

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANS TANILI YAŞLI KADINLARA
UYGULANAN KEGEL EGZERSİZİ ODAKLI GİRİŞİMİN
İNKONTİNANSA ETKİSİ

Hilal Gamze HAKBİLEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÜRİNER İNKONTİNANS TANILI YAŞLI KADINLARA
UYGULANAN KEGEL EGZERSİZİ ODAKLI GİRİŞİMİN
İNKONTİNANSA ETKİSİ

Hilal Gamze HAKBİLEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr.Öğr. Üyesi Serpil İNCE

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 28/06/2019

İmza

Tez Danışmanı : Dr.Öğr.Üyesi Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Leyla KHORSHID
Ege Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. Emine KOL
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr.Öğr. Üyesi Arzu AKCAN
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Derya ADIBELLİ
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

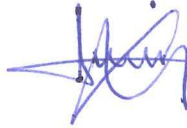
Öğrenci

Hilal Gamze HAKBİLEN



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana daima yol gösteren, ilgisini ve desteklerini esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Dr.Öğr.Üyesi Serpil İNCE'ye; yüksek lisans eğitimimin başlangıcından itibaren yanımda olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocam Doç.Dr. Emine KOL'a; tez sürecimin başlangıcından itibaren değerli katkı ve yönlendirmeleri ile destek olan Dr.Öğr.Üyesi Derya ADIBELLİ'ye; tezimde yer alan Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığına çizimleri ile katkıda bulunan Dr.Öğr.Üyesi Leyla MUSLU'ya;

Tez çalışmamı yürütebilmem için gerekli tüm imkanları sağlayan üniversiteme ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ne; desteklerini her zaman hissettiren başta Ayça KUTER olmak üzere tüm Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi çalışanlarına; tez sürecimde Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olan ve araştırmama katılmayı kabul eden tüm hastalarım;

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca tüm sorularımın cevabı olan ve değerli yardımlarını esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına;

Yüksek lisans eğitimimi ve akademik çalışma yaşamımı birlikte paylaştığım, her konuda yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim değerli arkadaşlarım Arş.Gör. Ayşe YACAN KÖK, Arş.Gör. Fadime Gamze TEKİN, Arş.Gör. Şefika DEDEMOĞLU, Arş.Gör. Fatma DURSUN ERGEZEN ve Arş.Gör. Ayşegül KORKMAZ DOĞDU'ya;

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde desteklerini esirgemeyen Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarıma;

Hayatım boyunca her zaman sevgisiyle, destekleriyle, gurur dolu gözleriyle yanımda olan, eğitim sürecimin bugünlere taşınmasını sağlayan annem Filiz HAKBİLEN, babam Ramazan HAKBİLEN, kardeşim Hande HAKBİLEN ve tüm aileme sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma üriner inkontinans tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans, yaşam kalitesi ve algılanan etki düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek kör randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımındaki çalışma Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olan, üriner inkontinans tanısı almış, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 30 girişim, 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 yaşlı kadın hasta ile Aralık 2017-Mart 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplama aracı olarak Hasta Tanıtım Formu, Standardize Mini Mental Test, ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) ve Haftalık Egzersiz Takip Formu kullanılmıştır. Girişim grubundaki hastalara yaşadıkları evlerde gerçekleştirilen ziyaretlerle araştırmacı tarafından hazırlanmış Kegle Egzersiz Bilgilendirme El Kitabı ve kegel egzersizi eğitimi verilmiştir. Hastaların egzersizi uygulama durumları haftalık telefon görüşmeleriyle takip edilmiştir. Veriler girişim öncesinde ve girişimden sonra 6. ve 12. haftada toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS for Windows 23.0 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Uygulama sonrasında girişim grubunda yer alan hastalarda kontrol grubuna göre yapılan her tekrarlı ICIQ-SF değerlendirmesinde idrar kaçırma miktarı ve sıklığı puanının azaldığı, yaşam kalitesi düzeyinin arttığı, ölçek toplam puan ortalamasının azaldığı saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların %83.3'ü uygulama sonrasındaki algılanan etki değerlendirmesinde inkontinansa ilişkin şikayetlerinin azaldığını ifade etmiştir. Girişim grubunda yer alan hastalardan %73.3'ünün egzersizi her gün düzenli olarak uyguladığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışma sonuçlarında üriner inkontinans tanılı yaşlı kadınların evlerinde birebir eğitim ve sık takiple gerçekleştirilen kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans düzeyini, algılanan şikayetlerini azalttığı; yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, kegel egzersizi, hemşirelik

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to evaluate the effect of kegel exercise oriented initiative on incontinence, quality of life and perceived effect on elderly women diagnosed with urinary incontinence.

Method: This single blind, randomized controlled, experimental research design study was carried out between December 2017 and March 2019 with 30 intervention and 30 control groups, a total of 60 elderly women patients who were registered to Antalya Metropolitan Municipality Home Health Center, diagnosed as urinary incontinence, complying with inclusion criteria. Patient Information Form, Standardized Mini Mental Test, ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form), and Weekly Exercise Follow-up Form were used as data collection tools. Kegel Exercise Training Information Handbook prepared by researcher and kegel exercise training information were given to the patients in the intervention group in their houses. The exercise practice situations of the patients was monitored by weekly phone calls. Data were collected before information and 6-12 weeks after the intervention. The statistical analysis of the data was done by SPSS for Windows 23.0.

Results: It was determined in the intervention group according to the control group, each repeated ICIQ-SF evaluation showed that the incidence of urinary incontinence and frequency decreased, the quality of life score increased and the scale total score decreased. 83.3% of the intervention group patients stated that their complaints about incontinence decreased in the perceived effect evaluation after the application. The patients in the intervention group, 73.3% of the patients applied the exercise regularly every day.

Conclusion: The results of the study was determined that the kegel exercise oriented initiative performed by one-to-one education in their houses and frequent follow-up in the elderly women patients reduces the incontinence level, perceived complaints. And it has shown that it improves the patients quality of life.

Key words: urinary incontinence, kegel exercise, nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	VIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.1.1. Araştırmanın Hipotezi	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kadın Alt Üriner Sistem Anatomik Yapısı	3
2.1.1. Mesane	3
2.1.2. Üretra	4
2.2. Kadın Alt Üriner Sistem Nörofizyolojik Yapısı	4
2.3. Kontinans Mekanizması	5
2.3.1 Dolum Fazı	6
2.3.2. İşeme Fazı	6
2.4. Üriner İnkontinans	7
2.4.1. Üriner İnkontinans Tanımı	7
2.4.2. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi	7
2.4.3. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri	8
2.4.4. Üriner İnkontinans Tipleri	11
2.4.5. Üriner İnkontinans Tedavi Yöntemleri ve Hemşirelik Bakımı	14

3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri	24
3.4. Randomizasyon	24
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	29
3.5.2. Standardize Mini Mental Test	30
3.5.3. ICIQ-SF	30
3.5.4. Haftalık Egzersiz Takip Formu	31
3.6. Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının Hazırlanması	31
3.7. Verilerin Toplanması	32
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	37
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
4.1. ICIQ-SF Değerlendirmesi	38
4.2. Algılanan Etki Değerlendirmesi	41
4.3. Kegel Egzersizi Uygulama Durumunun Değerlendirmesi	43
5. TARTIŞMA	44
5.1. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinans Düzeyine Etkisi	44
5.2. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi	48
5.3. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınların İdrar Kaçırma Durumlarının Değerlendirmesi	50
5.4. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin Algılanan Etki Düzeyine Etkisi	52

5.5. Üi Tanılı Yaşlı Kadınların Kegel Egzersizi Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi	53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	55
KAYNAKLAR	57
EKLER	
EK-1. Araştırma İzlem Formu	
EK-2. Hasta Tanıtım Formu	
EK-3. Standardize Mini Mental Test	
EK-4. ICIQ-SF (Türkçe Versiyon)	
EK-5. Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı	
EK-6. Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı Kapsam Geçerliliği Değerlendirme Formu	
EK-7. Kegel Egzersizi Eğitim Planı	
EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu-Girişim Grubu	
EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu-Kontrol Grubu	
EK-10. ICIQ-SF Kullanım İzni	
EK-11. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	
EK-12. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi Kurum İzni	
ÖZGEÇMİŞ	97

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Örnekleme özellikleri	24
Tablo 3.2. Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama öncesi sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 3.3. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 3.4. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların sağlık durumları (n=60)	27
Tablo 3.5. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların inkontinans durumları (n=60)	28
Tablo 3.6. Üİ tanılı yaşlı kadınların Standardize Mini Mental Test sonucu toplam puan değerlendirmesi	30
Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların 0., 6. ve 12. haftalardaki inkontinans ve yaşam kalitesi durumlarının dağılımları	38
Tablo 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların idrar kaçırma durumlarının dağılımı	40
Tablo 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama sonrası 6.ve 12. haftalardaki algılanan etki durumlarının dağılımı	42
Tablo 4.4. Girişim grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların kegel egzersizini uygulama durumları	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın seyri	35
Şekil 3.2. Randomizasyon basamakları	36
Şekil 4.1. Girişim grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama sonrası 6. ve 12. haftalardaki inkontinans şikayetlerinin değişim durumu	41

SİMGELER ve KISALTMALAR

BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
DM	:	Diabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
I-QOL	:	Incontinence Quality of Life Questionnaire
ICIQ-SF	:	Incontinence Questionnaire Short Form
Üİ	:	Üriner İnkontinans

1. GİRİŞ

Üriner sistemin işeme bozukluklarından biri olan üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından “istemsiz idrar kaçırma şikayeti” veya “muayene sırasında görülen idrar kaçağı” olarak gözlemlenen bir semptom olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2003). Üİ dünya üzerinde 423 milyondan fazla insanı etkilemekte ve bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Irwin ve ark., 2011). Üİ tanısı alan hastaların bakım ve tedavisindeki temel amaç; tekrar idrar tutabilir hale gelmeyi (kontinansı) sağlamaktır (Demirci ve Coşar, 2009; Özcan ve Kapucu, 2014). Kontinansı sağlamada uygulanan tedaviler; farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi ve davranışsal tedavidir (Burns ve ark., 1993; Dmochowski ve ark., 2004; Demirci ve Coşar, 2009; Özcan ve Kapucu, 2014; Stenzelius ve ark., 2015).

Davranışsal tedavi yöntemleri; basit, ucuz, etkili olması ve yan etkileri olmaması nedeniyle Üİ’in tedavisinde ilk seçenek olarak tercih edilmelidir (Çoban ve Şirin, 2003; Demirci ve Coşar, 2009). Üİ’de sıklıkla uygulanan davranışsal tedavi yöntemleri; diyet, mesane eğitimi, programlanmış tuvalet eğitimi, elektriksel stimülasyon, vajinal kon, biofeedback ve kegel egzersizidir (Can Güler ve Yağcı, 2006; Yoo, 2006; Demirci ve Coşar, 2009; Kılınç, 2010; Özcan ve Kapucu, 2014).

Davranışsal tedaviler arasında en önemli yöntemlerden biri olan kegel egzersizi Üİ hastaları için uygun maliyetli bir tedavi yöntemi olup; hastalar bireysel olarak, herhangi bir yerde, düzenli olarak hastaneye gitmeye gereksinim duymadan uygulayabildiği için diğer tedavi yöntemlerinden farklılık göstermektedir (Park ve Kang, 2014). Kegel egzersizinin Üİ sorunu olan hastalardaki etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda egzersizi düzenli olarak yapan kişilerin Üİ düzeyinde önemli oranda azalma ve yaşam kalitesi düzeylerinde önemli oranda artış olduğu belirlenmiştir (Lagro- Janssen ve ark., 1991; Alewjinse ve ark., 2003; Siu ve ark., 2003; Aslan ve ark., 2008; Castro ve ark., 2008; Sarı ve Khorshid, 2009; Pereira ve ark., 2011; Sherburn ve ark., 2011; Cavkaytar ve ark., 2015; Jahromi ve ark., 2015; Engberg ve Sereika, 2016; Vaz ve ark., 2018; Due ve ark., 2019).

İnkontinansın önlenmesi ve tedavi yöntemlerinin uygulanması sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Hemşireler, bu ekip çalışmasının en temel üyelerinden olup, bu konudaki rolleri gün geçtikçe genişlemektedir. Sadece klinik bakımdan sorumlu olmayan ve amacı holistik bakım olan hemşirelerin, hastanın tanı, tedavi ve izlem/ kontrollerinin yanı sıra inkontinansın önlenmesinde ve kontinansın sağlanmasında da önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015). Ülkemizde Üİ hastalarının inkontinans ve davranışsal tedavi yöntemlerinden kegel egzersizleri hakkındaki bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu görülmektedir (Alparslan ve ark., 2007). Bu nedenle hemşirelerin inkontinansa yönelik sorumluluk alanları arasında en önemlilerinden birisi eğitimidir.

Ülkemizde 65 yaş üstü kadın hastalarda Üİ görülme sıklığının % 57,1 olmasına rağmen hastaların davranışsal tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri düşük olması konuyla ilgili çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Ateşkan ve ark., 2000; Alparslan ve ark., 2007). Özellikle 65 yaş üstü hastalarda inkontinans probleminin göz ardı edilmesi (Ateşkan ve ark., 2000) ve evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların büyük çoğunluğunun 65 yaş üstü bireyler olması (Bilge ve ark., 2014) çalışmanın planlanmasında etkili olmuştur.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans, yaşam kalitesi ve algılanan etki düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.1.1. Araştırmanın Hipotezi

H1 Hipotezi: Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans düzeyine etkisi vardır.

H1 Hipotezi: Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır.

H1 Hipotezi: Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişim algılanan etki düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Alt üriner sistem yapısal olarak birbiriyle eş zamanlı çalışan iki bölümden oluşmaktadır. Bu bölümlerden mesane, depolama ve boşaltma; üretra ise kontrol ve taşıma işlevlerinden sorumlu yapılardır. Kompleks nörolojik sistemin kontrolünde işleyen bu iki bölümün ilişkisi alt üriner sistem fonksiyonunun ve kontinansın ana yapısını oluşturmaktadır (Balcı ve Akçetin, 2009).

2.1. Kadın Alt Üriner Sistem Anatomik Yapısı

2.1.1. Mesane

Mesane, idrar depolama ve boşaltma işlevini yerine getiren, pelvik yerleşimli, içi boş muskuler yapıda olan bir organdır. Mesanenin idrarı biriktirme işlevini yerine getiren ve esas kısmı olarak görülen yer gövde kısmıdır. Gövde kısmının bir uzantısı olarak yer alan huni şeklindeki boyun kısmı ise ürogenital üçgenin alt ve ön kısmından geçerek gövdeyi üretraya bağlamaktadır (Hall, 2013). Mesanenin konumu boş veya dolu olmasına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Erişkinlerde boş mesane simfiz pubisin arka tarafında tepesi önde ve yukarıda, tabanı arkada ve aşağıda bir üçgen piramit şeklindedir (Anafarta ve ark., 2011). Mesane aşırı dolduğunda simfiz pubisin üstüne kadar taşabilmektedir (Özyurt, 2000). Mesanenin üst yüzü kadında uterus ve ileumla, erkekte kolon ve ileumla komşuluk yapmaktadır (Erdil ve Özhan Elbaş, 2016). Erişkin bireylerde mesane tam kapasitesi 400-500 ml'dir. Mesanenin iç yapısı içte mukoza, ortada muskuler tabaka ve dışta seroza olmak üzere üç tabakadan oluşmaktadır. Muskuler tabaka mesanede esas fonksiyonel yapı olan detrüsor kasını oluşturur (Yaman ve ark., 2018).

Mesane boynunda yer alan, değişik yönlerde iç içe girmiş karmaşık yapıdaki düz kas liflerinin oluşturduğu ve belirgin üç tabakadan oluşan yapıya detrüsor denir (Özyurt, 2000; Anafarta ve ark., 2011). Detrüsor lifleri mesanede tüm yönlere dağılır ve kasıldığı zaman mesane iç basıncını 40-60 mmHg'ya kadar çıkarabilir. Detrüsor kasının kasılması mesanenin boşalması için gerekli olan temel adımdır (Hall, 2013). Her yöne rastgele demetler halinde dağılan kas yapısı belli bir hacime ulaşıncaya kadar gerildikçe gevşeyerek iç kısmında biriken idrarın düşük basınçlarda depolanabilmesini, miksiyon

ihtiyacı geliştiğinde sürekli ve eş güdümlü kontraksiyonlarla biriken idrarı içeride hiç kalmayacak şekilde boşaltabilmesini sağlamaktadır (Anafarta ve ark., 2011).

Detrüsorü oluşturan düz kas bantları mesane tabanında üretranın açıldığı bölümde birleşerek internal sfinkteri meydana getirir. Üreterlerin mesaneye giriş yaptığı yerle internal sfinkterin bulunduğu yer arasında kalan üç açılı alana trigon denir (Erdil ve Özhan Elbaş, 2016). Trigon, üreterlerin giriş yerlerinden mesane boynuna uzanır. Derin trigon detrüör düz kasının, yüzeysel trigon ise üreter kaslarının uzantısıdır (Sivrioğlu, 2005). Detrüorda bulunan karmaşık kas yapısı trigonda daha düzenli bir dizilim göstermektedir. Trigondaki kas yapısı mesanenin dolması esnasında ve miksiyon sürecindeki yüksek intravezikal basınçlar esnasında üreterovezikal alanın kapalı kalmasını sağlayarak vezikoüreteral reflünün oluşmasını engellemektedir (Anafarta ve ark., 2011).

2.1.2. Üretra

Üretra, erişkin bir kadında yaklaşık olarak 4 cm uzunlukta ve 6 mm çapında, tamamına yakını kas yapısında olan tüp şeklinde bir kanaldır (Anafarta ve ark., 2011; Erdil ve Özhan Elbaş, 2016). Vajinanın hemen önünde, simfiz pubisin alt ve arka kısmında yer almaktadır (Özyurt, 2000). İdrarın dışarı atılmasını sağlayan bu yapı mukus salgılayan bezlerin olduğu epitel ile örtülüdür. Sirküler kas tabakası mesanenin devamı şeklinde ilerlemektedir. (Erdil ve Özhan Elbaş, 2016). İç sfinkter yapı olarak mesaneden uzanan sirküler düz kas lifleri ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Düz kas lifleri submukozal tabaka halinde üretra boyunca uzanmakta ve kadında üretranın 2/3 proksimalini çevreleyen dış sfinkterin yapısına katılmaktadır (Sivrioğlu, 2005). Dış sfinkter kası sinir sisteminin istemli kontrolü altında çalışmakta ve istemsiz çalışan kontrol mekanizmaları mesaneyi boşaltma girişimde bulunduğu idrarın dışarı atılmasını bilinçli olarak engellemektedir (Hall, 2013).

2.2. Kadın Alt Üriner Sistem Nörofizyolojik Yapısı

Alt üriner sistemin inervasyonunu periferik inervasyon ve bunu kontrol eden merkezi sinir sistemi gerçekleştirmektedir. Periferik innervasyon parasempatik, sempatik ve somatik sinir lifleri ile sağlanmaktadır (Sivrioğlu, 2005).

Mesanenin işlevini tam olarak yerinde getirebilmesi için vücutta bulunan diğer tüm organlardan daha farklı ve karmaşık bir inervasyona sahip olması esastır. Mesanenin temel sinir kaynağı medulla spinalisin sakral 2 ve 3 segmentleri arasında bağlantı kuran sakral pleksus ile bağ yapan pelvik sinirlerdir. Bu pelvik sinirler motor sinir liflerinin yanı sıra duyuşal sinir liflerini de taşımaktadır. Mesanenin motor inervasyonu sempatik ve parasempatik lifler tarafından gerçekleştirilmektedir. Parasempatik motor lifleri temelde detrüşöre ulaşarak mesanenin boşaltılmasını sağlamaktadır. Sempatik motor lifleri ise mesane boynu tonüsünü oluşturmakta ve idrarın depolanması sağlanmaktadır (Anafarta ve ark., 2011). Mesane aynı zamanda temel olarak etkisi kan damarlarını uyarmak olan ve mesane kontraksiyonunda etkisi oldukça az olan hipogastrik sinirlerin aracılığıyla sempatik inervasyon da almaktadır (Hall, 2013). Pelvik sinir liflerine ek olarak mesane fonksiyonlarında etkili olan somatik inervasyon ise pelvik taban kaslarının, perine ve dış sfinkterin kontraksiyonunu sağlamaktadır (Sivrioğlu, 2005).

Mesane de gelişen ağrı, sıcaklık, dokunma, gerilme gibi duyuşlar sempatik ve parasempatik sinir lifleri ile iletilmektedir. Mesane de gerilme ve dolgunluk hissini iletiminde parasempatik; ağrı, dokunma ve ısı hissini iletiminde ise sempatik sinir lifleri etkilidir.

Üretra sempatik ve parasempatik otonom sinir liflerinin etkisi altındadır. Parasempatik sinir lifleri üretral düz kasların gevşemesini sağlamaktadır. Üretranın sempatik inervasyonu ise kontraksiyon ve üretral direnç artışının gerçekleşmesinde etkilidir (Anafarta ve ark., 2011).

2.3. Kontinans Mekanizması

Kontinans mekanizması santral ve periferik sinir sistemi, mesane duvarı, detrüşör kas ve bağ doku gibi anatomik yapılarla birlikte bir çok nöral refleks etkileşimi ile gerçekleşen kompleks bir süreçtir. Kontinans mekanizması otonom sinir sisteminin kontrolü altındaki refleks bir mekanizma olup; dolun fazı ve işeme fazı olarak adlandırılan iki ana aşamayı kapsamaktadır (Can Güler ve Yağcı, 2006; Anafarta ve ark., 2011).

2.3.1 Dolum Fazı

Yeterli idrarın depolanması düşük basınç altında, mesanenin içerisinde artan idrar hacmine uyumu, kapalı mesane çıkışı ve istem dışı mesane kontraksiyonlarının olmamasının gerektirmektedir (Yavuz, 2008). Mesanede idrar bulunmuyorken mesane içi basınç yaklaşık olarak 0 düzeyindedir (Hall, 2013). Mesane dolumu esnasında mesane boynu ve proksimal üretra düz kasında bulunan alfa adrenejik reseptörlerin uyarılması çıkım direcini artırır (Can Güler ve Yağcı, 2006; Anafarta ve ark., 2011). Alfa adrenejik sempatik tonüs internal sfinterin kontraksiyonunu sağlayarak mesane boynunu kapatır. Beta adrenejik tonüs ise mesane kasının gevşemesini sağlar ve parasempatik etkiyi azaltır. Böylelikle mesanenin dolması sağlanmış olur (Yavuz, 2008). Mesanedeki idrar miktarı arttıkça mesane içi basınçta artış olur. Mesane nispeten doluyken işeme kasılmaları daha kısa süreli olurken mesane dolmaya devam ettikçe kasılmalarda da artış olur (Hall, 2013). Mesanenin dolumu devam edip belirli düzeyde bir mesane duvarı gerginliği oluşmaya başladığında işeme isteği gelişir. Mesane duvarında bulunan mekanoreseptörler aktive olarak uyarı afferent parasempatik sinirler aracılığıyla spinal kordda S2-S4 seviyesine iletilir. Uygun zaman ve uygun yer buluncaya kadar idrar tutulmaya çalışılır (Can Güler ve Yağcı, 2006).

2.3.2. İşeme Fazı

Mesane içerisinde 300-400 ml kadar idrar biriktiğinde mesane içinde basınç artar. Böylelikle idrar yapma hissi uyarılır ve istemli işeme başlar (Can Güler ve Yağcı, 2006). İstemli işemede kişi öncelikli olarak karın kaslarını kasar. Bu durum mesane içi basıncın artmasını; arka üretra ve mesane boynuna basınçla birlikte fazla idrar girmesini sağlar (Hall, 2013). Mesanenin dolması sonucu mesane içi basıncın artması ve mesane duvarının gerilmesiyle mekanoreseptörlerin uyarılır. Sempatik ve somatik tonüs azalır. Parasempatik uyarılar mesanenin kontraksiyonu başlatır (Yavuz, 2008). Detrüsör kontraksiyonundan önce ilk olarak pelvik taban kaslarıyla birlikte üretra çizgili kasları gevşer ve üretral basınç düşer. Sfinkter relaksasyonu detrüsörün kontraksiyonundan birkaç saniye önce başlar ve mesane tamamen boşalana kadar devam eder. Daha sonra ise detrüsör kontraksiyonu başlar ve mesane içerisindeki basınç artar. Detrüsörün kontraksiyonu ile birlikte üretral düz kaslarda kontrakte olur ve üretra genişler. Mesane boynu ve proksimal üretra huni şeklini alarak aşağı doğru iner. Böylelikle idrarın akışı

kolaylaşmış olur. Detrüsör ile birlikte trigonun kontraksiyonu da gerçekleşir ve üreterovesikal yapı aşağı doğru çekilir. Mesane üretraya doğru eğilir ve üretravesikal açı düzleşir. Böylelikle idrar akışı başlamış olur (Özyurt, 2000; Can Güler ve Yağcı, 2006). İşeme ile birlikte genellikle mesane içerisindeki tüm idrar boşaltılır; nadiren de olsa 5-10 mililitreden fazla idrar mesanede kalabilir (Hall, 2013). Mesane içerisindeki idrar boşalınca mesane boynu kapanır, üretra ve perine kasları işeme öncesindeki normal tonüsüne döner (Özyurt, 2000).

2.4. Üriner İnkontinans

2.4.1. Üriner İnkontinans Tanımı

Üriner sistemin işeme bozukluklarından biri olan Üİ, Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından “istemsiz idrar kaçırma şikayeti” veya “muayene sırasında görülen idrar kaçağı” olarak gözlemlenen bir semptom olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2003). Üİ, genitouriner sistemde görülen değişiklikler ve/veya normal idrara çıkışı etkileyen sistemik sorunlar nedeniyle gelişen patolojilerin bir sonucu olarak ortaya çıkan çok faktörlü bir sendromdur (Abrams ve ark., 2002). Son 12 ay içerisinde ciddiye düzeyine bakılmaksızın istem dışı idrarın kaçırılması durumu ve ayda birden fazla idrar kaçırma durumu Üİ olarak değerlendirilmektedir (Yavuz, 2008). Toplum içerisinde seyreden yüksek görülme sıklığının yanı sıra psikolojik, sosyal ve ekonomik yaşam üzerine etkileri Üİ’i sağlık sorunları arasında önem düzeyi yüksek bir yere taşımaktadır (Botlero ve ark., 2010).

2.4.2. Üriner İnkontinans Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre, Üİ tüm dünyada 200 milyondan fazla insanı etkilemekte ve bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Zanetti ve ark., 2007). Yapılan çalışmalar sonucunda dünya çapında 20 yaş üstü toplam nüfusun %8.7’inin (>423 milyon) Üİ sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Coğrafya göz önünde bulundurulduğunda ise Üİ’i en sık %9.9 oranı (57 milyon) ile Avrupa’da rastlanılmıştır. Toplam dünya nüfusu üzerinden değerlendirildiğinde Üİ kadınların %12.4’ünde (303 milyon) ve erkeklerin % 5’inde görülmektedir. Üİ’in cinsiyete göre görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden 3 kat daha fazla olarak değerlendirilmiştir. Dünyada kadınlarda en sık stres tipi inkontinansın; erkeklerde ise stres, miks ve urge tipi inkontinansın dışında

kalan diğerk inkontinans tiplerinin daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Irwin ve ark., 2011).

Ülkemizde yapılan en geniş kapsamlı prevelans çalışmasında Üİ görülme sıklığının kadınlarda %38.7, erkeklerde ise %9.9 olduğu belirlenmiştir. Üİ'n tipleri açısından değerlendirildiğinde ülkemizde kadınlarda en sık stres tipi inkontinansın, erkeklerde ise stres ve urge tipi inkontinansın görüldüğü belirlenmiştir. Kadınlarda Üİ'n tüm tiplerinde artan yaş ile birlikte görülme sıklığı da artmaktadır. Erkeklerde ise böyle bir değerlendirme yapıldığında anlamlı düzeyde artış tespit edilmemiştir (Zümrütbaş ve ark., 2014).

2.4.3. Üriner İnkontinanstaki Risk Faktörleri

Yaş: Yaşlanmaya bağlı olarak görülen istemsiz mesane kontraksiyonu sıklığının artması, detrüsrör kas gücünde zayıflama, üretra ön duvarında bulunan çizgili kas liflerinin sayısında, mesane kapasitesinde, üretral basınçta, mesane kontraktilesinde, idrar akış hızında ve idrar yapmayı erteleme becerisinde azalma Üİ riskinin artışına neden olmaktadır (Can Güler ve Yağcı, 2006; Öztürk ve ark., 2012; Terzi ve ark., 2013; Scemons, 2013). Yapılan çalışmalar sonucunda Üİ prevelansının yaş ile birlikte arttığı belirlenmiştir (Aggozzotti ve ark., 2000; Danforth ve ark., 2006; Şentürk ve Kara, 2010; Öztürk ve ark., 2012; Mathews ve ark., 2013; Terzi ve ark., 2013; Demirel ve Akın, 2014).

Cinsiyet ve İrk: Kadınlar, üretra kısılalığı gibi anatomik farklılıkların yanı sıra doğum gibi fizyolojik olaylar nedeniyle Üİ'a daha yatkındır (Topuz, 2015). Yapılan çalışmalar sonucunda kadınlarda Üİ prevelansının erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Ateşkan ve ark., 2000; Irwin ve ark., 2011; Thüroff ve ark., 2011).

Üİ, siyah ırkta yer alan kadınlarda, üretra ve destek yapılarıdaki yapısal ve fonksiyonel farklılıklara bağlı olarak Asyalı kadınlara ve beyaz ırkta yer alan kadınlara göre daha az görülmektedir (Sampselle ve ark., 2002; Danforth, 2006).

Sigara ve Kafein Tüketimi: Sigara kullanımı olan bireylerde gelişen sık ve şiddetli öksürük nedeniyle pelvik taban kaslarında harabiyet ve karın içi basınçta artış

görülmektedir. Buna ek olarak sigarada bulunan kimyasalların antiöstrojenik etkisi ve kollogen sentezini bozması sonucunda Üİ gelişme olasılığı artmaktadır (Ünsal ve ark., 2013). Sigara kullanımının Üİ prevelansını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sampselle ve ark., 2002; Danforth ve ark., 2006; Ünsal ve ark., 2013).

Kafein tüketiminin diüretik etkisi, detrüsor basıncını ve detrüsor kasının uyarılabilirliğini artırması nedeniyle Üİ görülme sıklığının artmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir (Arya ve ark., 2000; Riesenhuber ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarla kafein tüketiminin Üİ için bir risk faktörü olabileceğini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Hirayama ve Lee, 2012; Davis ve ark., 2013; Gleason ve ark., 2013).

Menopoz: Kadın genital organları ile alt üriner sistemin embriyolojik kökenlerinin aynı olması nedeniyle östrojen ve progesteron hormonlarına duyarlılık söz konusudur (Topuz, 2015). Kadınlarda pelvis tabanı pubokoksigeus kasında, mesane üçgeninde, üretra epitelinde östrojen reseptörleri oldukça yoğundur. Menopoz sonrasında gelişen östrojen yetmezliği, östrojen reseptörlerinin sıklığında azalma, alt üriner isitemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler Üİ görülme sıklığının artışına neden olmaktadır (Tanrıverdi ve ark., 2004; Ünsal ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar da menopoz sonrasında Üİ prevelansında artış olduğunu desteklemektedir (Tanrıverdi ve ark., 2004; Danforth ve ark., 2006; Menezes ve ark., 2010; Başak ve ark., 2012; Terzi ve ark., 2013; Ünsal ve ark., 2013).

Histerektomi: Histerektomi operasyonunda gelişebilen komplikasyonlardan olan pelvik kas yapılarının travmatize olması, pelvik organ fonksiyonlarının bozulması, vajinanın kısılması, pelvik organ prolapsusu Üİ görülme sıklığının artmasına neden olmaktadır (Danforth ve ark., 2006; Wood ve Anger, 2014).

Doğum: Çoklu doğum yapan kadınlarda pelvik taban kaslarının zayıflaması sonucu Üİ'nin daha sık görülmesi beklenmektedir. Yapılan çalışmalar doğum sayısının fazla olmasını kadınlarda Üİ için bir risk faktörü olduğu belirlemiştir (Danforth ve ark., 2006; Zhu ve ark., 2008; Terzi ve ark., 2013; Ünsal ve ark., 2013; Demirel ve Akın, 2014; Kaşıkçı ve ark., 2015; Kılıç, 2016).

Doğum şekli açısından değerlendirildiğinde vajinal doğumun pelvik fasiyal destek yapısına zarar verdiği, pelvik taban ve üretral kasların parsiyel denervasyonuna neden olduğu; bu durumun ise Üİ için bir risk faktörü olabileceği tespit edilmiştir (Akyol ve ark., 2007). Vajinal doğum yapan kadınlarda sezeryan doğum yapanlara göre Üİ görülme oranının daha fazla olduğu çeşitli çalışmalar sonucunda bildirilmektedir (Rortveit ve ark., 2003; Başak ve ark., 2012; Terzi ve ark., 2013).

İri bebek doğumu (> 4000 g) öyküsü olan kadınlarda pelvik kasların zayıflaması ve pelvik sinirlerin zarar görmesi sonucunda Üİ görülme sıklığı daha yüksek olabilmektedir (Ünsal ve ark., 2013). İri bebek doğumu sonrasında Üİ görülme oranının daha yüksek olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (Oliveira ve ark., 2010; Başak ve ark., 2012; Ünsal ve ark., 2013).

Tüm bu risk faktörlerine ek olarak doğum indüksiyonu olarak kullanılan prostoglandinlerin puerperal dönemde Üİ görülme oranında artışa neden olduğu bildirilmiştir (Pregazzi ve ark., 2002).

Üriner Sistem Enfeksiyonu: Üriner sistem enfeksiyonu istemsiz detrüsor kas kontraksiyonlarının stimülasyonuna neden olduğundan Üİ için bir risk faktörüdür (Ünsal ve ark., 2013). Yapılan bazı çalışmalarda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları olan bireylerde Üİ görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Wu ve ark., 2011; Ünsal ve ark., 2013; Kaşıkçı ve ark., 2015; Kılıç, 2016)

Obezite ve Kronik Konstipasyon: Obezite sonucunda ortaya çıkan, pelvik taban inervasyonu ve kaslarda zayıflığa yol açan intraabdominal basınç artışı Üİ için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Hunnskaar, 2008). Obezitenin Üİ için bir risk faktörü olduğunu sonucunu saptayan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Danforth ve ark., 2006; Subak ve ark., 2009; Başak ve ark., 2012; Öztürk ve ark., 2012; Ünsal ve ark., 2013; Wood ve Anger, 2014; Kaşıkçı ve ark., 2015).

Kronik konstipasyonda zorlanma sonucunda gelişen pelvik taban bağ dokusundaki harabiyet ve ligamentlerin gevşemesi, pelvik taban kaslarında zayıflamaya ve intraabdominal basınçta artmaya dolayısıyla da Üİ'ye neden olmaktadır (Ünsal ve ark.,

2013). Bu durum kronik konstipasyonun Üİ için bir risk faktörü olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kronik konstipasyonun Üİ için bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Zhu ve ark., 2008; Wu ve ark., 2011; Ünsal ve ark., 2013; Kaşıkçı ve ark., 2015).

Kronik Öksürük: Kronik öksürük intrabdominal basınçta artışa neden olduğundan Üİ için bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (Minassian ve ark., 2003; Kaşıkçı ve ark., 2015).

Diabetes Mellitus (DM): DM sonucu gelişen nöropati, detrüör kasının disfonksiyonu, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ve diyabetik sistopati, Üİ görülme oranının artmasında önemli bir role sahiptir (Hill ve ark., 2008). Ayrıca DM'nin mikrovasküler komplikasyonlardan mikroalbüminüri ve periferik nöropatik ağrı ile Üİ gelişiminin ilişkili olduğu belirlenmiştir (Brown ve ark., 2006). DM'nin Üİ için bir risk faktörü olduğunu belirleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Brown ve ark., 2006; Danforth ve ark., 2006; Başak ve ark., 2012; Ünsal ve ark., 2013; Kılıç, 2016).

Hareket Kısıtlılığı: Yaşlı bireylerde nörolojik ve romatizmal hastalıklar sonucu gelişen hareket kısıtlılığı nedeniyle tuvalete yetişememe Üİ için bir risk faktörü olarak görülebilmektedir (Ateşkan, 2004).

İlaç Kullanımı: Anjiyotensin inhibitörleri, kolinesteraz inhibitörleri, antipsikotikler, antimuskaririkler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, östrojen, narkotik analjezikler, sedatif hipnotikler, trisiklik antidepresanlar, antihipertansifler gibi idrar yapma fonksiyonunu etkileyen ilaç tedavileri Üİ'ne neden olabilmektedir (Akın, 2015).

2.4.4. Üriner İnkontinans Tipleri

Üİ'nin belirtilerine bağlı olarak değişiklik gösteren birçok tipi aşağıdaki başlıklar altında tanımlanmıştır.

Stres İnkontinansı

Stres inkontinansı, pelvik taban kaslarının gevşemesi sonucunda abdominal basıncın üretral sfinkter kapanma basıncını geçmesi durumunda görülen küçük hacimli ve istemsiz idrar kaçıışı olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2015; Pair ve Somerall, 2018).

Mesane basıncını arttıran öksürme, hapşırma, valsalva manevrası gibi durumlardan ve ayakta durma, gülme veya atlama gibi karın içi basıncı arttıran fiziksel aktivitelerden kaynaklanmaktadır (Haylen ve ark., 2010). Tüm bu faktörlere ek olarak stres inkontinansı iç üretral sfinkter disfonksiyonundan da kaynaklanabilmektedir (Yavuz, 2008; Delancey, 2012). İç sfinkter fonksiyon yetmezliğinde ayakta durma ya da yürüme durumunda dahi idrar kaçırma görülebilir. Kadınlarda daha sık görülmekle birlikte erkeklerde stres inkontinansı nadir karşılaşılan bir durumdur (Yavuz, 2008).

Stres inkontinansının gelişmesinde yaş, menopoza bağlı olarak gelişen hormonal değişiklikler, ilaç kullanımı, kalıtsal faktörler, gebelik, doğum veya pelvik cerrahi ile ilgili pelvik taban travması ve DM, genitoüriner atrofi ya da prolapsus, obezite, fazla doğum yapılması risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Stothers ve Friedman, 2011; Akın, 2015).

Sıkışma Tipi (Urge) İnkontinans

Sıkışma tipi inkontinans, güçlü bir sıkışma hissi ile gelişen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (Abrams ve ark., 2002; İnci ve Ergen, 2009; Işık ve Bozoğlu, 2010; Akın, 2015; Pair ve Somerall, 2018). Aniden ortaya çıkan aşırı mesane kontraksiyonları sonucunda görülen engelenemez idrar yapma isteği ve sıkışma hissiyle gelişmektedir. Normalde mesane dolum fazzında 400 ml'ye kadar sıkışma hissi oluşmazken sıkışma tipi inkontinansı olan hastalarda henüz mesanede 100-150 ml idrar birikmeden detrusör kasında erken kontraksiyonlar gelişir. Detrusörün hiperaktivitesi mesaneyi aşırı aktif hale getirmektedir (Işık ve Bozoğlu, 2010). Detrusör kontraksiyonlarının etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte idiyopatik olduğu kadar nörojenik olduğu düşünülmektedir (Muth, 2017; Pair ve Somerall, 2018). Sıkışma tipi inkontinanstaki kaçırılan idrar miktarı az olabileceği gibi tüm mesanenin boşalması da söz konusu olabilmektedir (İnci ve Ergen, 2009).

Sıkışma tipi inkontinanstaki mesane irritasyonuna neden olan taş, enfeksiyon, tümör ya da yabancı madde varlığı, fibrözis, yaşlanma ile birlikte gelişen detrusör kası kompliyansının bozulması birer risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Akın, 2015).

Miks İnkontinans

Miks inkontinans, aniden ortaya çıkan işeme hissiyle gelişen sıkışma tipi inkontinansla ve öksürük, hapşırık, egzersiz gibi durumlarda gelişen stres tipi inkontinansın bir arada bulunduğu durum olarak tanımlanmaktadır (Yavuz, 2008; Balcı ve Akçetin, 2009; İnci ve Ergen, 2009; Akın, 2015; Park, 2013; Muth, 2017). Yaşlı kadın bireylerde en sık görülen inkontinans tipi olup; bu bireylerdeki tüm inkontinans vakalarının yaklaşık olarak yarısı miks tipi inkontinanstır (Park, 2013).

Miks inkontinans detrusor sensori motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında oluşan fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır (Smith ve ark., 2006). Hem stres hem de sıkışma tipi inkontinansın nedenleri olarak düşünülen faktörler miks inkontinansın nedenleri olarak da düşünülebilmektedir (Smith ve ark., 2006; Pair ve Somerall, 2018).

Taşma Tipi (Overflow) İnkontinans

Taşma inkontinansı, mesane duvarı kontraksiyonunda ya da sfinkter relaksasyonundaki bozulma nedeniyle artan mesane volümünün ve intravezikal (mesane içi) basıncın mekanik bir baskı oluşturmasıyla sürekli olarak idrar kaçışına neden olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2015).

Taşma tipi inkontinanstaki sürekli olarak damlama şeklinde kaçırma görülmektedir. Taşma tipi inkontinansın semptom ve bulguları tam olarak belli değildir. Stres ve sıkışma tipi inkontinansın semptom ve bulguları taşma tipi inkontinans için de geçerli sayılabilmektedir. Özellikle erkekler, DM ya da nörolojik hastalıkları olan bireyler yüksek risk grubu olarak değerlendirilmektedir (Yavuz, 2008).

Fonksiyonel İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans demans, depresyon, deliryum gibi kognitif ve psikolojik sorunları olan bireylerin inkontinans mekanizmasını kontrol edebilme becerisini kaybetmesinden ya da ortopedik sorunlar nedeniyle hareket edebilme düzeyinde kısıtlılık meydana gelen bireylerin zamanında tuvalete gidememesinden kaynaklı olarak gelişen inkontinans durumu olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2015).

Detrüsör aktivitesi ile alt üriner sistem anatomi ve fonksiyonları normal durumdayken görülen inkontinans türüdür. Bu inkontinans türünde hastalar idrar yapma gereksinimlerini fark edememekte ya da fark ettikleri halde tuvalete yetişememektedir. Yaşamını bakımevlerinde sürdüren yaşlı bireylerde fonksiyonel inkontinans daha sık görülen bir inkontinans türüdür (Işık ve Bozoğlu, 2010).

Sürekli İnkontinans

Sürekli inkontinans, sürekli olarak ve idrar yapma gereksiniminin farkına varmadan idrar kaçırmının olduğu inkontinans türüdür. Prostat ameliyatı ve doğum sırasında gelişen sfinkter yaralanmalarında, bazı konjenital ve kazanılmış nörojenik hastalıklarda görülen mesane fonksiyon bozukluklarında sürekli inkontinansla karşılaşılabilir (İnci ve Ergen, 2009).

2.4.5. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Yöntemleri ve Hemşirelik Bakımı

İnkontinans şikayetleri bulunan hastalarda tedavi için öncelikle değerlendirme yapılması ve tanı konulması gerekmektedir. Üİ'ta temel değerlendirme tıbbi öykü alma, fizik muayene, rezidüel idrar testi, laboratuvar testleri, Üİ ölçekleri, mesane günlükleri ile gerçekleştirilmektedir (Park, 2013). Bu değerlendirmeler sonucunda Üİ tanısı alan bireylerde kontinansı sağlama amacıyla uygulanan tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, farmakolojik tedavi ve davranışsal tedavidir.

Üriner İnkontinanstaki Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Farmakolojik ilaç tedavisinde amaç detrüsör kas kontraktilesini azaltarak istemsiz detrüsör kontraksiyonlarını önlemek ve üretranın kapanma basıncında artışı sağlamaktır. Farklı etki mekanizmalarına sahip olan birçok farmakolojik ilaç bu amaçla kullanılabilir (Can Güler ve Yağcı, 2006). Farmakolojik tedaviye başlamadan önce 3 ay kadar bir süre boyunca davranışsal tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Davranışsal tedavinin etkin olmadığı durumlarda farmakolojik tedavi tercih edilmelidir (Akın, 2015). Farmakolojik tedavi amacıyla antimuskarinik ilaçlar, membran kanallarına (kalsiyum ve potasyum) etki eden ilaçlar, alfa adrenoreseptör antagonistleri, beta adrenoreseptör agonistleri, siklooksijenaz inhibitörleri, toksinler, alfa adrenerjik reseptör agonistleri, östrojen, trisiklik antidepresanlar kullanılmaktadır (Bostancı ve ark., 2015). Hemşirenin farmakolojik ilaç tedavisi alan hastaya ilaç kullanımının amacı, kullanılacak

ilacın dozu ve sıklığı, ilacın kullanımına bağlı olarak gelişebilecek yan etkiler, yan etkilerin görülmesi durumunda başvurulabilecek birimler konusunda bilgilendirme yapması gerekmektedir (Lynn, 2015).

Üriner İnkontinansta Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi uygulamasından yanıt alınamayan durumlarda ve ileri düzeyde kontinans kapasitesi azalan hastalarda cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır (Can Güler ve Yağcı, 2006). Üİ'nin cerrahi tedavisi;

- Mesane boynu süspansiyonu
- Sling (askı)
- Endoskopik enjeksiyon (Bulking Ajan) ve periüretal enjeksiyon
- Nöromodülasyon (Detrüsrör içerisine nörotoksin enjeksiyonu, periferik sinir stimülasyonu, pelvik taban stimülasyonu, sakral kök nöromodülasyonu)
- Ogmentasyon sistoplasti
- Artifişyal Üriner Sfinkter (Yapay Üriner Sfinter) yöntemlerini içermektedir.

Cerrahi tedavide, preoperatif değerlendirme ve postoperatif bakım sürecinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Preoperatif değerlendirmede hastanın fonksiyonel durumu, kognitif yeteneği, postoperatif bakım ve sosyal destek gereksinimi değerlendirilmelidir. Ayrıca hasta cerrahi operasyonun kısa ve uzun dönem sonuçları, gelişebilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirilmelidir (Işık ve Bozoğlu, 2010). Postoperatif dönemde ise hasta kanama, retropubik hematoma, enfeksiyon, idrar retansiyonu, postoperatif işeme disfonksiyonu, mesane veya üreter hasarı, pelvik organ prolapsı, osteitis pubis ve osteomyelitis gibi gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir (Graham, 2006).

Üriner İnkontinansta Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi yöntemlerinin amacı mesane kapasitesini artırarak mesane kontrolünün yeniden kazanılmasını sağlamaktır (Demirci ve Coşar, 2009). Davranışsal tedavi basit, ucuz, etkili ve yan etkileri olmayan yöntemleri içerdüğinden özellikle

geriatrik hastalarda tercih edilebilmektedir. Davranışsal tedavi yöntemleri cerrahi olmayan yöntemlerle birlikte de kullanılabilir (Rovner ve Wein, 2004). Üİ'ta uygulanan davranışsal tedavi yöntemleri diyet, mesane eğitimi, programlanmış tuvalet eğitimi, vajinal kon, biofeedback, pelvik taban kas egzersizleri olarak sıralanabilir (Can Güler ve Yağcı, 2006; Yoo, 2006; Demirci ve Coşar, 2009; Kılınç, 2010; Özcan ve Kapucu, 2014).

Diyet: Üİ şikayeti olan ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlendirmesinde obezite ve morbit obezite sınıfında olan hastaların kilo vermesinin sağlanması Üİ prevelansının azaltılmasında öncelikli tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir (Dumoulin ve ark., 2016). Ayrıca pek çok gıda maddesinin mesane irritasyonunu başlatma veya arttırmada önemli rollerinin olduğu ve Üİ için risk faktörü olarak değerlendirmesi gerektiği belirtilmektedir (Kadioğlu ve Kızılkaya Beji, 2016). Üİ hastalarının diyetinde konstipasyon riskini önlemek için lifli gıdaların tercih edilmesi; domates, bal, alkol, kafeinli, gazlı/asitli içecekler, baharatlı ve şekerli gıdalar gibi Üİ gelişiminde etkili olan gıdalara ise yer verilmemesi önerilmektedir (Demirci ve Coşar, 2009; Robinson ve ark., 2014).

Aşırı sıvı tüketimi, Üİ'ı artırabilirken; sıvı kısıtlamasına gidilmesi dehidratasyon, konstipasyon ve idrar konsantrasyonunun artmasına neden olabilmektedir (Kadioğlu ve Kızılkaya Beji, 2016). Hastaların diyetinde uykudan dört saat önce sıvı alımının kısıtlanması ve mesanenin boşaltılması, akşam saatlerinde sulu meyve ve sebze tüketimi yapılmaması gibi öneriler Üİ gelişiminin önlenmesi açısından önemli olabilir (Swithinbank ve ark., 2005). Ayrıca sıvı tüketiminin ortalamadan altında olduğu durumlarda yeterli hidrasyonu sağlamak için günde en az 8 bardak sıvı alınması önerilmektedir. Bu düzeylerdeki sıvı tüketimi konstipasyonu önlemekle birlikte idrarın dilüe edilmesini de sağlamaktadır (Demirci ve Coşar, 2009).

Kafein tüketimi Üİ için bir risk faktörü oluşturduğundan, Uluslararası Kontinans Birliği; “kafein tüketiminin azalması ile kontinansın artacağını” belirtmektedir (Holroyd-Leduc ve Straus, 2004). 100 mg/gün üzerinde kafein tüketimi ile Üİ arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirtilmektedir. Üİ hastalarının diyetinde kafein tüketiminin sınırlandırılması gelişebilecek semptomların azaltılması açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (Juna ve ark., 2011).

Mesane Eğitimi: Mesane eğitimi, yalnızca daha önce belirlenmiş zaman dilimlerinde idrar boşaltımının gerçekleştirilmesinin öğretildiği ve hastanın başarılı olması durumunda bu zaman diliminin 15-30 dakika arttırıldığı 6-12 haftalık bir eğitim sürecidir (Ayyıldız Erkan, 2006; Demirci ve Coşar, 2009). Mesane eğitiminin uygulanmasındaki amaç, idrara çıkma aralıklarını giderek açmak, mesane kapasitesini arttırmak, bireyin ani sıkışma hissini kontrol edebilmesini sağlamak ve kendine güvenini arttırmaktır (Çayır ve Kızılkaya Beji, 2018). Mesane eğitimi tedavide ilk basamak olarak uygulanabileceği gibi diğer davranışsal tedavi yöntemleri ya da farmakolojik tedavi ile birlikte de uygulanabilmektedir.

Programlanmış Tuvalet Eğitimi: Programlanmış tuvalet eğitimi belirli ve düzenli aralıklarda, genellikle gün boyu her saatte bir kez ve gece boyu hastanın idrara çıkma gereksinimi olup olmadığına bakılmaksızın her dört saatte bir tuvalete çıkmasını sağlayarak oluşturulan eğitim sürecidir (Işık ve Bozoğlu, 2010). Böylece hastanın düzenli miksiyon programı oluşturulur ve her zamanki idrar kaçırma durumu gerçekleşmeden önce hastanın idrar yapması sağlanır (Demirci ve Coşar, 2009).

Biofeedback: Biofeedback, pelvik taban egzersizlerine ek olarak uygulandığında hastaya gelişen fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeneği ile görsel ve işitsel sinyaller halinde iletilmesini sağlamaktadır (Rovner ve Wein, 2004; Ayyıldız Erkan, 2006). Biofeedback tek başına bir tedavi yöntemi değildir. Ancak hastalara tedavi sırasında pelvik taban kaslarının aktivitesini, gücünü ve doğru kasların kasılmasını göstermek için kullanılmaktadır (Akbayrak ve Kaya, 2015). Biofeedback yönteminde kullanılan cihaz, hastanın egzersizleri daha doğru yapabilmesini sağlamak için kaslarını nasıl daha iyi bir şekilde kasabileceğini ve gevşetebileceğini görsel olarak görmesini sağlar. Hasta bir monitör aracılığıyla kasın kasıldığı ve gevşediği durumu görebilmektedir. Hastanın yanlış kası kasma durumunda monitörden gösterebilme imkanı bulunmaktadır (Işık ve Bozoğlu, 2010). Böylelikle hasta pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve diğer kaslarını izole edebilmeyi daha kolay öğrenmektedir (Rovner ve Wein, 2004). Bu yöntemle hastanın abdominal kasları gevşetirken pelvik düz kasları kasma sağlanarak pelvik taban kaslarının gücünü arttırmak amaçlanmaktadır (Ayyıldız Erkan, 2006).

Vajinal Kon: Vajinal kon hem egzersiz öğrenmek hem de pelvik taban kas gücünü arttırmak amacıyla uygulanmaktadır (Demirci ve Coşar, 2009). Vajinal kon vajinaya yerleştirilen ve pelvik tabanın aktif kas kasılma halinde tutan tampon benzeri bir cihazdır (Rovner ve Wein, 2004). Vajinal kon, hastanın vajinasına yerleştirilen bir ağırlığın kaymasını engelleyerek yerinde tutmak için pelvik taban kaslarını kasma sağlaması amacıyla kullanılmaktadır. Ticari olarak temin edilebilen ve yaygın olarak kullanılan bu ürünler çeşitli ağırlıklarda olabilmektedir. Hasta, hafif olan vajinal konları kanalda tutmayı başardığında aşamalı olarak daha ağır konlar yerleştirmesi gerekmektedir (Rovner ve Wein, 2004; Akbayrak ve Kaya, 2015). Hasta intravajinal alana yerleştirilen konu, eliyle aşağı çekmeye çabalarken aynı zamanda yerinde tutmaya çalışırsa uygulamadan alınan sonuç daha verimli olabilmektedir. Vajinal kon ile yapılan bu uygulamanın günde 3 kere her defasında 8-12 kez tekrarlanması gerekmektedir (Bo, 2015).

Elektriksel Stimülasyon: Elektriksel stimülasyon vajina ve rektuma yerleştirilen bir elektrod aracılığıyla pelvik taban kaslarının elektriksel uyarımını sağlayan bir yöntemdir (Ayyıldız Erkan, 2006). Elektriksel stimülasyon zayıflamış olan pelvik taban kaslarının güçlenmesini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Ayrıca aşırı aktif olan detrüsor kas kontraksiyonlarının aktivitesini de inhibe ettiği düşünülmektedir (Stewart, 2009). Pelvik taban kaslarını tam olarak belirleyemeyen ve/veya istemli olarak kasamayan hastalarda pelvik taban kas egzersizleri ile birlikte elektriksel stimülasyonun kullanılması da önerilmektedir (Akbayrak ve Kaya, 2015).

Kegel Egzersizi: Davranışsal tedavi yöntemlerinden biri olan kegel egzersizi ilk olarak 1948'de Amerikan jinekolog Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır (Can Güler ve Yağcı, 2006; Demirci ve Coşar, 2009; Yıldız ve ark., 2009; Sung ve ark., 2000; Park ve Kang, 2014). Üİ hastaları için maliyet açısından en uygun tedavi yöntemi olup hastaların bireysel olarak, herhangi bir yerde, düzenli olarak hastaneye gitmeden uygulayabilmesi açısından diğer tedavi yöntemlerinden ayrılmaktadır (Park ve Kang, 2014).

Kegel egzersizinin uygulanmasındaki amaç, intraabdominal basıncın artışı durumunda kas hacmini ve kontraksiyonunu arttırmak, pelvik taban kaslarını güçlendirmek, üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmek ve oluşabilecek pelvik organ prolapsusunu azaltarak

vajinayı daha stabil hale getirmektir (Can Güler ve Yağcı, 2006; Demirci ve Coşar, 2009).

Kegel egzersizi doğru ve düzenli olarak uygulandığında (Can Güler ve Yağcı, 2006; Demirci ve Coşar, 2009; Özcan ve Kapucu, 2014);

- Pelvik taban kas gücünü, tonüsünü ve elastikiyetini korur,
- Pelvik taban kas gücünü artırır,
- Üretral sfinkter ve detrusor kas gücünü artırır,
- Üretral kapanma basınç düzeyini artırır,
- Uterus ve pelvik organ prolapsusu gibi pelvik sağlık sorunlarını önler,
- Anal sfinkter kas gücünü arttırmakla birlikte barsak kontrolünü sağlar,
- Seksüel hassasiyeti artırır,
- Doğum sonrası vajina toparlanmasını sağlar,
- Doğumda epizyotomi ihtiyacını azaltır.

Kegel egzersizinin etki mekanizması hakkında iki teori bulunmaktadır. İlk teori, hastaların artan intraabdominal basınç boyunca ve öncesinde istemli olarak pelvik taban kaslarını kasmayı ve pelvik tabanın aşağıya doğru hareketini önlemek için bu kasılmayı sürdürmeyi öğrenmesi sonucunda kegel egzersizinin bir tür davranış değişikliği sağladığıdır. İkinci teori ise, kegel egzersizinin pelvik tabanın yapısal destek fonksiyonunu ve sertliğini artırarak daha uzun süre pelvik taban kas gücünün artmasını sağlamasıdır (Akbarak ve Kaya, 2015).

Kegel egzersizini uygulayarak kas güçlerini arttırabilmeleri için öncelikli olarak hastaların pelvik taban kaslarını doğru şekilde tespit edebilmesi gerekmektedir (Alparıslan ve ark., 2007; Işık ve Bozoğlu, 2010; Pair, 2018). Kasların tespit edilebilmesi için (Alparıslan ve ark., 2007; Pair, 2018);

- Bir eldivenli parmağı introitustan yaklaşık 1 cm sonra vajinaya yerleştirilir,
- Sadece kasık arkasındaki pelvik kaslar palpe edilir,
- Hastadan pelvik kasları sanki idrar akışını durdurmaya çalışıyormuş gibi kasması istenir,

- Değerlendirmeyi yapan kişi parmağının çevresinde hafif bir sıkışma hissetmelidir,
- Pelvik kaslarının kasılması sırasında hasta anüs veya bacaklarını sıkmaktan kaçınmalıdır,
- Bu tespit etme yöntemi kullanılamıyorsa hastanın idrar çıkışı esnasında idrarı yarıda kesmek için hangi kaslarını kullandığına dikkat edilmesi yöntemi ile kegel egzersizi uygulamasında kullanılması gereken kasların tespiti sağlanır.

Bu tespit etme sürecinin ardından egzersize pelvik tabanını oluşturan kasların kasılmasıyla başlanır. Kaslar mümkün olan süre boyunca kasılı tutulur. Daha sonra tam aksi yönde uygulanan bir güçle bu kasları dışarı atacak şekilde güç uygulanmalıdır. Diğer bir yöntemde ise ayakta ya da otururken bacakların hafif aralanmasıyla pelvik kasların yavaş yavaş en üst düzeye çıkarılması ve daha sonra gevşetilmesidir. Bu süreçte kasların kasılması kadar yeterince gevşetilmesi de önem taşımaktadır. Her egzersiz uygulamasında pelvik taban kasları 3-10 saniye süre boyunca kasılır ve kasılma süresi boyunca ara verilir. Bu uygulama üst üste 5-10 kez uygulanmalıdır. Egzersizlerin gün içerisinde bir çok kez tekrar edilmesi gerekmektedir. Örn; 10 kez kasın kasılmasını içeren 3 ya da 5'lik setler şeklinde kasılma süreleri 3 saniyeden zaman içerisinde 10 saniyeye kadar arttırılmaya çalışılarak uygulama yapabilmek mümkündür. Ancak egzersizlerin süresinde ya da tekrarlanmasında aşırı düzeye çıkılmasından kaçınılmalıdır. Ayrıca egzersizleri uygularken normal nefes alıp vermeye devam edilmeli ve sadece pelvik taban kaslarının çalışır durumda olmasına dikkat edilmelidir (Alparslan ve ark., 2007; Sarı ve Khorshid, 2009; Işık ve Bozoğlu, 2010; Vaz ve ark., 2018).

Kegel egzersizi düzenli olarak uygulandığında fizyolojik etkileri iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlamakta ve 6 ile 8 haftada Üİ şikayetlerinde azalma olmaktadır (Kaplan ve Demirci, 2010). Optimal etkinlik için ise egzersizin 8-12 hafta düzenli olarak uygulanması gerekmektedir (Wyman ve ark., 2009). Bu nedenle kegel egzersizine yönelik eğitim verilirken optimal etkinliğin sağlanabilmesi için hastaya egzersizi bu haftalar süresince düzenli olarak uygulamasının gerekliliği mutlaka açıklanmalıdır. Kegel egzersizi sonucunda optimal etkinliğin sağlanmasının ardından egzersizin uygulanma sıklığının azaltılabilmekte ya da tamamen durdurulabilmektedir (Pair, 2018).

Ancak hastada her ne kadar egzersizi bıraktıktan sonra uzun süreli kontinans sağlansa da, devamlı kontinansı devam ettirmek için egzersizin tutarlı bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir (Bo ve Hilde, 2013). Dr. Kegel'in düzenli saatlik egzersiz önerisi bir çok kişi için zor olsa da hastalar idrar boşaltımında akışı durdurarak, trafik ışıklarında beklerken, televizyon izlerken vb. egzersizleri uygulayarak günlük rutinde bir alışkanlık haline getirebilmektedir (Pair, 2018).

Kegel egzersizinin düzenli olarak uygulanması sonucu etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda egzersizi uygulayan kişilerin Üİ ve yaşam kalitesi düzeyinde önemli oranlarda iyileşme olduğu belirlenmiştir (Lagro- Janssen ve ark., 1991; Alewjinse ve ark., 2003; Siu ve ark., 2003; Aslan ve ark., 2008; Castro ve ark., 2008; Sarı ve Khorshid, 2009; Pereira ve ark., 2011; Sherburn ve ark., 2011; Cavkaytar ve ark., 2015; Jahromi ve ark., 2015; Engberg ve Sereika, 2016; Vaz ve ark., 2018; Due ve ark., 2019).

Davranışsal tedavi yöntemlerinin uygulanmasında hemşirenin hasta ile görüşme yaparak gerekli verileri almak, hastayı değerlendirmek, elde ettiği veriler doğrultusunda hastaya uygun davranışsal tedavi yöntemlerini belirlemek ve bu yöntemlerle ilgili hastaya eğitim vermek gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Özcan, 2012).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tek kör randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nde yürütülmüştür. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi Antalya ilinin Kepez ilçesinde bulunmaktadır. Üniteye 1 birim sorumlusu hekim, 1 saha hekimi, 8 hemşire ve 2 acil tıp teknisyeni çalışmaktadır. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı 5000 hasta bulunmaktadır. Hastalar telefonla ya da kuruma gelerek başvuru yapmaktadır. Başvurusu alınan hastaların evlerine birkaç gün içerisinde 1 saha hekimi ve 1 hemşire ile gidilerek gereksinim değerlendirmesi yapılmakta ve uygun görüldüğü takdirde hizmet alımına başlatılmaktadır. Hastalar yaş sınırı olmaksızın Antalya ilinin bütün ilçelerinden hizmet talebinde bulunabilmektedir. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ne hastalar alzheimer, serebrovasküler olay, femur başı kırıkları, düşmeler, bası yaraları ve inkontinans gibi sağlık sorunları ile başvurmaktadır. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nde hemşirelik hizmetleri genel olarak hasta değerlendirmesi, tedavi, eğitim, danışmanlık ve bakımdan oluşmaktadır. Ayrıca inkontinansa yönelik farmakolojik tedavi takibi ve bez yardımı yapılmaktadır. Araştırma Aralık 2017-Mart 2019 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nden hizmet alan Üİ tanılı 65 yaş üstü 472 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırmanın evrenini oluşturan 472 kadın hastanın Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'ndeki kayıtlı dosyalarının araştırmacı tarafından incelenmesi sonucu okuyazar olan, kas ve sinir sistemini etkileyen herhangi bir sağlık sorunu olmayan, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilen, iletişim ile ilgili herhangi bir sorunu olmayan, pelvik organ prolapsusu olmayan, Üİ'a yönelik tedavi görmeyen 115 hasta oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü istatistik danışmanı desteği ile hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1.3 istatistik programı

kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması amacıyla öncelikle araştırmanın gücü, hata payı, etki büyüklüğü parametreleri belirlenmiştir. Pereira ve ark. (2011) ön test son test kontrol gruplu çalışma sonuçları kullanılarak, inkontinans şiddetindeki farka ait geniş etki büyüklüğü 0.5 olarak belirlendiğinde 0.05 hata payı ve 0.99 güç ile çalışmada alınması gereken örneklem sayısı girişim grubu 33, kontrol grubu 33 olarak belirlenmiştir (Pereira ve ark., 2011). Yaşanabilecek örneklem kayıpları göz önünde bulundurularak araştırma örneklemini girişim grubu 45, kontrol grubu 45 olarak planlanmıştır. Ancak araştırmanın örneklemini oluşturan 115 hasta ile yapılan telefon görüşmesinde ulaşım sağlanabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 78 hastaya ev ziyareti planlanabilmiştir. Hastaların evlerine yapılan ilk ziyarette Standardize Mini Mental Test Sonucu >24 olan, son 1 yıl içerisinde inkontinans ve kegel egzersizlerine ilişkin eğitim almamış olan, üriner sistem enfeksiyonu belirtileri olmayan, ulaşım sağlanabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 67 hasta tez dışında bulunan bir istatistik uzmanı tarafından girişim ve kontrol grubuna bilgisayar temelli randomizasyon ile atanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında 7 hastanın araştırma dışında kalması sonucunda örneklem sayısı 30 girişim ve 30 kontrol olarak araştırma tamamlanmıştır. Araştırma sonunda ulaşılan örneklem sayısı ile yapılan istatistiksel güç analizi sonucunda $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü % 99 aralığında, etki büyüklüğü 2.79 oranında bulunmuştur.

3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri

Araştırmanın örnekleminde yer alan hastalar Tablo 3.1’de yer alan araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahiptir.

Tablo 3.1. Örneklem özellikleri

Örnekleme Alınma Kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• 65 yaş üstü,• Kadın olan,• Üİ tanısı olan,• Okur-yazar olan,• İletişim ile ilgili herhangi bir sorunu olmayan,• Standardize Mini Mental Test sonucu >24 olan,• Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme dahil edilmiştir.
Örneklemden Çıkarılma Kriterleri
<ul style="list-style-type: none">• Son 1 yıl içerisinde inkontinans ve kegel egzersizlerine ilişkin eğitim almış olan,• Üriner sistem enfeksiyonu belirtileri olan,• Üİ’ya yönelik tedavi gören,• Kas ve/veya sinir sistemi etkileyen herhangi bir sağlık sorunu olan,• Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getiremeyen,• Pelvik organ prolapsusu olan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.4. Randomizasyon

Randomizasyon yöntemi olarak girişim ve kontrol grubunda eşit sayıda örneklem sağlamak amacı ile “basit randomizasyon yöntemi” seçilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda randomizasyon süreci bir istatistik uzmanına danışılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 67 hasta tez dışından bir istatistik uzmanının yardımı ile bilgisayar temelli randomizasyon yöntemi kullanılarak 34 girişim ve 33 kontrol grubu olarak atanmıştır. Hastaların ataması tamamlandıktan sonra araştırmacı girişim ve kontrol grupları hakkında bilgilendirilmiş; araştırmacı bu bilgilendirme sonrasında belirlenen gruplara araştırma kapsamında planlanan uygulamalarını gerçekleştirmeye başlamıştır. Randomizasyonda tek körleme, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, girişim grubuna ya da kontrol grubuna dahil edileceğini bilmemesiyle sağlanmıştır. Araştırmanın randomizasyon basamakları Şekil 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama öncesi sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Girişim (n=30)		Kontrol (n=30)		χ^2 p
		n	%	n	%	
Yaş ($\bar{x} \pm ss$) (78.40±8.73)	65-74	16	76.2	14	46.6	0.383 0.826*
	75-84	7	35.0	9	30.0	
	85≥	7	36.8	7	23.4	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	26	52.0	24	48.0	1.080 0.583*
	Ortaokul	1	25.0	3	75.0	
	Lise ve üzeri	3	50.0	3	50.0	
Medeni durum	Evli	18	54.5	15	45.5	0.269 0.604**
	Bekar	12	44.4	15	55.6	
Evde kiminle yaşadığı	Yalnız	9	50.0	9	50.0	4.763 0.190*
	Eşi	10	71.4	4	28.6	
	Çocukları	10	43.5	13	56.5	
	Bakıcı	1	20.0	4	80.0	
Sigara kullanma durumu	Evet	5	41.7	7	58.3	0.104 0.747**
	Hayır	25	52.1	23	47.9	
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0.0	1	100.0	- 1.000***
	Hayır	30	50.8	29	49.2	
Kafein kullanma durumu	Evet	27	49.1	28	50.9	- 1.000***
	Hayır	3	60.0	2	40.0	

*Kikare Testi

**Yates Düzeltmeli Kikare Testi

***Fisher'in Kesin Kikare Testi

Tablo 3.3. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik Özellikler		Girişim		Kontrol		X ² p*
		n	%	n	%	
Gebelik sayısı (n=60)	0	2	100.0	0	0.0	5.426 0.143
	1-2	6	60.0	4	40.0	
	3-4	10	50.0	10	50.0	
	5 ve üzeri	9	32.1	19	67.9	
Çocuk sayısı (n=60)	0	3	100.0	0	0.0	6.991 0.072
	1-2	12	50.0	12	50.0	
	3-4	13	56.5	10	43.5	
	5 ve üzeri	2	20.0	8	80.0	
Doğum yapma şekli (n=57)	Normal doğum	26	48.1	28	51.9	- 1.000**
	Sezeryan doğum	1	33.3	2	66.7	
Menapoza girme zamanı (n=60)	0-5 yıl	2	100.0	0	0.0	6.934 0.074
	5-10 yıl	3	100.0	0	0.0	
	10-15 yıl	2	100.0	0	0.0	
	15 yıl ve üzeri	25	47.2	28	52.8	

*Kikare Testi

**Fisher'in Kesin Kikare Testi

Tablo 3.4. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların sağlık durumları (n=60)

Sağlık Durumları		Girişim		Kontrol		X ² p
		n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı	Evet	1	50.0	1	50.0	-
	Hayır	29	50.0	29	50.0	
Tanısı alınmış kronik hastalıklar*	Hipertansiyon	27	55.1	22	44.9	1.000*
	Osteoporoz	13	48.1	14	51.9	
	DM	12	50.0	12	50.0	
	Kronik kalp yetmezliği	4	25.0	12	75.0	
	Astım	5	33.3	10	66.7	
	Parkinson	1	16.7	5	83.3	
	Epilepsi	1	33.3	2	66.7	
	Romatoid artrit	2	100	0	0.0	
	Serebrovasküler olay	0	0.0	2	100.0	
	Multiple skleroz	1	100.0	0	0.0	
	Koroner arter hastalığı	0	0.0	1	100.0	
	Kabızlık durumu varlığı	Evet	16	44.4	20	
Hayır		14	58.3	10	41.7	
Geçirilmiş bir operasyon varlığı	Evet	24	57.1	18	42.9	1.984
	Hayır	6	33.3	12	66.7	
İlaç kullanımı	Evet	28	51.9	26	48.1	-
	Hayır	2	33.3	4	66.7	
Kullanılan ilaç grupları**	Antihipertansif	24	53.3	21	46.7	0.671*
	Antikoagülan	12	57.1	9	42.9	
	Analjezik	11	55.0	9	45.0	
	Proton pompa inhibitörü	12	66.7	6	33.3	
	Antidiyabetik	10	71.4	4	28.6	
	Antidepresan	8	57.1	6	42.9	
	Vitamin takviyesi	7	63.6	4	36.4	
	Antihistaminik	2	40.0	3	60.0	
	Parkinson tedavisi	1	20.0	4	80.0	
	Nöroepileptik	1	33.3	2	66.7	
	Demir takviyesi	1	33.3	2	66.7	
	Bronkodilatör	1	50.0	1	50.0	
	Romatoid artrit tedavisi	2	100.0	0	0.0	
	Multiple skleroz tedavisi	1	100.0	0	0.0	
	Osteoporoz tedavisi	0	0.0	1	100.0	

*Fisher Kesin Kikare Testi

**Yates Düzeltmeli Kikare Testi

*Bir yaşlı kadının birden fazla kronik hastalığı vardır. Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

**Yaşlı kadınlar birden fazla ilaç kullanmaktadır. Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 3.5. Üriner inkontinans tanısı alan yaşlı kadınların inkontinans durumları (n=60)

İnkontinans Durumları	Girişim		Kontrol		X ² p*	
	n	%	n	%		
İnkontinans şikayetlerinin başlangıç zamanı	1-5 yıl	16	53.3	14	46.7	1.607 0.808
	6-10 yıl	8	42.1	11	57.9	
	11-15 yıl	1	33.3	2	66.7	
	16-20 yıl	1	50.0	1	50.0	
	21 yıl ve üzeri	4	66.7	2	33.3	
İnkontinans tanı alma zamanı	1-5 yıl	21	53.8	18	46.2	1.290 0.525
	6-10 yıl	8	47.1	9	52.9	
	11-15 yıl	1	25.0	3	75.0	
İnkontinansın günlük yaşamı etkileme durumu	Hiç	0	0.0	1	100.0	1.995 0.573
	Az	5	62.5	3	37.5	
	Orta	10	55.6	8	44.4	
	Çok	15	45.5	18	54.5	
Günlük tüketilen sıvı miktarı	0-0.5 lt	6	35.3	11	64.7	2.375 0.498
	0.6-1 lt	16	57.1	12	42.9	
	1.1-2 lt	6	50.0	6	50.0	
	2.1-3 lt	2	66.7	1	33.3	
Günlük idrara çıkma sıklığı	6-8 saatte bir ya da daha fazla	1	100.0	0	0.0	2.322 0.508
	3-5 saatte bir	10	55.6	8	44.4	
	1-2 saatte bir	19	47.5	21	52.5	
	Diğer	0	0.0	1	100.0	
Gece idrara kalkma sıklığı	Hiç/ nadiren	2	66.7	1	33.3	3.704 0.295
	Genellikle 1-3 kez	13	48.1	14	51.9	
	4 ya da daha fazla	15	55.6	12	44.4	
	Değişik sıklıkta	0	0.0	3	100.0	
İdrar kaçırma durumları	Gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma vb. Durumlarda	2	100.0	0	0.0	7.309 0.063
	Aniden ortaya çıkan sıkışma durumunda	7	31.8	15	68.2	
	Yukarıda belirtilen her iki durumda	21	60.0	14	40.0	
	İdrarın uzun süreli tutulması durumunda	0	0.0	1	100.0	
İdrar kaçırma nedeniyle ped/bez kullanma durumu	Evet	21	51.2	20	48.8	0.000 1.000**
	Hayır	9	47.4	10	52.6	
İdrar kaçırma nedeniyle ped/bez kullanım sıklığı	0 ped	9	50.0	9	50.0	2.471 0.481
	1-2 ped	6	35.3	11	64.7	
	3-4 ped	12	60.0	8	40.0	
	5-6 ped	3	60.0	2	40.0	
İdrar kaçırma zamanı	Gündüz	5	62.5	3	37.5	1.833 0.400
	Gece	3	75.0	1	25.0	
	Gündüz ve gece	22	45.8	26	54.2	

*Kikare Testi

**Yates Düzeltmeli Kikare Testi

Tablo 3.2, Tablo 3.3, Tablo 3.4, Tablo 3.5 ve Tablo 4.1’de girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, inkontinansa ilişkin özellikleri ve başlangıçtaki inkontinans düzeylerine ilişkin bilgileri verilmiştir. Randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna dahil edilen hastalar arasında sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, inkontinansa ilişkin özellikleri ve başlangıçtaki inkontinans düzeyleri açısından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda girişim ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sağlık durumlarına ilişkin özellikleri, inkontinansa ilişkin özellikleri ve başlangıçtaki inkontinans düzeyleri açısından istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0.05$), hastaların girişim ve kontrol grubunda homojen olarak dağıldığı belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; bireylerin demografik özelliklerini içeren toplam 28 sorudan oluşan Hasta Tanıtım Formu, Standardize Mini Mental Test, ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form/İdrar Kaçırma Sorgulama Formu) ve Haftalık Egzersiz Takip Formu kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-2)

Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Form toplamda 5 bölüm ve 28 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaya ait bilgiler (ad-soyad, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişiler, sigara/alkol/kafein kullanımı), ikinci bölümde obstetrik bilgiler (doğum sayısı, çocuk sayısı, doğum yapma şekli, menapoza girme zamanı), üçüncü bölümde sağlık öyküsüne ilişkin bilgiler (kronik hastalıklar, kabızlık durumu, geçirilmiş operasyon durumu, kullanılan ilaçlar), dördüncü bölümde inkontinansa ilişkin bilgiler (inkontinans şikayetlerinin başlangıç zamanı, inkontinansın günlük yaşamı etkileme düzeyi, inkontinans tanısı alma zamanı, inkontinansa ilişkin tedavi alma durumu, günlük tüketilen sıvı miktarı, günlük idrara çıkma sıklığı, gece idrara kalkma sıklığı, idrar kaçırmının ortaya çıktığı durumlar, ped/bez kullanım durumu, idrar kaçırmaya zamanı) ve beşinci bölümde ise girişim ve kontrol grubunda ilk ziyaret sonrasındaki 0., 6. ve 12. haftada değerlendirilmiş olan algılanan etki değerlendirmesine ait bilgiler yer

almaktadır. Hasta Tanıtım Formu oluşturulduktan sonra uzman görüşü alınmak üzere tezde yer almayan 3 uzmana gönderilmiştir. Uzman görüşleri sonrasında gelen öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiş ve son halini almıştır.

3.5.2. Standardize Mini Mental Test (Ek-3)

Standardize Mini Mental Test 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Folstein ve ark., 1975; Güngen ve ark., 2002). Standardize Mini Mental Test, 11 sorudan oluşmakta olup 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Standardize Mini Mental Test ile kişinin oryantasyon, hafıza, dikkat ve hesaplama, hatırlama, lisan, motor fonksiyon ve algılama, visiospasial yetenekleri test edilmektedir. Standardize Mini Mental Test'te 23/24 puan eşik değerinin Türk yaşlılarında hafif demansın tanısında oldukça yüksek duyarlık ve özgüllüğe sahip olduğu belirlenmiştir (Güngen ve ark., 2002). Bu çalışmada Standardize Mini Mental Test sonucu > 24 olan hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

Tablo 3.6. Üİ tanılı yaşlı kadınların Standardize Mini Mental Test sonucu toplam puan değerlendirmesi

Standardize Mini Mental Test Değerlendirmesi	n	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maximum
Toplam puan	60	26.90	1.95	24.00	30.00

Örnekleme yer alan hastaların Standardize Mini Mental Test değerlendirme sonuçları Tablo 3.6.'da yer almaktadır.

3.5.3. ICIQ-SF (Ek-4)

Avery ve arkadaşları tarafından Üİ kaçırma şikayetlerini, Üİ'nin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan ve Üİ değerlendirilmelerinde önerilen bir formdur (Avery ve ark., 2004). Çetinel ve arkadaşları, 2004 yılında ICIQ-SF'in Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapmış ve Üİ'nin tanılanmasında kullanmıştır (Çetinel ve ark., 2004). Ölçek Üİ sıklığının, Üİ miktarının, Üİ'nin algılanan nedenlerinin, psikososyal etkilerinin değerlendirilmesine ek olarak görsel analog skalası ile yaşam kalitesine etkisini de sorgulamaktadır. Ölçeğin dört alt boyutu bulunmaktadır. Birinci boyutta Üİ

sıklığı, ikinci boyutta Üİ miktarı, üçüncü boyutta Üİ'nin günlük yaşamdaki etkisi ve dördüncü boyutta Üİ'nin nedenleri değerlendirilmektedir. Değerlendirmede yer alan ilk üç boyut puanlamaya dahil edilmektedir. Puanlanmaya dahil olmayan dördüncü boyuta ise verilen yanıtlarla bireyin şikayetleri sonucu Üİ tipinin belirlenmesi sağlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-21 arasındadır. Düşük puan Üİ'nin yaşam kalitesine etkisinin az olduğunu, yüksek puan ise tam tersi şekilde yaşam kalitesine etkisinin çok olduğunu gösterir. ICIQ-SF'in Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması sonucu cronbach alfa katsayısının 0.71 ve her söylem için zamana göre değişmezliğinde test-tekrar test korelasyon katsayılarının $r=0,97$ - $r=0,98$ arasında değiştiği tespit edilmiştir.

3.5.4. Haftalık Egzersiz Takip Formu (Ek-5)

Haftalık Egzersiz Takip Formu araştırmacı tarafından kegel egzersizi eğitimi verilen hastalarda egzersiz uygulama sıklığını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Haftalık Egzersiz Takip Formu, Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının arkasında yer almakta, haftanın 7 günü ve günün 3 bölümünün (sabah, öğlen ve akşam) yer aldığı bölmelerden oluşmaktadır. Bu bölmeler kegel egzersizi eğitimi alan hastaların gün içerisinde egzersizi uygulama zamanlarını işaretlemeleri için oluşturulmuştur. Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının sonunda hastaların uygulama süresince doldurabilecekleri toplamda 12 adet Haftalık Egzersiz Takip Formu bulunmaktadır.

3.6. Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının Hazırlanması

Araştırmada hastalara kegel egzersizi eğitimi sürecinde verilen Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının içeriği araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taraması gerçekleştirildikten sonra oluşturulmuştur (Abrams ve ark., 2002; Kızılkaya Beji, 2003; Alparslan ve ark., 2007; Sarı, 2007; Price ve ark., 2010; Kılınç, 2011; Özcan, 2012; Park, 2013; Terzi ve ark., 2013; Atabek Aştı ve Karadağ, 2014; McDonald ve Bradford, 2015; Madhuvu, 2017). Literatür taraması sonucu elde edilemeyen ve el kitapçığında yer alması gereken resimlerin çizimi yapılmış; Haftalık Egzersiz Takip Formu da kitapçık sonuna eklenmiştir. Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı; idrar yolları, miksiyon (işeme), idrar kaçırma, idrar kaçırmayı arttıran durumlar, pelvik taban kasları, kegel egzersizi uygulama yöntemi, kegel egzersizinin uygulanabileceği zamanlar, yapabilecek diğer önemli noktalar konularından ve Haftalık

Egzersiz Takip Formundan oluşmaktadır (Ek-5). Tüm düzenlemeler yapıldıktan sonra kitapçığın içeriğine uygun olacak şekilde araştırmacı tarafından hazırlanan Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı Kapsam Geçerliliği Değerlendirme Formu (Ek-6) uzman görüşü alınmak üzere tezde yer almayan 2 uzmana gönderilmiştir. Uzman görüşlerinin alınmasının ardından yapılan istatistiksel değerlendirmede kitapçığın içerik uygunluğu Kappa analizi değeri 0.785 (iyi düzeyde uygun) olarak belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma, Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nden hizmet alan Üİ tanılı 65 yaş üstü kadınlarla yapılmıştır. Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nden hizmet alan Üİ tanılı 65 yaş üstü 472 kadın hastanın dosyalarında yapılan değerlendirme sonrasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan 115 hastaya ilk ev ziyaretinin yapılması planlanmak amacıyla telefon görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Telefon görüşmesiyle ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 78 hastaya ilk ev ziyareti planlanmıştır. Hastaların yaşadıkları eve yapılan ilk ziyarette Standardize Mini Mental Test değerlendirmesi yapıldıktan sonra Hasta Tanıtım Formu doldurulmuştur. Bu değerlendirmeler sonrasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan 67 hasta, tez dışındaki bir istatistik uzmanı tarafından bilgisayar temelli basit randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubuna ayrılmıştır.

Girişim Grubunda Yer Alan Hastalara Araştırma Uygulama Basamakları: Girişim grubunda yer alan hastalarla telefonla yapılan görüşme sonrasında kegel egzersizi eğitime yönelik 2. ev ziyareti planlanmıştır. Planlanan 2. ev ziyaretinde hastalara kegel egzersizleri eğitimi verilmiş ve ICIQ-SF değerlendirmeleri yapılmıştır. Kegle egzersizi eğitim süreci Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığında yer alan tüm konu başlıklarını açıklamaya ve kegel egzersizini uygulamalı olarak göstermeye dayalı 20-30 dakika süren bir eğitim planı dahilinde yürütülmüştür (Ek-7). Hastalara Kegle Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı bırakılmış ve kitapçıkta yer alan Haftalık Egzersiz Takip Formunun hastalar tarafından günlük olarak doldurulması gerektiği belirtilmiştir. Hastalara araştırmacı tarafından haftada bir kez düzenli olarak telefon ile aranarak kegel egzersizi uygulama durumlarının takip edileceği konusunda bilgi verilmiştir. Girişim grubunda yer alan hastalar ile eğitimin verildiği ziyaretten itibaren haftalık olarak telefon

görüşmeleri yapılarak kegel egzersizlerini uygulama durumları düzenli olarak izlenmiştir.

Eğitimin verildiği ziyaretten 6 hafta sonra hastaların kegel egzersizini uygulama yöntemlerinin doğruluğu, uygulama durumları, algılanan etki değerlendirmesi ve ICIQ-SF değerlendirilmesi için hastalara 3. ev ziyareti planlanmıştır. Değerlendirmenin yapıldığı bu ziyaret sonrası 6 haftalık süre boyunca hastalar ile haftalık olarak telefon görüşmeleri yapılarak kegel egzersizlerini uygulama durumları düzenli olarak izlenmeye devam edilmiştir. 4. ziyaret eğitimin verildiği ilk ziyaretten 12 hafta sonraki tarihte (son ziyaretten 6 hafta sonra) planlanarak gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette hastaların kegel egzersizini uygulama yöntemlerinin doğruluğu, uygulama durumları, algılanan etki değerlendirmesi ve ICIQ-SF değerlendirmeleri tekrarlanmıştır.

Kontrol Grubunda Yer Alan Hastalara Araştırma Uygulama Basamakları: İlk ziyaret sonrasında kontrol grubuna dahil edilen hastalar telefonla aranarak 2. ev ziyareti planlanmıştır. Planlanan 2. ev ziyaretinde hastaların ICIQ-SF değerlendirmesi yapılmıştır. Bu ziyaretten 6 hafta sonrasında gerçekleştirilen 3. ziyarette hastaların yeniden ICIQ-SF değerlendirilmesi ve algılanan etki değerlendirmesi yapılmıştır. Hastaların 4. ev ziyaretleri 2. ziyaretten 12 hafta sonra (son ziyaretten 6 hafta sonra) gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette hastaların ICIQ-SF değerlendirilmesi ve algılanan etki değerlendirmesi yapıldıktan sonra kegel egzersizi eğitimi verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubunda formların doldurulması, değerlendirmelerin yapılması ve eğitim verilmesi uygulamalarının tamamı araştırmacı tarafından Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi işbirliği ile gerçekleştirilen ev ziyaretleri sırasında hastalarla yüzyüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın seyri Şekil 3.1.'de yer almaktadır.

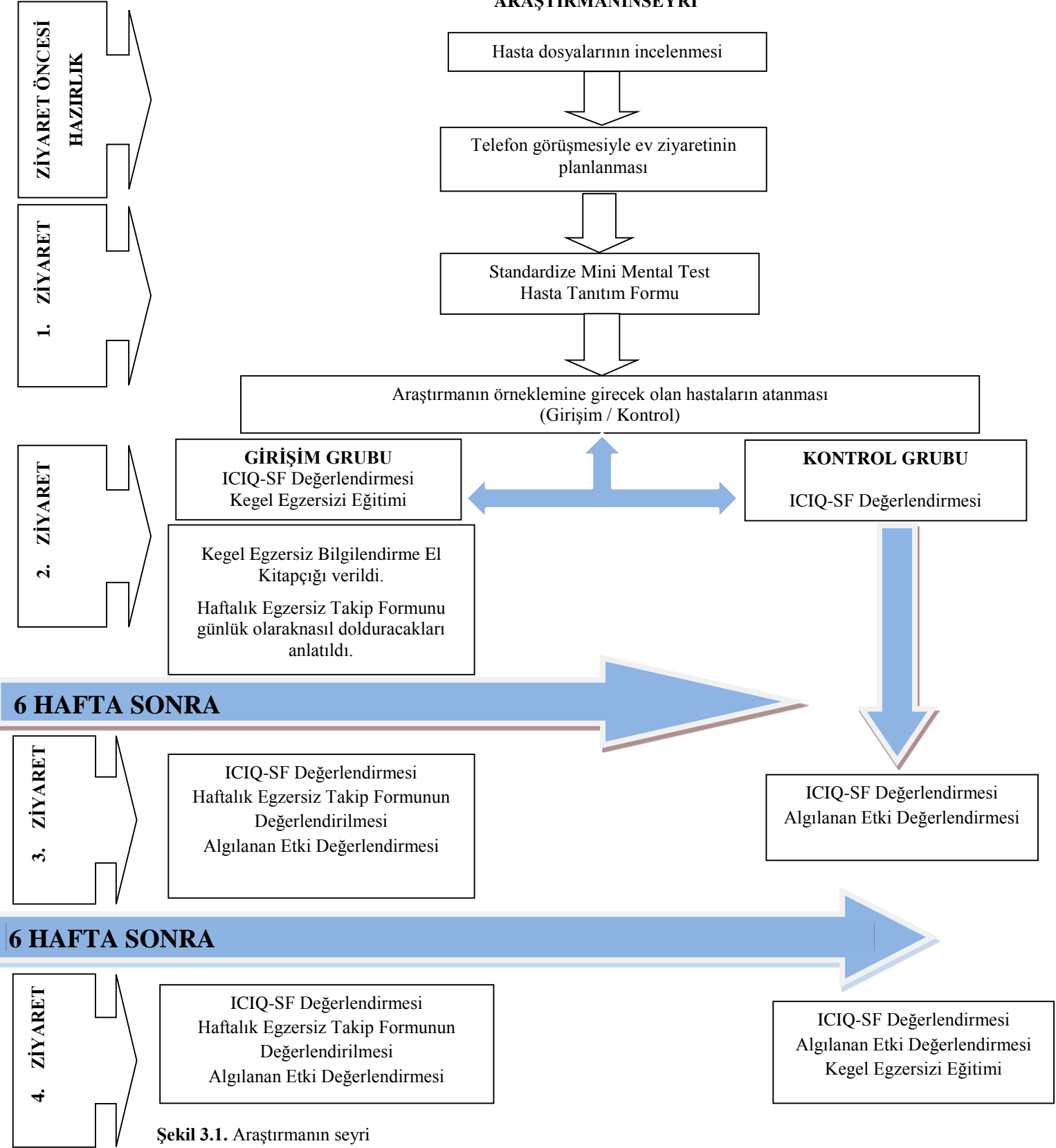
Verilerin Toplanması Aşamasında Yaşanan Güçlükler: Araştırma kapsamında hastaların ev ziyareti ve bireysel kegel egzersizi uygulaması temel aldığından;

- Ev ziyareti planlaması için yapılan telefon görüşmelerinde araştırmacı tarafından ilk olarak Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nde temin edilen hasta

iletişim bilgilerinden ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak ulaşım sağlanan hastalara araştırma kapsamı hakkında bilgi verilmesine rağmen ev ziyareti için karşılıklı güven problemi ortaya çıkmış ve hastalar araştırmacı tarafından gerçekleştirilecek ev ziyaretini reddetmişlerdir. Söz konusu bu durum ilk telefon görüşmelerinin çoğunluğunda gerçekleştiğinden çözüm için Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi ile görüşülmüştür. Birim ile yapılan görüşme sonrasında telefon görüşmelerinin Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nde çalışan görevliler ile işbirliği yapılarak kurum telefonlarından yapılmasına karar verilmiştir. Böylelikle hastalarla araştırmacı arasındaki karşılıklı güven ve buna bağlı gelişen araştırmanın reddi sorunu çözülmüştür.

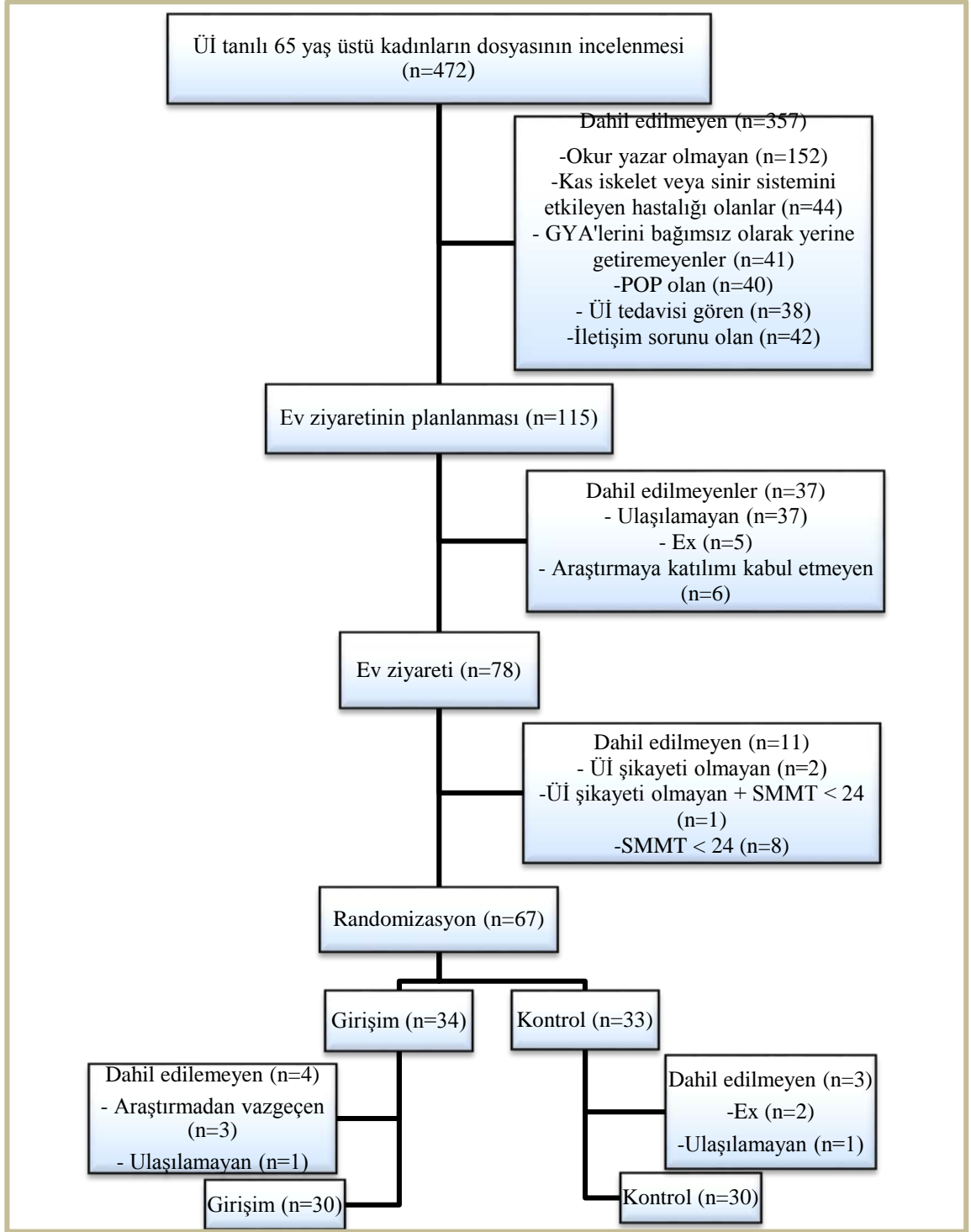
- Örneklem grubunun yaş aralıkları göz önünde bulundurulduğunda eğitim sürecinde egzersizin uygulanması ve Haftalık Egzersiz Takip Formunun doldurulması konusunda hastalar güçlük yaşadıklarını ifade etmiştir. Bu duruma çözüm olarak hastaların birlikte yaşadığı kişilerin Haftalık Egzersiz Takip Formunu doldurması sağlanmış ve yapılan tekrarlı ev ziyaretlerinde hastanın doğru uygulama yapıp yapmadığı değerlendirilmiştir. Bu konularda güçlük yaşamaya devam eden girişim grubundaki 3 hasta araştırma uygulama sürecinde araştırmaya katılmaktan vazgeçmiştir.
- Örneklem grubunda yer alan hastaların yaş aralıkları göz önünde bulundurulduğunda Üİ risk faktörleri kapsamında yer alan kronik hastalıkları olmayan hastaların dahil edildiği bir örneklem seçimine gidilmesi durumunda yeterli örnekleme ulaşılamayacağı ön görülmüştür. Bu nedenle hem girişim hem de kontrol grubunda Üİ risk faktörleri kapsamına giren kronik hastalıkları olan hastalar bulunmaktadır. Söz konusu bu durumun kegel egzersizinin etkinliğinin değerlendirilmesi aşamasında elde edilen sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.
- Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'de kayıtlı olan hasta sayısı yeterli olmasına rağmen örneklem grubunda yer alacak hastaların belirlenmesinde araştırmacı tarafından literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda oluşturulan araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan çıkarılma kriterleri araştırma kapsamının daralmasına neden olmuştur.

ARAŞTIRMANIN SEYRİ



Şekil 3.1. Araştırmanın seyri

RANDOMİZASYON BASAMAKLARI



Şekil 3.2. Randomizasyon Basamakları

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Üİ tanısı alan 65 yaş üstü kadınların Üİ düzeyleri, yaşam kalitesi düzeyleri ve algılanan etki düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Üİ tanısı alan 65 yaş üstü kadınların sosyo-demografik özellikleri, inkontinansa ait özellikleri ve kegel egzersizi odaklı girişimler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri lisanslı SPSS for Windows 23.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak sunulmuştur. Nitel değişkenler arasındaki farklılıkların karşılaştırmasında ki kare testi, nicel değişkenlerin karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Aynı grupta ikiden fazla ölçümlerin istatistiksel analizinde Friedman's testi kullanılmıştır. Friedman's testinin post hoc analizi için bonferonni metodu ile (Bonferonni uyarlanmış alfa değeri kullanarak) Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için alfa düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek-11). Araştırmanın uygulanacağı Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nden yazılı izin (Ek-12), hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-8 ve Ek-9).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Aralık 2017-Mart 2019 tarihleri arasında Antalya Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Birimi'nden hizmet alan Üİ tanılı 65 yaş üstü kadın hastalarla sınırlıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçların tüm Üİ hastalarına genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

4.1. ICIQ-SF Değerlendirmesi

Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadımların 0., 6. ve 12. haftalardaki inkontinans ve yaşam kalitesi durumlarının dağılımları

ICIQ-SF Değerlendirmesi		Girişim		Kontrol		Gruplararası karşılaştırma
		Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	p*
İdrar kaçırma sıklığı	0. Hafta	3.43	0.93	3.73	1.01	0.190
	6. hafta	2.26	1.20	3.60	1.00	0.000
	12. hafta	1.56	1.00	3.90	1.02	0.000
Grup içi karşılaştırma	p**	0.000		0.088		
İdrar kaçırma miktarı	0. Hafta	4.33	1.39	4.60	1.40	0.443
	6. hafta	2.66	1.32	4.80	1.44	0.000
	12. hafta	1.86	1.04	4.93	1.36	0.000
Grup içi karşılaştırma	p**	0.000		0.077		
Günlük yaşamı etkileme düzeyi	0. Hafta	6.90	2.26	7.13	2.80	0.537
	6. hafta	3.90	1.80	7.40	2.49	0.000
	12. hafta	2.46	1.40	7.73	2.51	0.000
Grup içi karşılaştırma	p**	0.000		0.023		
ICIQ-SF toplam puan	0. Hafta	14.66	3.86	15.46	4.50	0.342
	6. hafta	8.83	3.83	15.80	3.98	0.000
	12. hafta	5.90	3.22	16.56	4.32	0.000
Grup içi karşılaştırma	p**	0.000		0.004		

* Mann Whitney U testi

**Friedman testi

Girişim ve kontrol grubunun 0., 6. ve 12. haftalardaki ICIQ-SF değerlendirmesi puanlarının kendi içerisinde ve birbirleri arasındaki karşılaştırma sonuçları Tablo 4.1.'de yer almaktadır. İdrar kaçırma sıklığı gruplar arası karşılaştırıldığında başlangıçta (0.hafta) gruplar arasında fark olmadığı ($p>0.05$, $p=0.19$), 6. ve 12. haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p=0.00$). İdrar kaçırma sıklığı grup içi karşılaştırıldığında, girişim grubunda idrar kaçırma sıklığı her ölçümde anlamlı bir şekilde azalmıştır ($p<0.05$, $p=0.00$). Bonferoni metodu ile yapılan analiz sonucunda anlamlılık tüm gruplardan kaynaklanmaktadır. Kontrol grubunda grup içi karşılaştırmada idrar kaçırma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0.05$, $p=0.08$) (Tablo 4.1).

İdrar kaçırma miktarları gruplar arası karşılaştırıldığında, başlangıçta (0.hafta) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$, $p=0.44$), ancak 6. ve 12. haftalarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, $p=0.00$). İdrar kaçırma miktarları grup içi karşılaştırıldığında, girişim grubunda idrar kaçırma miktarı her ölçümde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır ($p<0.05$, $p=0.00$). Bonferoni metodu ile yapılan analiz sonucunda anlamlılık tüm gruplardan kaynaklanmaktadır. Kontrol grubunda grup içi karşılaştırmada idrar kaçırma miktarında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0.05$, $p=0.07$) (Tablo 4.1).

Üİ'nin günlük yaşamı etkileme düzeyi gruplar arası karşılaştırıldığında, başlangıçta (0.hafta) herhangi bir farkın olmadığı ($p>0.05$, $p=0.53$), 6. ve 12. haftalarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, $p=0.00$). Günlük yaşamı etkileme düzeyi grup içi karşılaştırıldığında, girişim grubunun günlük yaşamın etkilenme düzeyinin azaldığı ($p<0.05$, $p=0.00$), kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir ($p<0.05$, $p=0.02$). Bonferoni metodu ile yapılan analiz sonucunda girişim grubunda anlamlılığın tüm gruplardan, kontrol grubunda 12. haftadan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.1).

ICIQ-SF ölçeğinden alınan toplam puan gruplar arası karşılaştırıldığında, başlangıçta (0. hafta) istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0.05$, $p=0.34$), diğer ölçümlerde ise (6. ve 12. hafta) bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$, $p=0.00$). ICIQ-SF

ölçeğinden alınan toplam puan grup içi karşılaştırıldığında, girişim grubunda ölçekten alınan toplam puanın azaldığı, kontrol grubunda az düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, $p=0.00$). Bonferoni metodu ile yapılan analiz sonucunda girişim grubunda anlamlılığın tüm gruplardan kaynaklandığı, kontrol grubunda ise 6. ve 12. haftalardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

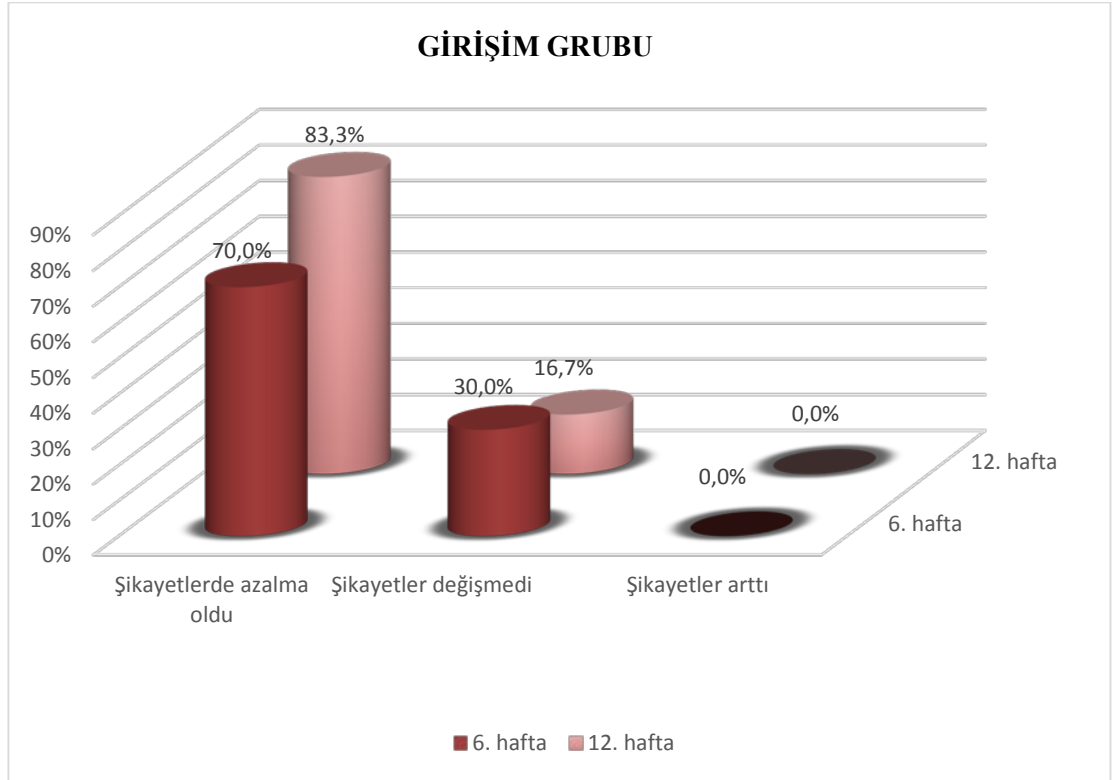
Tablo 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların idrar kaçırma durumlarının dağılımı

İdrar Kaçırma Durumları		Girişim (n=30)		Kontrol (n=30)	
		N	%	n	%
Hiçbir zaman idrar kaçırmama	Evet	0	0.0	0	0.0
	Hayır	30	100.0	30	100.0
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıрма	Evet	30	100.0	26	86.7
	Hayır	0	0.0	4	13.3
Öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçıрма durumu	Evet	23	76.7	12	40.0
	Hayır	7	23.3	18	60.0
Uyurken idrar kaçıрма durumu	Evet	12	40.0	11	36.7
	Hayır	18	60.0	19	63.3
Hareket halindeyken idrar kaçıрма durumu	Evet	11	36.7	6	20.0
	Hayır	19	63.3	24	80.0
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıрма durumu	Evet	3	10.0	3	10.0
	Hayır	27	90.0	27	90.0
Belirgin bir neden olmadan idrar kaçıрма durumu	Evet	3	10.0	2	6.7
	Hayır	27	90.0	28	93.3
Her zaman idrar kaçıрма durumu	Evet	1	3.3	6	20.0
	Hayır	29	96.7	24	80.0

Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınlar tarafından ICIQ-SF’de yer alan ‘hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz’ sorusuna verilen yanıtların değerlendirilmesi Tablo 4.2.’de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubunun hangi durumlarda idrar kaçırdıkları incelendiğinde, girişim grubundaki kadınların tümünün, kontrol grubundakilerin % 86.7’sinin tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Girişim grubundaki kadınların %76.7’sinin ve kontrol grubundakilerin %40’ının öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçırdığı saptanmıştır. Uyurken idrar kaçıрма

oranları girişim grubunda %40, kontrol grubunda %36.7 olarak bulunmuştur. Hareket halindeyken idrar kaçırma durumu girişim grubunda %36.7, kontrol grubunda %20 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %10'u işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırmaktadır. Belirgin bir neden olmadan idrar kaçırma durumu girişim grubunda %10, kontrol grubunda ise %6.7'dir. Her zaman idrar kaçıranlar girişim grubunda %3.3 iken, kontrol grubunda %20'dir (Tablo 4.2).

4.2. Algılanan Etki Değerlendirmesi



Şekil 4.1. Girişim grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama sonrası 6. ve 12. haftalardaki inkontinans şikayetlerinin değişim durumu

Tablo 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama sonrası 6. ve 12. haftalardaki algılanan etki durumlarının dağılımı

Algılanan Etki Durumu Değerlendirmesi			Girişim (n=30)		Kontrol (n=30)		X ² p*
			n	%	n	%	
Uygulanmış olan kegel egzersizi programının şikayetler üzerindeki algılanan Etkisi	6. hafta	Şikayetlerde azalma oldu	21	70.0	1	3.3	29.711 0.000
		Şikayetler değişmedi	9	30.0	25	83.3	
		Şikayetler arttı	0	0.0	4	13.3	
	12. hafta	Şikayetlerde azalma oldu	25	83.3	1	3.3	39.602 0.000
		Şikayetler değişmedi	5	16.7	24	80.0	
		Şikayetler arttı	0	0.0	5	16.7	

*Kikare Testi

Girişim ve kontrol grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların uygulama sonrası 6. ve 12. haftalardaki algılanan etki durumlarının dağılımı Tablo 4.3.'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların araştırma sürecinde kegel egzersizi programı uygulanırken girişim ve kontrol grubundaki inkontinans şikayetlerindeki değişim incelendiğinde; 6. haftada girişim grubundakilerin %70'inin şikayetlerinin azaldığı, kontrol grubunda %83.3'ünün şikayetlerinin değişmediği bulunmuştur. 12. haftada ise girişim grubundakilerin %83.3'ünün şikayetlerinin azaldığı, kontrol grubundakilerin %80'inin şikayetlerinin değişmediği belirlenmiştir (Tablo 4.3).

4.3. Kegel Egzersizi Uygulama Durumunun Değerlendirmesi

Tablo 4.4. Girişim grubundaki Üİ tanılı yaşlı kadınların kegel egzersizini uygulama durumları

Kegel Egzersizi Uygulama Durumu	n	%
Haftada 1-2 gün eksik yaptı	7	23.3
Haftada 3-4 gün eksik yaptı	1	3.3
Her gün yaptı	22	73.3

Üİ tanılı yaşlı kadınlara verilen Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının sonunda yer alan Haftalık Egzersiz Takip Formu ile yapılan kegel egzersizinin düzenli uygulanma durumu değerlendirmesinin sonuçları Tablo 4.4.'de yer almaktadır. Girişim grubundaki yaşlı kadınlara verilen Haftalık Egzersiz Takip Formu ile kegel egzersizini uygulama durumları incelendiğinde; yaşlı kadınların %23.3'ünün haftada 1-2 gün eksik yaptığı, %73.3'ünün her gün düzenli olarak yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinansa, yaşam kalitesine ve algılanan etki düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinans Düzeyine Etkisi
- Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi
- Üİ Tanılı Yaşlı Kadınların İdrar Kaçırma Durumlarının Değerlendirmesi
- Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişim Algılanan Etki Düzeyine Etkisi
- Üİ Tanılı Yaşlı Kadınların Kegel Egzersizi Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi

5.1. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinans Düzeyine Etkisi

Üİ tedavisinde uygulanabilecek birçok davranışsal tedavi yöntemi olmakla birlikte kegel egzersizi etkinliğinin daha yüksek olması, düşük maliyeti, yan etkisinin daha az olması ve sonraki tedaviler üzerindeki etkisinin olmaması gibi olumlu yönleri ile diğer yöntemlerden ayrılmakta ve tedavide ilk tercih olarak karşımıza çıkmaktadır (Dumolin ve ark., 2014; Park ve Kang, 2014). Kegel egzersizi, hastalar tarafından kolaylıkla uygulanabilen ve düzenli olarak uygulandığında inkontinansın ortaya çıkardığı etkiler üzerinde olumlu sonuçlar verdiği belirlenen davranışsal tedavi yöntemidir (Kılınç, 2010). Kegel egzersizinin pelvik tabanın destek fonksiyonu ile kas gücünü artırarak ve/veya hastalarda davranış değişikliği gelişmesini sağlayarak idrar kaçırma sıklığı ve miktarının azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Akbayrak ve Kaya, 2011).

Yapılan bu çalışmada, girişim ve kontrol gruplarının idrar kaçırma sıklığı gruplar arasında karşılaştırıldığında başlangıçta farkın olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.1), 6. ve 12.

haftalarda ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1). İdrar kaçırma sıklığının grup içi karşılaştırmasında, girişim grubunda idrar kaçırma sıklığı yapılan her tekrarlı ölçümde önemli ve anlamlı oranda azalmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.1). Kontrol grubunun 6. ve 12. hafta izlemlerinde idrar kaçırma sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1). Bu durum kegel egzersizinin idrar kaçırma sıklığının azalmasında etkili olduğunu göstermekte ve H_1 hipotezi (Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans düzeyine etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

Jahromi ve ark. (2015) 2 ay süresince uyguladıkları kegel egzersizi programının stres inkontinansı olan yaşlı kadınların inkontinans düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ICIQ-SF değerlendirmesini kullanmışlardır. Başlangıçta girişim grubunda ($n=24$) yer alan hastaların %60'ının günde bir kaç kez idrar kaçırdığı, 2 ay sonrasında yapılan değerlendirmede ise %53.3'ünün haftada 1 kez ya da daha az idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ($n=24$) yer alan hastaların idrar kaçırma sıklığında ise az da olsa bir azalma tespit edilmiştir. Gruplar arasında yapılan değerlendirmede idrar kaçırma miktarının değişimde anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Due ve ark. (2019) kegel egzersizi ($n= 14$) ve KAATSU egzersizinin ($n=17$) stres inkontinansı olan kadınlardaki etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 12 hafta süresince kegel egzersizi programı uygulayan hastalarda uygulama sonrasında yapılan ICIQ-SF değerlendirmesinde idrar kaçırma sıklığında -1 (-3/+0) oranında önemli ve anlamlı ($p<0.15$) düzeyde bir azalma belirlenmiştir.

Aslan ve ark. (2008) huzurevinde kalan 65 yaş üstü kadınlarda uygulanan 6-8 haftalık kegel egzersizi programının üriner sistem sorunları üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada girişim ($n=25$) ve kontrol ($n=25$) grubu arasında uygulama sonrası 8. hafta ve 6. ayda yapılan tekrarlı ölçümlerle idrar kaçırma sıklıklarında değişim saptanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda girişim grubunda idrar kaçırma sıklığında 8.haftada %64 oranında, 6. ayda %52 oranında bir azalma olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda

hem 8. haftada hem de 6. ayda yapılan ölçümlerde idrar kaçırma sıklığında büyük oranda (%72) bir değişimin olmadığı tespit edilmiştir.

Castro ve ark., (2008) stres inkontinansı olan hasta gruplarında kegel egzersizi (n= 26), elektriksel stimülasyon (n= 27) ve vajinal konun (n=24) etkinliğini belirlemeyi amaçladıkları çalışmada idrar kaçırma sıklığını değerlendirmek için 7 günlük işeme/mesane günlüğü kullanılmıştır. 6 aylık uygulama süreci sonrasında yapılan değerlendirmede kegel egzersizi uygulamasında yer alan hastalarda idrar kaçırma sıklığının yaklaşık olarak %75 oranında azaldığı, kontrol grubunda yer alan hastalarda ise idrar kaçırma sıklığının %15 oranında azaldığı belirlenmiştir. Gruplar arasında yapılan değerlendirmede idrar kaçırma miktarındaki azalma oranında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Vaz ve ark. (2019) evde (n= 30) ve sağlık merkezinde (n=30) uygulanan kegel egzersizinin Üİ'ı olan kadınlardaki inkontinans düzeyine etkisini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada 24 saatlik işeme/mesane günlüğünü kullanarak idrar kaçırma sıklığındaki değişimi belirlemişlerdir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalarda uygulama sürecinde 6. ve 12. haftalarda ve girişimin tamamlanmasından sonraki 1. ayda yapılan 24 saatlik işeme/mesane günlüğü değerlendirmesinde her iki grupta da yaklaşık %50'den daha fazla oranda azalma belirlenmiştir.

Yapılan bu çalışmada, idrar kaçırma miktarında gruplar arası karşılaştırmada, başlangıçta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı (p>0.05) (Tablo 4.1) ancak 6. ve 12. haftalarda yapılan tekrarlı ölçümlerde istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.1). Girişim grubunda idrar kaçırma miktarının her tekrarlı ölçümünde idrar kaçırma miktarının önemli oranda azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubunun tekrarlı ölçümlerinde ise az da olsa bir artış tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Bu durum kegel egzersizinin idrar kaçırma miktarının azalmasında etkili olduğunu göstermekte ve H₁ hipotezi (Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans düzeyine etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

Jahromi ve ark. (2015) çalışmalarında ICIQ-SF ile yapmış oldukları idrar kaçırma miktarı değerlendirmesinde girişim grubunda yer alan hastaların başlangıçta %50'sinin

çok az miktarda idrar kaçırdığı; 2 ay sonrasında bu oranın %80'e çıktığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların ise başlangıçta %50'sinin büyük miktarda idrar kaçırdığı ancak 2 ay sonrasında bu oranın %33.3'e gerilediği tespit edilmiştir.

Oh ve ark. (2005) 4 hafta süresince uygulanan kegel egzersizi, Üİ eğitimi ve mesane egzersizinden oluşan davranışsal tedavi programının Üİ'ı olan orta yaş grubu kadınların inkontinans düzeyine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışma kapsamında uygulama sonrasındaki 5. ve 9. haftada idrar kaçırma miktarı değerlendirilmiştir. 5. haftada yapılan değerlendirme sonucunda girişim grubunda (n=30) yer alan hastalarda, kontrol grubuna (n=30) göre idrar kaçırma miktarında anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir (p<0.05). 9.haftada yapılan değerlendirmede ise bu anlamlı düzeydeki azalmanın devam ettiği tespit edilmiştir (p<0.05).

Bu çalışma sonucuna benzer olarak Aslan ve ark. (2008), Castro ve ark. (2008), Dilek ve Khorshid (2009)'in çalışmalarında idrar kaçırma miktarını belirlemek için yaptıkları tekrarlı ped testi değerlendirmesinde girişim grubunda yer alan hastaların idrar kaçırma miktarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir (p<0.05).

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuç, literatürde kegel egzersizinin idrar kaçırma sıklığı ve miktarına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışma kapsamında hastaların kegel egzersizinin düzenli olarak uygulanması durumunda inkontinans düzeyinin azalmaya başladığı ve hastaların egzersizin optimal etkinliğinin görüldüğü haftalarda değerlendirilmiş olmasının bu azalma oranında etkili olduğu düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda kegel egzersizi uygulamayan hastalarda da idrar kaçırma sıklığı ve miktarında azalma görülmüştür (Castro ve ark., 2008; Jahromi, 2015). Bu sonucun çalışmaların hastane ortamında yapılmış olmasına bağlı olarak girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalar arasındaki etkileşimden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi

Üİ hayati tehlike yaratan bir hastalık olmamakla birlikte bireylerin fiziksel, sosyal, eğitim, iş gibi günlük yaşamının parçası olan faaliyetleri yerine getirebilme durumunu olumsuz yönde etkileyen bir sağlık sorunudur (Abrams ve ark., 2002). Üİ'ın beraberinde getirdiği sürekli kötü kokma korkusu, yetersiz ve kirli hissetme, cinsel isteksizlik, özgüven düşüklüğü, utanç, üzüntü, öfke, gerginlik, anksiyete, depresyon gibi olumsuz psikososyal etkiler yaşamı her alanda olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (Erdoğan, 2003; Yılmaz ve ark., 2014).

Yapılan bu çalışmada, girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalarda Üİ'ın günlük yaşamı etkileme düzeyi ICIQ-SF'de yer alan analog skala ile değerlendirilmiş olup başlangıçta her iki grubun puanlarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Kegel egzersizi uygulaması sonrası 6. ve 12. haftalarda yapılan değerlendirmede girişim grubunda yer alan hastalarda Üİ'ın günlük yaşamı etkileme düzeyinin büyük oranda azaldığı, kontrol grubunda yer alan hastalarda ise az da olsa artış olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Bu durum kegel egzersizi uygulamasının Üİ hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin artmasında önemli oranda etkili olduğunu göstermekte ve çalışmanın H₁ hipotezi (Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

Jahromi ve ark. (2015) çalışmalarında ICIQ-SF değerlendirmesi kapsamında yer alan analog skaladan elde edilen puanları 1-3 puan arasını hafif, 4-6 puan arasını orta, 7-9 puan arasını şiddetli ve 10 puanı çok şiddetli olarak gruplandırmışlardır. Başlangıçta yapılan değerlendirme sonucunda girişim grubundaki (n=24) hastaların yaşam kalitesinde %46.7 oranında orta, % 30 oranında şiddetli düzeyde etkilenme belirlenmiştir. Girişimden 2 ay sonrasında ise orta düzeyde etkilenme oranı %50'ye yükselmiş ancak şiddetli düzeyde etkilenme oranı %6.7'ye gerilemiştir. Kontrol grubunda (n=24) yer alan hastaların yaşam kalitesinde ilk değerlendirmede % 30 oranında orta, %46.7 oranında şiddetli düzeyde etkilenme belirlenmiştir. 2 ay sonrasında yapılan değerlendirmede ise orta düzeyde etkilenme oranı %40'a, şiddetli düzeyde etkilenme oranı %50'ye yükselmiştir.

Due ve ark. (2019) çalışmasında 12 haftalık kegel egzersizi uygulaması sonucunda hastaların günlük yaşamının etkilenme düzeyi puan ortalaması 3 (-7/+3) puanlık bir azalma göstermiştir.

Sarı ve Khorshid (2009) stres ve miks tipi inkontinansı olan kadınlarla yapmış oldukları çalışmada 8 haftalık kegel egzersizi programının sonucunda girişim grubunda (n=17) yer alan hastaların yaşam kalitesinin kontrol grubunda (n=17) yer alan hastalara göre önemli ve anlamlı oranda arttığı belirlenmiştir (p<0.05).

Castro ve ark. (2008) çalışmasında 6 ay süresince uygulanan kegel egzersizi sonrasında girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesinde büyük ve anlamlı düzeyde (%28.4) bir artış belirlenmiştir (p<0.05). Kontrol grubunda yer alan hastaların (n= 24) yaşam kalitesi düzeyinde ise az da olsa bir azalmanın olduğu (% 3.6) tespit edilmiştir.

ICIQ-SF toplam puan değerlendirmesi; literatürde yer alan bazı çalışmalarda ICIQ-SF yalnızca yaşam kalitesi değerlendirme formu olarak kullanılmış ve ICIQ-SF değerlendirmesinden elde edilen toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi düzeyi belirlenmiştir. Bu çalışma kapsamında bu durum göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede ICIQ-SF'den alınan toplam puanın gruplar arası karşılaştırmasında girişim grubunda ölçekten alınan toplam puanın büyük oranda azaldığı, kontrol grubunda az düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.1).

Üİ'nin günlük yaşamı etkileme düzeyinin değerlendirildiği bir çalışmada (Vaz ve ark., 2019) hastaların kegel egzersizini uygulaması sürecinde 6. ve 12. haftada ve son izlemde 1. ay sonrasında ICIQ-SF değerlendirmesindeki toplam puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda evde ve sağlık merkezinde kegel egzersizi uygulaması yapan hastaların 6. ve 12. haftada ICIQ-SF toplam puanlarında önemli ve anlamlı düzeyde azalma olduğu; 1 ay sonra yapılan değerlendirmede ise benzer şekilde bu azalmanın her iki grupta devam ettiği saptanmıştır (p<0.05).

Sherburn ve ark. (2011) 20 hafta süresince uygulanan kegel egzersizi (n=41) ve mesane egzersizi (n=35) programının yaşlı kadınların Üİ düzeyine etkisini karşılaştırdığı

çalışmada; kegel egzersizi uygulamasına katılan hastaların 1., 3. ve 5. ay ICIQ-SF toplam puanlarının mesane egzersizine katılan hastalara göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuç, literatürde kegel egzersizinin Üİ hastalarının yaşam kalitesi düzeyine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Keglel egzersizi uygulamasıyla birlikte girişim grubunda yer alan hastaların Üİ düzeyinin azalmasının beraberinde hastalığın günlük yaşamı etkileyen semptomların da azalmasını getirdiği ve hastaların yaşam kalitesi düzeyindeki artışın bu etkinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Üİ'ın hastaların günlük yaşamı üzerindeki olumsuz etkisini kısa süre içerisinde arttırması ve artan yaş ile birlikte bu etkinin daha da fazla hissedilmesi kontrol grubunda belirlenen yaşam kalitesi düzeyindeki azalmanın nedeni olarak görülebilir.

5.3. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınların İdrar Kaçırma Durumlarının Değerlendirmesi

Üİ bireylerde stres, sıkışma (urge), miks, taşma (overflow), fonksiyonel, sürekli inkontinans gibi farklı tiplerde ve bu tiplerin tanımlandığı farklı durumlarda görülmektedir (Kızılkaya Beji, 2003; Can Güler ve Yağcı, 2006; Kılınç, 2010; Özcan ve Kapucu, 2014; Akın, 2015; Topuz, 2015; Muth, 2017; Pair ve Somerall, 2018). Üİ tiplerinin görülme sıklığı yaş, cinsiyet, BKİ, kognitif ve psikolojik durum, ortopedik durum, obstetrik durum, üretral durum, ilaç kullanımı gibi risk faktörlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Akın, 2015).

Yapılan bu çalışmada, girişim ve kontrol grubunun hangi durumlarda idrar kaçırdıkları incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların tümünün, kontrol grubunda yer alan hastaların çoğunluğunun tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların yarısından fazlasının ve kontrol grubundakilerin ise yaklaşık olarak yarısının öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçırdığı saptanmıştır. Girişim grubunun yaklaşık yarısının uyurken idrar kaçırdığı, kontrol grubunda ise bu oranın daha az olduğu belirlenmiştir. Hareket halindeyken idrar kaçırma durumunun girişim grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların

işemeyi bitirip giyinirken, belirgin bir neden olmadan idrar kaçırma durumu, her zaman idrar kaçırma her iki grupta oldukça az oranda olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Korur ve Koloğlu Akalın (2008) yaptıkları tez çalışmasında hastaların %89.6'sının öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırdığı, %47.4'ünün tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı, %40.6'sının hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçırdığı, %12'sinin işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırdığı, %8.9'unun uyurken idrar kaçırdığı, %4.7'sinin belirgin bir neden olmadan idrar kaçırdığı ve %2.6'sının her zaman idrar kaçırdığını belirlemiştir.

Sinan ve ark. (2018) yaptıkları çalışma sonucunda hastaların %54.3'ünün tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını, %20.7'sinin öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırdığını, %9.8'inin hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçırdığını, %6.5'inin belirgin bir neden olmadan idrar kaçırdığını, %4.3'ünün her zaman idrar kaçırdığını, %3.3'ünün işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırdığını, %1.1'inin uyurken idrar kaçırdığını tespit etmiştir.

Jahromi ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada hastaların %50'sinin hiçbir zaman idrar kaçırmadığını ya da tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığını, %40'ının öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırdığını, %6.7'sinin işemeyi bitirip giyinirken ve her zaman idrar kaçırdığını, %3.3'ünün hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçırdığını belirlemiştir.

Sherburn ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada hastaların %48.8'inin öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırdığını, %39.5'inin hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçırdığını belirlemişlerdir.

Literatürde yer alan çalışmaların sonucunda Üİ tanılı hastaların çoğunluğunun öksürürken veya hapsürürken idrar kaçırdığı ya da tuvalete yetişmeden idrar kaçırdığı görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde yapılan bu çalışma sonucu literatürde yer alan çalışmalar ile büyük oranda benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarındaki idrar kaçırma durumlarının farklı oranlarda olmasının çalışma gruplarında yer alan hasta

popülasyonunun Üİ risk faktörlerinden etkilenme durumuna bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin Algılanan Etki Düzeyine Etkisi

Tedavi uygulaması sırasında ve/veya sonrasında hastaların algıladıkları etki değerlendirmesi yapılarak sağlık durumundaki algılanan değişim tespit edilebilir. Böylelikle algılanan etki durumu tedavi öncesindeki durum ile karşılaştırılarak elde edilen sonuç ile inkontinansın şiddetine dair bilgi elde edilebilir (Akbayrak ve Kaya, 2015). Uygulanan tedavi sonucunda yapılan subjektif değerlendirme, hastanın tedaviden beklentisi de göz önünde bulundurularak yapıldığında durumundaki gerçek iyileşmeyi yansıtabilir (Konstantinidou ve ark., 2007).

Yapılan bu çalışmada, kegel egzersizi eğitimi sonrasında 6. ve 12. haftada girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların bireysel görüşleri alınarak yapılan algılanan etki değerlendirmesindeki değişim incelendiğinde; 6. haftada girişim grubundaki hastaların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün şikayetleri azaldığı, kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ise şikayetlerinin değişmediği belirlenmiştir. 12. haftada ise girişim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun şikayetlerinin azaldığı, kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ise şikayetlerinin değişmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Bu durum kegel egzersizinin Üİ hastalarının algılanan etki değerlendirmesinde olumlu yönde etkisinin olduğunu göstermekte ve H₁ hipotezi (Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişim algılanan etki düzeyine etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

Pereira ve ark. (2011) bireysel (n=15) ve grup (n= 15) halinde 6 hafta süresince uyguladıkları kegel egzersizi programının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların görüşlerini temel alarak subjektif değerlendirme yapmışlardır. Değerlendirme sonucunda hem bireysel hem de grup halinde yapılan kegel egzersizi uygulamasında benzer oranda (%86) bireysel iyileşme ifade edildiği belirlenmiştir.

Cavkaytar ve ark. (2015)'nin 8 hafta süresince uygulanan kegel egzersizinin stres ve miks tipi inkontinans tanılı hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini

değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların uygulama sonrası bireysel görüşleri değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmede kegel egzersizi uygulaması sonrasında stres inkontinansı olan hastaların % 68.4'ü, miks inkontinansı olan hastaların %41.2'si bireysel iyileşme ifade etmişlerdir.

Engberg ve ark., (2016)'nın evden dışarı çıkabilen (n= 185) ve çıkamayan (n= 93) hastalarda 6 hafta süresince uygulanan kegel egzersizinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların iyileşme düzeylerine ilişkin bireysel görüşleri değerlendirilmiştir. Evden dışarı çıkamayan hastaların %89.4'ü, evden dışarı çıkabilen hastaların %92,9'u kegel egzersizi uygulaması sonucu iyileşme ifade etmişlerdir.

Castro ve ark. (2008) çalışmalarında hastaların kegel egzersizi uygulamasından 6 ay sonra bireysel görüşlerini değerlendirmişlerdir. Kegle egzersizi uygulamasında yer alan hastaların %58'inin uygulama sonrasında durumlarından memnun olduklarını ve farklı bir tedaviye gereksinimin duymadıklarını ifade etmişken, kontrol grubu hastalarının %79'unda ise memnuniyetsizlik ifadesi olduğu belirlenmiştir.

Literatürde kegel egzersizinin etkinliği konusunda olumsuz yönde bireysel görüşlerin yer aldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bu çalışmada elde edilen sonuç; literatürdeki çalışmalarla benzer olup, bu durum kegel egzersizi uygulaması yapan hastaların inkontinans düzeylerini azaltmak için bir uygulamada bulunmasının algıladıkları şikayet düzeyleri üzerinde oluşturduğu olumlu etkiye bağlanabilir. Kontrol grubunda bulunan hastaların büyük oranda şikayetlerinin değişmemesi ise Üİ'nin yaşlılığın getirdiği bir sonuç, normal ve yaşanması gereken bir süreç olarak algılanmasıyla, bu süreci iyileştirecek herhangi bir girişimde bulunulmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.5. Üİ Tanılı Yaşlı Kadınların Kegle Egzersizi Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi

Yapılan bu çalışmada girişim grubundaki hastaların kegel egzersizini uygulama durumları değerlendirildiğinde hastaların yaklaşık olarak ¼'ünün haftada 1-2 gün eksik yaptığı, yaklaşık olarak 3/4'ünün ise her gün düzenli olarak yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Özcan ve Kapucu (2012)'ın 65 yaş üstü kadınlara verilen kegel egzersizi eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada hastalardan 1/3'ünün düzenli olarak her gün egzersizi uyguladığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Kocaöz (2007)'ün tez çalışmasında kadınların %25'inin, Moen ve ark. (2009) çalışmasında ise kadınların %22'sinin kegel egzersizini her gün düzenli olarak uyguladığı belirlenmiştir.

Yapılan bu çalışmada yer alan hastaların kegel egzersizini düzenli olarak uygulama durumlarının literatürdeki çalışmalara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların yaşadıkları ortamda, birebir ve sık takiple yapılan eğitimin etkinliğinin, hastaların egzersizin etkisini kısa süre içerisinde hissetmeye başlamalarının ve kegel egzersizini gün geçtikçe artan Üİ şikayetlerinin azalması için bir çare olarak görmelerinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde yaşlı kadınlara kegel egzersizi odaklı girişiminin uygulandığı çalışmanın sonuç ve önerilerine yer verilmiştir. Çalışmanın özgün yönü yaşlı kadınlara yaşadıkları evlerde birebir eğitim programı ve tekrarlı takiplerle uygulanan kegel egzersizi odaklı girişim programının inkontinansa, yaşam kalitesine ve algılanan etki düzeyine etkisinin değerlendirilmesidir.

Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinansa, yaşam kalitesine ve algılanan etki düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Keglel egzersizi odaklı girişimin Üİ tanılı yaşlı kadınlarda uygulanabilir olduğu belirlenmiştir.
- Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinans düzeyinin azalmasında etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin yaşam kalitesi düzeyinin artmasında etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Üİ tanılı yaşlı kadınlara uygulanan kegel egzersizi odaklı girişim algılanan etki düzeyinde inkontinansa ilişkin şikayetlerin azalmasında etkisi olduğu belirlenmiştir.

Araştırma uygulama ve değerlendirme süreçlerinden elde edilen sonuçlar göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından;

- Üİ tanılı yaşlı kadınlara birebir eğitim ve sık aralıklı takiplerden oluşan kegel egzersizi odaklı girişim programının tüm sağlık bakım hizmetlerinde rutin uygulama haline getirilmesi,
- Araştırma kapsamında güncel literatür ile hazırlanan Keglel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığının sağlık bakım hizmeti programlarındaki Üİ tanılı hastaların eğitiminde kullanılması ve hastalara eğitim kitapçığının temin edilmesi,
- Keglel egzersizinin Üİ ve yaşam kalitesine daha uzun süreli etkisini değerlendiren, daha yüksek popülasyonda randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

- Kegel egzersizinin etkinliğinin değerlendirileceği çalışmalarda hastaların bireysel görüşlerinin de değerlendirmeye katılarak araştırma sonuçlarının desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of The International Continence Society. *Neurourol Urody*. 2002; 21: 167-178.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of The International Continence Society. *Urology*. 2003; 61: 37-49.

Aggozzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, Vita D, Santacroce S, Artibani W. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in Northern Italy. *Urology*. 2000; 56: 245-249.

Akbayrak T, Kaya S. KNGF kılavuzu-stres üriner inkontinansı olan hastalarda fizyoterapi. 1.basım. Ankara: Pelikan Tıp ve Temel Kitapçılık Tic.Ltd.Şti; 2015, s: 62-77, 117.

Akın S. Yaşlılarda üriner inkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*. 2015; 2: 49-54.

Akyol A, Mutlu S, Ark H, Çelebi İ. Ürodinamik tanı dağılımlarının doğum şekli, bebek doğum ağırlığı ve menopoza durumuyla ilişkisi. *TJOD*. 2007; 17(4): 276-282.

Alewjinse D, Metsemakers JFM, Mesters IEPE, Van Den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2003; 22: 284-295.

Alparslan Ö, Doğaner G, Çiftçi M. Kadınların üriner inkontinans ve kegel egzersizi hakkında bilgi düzeyleri. *Sted*. 2007; 16 (9): 129-133.

Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. Temel Üroloji. 4. basım. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2011, s: 1-21.

Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(1): 85-89.

Aslan E, Kömürcü N, Kızılkaya Beji N, Yalçın O. Bladder training and kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology.* 2008; 54: 224–231.

Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı-2. 1.basım. İstanbul: Akademi; 2014, s: 974.

Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı türk popülasyonunda inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından öneminin değerlendirilmesi. *Geriatrici.* 2000; 3 (2): 45-50.

Ateşkan Ü. Geriatrik üriner ünkontinans. *Aktüel Tıp Derg Geriatri Özel Sayı.* 2004; 2(3): 20-25.

Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neuroul Urodynam.* 2004; 23:322-330.

Ayyıldız Erkan H. Kadınlardaki üriner inkontinans tedavisinde konservatif tedavi yöntemleri. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi.* 2006; 14 (56): 207-219.

Balcı MBC, Akçetin YZ. Üriner inkontinansın tanımı ve sınıflaması. *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics.* 2009; 2(1):13-16.

Başak T, Uzun Ş, Arslan F. İncontinence 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): 84-89.

Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N. Kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslararası düzeyde irdelenmesi. *Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*. 2015; 23 (3): 224-230.

Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri. *Euras J Fam Med*. 2014; 3(1): 1-8.

Bø K, Hilde G. Does it work in the long term? A systematic review on pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2013; 32(3): 215-223.

Bø K. Pelvic floor muscle training for SUI. In: Bo K, Berghams B, Morkved S, Van Kampen M. *Evidence Based Physical Therapy for The Pelvic Floor. Bridging Science and Clinical Practice*. 2nd ed. Edinburg: Butterworth Heinemann Elsevier; 2015, p: 171-187.

Bostancı MS, Özden S, Ünal O, Cevrioğlu AS, Akdemir N. Üriner inkontinans medikal tedavisi. *J Hum Rhythm*. 2015; 1(3): 83-89.

Botlero R, Bell RJ, Urquhart DM, Davis SR. Urinary incontinence is associated with lower psychological general well-being in community-dwelling women. *Menopause*. 2010; 17: 332–337.

Brown JS, Vittinghoff E, Lin F, Nyberg LM, Kusek JW, Kanaya AM. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women with type 2 diabetes and impaired fasting glucose: findings from the national health and nutrition examination survey (NHANES) 2001–2002. *Diabetes Care*. 2006; 29 (6): 1307-1312.

Burns PA, Pranikoff K, Nochajski TH, Ory MG. A comparison of effectiveness of biofeedback and pelvic muscle exercise treatment of stress incontinence in older community-dwelling women. *Journal of Gerontology*. 1993; 48(4): 167-174.

Can Güler T, Yağcı N. Urinary incontinence in women and physical therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2006; 11: 205-218.

Castro RA, Arruda RM, Zanetti MRD, Santos PD, Sartori GF, Girao MJBC. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of the stress urinary incontinence. *Clinics*. 2008; 64: 465-472.

Cavkaytar S, Kokanali MK, Topcu HO, Aksakal OS, Doğanay M. Effect of home-based kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 35(4): 407-410.

Çayır G, Kızılkaya Beji N. Aşırı aktif mesaneli bireylerde Pender'in sağlığı geliştirme modeli doğrultusunda planlanan davranışsal tedavi girişimleri. *HSP*. 2018; 5(3): 443-452.

Çetinel B. Özkan B. Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*. 2004; 30(3): 332-338.

Çoban A, Şirin A. Yaşlı kadınlarda ürogenital sistem problemleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Geriatrici*. 2003; 6(2): 80-83.

Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006; 194: 339-345.

Davis NJ, Vaughan CP, Johnson 2nd TM, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland AD. Caffeine intake and its association with urinary incontinence in United States men: results from national health and nutrition examination surveys 2005-2006 and 2007-2008. *J Urol*. 2013; 189: 2170-2174.

Delancey J. What causes stress incontinence: fallacies, fascias and facts. *Can Urol Assoc J*. 2012; 6(5 suppl 2): 114-115.

Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 16 (3): 35-40.

Demirel T, Akin B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among 65 years and over women who lived in rural area. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2014; 17 (4): 379-388.

Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary. *J Urol*. 2004; 170: 1259-1263.

Due U, Klarskov N, Gras Soren, Lose G. Pelvic floor muscle training with and without supplementary kaatsu for women with stress urinary incontinence - a randomized controlled pilot study. *Neurourology and Urodynamics*. 2019; 38: 379–386.

Dumoulin C, Hay-Smith J, Mac Habbée Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 14.

Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, Imamura M, Thakar R, Williams K, Chambers T. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: summary of the 5th international consultation on incontinence. *Neurourology and Urodynamics*. 2016; 35:15–20.

Engberg S, Sereika SM. Effectiveness of pelvic floor muscle training for urinary incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016; 43(3): 291-300.

Erdil F, Özhan Elbaş N. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 7. Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; 2016, s: 370-377.

Erdoğan NO. Female urinary incontinence and the quality of life. *I.U.F.N. Journal of İstanbul University Florance Nightingale Nursing Schools*. 2003; 13(51): 87-94.

Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. "Mini Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12: 189-198.

Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. *Int Urogynecol J*. 2013; 24: 295-302.

Graham DS. Glenn's urological surgery. Çeviren: Arıkan N. Glenn Ürolojik Cerrahi. 6. Basım, Güneş Kitabevi, İstanbul; 2006, s: 293-299.

Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(4): 273-281.

Hall JE. Textbook of medical physiology. Çeviren: Şentürk ÜK. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 12. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2013, s: 303-410.

Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29(1): 4-20.

Hill SR, Fayyad AM, Jones GR. Diabetes mellitus and female lower urinary tract symptoms: a review. *Neurourology and Urodynamics*. 2008; 27(5): 362-367.

Hirayama F, Lee AH. Is caffeine intake associated with urinary incontinence in Japanese adults. *J Prev Med Public Health*. 2012; 45: 204-208.

Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. *JAMA*. 2004; 291(8): 986-995.

Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*. 2008; 27:749-757.

İnci K, Ergen A. Yaşlılarda üriner inkontinans ve farmakolojik tedavisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2009; 13(1): 59-66.

Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJUI Int.* 2011; 108(7): 1132-1138.

Işık AT, Bozoğlu E. Geriatrik Olgularda Üriner İnkontinans. 2. Basım, Som Kitap, İstanbul; 2010, s: 91-172.

Jahromi MK, 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): 71-79.

Juna H, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Gradstein F. Caffeine intake and the risk of stres, urgency and mixed urinary incontinence. *J. Urol.* 2011; 185(5): 1775-1780.

Kadıoğlu M, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinans tedavisinde önerilen yaşam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşım. *HSP.* 2016; 3(3): 201-207.

Kaplan S, Demirci N. Üriner inkontinansa konservatif tedavi metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2010; 5(13): 1-14.

Kaşıkcı M, Dilek K, Avşar G, Şirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors, and effect on activities of daily living. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2015; 61: 217-223.

Kılıç M. Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting family health centers. *SpringerPlus.* 2016; 5: 1331.

Kılınç F. Geriyatrik hastalarda idrar inkontinansı. *Gerofam.* 2010; 1(4): 46-59.

Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinans sorunu, epidemiyolojisi ve inkontinanslı hastanın tanı amacıyla değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 50(13): 29-43.

Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı Önlemeye Yönelik Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi. *Hacettepe*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof.Dr. Kafiye Eroğlu).

Konstantinidou E, Apostolidis A, Tsimtsiou Z, Hatzichristou D. Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stress urinary incontinence: a randomized pilot study. *Neurourology and Urodynamics*. 2007; 26: 486-491.

Korur A. Kadınlarda İdrar Kaçırma Şikayetinin Genel Sağlık, Psikososyal Ve Seksüel Yaşam Üzerindeki Sonuçları. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Uz.Dr.Ayşe Arzu Koloğlu Akalın).

Lagro- Janssen TLM, Debruyne FMJ, Smits AJA, Van Weel C. Controlled trial of pelvic floor exercises in the treatment of urinary stress incontinence in general practice. *British Journal of General Practice*. 1991; 41: 445-449.

Lynn P. Taylor's clinical nursing skills. Çeviren: Bektaş H. Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri-Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. 3.basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti., Ankara; 2015, s: 151-157.

Madhuvu AE. Nursing care: Urinary elimination and continence. In: Koutoukidis G, Stainton K, Hughson J. *Tabbner's Nursing Care: Theory and Practice*. 7th ed. Australia: Elsevier; 2017, p: 885-921.

Mathews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal or dual incontinence in the nurses' health study. *Obstet Gynecol*. 2013; 122(3): 539-545.

Mc Donald M, Bradford JL. Urinary system function, assessment, and therapeutic measures. In: Williams LS, Hopper PD. *Understanding Medical Surgical Nursing*. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015, p: 810-887.

Menezes M, Pereira M, Hextall A. Predictors of female urinary incontinence at midlife and beyond. *Maturitas*. 2010; 65(2): 167-171.

Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003; 82: 327-338.

Moen MD, Noone MD, Vassallo BJ, Esler DM. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal.* 2009; 20: 843–846.

Muth CC. Urinary incontinence in women. *JAMA.* 2017; 318(16): 1622.

Oh HS, Kim MK, Seo WS. Effectiveness of a behavioral intervention program for urinary incontinence in a community setting. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2005; 35(8): 1476-1484.

Oliveira E, Zuliani LM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SS, de Souza AM, Barbosa CP. Evaluation of factors related to the occurrence of female urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(6): 688-690.

Özcan M, Kapucu S. Üriner inkontinansı olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014; 101–109.

Özcan M. Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üzeri kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,* 2012, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Kapucu).

Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 2012; 46(4): 170-176.

Özyurt M. Üroloji. 1. basım. Bursa: Rota Ofset Matbaacılık; 2000, s: 1-45.

Pair LS, Somerall WE Jr. Urinary incontinence: pelvic floor muscle and behavioral training for women. *Nurse Pract.* 2018; 43(1):21-25.

Park SH, Kang CB. Effect of kegel exercises on the management of female stress urinary incontinence: a systematic review of randomized controlled trials. Hindawi Publishing Corporation Advances in Nursing. 2014.

Park WH. Urinary incontinence and physician's attitude. J Korean Med Sci. 2013; 28: 1559-1560.

Pereira VS, Correia GN, Driusso O. Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study. European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology. 2011; 159: 465-471.

Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, Guaschino S. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002; 103: 179–182.

Price N, Dawood RR, Jackson S. Pelvic floor exercises for urinary incontinence: a systematic literature review. Maturitas. 2010; 67: 309-315.

Riesenhuber A, Boehm M, Posch M, Aufricht C. Diuretic potential of energy drinks. Amino Acids. 2006; 31: 81-83.

Robinson D, Giarenis I, Cardozo L. You are what you eat: the impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptom. Maturitas. 2014; 79: 8–13.

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian ES. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. N Engl J Med. 2003; 348: 900-907.

Rovner ES, Wein AJ. Treatment options for stress urinary incontinence. Reviews in Urology. 2004; 6(3): 29-47.

Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. Obstet Gynecol. 2002; 100: 1230-1238.

Sarı D, Khorshid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009; 36(4): 429-435.

Sarı D. Pelvik Taban Kas Egzersizinin Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Prof. Dr. L. Khorshid).

Scemons D. Urinary incontinence in adults. *Nursing.* 2013; 43(11): 52-60.

Şentürk Ş, Kara M. Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi.* 2010; 17(1): 7-11.

Sherburn M, Bird M, Carey M, Bo K, Galea MP. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics.* 2011; 30: 317–324.

Sinan Ö, Başak T, Güvenç G, Kurt G. Yaşlı kadınlarda üriner inkontinans: günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi. *Tepecik Eğit. ve Araş. Hast. Dergisi.* 2018; 28(3): 208-214.

Siu LS, Chang AM, Yip SK, Chang AMZ. Compliance with a pelvic muscle exercise program as a causal predictor of urinary stress incontinence amongst chinese women. *Neurourology and Urodynamics.* 2003; 22: 659-663.

Sivrioğlu K. Mesane anatomisi ve işeme fiziolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2005; 51 (Özel Ek A): A16-A18.

Smith PP, McCrery RJ, Appell RA. Current trends in the evaluation and management of female urinary incontinence. *Canadian Medical Association Journal.* 2006; 175(10): 1233-1240.

Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarström M, Franzen K, Midlöv P, Samuelsson E, Andersson G. The effect of conservative treatment of urinary

incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age and Ageing*. 2015; 44: 736-744.

Stewart E. Overactive bladder syndrome in the older woman: conservative treatment. *British Journal of Community Nursing*. 2009; 14(11): 466, 468, 470-3.

Stothers L, Friedman B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence in women. *Curr Urol Rep*. 2011; 12(5): 363-369.

Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, Richter HE, Myers D, Burgio KL, Gorin AA, Macer J, Kusek JW, Grady D; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*. 2009; 360: 481-490.

Sung MS, Choi YH, Back SH, Hong JY, Yoon H. The effect of pelvic floor muscle exercises on genuine stress incontinence among Korean women- focusing on its effects on the quality of life. *Yonsei Medical Journal*. 2000; 41(2): 237-251.

Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol*. 2005; 174: 187-189.

Tanrıverdi HA, Sade H, Akbulut V. Üriner inkontinans ve pelvik prolapsusun epidemiyoloji, etiyoloji ve risk faktörleri. *T Klin J Gynecol Obst*. 2004; 14: 231-238.

Terzi H, Terzi R, Kale A. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*. 2013; 52(1): 15-19.

Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Schröder A, Tubaro A. EAU guidelines on urinary incontinence. *European Urology*. 2011; 59: 387-400.

Topuz Ş. Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 1(4): 60-64.

Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. Eskişehir ili Beylikova ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon. TAF Prev Med Bull. 2013; 12(3): 231-242.

Vaz CT, Sampaio RF, Saltiel F, Figueiredo EM. Effectiveness of pelvic floor muscle training and bladder training for women with urinary incontinence in primary care: a pragmatic controlled trial. Brazilian Journal of Physical Therapy. 2019; 23(2): 116-124.

Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ. 2014; 349.

Wu XH, Liu XX, Xie KH, Wang RM, Wu YX, Liu YG. Prevalence and related factors of urinary incontinence among Hebei women of China. Gynecol Obstet Invest. 2011; 71 (4): 262-267.

Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. Int J Clin Pract. 2009; 63: 1122–1123.

Yaman Ö, Kadioğlu A, Taşçı Aİ. Güncel Üroloji. 2.basım. İstanbul: Nobel Matbaacılık San.Tic. Ltd. Şti.; 2018, s: 3-19.

Yavuz BB. Üriner inkontinans. İç Hastalıkları Dergisi. 2008; 15(2): 65-73.

Yıldız N, Sarsan A, Ardıç F. Kadınlarda stres üriner inkontinans ve konservatif tedavi yaklaşımları. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi. 2009; 12: 42-50.

Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(2): 1-14.

Yoo EH. Pelvic floor muscle rehabilitation. Korean Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006; 49 (9): 1838-1843.

Zanetti MRD, Castro RA, Rotta AL, Santos PD, Sartori M, Girao MJBC. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. Sao Paula Med. 2007; 125 (5): 265-269.















Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause*. 2008; 15 (3): 566-559.

Zümrütbaş AE, Bozkurt AI, Taş E, Acar CI, Alkış O, oban K, etinel B, Aybek Z. Prevalence of lower urinary tract symptoms, overactive bladder and urinary incontinence in Western Turkey: results of a population-based survey. *International Journal of Urology*. 2014; 21: 1027–1033.

EKLER

EK-1

ARAŞTIRMA İZLEM FORMU

UYGULAMA	TARİHLER							
	Şubat-Nisan 2017	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos-Kasım 2017	Aralık 2017-Mart 2019	Mart-Nisan 2019	Nisan-Mayıs 2019	Haziran 2019
Literatür Taranması								
Tez Önerisi								
Gerekli İzin Yazılarının Alınması								
Uzman Görüşlerinin Alınması								
Verilerin Toplanması								
Verilerin Analizi ve Değerlenmesi								
Tez Yazımı								
Tez Sunumu								

HASTA TANITIM FORMU**1. Hastaya Ait Bilgiler****Adı-Soyadı:****Yaş:****Boy:****Kilo:****Eğitim Durumu:** Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite**Medeni Durumu:** Evli Bekar**Evde Birlikte Yaşadığı Birey/Bireyler:** Yalnız Eşi ile Çocukları ile Bakıcı ile**Sigara Kullanımı:** Hiç kullanmadım. Kullandım. Halen kullanıyorum.**Alkol Kullanımı:** Hiç kullanmadım. Kullandım. Halen kullanıyorum.**Kafein Kullanımı:** Yok Var (Belirtiniz)**2. Obstetrik Bilgiler****Gebelik Sayısı:****Çocuk Sayısı (Varsa):****Doğum Yapma Şekli:****Menapoza girme zamanı:** 0-5 yıl 5-10 yıl 10-15 yıl 15 yıl ve üzeri**3. Sağlık Öyküsüne Ait Bilgiler****Kronik Hastalıkları:** HT KAH SVO KKY KOAH OP Parkinson**Kabızlık Durumu:** Yok Var (Belirtiniz)**Geçirilmiş Operasyon:** Yok Var (Belirtiniz)

Kullanılan İlaçlar:

1)	8)
2)	9)
3)	10)
4)	11)
5)	12)
6)	13)
7)	14)

4. İnkontinansa Ait Bilgiler

İnkontinans şikayetleri başlangıç zamanı:.....

İnkontinansın günlük yaşamınızı etkileme düzeyi nedir? Hiç Az Orta Çok

İnkontinans tanısı alma zamanı:

İnkontinansa ilişkin herhangi bir tedavi alma durumu :

Yok Var (Belirtiniz).....

Günlük tüketilen sıvı miktarı:

Günlük idrara çıkma sıklığı:

6-8 saatte bir ya da daha fazla 3-5 saatte bir 1-2 saatte bir Diğer.....

Gece idrara kalkma sıklığı:

Hiç/ nadiren Genellikle 1-3 kez 4 ya da daha fazla Değişik sıklıkta.

İdrar kaçırmaya ne gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır?

Gülme, hapsirme, öksürme, ağır kaldırma vb. durumlarda

Aniden ortaya çıkan sıkışma durumunda

- Yukarıda belirtilen her iki durumda
- İdrarın uzun süreli tutulması durumunda

İdrar kaçırma nedeniyle ped/bez kullanım durumu:

- Yok Var ise kullanım sıklığı:

İdrar kaçırma zamanı: Gündüz Gece Gece ve gündüz

5. Algılanan Etki Değerlendirmesi

GİRİŞİM SONRASI

6.Hafta

Uygulamış olduğunuz egzersiz programının şikayetleriniz üzerine etkisi ne olmuştur?

- Şikayetlerimde azalma oldu Şikayetlerim değişmedi Şikayetlerim arttı.

GİRİŞİM SONRASI

12.Hafta

Uygulamış olduğunuz egzersiz programının şikayetleriniz üzerine etkisi ne olmuştur?

- Şikayetlerimde azalma oldu Şikayetlerim değişmedi Şikayetlerim arttı.

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içerisindeyiz..... ()

Hangi mevsimdeyiz ()

Hangi aydayız ()

Bugün ayın kaçı..... ()

Hangi gündeyiz..... ()

Hangi ülkede yaşıyoruz..... ()

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()

Şu an bulunduğunuz semt neresidir..... ()

Şu an bulunduğunuz bina neresidir..... ()

Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız..... ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanır) Her doğru isim 1 puan..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz?

Hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

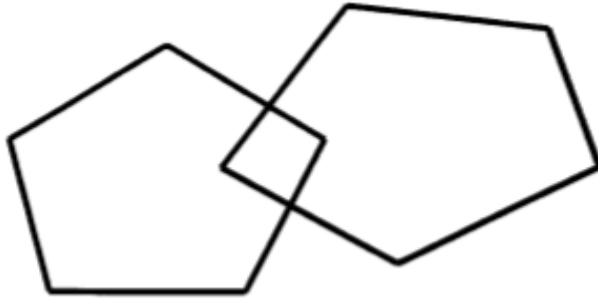
a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)..... () b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada).....()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)()



Bugünün tarihi (GÜN/AY/YIL) (----/----/-----)

ICIQ-SF (TÜRKÇE VERSİYON)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıırır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz.

Aşağıdaki soruları **SON DÖRT HAFTA BOYUNCA** ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilerseniz minnetar oluruz.

1) **Lütfen doğum tarihinizi yazınız:** GÜN/ AY/ YIL (...../...../.....)

2) **Cinsiyet** Kadın Erkek

3) **Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?** (Bir kutuyu işaretleyin)

- hiçbir zaman 0
- haftada bir veya daha seyrek gibi 1
- haftada iki veya üç kez 2
- günde bir kez gibi 3
- günde birkaç kez 4
- her zaman 5

4) **Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz.**

Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped/ koruyucu bez) kullanın veya kullanmayın)

(Bir kutuyu işaretleyin)

- hiç 0
- az miktarda 2
- orta derecede 4

çok miktarda 6

5) Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

hiç bir şekilde

çok fazla

ICI-Q skoru: toplam skor 3+4+5.....

6) Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum....

tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum....

öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....

uyurken kaçıyorum....

hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....

işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....

belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....

her zaman kaçıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

KEGEL EGZERSİZİ BİLGİLENDİRME EL KİTAPÇIĞI

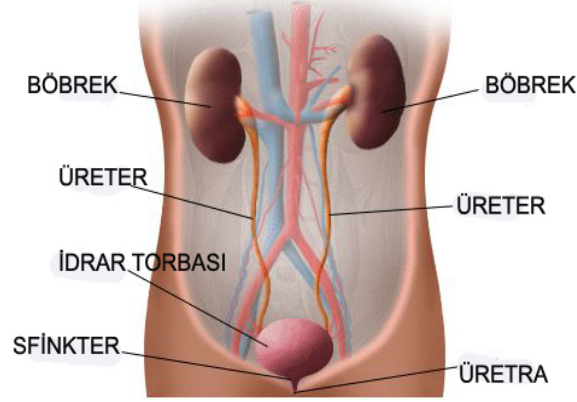
**KEGEL EGZERSİZİ
BİLGİLENDİRME
EL KİTAPÇIĞI**

Bu kitapçık 'Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi' konulu yüksek lisans tez çalışmasının bir parçası olan Kegel egzersizi eğitim sürecini desteklemesi amacıyla hazırlanmıştır.

**HAZIRLAYAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ SERPİL İNCE
ARŞ. GÖR. HİLAL GAMZE HAKBİLEN**

İDRAR YOLLARI

İDRAR YOLLARINA ÖNDEN BAKIŞ



İdrar yolları;

- ✚ Böbrekler,
- ✚ Üreterler (idrarı böbreklerden idrar torbasına getiren tüpler),
- ✚ Mesane (idrara torbası)
- ✚ Üretradan (son idrar yolu) oluşur.

Böbrekler idrarı oluştururken idrar yollarında bulunan diğer yapılar idrarın atılımını sağlarlar.

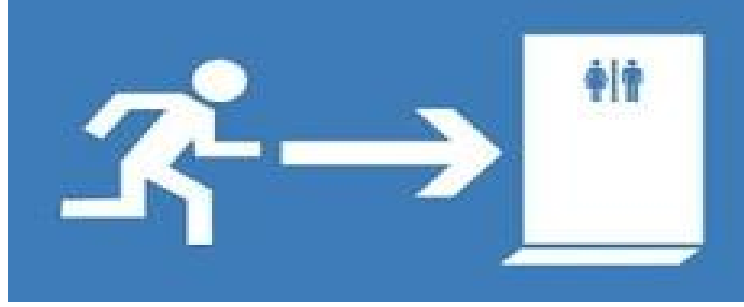
İdrar torbası; Güçlü kaslardan oluşan, genişleme özelliği olan idrarın depolandığı torba biçimindeki yapıdır.

MİKSİYON (İŞEME)

İdrar torbasının idrarı boşaltma işlemine miksiyon (işeme) denir. İdrar torbasında idrar miktarı belirli bir miktarın üzerine çıkınca idrar yapma isteği ortaya çıkar ve artan gerilimin oluşturduğu işeme refleksi denilen sinirsel bir refleks ile idrar torbası boşalır.

İDRAR KAÇIRMA

İdrar kaçırma idrarın miktarı ne kadar olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumudur. Yaşlılarda daha fazla karşılaşılan bir problem gibi görünse de bu durum yaşlanmanın doğal bir sonucu olmayıp normal olmayan bir durumdur.

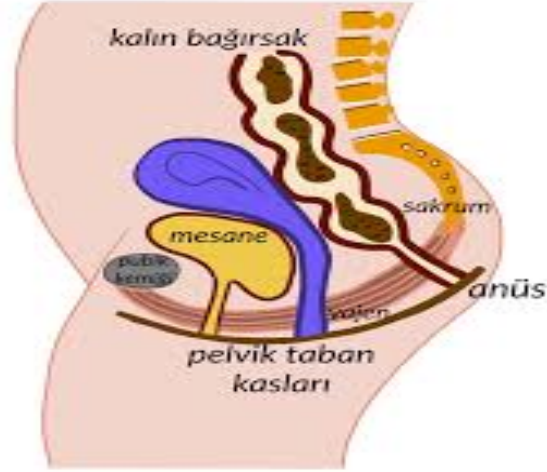


İDRAR KAÇIRMAYI ARTTIRAN DURUMLAR

- ✚ İlerleyen yaş,
- ✚ Hamilelik,
- ✚ Doğum yapmış olmak,
- ✚ Menapoza girmek,
- ✚ Hareketsizlik,
- ✚ Şeker Hastalığı,
- ✚ Kalp Hastalığı,
- ✚ Akciğer Hastalıkları,
- ✚ Öksürme,
- ✚ İdrar Yolu Enfeksiyonları,
- ✚ Kabızlık,
- ✚ Felç,
- ✚ Aşırı şişmanlık,
- ✚ Bazı ilaçlar,
- ✚ Kadın hastalıklarına yönelik yapılan ameliyatlardır.

PELVİK TABAN KASLARI

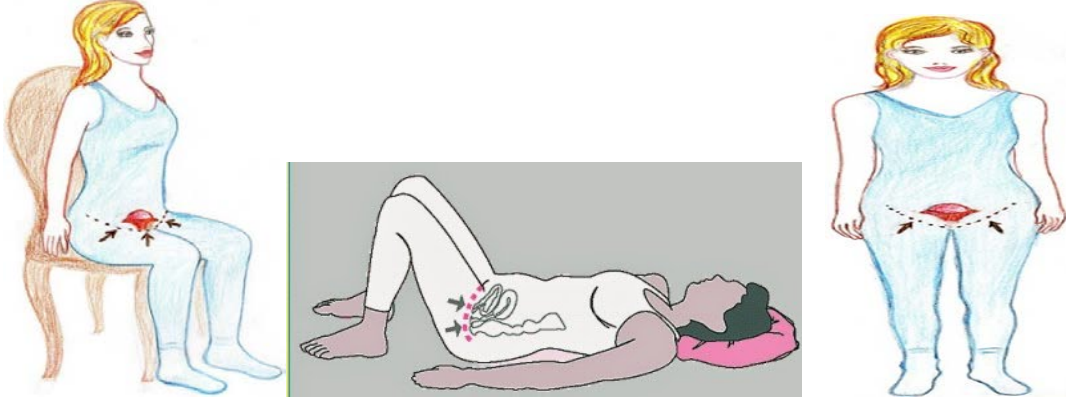
Kemik çatının alt bölümünde yer alan idrar yapma gereksinimi hissedildiğinde ve koşullar idrar yapmak için uygun olduğunda çalıştırılan kas grubudur.



Kegel egzersizlerinin amacı yıpranmış, güçsüz düşmüş olan ve bu nedenle idrarın uygunsuz bir zamanda boşalmasına sebep olan bu kas gruplarının güçlenmesini ve işlevlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır.

KEGEL EGZERSİZİ NASIL YAPILIR?

- Egzersize başlamadan önce hangi kas gruplarının çalıştırılması gerektiğinin bilinmesi gerekir. Bunun için:
- İdrar yaparken idrarı yarıda kesmek için hangi kasların kullanıldığına dikkat edin. Bu kasları kasarken karın ve kalça kaslarının gevşek olmasına çalışın.
- Dizler hafif açık olacak şekilde oturun, yatın ya da ayakta durun.



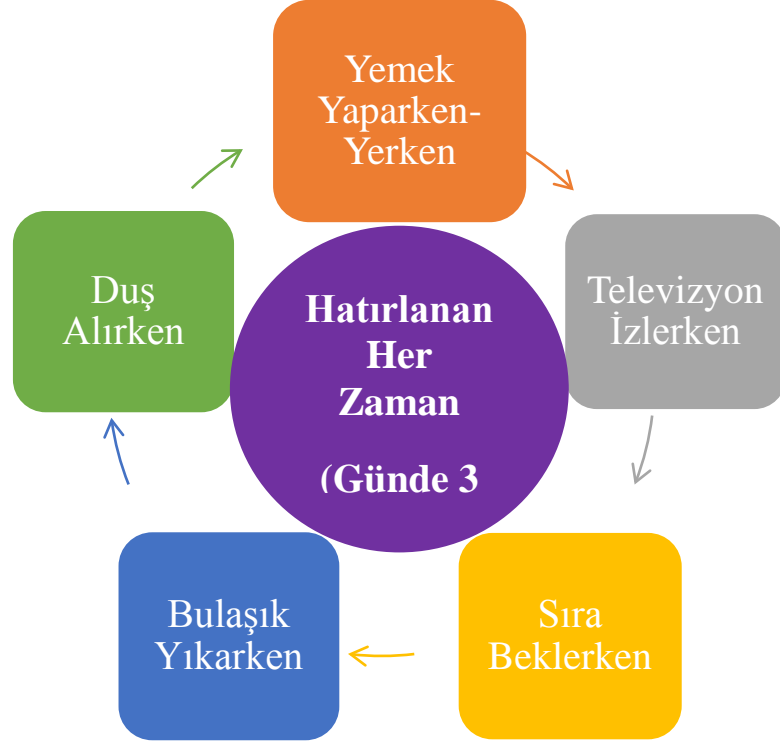
- Egzersiz sırasında nefesinizi tutmayın, kalçalarınızı ve uyluğunuzu sıkmayın, karnınızı içeriye çekmeyin.
- Anal bölgeyi gaz çıkışını engellemeye çalışıyor gibi kasın.
- İdrar yapılan ön bölgeyi idrar çıkışını engellemeye çalışıyor gibi kasın.
- Kaslarınızı 5 saniye kasılı tutun (**her hafta kasma sürenizi 1 saniye arttırınız, 10 saniyeye kadar çıkınız**), sonra 5 saniye gevşetin (**her hafta gevşeme sürenizi 1 saniye arttırınız, 10 saniyeye kadar çıkınız**). Bu egzersizi 10 defa tekrarlayın.
- Daha sonra, 10 defa, hızlı ve güçlü bir şekilde pelvik taban kaslarınızı kasın ve gevşetiniz (**2 saniye kadar**)
- Egzersiz programını günde 3 kez tekrarlayın.**

Süreyi “bir ve, iki ve, üç ve” şeklinde içinizden sayarak belirleyebilirsiniz.

Kaslarınız hemen güçlenmeyecektir. İdrar kaçırmamızda gözle görülür bir düzelme olması için **3 ile 6 ay düzenli olarak** egzersiz yapmanız gerekmektedir.



KEGEL EGZERSİZİNİ NE ZAMAN YAPABİLİRİM?



DİĞER ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1) Günde gerekli olan sıvı alım miktarınız konusunda doktorunuzla görüşün.
- 2) Gece idrar kaçırmamız oluyorsa akşam yemeğinden sonra sıvı tüketiminizi kısıtlayın.
- 3) İdrar çıkışınızı arttıracak olan yiyecek ve içecek tüketiminizi kısıtlayın. Örneğin;
 - ✚ Kahve ve kafeinli içecekler (kola, çay,...)
 - ✚ Karbonatlı içecekler (örneğin; soda-maden suyu)
 - ✚ Narenciye meyveler (portakal, mandalina,..)
 - ✚ Narenciye içecekler (portakal suyu,..)
 - ✚ Yapay tatlandırıcılar
 - ✚ Baharatlar
- 4) Düzenli olarak tualete çıkarak idrar torbanızın boşalmasını sağlayın. (2-3 saat aralıklarla)
- 5) Fazla kilolarınızı vermeye çalışın.
- 6) Kabız olmamak için lifli gıdalar (Sebzeler, meyveler, kepekli ekmek gibi...) alın.
- 7) Sigara kullanımınız varsa bırakmaya çalışın.

HAFTALIK EGZERSİZ TAKİP FORMU			
HER EGZERSİZ SONRASI UYGULAMA YAPTIĞINIZ ZAMAN DİLİMİ ALTINA “+” İŞARETİ KOYUNUZ.			
1. HAFTA*			
	Sabah	Öğlen	Akşam
Pazartesi			
Salı			
Çarşamba			
Perşembe			
Cuma			
Cumartesi			
Pazar			

*** Haftalık Egzersiz Takip Formu 12 haftalık süre boyunca işaretlenmek üzere toplamda 12 adet olarak Kegel Egzersizi El Bilgilendirme Kitapçığının sonunda yer almaktadır.**

KEGEL EGZERSİZİ BİLGİLENDİRME EL KİTAPÇIĞI
KAPSAM GEÇERLİLİĞİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerli Okuyucumuz,

‘Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi’ konulu yüksek lisans tezi kapsamında kullanılacak olan ‘Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı’ının sizin tarafınızdan değerlendirilmesini istiyoruz. Aşağıdaki değerlendirme formunda, kitapçıkta yer alan konulara ilişkin sorular bulunmaktadır. Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitapçığı’ını okuyarak soruların yanında yer alan cevaplardan sizin için uygun olanın yanına (X) koyunuz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Kitapçık İçeriğine Ait Sorular	Değerlendirme Seçenekleri		
	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil
1. İdrar yollarına ait bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
2. Miksiyon (İşeme) konusuna ait bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
3. İdrar kaçırma konusuna ait bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
4. İdrar kaçırmayı arttıran durumlara ilişkin verilen bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
5. Pelvik taban kaslarına ait bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
6. Kegel egzersizinin nasıl yapılacağına ilişkin verilen bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
7. Bireylerin gün içerisinde kegel egzersizini uygulayabileceği zamanlar açık ve anlaşılır mı?			
8. İdrar kaçırmayı azaltmaya yardımcı uygulamalara ilişkin			

bilgiler yeterince anlaşılır mı?			
9. Haftalık Egzersiz Takip Formu yeterince anlaşılır mı?			
10. Haftalık Egzersiz Takip Formu uygulanabilir mi?			
11. Kullanılan dil açık ve anlaşılır mı?			
12. Kullanılan dil yaş grubuna (>65 yaş) uygun mu?			
13. Konu başlıkları ve alt başlıklar içerikle uyumlu mu?			
14. Kitapçığındaki cümleler anlaşılır mı?			
15. Metnin yazı boyutu ve stili okunabilirlik açısından uygun mu?			
16. Kitapçığındaki sayfa düzeni okumayı kolaylaştırır nitelikte mi?			
17. Görseller basit ve öğretici mi?			
18. Kitapçık ilgi çekici mi?			
19. Kitapçıkta kullanılan renk seçimi uygun mu?			
20. Kitapçığındaki bilgiler yeterli mi?			

KEGEL EGZERSİZİ EĞİTİM PLANI

Konu	Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Eğitim
Eğitimci	Hilal Gamze Hakbilen Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Serpil İNCE
Hedef Grup	Girişim Grubu (Örneklemeye Dahil Olma Kriterlerine Uyan)
Tarih	Randomizasyon Sonrası Planlanan İlk Ev Ziyareti
Kullanılacak Yöntemler	Klasik Anlatım, Soru-Cevap, Gösterip Yaptırma Yöntemi
Kullanılacak Eğitim Materyalleri	Kegel Egzersizi Bilgilendirme El Kitabı ve Telefon
Eğitim Alanı	Bireylerin Günlük Yaşamlarını Sürdürdükleri Evler
Eğitim Süresi	20-30 dakika
Eğitim Konuları	<ul style="list-style-type: none"> • İdrar Yolları • Miksiyon (İşeme) • İdrar Kaçırma • İdrar Kaçırma Arttıran Durumlar • Pelvik Taban Kasları • Kegel Egzersizi Uygulama Yöntemi • Kegel Egzersizinin Uygulanabileceği Zamanlar Yapabilecek Diğer Önemli Noktalar
İzlem Yöntemi	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon İzlemi • Planlanan Ev Ziyaretleri • ICIQ-SF Değerlendirmesi • Algılanan Etki Değerlendirmesi • Haftalık Egzersiz Takip Formu Değerlendirmesi
İzlem Tarihleri	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitim Sonrasında Her Hafta Telefon İzlemi • Eğitim Sonrasında 6. ve 12. Haftalarda Ev Ziyaretleri • Ev Ziyaretleri Dahilinde Belirlenen Tarihlerde ICIQ-SF Değerlendirmesi, Algılanan Etki Değerlendirmesi ve Haftalık Egzersiz Takip Formu Değerlendirmesi
İzlem İçeriği	<ul style="list-style-type: none"> • Genel Değerlendirme • Eğitim Konularının Hatırlatılması • Soru-Cevap • Cesaretlendirme • Planlama • Sonlandırma

Eğitim Amacı	Üriner inkontinans tanılı yaşlı kadınların inkontinans düzeyini ve algılanan etki değerlendirmesindeki şikayetlerini azaltmak, yaşam kalitesi düzeyini arttırmak
Eğitim Hedefleri	<ul style="list-style-type: none"> • İdrar yollarının genel yapısını ve miksiyon (işeme) mekanizmasını bilmeli, • Üriner inkontinans ve üriner inkontinansa yol açan durumları bilmeli, • Kegel egzersizlerinin amacını bilmeli, • Üriner inkontinans tedavisinde kegel egzersizinin önemini kavrayabilmeli, • Kegel egzersizlerini doğru ve düzenli olarak uygulamanın önemini kavrayabilmeli, • Üriner inkontinansı azaltmaya yönelik yapılabilecek diğer uygulamaları kavrayabilmeli, • Kegel egzersizlerini bireysel olarak doğru yöntemle uygulayabilmeli, • Kegel egzersizlerini uygularken dikkat edilmesi gereken ilkelere özen gösterebilmeli, • Yapılan aralıklı izlemlerde kegel egzersizini uygulama yöntemini doğru olarak gösterebilmeli, • Kegel egzersizlerini eğitim sonrasında düzenli olarak uygulayabilmeli, • Kegel egzersizi dışında inkontinansı azaltmaya yönelik yapılabilecek diğer uygulamaları günlük yaşamında uygulayabilmeli.
Eğitim Değerlendirme Kriterleri	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitim esnasında ve sonrasında izlemlerde sorulan eğitim konuları dahilindeki değerlendirme sorularına doğru cevaplar verebiliyor mu? • Kegel egzersizini uygulama amacını açıklayabiliyor mu? • Kegel egzersizini doğru ve düzenli uygulamanın önemini açıklayabiliyor mu? • Kegel egzersizini uygularken doğru yöntemleri kullanabiliyor mu? • Eğitim sonrasında yapılan aralıklı izlemlerde kegel egzersizini doğru yöntemle olarak yapabiliyor mu? • Eğitim sonrasında düzenli aralıkla kegel egzersizi uygulanabiliyor mu? • Kegel egzersizi dışında inkontinansı azaltmaya yönelik yapılabilecek diğer uygulamaları günlük yaşamında uygulayabiliyor mu? • ICIQ-SF Değerlendirmesi • Algılanan Etki Değerlendirmesi • Haftalık Egzersiz Takip Formu Değerlendirmesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-GİRİŞİM GRUBU

Araştırmanın Adı: Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi

Bu çalışmayı sizin idrar kaçırmalarınız azaltmak ya da tamamen düzelmesini sağlamak amacıyla yapmaktayız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda karar vermekte özgürsünüz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size konu ile ilgili sorular (mental durumunuza, sosyodemografik durumunuza, idrar kaçırmaya şiddetinize ilişkin) sorular sorulacak ve bu soruları yanıtlamanız istenecektir. Ardından size kegel egzersizi uygulama yöntemi öğretilecek ve bu yöntemlerin yazılı olarak bulunduğu el kitapçığı verilecektir. Sizden bu egzersizleri 6 hafta boyunca sabah, öğlen ve akşam olmak üzere günde üç kez üç farklı pozisyonda (oturur, yatar ve ayakta) 10 kez yavaş ve 10 kez hızlı sıkma-gevşeme egzersizi şeklinde uygulamanız istenecektir. Uygulayacağınız bu egzersizin herhangi bir yan etkisi bulunmamaktadır. Bu egzersizleri her yaptığımızda size vereceğimiz Haftalık Egzersiz Takip Formuna işaretlemeniz istenecektir. İlk ziyaretten itibaren 6 hafta boyunca haftada 1 kez telefon ile aranarak kegel egzersizlerini uygulama durumunuz takip edilecektir. 6 hafta sonra idrar kaçırmaya yönelik sorular tekrar sorulacak ve bu soruları yanıtlamanız istenecektir. Sorulan bu soruların ardından sizden egzersizi uygulamaya devam etmeniz istenecektir. 2. ziyaretten sonra 6 hafta boyunca haftada 1 kez telefon ile aranarak kegel egzersizlerini uygulama durumunuz takip edilecektir. Bu ziyaretin ardından 6 hafta sonra tekrar idrar kaçırmaya yönelik sorular tekrar sorulacak ve bu soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu araştırmanın bütün aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak ancak sizden elde edilen veriler kullanılacaktır. Katılmaya karar vermeniz durumunda dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız ya da çekilmeniz durumunda alacağınız sağlık hizmetinde bir olumsuzluk yaşanmayacaktır. Bu araştırma size ya da sağlık giderlerinizi karşılayan kuruma herhangi bir maddi yük getirmeyecektir. Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında araştırmacı tarafından sözlü olarak aydınlatıldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU-KONTROL GRUBU

Araştırmanın Adı: Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi

Bu çalışmayı sizin idrar kaçırmalarınız azaltmak ya da tamamen düzelmesini sağlamak amacıyla yapmaktayız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda karar vermekte özgürsünüz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size konu ile ilgili sorular (mental durumunuza, sosyodemografik durumunuza, idrar kaçırmaya ilişkin) sorular sorulacak ve bu soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu soruları yanıtlamanızdan 6 hafta sonra tekrar idrar kaçırmaya yönelik sorular sorulacak ve sizden bu soruları yanıtlamanız istenecektir. 2. ziyaretin 6 hafta sonrasında idrar kaçırmaya yönelik sorular tekrar sorulacak ve bu soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu araştırmanın bütün aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak ancak sizden elde edilen veriler kullanılacaktır. Katılmaya karar vermeniz durumunda dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamanız ya da çekilmeniz durumunda alacağınız sağlık hizmetinde bir olumsuzluk yaşanmayacaktır. Bu araştırma size ya da sağlık giderlerinizi karşılayan kuruma herhangi bir maddi yük getirmeyecektir. Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında araştırmacı tarafından sözlü olarak aydınlatıldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmek koşulu ile kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

ICIQ-SF KULLANIM İZİNİ



hilalgamze hakbilen <hgamzehakbilen@gmail.com>

Alıcı: bulent.cetinel

30 Nis 2017 00:26 ☆ ↩ ⋮

Sayın Hocam,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim. Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığımız ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) ölçeğini izniniz olduğu takdirde Yüksek Lisans Tez Çalışmamda kullanmak istiyoruz. İzin verirsiniz, ölçeğin özgün formunu ve yönergesini göndermenizi rica ediyoruz.

Saygılarımla

--

Arş. Gör. Hilal Gamze HAKBİLEN

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelik Esasları AD

07058 Kampüsü/ ANTALYA

Res. Assist. Hilal Gamze HAKBİLEN

Akdeniz University

Nursing Faculty

Fundamentals of Nursing Department

07058 Kampüsü/ ANTALYA



Bülent Çetinel <bulent.cetinel@hotmail.com>

Alıcı: ben

30 Nis 2017 09:25 ☆ ↩ ⋮

Tabii ki

Kontinans Derneği web sayfasında var orijinal form

iPhone'umdan gönderildi

hilalgamze hakbilen <hgamzehakbilen@gmail.com> şunları yazdı (30 Nis 2017 00:26):

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

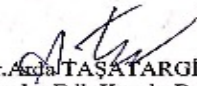
Sayı : 70904504/ 273
Konu :

21.07.2017

Sayın
Yrd.Doç.Dr.Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin
İnkontinansa Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Ayda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

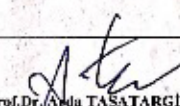
Eki: Etik Kurul Kararı

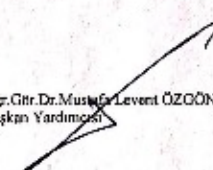
T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

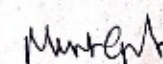
2017

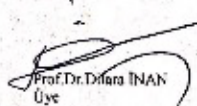
KARAR

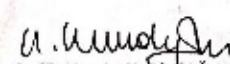
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Serpil İNCE	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Kegel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 432	Tarih: 19.07.2017
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

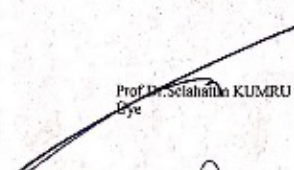

Prof. Dr. Ayda TAŞATARGIL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

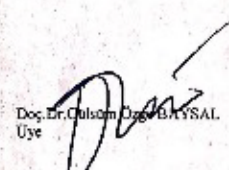

Öğr. Gör. Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı



Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye



Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye

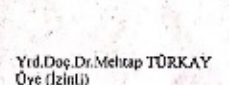

Prof. Dr. Necmiye HASLUĞOĞLU
Üye

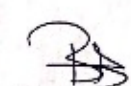

Prof. Dr. Selahattin KUMRU
Üye

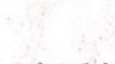

Doç. Dr. Gulseren DİĞER BAĞSAL
Üye

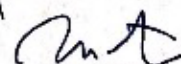

Doç. Dr. Dile KİPMEN KORGUN
Üye (İznilî)

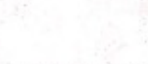

Doç. Dr. Özgür DÜBEK
Üye


Yrd. Doç. Dr. Mehmet TÜRKAY
Üye (İznilî)


Yrd. Doç. Dr. Binnü NUR
Üye


Dr. Ünal HÖLÜR
Üye (İznilî)


Turgut ALTUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İznilî)

ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EVDE SAĞLIK BİRİMİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/09/2017-43350

Antalya Büyükşehir Belediyesi
Sağlık İşleri Şube Müdürlüğü
Sayı: 53739744-311.11.02-E.630/40392
Tarih: 06/09/2017
Dosya Numarası: 2017-100756



T.C. +
ANTALYA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı

Sayı : 53739744-311.11.02-E.630/40392
Konu : Hilal Gamze HAKBİLEN'in Tez
Çalışması

05.09.2017

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hilal Gamze HAKBİLEN'in " Üriner İnkontinans Tanılı Yaşlı Kadınlara Uygulanan Keşel Egzersizi Odaklı Girişimin İnkontinansa Etkisi " konulu tezini Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığınıza bağlı Evde Sağlık Biriminde takip edilen inkontinans tanılı hastalarla yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. +

e-iznaldır
Sanem ÖZTÜRK
Genel Sekreter Yardımcısı



Yükseköğretim Bakanlığı Akademi Kuruluna Sayı:30 Mart/2017/ANTALYA
Telefon No: 0(242) 249 50 00 Faksı 0(242) 249 52 75
İnternet Sitesi: www.anta.gov.tr

Bilgi için: AYDA ÖNGÜL - Şirket Personel
Telefon No: 0(242) 249 55 00

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hilal Gamze	Uyruğu	T.C.
Soyadı	HAKBİLEN	Tel no	05302879530
Doğum tarihi	17.03.1992	e-posta	gamzehakbilen@akdeniz.edu.tr

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Özel Meltem Koleji	2010
Lisans	Kırıkkale Üniversitesi	2014
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Yoğun Bakım Hemşiresi	Ulus Devlet Hastanesi	Ocak 2015- Mart 2016

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS	83.25

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: Hakbilen HG., İnce S., “CORE (Clinically Oriented Reasoning Exam)”, 2.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 24-27 Nisan 2019

Hakbilen HG., İnce S., Hemşirelik Öğrencilerine Etik Duyarlılığın Kazandırılması, 1. Uluslararası 5.Ulusal Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, Türkiye, 15-17 Kasım 2018

Hakbilen HG., İnce S.,Yeniçağ’da Yaşanan Gelişmelerin Hemşirelikte Karanlık Döneme Etkisi, 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, İzmir, Türkiye, 19-21 Eylül 2018

Hakbilen HG., İnce S.,Türkiye’deki Suriyeli Göçmen Öğrencilerin Yükseköğretim Eğitimi, European Conference on Science, Art & Culture (ECSAC 2017), Prag, Çek Cumhuriyeti, 19-22 Ekim 2017