



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN ÜRİNER İNKONTİNANSA İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Zehra ÖZDEMİR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN ÜRİNER İNKONTİNANSA İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Zehra ÖZDEMİR

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ

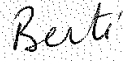
İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program : Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Öğrenci No : 174204033
Öğrenci Adı Soyadı : Zehra ÖZDEMİR

Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 17.01.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hacer ATAMAN
(İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

İmza 

ONAY

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

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdürü V.

ÖZET

HEMŞİRELERİN ÜRİNER İNKONTİNANSA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma, hemşirelerin üriner inkontinans hakkındaki bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma İstanbul ilinde özel dal hastanesi statüsünde hizmet veren bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hemşire ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşirelerin üriner inkontinansa ilişkin bilgi düzeyi formu ve tanıtıcı özellikler formu ile toplandı. Veriler Student t, Oneway Anova, Bonferroni, Kruskal Wallis, Bonferroni-Dunn testleriyle istatistiksel açıdan değerlendirildi.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin üriner inkontinansa ilişkin bilgi düzeyi toplam puan ortalamaları 100 puan üzerinden $53,95 \pm 14,43$ olarak orta düzeyde bulunmuştur (min=26,max=84). Hemşirelerin bilgi düzeyleri %29,33'ünün düşük, %56,67'sinin orta, %14'ünün ise yüksek düzeyde bilgisi olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %82'si kadın, %18'i erkek olup, yaş ortalamaları $27,63 \pm 3,67$ 'dir. Hemşirelerin %90'unun lisans mezunu, %54,7'sinin meslekte deneyim süresinin 2-5 yıl arasında değiştiği, %55,3'ünün kurumda çalışma süresinin 2-5 yıl olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %30,6'sının dâhili birimlerde çalıştığı, %51,3'ünün çalıştığı birimlerdeki görev süreleri 2-5 yıldır. Hemşirelerin, %58'inin ara sıra üriner inkontinans vakası ile karşılaştığı, %78'inin üriner inkontinans ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların ise bu eğitimi üniversitede, ortalama $1,27 \pm 0,52$ saat aldığı bulundu.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan birim ve üriner inkontinans eğitimi alma açısından bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve üriner inkontinans vakası ile karşılaşma sıklığı alma açısından üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, hemşirelerin üriner inkontinansa yönelik bilgi ve farkındalıklarının artırılması için sürekli hizmet içi

eğitimlerin ve kursların dzenlenmesi ve inkontinanslı hastanın bakımı için kanıta dayalı rehberler geliştirilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: Bilgi dzevi, hemşirelik, Üriner inkontinans.



ABSTRACT

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES REGARDING URINARY INCONTINENCE

This study was carried out descriptively to determine the knowledge level of nurses about urinary incontinence and the factors affecting it. The study was carried out with 150 nurses working in a Training and Research Hospital serving as a private branch hospital in Istanbul province and who agreed to participate in the research. The data were collected by the knowledge level form and the introductory features form of the nurses developed by the researcher in line with the literature. The data were statistically evaluated by Student t, Oneway Anova, Bonferroni, Kruskal Wallis, Bonferroni-Dunn tests.

According to the findings obtained in the study; nurses' level of knowledge regarding urinary incontinence was found to be medium level of 53.95 ± 14.43 out of 100 points (min = 26, max = 84). It was found that 29.33% of the nurses had low level of knowledge, 56.67% of them had medium level and 14% had high level of knowledge. 82% of the nurses are women and 18% are men and the average age is 27.63 ± 3.67 . It has been found that 90% of the nurses are undergraduate graduates, 54.7% of the experience in the profession varies between 2-5 years, and 55.3% of the working time in the institution is 2-5 years. The term of office in units where 30.6% of the nurses work in the internal units and 51.3% of the nurses is 2-5 years. It was found that 58% of the nurses had occasional urinary incontinence cases, 78% did not receive any training on urinary incontinence, and those who received training received an average of 1.27 ± 0.52 hours at the university.

There were statistically significant differences between the mean scores of the nurses participating in the study in terms of age, gender, educational status, unit studied and urinary incontinence training ($p < 0.05$). In terms of working time in the profession, working time in the institution, working time in the unit and the frequency of encountering urinary incontinence cases, no statistically significant differences were found in the mean scores of urinary incontinence knowledge ($p > 0.05$).

In line with the findings of the study, it was proposed to organize continuous in-service trainings and courses to increase the knowledge and awareness of the nurses

about urinary incontinence and to develop evidence-based guidelines for the care of the patient with incontinence.

Key Words: Knowledge level, nursing, urinary incontinence.



TEŞEKKÜR

Tez alıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince vermiő olduğu destek ve yardımlarıyla bana yol gösteren, yreklendiren, sabrını esirgemeyen danışman hocam
Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ'ye ,

Her zaman her konuda desteğini esirgemeyen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü'nün çok değerli hocalarına,

Lisans eğitimimden itibaren Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde örnek
aldığım hocam Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e,

Tez çalıőmam süresince her türlü bilgi ve deneyimiyle destek olan Prof. Dr. nay
YALÇIN'a,

Tez çalıőmam boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilimsel bilgisini, deneyimini
esirgemeyen, Prof. Dr. Ergül ASLAN'a,

Bu süreçte beraber yol aldığım her ihtiyaç duyduğumda yanı baőımda olan,

Seray ATEŞ'e,

Her zaman beni yreklendiren sevgili İstinye Üniversitesi Hemşirelik bölümü
Öğrencilerime,

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, sevgileriyle, őefkatleriyle, fedakrlıklarıyla
beni yetiőtiren canım annem ve canım babama, sonsuz sevgi ve teőekkürlerimi sunarım.

Zehra ÖZDEMİR

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim

17.01.2020

Zehra ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. ALT ÜRİNER SİSTEM ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ.....	4
2.1.1. PELVİK TABAN.....	4
2.1.2. PELVİK DİYAFRAM.....	4
2.2. ALT ÜRİNER SİSTEM ORGANLARI.....	4
2.2.1. Mesane.....	5
2.2.2. Üretra.....	6
2.3. ALT ÜRİNER SİSTEM NÖROFİZYOLOJİSİ.....	6
2.3.1. Kontinans Mekanizması.....	6
2.3.2. Depolama Fazı.....	6
2.3.3. İşeme Fazı.....	7
2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS.....	7
2.4.1. Tanımı.....	7
2.4.2. Sınıflama.....	7
2.4.3. Üriner İnkontinans Prevalansı.....	9

2.4.4. Risk Faktörleri.....	11
2.4.5. Üriner İnkontinansta Tedavi Yöntemleri.....	15
2.4.6. Hemşirelik Bakımı.....	19
2.4.7. Üriner İnkontinansa Yönelik Hemşirelik Tanıları.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	22
3.2.1. Araştırmanın Yeri.....	22
3.2.2. Araştırmanın Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	22
3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.4.2. Dışlanma Kriterleri.....	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	23
3.6.2. Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu.....	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4.BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	36
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
7.KAYNAKLAR.....	41
8.EKLER.....	58

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 2: Hemşirelerin Üriner İnkontinans İle İlgili Eğitim Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 3: Hemşirelerin Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 4: Hemşirelerin Çoktan Seçmeli Soruları Verdiklerin Yanıtların Dağılımı.....	30
Tablo 5: Hemşirelerin Vaka Örneğine İlişkin Sorulara Verdiklerin Yanıtların Dağılımı.....	31
Tablo 6: Hemşirelerin Vaka Örneğine İlişkin Doğru Yanlış Tipteki Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	32
Tablo 7: Hemşirelerin Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Bireysel Özellikleriyle Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8: Hemşirelerin Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Çalışma Özellikleriyle Karşılaştırılması.....	34
Tablo 9: Hemşirelerin Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Üriner İnkontinansla İlgili Özellikleriyle Karşılaştırılması.....	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Pelvik Diyaframın Üstten Görünüşü.....	5
Şekil 2: Ülkemizde Yapılan Çalışmalarda Üİ Prevelansının Dağılımı.....	10
Şekil 3: Üİ Risk Faktörlerinin Kanıt Düzeylerine Göre Dağılımı.....	11



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AAM** : Aşırı Aktif Mesane
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
DM : Diabetes Mellitus
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ICS : International Continence Society
MÜİ : Miks Üriner İnkontinans
POP : Pelvik Organ Prolapsusu
SÜİ : Stres Üriner İnkontinans
UÜİ : Urge Üriner İnkontinans
Üİ : Üriner İnkontinans

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2007 yılından itibaren öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilen üriner inkontinans (Üİ) Uluslararası Kontinans Derneği (International Continence Society-ICS) tarafından “Her türlü istemsiz idrar kaçırma şikayeti” olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2002; WHO, (2007).

Dünyada kadınlarda Üİ görülme prevalansı %25’den %45’e kadar değişmektedir (Milsom ve Gyhagen, 2018; Prince, 2011; Smith, 2010). Ülkemizdeki son 5 yılda yapılan çalışmalarda Üİ prevalansı %21,3 ile %80 arasında değişmektedir (Aydın, 2015; Alkan, 2018; Baykuş, 2016; Bozkurt, 2018; Çitak, 2017; Demirtaş, 2015; Demirtaş, 2019; Durukan ve ark., 2015; Gök, 2016; Gökalp, 2019; İnal, 2019; İrer ve ark., 2017; Keskin, 2019; Kılınçlı, 2016; Küçükçaya, 2017; Öz, 2016; Özcan ve ark., 2016; Özer, 2017; Sağlam, 2019 ;Soyal, 2019; Yücel ve ark., 2018). Bireylerin; doktora başvurmama, idrar kaçırmayı normal bir durum olarak algılama, tedavisinin olmadığı, idrar kaçırmının utanç bir durum olduğu gibi düşüncelere sahip olma Üİ prevalansını arttırmaktadır (Demir ve Beji, 2015). Yaş arttıkça bireylerde Üİ görülme sıklığı da artmaktadır (Dubeau ve ark., 2010; Tamanini ve ark., 2011). Üİ kişinin bireylerin hayatını; fiziksel, sosyal, psikolojik ve seksüel olarak etkiler. Sosyal izolasyon, utanma, kendine olan güvenin azalması, sosyal aktivitelerde azalma sonucunda yalnızlaşmaya ve cilt bütünlüğünde bozulma gibi yaşam kalitesini etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir (Ateşkan ve ark., 2000; Başak ve ark., 2009; Bilgili ve ark., 2008; Esler, 2013; Özcan ve Beji, 2014; Roe ve ark., 2001; Tıraş ve ark., 2000).

Üİ kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Milsom ve Gyhagen, 2018; Vivian, 2014). Üİ risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, doğumla ilgili faktörler, kronik konstipasyon, menopoz, obezite, spinal kord yaralanmaları, nörolojik hastalıklar, histerektomi, pelvik organ prolapsusu (POP), kafein tüketimi, ilaçlar, diabetes mellitus (DM), radyoterapi, üriner sistem enfeksiyonu ve genetik faktörlerdir (Markland ve ark., 2011).

Üİ'nin önlenmesi, yönetimi ve kontinansın sağlanması bir ekip işidir, hemşireler bu ekibin en temel üyelerindendir (Kelly ve Byrne, 2006; Newman, 2006). Jang ve ark., (2015)'nin sağlık personellerinin (doktor, hemşire, fizyoterapist ve hasta bakıcı) Üİ'ya ilişki bilgi, uygulama ve davranışlarının incelendiği çalışmada hemşirelerin, Üİ'lı hastaların bakımında, tedavisinde ve yaşam kalitesini arttırmada önemli görevleri olduğunu belirtilmişlerdir.

Literatür incelendiğinde hemşirelerin Üİ hakkında bilgi düzeyleri ile ilgili yurtdışında dört çalışmaya rastlanmıştır (Saxer ve ark., 2008; Yuan ve Williams, 2010; Yuan ve ark., 2011; Jang ve ark., 2015). Bu çalışma sonuçlarında; hemşirelerin Üİ yönetimi, tedavisi, önleme ve risk faktörleri konusunda bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Ülkemizde ise hemşirelerin Üİ hakkında bilgi düzeylerini değerlendiren iki çalışmaya rastlanmıştır (Çalışkan ve ark., 2019; Mamuk ve ark., 2018). Çalışkan ve ark., (2019)'nin Ankara'da yaptıkları çalışmada hemşirelerin Üİ bakım hizmeti sırasında karşılaştığı engeller, Üİ bilgi düzeyleri ve Üİ tutumları incelenmiş, hemşirelerin Üİ'ya karşı olumlu bir tavrı olmasına rağmen Üİ bilgi puanları düşük bulunmuştur. Ayrıca hasta takip sistemlerinin eksikliği, hasta eğitim materyallerinin olmaması Üİ bakımını sağlamadaki engeller olarak belirtilmiştir. Mamuk ve ark., (2018)'nin sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire ve ebe) pelvik taban kas egzersizlerini uygulama ve öğretme konusundaki bilgi tutum ve davranışlarını değerlendikleri araştırmada en düşük bilgi puanına hemşirelerin sahip olduğu bulunmuştur. Ülkemizde hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyini tanımlayan sınırlı sayıda çalışma bulunması nedeniyle bu çalışmada Üİ'lı hastaların sıklıkla başvurduğu özel dal hastanesindeki (kadın doğum- çocuk) hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi değerlendirilecektir. Bu çalışma sonucunun hemşirelerin Üİ bakımı ve yönetimi konusundaki farkındalıklarının gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; özel dal hastanesindeki hemşirelerin Üİ'ya ilişkin bilgi düzeylerini tanımlamak, bireysel ve çalışma özelliklerinin, Üİ bilgi düzeyine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

-Hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları nasıldır?

-Hemşirelerin bireysel özellikler yönünden Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

-Hemşirelerin çalışma özellikleri yönünden Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında fark var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi

2.1.1. Pelvik Taban

Pelvik taban bir “askı” veya “hamak” şeklinde kaslardan ve bağ dokularından oluşmaktadır. Kadın üreme organlarını pelvis kemiği içinde tutan üç destek yapı bulunmaktadır. Bunlar pelvik taban, ligamentler ve pelvis bağ dokusudur (Şahin, 2017). Pelvik taban; kemik pelvis çıkışına doğru ilerleyerek abdominal ve pelvik organlarını destekleyen çerçeve görevi üstlenmesinden dolayı Zacharin’e göre pelvik taban trampoline benzemektedir. Bunun yanında pelvik taban kasları; idrar yapma, defekasyon yapma, koitus ve doğum eyleminde aktif rol almanın yanı sıra üriner ve fekal inkontinansın devamlılığına da katkı sağlar (Polat, 2017).

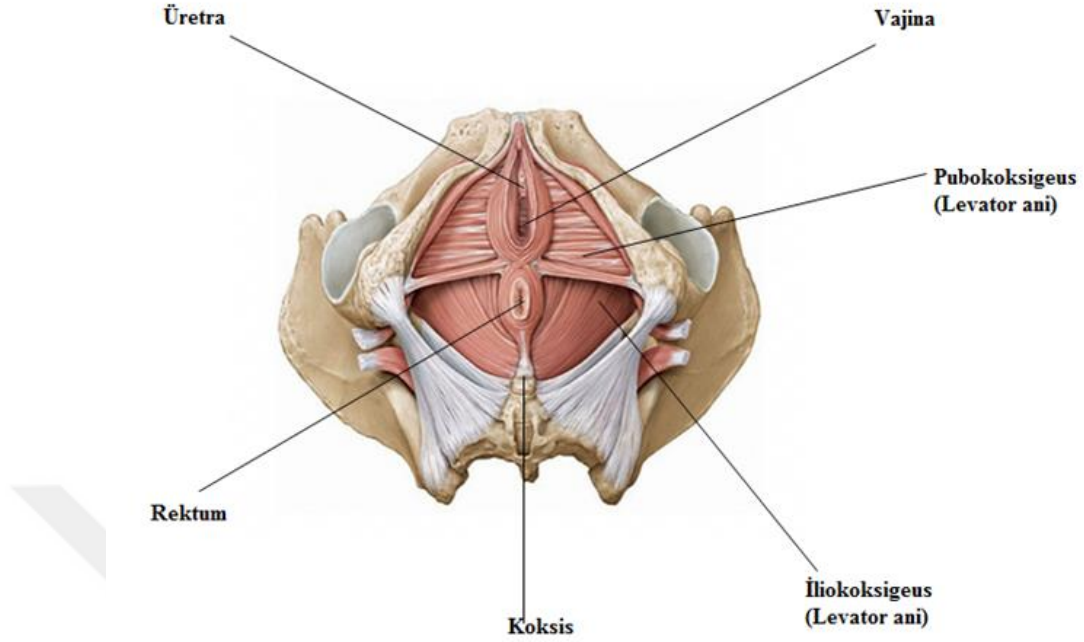
2.1.2. Pelvik Diyafram

Pelvik Diyafram pelvis tabanının en önemli elemanıdır; çünkü pelvik organlar ve karın içi basıncı karşılayan ve ligamentler ve fascialar üzerine devamlı bir yükün gelmesi halinde oluşacak esneme ve kırılmaları önleyen bir yapıdır (Çoşkun, 2002; Güner ve Yazıcı, 2000; Yalçın, 2009).

2.2. Alt Üriner Sistem Organları

Alt üriner sistem mesane ve üretradan oluşur, bu organlar üst üriner sistemde oluşan idrarın depolanması ve boşaltılması görevlerini üstlenirler (Keane ve Illivan, 2000).

Şekil 1. Pelvik Diyaframın Üstten Görünüşü



Kaynak: Çoşkun A. (2002) Alt Üriner Sistem Anatomisi. Beji NK, editör. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, içinde (11-12.ss.) İstanbul, Emek Matbaacılık.

2.2.1. Mesane

Mesane; içi boşken yassı, distansiyon halinde küre biçiminde aktif kontraktıl, içi boş müsküler bir organdır (Çoşkun, 2002). Pelviste pubis kemiklerinin arkasında yer alır, böbreklerden üreterler ile taşınan idrarın biriktirilip, depolandığı organdır. (Aktüksek, 2009; Cumhuriyet, 2006; Karabulutlu, 2018; Kaptan, 2012). Mesanede 300-500 ml idrar biriktirilir, bazen bu miktar iki katı çıkacak kadar genişleme özelliğine sahiptir. Mesane, iki farklı yapıdan oluşur bunlar; detrüsr ve trigondur. Detrüsr, birbirine girift düz kas demetlerinden oluşur. Mesane dışında bu kas tabakası, belirli bir katmanlaşma göstermez. Trigon ise mesane tabanında, üzerini örten düz kas katmanı ile daha yassı görünen iki üretral orifis ve internal orifis arasında üçgen bir yapıdır. Mesanenin iç, ön alt yüzünde bulunur (Çoşkun, 2002). Mesane, erkekte rektumun önünde, prostatın üstündedir. Kadında uterusun önünde vajinanın üzerinde yer alır (Demirci, 2012; Karabulutlu, 2018). Mesane duvarı içten dışa doğru tunica mucosa,

tunica muscularis ve tunica serosa tabakalarından oluşur. Mesanenin müsküler tabakası ise düz kas liflerinden oluşmaktadır (Karabulutlu, 2018).

2.2.2. Üretra

Mesanede biriken idrarın dışarı atılmasını sağlayan mukoza ile çevrili düz kaslardan oluşmuş bir organdır. Miksiyon dışında lümeni kapalıdır ve yıldız şeklini alır. Kadın retrası yaklaşık 5-6 cm arasındadır. Vajinanın n duvarına klitoris'in arkasına açılır (Demirci, 2012; Kaptan, 2012; Karabulutlu, 2018; Yalçın, 2009).

2.3. Alt riner Sistem Nörofizyolojisi

Alt riner sistem üç sinir tarafından inerve edilmektedir. Bunlar; parasempatik, sempatik ve somatik sinir sistemidir. Periferik otonomik, somatik ve santral sinir sisteminin birlikte bir düzen içerisinde çalışması sonucu idrarın depolanması ve boşaltılması işlemi gerçekleşir (zyurt ve şimşir, 2009; Yalçın, 2009).

2.3.1 Kontinans Mekanizması

Kontinans mekanizması birçok nöral refleksin etkileşimi ile gerçekleşen bir süreçtir. Kontinans mekanizması otonom sinir sisteminin kontrolü altındaki refleks bir mekanizma olup; dolum fazı ve işeme fazı olarak iki aşamadan oluşur (Anafarta ve ark., 2011; Can ve Yağcı, 2006;).

2.3.2. Depolama Fazı

Mesanede yeterli idrarın depolanması için; düşük basınç altında, mesanenin içerisinde artan idrar hacmine uyumu, kapalı mesane çıkışı ve istem dışı mesane kontraksiyonlarının olmaması gerekmektedir (Yavuz, 2008). Mesanedeki idrar miktarı arttıkça mesane içinde 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 ise işeme isteği oluşur (Can ve Yağcı, 2006).

2.3.3 İşeme Fazı

İdrar mesanede 200 ml'ye ulaştınca idrar yapma hissi oluşur. İdrar miktarı 400-500 ml'ye ulaştınca mesane, maksimum kapasitesine ulaşır (Çoşkun,2002). Mesane hacmi idrar uyaran başlangıç değerini geçtikten sonra miksiyon fazı başlar. İdrar yapma fazı asıl olarak periferik asetilkolin etkisi ile başlatılır. Başlangıç değerini geçildiğini duyuran gerilim ve dolgunluğa duyarlı reseptörlerden artan afferent uyarım ile üst merkezler uyarılır. İdrar yapmak için elverişli ortam olduğunda bu merkezler pons miksiyon merkezini aktive eder. Pons miksiyon merkezinin idrar yapma fazını açmasıyla sakral parasempatik yollar aktive olur, sempatik ve somatik yollar inhibe olur. Bu fazda sempatik ve somatik inhibasyonla mesane boynu, düz sfinkter ve çizgili sfinkter gevşer, sakral parasempatik aktivasyonla detrusor kasılır, eş zamanlı olarak pelvik taban kasları da gevşer (Özyurt ve Şimşir, 2009).

2.4. Üriner İnkontinans

2.4.1. Tanımı

Üİ; kadınlarda başta fiziksel olmak üzere, cinsel, sosyal ve psikolojik yönden yaşam kalitesini etkileyen yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin, 2017). ICS 1979 yılında Üİ'ı "İdrarın istemsiz olarak dışarı atılması veya idrarın tutulamaması durumu ve objektif olarak kanıtlanabilen, sosyal ve hijyenik bir sorun" olarak tanımlamıştır (Abrams ve ark., 1998). 2002 yılında ise ICS, Üİ'ı "İstemsiz olarak idrar kaçırmaya" olarak tanımlanır iken, son raporunda "Her türlü idrar kaçırmaya yakınması" olarak yeniden tanımlanmıştır (Abrams ve ark., 2002; Ateş ve ark., 2019).

2.4.2. Sınıflama

Stres Üriner İnkontinans (SÜİ) : Öksürme, hapsirme, gülme veya egzersiz gibi intraabdominal basıncı yükselten aktiviteler sırasında idrar kaçırmaya durumuna SÜİ denir (Abrams ve ark., 2002; Beji, 2002; Koçak, 2015). Bu inkontinans tipinin nedeni üretra altındaki desteğin zayıflaması ve sfinkter hasardır. En sık görülen inkontinans tipidir (Yalçın, 2017). Hastaların karın içi basınçlarında ani bir artış olabilir. Genellikle

15-49 yaş arasındaki kadınlarda, obez ve multipar kadınlarda daha fazla görülmektedir (Yalçın, 2009).

Urge (Sıkışma) Üriner İnkontinans (UÜİ): ICS'a göre "Ani sıkışma hissi ve güçlü idrar yapma isteği ile tuvalete yetişmeden ortaya çıkan idrar kaybı"dır (ICS Glossary, 2019). Mesanenin doluluk oranına göre idrar miktarı değişiklik göstermektedir. Isı değişimi, su sesi duyma, cinsel ilişki veya orgazmla provoke olabilir. Genellikle detrusörün aşırı aktivitesine bağlı olarak karşına çıkabilir. Diüretik kullanımı, enfeksiyon, taş, jinekolojik operasyon ve nörolojik sebepler ile de ortaya çıkabilmektedir (Yalçın, 2009).

Miks Üriner İnkontinans (MÜİ) : ICS'a göre "Stres ve urge üriner inkontinansın aynı anda görülmesi"dir (ICS Glossary, 2019). Tedavisi zordur ve yaşam kalitesini ciddi derecede etkiler (Abrams ve ark., 2002; Yalçın, 2017).

Overflow Üriner İnkontinans: ICS'a göre "Mesanenin aşırı dolması ve gerilmesiyle birlikte, istemsiz idrar kaybı" overflow üriner inkontinans olarak isimlendirilir (ICS Glossary, 2019). Bu tip inkontinans, sık sık ya da devamlı damla damla akma ya da SÜİ ve UÜİ semptomlarını kapsayan çeşitli şekillerde görülebilir. Bazı ilaçlar, spinal/periferal sinir hasarı, yaşlılığa bağlı detrusör kasının yetersiz olduğu durumlarda mesane tam boşalamaz ve bu tip Üİ görülebilir (Abrams ve ark., 2002).

Refleks Üriner İnkontinans: Duyusal faktör ya da herhangi bir uyarı olmaksızın daima idrar kaçırmaya denir. İşeme sonrası ya da sürekli damla damla idrar kaçırmaya durumu söz konusudur (Abrams ve ark., 2002; Şahin, 2017).

Aşırı Aktif Mesane Sendromu (AAM): Üİ olsun ya da olmasın gündüz ya da gece gece acil idrar yapma hissinin olması ve idrara çıkmadır (Yalçın, 2009; Şahin, 2017).

Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans: Fiziksel ya da bilişsel fonksiyonlarda bozulma gibi üretradan kaynaklanmayan, tıbbi olarak iyileşebilir durumlar nedeniyle geçici olarak ortaya çıkan idrar kaybıdır. Deliryum gibi akut konfüzyonlar, enfeksiyon, atrofik, üretrit ve vajinit, farmakolojik ajanlar, diyabet, hiperkalsemi veya aşırı sıvı alımına bağlı aşırı idrar yapma, artrit veya yürüme zorluğu nedeniyle hareket sınırlılığı olması ve konstipasyon fonksiyonel Üİ'a neden olabilmektedir (Abrams ve ark., 2002; Basak ve ark., 2016; Gibbs ve ark., 2010).

Nokturnal Enürezis: Kişinin uyku sırasında idrar kaçırmaması veya yatağını ıslatması durumudur. Nokturnal enürezise detrusörün aşırı aktivitesinin sebep olduğu belirtilmektedir. 5 yaşındaki çocukların %15-20'sini, yetişkinlerin ise %2'sini etkilemektedir (Abrams, 2002; Haylen ve ark., 2010; Mantre, 2004).

2.4.3. Üriner İnkontinans Prevalansı

Üİ, yaygın bir toplum sağlığı sorunu olup, Dünyada 500 milyondan fazla birey inkontinans problemi yaşamaktadır ve bunların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Milsom ve Gyhagen, 2019; Norton ve Brubaker, 2006).

Kadınlardaki Üİ prevalansı, toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki kadınlarda %45 (Melville ve ark., 2005), Avrupa'daki kadınlarda %35 (Beutel ve ark., 2005), Çinli kadınlarda %30.9 (Zhu ve ark., 2009), Koreli kadınlarda ise bu oran %68.9'dur (Lee ve ark., 2011). Ülkemizde farklı illerde yapılan bazı çalışmalarda da bu oranlar değişmektedir (Şekil 2). Ülkemizdeki araştırmalarda, çalışma grubunun özelliği, incelenen dönem ve Üİ'nin farklı şekillerde tanımlanmasından dolayı karşımıza farklı değerler çıkmaktadır. Bu sonuçlara göre kadınlarda en çok görülen inkontinans tipi ise SÜİ olarak bulunmuştur (Demirtaş, 2015; Durukan ve ark., 2015; Baykuş, 2016; Öz, 2016; Özcan ve ark., 2016; Küçükaya, 2017; İrer ve ark., 2017; Bozkurt, 2018; Alkan, 2018; İnal, 2019; Demirtaş, 2019; Gökalp, 2019).

Şekil 2. Ülkemizde Yapılan Çalışmalarda Üİ prevalansının Dağılımı

Yazar/Yıl	Araştırma İli	Yaş Grubu	Örneklem Sayısı	Üİ Prevalansı	Üİ Tipi (en çok)
Aydın, 2015	Kütahya	35/85	300	%48	MÜİ
Demirtaş, 2015	Ankara	60/+83	200	%64,5	SÜİ
Gök, 2016	İstanbul	30/+70	383	%43,6	UÜİ
Durukan ve ark., 2015	Mersin	18/70	1320	%21,3	SÜİ
Baykuş, 2016	İzmir	18/+60	315	%26,3	SÜİ
Kılınçlı, 2016	Şanlıurfa	15/49	300	%56	MÜİ
Öz, 2016	Samsun	23/+65	394	%25,9	SÜİ
Özcan ve ark., 2016	İzmir	40/65	55	%34,5	SÜİ
Özer, 2017	Çanakkale	40/64	400	%29,6	UÜİ
Çitak, 2017	Tokat	17/44	300	%57,7	MÜİ
Küçükkaya, 2017	Edirne	18/49	64	%56,3	SÜİ
İrer ve ark., 2017	İzmir	18/85	719	%50,3	SÜİ
Bozkurt, 2018	Gaziantep	18/+40	124	%15,5	SÜİ
Alkan, 2018	Çanakkale	18/+35	324	%38,6	SÜİ
Yücel ve ark., 2018	İzmir	20/81	293	%29,6	MÜİ
İnal, 2019	Diyarbakır	18/+35	524	%52,6	SÜİ
Keskin, 2019	Ordu	18/+36	300	%49,3	MÜİ
Demirtaş, 2019	Balıkesir	50/65	327	%50,5	SÜİ
Sağlam, 2019	Hatay	+18	285	%28,1	MÜİ
Soyal, 2019	Sivas	19/76	100	%68	UÜİ
Gökalp, 2019	İzmir	18/39	195	%80	SÜİ

2.4.4. Üriner İnkontinans Risk Faktörleri

Üİ gelişimine neden risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk, sigara kullanımı, doğumla ilgili faktörler, kronik konstipasyon, menopoz, obezite, spinal kord yaralanmaları, nörolojik hastalıklar, histerektomi, pelvik organ prolapsusu (POP), kafein tüketimi, ilaçlar, diabetes mellitus, radyoterapi, üriner sistem enfeksiyonu ve genetik faktörlerdir. (Markland ve ark., 2011). Risk faktörlerinin kanıt düzeylerine göre dağılımları Şekil 3’de belirtilmiştir (Wein ve ark., 2012).

Şekil 3. Üİ Risk Faktörlerinin Kanıt Düzeylerine Göre Dağılımı

Kanıt Düzeyi 1*	Kanıt Düzeyi2 **	Kanıt Düzeyi 3***
Hamilelik	Fiziksel fonksiyon	Sigara Kullanımı
Vajinal doğum	Diabetes mellitus	Kafein Tüketimi
Obezite	Histerektomi	Konstipasyon
	Kognitif fonksiyonlarda bozulma	Egzersiz

Kaynak: Seçginli S. (2015) Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte araştırma, 2015;343.

*: Deneysel/ randomize kontrollü çalışmalar ya da randomize kontrollü çalışmalarını içeren meta analiz çalışmalarından elde edilmiş kanıtlar.

** : Yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiş kanıtlar.

***: Deneysel olmayan çalışmalar, kalitatif çalışmalar ya da meta sentezlerden elde edilmiş kanıtlar (Seçginli, 2015).

Yaş ve Cinsiyet

Üİ kadınlarda, erkeklere oranla iki üç kat daha fazla görülür ve bu oran yaşla birlikte artmaktadır (Balık ve ark., 2016; Dinç, 2017; Rogers ve ark., 2018; Yücel ve ark., 2018). Özkan ve ark., yaptıkları çalışma sonucunda Üİ’ı ‘Her yaş grubu kadında yaygın bir şekilde görüldüğü yaşam kalitesini ciddi derecede olumsuz etkileyen’’ olarak saptamışlardır. Amerika’daki bir sağlık araştırma ajansının yayınladığı bir raporda, genç

kadınların %25'inde, menopoz sonrası kadınların %44-57'sinde ve huzurevinde yaşayanların ise %75'inde inkontinans görüldüğü bildirilmiştir (Shamliyan ve ark., 2007). Ülkemizdeki genç kadınlarda Üİ görülmesi %23-29'dur (Koçak ve ark., 2005; Demirci ve ark. 2012), menopoz dönemindeki kadınlarda %45-50 (Şentürk ve Kara, 2010; Dinç, 2019) huzurevindeki kadınlarda ise kalan kadınlarda ise %76- 88 aralığındadır (Demirci ve ark. 2011; Ceyhan ve ark., 2018;).

Irk

Siyah ırk grubundaki kadınların üretral basınçları daha yüksektir ve mesane hacimleri daha geniş olduğundan beyaz ırktaki kadınlara oranla daha az Üİ görülmektedir (Danforth, 2006; Sampsel ve ark., 2002). Dooley ve ark., (2008) Üİ görülme sıklığı açısından beyaz ırk ve siyah ırkı karşılaştırdıkları çalışmada beyaz ırkta 2.5 kat daha fazla Üİ bulunmuştur.

Sigara Kullanımı

Sigara kullanan bireyler, çok sık kronik öksürüğe maruz kaldıkları için mesane basınçlarının artışından dolayı inkontinans oluşması için risk oluştururlar (Kaşıkçı ve ark., 2015; Minassian ve ark., 2003).

Doğumla İlgili Faktörler

Üİ gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum şekli, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü ele alınabilir. Uterusun gebelik boyunca büyümesi, karın içi basıncın etkisiyle pelvik organları aşağı doğru itmesinden dolayı pelvik yapı zayıflar (Herbert, 2009; Rogers ve ark., 2007; Salman ve ark., 2005).

Doğum şekillerine göre Üİ görülme sıklıkları karşılaştırıldığında vajinal doğum yapan kadınlarda Üİ görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Başak ve ark., 2012; Özkan ve Sapmaz, 2009; Rortveit ve ark., 2003; Terzi ve ark., 2013). Dört ve üzerinde doğum yapanlarda ve 4 kg üzeri bebek doğuran kadınlarda pelvik kasların güçsüzleşmesine ve pelvik sınırların zarar görmesi sonucunda Üİ görülme sıklığı daha

yüksektir (Başak ve ark., 2012; Işıklı ve ark.,2011; Oliveira ve ark., 2010; Ünsal ve ark., 2013)

Kronik Konstipasyon

Kronik konstipasyon zorlama sonucu pelvik taban bağ dokusuna zarar verir ve ligamentlerin esnek olmasına, taban kaslarının güçsüzleşmesi ve intraabdominal basıncın artmasına sebep olduğu için Üİ için risk faktörüdür. Yapılan araştırmalarda da konstipasyonun Üİ için risk faktörü olduğu desteklemektedir (Bektaş 2007; Kaşıkçı ve ark., 2015; Küçük, 2002; Ünsal ve ark., 2013; Zhu ve ark., 2008; Wu ve ark., 2011).

Menopoz

Kadınlarda pelvis tabanında mesane üçgeninde östrojen reseptörleri fazladır. Menopoz sonrasında gelişen östrojen yetmezliği, östrojen reseptörlerinin sıklığında azalma, alt üriner sistemde meydana gelen fizyolojik değişimler Üİ görülme sıklığının artışına neden olmaktadır (Tanrıverdi ve ark., 2004; Ünsal ve ark., 2013). Yapılan araştırma sonuçları da bu durumu desteklemektedir (Başak ve ark., 2012; Danforth ve ark., 2006; Menezes ve ark., 2010; Tanrıverdi ve ark., 2004; Terzi ve ark., 2013; Ünsal ve ark., 2013).

Obezite

Artan beden yükü abdominal ve mesane içi basıncın artmasına sebep olduğu için Üİ için risk faktörüdür (Hunskar, 2008). Yapılan araştırmalarda da kanıtlanmıştır (Akgün, 2009; Bilge ve Beji, 2016; Danforth ve ark., 2006; Güneş ve ark., 2000; Özerdoğan, 2003; Işıklı ve ark. 2011; Kaya ve ark., 2015; Öztürk ve ark., 2012; Zhu ve ark., 2009).

Spinal Kord Yaralanmaları ve Nörolojik Hastalıklar

Spinal kord yaralanmaları ve multiple skleroz, alzheimer, parkinson gibi nörolojik hastalıklara maruz kalan bireylerin miksiyon kontrolleri etkilendiği için Üİ için risk oluşturur (Ateşkan, 2004; Çoban ve Şirin, 2003).

Histerektomi

Histerektomi, Üİ gelişimi için risk faktörüdür. Operasyon sırasında pelvis kas ve fasyalar travmatize olurlar bu da Üİ sıklığının artmasına neden olur (Danforth ve ark., 2006; Durmaz ve ark., 2011; Linde ve ark.,2016).

POP

POP'un sebebi pelvik taban yetmezliğidir ve bu durumda Üİ'a neden olur, POP ile Üİ genellikle beraber görülmektedir (Mihrimanlı ve Yüksel, 2013).

Kafein Tüketimi

Kafein tüketiminin diüretik etkisi vardır. Detrüör basıncını ve detrüör kasının uyarılmasını arttırdığı için Üİ'in risk faktörleri arasında yer almaktadır (Arya ve ark., 2000; Riesenhuber ve ark., 2006). Yapılan araştırmalar kafein tüketiminin Üİ için bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir (Davis ve ark., 2013; Hirayama ve Lee, 2012; Gleason ve ark., 2013).

İlaçlar

Üretra duvarındaki düz kasların tonusu üretra içindeki basıncı eşitlemektedir. Tonus aktivitesi beta adrenerjik ajanlarla azalırken alfa adrenerjik ajanlar ile de artmaktadır. Antihipertansif ilaçların alfa adrenerjik reseptörleri bloke etmesiyle proksimal üretra gevşeterek, üretra sfinkter yetmezliğinin meydana gelmesine zemin hazırlar. Diüretikler, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antidepresanlar, narkotik ve sedatif analjezikler kontinansı etkileyerek Üİ için risk oluşturmaktadır (Akın, 2015; Özerdoğan ve Beji, 2004).

Diabetes Mellitus

Bireylerde 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). Yapılan araştırmalarda da kanıtlanmıştır (Başak ve ark., 2012; Brown ve ark., 2006; Danforth ve ark., 2006; Kılıç, 2016; Ünsal ve ark., 2013).

Radyoterapi

İnvazif mesane kanseri için uygulanan radyoterapi sonrası fibrotik mesane hasarı oluşur. Buna rabdosfinkter denervasyonunun aşırı duyarlı hale dönüşmesi de eklenince, hastaların yaklaşık yarısında, Üİ gelişmektedir (Semeltzer, 2000; Vale ve ark., 1991; Yalçın ve Kızılkaya, 1997).

Üriner Sistem Enfeksiyonu

Hemen hemen her yaşta birey üriner sistem enfeksiyonu yaşayabilir. Üriner sistem enfeksiyonu detrusör kas kasılmalarını stimülasyonuna neden olduğundan dolayı Üİ için risk faktörüdür (Ünsal ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda da üriner sistem enfeksiyonu geçirmiş bireylerde Üİ sıklığı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kaşıkçı ve ark., 2015; Kılıç, 2016; Ünsal ve ark., 2013; Wu ve ark., 2011).

Genetik Faktörler

Birinci ve ikinci derecede de yakınlarda Üİ olmasından dolayı bir risk faktörüdür. Bu durum genetik yatkınlıktaki vajen ve perine bağ dokusunun güçsüz olmasıyla ilişkilidir (Ateşkan, 2004; Akgün ve ark., 2010; Fine ve ark., 2004).

2.4.5. Üriner İnkontinanstaki Tedavi Yöntemleri

Üİ'li olan hastaların tedavisindeki amaç; kontinansı sağlamaktır (Özcan ve Kapucu, 2014). Öncelikle hastaların; fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler yönünden bir bütün olarak değerlendirilmesi yapılır (Beji, 2002; Kaplan, 2012). Kontinansın sağlanması multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekip; hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist ve diyetisyenden oluşur. Hekimler, inkontinanslı hastaları biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bir bütüncül olarak değerlendirirler. Hemşireler, inkontinans sorunu yaşayan hastaların tanı ve tedavisinde ve kontinansın devamlılığı için vazgeçilmez bir rol üstlenirler. İnkontinanslı hastalar, genellikle hastalıklarından dolayı utanırlar ve tedavi edilemez olduğunu düşünürler. Hemşireler erken tanıda hastalara inkontinansın tedavisinin mümkün olduğunu ve utanılmaması gereken bir durum olduğunu söyleyerek sağlık kurumlarına teşviklerini sağlar. Ebeler, doğum sonrası oluşabilecek Üİ için kadınları gerekli uygulamaları yapmaya teşvik ederler ve doğumdan sonraki bu süreçte kadınları değerlendirirler. Fizyoterapistler davranışsal tedavilerin uygulanmasında ve sürdürülmesinde etkin rol oynarlar. Diyetisyen ise

hastaların yaşam tarzı değişikliklerinde uygun diyet düzenlemeleri yapar (Acar 2010; Aslan 2002; Beji, 2002; Hakbilen, 2019; Karan ve Eskiuyurt, 2002; Kök ve ark. 2006; Malafat, 2016).

Hastaya Üİ'in türüne ve sebeplerine bağlı tüm tedavi yöntemleri, tedavinin riskleri ve olası sonuçları detaylı olarak anlatılır, hastanın kendisine uygun tedavi yöntemini seçmesi sağlanır. Üİ tedavisinde ilk aşama, Üİ sebeplerinin belirlenip ortadan kaldırılmasıdır. Üİ'a yönelik uygulanabilen tedaviler; konservatif, ilaç ve cerrahi tedavidir (Özcan ve Kapucu, 2014). Hemşirelerin Üİ tedavisinde diğer sağlık personellerinden daha baskın bir rolleri vardır (Kelly ve Byrne, 2006). Hemşirenin inkontinansa ilişkin ilaç tedavisi alan hastaya ilacın kullanımını, hangi dozda ve sıklıkta alacağı, olası yan etkileri ve diüretik kullanımında hangi zamanlarda alması hakkında açıklama yapar. Hemşirenin inkontinanslı hastaya yapılacak cerrahi girişim ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgi vermelidir (Brunner, 2008; Canobbio, 2000). Hemşireler konservatif tedavi yöntemlerini tek başına ya da diğer sağlık ekibiyle birlikte kolaylıkla uygulayabilir (Aşkın, 2004; Zurakowski, 2006). Konservatif tedavi basit ve ucuz yöntem olsa da tedavi süreci uzundur. Hemşirelerin planlanan uygun konservatif tedavi süresince hastaların yaşam stillerini değiştirmede ve takibinde sorumlulukları vardır (Beji, 2002; Özcan ve Kapucu, 2015). Üİ'lı kadınlara bakım veren hemşirelerin tedavi ve bakımı iyi bilmesi ve güncel bilgilere sahip olması hemşirelerin uygulama ve bakımlarını etkileyerek hasta sonuçlarını olumlu yönde etkiler (Özkan ve ark., 2019).

Konservatif Tedavi

Konservatif tedavi, tüm sağlık ekibi tarafından basit ve rahatlıkla uygulanabilir, kolaylıkla uygulanabilen, komplikasyonu ve maliyeti olmayan etkin bir yöntemdir. Bu tedavinin amacı; mesanenin kapasitesini arttırarak, mesane kontrolünün geri kazanılmasını sağlamaktır (Özcan ve Kapucu, 2014).

A. Hayat Tarzı Değişiklikleri

- Kilo verme
- Sigaranın bırakılması
- Diyetin düzenlenmesi
- Sıvı tüketiminin düzenlenmesi

B. Davranışsal Tedaviler

- Mesane Eğitimi (İşeme sıklığının azaltılması / arttırılması)

C. Pelvik Taban Kas Eğitimi

D. Vajinal Konlar

E. Elektriksel Uyarılma

F. Biyofeedback

G. Manyetik Uyarılma

H. Pesserler

I. Harici Ekipmanlar (Çoşkun ve Kadıhasanoğlu, 2015).

Cerrahi olmayan diğer yöntemlerle beraber kolaylıkla kullanılabilir. Konservatif tedavi yöntemleri zaman alıcı ve yoğun bir tedavi olması nedeniyle sağlık personeliyle hasta arasında destekleyici bir ilişkinin olmasını gerektirir.

Üİ'a ilişkin konservatif tedavinin uygulanmasında hemşireler Üİ'ın gelişmesini önlemede ve Üİ'si olan kadınların tedavisinde etkin görev alırlar. Hastanın değerlendirilmesinde; Üİ'nin belirlenmesine yönelik sağlık hikâyesi, mental durum değerlendirmesi, fonksiyonel değerlendirme, çevresel değerlendirme, sosyal destekler, mesane kaydı ve fizik muayene alanları kullanılır. Hemşirenin Üİ'si olan hastanın öyküsü ve fizik muayenesinden edinilen bilgiler doğrultusunda diğer ekip üyeleri ile birlikte kişiye özgü bakım planı geliştirmesi gerekir. Hemşireler geliştirdikleri bakım planı doğrultusunda girişimlerini uygular ve değerlendirirler (Özcan ve Kapucu, 2014).

İlaç Tedavisi:

İlaç tedavisinin amacı; mesanedeki detrüsor kasının kasılmalarını azaltarak detrüsor kasının istemsiz kasılmalarını önlemek ve üretra kapanma basıncının artmasını sağlamaktır (Özcan ve Kapucu, 2014). İlaç tedavisine başlamadan önce 3 ay kadar bir

süre boyunca davranışsal tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Davranışsal tedavinin etkin olmadığı durumlarda ilaç tedavisi tercih edilmelidir (Akin, 2015).

Mesane kontraksiyonlarının azaltılması için kullanılan ilaçlar; Antikolinergikler, müskülotropik gevşeticiler, kalsiyum antagonistleri, potasyum kanal açıcılar, prostoglandin inhibitörleri, beta adrenerjik agonistler, trisiklik antidepresanlardır.

Duyu iletimin azaltılması için kullanılan ilaçlar; Capsaicin.

Çıkış direncini arttıran ilaçlar; Alfa adrenerjik agonistleri, beta adrenerjik blokörler, beta adrenerjik agonistler, Estrogenler (Yıldız ve Onam, 2000; Demirci, 2002).

Hemşirenin inkontinansa ilişkin ilaç tedavisi alan hastaya ilacın kullanımını, hangi dozda ve sıklıkta alacağı, olası yan etkileri ve diüretik kullanımında hangi zamanlarda alması hakkında açıklama yapar (Lynn, 2015; Özcan ve Kapucu, 2014).

Cerrahi Tedavi

Davranışsal tedavi uygulamasından yanıt alınamayan durumlarda ve ileri düzeyde kontinans kapasitesi azalan hastalarda cerrahi tedavi yöntemlerine başvurulmaktadır (Can ve Yağcı, 2006).

Üİ tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler, vajinal operasyonlar (Kolporafi Anterior-Kelly Plikasyonu) retropubik operasyonlar (Marshal Marchetti Krantz, Burch Kolposüspansiyon Operasyonu, paravajinal tamir), kombine operasyonlardan (iğne teknikleri, Sling Operasyonları, Trans-Free Vajinal Tape, Periüretal Enjeksiyonlar) oluşmaktadır (Demirci, 2002).

Bu yöntemler dışında pelvik prolapsusu düzeltici sistosel, rektosel, enterosel onarım, periüretal enjeksiyon ve artifisyel üretal sfinkter gibi yöntemler de kullanılmaktadır (Zengerek, 2017). Cerrahi tedavide, preoperatif değerlendirme ve postoperatif bakım sürecinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Preoperatif değerlendirmede hemşireler tarafından hastanın fonksiyonel durumu, kognitif yeteneği, postoperatif değerlendirmede ise yara enfeksiyonu idrar yolu enfeksiyonu, bakım ve sosyal destek gereksinimi değerlendirilmelidir. Ayrıca hasta cerrahi operasyonun kısa

ve uzun dönem sonuçları, gelişebilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirilmelidir (Işık ve Bozoğlu, 2010; Özcan ve Kapucu, 2014).

2.4.6. Hemşirelik Bakımı

Üİ, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen bir sağlık sorunudur (Acar, 2010; Demir, 2012; Demirel, 2012; Döndar, 2006; Özdemir, 2009; Karaca ve Demir, 2019; Kurul 2013; Özkan ve ark., 2019 Yücel ve ark., 2018). Kadınların, Üİ'a maruz kalmadan önce koruyucu önlemlerle inkontinansın önüne geçilmesi ve erken zamanda saptanarak uygun girişimlerin planlanabilmesi, kadın sağlığın geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Bu katkıyı sağlayacak en önemli sağlık personellerinden biri hemşirelerdir. Toplumumuzda hemen hemen her sağlık kurum ve kuruluşlarında hemşireler görev yapmaktadır ve inkontinans problemi yaşayan hastaların sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşireler önemli bir konuma sahiptirler (Topuz, 2015).

İnkontinanslı kadınların daha sağlıklı ve konforlu bir yaşam devam ettirebilmeleri için inkontinansın tanınmasında, değerlendirilmesinde, ilerlemesini önlemede ve hastaların tedavi sürecinde aktif rol almak hemşirelerin yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Hemşirelerin, inkontinansa neden olabilecek risk faktörleri açısından toplumdaki tüm kadınları değerlendirmesi, inkontinans risk faktörlerini, bulgularını ve inkontinanstan korunmada kadınlara gerekli eğitimleri vermesi ve kadınları bilinçlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin, eğitici, araştırmacı, yönetici işbirlikçi rollerini kullanmaları bakım sürecini daha etkin hale getirmelerine olanak sağlamaktadır (Ertem, 2009; Kök ve ark., 2006; Şen, 2011; Wells, 2000; Yücel ve ark., 2018).

Hemşireler Üİ'lı kadınların durumlarını değerlendirirken;

- Problemlerini algılamada güçlük ve belirsizlik yaşadıkları,
- İnkontinansı yaşadıklarında benlik imajlarında oluşan değişiklikler,
- İnkontinansın yaşam kalitesine ne derece etkilediği, problemlerini konusunda bilgilendirilmesi gerekir (Aslan, 2002).

Hemşirelerin Üİ'lı kadınlar için yapacağı uygulamalar şunlardır;

- Kilo vermesi için teşvik etmek ve gerekiyorsa diyetisyene göndermek,
- Alkol/kafein gibi mesaneyi uyarıcı maddelerden kaçınmasını belirlemek,
- Pelvik taban kas egzersizlerini öğretmek,
- Vajinal kon uygulamak,
- Mesane eğitimi/ tuvalete gitme programlarını oluşturmak,
- İlaç tedavisi uygulandığında yan etki ve komplikasyonlar açısından gözlem yapmak,
- Akşam saatlerinde sıvı alımını kısıtlamak,
- İnkontinans olayından önce deneyimleyebileceği belirti ve bulguları değerlendirmek,
- Sosyal aktivitelerden önce mesaneyi boşaltmaya cesaretlendirmek,
- Duygu, korku, düşüncelerini, sorularını ifade etmesini sağlamak,
- Destekleyici, güven verici bir atmosfer sağlamak,
- Psikolog ile görüşmesini sağlamak,
- Kendisi için önemli kişilerle daha sık görüşmesini sağlamak (Beji, 2002; Çoşkun, 2008; Nanda, 2015-2017; Peterson, 2008).

2.4.7. Üriner İnkontinansa Yönelik Hemşirelik Tanıları

Hemşireler, Üİ sorunu olan hastaların hemşirelik tanıları/hasta problemini belirlemek amacıyla tanılama aşamasında elde edilen verileri analiz ederler. Hemşirelerin saptadıkları olası hemşirelik tanıları şu şekildedir:

- Bozulmuş üriner boşaltım,
- Üriner boşaltımı iyileştirme isteği
- Fonksiyonel üriner inkontinans
- Taşma üriner inkontinansı
- Stres üriner inkontinansı
- Sıkışma üriner inkontinansı
- Overflow inkontinans
- Fonksiyonel inkontinans

Bu tanılara ilave olarak tüm inkontinans tipleri için geçerli olan diğer hemşirelik tanıları ise şu şunlardır:

- Deri bütünlüğünün bozulması
- Nörolojik sorunlara bağlı refleks inkontinans
- Bozulmuş beden imajı, Sosyal izolasyon (Beji, 2002; Nanda 2015-2017).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin Üİ hakkındaki bilgi düzeyleri ve bilgi düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

3.2.1. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, İstanbul ilinde özel dal hastanesi statüsünde olan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirildi. Hastanenin bünyesinde; doğum kliniği, riskli gebelerin yattığı perinatoloji servisi, normal doğumdan sonra yatan hastaların bulunduğu doğum A servisi, sezaryen hastalarının yattığı doğum B servisi, jinekoloji ve çocuk klinikleri ve bir yenidoğan yoğun bakım ünitesi mevcuttur. Ayrıca hastanede pek çok poliklinik hizmeti verilmekte üremeye yardımcı tedavi ünitesi ve gebe okulu bulunmaktadır. Çalışan toplam hemşire sayısı 250'dir. Hemşireler; 08:00-16:30, 16:00-08:30 bazen de hafta sonları 08:00-08:00 olarak çalışmaktadırlar.

3.2.2. Araştırma Zamanı

Araştırmanın verileri, Mayıs- Ağustos 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastanede araştırmanın yapıldığı tarihte toplam 250 hemşire çalışmaktaydı. Araştırmanın evrenini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hemşireleri oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem hesabı yapılmamıştır, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. 250 hemşirenin 100'ü yoğun çalışma tempoları, yıllık izin/doğum izni/rapor gibi nedenlerle araştırmaya katılmadığı için toplam 150 hemşireye ulaşıldı.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden gündüz mesaisinde çalışan hemşireler.

3.4.2. Dışlanma Kriterleri

- Poliklinikte çalışan hemşireler.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Hemşirelerin kişisel ve çalışma özellikleri
Araştırmanın bağımlı değişkeni; Hemşirelerin Üİ'a ilişkin bilgi düzeyleri

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanarak elde edilmiştir:

1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)
2. Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu (EK-3)

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Tanıtıcı Özellikler Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak hazırlanmış olup hemşirelerin; yaş, meslekteki çalışma yılı, eğitim düzeyi, kurumdaki çalışma yılı, servisteki çalışma süresi, gibi bireysel ve mesleki tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 11 sorudan oluşan bir formdur (EK-2).

3.6.2. Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu (EK-3)

Form iki bölümden oluşmaktadır; birinci bölümde çoktan seçmeli sorular, ikinci bölümde vaka örneğine bağlı sorular yer almaktadır. Formda toplam 19 soru bulunmaktadır. Sorular Üİ hakkında tanımlama, risk faktörleri, tedavi ve bakımına ilişkin çoktan seçmeli ve vaka örneğine bağlı doğru- yanlıştan oluşan 19 sorudan oluşmaktadır. Formdaki 1-12. arası sorular 2 puan, 13-18. sorular ise 3 puan olarak hesaplanmıştır. Formun toplam puanı 50 puandır. Toplam puan 2 ile çarpılıp 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Formun skalası ise şu şekildedir; 0-40 puan arası düşük, 41-70 puan arası orta, 71-100 puan arası ise yüksek olarak belirlenmiştir. Formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmektedir. Bu form için araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Kızılkaya Beji, 2002; Yalçın, 2009; Bozoğlu ve Işık, 2010; Erdoğan ve ark., 2015; Nanda, 2015-2017; Karan, 2016; Sivaslıoğlu, 2017) oluşturulmuştur, daha sonran Ürojinekoloji alanında uzman olan dokuz uzmandan (2 doktor-7 hemşire akademisyen) uzman görüşü alınmıştır. Formun cronbach alfa

güvenilirlik katsayısı 0,539 olarak hesaplanmış, orta derecede güvenilir olduğu bulunmuştur (Akgül ve Çevik, 2003).

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlanmadan önce evrenin tümünü oluşturan hemşirelere çalıştıkları birimlerde, mesai saatleri içerisinde yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı açıklanıp hemşirelerden yazılı onam formları alınarak anket çalışmasına başlandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan formlara dair ortalama, standart sapma, minimum-maksimum skorlar, medyan, frekans, yüzde belirlenmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile belirlenmiştir. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn Test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25.04.2019 tarihinde yapılan 04 numaralı toplantısından 61351342-/ 2019.196 sayılı yazılı izin (EK-4), ayrıca çalışmanın yapılacağı hastaneden 21.05.2019 tarihinde 16867222-604.01.01 sayılı araştırma izni (EK-5) alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur onamı alınmıştır (EK-1).

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerinin, hemşirelerin üriner inkontinansa ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar, hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamaları ve hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarının hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri açısından incelenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.



Tablo 1. Hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerinin dağılımı (n=150)

Özellikler	n	%	
Yaş Ortalaması±Ss 27,63 ±3,67			
Yaş	20-25 yaş	33	22
	26-31 yaş	105	70
	32 ve üstü	12	8
Cinsiyet	Kadın	123	82
	Erkek	27	18
*Eğitim durumu	Lise	4	2,6
	Ön lisans	1	0,7
	Lisans	135	90
	Lisansüstü	10	6,7
Çalışma süresi	0-1 yıl	35	23,3
	2-5 yıl	82	54,7
	6 yıl ve üzeri	33	22
Kurumda çalışma süresi	0-1 yıl	55	36,7
	2-5 yıl	83	55,3
	6 yıl ve üzeri	12	8
Çalışılan birim	Cerrahi	43	28,7
	Dahili	46	30,6
	Acil	33	22
	Yoğun Bakım	28	18,7
Birimde çalışma süresi	0-1 yıl	66	44
	2-5 yıl	77	51,3
	6 yıl ve üzeri	7	4,7

* Lisansüstü eğitime dahil edilen kişiler; 9 yüksek lisans, 1 doktora eğitimine sahiptir.

Tablo 1’de araştırmaya dâhil edilen hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri sunulmaktadır. Hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde; %82’si kadındır. Hemşirelerin yaş ortalaması $27,63 \pm 3,67$ ’dir, %70’i 26-31 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %90’ı lisans eğitimi almıştır. Hemşirelerin alışma özellikleri incelendiğinde; %54,7’si 2-5 yıldır hemşire olarak görev yapmaktadır ve %55,3’ 2-5 yıldır kurumda çalışmaktadır. Hemşirelerin çalıştıkları birimler incelendiğinde %30,6 ile dâhili birimler birinci sıradadır ve birimlerdeki çalışma süreleri incelendiğinde ise %51,3’ 2-5 yıldır çalışmaktadır.



Tablo 2. Hemşirelerin üriner inkontinans ile ilgili eğitim özelliklerinin dağılımı

		N	%
Üriner inkontinans vakası ile karşılaşma sıklığı	Hiç	39	26
	Ara sıra	92	61,3
	Çok sık	19	12,7
Üriner inkontinans eğitimi alma	Evet	33	22
	Hayır	117	78
Üriner inkontinans eğitimi alınan yer	Lise	2	6,1
	Üniversite	31	93,9
Üriner inkontinans eğitimi süresi (saat)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-3 (1)	
	<i>Ort±Ss</i>	1.27±0.52	

Tablo 2’de Hemşirelerin üriner inkontinans ile ilgili özellikleri sunulmaktadır. Bu tabloya göre; hemşirelerin %61,3’ü ara sıra üriner inkontinans vakası ile karşılaştığını belirtmiştir. Üriner inkontinans eğitimi alan hemşire oranı %22 olarak bulunmuştur. Eğitim alanların %93,9’u üniversitede bu eğitimi almıştır. Eğitim alma sürelerinin ise ortalama 1.27±0.52 saat arasında değişmekte olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı (n=150)

Üriner İnkontinans Bilgi Puanı	n	%	Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi
Ort±Ss 53,95±14,43			
Min-Mak (Medyan) 26-84 (52)			
0-40 puan	44	29,33	Düşük
41-70 puan	85	56,67	Orta
71-100 puan	21	14	Yüksek

Hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puanları en düşük 26 ile en yüksek 84 arasında değişmekte olup, bilgi düzeyi puan ortalaması 53,95±14,43 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin bilgi düzeyleri %29,33'ünün düşük, %56,77'sinin orta, %14'ünün ise yüksek düzeydedir.

Tablo 4. Hemşirelerin çoktan seçmeli sorulara verdiklerin yanıtların dağılımı (n=150)

Sorular	Doğru		Yanlış	
	n	%	n	%
1. Aşağıdaki durumlardan hangisi “Üriner İnkontinans” olarak değerlendirilir?	134	89,4	16	10,6
2. Üriner İnkontinans görülme sıklığı ile ilgili ifadelerden <u>yanlış</u> olan seçeneği işaretleyiniz?	67	44,7	83	55,3
3. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi Üriner İnkontinans görülme riskini arttırmaz?	31	20,7	119	79,3
4. Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinans risk faktörlerinden <u>değildir</u> ?	83	55,3	67	44,7
5. Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinansa ilişkin doğumla ilgili risk faktörü <u>değildir</u> ?	125	83,4	25	16,6
6. Aşağıdaki cerrahi operasyonlardan hangisi Üriner İnkontinans için risk faktörüdür?	88	58,7	62	41,3
7. Aşağıdaki ilaç ya da ilaç gruplarından hangisi Üriner İnkontinans için risk faktörü <u>değildir</u> ?	35	23,3	115	76,7
8. Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinans tedavisinde kullanılan konservatif tedavi yöntemlerinden <u>değildir</u> ?	56	37,4	94	62,6
9. Pelvik Taban Egzersizleri (KEGEL) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi <u>yanlıştır</u> ?	56	37,3	94	62,7
10. Üriner İnkontinanslı hastanın hemşirelik bakımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi <u>yanlıştır</u> ?	50	33,3	100	66,7
11. Üriner İnkontinanslı bireyin hemşirelik girişimleri için beklenen sonuç kriterleri aşağıdakilerden hangisi <u>olamaz</u> ?	30	20	120	80

Tablo 4’de “Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu” nda en çok %89,4’ünün “Aşağıdaki durumlardan hangisi Üriner İnkontinans olarak değerlendirilir?” ifadesini bildiği görülmüştür. %20’sinin ise “Üriner inkontinanslı bireyin hemşirelik girişimleri için beklenen sonuç kriterleri aşağıdakilerden hangisi olamaz?” ifadesini bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin vaka örneğine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n= 150)

	Doğru		Yanlış	
	N	%	N	%
12. Sekonder tanı olarak stres üriner inkontinans tanısı konmuş vakaya ilişkin hemşirelik yaklaşımları?				
A. Hasta ile konuşur ve utanması gereken bir durum olmadığını belirtirim	134	89,3	16	10,7
B. Hastanın kilosunu takip eder ve kayıt ederim.	50	33,3	100	66,7
C. Ağır işlerden ve ağır aktivitelerden uzak durmasını söylerim	94	62,7	56	37,3
D. Hastaya aldığı-çıkardığı sıvı takibi yaparım.	60	40	90	60
E. Hastaya pelvik kasların güçlendirmesi için kegel egzersizlerini öğretirim	129	86	21	14
F. Hastaya aktivite yapmaya teşvik ederim*	119	79,3	31	20,7
G. Hastanın sosyal ortamlarda bulunmasını kısıtlarım*	85	56,7	65	43,3

Tablo 5’de hemşirelerin vakada geçen stres üriner inkontinans tanısına ilişkin hemşirelik yaklaşımları belirleme durumları incelendiğinde; %89,3’ü hasta ile konuşur ve utanmaması gereken bir durum olmadığını belirtmeyi, %86’sı hastaya pelvik taban kasların güçlendirmesi için kegel egzersizlerini öğretmeyi, %79,3’ü hastayı aktivite yapmaya teşvik etmemeye, %62,7’si ağır işlerden ve aktivitelerden uzak durmasına, %56.7’si hastanın sosyal ortamlarda bulunmasını kısıtlamamaya doğru şekilde seçmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin vaka örneğine ilişkin doğru yanlış sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (n=150)

	Doğru		Yanlış	
	N	%	N	%
13. Hastanın yaşının ilerlemesi ve menopozla beraber meydana gelen östrojen azlığı bu hastada üriner inkontinans için risk faktörleridir.	110	73,3	40	26,7
14. İnkontinans için gravida ve parite risk faktörleri değildir.	48	32	102	68
15. Hastanın İYE olması üriner inkontinans ile bağlantılıdır.	74	49,3	76	50,7
16. Hastanın stres yaşaması üriner inkontinans için risk faktörüdür.	76	50,7	74	49,3
17. Doğum şekli (NSD-C/S) üriner inkontinans belirleyici risk faktörü değildir.	78	52	72	48
18. Pelvik tabanda güçsüzlük üriner inkontinans için önemli risk faktörüdür.	100	66,7	50	33,3

Tablo 6’da hemşirelerin vaka örneğine bağlı doğru yanlış tipteki sorulara verilen yanıtlar incelenmiştir. Hemşirelerin en çok %73,3’ü hastanın yaşının ilerlemesi ve menopozla beraber meydana gelen östrojen azlığının bu hastada üriner inkontinans için risk faktörü olduğunu doğru bildiği, en az %32’sinin ise İnkontinans için gravida ve paritenin risk faktörü olduğunu ise doğru cevaplayamamışlardır.

Tablo 7. Hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarının bireysel özellikleriyle karşılaştırılması

Kişisel Özellikler		n	Bilgi düzeyi puan ortalaması $\bar{x}\pm Ss$	Test İstatistiği <i>p</i>
Yaş	20-25 yaş	33	54,48±14,93	X ² (KW)=6,756 <i>^b0,034*</i>
	26-31 yaş	105	52,50±13,68	
	32 yaş ve üzeri	12	65,17±15,67	
Cinsiyet	Kadın	123	56,15±14,45	t:5,505 <i>^a0,001**</i>
	Erkek	27	43,93±9,34	
Eğitim durumu	Lise - Ön lisans	5	65,20±10,64	X ² :6,538 <i>^b0,038*</i>
	Lisans	135	52,95±14,16	
	Lisansüstü	10	61,80±16,04	

^aStudent t Test ^bKruskal Wallis Test **p*<0,05 ***p*<0,01

Tablo 7’de “Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu”ndan alınan toplam bilgi düzeyi puan ortalamalarının hemşirelerin bireysel özellikleri açısından anlamlı farklılıkları olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşları ile bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (*p*<0,05). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; yaşı 32 ve üzeri olan hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamaları, 26-31 yaş olan hemşirelerden yüksek bulunmuştur (*p*<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Hemşirelerin cinsiyetleri açısından da bilgi düzeyi puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (*p*<0,01); kadın hemşirelerin puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (*p*<0,05). Lise-ön lisans mezunu hemşirelerin toplam bilgi düzeyi puan ortalamalarının (*x*=65,2), lisans mezunu (*x*=52,95) hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (*p*<0,05).

Tablo 8. Hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarının çalışma özellikleriyle karşılaştırılması

		n	Bilgi düzeyi puan ortalaması $\bar{x}\pm Ss$	Test değeri p
Çalışma Süresi	0-1 yıl	35	51,60±14,29	F:1,818
	2-5 yıl	82	53,34±14,30	^c 0,166
	6 yıl ve üzeri	33	57,94±14,56	
Kurumda Çalışma Süresi	0-1 yıl	55	53,45±15,67	X ² :2,272
	2-5 yıl	83	53,59±14,06	^b 0,321
	6 yıl ve üzeri	12	58,67±10,73	
Çalışılan Birim	Cerrahi	43	60,79±13,48	F:11,240
	Dâhili	46	57,09±13,81	^c 0,001**
	Yoğun bakım	33	45,09±11,37	
	Acil	28	48,71±13,41	
Birimde Çalışma Süresi	0-1 yıl	66	53,00±15,21	X ² :1,211
	2-5 yıl	77	54,47±14,04	^b 0,546
	6 yıl ve üzeri	7	57,14±11,99	

^bKruskal Wallis Test

^cOneway ANOVA Test

**p<0,01

Tablo 8’de ‘‘Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeyi Formu’’ndan alınan toplam puan ortalamaların hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresine göre üriner inkontinans bilgi düzeyi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışılan birime göre üriner inkontinans bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin puanları (x=60,79), diğer birimlerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Tablo 9. Hemşirelerin üriner inkontinans bilgi düzeyi puan ortalamalarının üriner inkontinansla ilgili eğitim özellikleriyle karşılaştırılması

			N	Bilgi düzeyi puan ortalaması $\bar{x}\pm Ss$	Test değeri <i>p</i>
Üriner Vakası ile Sıklığı	İnkontinans	Hiç	39	52,56±14,78	F:1,973
	Karşılaşma	Ara sıra	92	53,28±14,51	<i>0,143</i>
		Çok sık	19	60,00±12,40	
Üriner Eğitimi Alma Durumu	İnkontinans	Evet	33	61,15±14,91	t:3,357
		Hayır	117	51,91±13,68	<i>0,001**</i>

^aStudent t Test

^cOneway ANOVA Test

*****p*<0,01**

Hemşirelerin üriner inkontinans vakası ile karşılaşma sıklığına göre üriner inkontinans bilgi düzeyi puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Üriner inkontinans eğitimi alma durumuna göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p<0,01$); eğitim alan hemşirelerin puanları ($x=61,15$) eğitim almayan hemşirelerin puanından ($x=51,91$) yüksek bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

Hemşirelerin çoktan seçmeli ve vaka örneğine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde en çok Üİ'nin risk faktörleri, tedavisi ve hemşirelik bakımında eksik ya da yanlış bilgiye sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca hemşirelerin Üİ önlemeye yönelik görev ve sorumlulukları sorulduğunda; eğitim, bilgilendirme, psikolojik destek gibi yanıtlar alınmıştır. Buna göre hemşirelerin Üİ önleme ve tedaviye yönelik sorumluluklarının farkında olmadıkları söylenebilir. Literatürde Üİ konusunda hemşirelerin; anatomi, fizyoloji ve inkontinans patofizyolojisini, Üİ'nin risk faktörleri ve tedavi yöntemlerini, Üİ'li hasta değerlendirmesindeki bütüncül yaklaşımı ve İnkontinans yönetiminde yeterli ve iyi bir bilgiye sahip olurlarsa, hastalara daha etkin ve kaliteli bir bakım sağlayabilecekleri belirtilmiştir (Bates ve Porter 2002; Oskay, 2002; Bektaş, 2007).

5.1. Hemşirelerin Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamalarının 100 puan üzerinden $53,95 \pm 14,43$ (min=26, max=84) olarak orta düzeyde bulunmuştur. Ülkemizdeki ve yurtdışındaki literatürde hemşirelerin Üİ bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmalarda bilgi düzeyi puan ortalamalarının 12 puan ile 44 puan arasında değişmekte olduğu görülmektedir (Çalışkan ve ark., 2019; Mamuk ve ark., 2018; Jang ve ark., 2015; Yuan ve Williams, 2010; Yuan ve ark., 2011; Saxer ve ark., 2008). Ülkemizde ve yurtdışındaki çalışmaların sonucunda hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Bu sonuçlar hemşirelerin Üİ'a ilişkin bilgi eksikliğinin olduğunu göstermektedir. Literatüre benzer olarak, bu çalışmada da hemşirelerin Üİ konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görülmektedir. Konuyla ilgili eğitim almayan hemşirelerin sayısının fazla olması bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca eğitim alan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamalarının yüksek olması da bu sonucu desteklemektedir. Hemşirelerin Üİ eğitimi alma durumlarına göre bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,01$); Üİ eğitimi alan hemşirelerin puan ortalamaları ($61,15 \pm 14,91$) eğitim almayan hemşirelerin puan ortalamalarından ($51,91 \pm 13,68$) yüksek bulunmuştur. Ülkemizde

hemşirelerin Üİ bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada Üİ eğitimi alan hemşirelerin eğitim almayanlara göre daha iyi hemşirelik bakımı uyguladığı ve ayrıca Üİ eğitimi alan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur (Çalışkan ve ark., 2019).

Hemşirelerin Üİ vakası ile karşılaşma sıklığı ile Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Üİ ile çok sık karşılaşan hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamalarının ($60,00\pm 12,40$), ara sıra karşılaşanlar ($53,28\pm 14,51$) ve hiç karşılaşmayanlara ($52,26\pm 14,78$) göre yüksekliği dikkat çekmektedir. Literatürde ülkemizde yapılan çalışmada Üİ'li hastalara bakım veren hemşirelerin bilgi düzeyi puanları daha yüksek bulunmuştur (Çalışkan ve ark., 2019). Hemşirelerin Üİ'li hasta ile çok sık karşılaşmalarının, Üİ hakkında bilgi edinme motivasyonlarını olumlu yönde etkileyerek bilgi düzeyini arttırdığı söylenebilir.

5.2. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hemşirelerin yaşları ile bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşı 32 ve üzeri olan hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları ($65,17\pm 15,67$), 26-31 yaş arasındaki hemşirelerin puan ortalamalarından ($52,50\pm 13,68$) yüksek bulunmuştur ($p=0,029$; $p<0,05$). Bu durumun hemşirelerin mesleki deneyiminden dolayısıyla, Üİ'li hasta ile daha fazla karşılaşabileceklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyete göre Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,01$); kadın hemşirelerin puan ortalamaları ($56,15\pm 14,93$) erkek hemşirelerin puan ortalamalarından ($43,93\pm 9,34$) yüksek bulunmuştur. Bu durumun çalışma yapılan kurumda kadın hemşirelerin sayısının fazlalığından ve cinsiyet avantajı nedeniyle inkontinanslı bireylerle daha yakın iletişim kurabilmeleriyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu sonuç Çalışkan ve ark., (2019)'nın çalışmasıyla da uyumludur.

Hemşirelerin eğitim durumları ile Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde ise lise-ön lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları ($65,20\pm 10,64$)

lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamalarından (52,95±14,16) yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun lise-ön lisans mezunu hemşirelerin sayısının az olması ve çalıştıkları birimler incelendiğinde cerrahi birimlerde çalışmalarından, dolayısıyla diğer hemşirelere göre inkontinanslı hastalara daha sık bakım vermelerinden kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

5.3. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Üriner İnkontinans Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışılan birime göre Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,01$); cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları (60,79±13,48) diğer birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Cerrahi birimlerde bu sorunu yaşayan hastalarla daha sık karşılaşmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi ve birimde çalışma süresi ile Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer olan Çalışkan ve ark. (2019)'nın araştırmasında da meslekte çalışma süresi ile hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumun hemşirelerin meslekte, kurumda ve birimde çalışma sürelerinin az olmasıyla ilişkilendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri yönünden Üİ'a ilişkin bilgi düzeylerinin tanımlandığı araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiş, sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Bu araştırmada sonucunda;

Çalışmaya katılan hemşirelerin; %70'i 26-31 yaş aralığında ve hemşirelerin yaş ortalaması $27,63 \pm 3,67$ 'dir, %82'si kadın hemşiredir, %90'ı lisans mezunudur, %54,7'si 2-5 yıldır hemşire olarak çalışmaktadır, %55,3'ü 2-5 yıldır kurumda çalışmaktadır, %30,6'sı dâhili birimlerde çalışmaktadır, %51,3'ü 2-5 yıldır birimde çalışmaktadır, %58'i, ara sıra Üİ vakası ile karşılaşmaktadır, %78'i Üİ eğitimi almamıştır, %93,9'u bu eğitimi üniversitede 1-3 saat ders süresince almışlardır.

- Üİ'a ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları $53,95 \pm 14,43$ (min=26, max=84) olarak bulunmuştur.
- Hemşirelerin bilgi düzeyleri %29,33'ünün düşük, %56,67'sinin orta, %14'ünün yüksek düzeyde bulunmuştur.
- 32 yaş ve üzerinde olanların Üİ'a ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamaları ($65,17 \pm 15,67$), 20-25 yaş ve 26-31 yaş aralığındaki hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- Kadın hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.
- Lise-ön lisans mezunu hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları lisansüstü mezunu hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir. Lisansüstü mezunlarının Üİ bilgi düzeyi puan ortalamaları ise lisans mezunu hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- 6 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları, 0-1 yıl ve 2-5 yıl deneyimi olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.
- 6 yıl ve üzeri kurumda çalışma deneyimi olan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları, 0-1 yıl ve 2-5 yıldır kurumda çalışan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

- Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamaları dâhili, yoğun bakım ve acil kliniklerinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.
- Birimde çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olan hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi puan ortalaması 0-1 yıl ve 2-5 yıldır birimlerde çalışan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.
- Birimlerde Üİ vakası ile çok sık karşılaşan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalaması ara sıra ve hiç karşılaşmayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.
- Üİ eğitimi alan hemşirelerin bilgi düzeyi puanı ortalamaları eğitim almayan hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Lisans mezunu hemşirelerin Üİ'ye ilişkin bilgi düzeyi puan ortalamalarının, diğer gruplara göre daha düşük olması ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi puan ortalamalarının diğer birimlere göre daha düşük olması sebebiyle özellikle lisans mezunu ve yoğun bakımlarda çalışan hemşireleri de kapsayan Üİ ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının uygulanması,
- Lisans mezunu hemşirelerin Üİ bilgi düzeyi diğer gruplara göre daha düşük olduğundan lisans eğitim müfredatında Üİ'li hasta bakımı konusuna daha fazla yer verilmesi
- Araştırma yapılan hastane gibi özel dal hastanelerinde çalışan hemşireler öncelikli olmak üzere işe yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon programlarında Üİ'li hasta bakımı konusuna yer verilmesi.
- Ülkemizde hemşirelerin Üİ bilgi, tutum ve inançlarını değerlendirecek çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin toplam bilgi düzeyi puan ortalamalarına bakıldığı zaman Üİ ile ilgili orta düzey bilgiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bakımın standartlaştırılması için Üİ hasta bakımına ilişkin kanıta dayalı ulusal rehberler geliştirilmesi önerilmektedir.

7. Kaynaklar

Abrams P, Blavias JG, Stanton S, Andersen JT. (1998) ICS Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourol Urodyn*, 1998;114: 5-19.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D. (2002) ICS Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourology and Urodynamics*, 2002;21: 167-178.

Acar N. (2010). Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek lisans Tezi, Mersin.

Akgül A. Çevik O. (2003) İstatistiksel Analiz Teknikleri, Emek Ofset, Ankara.

Akgün G, Süt N, Kaplan PB. (2010) Kırk Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2010;20: 378-86.

Akkuş Y. (2014) 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, tipi, şiddeti, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akın S. (2015) Yaşlılarda Üriner İnkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 2015;2: 49- 54.

Aktüksek A. (2009) Anatomi ve Fizyoloji İnsan Biyolojisi. 4. Baskı, Nobel Yayın Evi, Ankara.

Alkan GB. (2018) Primigravidalarda stres üriner inkontinans; prevalans, risk faktörleri ve yaşam kalitesi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.

Anafarta K, Arıkan N, Bedük Y. (2011) Temel Üroloji. (1-21. ss.)Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.

Arya LA, Myers DL, Jackson ND. (2000) Dietary Caffeine İntake and the Risk For Detrusor İnstability: A Case-Control Study. *Obstet Gynecol*, 2000;96(1): 85-89.

Aslan E. (2002) Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Beji NK. Editör, *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, içinde (51-60. ss.). İstanbul, Emek Matbaacılık.

Aşkın DA. (2004). Üriner İnkontinans Şikâyeti Olan Gebelerde Gebelik ve Pospartum Dönemde Uygulanan Pelvik Taban Egzersizlerinin Bu Şikâyetin Giderilmesindeki Etkinliği, İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul.

Ateş A, Özen N, Bakar Y. (2019) Üriner İnkontinans Tipine Göre Pelvik Taban Kas Kuvveti Ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması: Retrospektif Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2019;4(2): 147-154.

Ateşkan Ü, Mas MR, Doruk H, Kutlu M. (2000) Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi. *Geriatry Dergisi*, 2000;3:2, 45-50.

Ateşkan Ü. (2004) Geriatrik Üriner İnkontinans. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2004;2(3): 20-25.

Aydın Z. (2015) 35 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve farkındalık durumunun değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Balık G, Güven ESG, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağıtçı M, Üstüner I, Ural MU, Şahin FK. (2016) Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary İncontinence During Pregnancy. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 2016; 8(2): 120-124.

Basak T, Kok G, Guvenc G. (2016) Prevalence, Risk Factors and Quality of Life in Turkish Women With Urinary İncontinence. *International Nursing Review*, 2016;60(4): 448-460.

Başak T, Uzun Ş, Arslan F. (2009) Üriner İnkontinanslı Bireylerde Perineal Cilt Bakımı. *Türkiye Klinikleri*, 2009;29: 202-5.

Başak T, Uzun Ş, Arslan F. (2012) Incontinence Features, Risk Factors, and Quality of Life in Turkish Women Presenting at the Hospital for Urinary Incontinence. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2012;39(1): 84-9.

Baykuş N. (2016) 18 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinansın görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Beji NK. (2002) Üriner İnkontinans Tipleri ve Hasta Değerlendirmesi. Beji NK. Editör, *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, içinde (75-84. ss.) İstanbul, Emek Matbaacılık.

Bektaş HA. (2007) Emek sağlık ocağı bölgesi'nde yaşayan kadınlarda stres üriner inkontinans yaygınlığı ile ilişkili faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Beutel ME, Hessel A, Schwarz R, Braehler E. (2005) Prevalence of Urinary Incontinence in the Germany Population. *Urologe A*, 2005;44(3): 232-238.

Benlioğlu C. (2006) Kahramanmaraş il merkezli 15 yaş üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalans çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş.

Bilge Ç, Beji NK. (2016) Kadınlarda Obezite ve Alt Üriner Sistem Semptomları. *FN Hem. Dergisi*, 2016;24(2): 72-79.

Bilgili N, Akın B, Ege E, Ayaz S. (2008) Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2008;28: 487-93.

Bozkurt M. (2018) Üriner inkontinansı olan kadınların konfor düzeyi ve öz bakım gücünün belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Brown JS, Vittinghoff E, Lin F, Nyberg LM, Kusek JW, Kanaya AM. (2006) Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women with type 2 diabetes and impaired fasting glucose: *Diabetes Care*, 2006;29 (6): 1307-1312.

- Brunner LS. (2008) Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;.
- Can GT, Yağcı N. (2006) Urinary İncuntinence in Women and Physical Therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2006;11: 205-218.
- Can T, Yağcı N, Cavlak U. (2012) Effects of Urinary İncuntinence on Depressive Symptoms and Quality of Life in Women With Reproductive Age, *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 2012;23(2): 83-89.
- Canobbio MM. (2000) Mosby's Handbook Of Patient Teaching. St. Louis: Mosby.
- Ceyhan Ö, Görüş S, ZİNCİR H. (2018) Yaşlı Bireylerde Uykuyu Etkileyen Önemli Bir Problem: İnkuntinans. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;27 (1).
- Coşkun B, Kadıhasanoğlu M. (2015) Üriner İnkuntinansa Konservatif Tedavi Seçenekleri. (213- 331. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cumhur M. (2006) Temel Anatomi. 2. Baskı, ODTÜ Yayıncılık, Ankara.
- Çalışkan N, Gulnar RN, Aydoğan MD, Bıyık B, Yağcı N. (2019) Obstacles to Providing Urinary İncuntinence Care Among Nurses in Turkey:A Descriptive Study. *Nurse Obstacles to İncuntinence Care*, 2019;65(9): 36-47.
- Çitak, G. (2017) Gebelikte üriner inkuntinans ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tokat.
- Çoban A, Şirin A. (2003) Yaşlı Kadınlarda Ürogenital Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Geriatrı Dergisi*, 2003;6: 80-3.
- Çoşkun A. (2002) Alt Üriner Sistem Anatomi ve Fizyolojisi Kontinans Mekanizması. Beji NK. Editör. *Kadınlarda Üriner İnkuntinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, içinde (1-28. ss.) İstanbul, Emek Matbacılık.
- Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. (2006) Risk Factors For Urinary İncuntinence Among Middle-Aged Women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006;194: 339-45.

Davis NJ, Vaughan CP, Johnson TM, Goode PS, Burgio KL, Redden DT, Markland AD. (2013) Caffeine İntake and its Association With Urinary İncontinence in United States Men. *J Urol*, 2013;189: 2170–2174.

Demir S. (2012) Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Demir S, Beji NK. (2015) Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Arama Davranışları F.N. Hem. Dergisi, 2015; 23(1): 23-31.

Demirci F. (2002) Üriner İnkontinans Cerrahi ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri. Beji NK, editör. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, içinde (91-102. ss.) İstanbul, Emek Matbaacılık.

Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. (2012) 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2012;7: 23-37.

Demirci S. (2012) Ürogenital Sistem. Vural F ve Üzel M, editör. *İnsan Anatomisi, içinde* (88-97. ss.) Ankara, Akademi Yayınları.

Demirel T. (2012) 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner – fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Demirtaş FA. (2019) Postmenopozal kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

Demirtaş H. (2015) Yaşlılarda üriner inkontinans geriatrik depresyon ve yalnızlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Dinç A, ÖZER EA. (2019) Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; 8(2): 1-9.

Dinç A. (2017) Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Associated Risk Factors. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 2017.

Dooley Y, Kenton K, Cao G, Luke A, Durazo R, Kramer H, Brubaker L. (2008) Urinary İncontinence Prevalence. *J Urol*, 2008;179: 656-61.

Döndar Ç. (2006) Üriner inkontinansın kadın cinsel fonksiyonları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dubeau CE, Kuchel GA, Johnson T, Palmer MH, Wagg A. (2010) İncontinence in the Frail Elderly: Report From the 4th International Consultation on İncontinence. *Neurourol Urodyn*, 2010;29:1, 165–78

Durmaz Ö. (2011) Lefkoşa merkezde yaşayan 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve risk faktörlerinin saptanması. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

Durukan H, Tok E C, Tok D, Aytan H. (2015) Mersin İlinde, Hedef Popülasyonda Kadınların Kendisi Tarafından Algılanan İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Yaş Gruplarına Göre İnkontinans Tiplerinin Dağılımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2015; 46: 1-5.

Ertem G. (2009) Üriner İnkontinanslı Hastaların Hastalığıyla Başa Çıkma Yollarının İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009;6: 176-87.

Esler R. (2013) Multidisciplinary Care of Urinary İncontinence A Handbook for Health Professionals. London: *Springer*; 2013; 1-5.

Fine PM, Antonini TG, Appell R. (2004) Clinical Evaluation of Women With Lower Urinary Tract Dysfunction. *Clin Obstet Gynecol*, 2004;47: 44-52.

Gibbs RS, Ayhan A, Danforth, DN. (2010). Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri

Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. (2013) Caffeine and Urinary Incontinence in US Women. *Int Urogynecol J*, 2013;24: 295-302.

Gök S. (2016) Diyabetik kadınlarda üriner semptomlar ve inkontinansın yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Gökalp C. (2019) Gebelikte trimesterlere göre üriner inkontinans, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Güner H, Yazıcı G. (2000) Kadın Genital Sistemi ve Pelvik Taban Anatomisi. Güner H, editör. *Ürojinekoloji*, içinde (1-10. ss.) Ankara, Atlas Kitapçılık.

Güneş, A, Güneş G, Pehlivan E. (2000) Malatya Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkili Faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2000;7(1): 54-57.

Hakbilen GH. (2019) Üriner inkontinans tanılı yaşlı kadınlarda uygulanan kegel egzersizi odaklı girişimin inkontinansa etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

Hall JE. (2013) Textbook of medical physiology. Çeviren: Şentürk ÜK. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 12. Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Haylen BT, Ridder D, Freeman RM. (2009) An International Urogynecology International Continence Society (ICS) Joint Report ON The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction, 2009; 10-12.

Herbert J. (2009) Pregnancy and Childbirth: The Effects On Pelvic Floor Muscles. *Nurs Times*, 2009;105: 38-41.

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

Hirayama F, Lee AH. (2012) Is Caffeine İntake Associated With Urinary İncontinence in Japanese Adults. *J Prev Med Public Health*, 2012;45: 204–208.

Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. (2000) Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence. *International Urogynecology Journal*, 2000;11: 301-319.

International Continence Society (ICS) Glossary of Terminology 2019. (15.11.2019 tarihinde <https://www.ics.org/glossary> adresinden ulaşılmıştır.)

Işık AT, Bozoğlu E. (2010) Geriatrik Olgularda Üriner İnkontinans. (1-10. ss.) İstanbul, Som Kitap.

Işıklı B, Yenilmez A, Kalyoncu C. (2011) Eskişehir Alpu İlçesi 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Nobel Med*, 2011;7: 34-39.

İnal CB. (2019) Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

Jang Y, Kwon BE, Kim HS. (2015) Knowledge and Practice Behaviors Regarding Urinary Incontinence Among Korean Healthcare Providers in Long-Term Care Hospitals. *Int Neurourol J*, 2015;19(4): 259–264.

Kaplan PB. (2012) Üriner İnkontinanslı Hastanın Temel Değerlendirilmesi. Yalçın Ö, editör. *Ürojinekolojide Tanı ve Tedavi* ,içinde (6-7. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaptan G. (2012) Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. (321-344. ss.) İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi Yayınları.

Karabulutlu EY. (2018) Üriner Sistem Hastalıkları. Zengin N ve Ören B, editör. *İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı*. içinde (229-253. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Karaca Bř, DEMİR NA. (2019) Üriner İnkontinansın Kadın Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Duygu Durum Üzerine Etkisi ve Hastaların Egzersiz Farkındalık Düzeyleri. *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2019;52: 133-137.

Karaçam, Z. (2003). Kadınlarda Üriner İnkontinans Gelişimini Önlemede Davranışsal Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rolü. *Sendrom Dergisi*, 2003: 112-116.

Karan A. (2016). Ürojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi Yayınları.

Kaşıkcı M, Dilek K, Avşar G, Şirin M. (2015) Prevalence of Urinary İncontinence in Older Turkish Women, Risk Factors, and Effect on Activities of Daily Living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2015;61: 217–223.

Kaya S, Akbayrak T, Orhan C, Beksaç S. (2015) Kadınlarda Farklı Üriner İnkontinans Tiplerinde Hasta Özelliklerinin ve Üriner Parametrelerin Karşılaştırılması. *Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation*, 2015;2(3): 93-101.

Keane DP, O'Sullivan S. (2000) Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology Baillie're's. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2000;14(2): 207-226.

Kelly M, Byrne G. (2006) Role of the continence nurse in health promotion. *British Journal of Nursing*,(2006);15(4): 198-205.

Keskin E. (2019) Gebelikte üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ordu.

Kılıç M. (2016) Incidence and Risk Factors of Urinary İncontinence in Women Visiting Family Health Centers. *SpringerPlus*, 2016;5: 13-31.

Kılıçlı A. (2016) Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçisi kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, tedavi alma durumları ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.

Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. (2005) Female Urinary İncontinence in the West of Turkey. *European urology*, 2005;48(4): 634-641.

Koçak İ. (2015) Üriner İnkontinans Prevalansı. Onur R ve Bayrak Ö, editör. *Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi*, içinde (67-75. ss.) Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayınları.

Kök G, Şenel N, Akyüz A. (2006) GATA Jinekoloji Polikliniğine Başvuran 20 Yaş Üstü Kadınların Üriner İnkontinans Açısından Farkındalık Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006;48: 132-6.

Kök G. (2005) GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve sosyal yaşama etkisinin incelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Kurul Ş. (2013) Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkisi, tedavi öncesi ve sonrası dönemde objektif ve sübjektif parametrelerin karşılaştırılması. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Küçük DB. (2002) Üriner İnkontinansın Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. Beji NK, editör. *Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı*, içinde (29-50. ss.) İstanbul, Emek Matbaacılık.

Küçükkaya B. (2017) Stres üriner inkontinansı olan üreme çağı kadınlarında pelvik taban kas egzersizleri ve abdomen egzersizlerinin etkinliği. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Lapitan M, Carmela M. Epidemiology of Urinary Incontinence. In: Badlani G.H., Davila G.W., Michel, M.C. Rosette J.J.M.C.H. (eds). *Continence Current Concepts and Treatment Strategies*. London: Springer; 2009,3-13.

Linde J M, Nijman RJ, Trzpis M, Broens P. (2016) Urinary İncontinence in the Netherlands. *Neuourology and Urodynamics*. 2016;36(6): 1519-1528.

Lynn P. (2015) Taylor's Clinical Nursing Skills. Çeviren: Bektaş H. Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri-Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. (151-157. ss.) Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti.

Mamuk R, Dişsiz M, Dinç H. (2018) Sağlık Profesyonellerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulama ve Öğretme Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının

Değerlendirilmesi. *GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2018;4(1): 15-20.

Mantre J. (2004) Urinary function and dysfunction. In: Mantre J, Haslam J, Barton S, editors. *Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology*, 2004;333-82.

Markland AD, Vaughan CP, Johson TM, Burgio KL, Goode PS. (2011) İncontinence. *Review Med Clin North*, 2011;95(3): 539-554.

Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. (2005) Urinary İncontinence in US women; a population-based study. *Arch Intern Med*, 2005;165(5): 537-542.

Menezes M, Pereira M, Hextall A. (2010) Predictors of Female Urinary İncontinence at Midlife and Beyond. *Maturitas*, 2010;65(2): 167-171.

Mihmanlı V, Yüksel İT. (2013) Geriatrik Hastalarda Jinekolojik Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2013;29: 127-31.

Milsom, Gyhagen M. (2018) The Prevalence Of Urinary İncontinence, Climacteric. DOI: 10.1080/13697137.2018.1543263

Milson I, Gyhagen M. (2019) The Prevalence of Urinary İncontinence. a Department of Obstetrics & Gynaecology , Sahlgrenska Academy at Gothenburg University , Gothenburg , Sweden.

Minassian VA, Drutz HP, Albadr A. (2003) Urinary İncontinence as a World Wide Problem. *Int J Gynaecol Obstet*, 2003;82: 327-338.

Newman DK. (2006) The roles of the continence nurse specialist global perspective. Cardozo, L., Dawid, S. (Eds.). *Text Book of Female Urology and Urogynecology*. 2nd ed., Informa Healthcare, UK, (2006) 92-97.

Norton P, Brubaker L. (2006) Urinary İncontinence in Women. *Lancet*, 2006;367: 57-67.

Oliveira E, Zuliani LM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SS, Barbosa CP. (2010) Evaluation of Factors Related to the Occurrence of Female Urinary İncontinence. *Rev Assoc Med Bras*, 2010;56(6): 688-690.

Öz Ö. (2016) Üriner inkontinanslı kadınların kullandıkları alternatif yöntemler, yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

Özcan F, Özkürkçügil C, Etiler N. (2016) Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlarda İdrar Kaçırma Sıklığı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2016;20(1): 29-32.

Özcan H, Beji N. (2014) Üriner İnkontinanslı Hastaların Değerlendirilmesinde Kullanılan Önemli Bir Parametre: Yaşam Kalitesi. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2014;29:4, 236-238.

Özcan M, Kapucu S. (2014) Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 101-109.

Özdemir E. (2009) Gülveren sağlık ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi. Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Özer NE. (2017) Menopoz dönemindeki kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.

Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın Ö. (2004) Urinary İncontinence: Its Prevalence, Risk Factors and Effects on the Quality of Life of Women Living in a Region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest*, 2004;58: 145-50.

Özerdoğan N. (2003) Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevalansı Risk Faktörleri Yaşam Kalitesine Etkisi. *İ Ü F N Hemşirelik Dergisi*, 2003;51.

Özkan SA, Bilgiç D , Beji NK. (2019) Türkiye'de Hemşirelik Alanında Üriner İnkontinansla İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;10 (2): 201-210.

Özkan ZS, Sapmaz E. (2014) Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2014;25: 2.

Öztürk GZ, Toprak D, Basak E. (2012) 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2012;46: 170-176.

Özyurt C, Şimşir A. (2009) Miksiyon Nörofizyolojisi ve Kontinans Mekanizması. Önay Y, editör. *Temel Ürojinekoloji*, içinde (21-26. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Peterson JA. (2008) Minimize Urinary Incontinence: Maximize Physical Activity in Women. *Urol Nurs*, 2008;28(5): 351-356.

Polat B. (2017) Pelvik taban kas zayıflığı olan kadınlarda pelvik taban eğitiminin cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS. (2011) The Association Between Common Physical Impairments and Dementia in Low and Middle Income

Riesenhuber A, Boehm M, Posch M, Aufrecht C. (2006) Diuretic Potential of Energy Drinks. *Amino Acids*, 2006;31: 81-83.

Roe B, Wilson K, Doll H. (2001) Public Awareness and Health Education: Findings From an Evaluation of Health Services for İncontinence in England. *International Journal of Nursing Studies*, 2001;38: 79-89.

Rogers RG, Leeman LL. (2007) Postpartum Genitourinary Changes. *Urol Clin North*, 2007;34: 13-21.

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian ES. (2003) Urinary İncontinence After Vaginal Delivery or Cesarean Section. *N Engl J Med.*, 2003;348: 900- 907.

Sağlam HG. (2019) Üreme çağındaki evli kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve yaşam kalitesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Salman MC, Özyüncü Ö, Durukan T. (2005) Gebelik, Doğum ve Pelvik Taban Bozuklukları. *Journalagent*, 2005;2: 37-42.

Sampselle CM, Harlow SD, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I. (2002) Urinary Incontinence Predictors and Life Impact in Ethnically Diverse Perimenopausal Women. *Obstet Gynecol*, 2002; 100:1230-1238.

Saxer S, de Bie RA, Dassen T, Halfens RJ. (2008) Nurses' Knowledge and Practice About Urinary Incontinence in Nursing Home Care. *Nurse Educ Today*, 2008;28(8): 926-934.

Seçginli S. (2015) Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte araştırma*, 2015;343.

Seçkin B. (2001) Geriatrik İnkontinansa Medikal ve Cerrahi Tedavi. Geriatrik Sendromlar (73-78. ss.) Ankara, GATA Basımevi.

Semeltzer CS, Bare GB. (2000) Medical Surgical Nursing. *Lippincott*, 2000:1083-1100.

Soyal ÖY. (2019) Multiple sklerozlu kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. (2007) Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2007. ReportNo.:08-E003. <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/fuiad/fuiad.pdf> Erişim Tarihi: 25 Eylül 2019.

Smith AL, Wang PC, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodriguez LV. (2010) Correlates of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Older Latinos. *J Am Geriatr Soc*, 2010;58: 6 1170-6.

Şahin NH. (2017) ÜREME Organ Anatomisi Ve Fizyolojisi. Beji NK (ed.). Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. (69-83. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.

Şahin NH. (2017) ÜREME Organlarının Yapısal Sorunları. Beji NK (ed.). Hemşirelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. (133-140. ss.) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.

Şen E. (2011) Kadınlarda İdrar Kaçırma Korunma ve Tedavide Cerrahi Dışı Yöntemler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 2011;20: 7-13.

Şentürk Ş, Kara M. (2010) Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevelansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*, 2010;17(1): 7-11.

Tamanini JTN, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Laurenti R. (2011) Association Between Urinary İncontinence in Elderly Patients and Caregiver Burden in the City of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourol Urodyn*, 2011; 30:7, 1281–1285.

Tanrıverdi HA, Sade H, Akbulut V. (2004) Üriner İnkontinans ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyoloji, Etiyoloji ve Risk Faktörleri. *T Klin J Gynecol Obst.*, 2004;14: 231-238.

Terzi H, Terzi R, Kale A. (2013) 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 2013;52(1): 15-19.

Tıraş MB, Arslan M, Yazıcı G, Güner H, Yıldırım M. (2000) Stres İnkontinans Tedavisinde Yeni Bir Yöntem: t.v.t. *T Klin J Gynecol Obst*, 2000;10: 49-52.

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

Ünsal A, Tözün M, Arslantaş D. (2013) Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. *TAF Prev Med Bull*, 2013;12(3): 231-242.

Vale JA, Trott KR, Withfield HH. (1991) Post-radiotherapy Bladder Dysfunction Adenervation Disorder. *Neurology and Uradynam*, 1991;10 (4): 349-350.

Vivian W. (2014) Sung, Epidemiology and Psychosocial Impact of Female Pelvic Floor Disorders. *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. Philadelphia: Elsevier Saunders*, 2014; 96-104.

Wein Aj, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AM, Peters CA. (2012) Urinary İncontinence and Pelvic Prolapse: epidemiology and pathophysiology. In Wein AJ, editors. *Campbell- Walsh urology*. Elsevier Saunders; 2012.p. (1871-1895. ss.)

Wells M. (2000) The Role of the Nurse in Urinary İncontinence. *Baillieres Best Pract Res Cli Obstet Gynaecol*, 2000;14(2): 335-353.

WHO (2007). A Safer Future. Global Public Health Security in the 21st Century 2007. (https://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 28.09.2019)

Wu XH, Liü XX, Xie KH, Wu YX, Liu YG. (2011) Prevalence and Related Factors of Urinary İncontinence Among Hebei Women of China. *Gynecol Obstet Invest*, 2011;71 (4): 262-267.

Yalçın Ö. (2009) Temel Ürojinekoloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Yalçın Ö. (2017) Kadın Doğum – Jinekoloji. (1-8. ss.) İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi.

Yalçın Ö, Kızılkaya N. (1997) Üriner İnkontinans El Kitabı I. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Ünitesi, İstanbul.

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

Yıldız A, Onan A. (2000) Üriner İnkontinansın Farmakolojik Tedavisi. Güner H, editör. *Ürojinekoloji*, içinde (115-134. ss.) Atlas Kitapçılık.

Yuan H, Williams BA. (2010) Knowledge of Urinary İncontinence Among Chinese Community Nurses and Community- Dwelling Older People. *Health Soc Care Community*. 2010;18(1): 82–90.

Yuan HB, Williams BA, Liu M. (2011) Attitudes Toward Urinary Incontinence Among Community Nurses and Community-Dwelling Older People. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2011;38(2): 184–189.

Yücel U, Hadımlı A, Koçak YÇ, Ekşioğlu AB, Sarı D, Saydam BK. (2018) Bornova’da Yaşayan 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2018;5(3): 414-423.

Zaccari JE, Cox SB. (2004) Evaluation & Management Incontinence. *AWHONN Lifelines*, 2004;8(4): 326-332.

Zengerek, K.(2017) SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Aile Hekimliğine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınlarda İdrar kaçırma Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, T.C. SBÜ. Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Zhu L, Long J, Liu C. (2009) The Epidemiological Study Of Women With Urinary Incontinence and Risk Factors For Stress Urinary Incontinence in China. *Peking Union Medical College*, 2009;16(4): 831-6.

Zurakowski TL. (2006) The Genitourinary and Renal Systems. *Gerontological Nursing*, 2006; 18-33.

8. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI:

Hemşirelerin üriner inkontinansa ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin Üİ ilişkin bilgi düzeylerini tanımlamak, bireysel ve çalışma özelliklerinin, Üİ bilgi düzeyine etkisini incelemektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Değerli katılımcı,

Bu çalışma hemşirelerin Üriner İnkontinansa ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra yanıtlayınız. Her sorunun yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Size uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİ:

1. Zehra ÖZDEMİR

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:	
Telefon:			

Araştırmacının Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:	
Telefon:			

Sayın katılımcı,

Bu çalışma hemşirelerin Üriner İnkontinansa ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra yanıtlayınız. Her sorunun yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Size uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Zehra ÖZDEMİR

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

EK 2. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Cinsiyetiniz?

Kadın ()

Erkek ()

2. Yaşınız?

3. Hemşire olarak kaç yıldır görev yapmaktasınız?.....

4. Kurumdaki çalışma süreniz?.....

5. Çalıştığınız Birim:

6. Çalıştığınız birimdeki görev süreniz?.....

7. Eğitim durumunuz?

Lise ()

Önlisans ()

Lisans ()

Yüksek Lisans ()

Doktora ()

8.Üriner İnkontinans yakınması olan hastalarla ne sıklıkla karşılaşmaktasınız?

Hiç()

Ara sıra()

Haftada bir()

Ayda bir()

Çok sık()

9.Hemşirelik eğitiminizde Üriner İnkontinans ile ilgili eğitim aldınız mı ? (Cevabınız evet ise 10. ve 11. soruları cevaplayınız)

Evet()

Hayır()

10.Üriner İnkontinas ile ilgili eğitimi nereden aldınız?.....

11.Üriner İnkontinans ile ilgili ne kadar süre eğitim aldınız?.....



EK 3. HEMŞİRELERİN ÜRİNER İNKONTİNANSA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ FORMU

A. Bu bölümde üriner inkontinansla ilgili çoktan seçmeli sorular bulunmaktadır. (22pn)

1.Aşağıdaki durumlardan hangisi “üriner inkontinans” olarak değerlendirilir?

A)24 saatlik idrar çıkışının 500 ml altında olmasıdır.

B)Gece sık sık idrara çıkma isteğidir.

C)İşeme sırasında zorlanma ve ağrı olmasıdır.

D)İstemsiz idrar akmasıdır.

E)İdrarda lökosit sayısının normalden fazla olmasıdır.

2.Üriner İnkontinansın görülme sıklığı ile ilgili ifadelerden yanlış olan seçeneği işaretleyiniz?

A)Yaşlı popülasyonda daha çok görülür.

B)Erkeklerde, kadınlara oranla daha çok görülür.

C)Genetik faktörler etkilidir.

D)Çevresel faktörler etkilidir.

E)Düşük sosyo-ekonomik düzeyli bireylerde daha çok görülür.

3.Aşağıdaki hastalıklardan hangisi Üriner İnkontinans görülme riskini arttırmaz?

A) Parkinson hastalığı

B) Demans

C) İritabl Bağırsak Sendromu (IBS)

D) KOAH

E) Tüberküloz

4.Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinans risk faktörlerinden değildir?

A) Obezite

B)Medeni durum

C) Sigara kullanımı

D) DM

E) Menopoz

5.Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinansa ilişkin doğumla ilgili risk faktörü değildir?

- A) Gebelik sayısı
- B) Doğum şekli
- C) Bebeğin kilosu
- D) Bebeğin cinsiyeti
- E) Doğuma ilişkin diğer faktörler(Epizyotomi, doğumun ikinci evresinin süresi)

6.Aşağıdaki cerrahi operasyonlardan hangisi Üriner İnkontinans için risk faktörüdür?

- A) Bypass
- B) TAHBSO
- C) Appendektomi
- D) Küretaj
- E) Tüp Mide Operasyonu

7.Aşağıdaki ilaç ya da ilaç gruplarından hangisi Üriner İnkontinans için risk faktörü değildir?

- A) Alfa Blokerler
- B) Antikolinergikler
- C) Santral Sinir Sistemi İlaçları
- D) Dijestanlar
- E) Diüretikler

8.Aşağıdakilerden hangisi Üriner İnkontinans tedavisinde kullanılan konservatif tedavi yöntemlerinden(Davranışsal Tedavi/Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) değildir?

- A) Diyet düzenlemesi
- B) Mesane eğitimi
- C) Biyofeedback
- D) Nonstres test
- E) Elektriksel stimülasyon

9. Pelvik Taban Kas Egzersizleri (KEGEL) ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Egzersizlere başlamadan önce mesane boşaltılır.
- B) Karın ve uyluk kasları gevşek tutulur.
- C) Pelvik taban kasları kasılırken nefes alınır.
- D) Kaslar aşağı çekilir, karın yukarı doğru zorlanmaz, ıkmılır.
- E) Farklı pozisyonlarda da (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb.) egzersiz yapılabilir.

11. Üriner İnkontinanslı hastanın hemşirelik bakımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- A) Hemşireler inkontinanslı hastaya mesane günlüğü uygulamasını öğretir.
- B) Hemşireler inkontinanslı bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlarlar.
- C) Hemşireler üriner inkontinanslı bireylere pelvik taban kas egzersizlerini öğretirler.
- D) Hemşireler inkontinanslı bireylerin gereksinimine göre gündüz ve gece sıvı kısıtlaması yaparlar.
- E) Taşma inkontinansı olan bireylere Crede's manevrasını öğreterek mesanedeki rezidüel idrar boşaltımını sağlar.

12. Üriner İnkontinanslı bireyin hemşirelik girişimleri için beklenen sonuç kriterleri aşağıdakilerden hangisi olamaz?

- A) Kendini kontrol etmesinin sağlanması.
- B) Profesyonellerin yardımını kabul etmesi.
- C) Günlük yeterli sıvı alımının sağlanması.
- D) Bireyin kendini dinlenmiş hissetmesi.
- E) Diyetine uyum sağlaması.

B. Bu bölümdeki soruları verilen vaka örneğine göre cevaplayınız.

VAKA

A.S 55 yaşında kadın hasta; 112 kg, evli, ev hanımı. Üç yıldır öksürürken ve hapşırırken belirgin derecede idrar kaçırdığını ve son bir aydır vajende ele gelen kitle şikâyeti ile sağlık kurumuna başvurmuştur. Hastanın sağlık öyküsünde bir yıldır menopozda olduğu ve ara sıra İYE olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sürekli çamaşır değiştirdiğini ve ped kullandığını dile getirmiştir. Hasta idrar kaçırmamanın ayıp olduğunu, düşündüğü için yakınları ile bu durumu paylaşmadığını ve üç yıldır doktora başvurmadığını söylemiştir. Bu durumun kendisinde içe kapanmaya ve strese neden olduğunu söylemiştir. Hastanın herhangi kronik bir hastalığı ve kullanmakta olduğu ilaç yok. Hastanın gravidası 2, paritesi 2, her iki doğumunda da vajinal doğum yapmıştır. İki bebeğini de iri doğurmuş ve iki kez epizyotomi uygulanmıştır. Hastadan alınan anamnez, fiziki muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda hastaya TOT (transobturator tape) op uygulanması planlanmıştır.

12. Yukarıdaki vakaya göre sekonder tanı olarak stres üriner inkontinans tanısı konmuş A. Hanım'a hangi hemşirelik yaklaşımlarını planlıyorsunuz? Plandığınız yaklaşımlara + koyunuz (10pn)

Hasta ile konuşur ve utanması, sıkılması gereken bir durum olmadığı belirtirim.()

Hastanın kilosu takip eder ve kayıt ederim.()

Ağır işlerden ve ağır aktivitelerden uzak durmasını söylerim.()

Hastaya aldığı-çıkaracağı sıvı takibi yaparım.()

Hastaya pelvik kaslarını güçlendirmesi için kegel egzersizlerini öğretirim.()

Hastayı aktivite yapmaya teşvik ederim.()

Hastanın sosyal ortamlarda bulunmasını kısıtlarım.()

Yukarıdaki vakada yer alan durumlarla ilgili cümlelerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz (18pn)

	DOĞRU	YANLIŞ
13. Hastanın yaşının ilerlemesi ve menopozla beraber meydana gelen östrojen azlığı bu hastada üriner inkontinans için risk faktörleridir.		
14. İnkontinans için gravida ve parite risk faktörleri değildir.		
15. Hastanın İYE olması üriner inkontinans ile bağlantılıdır.		
16. Hastanın stres yaşaması üriner inkontinans için risk faktörüdür.		
17. Doğum şekli(NSD(C/S) üriner inkontinansa belirleyici risk faktörü değildir		
18. Pelvik tabanda güçsüzlük üriner inkontinans için önemli risk faktörüdür.		

19.Hemşirelerin Üriner İnkontinansı Önlemeye yönelik görev ve sorumlulukları nelerdir? Açıklayınız.

EK 4. ETİK KURUL İZİNİ



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342-/ 2019-196

26/04/2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Emine EKİCİ
(Zehra ÖZDEMİR)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2019 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “**Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK 5. KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ZEYNEP KAMIL KADIN VE
ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK
HASTALIKLARI EAH SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ
MÜDÜRLÜĞÜ

21/05/2019 16:39 - 11391090 - 799 - E.102



Sayı : 11391090-799
Konu : Zehra Özdemir'in Anket İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EĞİTİM BİRİMİ

İlgi : 21/05/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1988 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Zehra ÖZDEMİR**, Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ'nin danışmanlığında yürütülen "**Hemşirelerin Üriner İnkontinansa İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**" başlıklı çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Semra KAYATAŞ
ESER
Başhekim

ZEYNEP KAMIL EAH

Telefon: Faks No:

e-Posta: t.yilmazesencan@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
t.yilmazesencan@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 685766e9-ccd3-4a0b-8eae-1fe29a3de0e7 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Tuğba YILMAZ ESENCAN

HEMŞİRE

Telefon No: 2163910680

EK 6.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Zehra ÖZDEMİR
Doğum Yeri ve Tarihi : Burdur/10.01.1995
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim : zehraa_94_15@hotmail.com.tr
zehra.ozdemir@istinye.edu.tr

Eğitim Durumu(Kurum ve Yıl)

Lise : Bucak Şehit Ayfer Gök Anadolu Lisesi 2013
Lisans : İstanbul Arel Üniversitesi 2017
Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği 2020

Çalıştığı Kurumlar ve Yıl : Acıbadem Atakent Hastanesi (Kadın Doğum
Servis Hemşiresi) Haziran 2017/ Ocak 2018

İstinye Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü (Öğretim Görevlisi-DSÜ)
Ocak 2019-halen