	06.01.2022 - 35
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboga Külliyesi
Katılımlar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI VE ÜYELER:

Prof. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR

Başkan

Prof. Dr. Tahir Kurtuluş YILDIZ

Üye

Doç. Dr. Oktay GÜRCAN

Üye

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Üye

Doç. Dr. Bahar ANAFAROĞLU KÜLENKOĞLU

Üye

Doç. Dr. Metin DİNÇER

Üye

Doç. Dr. Özde ALGÜN DOĞU

Üye

Doç. Dr. Fatih TULUMBACI

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Günel HINGÖL

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Jale KAYA

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nural ERZURUM ALİM

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Baysamir ÇILDIR

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nimetcan Mehmet YAĞMA

Üye

EK 19. Aydınlatılmış Onam Formları

(Araştırmacının Açıklaması)

İdrar kaçırma sorunu olan kadınlarda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın İsmi “Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışmada idrar kaçırma durumunuz, tanımlayıcı özelliklerinize ilişkin bilgilerinize ilişkin sorular sorulacaktır. Benlik algısı, cinsel doyum ve yaşam kaliteniz değerlendirilecektir. Sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programına katılacak ve program sonrasında ev ziyaretleri ile 3 ay boyunca izlenecek ve danışmanlık alacaksınız. İzlem süreci bittiğinde benlik algısı, cinsel doyum ve yaşam kaliteniz tekrar değerlendirilecektir. Ayrıca pandemi sürecindeki koşullar değerlendirilecek, eğitim programında katılımcılar gruplara bölünecek, bireysel görüşmeler ve eğitim programında bulaş riskini önlemeye yönelik tüm önlemler alınacaktır. Katılımcılardan kurallara uymaları beklenmektedir.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz, katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Gülten Koç
Yardımcı Araştırmacı. Arş. Gör. Esra Başkaya
Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
06100 Samanpazarı / ANKARA
Telefon:

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Esra Başkaya tarafından idrar kaçırmaya sorunu olan kadınlarda sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” 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 yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sorunumun ortaya çıkması halinde, herhangi bir saatte, sorumlu araştırmacı Gülten Koç’u nolu cep telefonu, yardımcı araştırmacı Esra Başkaya’yı nolu cep telefonu ve H.Ü. Hemşirelik Fakültesi adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

(Araştırmacının Açıklaması)

İdrar kaçırmaya sorunu olan kadınlarda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık programının benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın İsmi "Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdadan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışmada idrar kaçırmaya durumunuz, tanımlayıcı özelliklerinize ilişkin bilgilerinize ilişkin sorular sorulacaktır. Benlik algısı, cinsel doyum ve yaşam kaliteniz değerlendirilecektir. Sonrasında 3 aylık süreçte 3 defa telefon ile aranacak ve idrar kaçırmaya ilişkin tedavi alma durumunuz değerlendirilecektir. 3 ayın sonunda benlik algısı, cinsel doyum ve yaşam kaliteniz tekrar değerlendirilecektir. Değerlendirme sürecinizde yapılacak görüşmelerde pandemi süreci doğrultusunda bulaş riskini azaltacak tüm önlemler alınacaktır.

Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz, katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Gülten Koç
Yardımcı Araştırmacı. Arş. Gör. Esra Başkaya
Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
06100 Samanpazarı / ANKARA
Telefon:

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Esra Başkaya tarafından idrar kaçırmaya sorunu olan kadınlarda sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programının kadınların benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” 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 yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sorunumun ortaya çıkması halinde, herhangi bir saatte, sorumlu araştırmacı Gülten Koç’u nolu cep telefonu, yardımcı araştırmacı Esra Başkaya’yı nolu cep telefonu ve H.Ü. Hemşirelik Fakültesi adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK 20. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere İlişkin Alınan İzinler

Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu --İzin

2 messages

Esra Bückeik

23 October 2019 at 16:22

To:

Sayın Bülent Hocam,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve Hacettepe Üniversitesi'nde doktora eğitimime devam etmekteyim, Tez danışmanım Doç Dr, Gülten KOÇ'tur, **İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi** başlıklı doktora tez çalışmam için "**Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Form**"unu kullanmak istemekteyiz. Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim,
Saygılarımla.

--

Bülent Çetinel

23 October 2019 at 23:53

To: Esra Bückeik

kolay gelsin başarılar
Prof Bülent Çetinel

Gönderen: Esra Bückeik

Gönderildi: 23 Ekim 2019 Çarşamba 16:22

Kime:

Konu: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu --İzin

[Quoted text hidden]

EK 20.2. İnkontinans Şiddet İndeksi Kullanım İzni

İnkontinans Şiddet İndeksi-İzin

3 messages

Esra Bükcek

23 October 2019 at 16:27

To:

Sayın Hale Hocam,

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve Hacettepe Üniversitesi'nde doktora eğitimime devam etmekteyim. Tez danışmanım Doç Dr. Gülten KOÇ'tur. **İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi** başlıklı doktora tez çalışmam için "**İnkontinans Şiddet İndeksi**" ni kullanmak istemekteyiz. Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla,

--

Hale Uyar Hazar

23 October 2019 at 18:17

To: Esra Bükcek

Sevgili Esra,

Türkçe çevirisinin geçerlik-güvenirliliğini yaptığım "**İnkontinans Şiddet İndeksi**" ni doktora tez çalışmada kullanacak olmandan memnuniyet duyuyorum. Başarılar dilerim.

Esra Bükcek

23 Eki 2019 Çar, 16:27 tarihinde şunu yazdı:

[Quoted text hidden]

--

Dr. Öğr. Üy. Hale UYAR HAZAR
Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü
Aytepe Kampüsü, 09100
Aydın, TÜRKİYE

Assist. Prof. Dr. Hale UYAR HAZAR
Adnan Menderes University
Faculty of Health Sciences
Midwifery Department
Aytepe Campus, 09100
Aydın, TURKEY

TEL: 0 256 213 8755-3030

EK 20.3. Rosenberg Benlik Saygısı Alt Ölçeği Kullanım İzni

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek İzni

2 messages

Esra Bukecik

25 December 2020 at 16:28

To:

Sayın Fusun Hocam,
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliğinde doktora öğrencisiyim. Doç. Dr. Gülten KOÇ ile 'İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi' başlıklı tez üzerinde çalışıyoruz. Bu doğrultuda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin benlik saygısı alt boyutunun kullanmak istiyoruz. Kullanım iznine ilişkin geri-bildirim verirseniz çok seviniriz.

İyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla
Araştırma Görevlisi Esra BÜKECİK

Fusun CUHADAROGLU

27 December 2020 at 23:14

To: Esra Bukecik

Tabii kullanabilirsiniz, Ölçek elinizde var mı? internette orijinal olmayan bazı formlar da dolaşiyor, dikkatli olmanızı öneririm, iyi çalışmalar dilerim.

[Quoted text hidden]

EK 20.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kullanım İzni

Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği-İzin

3 messages

Esra Bukecik

6 November 2019 at 12:45

To:

Sayın Elif Hocam,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve Hacettepe Üniversitesi'nde doktora eğitimime devam etmekteyim. Tez danışmanım Doç Dr. Gülten KOÇ'tur. **İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi** başlıklı doktora tez çalışmam için " **Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği-Kadın Formu**"nu kullanmak istemekteyiz. Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla,

--

Res. Assist. Esra Bukecik
Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Ankara, Turkey
E-Mail:

Elif Barışkın

6 November 2019 at 13:51

To: Esra Bukecik

Merhaba Esra Hanım,
Ekte GRİSS soru formu, kadınlar için puanlama ve dönüştürüm tablosunu bulabilirsiniz. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Prof.Dr.Elif Barışkın

From: Esra Bukecik


Sent: Wednesday, November 6, 2019 10:45 AM


To:

Subject: Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği-İzin

[Quoted text hidden]

2 attachments

 **GRİS Erkek Kadın soru FORMU.doc**
56K

 **GRİSS KADIN cevap FORMU.doc**
30K

EK 20.5. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği-İzin

3 messages

Esra BÜKECİK

6 November 2019 at 12:54

To: nezihe beji

Sayın Nezihe Hocam,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve Hacettepe Üniversitesi'nde doktora eğitimime devam etmekteyim. Tez danışmanım Doç Dr, Gülten KOÇ'tur. **İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi** başlıklı doktora tez çalışmam için "**İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği**"ni kullanmak istemekteyiz. Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim,
Saygılarımla.

--

Res. Assist. Esra BÜKECİK
Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Ankara, Turkey
E-Mail:

nezihe beji

6 November 2019 at 14:21

To: Esra BÜKECİK

Sevgili Esra sanırım Nebahat Ozerdoğan ile olan çalışmadaki ölçeği kullanmak istiyorsun. Kullanabilirsin. Başarılar diliyorum,

Nezihe Beji

[Quoted text hidden]

EK 20.6.Özetkilik-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni

Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği-İzin

3 messages

Esra Bükecik

6 November 2019 at 13:10

To:

Sayın Sebahat Hocam,
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve Hacettepe Üniversitesi'nde doktora eğitimime devam etmekteyim, Tez danışmanım Doç Dr. Gülten KOÇ'tur. **İdrar Kaçırma Sorunu Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Programının Kadınların Benlik Saygısı, Cinsel Doyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi** başlıklı doktora tez çalışmam için " **Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği**"ni kullanmak istemekteyiz. Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla

--

Res. Assist. Esra Bükecik
Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Ankara, Turkey
E-Mail:

EK 21. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Intention-to-Treat (ITT)
Analizine İlişkin Tablolar

Tablo 4.17. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri.

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	Müdahale Grubu (n=23)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)				
Yaş (yıl)	35,91±5,94		37,52±8,07		t=-0,769
	38 (25-50)		38 (22-49)		p=0,446
	$\bar{X} \pm SS$				
BKİ (kg/m ²)	26,11±3,36		27,45±4,42		t=-1,379 p=0,175
BKİ grupları	n	%	n	%	
Normal kilolu	10	43,5	8	34,8	$\chi^2=0,96$ p=,325
Hafif şişman	10	43,5	9	39,1	
Şişman	3	13,0	6	26,1	
Eğitim durumu					
İlköğretim	6	26,1	13	56,5	$\chi^2=6,06$ p=,014
Lise	9	39,1	8	34,8	
Üniversite ve ↑	8	34,8	2	8,7	
Sağlık güvencesi varlığı					
Var	21	91,3	21	91,3	FSH=0,00 p=,000
Yok	2	8,7	2	8,7	
Algılanan ekonomik durum					
Gelir giderden fazla	-	-	1	4,4	FSH=0,30 p=,583
Gelir gideri eşit	15	65,2	11	47,8	
Gelir giderden az	8	34,8	11	47,8	
Halen gelir getiren bir işte çalışma durumu					
Evet	9	39,1	7	30,4	$\chi^2=0,38$ p=,535
Hayır	14	60,9	16	69,6	

t: Bağımsız Örneklem T Testi, χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4.18. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özellikleri.

Bazı Obstetrik Özellikler	Müdahale Grubu (n=23)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$				
Gebelik sayısı	2,91±1,60		2,86±1,39		t=0,013 p=0,989
Doğum sayısı	2,05±0,65		2,00±0,93		t=0,000 p=1,000
İlk doğum yaşı (yıl)	24,95±4,95		23,52±5,31		t=0,786 p=0,436
Bebeğin doğum kilosu *	3256,88±372,20		3407,06±394,65		t=-1,299 p=0,201
	n	%	n	%	
Gebelik geçirme durumu					
Evet	23	100,0	22	95,7	FSH =0,96 p=,317
Hayır	-	-	1	4,3	
Doğum şekli **					
Vajinal doğum	32	68,1	25	56,8	$\chi^2=1,23$ p=,267
Sezaryen doğum	15	31,9	19	43,2	
İndüksiyon uygulanma durumu					
Evet	26	56,5	18	40,9	$\chi^2=2,19$ p=,139
Hayır	20	43,5	26	50,1	
Epizyotomi varlığı ***					
Evet	30	65,2	23	52,3	$\chi^2=1,55$ p=,212
Hayır	16	34,8	21	47,7	

t: Bağımsız Örneklem T Testi; χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi.

* Toplam doğan bebeklerin kiloları ortalamasıdır.

** Yüzdeler toplam doğum sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

*** Yüzdeler vajinal doğum sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.19. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların üriner inkontinansla baş etme özellikleri.

Üriner İnkontinansla Baş Etme Özellikleri	Müdahale Grubu (n=23)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	
Üriner inkontinans için destek almayı tercih etme durumu					
Evet	17	73,9	15	65,2	$\chi^2=0,41$ p=,522
Hayır	6	26,1	8	34,8	
Destek alınmak istenen kişi					
Eş/partner	1	5,9	1	6,7	FSH=0,37 p=,543
Sağlık personeli	15	88,2	14	93,3	
Arkadaş	1	5,9	-	-	
Üriner inkontinans ile baş etmede yaşanan engeller*					
Baş etme yöntemlerini bilmeme	11	47,8	8	34,8	FSH=4,51 p=,478
Üriner inkontinansa ilişkin yetersiz bilgi	9	39,1	13	56,5	
Destegin olmaması	4	17,4	4	17,4	
Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak için zaman ayıramama	2	8,7	-	-	
Davranış ve yaşam tarzı değişikliklerini düzenli ve sürekli olarak uygulayamama	1	4,3	-	-	
Herhangi bir engeli bulunmama	1	4,3	2	8,7	
$\bar{X} \pm SS$					
Üriner inkontinans ile baş edebileceğini düşünme durumu **	7,14±2,85		5,87±3,35		t=1,116 p=0,271
$\bar{X} \pm SS$					
Üriner inkontinansla baş etmede davranış ve yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olacağını düşünme durumu **	9,09±1,54		7,26±2,70		t=2,246 p=0,030

χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, FSH: Fisher'in Kesin Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi.

*: Birden fazla yanıt verilmiş ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

** : 1 ile 10 arasında yapılan değerlendirme ortalamasıdır,

Tablo 4.20. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puan ortalaması ve alt boyutları, İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortancası ve şiddet indeksi skoru.

Ölçekler Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=23)		Kontrol Grubu (n=23)		İstatistiksel Analiz
	$\bar{X} \pm SS$				
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Toplam Puanı	9,87±3,47		9,09±2,75		t=0,849 p=0,401
	n	%	n	%	
Üriner inkontinansın sıklığı *					
Haftada bir veya daha seyrek	9	39,2	14	60,9	$\chi^2=2,02$ p= ,154
Haftada iki veya üç kez	7	30,4	5	21,7	
Günde bir kez	7	30,4	4	17,4	
Üriner inkontinansın miktarı *					
Az miktarda	21	91,3	20	87,0	$\chi^2=0,22$ p= ,639
Orta derecede	2	8,7	3	13,0	
Üriner inkontinansın tipi *					
Miks inkontinans	10	43,5	5	21,7	$\chi^2=1,86$ p= ,173
Urge inkontinans	5	21,7	7	30,4	
Stres inkontinans	8	34,8	11	47,9	
	$\bar{X} \pm SS$				
	Medyan (min-max)				
İnkontinans Şiddet İndeksi Toplam Puanı	3,87±2,18		3,78±1,76		U=262
	3 (1-6)		4 (1-6)		p=0,954
	n	%	n	%	
Şiddet indeksi skoru **					
Hafif (1-2 puan)	8	34,8	7	30,4	$\chi^2=0,09$ p= ,753
Orta (3-6 puan)	15	65,2	16	69,6	

χ^2 : Ki-kare Bağımsızlık Testi, t: Bağımsız Örneklem T Testi, U: Mann-Whitney U Testi.

* Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu' kullanılarak değerlendirilmiştir.

** Üriner inkontinans şiddeti 'İnkontinans Şiddet İndeksi' kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.21. Kadınların üriner inkontinans sıklığı, miktarı ve şiddetinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=23)						Kontrol Grubu (n=23)						Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0		T1		T2		T0		T1		T2		T0	T1	T2
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Üriner inkontinans sıklığı *	9	39,2	10	62,5	6	100,0	14	60,9	11	47,9	11	47,9	$\chi^2=2,02$	$\chi^2=5,56$	$\chi^2=19,02$
Haftada bir veya daha seyrek	7	30,4	4	25,0	-	-	5	21,7	9	39,1	9	39,1	p=,154	p=,018	p<,001
Haftada iki veya üç kez	7	30,4	2	12,5	-	-	4	17,4	3	13,0	3	13,0			
Günde bir kez															
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:			
	M=49	M=37	M=54	M=54	M=54	M=54	M=11	M=0	M=11	M=11	M=11	M=11			
	p=0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,317	p=1,000	p=0,317	p=0,317	p=0,317	p=0,317			
Üriner inkontinans miktarı *	21	91,3	15	92,7	6	100,0	20	87,0	17	73,9	15	65,2	$\chi^2=0,22$	$\chi^2=9,73$	$\chi^2=23,82$
Az miktarda	2	8,7	1	7,3	-	-	3	13,0	6	26,1	6	26,1	p=,639	p=,002	p<,001
Orta derecede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8,7			
Çok miktarda															
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:			
	Q=24,691	Q=24,691	Q=24,691	Q=24,691	Q=24,691	Q=24,691	M=14	M=13	M=12	M=12	M=12	M=12			
	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,102	p=0,317	p=0,321	p=0,321	p=0,321	p=0,321			
İnkontinans Şiddet İndeksi **	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Şiddet indeksi skoru	8	34,8	9	56,3	6	100,0	7	30,4	6	26,1	5	21,8	$\chi^2=0,09$	$\chi^2=3,89$	$\chi^2=7,99$
Hafif (1-2 puan)	15	65,2	7	43,7	-	-	16	69,6	17	73,9	13	56,5	p=,756	p=,049	p=,005
Orta (3-6 puan)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	17,4			
Şiddetli (8-9 puan)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,3			
Çok Şiddetli (12 puan)															
Grup içi İstatistiksel Analiz	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:	T0-T1:	T1-T2:			
	Q=6,500	Q=6,500	Q=6,500	Q=6,500	Q=6,500	Q=6,500	M=6	M=9	M=7	M=7	M=7	M=7			
	p=0,039	p=0,039	p=0,039	p=0,039	p=0,039	p=0,039	p=0,317	p=0,511	p=0,419	p=0,419	p=0,419	p=0,419			

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

χ^2 : Ki-kare Testi (Menemen Ki-kare İstatistiği); M: Marjinal Homojenlik Testi; Q: Cochran's Q Testi.

* Üriner inkontinans sıklığı ve miktarı 'Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu' kullanılarak değerlendirilmiştir.

** Üriner inkontinans şiddeti 'İnkontinans Şiddet İndeksi' kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.22. Kadınların Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu ve İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puan ortalaması ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçekler ve Toplam Puanlar	Müdahale Grubu (n=23)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)			
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu toplam puanı	9,87±3,47 10 (4-15)	7,39±4,44 7 (2-16)	5,22±3,80 4 (2-12)	9,09±2,75 9 (5-15)	10,22±2,65 10 (5-15)	10,22±3,61 9 (4-18)	t=0,849 p=0,401	t=-2,623 p=0,013	U=101,5 p=0,000
Grup içi İstatistiksel Analiz	Fark: T0-T1 T0-T2 T1-T2			F=3,447 p=0,069					
İnkontinans Şiddet İndeksi toplam puanı	3,87±2,18 3 (1-6)	2,69±1,20 2 (1-6)	1,50±0,55 1,5 (1-2)	3,78±1,76 4 (1-6)	3,96±1,72 4 (2-8)	4,61±2,76 3 (2-12)	U=262 p=0,954	U=102,5 p=0,015	U=7,5 p=0,001
Grup içi İstatistiksel Analiz	Fark: T0-T2			$\chi^2=1,66$ p=,436					

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.23. Kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeği toplam puan ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı	Müdahale Grubu (n=23)						Kontrol Grubu (n=23)						Gruplar Arası İstatistiksel Analiz			
	T0		T1		T2		T0		T1		T2		T0	T1	T2	
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)				
Benlik Saygısı Alt Ölçeği toplam puanı	1,16±0,78 0,8 (0,5-3,3)	1,05±0,73 0,8 (0,3-2,6)	0,94±0,54 1 (0,3-2,3)	1,30±1,04 1,1 (0,3-5)	1,34±0,82 1,3 (0,3-3,2)	1,26±1,00 1 (0,3-4,2)	U=237,5 p=0,551	U=211,5 p=0,241	U=221 p=0,333							
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=3,12$ p=,209						$\chi^2=0,71$ p=,701									

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

χ^2 : Friedman Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.24. Kadınların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=23)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)			
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği toplam puan	32,00±8,46 30 (18-47)	30,87±7,75 31 (17-53)	28,30±7,74 27 (16-45)	35,09±12,26 34 (18-60)	40,43±12,26 43 (19-59)	37,70±13,07 41 (15-60)	t=-0,994 p=0,326	t=-3,162 p=0,003	U=153 p=0,014
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=3,446 p=0,041			Fark: T0-T2			Fark: T0-T1 T1-T2		
Alt Boyutlar									
Cinsel ilişki sıklığı	4,43±1,38 4 (2-7)	4,70±1,43 5 (2-7)	4,04±1,85 4 (1-7)	4,48±1,97 4 (2-8)	4,70±1,61 5 (2-7)	4,61±1,85 4 (2-8)	U=258 p=0,884	t=0,000 p=1,000	U=223,5 p=0,359
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=4,65$ p=,097			$\chi^2=1,08$ p=,583					
İletişim	2,74±1,79 2 (0-6)	2,74±2,14 2 (0-6)	1,91±1,73 1,5 (0-5)	3,19±1,90 3 (0-6)	3,57±1,73 4 (0-6)	3,17±2,17 3 (0-6)	U=236 p=0,525	U=196,5 p=0,130	U=175,5 p=0,047
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=12,37$ p=,002			Fark: T0-T2 T1-T2					
Doyum	4,22±3,42 3 (1-10)	3,17±2,72 2 (1-11)	3,48±2,66 2 (1-9)	4,52±2,68 4 (1-12)	6,04±2,84 6 (2-12)	5,09±3,19 5 (1-11)	U=231,5 p=0,463	U=106,5 p=0,000	U=187,5 p=0,086
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=4,30$ p=,116			F=4,578 p=0,016			Fark: T0-T1		
Kaçınma	7,83±2,25 8 (4-12)	7,52±2,29 7 (4-14)	6,87±2,10 6,5 (4-10)	7,65±2,89 7 (4-15)	8,04±2,62 8 (4-12)	7,83±3,11 7 (4-14)	t=0,228 p=0,821	t=-0,719 p=0,476	U=224 p=0,368
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=8,87$ p=,012			F=0,884 p=0,677					
Dokunma	3,87±1,87 4 (1-8)	3,91±1,35 4 (2-8)	4,35±1,30 4 (2-7)	4,22±2,33 4 (1-8)	4,43±2,11 4 (1-8)	4,83±2,23 4 (1-9)	U=245,5 p=0,672	U=227 p=0,401	t=-0,889 p=0,379
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=2,06$ p=,357			F=2,905 p=0,261					
Vajinismus	4,83±1,75 5 (2-10)	4,83±1,75 5 (2-7)	4,39±1,67 5 (2-8)	6,57±3,87 5 (2-15)	8,26±3,65 8 (3-15)	7,17±3,58 6 (2-15)	U=199,5 p=0,146	U=128,5 p=0,002	U=144 p=0,007
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=2,65$ p=,265			Fark: T0-T1					
Anorgazmi	4,09±2,59 3 (1-9)	4,00±2,65 4 (1-10)	3,26±2,26 3 (1-8)	4,57±3,57 4 (1-12)	5,39±3,22 5 (1-11)	5,00±3,40 4 (1-11)	U=260 p=0,920	U=197,5 p=0,138	U=181,5 p=0,065
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=3,07$ p=,214			Fark: T0-T1					

T0: Eğitilden önce; T1: Eğitilden bir ay sonra; T2: Eğitilden üç ay sonra.

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örnekleme T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.25. Kadınların İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortancalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Ölçek Toplamı ve Alt Boyutları	Müdahale Grubu (n=23)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 63,38±22,57 61,9 (14,1-97,2)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 61,32±23,42 62,1 (8,6-100)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 82,94±13,38 81,8 (56,1-100)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 72,32±28,44 77,5 (0-100)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 61,62±27,01 67,2 (0-94,8)	$\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max) 62,32±28,78 68,2 (0-95,5)	U=187,5 p=0,091	U=246,5 p=0,692	U=141 p=0,007
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=13,200 p=0,000			Fark: T1-T2			Fark: T0-T1 T0-T2		
Alt Boyutlar									
Davranışların sınırlandırılması	3,61±0,88 3,8 (1,6-4,8)	3,68±0,82 4 (2,4-5)	4,27±0,55 4,3 (3,3-5)	3,93±0,89 4,1 (1,8-4,9)	3,83±0,66 4 (2,4-4,8)	3,76±0,79 4 (2-4,8)	U=199,5 p=0,152	t=-0,667 p=0,508	U=163 p=0,025
Grup içi İstatistiksel Analiz	F=10,990 p=0,000			Fark: T0-T2 T1-T2					
Psikososyal etkilenme	4,07±0,59 4,2 (2,9-4,9)	4,28±0,51 4,3 (3-5)	4,73±0,30 4,8 (4,1-5)	4,24±0,99 4,6 (1,6-5)	4,13±0,78 4,3 (2,2-5)	4,02±0,95 4,2 (1,7-5)	U=172,5 p=0,042	U=255,5 p=0,843	U=130,5 p=0,003
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=20,27$ p=0,000			Fark: T0-T2					
Sosyal izolasyon	3,30±1,07 3,4 (1,4-5)	3,72±0,83 4 (2-5)	4,41±0,52 4,4 (3,2-5)	3,76±1,04 3,8 (1,8-5)	3,78±0,85 3,8 (1,8-5)	3,77±0,96 4 (1,4-4,8)	U=197,5 p=0,140	t=-0,247 p=0,806	U=156 p=0,016
Grup içi İstatistiksel Analiz	$\chi^2=14,51$ p=0,001			Fark: T0-T2					

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örnekleme T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

EK 22. Ek Tablolar

Tablo 4.26. Kadınların üriner inkontinansı etkileyebilecek bazı davranışları, alışkanlıkları ve bireysel özelliklerinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
Üriner İnkontinansı Etkileyebilecek Faktörler	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)			
BKİ (kg/m ²)	26,11±3,36 25,9 (22,1-33,7)	25,87±3,17 25 (21,2-33,3)	25,28±3,05 24,8 (20,8-32,5)	27,45±4,42 27,2 (20,8-37,1)	27,75±4,61 27,8 (19,7-37,5)	27,58±4,25 27,4 (19,7-37,1)	U=203 p=0,256	t=-1,589 p=0,119	U=162 p=0,039
Grup İçi İstatistiksel Analiz		F=2,334 p=0,142			$\chi^2=1,66$ p=,436				
Sigara kullanımı (adet/gün)	12,70±5,64 10 (5-20)	12,33±7,40 9 (3-25)	7,38±5,63 7 (2-19)	9,40±5,15 10 (3-20)	9,00±4,54 10 (3-20)	9,92±5,20 10 (4-20)	U=33 p=0,182	U=43,5 p=0,640	U=30,5 p=0,171
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=10,96$ p=,004	Fark: T0-T2 T1-T2		$\chi^2=0,40$ p=,819				
Kahve tüketimi (kahve fincanı/gün)	6,66±3,15 7 (0,5-14)	5,05±4,03 5 (1-14)	5,76±4,15 7 (1-14)	8,93±8,35 7 (1-35)	10,44±9,11 8 (1-35)	10,38±9,56 7 (1-35)	U=148 p=0,553	U=92,5 p=0,030	U=125 p=0,173
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=4,58$ p=,101			$\chi^2=2,37$ p=,305				
Asitli içecek tüketimi (su bardağı/gün)	3,33±2,40 3 (1-7)	3,00±2,18 3 (1-7)	1,75±1,36 1 (0,5-5)	5,33±6,26 3 (1-21)	13,00±10,10 8,5 (7-28)	7,80±1,10 8 (6-9)	U=35 p=0,621	U=1 p=0,008	U=1 p=0,002
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=2,69$ p=,260			$\chi^2=3,00$ p=,223				
Çay tüketimi (çay bardağı/gün)	4,50±3,02 3,5 (1-10)	3,89±2,83 3 (0,1-10)	3,58±2,56 3 (0,9-10)	5,05±2,61 5 (1-10)	6,60±2,78 6,5 (2-12)	6,11±2,73 6 (2-10)	U=179 p=0,429	U=105,5 p=0,004	U=104,5 p=0,006
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=8,46$ p=,015	Fark: T0-T2		$\chi^2=8,64$ p=,013	Fark: T0-T1			

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

F: Tekrarlı Ölçümler ANOVA Testi; χ^2 : Friedman Testi; t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi.

Tablo 4.26. (Devam). Kadınların üriner inkontinansı etkileyebilecek bazı davranışları, alışkanlıkları ve bireysel özelliklerinin gruplara ve izlem zamanlarına göre karşılaştırılması.

Üriner İnkontinansı Etkileyebilecek Faktörler	Müdahale Grubu (n=22)			Kontrol Grubu (n=23)			Gruplar Arası İstatistiksel Analiz		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)			
Su tüketimi (su bardağı/gün)	7,86±2,01 8 (5-10)	8,00±2,62 8 (5-15)	10,32±3,21 10,5 (4-15)	6,61±2,29 6 (3-12)	6,26±1,57 6 (3-10)	7,17±2,72 7 (3-14)	U=168 p=0,050	U=156 p=0,025	U=112,5 p=0,001
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=13,02$ p=,001	Fark: T0-T2 T1-T2		$\chi^2=3,39$ p=,183				
Egzersiz yapma sıklığı/hafta	4,50±1,97 3,5 (3-7)	4,57±2,24 5 (1-7)	4,53±1,59 4 (3-7)	2,88±2,10 2 (1-7)	4,00±4,24 4 (1-7)	4,33±3,06 5 (1-7)	U=10,5 p=0,075	U=12 p=0,743	U=24,5 p=0,913
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=1,00$ p=,607			$\chi^2=0,00$ p=,000				
Hafif ve orta düzeyde egzersiz süresi (dk/gün)	24,28±18,72 15 (12,9-60)	26,34±14,32 23,2 (3-60)	29,70±15,41 30 (2-60)	14,73±13,43 10,7 (4,3-45)	17,14±18,19 17,1 (4,3-30)	16,19±11,98 10 (5,6-30)	U=12 p=0,112	U=11 p=0,632	U=12 p=0,151
Grup İçi İstatistiksel Analiz		$\chi^2=1,82$ p=,401			$\chi^2=2,00$ p=,368				
Konstipe Olma Durumu	n %	n %	n %	n %	n %	n %			
Nadiren	7 35,0	5 41,7	6 75,0	6 33,3	6 30,0	6 37,5			
Ara Sıra	9 45,0	3 25,0	1 12,5	9 50,0	7 35,0	3 18,8			
Çoğunlukla	2 10,0	3 25,0	1 12,5	3 16,7	7 35,0	7 43,7			
Her Zaman	2 10,0	1 8,3	0 0,0	0 0,0	0 0,0	0 0,0			
Grup İçi İstatistiksel Analiz	T0-T1: M=14 p=0,739	T1-T2: M=10 p=0,102	T0-T1: M=8 p=0,087	T0-T1: M=7 p=0,059	T1-T0: M=6 p=0,083	T0-T1: M=5 P=0,099			
							FSH=0,18 p=,666	FSH=0,02 p=,879	FSH=2,99 p=,083

T0: Eğitimden önce; T1: Eğitimden bir ay sonra; T2: Eğitimden üç ay sonra.

χ^2 : Friedman Testi; U: Mann-Whitney U Testi; FSH: Fisher'in Kesim Testi; M: Marjinal Homojenlik Testi.

EK 23. Orjinallik Ekran Çıktısı

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİNE DAYALI EĞİTİM VE DANIŞMANLIK
PROGRAMININ BENLİK SAYGISI, CİNSEL DOYUM VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

ORIGINALITY REPORT

8%	7%	1%	1%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	5%
2	Submitted to Haliç Üniversitesi Student Paper	1%
3	dergipark.org.tr Internet Source	<1%
4	aybu.edu.tr Internet Source	<1%
5	avesis.aybu.edu.tr Internet Source	<1%
6	KADIOĞLU, Merve and KIZILAKAYA BEJİ, Nezihe. "Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2016. Publication	<1%

EK 24. Dijital Makbuz



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Esra Başkaya**
 Assignment title: **ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİR...**
 Submission title: **ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI GELİŞTİR...**
 File name: **ESRA_BA_KAYA-TEZ_T_M_MET_N-01.05.23.docx**
 File size: **5.2M**
 Page count: **259**
 Word count: **54,598**
 Character count: **372,931**
 Submission date: **01-May-2023 10:08PM (UTC+0300)**
 Submission ID: **2081216049**

YÜ.
 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA SAĞLIĞI
 GELİŞTİRME NİTELİĞİNDE BAKALİ EĞİTİM VE
 DAVRANIMLIK PROGRAMININ BİYOLİNG KAYGIDA, ÇİNSEL
 DAVRANIŞ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

ESRA BAŞKAYA

Dijital ve Kağıt Başvuların Elektronik Değerlendirme Programı
 (DOKTORA 012)

9. ÖZGEÇMİŞ