



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSA YÖNELİK VERİLEN SAĞLIK
İNANÇ MODELİNE DAYALI ÇEVİRİMİÇİ EĞİTİM
PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAVVA ÖZDEMİR

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

ŞUBAT /2025



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSA
YÖNELİK VERİLEN SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI
ÇEVİRİMİÇİ EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Havva ÖZDEMİR

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülşah KÖK**

**Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Programı**

DOKTORA TEZİ

ŞUBAT/2025

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Havva ÖZDEMİR

12.02.2025

ÖZET

OZDEMİR, H. (2025). Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD. Doktora Tezi. Ankara.

Amaç: Bu araştırma, ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel tasarımda planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yarı-deneysel tasarımda planlanan bu çalışma, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Engelli Danışma ve Koordinasyon biriminde Nisan 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini ortopedik engeli olan 46 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın uygulama aşamaları; eğitim öncesi, eğitim sonrası ve üçüncü ay izlemi olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç modeline dayalı beş oturumdan oluşan çevrimiçi eğitim programı araştırmacılar tarafından düzenlenmiştir. Araştırmanın verileri; eğitim öncesinde “Tanıtıcı özelliklere ilişkin form”, “Üriner inkontinansa yönelik kısa bilgi değerlendirme formu”, “Üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik bireye özgü davranış değişikliği değerlendirme formu”, “Üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç ölçeği” ve “Uluslararası idrar kaçırma ile ilgili konsültasyon formu”, eğitim sonrasında; “Üriner inkontinansa yönelik kısa bilgi değerlendirme formu”, “Eğitime yönelik genel memnuniyet değerlendirme formu” ve “Eğitim içeriğine yönelik kazanım değerlendirme formu” ve izlem sonrasında “Üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç ölçeği”, “Uluslararası idrar kaçırma ile ilgili konsültasyon formu” ve “Üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik bireye özgü davranış değişikliği değerlendirme formu” ile toplanmıştır. Veriler SPSS 26.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan ortopedik engelli kadınların engellilik düzeyleri %73,9’u sadece tekerlekli sandalye kullananlar olduğunu, %26,1’inin ise baston/değnek yardımıyla hareket ettiğini göstermiştir. Üriner inkontinansa yönelik bilgi değerlendirmeleri ve puan ortalamaları eğitim öncesi döneme göre eğitim sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların sağlık inanç modeline dayalı gerçekleştirilen eğitimden memnun olma durumlarının çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesinde ölçekten alınan toplam ICQSF puan ortalamasının $10,50\pm6,18$ iken, izlem sonrasında ise $5,33\pm2,56$ olduğu ve verilen eğitimin izlem sonrasında eğitim öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Katılımcıların üriner inkontinans ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, eğitim öncesi ve izlem sonrasındaki ciddiye algısı, sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı, kegel egzersizi engel algısı ve öz etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Sağlık inanç modeli temelli üriner inkontinans semptomlarından korunmaya yönelik verilen evrimii eğitimin, ortopedik engelli kadınların üriner inkontinans semptom yaşıama durumları ile üriner inkontinansa yönelik yaşıam kalitelerine olumlu yönde etki ettiği; üriner inkontinansa ve kegel egzersizleri konusunda sağlık inançlarını olumlu yönde geliştirdiği belirlenmiştir. Hemşırelerin, ortopedik engelli kadınlarda kalıcı davranış değişikliklerini teşvik etmek, üriner inkontinans semptomlarını önlemek ve sağlığı koruyucu davranışları geliştirmek amacıyla eğitimler planlaması önerilmektedir. Planlanan eğitimlerde motivasyonu artırmak için başarı hikayeleri ve düzenli hatırlatmalar gibi güçlendirici unsurların eğitim sürecine dahil edilmesi ve üriner inkontinansa yönelik hemşırelik uygulamalarında kanıta dayalı stratejiler geliştirilmesi de önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Ortopedik Engelli, Kadın, riner İnkontinans, Sağlık İnan Modeli, evrimii Eğitim

ABSTRACT

OZDEMİR, H. (2025). Evaluation of the effectiveness of the online training program based on the health belief model given for urinary incontinence in women with orthopedic disabilities, Gülhane Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing. Doctoral Thesis. Ankara.

Objective: This study was planned in a quasi-experimental design to evaluate the effectiveness of an online education program based on the health belief model for urinary incontinence in orthopedically disabled women.

Materials and Methods: This study, planned as a quasi-experimental design, was conducted in the Disabled Consultation and Coordination unit of Gülhane Training and Research Hospital between April 2024 and September 2024. The study sample consisted of 46 women with orthopedic disabilities. The application stages of the study were carried out in three stages as pre-education, post-education and third month follow-up. An online education program consisting of five sessions based on the health belief model for urinary incontinence and kegel exercises was organized by the researchers. The data of the study were collected before the training with the “Introductory characteristics form”, “Brief information evaluation form for urinary incontinence”, “Individual behavior change evaluation form for urinary incontinence and Kegel exercises”, “Health belief scale for urinary incontinence and Kegel exercises” and “International consultation form for urinary incontinence”; after the training with the “Brief information evaluation form for urinary incontinence”, “General satisfaction evaluation form for the training” and “Achievement evaluation form for the content of the training” and after the follow-up with the “Health belief scale for urinary incontinence and Kegel exercises”, “International consultation form for urinary incontinence” and “Individual behavior change evaluation form for urinary incontinence and Kegel exercises”. Data were analyzed using SPSS 26.0 package program.

Results: The disability levels of orthopedically disabled women participating in the study showed that 73.9% of them were only wheelchair users, while 26.1% of them moved with the help of a cane/crutch. Knowledge assessments and mean scores regarding urinary incontinence were found to be statistically significantly higher in the post-training period compared to the pre-training period ($p<0.05$). It was determined that the participants were very satisfied with the training based on the health belief model. While the total ICQSF mean score obtained from the scale was 10.50 ± 6.18 before the training, it was 5.33 ± 2.56 after the follow-up, and it was determined that there was a statistically significant difference after the training compared to the pre-training period ($p<0.001$). When the participants' scores on the health belief scale regarding urinary incontinence and Kegel exercises were evaluated, it was determined that there were statistically significant differences between the perception of seriousness, health motivation, perception of benefit of Kegel exercise, perception of obstacle to Kegel exercise and self-efficacy scores before and after the training ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that the online training provided for protection from

urinary incontinence symptoms based on the health belief model had a positive effect on the urinary incontinence symptom experience of orthopedically disabled women and their quality of life regarding urinary incontinence; and positively improved their health beliefs regarding urinary incontinence and Kegel exercises. It is recommended that nurses plan trainings to encourage permanent behavioral changes in orthopedically disabled women, prevent urinary incontinence symptoms, and develop health-protective behaviors. It is also important to include empowering elements such as success stories and regular reminders in the training process to increase motivation in planned trainings and to develop evidence-based strategies in nursing practices regarding urinary incontinence.

Key words: Orthopedic Disabled, Women, Urinary Incontinence, Health Belief Model, Online Education



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her konuda rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan, sabrı, hoşgörüsü ve engin akademik birikimiyle gelişimime büyük katkı sağlayan, bilimsel duruşu ve etik anlayışıyla bana ilham veren, bilimsel merakımı besleyerek eleştirel düşünme yetimi güçlendiren, akademik yolculuğumda önemli bir rol oynayan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Gülşah KÖK'e,

Tez izlem sürecimin yürütülmesinin yanında akademik gelişimime yön veren, bilgi ve tecrübeleriyle beni daima destekleyen, her aşamada yol gösterici yaklaşımlarıyla beni cesaretlendiren ve akademik yolculuğumda önemli bir rol oynayan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR ve Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ'e,

Tez savunma sürecimde kıymetli zamanlarını ayırarak çalışmamı titizlikle değerlendiren, yapıcı eleştirileri ve değerli katkılarıyla tezimin daha nitelikli hale gelmesine yardımcı olan saygıdeğer jüri üyeleri Prof. Dr. Funda ÖZDEMİR ve Doç. Dr. Gönül KURT'a,

Tezimin veri toplama sürecine rehberlik eden, yönlendiren ve destekleyen Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi engelli danışma ve koordinasyon birimi sorumlusu Ayşe SARI'ya,

Tezime katılmayı kabul eden, süreci olumlu geçirmemizi sağlayan tüm ortopedik engelli kadınlara,

Tez sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve motive eden kıymetli yol arkadaşlarım Sinem CEYLAN, Derya ŞAHİN, Nazlı ÖZBEK, Tuğba TAHTA ve Esra Nur ERDOĞAN'a,

Bu süreçte yanımda olan, sevgileri ve destekleriyle bana güç veren canım aileme ve hayatımı paylaşmaktan büyük mutluluk duyduğum hem akademik hem de manevi anlamda her zaman yanımda olan, en zor anlarımda bile bana güç veren sevgili eşim Okan Bilge ÖZDEMİR'e,

Hayatımın en yoğun ve anlamlı dönemlerinden birini yaşarken, henüz dünyaya gelmemiş olmalarına rağmen bana tarifsiz bir güç veren canım ikizlerime en derin teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLO LİSTESİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. ÜRİNER İNKONTİNANS	7
2.1.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Kapsamı	7
2.1.2. Üriner İnkontinansın Patofizyolojisi	7
2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS İNSİDANSI	8
2.3. ÜRİNER İNKONTİNANSA YÖNELİK RİSK FAKTÖRLERİ	9
2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ	13
2.4.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans (SÜİ)	13
2.4.2. Urge Tipi Üriner İnkontinans (UÜİ).....	13
2.4.3. Miks Tip Üriner İnkontinans (MÜİ).....	13
2.4.4. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans.....	14
2.4.5. Overflow Tip Üriner İnkontinans	14
2.4.6. Bilinçsiz Tip Üriner İnkontinans	14
2.4.1. Diğer Üriner İnkontinans Tipleri.....	14
2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN ÖNLENMESİ VE KORUYUCU YAKLAŞIMLAR.....	14
2.5.1. Birincil Koruma.....	16
2.5.2. İkincil Koruma.....	16
2.5.3. Üçüncül Koruma.....	18
2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSIN KADIN HAYATINA ETKİSİ	19
2.7. ÜRİNER İNKONTİNANS ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLLERİ	20
2.8. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ (PTKE)	22
2.9. ENGELLİLİK TANIMI.....	22

2.9.1. Dünyada Engellilik Tanımları ve Kavramları	22
2.9.2. Türkiye’de Engellilik Tanımları ve Kavramları	25
2.9.3. Engelli Hakları.....	26
2.10. ENGELLİLİK PREVALANSI.....	28
2.11. ENGELLİLİĞİN SINIFLANDIRILMASI.....	30
2.12. FİZİKSEL ENGELLİLİK	31
2.12.1. Ortopedik engellilik	31
2.12.2. Ortopedik engelli kadınların yaşadıkları problemler	32
2.13. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM).....	34
2.14. SAĞLIK İNANÇ MODELİ BİLEŞENLERİ	35
2.14.1. Algılanan Duyarlılık.....	35
2.14.2. Algılanan Ciddiyet	35
2.14.3. Algılanan Yarar.....	36
2.14.4. Algılanan Engel.....	36
2.14.5. Sağlık Motivasyonu	36
2.14.6. Öz-etkililik	36
2.14.7. Eyleme Geçiriciler	37
2.15. SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN ÜRİNER İNKONTİNANS ALANINDA KULLANIMI	37
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	39
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI	39
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	39
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	40
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme ve çıkarılma kriterleri.....	40
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	41
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI.....	41
3.5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Form (Ek 7)	42
3.5.2. Üriner İnkontinansa Yönelik Kısa Bilgi Değerlendirme Formu (Ek 8)	42
3.5.3. Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği (Ek 9).....	42
3.5.4. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF) (Ek 11)	43
3.5.5. Eğitime Yönelik Genel Memnuniyet Değerlendirme Formu (Ek 12).....	44
3.5.6. Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu (Ek 13)	44
3.5.7. Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Bireye Özgü Davranış Değişikliği Değerlendirme Formu (Ek 14)	45
3.6. EĞİTİM İÇERİĞİNİN OLUŞTURULMASI	46

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	47
3.7.1. Ön uygulama.....	47
3.7.2. Çevrim içi eğitimin uygulanması.....	48
3.7.3. Hatırlatma Mesajları	49
3.7.4. İzlemin Gerçekleştirilmesi.....	50
3.7.5. Uygulama Akış Şeması.....	51
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	53
3.9. VERİLERİN SINIRLILIKLARI	53
4. BULGULAR.....	55
4.1. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARIN TANITICI, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE Üİ VE KEGEL EGZERSİZLERİNE YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	56
4.2. SİM'E DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN VERİLER 60	
5. TARTIŞMA	69
5.1. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARIN TANITICI, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE Üİ VE KEGEL EGZERSİZLERİNE YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI.....	70
5.2. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARA SİM'E DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN, EĞİTİM ÖNCESİ, EĞİTİM SONRASI VE İZLEM SONRASINI KARŞILAŞTIRAN VERİLERİN TARTIŞILMASI	71
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	81
6.1. SONUÇLAR	81
6.2. ÖNERİLER.....	83
KAYNAKLAR	85
EKLER.....	95
EK 1: G-Power Güç Analizi Sonucu	95
EK 2: SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nden Araştırma Uygulama İzni 96	
EK 3: Etik Kurul Onay Yazısı	98
EK 4: Eğitim Planlama Kurulu İzni	100
EK 5: Ölçek İzinleri	103
EK 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	104
EK 7: Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Form	106
EK 8: Üriner İnkontinansa Yönelik Kısa Bilgi Değerlendirme Formu	110

EK 9: Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği	111
EK 10: Araştırmamızda kullanılan “Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği” ne ait Cronbach’s alfa değerleri.....	113
EK 11: Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF)	114
EK 12: Eğitime Yönelik Genel Memnuniyet Değerlendirme Formu	116
EK 13: Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu	117
EK 14: Üİ ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Bireye Özgü Davranış Değişikliği Değerlendirme Formu	119
EK 15: Eğitimde kullanılan powerpoint sunularına ait görüntüler	120
EK 16: Hatırlatma Mesajları	121
EK 17: Geri bildirimler	124
EK 18: Eğitim Sonrası Katılımcılara Verilen Broşür	127
EK 19 Ek Tablolar	128
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	140

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 Avrupa Üroloji Birliği'nin üriner inkontinansa yönelik önerileri ve güç dereceleri	17
Tablo 2.2 Avrupa Üroloji Birliği'nin üriner inkontinansa yönelik önerileri ve kanıt düzeyleri	17
Tablo 3.1 Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bireye özgü davranış değişikliği değerlendirme formu	45
Tablo 3.2 Eğitim içeriğinin planı	46
Tablo 3.3 Eğitim grup sayıları	49
Tablo 4.1 Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler (n=46)	56
Tablo 4.2 Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin veriler (n=46)	57
Tablo 4.3 Katılımcıların Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalıklarına ait veriler (n=46)	58
Tablo 4.4 Katılımcıların Üİ'ye yönelik mevcut durumlarına ait veriler (n=46)	59
Tablo 4.5 Katılımcılar için eğitim öncesi ve sonrasında üriner inkontinansa yönelik kısa bilgi değerlendirme formuna ilişkin dağılımlar (n=46)	60
Tablo 4.6 Eğitime yönelik genel memnuniyet durumlarının değerlendirilmesine ait veriler (n=46)	62
Tablo 4.7 Katılımcıların her eğitim oturumuna yönelik kazanımlarına yönelik puan ortalamalarının dağılımı (n=46)	63
Tablo 4.8 Katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasında uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu toplam puan ortalaması ve alt boyutlarına ilişkin verilerin karşılaştırılması (n=46)	64
Tablo 4.9 Katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasındaki üriner inkontinans ve kegel egzersizine yönelik sağlık inanç ölçeğine ait alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	65
Tablo 4.10 Eğitim öncesi ve izlem sonrası SİM'e dayalı yapılan eğitimin katılımcıda oluşturduğu davranış değişikliğine ait verilerin karşılaştırılması (n=46)	66

SİMGELER VE KISALTMALAR

Üİ	: Üriner İnkontinans
ICS	: The International Continence Society;Uluslararası Kontinans Derneği
EPINCONT	: Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
AUGS	:The American Urogynecologic Society;Amerikan Ürolojinekoloji Birliği
SÜİ	: Stres Tipi Üriner İnkontinans
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DM	: Diabetes Mellitus
UUI	: Urge Üriner İnkontinans
MÜİ	: Miks Üriner İnkontinans
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
EAU	: European Association of Urology;Avrupa Üroloji Birliği
PTKE	: Pelvik Taban Kas Egzersizleri
NICE	: National Institute of Health and Clinical Excellence
ADA	: Americans with Disabilities
NICHD	:National Institute of Child Health and Human Development;Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişim Enstitüsü
BM	: Birleşmiş Milletler
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
ICF	:International Classification of Functioning, Disability and Health;Uluslararası Fonksiyonel Sağlık Sınıflandırması
TDK	: Türk Dil Kurumu
EY-DER	: Engelsiz Yaşama Derneği
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development;İktisadi İş birliği ve Gelişme Teşkilatı
AB	: Avrupa Birliği

ICIDH	:International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps;Uluslararası Sınıflandırma Sistemi Engellilik ve Sağlık
MS	: Multiple Skleroz
EPK	: Eğitim Planlama Kurulu
ICIQ-SF	: Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Üriner inkontinans (Üİ), yaş ilerledikçe daha sık karşılaşılan, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sosyal ve hijyenle ilgili problemlere neden olan kontrol dışı idrar kaçırma durumudur. Üİ, yaygın bir durum olmasına rağmen, semptomların çoğu zaman olağan bir durum olarak görülmesi, yaşlanmanın doğal bir parçası sayılması ve çözüm arayışlarının yetersiz kalması gibi nedenler, gerçekte ne kadar yaygın olduğunun anlaşılmasını güçleştirmektedir. Üİ, Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından “herhangi bir istemsiz idrar kaçırma” şikâyeti olarak ifade edilmektedir (1).

Norveç Nord Trondelag Bölgesi'nde İnkontinans Epidemiyolojisi Araştırması (EPINCONT), 1995 ve 1997 yılları arasında yapılan bir çalışmadır ve kadınlarda Üİ prevalansının %25 olduğunu saptamıştır. Bu araştırma, neredeyse 11 yıl sonra, 2006 ve 2008 yılları arasında yeniden yapıldığında, Üİ prevalansının %16 artarak %29'a kadar ulaştığını ve özellikle stres tipi Üİ (SÜİ) prevalansının %42,9 olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, her iki veri toplama sürecine katılan (n=14.606) kadınların büyük kısmının orta seviyede SÜİ'sinin olduğu, urge Üİ (UÜİ) ve miks Üİ (MÜİ) oranlarının yaşla arttıkça yükseldiği, ancak SÜİ'nin özellikle genç ve orta yaştaki kadınlar arasında sıklıkla gözlemlenen tür olduğu tespit edilmiştir (2). Sağlık Araştırması ve Kalite Kurulu'nun (Agency for Healthcare Research and Quality) raporuna göre, inkontinans genç kadınlarda %25, menopoza sonrası kadınlarda %44 ila %57 arasında görüldüğü, huzurevinde kalan kadınlarda ise bu oranın %75'e ulaştığı ifade edilmektedir (3).

Engelli bireyler, “diğerleriyle eşit bir şekilde topluma tam ve etkili katılımlarını engelleyebilecek uzun süreli fiziksel, zihinsel, entelektüel veya duyuşal engellere sahip kişiler” olarak tanımlanmıştır (4). Engellilerin dünya nüfusuna oranının %15 olduğu tahmin edilmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'ne göre, dünya genelindeki nüfusun yaklaşık olarak %15'i farklı engel türleriyle yaşamını devam ettirmektedir (6). Ülkemizde ise 2002 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve

Özürlüler İdaresi tarafından ortaklaşa yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması sonucuna göre, nüfusun %12,29'u herhangi bir engeli sahip olan bireylerden oluşmaktadır (7). Ayrıca daha sonraki yıllarda yapılan 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonucu (TÜİK), Türkiye’de toplam nüfusun %6,6’sının, en az bir işlevi yerine getirmekte zorluk yaşadığını ya da bu işlevi yerine getiremediğini belirtmiştir. Engelli bireyler arasında kadınlar %57,2 ile daha fazla yer alırken, bu kadınların yaklaşık %27’sinin üreme çağında olduğu tespit edilmiştir (8). Dünya Sağlık Araştırması sonuçları ise, 15 yaşında ve üzerinde olan kişiler arasında engellilik yaşayanların oranı 15,6 olarak belirtilirken, Küresel Hastalık Yüklü Araştırması sonuçları aynı oranın %19,2 civarında olduğunu tahmin etmektedir (9). Kadın engellilerin toplam nüfusa oranına bakıldığında ise oranın %13,5 olarak belirlendiği görülmektedir (10). Avrupa Birliği ülkeleriyle benzer şekilde, TÜİK tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre ise, Türkiye’de en az bir engeli bulunan bireylerin oranı %6,9, bu grubun %7,9’unu ise kadın engelliler oluşturduğu saptanmıştır (11).

Ortopedik engellilik; “doğuştan ya da herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu iskelet, kas ve sinir sisteminde meydana gelen, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede fiziksel kısıtlılığa yol açan bir durum” olarak tanımlanmaktadır (7). 2010 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre, ülke nüfusu yaklaşık %12 oranında engelli bireyleri içermektedir. Bu engellilerin engel türlerine göz atıldığında; %29,2’sinin zihinsel, %25,6’sının kronik hastalık, %8,8’inin ortopedik, %8,4’ünün görme, %5,9’unun işitme, %3,9’unun ruhsal ve duygusal ve %0,2’sinin de dil ve konuşma alanında zorluk yaşadığı görülmektedir. Ayrıca, engelli kişilerin yaklaşık %18’inin zorluk ve engel yaşadığı alanların birden fazla olduğu ifade edilmektedir (12).

Cinsiyete bağlı olarak tüm engelli bireyler aynı derecede dezavantaja sahip değildir. Kadınlar hem cinsiyet ayrımcılığı hem de engellilikleri nedeniyle ek zorluklarla karşılaşmaktadır. Kadın engelli bireylerin, erkeklere kıyasla eğitim ve çalışma yaşamına katılım oranları, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri daha düşük ve yoksulluk oranları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5). Türkiye’de engelli kadınların toplumsal algılanış biçimleri, yaşamlarını sürdürme süreçleri ve bu süreçte karşılaştıkları güçlükler, onların çok boyutlu sorunlarla karşı karşıya olduğunu ortaya

koymaktadır. Bu sorunlar, sağlık, eğitim, sosyal hayat, iş gücü piyasası ve çalışma hayatı gibi birçok yaşam alanında kendini göstermektedir (13). Toplumda özellikle fiziksel engelli kadınlara yönelik yaygın bir algı, onların güçsüz oldukları ve özellikle ebeveynlik gibi birçok alanda yeterli başarıyı gösteremeyecekleri yönündedir. Ancak, modern dünya genelinde yaşam beklentilerinin artması, özellikle fiziksel engeli olan bireylerde yaşam koşullarını iyileştirmenin yanı sıra geleceğe dair beklentilerinde de önemli değişikliklere yol açmıştır.

Fiziksel engelli kadınlar, özellikle üreme dönemi boyunca temel sağlık hizmetlerinde rehberlik ve destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu alanlar özellikle ergenlik, cinsellik, üreme sağlığı, aile planlaması ve gebelik gibi kriz noktalarını içermektedir. Ancak, bu kadınlar engellerinden kaynaklı kısıtlama yaşamaları, ayrımcılığa dayalı tutumlar, sağlık hizmetlerindeki eksiklikler, ekonomik zorluklar ve yetersiz eğitim olanakları gibi faktörler nedeniyle gerekli sağlık hizmetlerine erişmekte ciddi güçlüklerle karşılaşmaktadır (14).

Yaşanılan engeller, yalnızca sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlamakla kalmayıp, aynı zamanda bireylerin sağlıkla ilgili olumlu davranış değişiklikleri geliştirme süreçlerini de zorlaştırmaktadır. Üİ sorunu yaşayan kişilerin hayat tarzlarını sağlıklı olarak benimsemeleri için, bu alanda geliştirecekleri davranış değişikliğini temel alan ve destekleyen çeşitli teoriler ve modellerin kullanılması önerilmektedir (15). Bu kapsamda öne çıkan ve kullanılan modeller ise şöyle sıralanabilir: Sağlık İnanç Modeli (SİM), Transteoretik (Değişim) Model, Edimsel Koşullama, Sosyal Bilişsel Teori ve Sağlığı Geliştirme Modeli (15-17). SİM, bireylerin inançları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamayı hedefleyen bir teorik çerçevedir. Bu model, bireyin sağlık inançlarının, belirli bir davranışı gerçekleştirme veya gerçekleştirilmeme motivasyonunu nasıl etkilediğini anlamayı sağlar. SİM, sağlık davranışlarını “algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, eyleme geçirici faktörler ve öz yeterlilik” kavramları üzerinden değerlendirmektedir. Modelin en güçlü bileşenleri, bireyin önerilen davranışa yönelik olarak algıladığı engeller ve davranış değişiminin sağladığı maddi ve manevi yararlardır. SİM, bireyin hastalıklardan korunma isteği veya iyileşme inancı olduğu takdirde, bu inançların bireyi sağlıkla ilgili olumlu bir eylemde bulunmaya yönlendireceğini öne sürmektedir

(18). Üİ'ye yönelik kullanımının günümüzde sınırlı olduğu ve koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için araştırılmasının artırılması gerekliliği literatürde vurgulanmaktadır. Kegel egzersizlerine yönelik SİM'e temellenmiş ve klasik eğitim kullanılarak yapılan bir çalışmada SİM'e temellenmiş eğitimin etkinliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (19). İnmeli hastalar üzerinde SİM çerçevesinde uygulanan kegel egzersizlerinin hasta üzerindeki sonuçlarına ve bakan kişinin üzerindeki etkilerinin araştırdıkları çalışmada, bu müdahalenin Üİ semptomlarını hafifletmede ve hastaların hayat kalitesini artırmada olumlu etkiler sağladığını ortaya koymuşlardır (20). Serviks kanseri önlenmesi amacıyla rutin muayene için gelen kadınlara kegel egzersizleri öğretilmesi hedeflenen başka bir çalışmada ise, eğitimin SİM'e dayandırıldığı görülmektedir. Sonucunda, kadınların %63,1'inin etkin şekilde kegel egzersizi uyguladıkları bulunmuştur (21). Araştırmaların sonuçlarına göre, SİM'in Üİ ile ilgili çalışmalarında kullanımı sınırlı sayıda kalmış olup, farkındalık yaratmaya yönelik davranış değişikliği ve davranış oluşturma konusunda son derece etkili bir yaklaşım olduğu görülmektedir.

Ortopedik engelli kadınların sağlık bakım hizmetlerinden engeli olmayan kadınlara oranla daha az yararlandıkları ve ulaşmada sıkıntı yaşadıkları göz önüne alındığında farkındalıklarının yetersiz olduğu ve bu nedenle Üİ probleminin geç dönemde tanısı konarak tedaviyi de geciktirebileceği öngörülmektedir (22). Engelli kadınlar toplumda engelli olmalarının yanında kadın olmaları nedeni ile de birçok zorlukla karşılaşmaktadırlar. Özellikle sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorluklar, gerekli görmeme ya da engel durumları nedeniyle ulaşımında yaşanan sıkıntılardan dolayı ile engelli kadınlar tanılama işlemlerinde gecikme yaşamaktadır. Üİ kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitelerini düşüren durumlardan biridir. Özellikle engelli kadınlarda Üİ yönetimi zor olmakta, kadınların eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ulaşımı kolay olmadığından göz ardı edilebilmektedir (23).

Üİ'nin önlenmesi, tedavi edilmesi ve semptom yönetimi için disiplinler arası bir ekip çalışması gerekir (24). Üİ'nin önlenmesinde hemşireler, aktif bir rol üstlenmeli ve risk faktörleri hakkında eğitim, danışmanlık ve farkındalık yaratma hizmetlerinde etkin bir şekilde yer almalıdır (25). Üİ'nin önlenmesinde hemşirelik, bireylerin risk faktörlerine yönelik değerlendirilmesini, kanıta dayalı koruyucu

stratejilerin uygulanmasını ve bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarının geliştirilmesini içermektedir. Ülkemizde de hemşireler tarafından yapılan Üİ'ye yönelik engelli kadınların sağlığını geliştirme, koruma ve farkındalık oluşturma çalışmalarının yetersiz olduğu görülmüştür. Engelli kadınlar ve Üİ konusunda yapılan çalışmaların yeterli olmadığı değerlendirilerek, ortopedik engelli kadınlarla yapılmış olan bu çalışmanın, Üİ alanında kadın sağlığını koruma ve geliştirmede literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hemşireler, pelvik taban kas egzersizleri, mesane eğitimi ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi girişimlere rehberlik ederek hastaların semptom yönetimine katkıda bulunabilir. Üİ'nin kadınlar üzerindeki fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkilerini en aza indirmek amacıyla farkındalık artırıcı çevrimiçi veya yüzyüze eğitim programları düzenleyerek, multidisipliner sağlık ekipleriyle iş birliği içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini güçlendirebilir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, ortopedik engelli kadınlarda Üİ'ye yönelik verilen SİM'e dayalı çevrimiçi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının, kadınların Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bilgi düzeylerine etkisi vardır.

H₂: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının, kadınların sağlık inançlarına etkisi vardır.

H₃: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının, kadınların günlük yaşantılarını etkileme durumu vardır.

H₄: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının, kadınların Üİ yaşama

semptomlarına etkisi vardır.

H5: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programının, kadınların Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik davranış değişikliği oluşturmaya etkisi vardır.

H6: Ortopedik engelli kadınlarda üriner inkontinansa yönelik verilen sağlık inanç modeline dayalı çevrimiçi eğitim programı etkin bulunmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÜRİNER İNKONTİNANS

2.1.1. Üriner İnkontinans Tanımı ve Kapsamı

DSÖ'ye göre Üİ, "hijyenik ve/veya sosyal problemler yaratan ve objektif olarak saptanabilen istemsiz idrar kaçırma" olarak tanımlanmaktadır (26). Üİ, ICS ise bu tanımlı "istemsiz idrar kaçırma" olarak yapmaktadır (27). Amerikan Ürojenekoloji Birliğı (AUGS) ise bu durumun "çok çeşitli nedenlerden kaynaklandığını ve kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal refahını önemli ölçüde etkileyerek yaşam tarzlarını kısıtladığını" vurgulamaktadır (28). Üİ, fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok sorun yaratmakta; bu durum da özgüven kaybına, sosyal izolasyona ve yaşam kalitesinin ciddi şekilde azalmasına yol açmaktadır (29).

2.1.2. Üriner İnkontinansın Patofizyolojisi

Kontinans, mesanede istemli olarak depolanan idrarın fiziksel ve sosyal olarak uygun zamanlarda boşaltılabilmesidir. Kontinansın devamlılığı için miksiyon dışındaki zamanlarda mesane içi basıncın (P_{ves}) mesane dışı basınçtan (P_{ure}) daha yüksek olması gerekmektedir. Bu basınç farkı, üretranın vasküler yapısı, elastikiyeti ve iç ve dış üretral sfinkterlerin tonusu tarafından sağlanmaktadır (30). Sağlıklı kontinansın sürdürülmesi için şu dört mekanizmanın etkin olması önemlidir:

- *Üretral Sfinkterlerin Fonksiyonu:* İç ve dış üretral sfinkterlerin tonusu, mesane boynunun kapalı kalmasını sağlar.
- *Üretranın Vasküler Yapısı ve Elastikiyeti:* Üretranın kan damarları ve esnek dokuları, mesane içindeki basıncı dışarıya karşı sürdürmek için önemlidir.
- *Merkezi ve Periferik Sinir Sistemlerinin Koordinasyonu:* Mesane doluluğunu hissetme ve miksiyonu kontrol etme yeteneğı, sinir sisteminin sağlıklı çalışmasına bağlıdır.
- *Pelvik Taban Kaslarının Gücü ve Koordinasyonu:* Pelvik taban kasları,

üretra ve mesaneyi destekleyerek idrar kaçırma riskini azaltır. Bu mekanizmaların uyum içinde çalışması, sağlıklı kontinansın sürdürülmesinde hayati önem taşımaktadır (31).

Miksiyon refleksi, idrarın mesaneden dışarı atılmasını sağlayan kompleks bir fizyolojik süreçtir. Mesane doldukça, mesane duvarındaki detrusor kasında bulunan gerilme reseptörleri, doluluk durumunu algılayarak beyne afferent sinyaller göndermektedir. Beyin, bu afferent sinyalleri değerlendirmekte ve uygun sosyal ortamın mevcut olup olmadığına karar vermektedir. Eğer idrar yapma için uygun bir ortam mevcutsa, beyin miksiyon refleksini başlatır. Efferent sinyaller, detrusor kasının kasılmasını tetikleyerek mesane içi basıncının artmasına yol açmaktadır. Bu artan basınç, üretraya iletilmekte ve istemli kontrol altında bulunan eksternal üretral sfinkter kası gevşemektedir. Sfinkter kasının gevşemesiyle birlikte idrar, mesaneden üretraya geçerek vücut dışına atılmakta ve böylece miksiyon işlemi tamamlanmaktadır. Bu refleks, hem otonom (istem dışı) hem de somatik (istemli) sinir sistemi bileşenleri tarafından düzenlenir. Normal koşullarda, bu mekanizma sayesinde mesanenin doluluk durumu hassas bir şekilde algılanır ve idrar boşaltımı uygun zamanda gerçekleştirilmektedir (30-33).

İdrarın normal olarak depolanabilmesi, mesanenin uygun kasılma yeteneği ve sfinkter mekanizmasının düzgün çalışmasına bağlıdır. Bunun yanı sıra, pelvik taban kasları ve fasyaları da kontinans mekanizmasında önemli bir rol oynamaktadır. Pelvik tabanın destekleyici işlevinde görülen zayıflama, üriner sistem alt organların yer değiştirmesi ve mesane ile üretranın fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilir. Bu değişiklikler, Üİ'nin gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle, pelvik taban yapılarının bütünlüğü ve fonksiyonu, mesane ve üretranın normal çalışmasını sürdürebilmek için hayati öneme sahiptir (34).

2.2. ÜRİNER İNKONTİNANS İNSİDANSI

Üİ hem kadınları hem erkekleri etkileyen ve sıklıkla görülen bir sağlık sorunu olmasına rağmen, kadınlarda erkeklere kıyasla 2-5 kat daha sık rastlanmaktadır (35). Yapılan çalışmalar incelendiğinde Üİ görülme oranlarının geniş bir aralıkta olduğu görülmektedir. Ayrıca, kadınlarda görülme sıklığının 65 yaşına kadar yaşla paralel

olarak yükseldiği tespit edilmiştir (Kanıt Düzeyi 2) (26,29,31,36).

Literatür incelendiğinde kadınlarda Üİ prevalansının %11,2 ile %63 arasında değiştiği bulunmuştur (37-42). 88,305 kadını içeren 44 çalışmanın analizinde Üİ prevalansı ortalama %41,0 bulunurken, en yaygın tipi stres tipi Üİ (SÜİ) ise %63 olarak saptanmıştır (40). Premenopoz ve menopoz dönemi kadınların Üİ ye yönelik incelendiği başka bir çalışmada ise; premenopoz döneminde olan kadınlarda %9 ve menopoz dönemindeki kadınlarda ise %50 olarak bulunmuştur. Genel görülme sıklığının %29,6 olarak saptandığı çalışmanın ileri analizlerinde risk faktörlerinin yaş, BKİ (Beden Kitle İndeksi) yüksek olması, DM (Diabetes Mellitus), 4 ve üzeri doğum ve konstipasyonun risk faktörleri arasında yer aldığı belirlenmiştir (43). Üİ alt tiplerinin incelendiği bir çalışmada da en yaygın görülen tipi %45,9 ile SÜİ, diğerleri de sırasıyla UÜİ (Urge üriner inkontinans) %31,1 ve MÜİ (miks üriner inkontinans) %18,1 olarak bulunmuştur (44). Yine aynı şekilde planlanan başka bir çalışmada genel Üİ prevalansı %26,4 olarak bulunurken, MÜİ %12,6, SÜİ %10,7 ve UÜİ ise %3,2 olarak belirlenmiştir (45).

Meta analizler incelendiğinde genel Üİ oranının %26,4-%51,8 arasında değiştiği görülmektedir İleri analizler incelendiğinde; BKİ ‘nin yüksek olması, yaş, obezite, gebelik, eşlik eden hastalıklar ve kronik durumların Üİ riskini artırdığı saptanmış ve risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (39,45-47).

2.3. ÜRİNER İNKONTİNANSA YÖNELİK RİSK FAKTÖRLERİ

Üİ’nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli risk faktörlerinin etkilediği bilinmektedir (44). Üİ oluşumunda bazı sosyo-demografik faktörler, gebelik ve doğum ile ilgili bilgiler, jinekolojik özellikler ve davranışsal etmenler önemli bir rol oynamaktadır (29,31,48).

Üİ sıklığının yaş ile birlikte arttığı bilinmektedir (46). Kadınlar birçok nedene bağlı olarak durumu ya sorun olarak görmemekte ya da yaşlılığın bir sonucu olarak görüp çözüm aramamaktadır (31). Özellikle menopoz sonrası kadınlarda inkontinans insidansı, menopoz öncesine kıyasla yaklaşık olarak iki katına çıkmaktadır. Bu durumun başlıca nedenleri arasında idrar yolu enfeksiyonlarına bağlı östrojen

seviyesindeki düşüş, üretranın kısılması ve idrar atılımından sorumlu kasların zayıflaması yer almaktadır (49). 29 çalışmanın analiz edildiği ve 55-106 yaş aralığındaki 518,465 katılımcının yer aldığı bir meta-analiz, dünya genelinde yaşlı yetişkin kadınlarda Üİ prevalansının %37,1 olduğunu bulmuştur. En yüksek prevalans %45,1 olarak Asya'daki yaşlı yetişkin kadınlarda rapor edilmiştir. Meta-regresyon analizi, örneklemin büyüklüğü ve çalışmanın yılı ile ilişkili olarak, dünya genelindeki yaşlı yetişkin kadınlarda Üİ prevalansının zaman içinde değiştiğini göstermiş ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu vurgulamıştır (46).

Üİ, kadınlarda erkeklere kıyasla iki ila üç kat daha sık görülen bir durumdur (50).. 2020 yılında kesitsel ve prevalans bazlı yapılan bir çalışmada 8284 anket katılımcısından 1818'i (%22), herhangi bir Üİ bildirmiştir. Bu oran erkeklerde %17,3 iken, kadınlarda ise %26,4 olarak bulunmuştur (45). Mevcut tahminler, Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama 20 milyon kadının ve 6 milyon erkeğin hayatlarının bir döneminde Üİ yaşadığı gözlemlenmektedir. Bu durum, 60 yaşın üzerindeki erkeklerin %11-34'ünü, kadınların %13-50'sini ve tüm yaşlı bakımevinde kalanların %43-80'ini etkilemektedir (38,39). Kadınlar için, gebelik dönemindeki hormonal farklılıklar, uterus büyümesi, fetüsün ağırlığı ve doğum şekli gibi etmenler, pelvik taban problemlerine ve inkontinansa neden olabilir. Ayrıca, menopoz döneminde yaşanan değişiklikler de benzer etkilere sahip olabilir (49).

Benzer şekilde genetik yapının Üİ gelişimini etkilediği düşünülmektedir. Siyahi kadınların pelvik taban kas yapısının diğer kadınlara oranla daha kalın yapıda olması ve mesane dolum kapasitesinin diğerlerine oranla yüksek olması nedeniyle riskin arttığı belirtilmektedir (46).

Gebelik sürecinde büyüyen uterusun mesane üzerindeki baskısı, mesane ve üretrada anatomik değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca, kilo alımındaki artış, fetüsün ağırlığında yükselme ve böbrek işlevini gösteren glomerüler filtrasyon hızının yükselmesi, idrar oluşumunun artmasına katkıda bulunarak SÜİ yatkınlığı artırmaktadır (51,52). Gebelik sırasında Üİ'nin prevalansı ve insidansı geniş çapta araştırılmaktadır. Ancak bu prevalans ve/veya insidans rakamları, yerel faktörlere, kullanılan tanı kriterlerine, incelenen popülasyona (örneğin, gebeliğin trimesteri ve doğum geçmişi) ve araştırma metodolojisine bağlı olarak büyük farklılıklar

gösterebilmektedir (40).

Doğum eylemi pelvik taban disfonksiyonuna neden olan önemli faktörlerden biridir (53). Vajinal yolla doğum, özellikle levator ani kası zedelenmelerine, pudendal sinir hasarına ve perineal alanda doğum sırasında oluşan yırtıklara neden olmaktadır. Ayrıca, epizyotomi uygulanması ve müdahaleli doğumlar, pelvik taban destek ve sinirsel yapılarında hasar oluşturup SÜİ gelişmesine yol açmaktadır (52). Yapılan sistematik bir derlemede; derlenen 20 çalışmadan 19'u, doğum sonrası genel Üİ prevalansını rapor etmiştir. Herhangi bir tipte Üİ prevalansının %1,6 ile %49,2 arasında değiştiği gözlemlenmiştir (54). Literatürde vajinal doğumun Üİ ye zemin hazırladığı yönünde veriler mevcuttur (41,53,55).

Üİ, menopoiz sonrası kadınların neredeyse yarısından fazlasını etkileyen önemli bir sosyal sorundur. Kadınların bu hastalığa yönelik farkındalıkları yıllar geçtikçe artış gösterse de birçok hasta hala idrar kaçırmanın yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olduğunu düşünmektedir (49). Menopoiz öncesi ve sonrası Üİ durumunu değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada, perimenopozal dönemde olan kadınların %41,8'inin, postmenopozal dönemdeki kadınların ise %48,7'sinin Üİ durumunu yaşadığı bulunmuştur (56). 2023 yılında yapılan başka bir çalışmada ise Üİ'nin genel prevalansı %39,5 bulunmuştur (37). Yapılan bir çalışmada, premenopoz dönemde olan kadınlarda Üİ prevalansının %9, menopoiz sonrasında ise bu oranın %50'ye çıktığı ve genel olarak prevalansın %29,6 olarak tespit edildiği bulunmuştur (43)

Sıklıkla idrar yolu enfeksiyonu geçirme dokularda inflamasyona neden olurken diğer yandan mesanenin aktif kasılmasını da artırmaktadır (57). Bir araştırmada, katılımcı kadınların %28,2'sinde Üİ tespit edilmiş ve sıklıkla idrar yolu enfeksiyonu geçirmenin Üİ'yi etkileyen en önemli etmenlerden biri olduğu belirlenmiştir (58).

Jinekoloji alanında en sık uygulanan cerrahi operasyonlardan biri histerektomidir. Abdominal veya vajinal olarak uygulanabilen bu operasyon sununda Üİ görülme sıklığı yüksektir. Kadının hem menopoza girmesi hem de pelvik destek yapılarına uygulanması nedeniyle genital bölge kasında gevşeme görülmektedir (31). 1 yıllık dönemde yapılan bir araştırmada toplam 300 histerektomi sonrası kadının

%14,7'sinde Üİ tespit edilmiştir. Histerektomi sonrası idrar kaçırma gelişiminde 60 yaş üstü olma, menopoz durumu, obezite ve 2. derecenin üzerinde pelvik organ prolapsusu bulunması anlamlı bağımsız faktörler olarak belirlenmiştir (59).

Sigara kullanımı, mesane basıncını artırarak ve öksürük nedeniyle Üİ riskini artırarak etkili olabilmektedir. Ayrıca, alkol ve kafein içerikli sıvılar vücutta diüretik etki gösterir, detrusör basıncını artırır ve istemsiz bu kas grubunda kasılmalara neden olarak Üİ gelişmesine katkı sağlayabilir. Toplam 5183 katılımcıdan Üİ ile ilgili ankete yanıt vermeleri istenmiş ve sonuç olarak 4756 katılımcının (%91,8) Üİ yaşadığı belirlenmiş ve araştırmaya dahil olmuştur. Bu katılımcıların %59,5'i sigara içmeyen, %19,7'si sigarayı bırakmış ve %19,7'si hala sigara içen kişiler olarak saptanmıştır (60).

BKİ'nin yüksek olması, yağlanma oranının fazlalığı intravezikal basıncın artmasına ve doğrudan Üİ gelişimine sebep olmaktadır. Prevalansı küresel olarak artmakla birlikte sağlık açısından da olumsuz sonuçlara yol açtığı bilinmektedir. Araştırma sonuçları, orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda aşırı kilolu olmanın ($25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$) Üİ geliştirme olasılığını artırdığını göstermektedir. Obez olan orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda bu olasılık daha da yükselmektedir. Özellikle obezite sınıf II'ye giren kadınlarda Üİ riskinin önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Bu bulgular, kilo yönetiminin yaşlı kadınlar için Üİ riskini azaltmada önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır (47).

Konstipasyon Üİ için bilinen en önemli risk faktörlerinden biridir. Kronik konstipasyon, uzun dönemde ve sıklıkla tekrarlanan ıkınma refleksi sonucunda vücutta pudental sinir hasarına yol açabilmekte ve bu durum Üİ gelişimine katkıda bulunabilmektedir. 2009-2010 Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması'ndan elde edilen veriler kullanılarak 20 yaş ve 20 yaş üzerinde 4686 yetişkini analizde, Üİ prevalansının %22,49 ile %23,19 arasında olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, konstipasyonun Üİ gelişiminde önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (61).

Bazı kronik hastalıklar ve tedavisinde kullanılan ilaçların idrar yapımını hızlandırarak parasempatik ve sempatik sinir sistemleri üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu ilaçlar arasında antihistaminikler, antiparkinson ilaçları, antidepresanlar, narkotik ve sedatif analjezikler, diüretikler yer almaktadır. Yapılan bir

çalışmada, kadınlarda Üİ prevalansının %11,2 olduğu bulunmuştur. Ayrıca, kötü algılanan sağlık durumu ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), hipertansiyon ve diyabet gibi kronik durumların, daha yüksek Üİ prevalansı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (42).

2.4. ÜRİNER İNKONTİNANS TİPLERİ

2.4.1. Stres Tipi Üriner İnkontinans (SÜİ)

Genç yaştaki kadınlarda Üİ'nin en yaygın, yaşlı kadınlarda ise ikinci en çok görülen tipidir. Üriner sfinkterin tonus kaybetmesi ve uygun fizyolojide çalışamaması sonucunda görülmektedir. Abdominal bölgede basıncı yükselten ve öksürme ya da hapşırma gibi her türlü durum ve spor aktiviteleri esnasında yaşanan istemsiz idrar kaçırma durumudur. Doğum eylemi, kronik hastalıklar ve tedavisinde kullanılan ilaçlar, obezite, KOAH ve geçirilmiş cerrahiler en yaygın risk faktörleri arasında yer almaktadır (62). Stres Üİ de kaçırılan idrar miktarı çok azdır ve stres ile birlikte aniden ortaya çıkmaktadır (63).

2.4.2. Urge Tipi Üriner İnkontinans (UÜİ)

Üİ'nin bu tipi pelvik bölgede bulunan detrusor kasının aşırı aktif olmasından kaynaklanmaktadır. Aniden idrara çıkma isteği ile birlikte idrar kaçırma bir aradadır. Özellikle yaşlı kadınlarda ve erkeklerde sıklıkla görülmektedir. SÜİ den sonra sıklıkla görülen tip olarak bulunmuştur. Pelvik tabanı ve üreme sistemini etkileyen enfeksiyonlar ve cerrahi operasyonlar zeminde yatan nedenler arasındadır (58).

2.4.3. Miks Tip Üriner İnkontinans (MÜİ)

SÜİ ve UÜİ'nin bir arada bulunduğu tiptir. Yaşlı nüfusta genç nüfusa göre daha sık görülmektedir. Bu tip inkontinans, vücutta mesane kasının motor kontrolünde ve sfinkter mekanizmasında oluşan işlev bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Karın basıncını artıran eylemler sırasında ya da mesane kasının aşırı kasılmasından kaynaklı olarak görülebilmektedir (49).

2.4.4. Fonksiyonel Tip Üriner İnkontinans

Fonksiyonel inkontinans, alt üriner sistem bozuklukları olan veya olmayan bir kişide bilişsel, fonksiyonel veya mobilite güçlüklerinden kaynaklanan inkontinans olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca ilaçlar, fiziksel durumlar, psikolojik faktörler veya çevresel koşullar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Genellikle diğer tiplerden farkı iyileşebilir ve kolaylıkla tedavi edilebilir nedenlerden ortaya çıkmaktadır. Bazı elektrolit bozuklukları ve kronik hastalıklar nedeniyle kullanılan farmakolojik ajanlar risk faktörleri arasındadır. Sıklıkla fiziksel hareket kısıtlılığı olan kişilerde görülmekle birlikte bakımevlerinde kalan kişilerde de sık rastlanması olasıdır (29).

2.4.5. Overflow Tip Üriner İnkontinans

Bu tip Üİ, detrusor kasının kasılma mekanizması bozulmuş olduğundan ya da mesane çıkışında oluşan darlık nedeniyle gelişebilmektedir. Mesanenin aşırı gerilmesine neden olacak herşey overflow tip Üİ'ye neden olmaktadır. Erkeklerde prostata bağlı olarak daha sık olarak görülmekle birlikte, kadınlarda daha az sıklıkla karşılaşılmaktadır (31).

2.4.6. Bilinçsiz Tip Üriner İnkontinans

Bu tip Üİ de kişi mesanenin dolgunluğunu hissetmekte zorluk yaşar ya da hiç hissedemez. İlerleyen dönemlerde idrar yaptığının farkında bile olmamaktadır (31).

2.4.1. Diğer Üriner İnkontinans Tipleri

Pozisyon değişikliği sırasında gelişebilen postüral Üİ, gece yatarken idrar yapmakla karakterize nokturnal enürezis ve cinsel eylem sırasında meydana gelen koital Üİ diğer Üİ çeşitleri arasında yer almaktadır.

2.5. ÜRİNER İNKONTİNANSIN ÖNLENMESİ VE KORUYUCU YAKLAŞIMLAR

Üİ, yaşam kalitesini ciddi şekilde bozabilen ve sık görülen bir sağlık problemi olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, birçok nedene bağlı gelişebilmekte ve genellikle pelvik taban kas zayıflığı, mesane motor kontrolünde gelişen bozukluklar veya altta

yatan farklı sağlık problemleriyle ilişkilendirilmektedir. İleri yaş, gebelik durumu, obezite, hormonal değişiklikler ve bazı kronik hastalıklar risk faktörleri arasında yer almaktadır (47). Üİ'nin tedavi ve yönetimi, hastanın semptomlarına, yaşam tarzına ve genel sağlık durumuna bağlı olarak şekillendirilmektedir. Önleyici yaklaşımlar ve koruyucu tedbirler, bu durumun gelişimini engellemede veya semptomların yönetiminde önemli rol oynamaktadır (64).

Kadınlar, sağlık kuruluşlarına başvurmada bazı zorluklarla karşılaşabilmekte veya bu konuda engellerle karşılaşmaktadırlar. Bunların zemininde genellikle utanma duygusu, mahremiyet endişeleri, kültürel veya toplumsal normlar ile sağlık hizmetlerine erişimdeki bilgi eksiklikleri yer almaktadır (46,65). Özellikle Üİ gibi kadınların mahremiyetini düşündüren konular, sağlık profesyonelleriyle konuşmaktan çekinmelerine neden olabilmektedir. Bunun sonucunda, semptomları hafif veya rahatsız edici düzeyde değilse kadınlar sağlık yardımı aramayı erteleyebilmekte veya tamamen göz ardı edebilmektedirler. Erken tanı ve doğru tedavi yaklaşımları ile Üİ gibi sağlık sorunlarının etkili bir şekilde yönetilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması mümkündür (66).

Kadınların günlük yaşamını önemli ölçüde etkileyen ve kısıtlayan bir durum olan Üİ, özellikle sosyal etkileşimlerde ve iş yaşamında yaşanabilecek utanç ve rahatsızlık duyguları, kadınların sosyal aktivitelerden uzaklaşmalarına veya kendilerini izole etmelerine yol açmaktadır. İdrar kaçırma endişesi, seyahat, spor yapma veya toplumsal etkinliklere katılma gibi günlük aktiviteleri de sınırlamaktadır. Ayrıca, gece uykusunun bölünmesi ve sürekli idrar kontrolü kaygısı, uyku düzenini bozarak genel sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (64).

Üİ'nin yaygın olarak görülmesi, kadınların yaşam sürelerinin erkeklere göre daha uzun olması ve yaşam kalitelerine duydukları artan beklentiler, durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Bu durum, Üİ'nin önlenmesi ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi için koruyucu yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Koruyucu yaklaşımda üç tip bulunmaktadır; Birincil, ikincil ve üçüncül koruma. Bu koruma tipleri yaşam tarzı değişikliklerinden rehabilitasyona kadar tüm aşamaları içerisinde barındırmaktadır (67).

2.5.1. Birincil Koruma

Koruyucu yaklaşım olarak adlandırılan birincil korumada amaç kişide herhangi bir Üİ semptomu görülmeden yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek ve Üİ gelişmesini önlemektir. Aktif süreçte herhangi bir Üİ belirtisi göstermemiş kişilerde Üİ gelişimini önlemek için sıvı alımının kısıtlanması, alkol, sigara ve kafein tüketiminin azaltılması gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması hedeflenmektedir. Bu alışkanlıkların kazandırılması ve sağlığın geliştirilmesi için yapılan eğitimlerde birincil korunma kapsamında yer almaktadır (68,69).

2.5.2. İkincil Koruma

İkincil korumada amaç Üİ gelişimini en erken seviyede ve zamanda belirlemek ve müdahale etmektir. Bu açıdan uygulanacak ilk aşama Üİ ye dair risk faktörlerini belirlemektir. Risk faktörlerinin belirlenmesinden ardından müdahale edilmesi ve önlem alınması Üİ gelişiminin ilerlemesini ve ciddi boyutlara ulaşmasını engellemiş olacaktır. Üİ'nin ilerlemesini engellemek ve süreci yavaşlatmak için yapılan her türlü yaklaşım ikincil koruma kapsamında yer almaktadır (70).

Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de Avrupa Üroloji Birliği (EAU) tarafından sunulan öneriler, güç düzeyleri ve kanıt düzeyleri verilmiştir. EAU belirtilerde gözle görülür ve kalıcı iyileşme sağladığı ve herhangi bir yan etkisi de bulunmadığı için konservatif tedaviyi Üİ tedavisinde ilk seçenek olarak önermektedir (71). Konservatif tedavi, tüm Üİ tiplerinin semptom yönetimi ve tedavisinde etkili olabilmekte ve tek başına ya da uygulanan diğer tedaviler ile kombinasyon halinde yapılabilmektedir. Konservatif tedavi için seçeneklerin önemli bir bölümünü yaşam tarzı değişiklikleri oluşturmakla birlikte şu şekildedir;

- Yaşam tarzı değişiklikleri
 - Kilo kontrolü (Güçlü öneri)
 - Kafein tüketiminin azaltılması, sigara (Zayıf öneri) ve alkol kullanımının bırakılması (Güçlü öneri)
 - BKİ seviyesinin normal seviyeye gelip kilo kontrolünün sağlanması
 - Konstipasyonun önlenmesi

- Sıvı alımının düzenlenmesi (Güçlü öneri)
- Fiziksel hareketliliğinin sağlanması
- Fiziksel ve davranışsal tedaviler
 - Pelvik tabana ait kas egzersizleri
 - Mesane eğitimi
 - Biyofeedback
 - Vajinal kon
 - Elektrik stimülasyon

Basit, ucuz ve herhangi bir araca ihtiyaç duymadan uygulanabilir olması, ucuz ve ulaşılabilir olması ve özellikle invaziv girişimlere ihtiyaç duyulmaması olumlu yönleri arasında yer almaktadır. Amaç yaşam kalitesini artırarak kişinin durum ile baş etmesini sağlamak ve anksiyete düzeyini ve sosyal hayata katılımlarını dengede tutmaktır (71).

Tablo 2.1 Avrupa Üroloji Birliği'nin üriner inkontinansa yönelik önerileri ve güç dereceleri

Öneriler	Güç derecesi
Üİ şikâyeti olan obez veya kilolu kadınların, kilo kaybı sağlamaları ve bu kaybı sürdürebilmeleri için desteklenmeleri önerilmektedir.	Güçlü
Üİ şikâyeti olan ve sigara içen hastalara, iyi klinik uygulamalar ışığında sigarayı bırakmaları tavsiye edilmektedir.	Güçlü
Günlük kafein tüketiminin tek başına inkontinans üzerinde etkili olmadığı, ancak sıkışma hissi ve idrara çıkma sayısını azalttığı için kısıtlanması önerilmektedir.	Zayıf
Aşırı ya da yetersiz sıvı alan hastalara, uygun klinik yaklaşımlar doğrultusunda sıvı alımlarını düzenlemeleri önerilmektedir.	Güçlü

Tablo 2.2 Avrupa Üroloji Birliği'nin üriner inkontinansa yönelik önerileri ve kanıt düzeyleri

Öneriler	Kanıt Düzeyi
Kadınlarda, obezite Üİ gelişimi için bir risk faktörü oluşturur.	1b
Cerrahi müdahale gerektirmeyen kilo kaybı, aşırı kilolu ve obez kadınlarda Üİ'yi düzeltmeye yardımcı olabilir.	1a
Obez kadınlarda cerrahi kilo kaybı, Üİ iyileştirebilir.	1b
Kilo kaybı, obez kadınlarda Üİ iyileştirebilir.	1b

Kilo kaybı, diabetes mellituslu obez erişkinlerde Üİ gelişme riskini azaltabilir.	1b
Sıvı alımının düzenli hale getirilmesinin Üİ iyileştirdiğine dair elde edilen kanıtlar tutarsızdır.	2
Kafein alımının kısıtlanması, Üİ düzeltmez.	2
Günlük kafein tüketiminin kısıtlanması, idrara çıkma sayısını ve sıkışmayı azaltması nedeniyle önerilmektedir.	2
Sigarayla bırakmanın, Üİ semptomlarını iyileştireceğine dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.	4
Orta yaşlı ve yaşlı kadınlarda, hafif ve orta düzeyde egzersiz, daha düşük Üİ oranlarıyla bağlantılıdır.	2b
Yoğun fiziksel aktivite sırasında kadın sporcular Üİ yaşayabilirken, günlük yaşamlarında bu durumla karşılaşmayabilirler.	3
Ağır fiziksel aktivite sırasında inkontinans yaşayan atletlere, bu durumun yaş ilerledikçe inkontinans riskini artırmayacağına dair rehberlik edilmesi tavsiye edilmektedir.	3
PTKE'nin gözetim altında uygulanması, ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir.	1
PTKE'nin uygulanması, SÜİ ve MÜİ durumlarında hiç tedavi yapılmamasına kıyasla, Üİ ve yaşam kalitesini iyileştirmek için daha etkilidir.	1
PTKE uygulayan kadınlarda, denetimli tedavi rejimleri ve biofeedback'in eklenmesi, daha fazla fayda sağlamaktadır.	1
Erken postpartum dönemde başlanan PTKE, kadınlarda 12 aya kadar Üİ'yi düzeltebilir.	1
Üİ ve pelvik organ prolapsusu (POP) gelişimi, kabızlık öyküsüyle tutarlı bir ilişki göstermektedir.	3
Tek başına kabızlık tedavisinin, yetişkinlerde Üİ iyileştirdiğine dair tutarlı bir kanıt bulunmamaktadır.	4

2.5.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma stratejileri, hastaların yaşam kalitesini optimize etmek, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmelerini sağlamak ve Üİ'nin olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla kritik öneme sahiptir. Bu stratejiler, bireyin mevcut durumu ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş tedavi planlarını içermektedir (69).

Tedavi ve yönetim kapsamında antikolinergikler, östrojen kremleri ve beta-3 adrenerjik agonistler gibi farmakolojik ajanlarla idrar kaçırmanın kontrol altına alınması, mesane askı operasyonları ve yapay sfinkter implantasyonu gibi cerrahi girişimlerle anatomik ve fonksiyonel düzeltmeler sağlanabilmektedir (65).

Rehabilitasyon sürecinde, pelvik taban kaslarının güçlendirilmesine yönelik kegel egzersizleri, biofeedback yöntemleri ve elektrostimülasyon teknikleri uygulanabilmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri ve destekleyici önlemler kapsamında, idrar kaçırmayı tetikleyen kafein, alkol ve asitli yiyeceklerin tüketiminin azaltılması, sıvı alımının dengelenmesi, obezitenin önlenmesi ve tedavisi için bireyselleştirilmiş kilo verme programları, mesanenin kapasitesinin artırılması ve düzenli tuvalet alışkanlıklarının kazandırılması hedeflenmektedir (46,64). Emici ürünler, kateterizasyon ve idrar kaçırma alarmları gibi destekleyici ürünler, günlük yaşamda güvenlik ve rahatlık sağlamak için kullanılabilir. Psikososyal destek, Üİ'nin psikolojik etkileriyle başa çıkmak için bireysel ve grup terapileri ile hasta yakınlarının ve bakıcıların bu duruma karşı başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarını içermektedir. Bu stratejiler, Üİ'nin yönetiminde bütüncül bir yaklaşım benimseyerek hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini desteklemeyi hedefler ve her hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve durumuna uygun olarak özelleştirilmelidir (48).

2.6. ÜRİNER İNKONTİNANSIN KADIN HAYATINA ETKİSİ

Üİ bireylerin tüm yaşamını etkileyen küresel bir sorundur. Özellikle kadınlarda fiziksel problemlerin yanında psikolojik birçok durumu da beraberinde getirmektedir. Toplum içerisinde Üİ nedeniyle korku, endişe ve utanma duygularını yaşamaktadırlar. Ayrıca toplum içerisinde kokunun yayılma korkusu ve buna bağlı damgalanma da kadınları mental olarak olumsuz etkilemektedir (72).

Kadın hayatının tüm evrelerinde olumsuz etkileri olan Üİ, yaşamı tehdit eden bir durum değildir. Ancak kadının çalışma hayatındaki yerini, sosyal hayata katılımın ve aile içi ve hatta eşler arası süreçleri olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Cinsel ilişkide yaşanan problemler (isteksizlik, vajinal kuruluk, cinsel birleşmede ağrı, partnerle uyumsuzluk vb.) Üİ yaşayan kadınlarda sıklıkla görülmektedir. Doğrudan kontinans mekanizmasının bozulmasına bağlı yaşanabileceği gibi, psikolojik birçok soruna ek olarak ta ortaya çıkabilmektedir (73).

Kadınların sıklıkla yaşadıkları bir durum olmasına rağmen sağlık kuruluşlarına başvuru oranlar azdır. Durumun önemsizmemesi, sağlık problemi olarak görülmemesi

ve hatta mahrem bir konu olduğundan muayene olunmak istenmemesi tedavide ve korunmada önemli engelleri oluşturmaktadır. Normal bir durum olarak görülmesi ve semptomun geçmesinin beklenmesi tedaviye başvurmaının önündeki engeller arasında yer almaktadır (22,23).

2.7. ÜRİNER İNKONTİNANS ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLLERİ

Üİ, kadınlarda hem psikolojik hem de sosyal sorunlara yol açarak çeşitli olumsuz etkiler yaratmaktadır. Üİ'nin kadınlarda hijyenik, fiziksel, sosyal ve cinsel problemler olmak üzere dört ana kategoride incelenmektedir:

- **Hijyen Problemleri** : Vajinanın sürekli ıslak olması, idrar kokusu, genital hijyeni sürdürmemesi
- **Fiziksel Problemler** : Ciltte kızarıklık, tahriş, cilt lezyonları ve enfeksiyon
- **Sosyal Problemler** : Sosyal izolasyon, toplu taşıma araçlarını kullanmada zorluk, yalnızlık, depresyon
- **Cinsel Problemler** : İsteksizlik, utanma, iletişimde bozulma

Ürojinekolojik sorunların tespitinde karşılaşılan en büyük zorluk, bu sorunların hastalar tarafından ifade edilmemesidir, çünkü çoğu zaman bu problemler bireye doğrudan sorulmadıkça dile getirilmez. Bu nedenle, tanı, tedavi ve bakım süreçleri genellikle yetersiz kalmaktadır. Birçok hasta, ürojinekolojik problemler dışında başka şikayetlerle hastaneye başvurduğunda, hemşirenin detaylı bir anamnez alarak bu sorunları sorgulaması kritik bir öneme sahiptir (74).

Hemşirelik bakımında amaç öncelikle risk faktörlerini belirleyip bunlara yönelmek, kadınların yaşadıkları semptomları kontrol altına almak ya da tamamen bitirmektir. Bu bağlamda hemşirelik uygulamaları bireysel olarak planlanmalıdır. Başlıca konular şu şekilde sıralanabilir:

- Hijyen sağlamaya yönelik kadının yaşadığı problemleri saptayarak

müdahale etmek,

- Genital hijyenin önemi konusunda danışmanlık yapmak,
- Üİ yaşamamak adına idrar hissi geldiğinde ertelemekten tuvalete gitmenin önemini vurgulamak,
- Kafeinli içeceklerin ve mesaneyi irrite eden yiyeceklerden uzak durulması gerekliliği konusunda eğitim vermek,
- Üİ yaşamamak adına sıvı alımını azalttıkları ön planda tutularak, gelişebilecek enfeksiyonlar konusunda bilgilendirmek ve sıvı alımının önemini kavratmak,
- Düzenli egzersizin kas güçlenmesinde önemi kavratılarak, yaşam kalitesine katkısının anlatılması,
- Pelvik taban güçlendirici egzersizlerin Üİ den korunma ve semptomları azaltmada önemli rol oynadığı konusunda bilgilendirmek,
- Menopoz sonrası düzenli kontrollerin sağlanmasında teşvik etmek,
- Karın içi basıncı artıran aktivitelerde bulunuyorsa bunların Üİ ye sebep olabileceği ve dikkat edilmesi gerektiğini öğretmek,
- Eğer farmakolojik tedavi kullanması gerekiyorsa tedavinin nasıl yapılacağı, kullanım şekli ve etkileri konusunda kişiyi bilgilendirip, kontrollerini aksatmaması gerektiğini söylemektir (48,58,64,75,76).

Tüm bu bilgilerin ışığında, birincil, ikincil ve üçüncül yaklaşımlarda konservatif tedavinin etkin uygulanması için birinci basamak ve hastanelerde üro-jinekoloji alanında uzmanlaşmış hemşirelerin olması kritik bir öneme sahiptir. Bu aşamada hemşirelerin rolleri arasında, danışman, eğitimci, yönetici, koordinasyon ve destekleyici yönleri bulunmaktadır (74). Üİ'li kadınlarda, davranış değişikliklerini ve yaşam tarzı farklılıklarını kapsayan bakımın sürekliliğini sağlamak, standart hale getirmek ve bu bakımın kapsamlı ve sürdürülebilir olmasını temin etmek büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşımlar, davranışları etkileyebilecek risk faktörlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini ve kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasını içermelidir (76).

2.8. PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ (PTKE)

Pelvik tabanda bulunan kaslar pelvik tabanda bulunan organları desteklemektedir. Ayrıca üretral kapanma basıncı ve direncini güçlendirerek kontinans mekanizmasını da katkı sağlamaktadır. PTKE olarak bilinen kegel egzersizleri ilk olarak 1948 yılında keşfedilmiş ve Arnold Kegel tarafından geliştirilmiştir (77).

Pelvik taban kas egzersizlerinin herhangi bir yan etkisi olmamakla birlikte yaparken yardımcı bir araca ihtiyaç da duyulmaması en önemli avantajlarından. Birey istediği her yerde ve zamanda uygulayabilmektedir. EAU, tüm Üİ tedavilerinde etkin olduğunu ve ilk basamak tedavi olarak kolaylıkla uygulanabileceğini belirtmiştir. Kontraksiyon sayılarında ve zamanlarında herhangi bir standart ya da kısıtlama yoktur (71).

Düzenli olarak uygulanan pelvik taban kas egzersizleri ile karın içi basınç, kas hacmi ve kontraksiyonu artırılarak kasın güçlenmesi sağlanmaktadır. Üİ yi önlemenin yanında prolapsusların oluşmasını önlemek ya da azaltmak, cinsel disfonksiyon tedavileri ve konstipasyonda da etkilidir. EAU; SÜİ, UÜİ ve MÜİ için ilk basamak tedavisinde en az üç ay süresince bu egzersizlerinin uygulanmasının oldukça etkili olduğunu belirtmiştir (Öneri Derecesi-A) (71). NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence), Üİ tedavisi için ilk basamakta günde üç kez, her seferinde en az sekiz olacak şekilde kasılma yapılmasını ve bu egzersizin minimum üç ay süreyle uygulanmasını tavsiye etmektedir. Düzenli olarak yapılan pelvik taban kas egzersizlerinin 6-8 hafta içinde şikayetleri azaltabileceği ve 3-6 ay içinde belirgin düzelme sağlayabileceği belirtilmiştir (78).

2.9. ENGELLİLİK TANIMI

2.9.1. Dünyada Engellilik Tanımları ve Kavramları

Engellilik, çeşitli şekillerde tanımlanabilen geniş bir kavram olup, farklı bireyler için farklı anlamlar taşımaktadır (79). Bu kavram, bireylerin sağlık durumları ve çevresel faktörlerle etkileşimleri doğrultusunda farklı şekillerde algılanabilir ve tanımlanabilir. Bu çeşitlilik, engelliliğin toplumsal, kişisel ve sağlıkla ilgili boyutlarının anlaşılmasını zorlaştıran dinamik ve çok boyutlu bir yapıya işaret

etmektedir.

Geçmişten günümüze kadar engellilik kavramı, farklı dönemlerde çeşitli şekillerde algılanmıştır. Örneğin, Antik Yunan döneminde engellilik, tanrıları kızdırmanın bir işareti olarak değerlendirilmiş ve sakat doğan çocuklar, ölüm riski altında hendeklere bırakılmıştır (80). Orta çağ'da ise engellilik, Tanrı'nın bir cezası veya şeytani bir etkilenmenin sembolü olarak görülmüş ve bu nedenle engelli bireyler topluluklarından dışlanmış, kınanmış veya saray soytarısı olarak kullanılmıştır (81). Tarihsel süreç içerisinde kadınlar, sistematik ayrımcılığa ve baskılara maruz kalmıştır. Örneğin, kadınlar eğitim, oy kullanma ve eşit istihdam fırsatlarından yararlanma haklarını elde etmek için medeni haklar mücadelesi vermek zorunda kalmışlardır (82). Günümüzde de engelli kadınlar, engelli olmayan kadınlara kıyasla daha fazla ayrımcılığa maruz kalmaya devam etmektedir. 20. yüzyılın başlarında, Amerika Birleşik Devletleri'nde engelli bireyler arasındaki ayrımcılık, genetik özellikleri temel alarak üremeyi kısıtlayan politika ve yasalarla sürdürülmüştür (83). 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri Kongresi tarafından kabul edilen Engelli Amerikalılar Yasası (ADA), engelli bireylerin haklarını korumayı amaçlamaktadır. ADA'nın başlıca hedefleri, 1) eşit istihdam fırsatlarının sağlanması, 2) eyalet ve yerel hükümet hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi, 3) kamu hizmetlerine erişimin artırılması ve 4) telekomünikasyon hizmetlerine erişimin sağlanmasıdır (84). ADA'nın yürürlüğe girmesinden bu yana bazı olumlu ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, engelli bireylerin hakları hâlâ ihlal edilmeye devam etmektedir (85). Ayrımcılığın ve toplumun engelli bireylere yönelik olumsuz tutumlarının günümüze kadar tam anlamıyla çözülemediği literatürde açıkça belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 36 milyon kadın engelli olarak yaşamaktadır (86). Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişim Enstitüsü ([NICHD], 2010) tarafından yayımlanan bir raporda, doğurganlık çağındaki 1 milyondan fazla kadının fiziksel engeller nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyduğu tahmin edilmektedir (87).

Engellilik, karmaşık, dinamik ve çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir. DSÖ, engelliliği “hastalık sonuçlarına dayanan ve sağlık yönüne ağırlıklı” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım; “noksanlık, yetersizlik ve

maluliyet” kavramlarını ayrı ayrı açıklamaktadır. DSÖ'nün tanımına göre:

- **Noksanlık (Impairment):** Sağlık bağlamında "noksanlık", psikolojik ya da fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki kayıp veya anormallikler ile organ düzeyindeki bozuklukları ifade eder ve hastalığın belirti ve bulgularını içerir; bu kayıplar geçici ya da kalıcı olabilir.
- **Yetersizlik (Disability):** Edinilen bir noksanlık sonucunda, bir bireyin normalde yapabileceği bir işi yerine getirme yeteneğinin kaybolması veya kısıtlanması durumu ile bireysel düzeydeki fiziksel ve zihinsel yeti kaybını ifade etmektedir.
- **Maluliyet (Handicap):** Bir noksanlık veya sakatlık sonucu, bireyin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna bağlı olarak, normal kabul edilen aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini engelleyen veya kısıtlayan bir dezavantajlı durumu tanımlamaktadır (88).

DSÖ'nün (2021) farklı bir tanımına göre ise, engelliler, “çeşitli engellerle karşılaşan ve topluma eşit koşullarda tam ve etkin bir şekilde katılmalarını engelleyebilecek uzun süreli fiziksel, zihinsel veya duysal bozuklukları bulunan bireyler”dir (89).

Engellilik, uluslararası düzeyde farklı kültürel, sosyal ve hukuki bağlamlara bağlı olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bu tanımlar, engelliliğin bireyler üzerindeki etkilerini, toplumsal yapıları ve sağlık sistemlerini yansıtacak biçimde geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Her ülke ve uluslararası kuruluş, engelliliği kendi kültürel normlarına ve hukuki çerçevelerine göre belirli parametreler doğrultusunda ele almakta, bu da kavramın anlamında ve uygulama biçimlerinde önemli farklılıklara yol açmaktadır. Bu çeşitlilik, engelliliğin evrensel bir tanımını oluşturmaya zorlaştırmakta ve bireylerin haklarının korunması ile toplumsal katılımının sağlanmasında çeşitli zorluklar ortaya çıkarmaktadır (90).

Birleşmiş Milletler (BM) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmede (2009) engelli kavramı, “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılmalarını engelleyen uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu

bulunan kişileri kapsayan bir tanım” olarak açıklanmaktadır (91).

CDC (Centers for Disease Control and Prevention)'ye (2020) göre engellilik; “bireyin belirli aktiviteleri gerçekleştirmesini (faaliyet sınırlaması) ve çevresi ile etkileşimde bulunmasını zor hale getiren her türlü bedensel veya zihinsel sınırlılık” olarak tanımlanmıştır (92).

"Engellilerin Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdamı Sözleşmesi"nin birinci bölümündeki tanıma göre, "engelli" kavramı, fiziksel veya zihinsel bir özürden kaynaklanan nedenlerle iş bulma, işte kalma ve işte ilerleme konularında isteklerini belirgin bir şekilde azalmış bireyleri ifade etmektedir (93).

ICF (Uluslararası Fonksiyonel Sağlık Sınıflandırması), bireylerin sağlık statüsü ile bağlamsal faktörler arasında oluşan etkileşimin negatif yönlerine dair tanımlamaları literatüre kazandırmıştır. Bu tanımlamalar şunları içermektedir:

- **Bozukluk (Impairment):** Vücut yapısında veya psikolojik fonksiyonlarda eksiklik veya anormallik olarak tanımlanır. Örneğin, felç, körlük gibi durumlar bu kategoriye girer.
- **Etkinlik Sınırlamaları (Activity Limitation):** Bireyin kendi faaliyetlerini yürütme konusunda yaşadığı zorlukları ifade eder. Örneğin, yürümekte veya yemek yemekte güçlük çekme bu kapsamdadır.
- **Katılım Kısıtlamaları (Participation Restriction):** Bireyin yaşamın çeşitli alanlarına katılımını engelleyen problemleri tanımlar. Örneğin, istihdamda veya ulaşımda ayrımcılığa maruz kalma gibi durumlar bu tanıma dahildir (94).

2.9.2. Türkiye’de Engellilik Tanımları ve Kavramları

Türkiye’de engellilik, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "vücudunda eksiklik veya kusur bulunan, özürlü" olarak tanımlanmaktadır (95). Bu tanım, engelliliği bireyin tıbbi durumu üzerinden değerlendirmektedir ve dünya genelindeki benzer tanımlarla paralellik göstermektedir. Uluslararası düzeyde engellilik, genellikle biyo-psiko-sosyal model çerçevesinde ele alınırken, Türkiye de bu modelin unsurlarını

tanımlamalarına dâhil etmeye yönelik bir yaklaşım benimsemiştir. Bu çerçevede, 2005 yılında yürürlüğe giren 5378 sayılı Kanun 3. maddesinde engellilik, "özürlü" terimi ile ifade edilmiştir. Bu tanım, engelliliği; bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerin çeşitli oranlarda kaybı sonucunda toplumsal hayata uyum ve temel gereksinimleri karşılamada yaşanan zorluklarla birlikte, profesyonel destek bakımlarına ihtiyaç duyan bireyler olarak tanımlamaktadır (96).

2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nun 5. maddesinde engellilik, "doğuştan veya sonradan meydana gelen herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerin çeşitli derecelerde kaybı nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyum sağlayamayan ve bu durum nedeniyle korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan birey" olarak tanımlanmaktadır (97). 01.07.2005 tarihinde uygulamaya konan 5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun kapsamında, 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun'da engellilik durumu şu şekilde tanımlanmıştır: "doğuştan veya sonradan bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerde çeşitli derecelerde azalma yaşaması nedeniyle normal yaşam gereksinimlerine uyum sağlamakta zorluk çeken ve bu nedenle korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlanmaktadır (98).

Engellilik, tıbbi yaklaşımlar (organ kaybı veya işlev bozuklukları) yerine, fonksiyonel sınırlamalara odaklanan bir bakış açısıyla da tanımlanmaktadır. Bu tanım, engelliliği; görme, işitme, konuşma yeteneklerinde, yaşlılarına kıyasla işlem yapma kapasitesinde, hatırlama ve dikkat toplamada yaşanan güçlüklerde ve hareket kabiliyetindeki sınırlamalarda (örneğin, yürüme veya merdiven çıkma zorlukları) ortaya çıkan engeller olarak değerlendirmektedir (99).

2.9.3. Engelli Hakları

Engelli hakları, toplumsal eşitlik ve adaletin sağlanması açısından kritik bir öneme sahiptir. Engelli bireylerin toplumsal yaşamda karşılaştıkları zorluklar ve ayrımcılıklara karşı etkili bir savunma mekanizması oluşturulması gerekmektedir. Bu bağlamda, engelli bireylerin hakları hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çeşitli

yasal düzenlemeler ve politikalar aracılığıyla güvence altına alınmaktadır (100,101)

Engellilik, temel insan hakları perspektifinden ele alınmaktadır. Bu bağlamda, engelli hakları, engelli bireylere yönelik ayrımcılığın önlenmesini ve eşit haklar temelinde fırsat eşitliğini sağlayacak politikaların geliştirilmesini teşvik etmektedir. Engelli bireylerin toplum hayatında tam ve eşit bir yer alabilmesi için tüm düzenlemelerin yapılması ve bu süreçte adil bir yaklaşımın benimsenmesi önem arz etmektedir (102).

BM tarafından onaylanan “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948)”, engelliler dahil olmak üzere tüm bireylerin Haklarının savunulması ve desteklenmesine yönelik maddeleri belirlemiş ve ilgili devletlerin bu yükümlülükleri yerine getirmesi gerektiğini vurgulamıştır (103). Bu bağlamda, engelli haklarını güçlendirmek amacıyla 2006 yılında BM tarafından “Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme” kabul edilmiştir (104). Türkiye, bu sözleşmeyi 2007 yılında imzalayarak 2009’da onaylama sürecini tamamlamış ve bu şekilde sözleşmeye taraf olmuştur. Söz konusu adımlar, engelli bireylere yönelik toplumsal önyargıları azaltmak ve toplumsal farkındalığı artırmak amacıyla önemli bir rol oynamıştır (105).

İlgili devletlerden, sözleşmeye ait maddeleri uygularken aşağıda belirlenen prensiplere dayanmaları beklenmektedir:

- Ayrımcılığın önlenmesi
- Engellilerin toplumsal yaşama tamamen ve etkin bir biçimde katılmalarının temin edilmesi
- Farklılıklara değer verilmesi ve engellilerin insan çeşitliliğinin doğal bir unsuru olarak kabul edilmesi
- İmkanların eşit şekilde sağlanması
- Erişilebilirliğin eşit sağlanması
- Cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması
- Engelli çocukların gelişim potansiyellerine ve kimliklerini muhafaza etme haklarına özen gösterilmesi (106).

Türkiye’de engelli hakları, 2005 tarihinde yürürlüğe giren “5378 sayılı Engelliler Kanunu” ve 2006 yılında BM tarafından kabul edilen “Engelli Haklarına

İlişkin Sözleşme” çerçevesinde düzenlenmiştir. Bu bağlamda yasal çerçeve, engelli bireylerin erişilebilirlik, sosyal yardımlar, eğitim ve istihdam haklarını destekleyen bir dizi politika ve programı kapsamaktadır. Kamu binaları ve ulaşım araçlarının erişilebilirliği için yapılan düzenlemelere rağmen, uygulama aşamasında çeşitli eksiklikler ve zorluklar gözlemlenmektedir. Sosyal yardımlar, engelli aylığı ve evde bakım desteği gibi finansal destekler sağlanırken, eğitim ve istihdam alanında engelli bireylerin fırsat eşitliğini artırmaya yönelik teşvikler sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak amacıyla çeşitli önlemler alınmakla birlikte, bazı bölgelerde bu hizmetlerin yeterliliği konusunda eleştiriler mevcuttur. Ayrıca, engelli bireylerin toplumsal kabulünü artırmak ve önyargıları azaltmak amacıyla toplumsal farkındalık oluşturma çalışmalarına ağırlık verilmektedir. Engelli haklarının korunması ve iyileştirilmesi doğrultusunda sürekli güncellemeler ve iyileştirme çabaları devam etmektedir (107).

2.10. ENGELLİLİK PREVALANSI

Engelli prevalansı, toplumsal sağlık dinamikleri ve sosyal politikaların etkili bir şekilde yönlendirilmesi açısından kritik bir göstergedir. Toplum genelindeki engellilik oranları hem sağlık hizmetlerinin etkinliğini hem de sosyal destek mekanizmalarının yeterliliğini değerlendirmeye yönelik önemli veriler sunmaktadır. Bu oranlar, engelli bireylerin yaşadığı zorlukları ve ihtiyaçları anlamak için temel bir referans sağlarken, aynı zamanda politika geliştirme süreçlerinde ve hizmet tasarımı aşamalarında yönlendirici bir rol oynamaktadır. Engelli prevalansını belirlemek, sosyal, ekonomik ve sağlık hizmetleri stratejilerinin etkinliğini değerlendirmek ve engelli bireylerin haklarını korumak için gerekli önlemleri belirlemek açısından büyük önem taşımaktadır (108).

Engelsiz Yaşama Derneği (EY-DER) verilerine göre, İktisadi İş birliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD), Avrupa Birliği (AB) ve ülkemize ait veriler ışığında, tüm dünya demografisinin yaklaşık %15'inin engelli bireylerden oluştuğu ifade edilmektedir. Bu durum, engelli bireylerin dünyadaki en büyük azınlık grubu olarak tanımlanmasına neden olmaktadır (109).

DSÖ verilerine göre, 15 yaş ve üzeri nüfusta engelli olarak tanımlanan oranın

%15,6 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, engelli bireylerin %2,2 'sinin günlük gereksinimlerini yerine getirme konusunda ciddi zorluklar yaşadığı belirtilmiştir. Küresel Hastalık Yüğü Araştırması'na göre ise bu oran 19,2 olarak güncellenmiş ve bu nüfusun %3.8 oranında şiddetli engellilik durumuyla karşı karşıya olduğu ifade edilmiştir (9).

TÜİK verilerine göre, 2018 sonundan itibaren Türkiye'nin toplam nüfusunun 84 milyon 680 bin 273 olarak tespit edilmiştir. Bu toplam nüfusun 42 milyon 428 bin 101'i erkeklerden oluşurken, 42 milyon 252 bin 172'si kadınlardır. Böylece, Türkiye nüfusunun erkekler %50,1 ve kadınlar ise %49,9 oranında dağılım göstermektedir (110).

Avrupa Birliği üye ülkeleri ile tespit edilen ve Türkiye içerisindeki engelli kişilerin il il dağılımını gösteren araştırma verilerine göre, üç yaş ve üzerindeki bireyler arasında en az bir engeli sahip olanların oranı %6,9 olarak belirlenmiştir. Bu oran erkeklerde %5,9 iken, kadınlarda bu oran %7,9 tespit edilmiştir. Yaş gruplarına ait veriler incelendiğinde, 15-39 yaş aralığındaki engelli bireylerin oranı toplamda %14,8 olarak belirlenmiş olup, erkeklerde bu oran %16,4, kadınlarda ise %13,4'tür (99,110).

Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Ulusal Engelli Veri Sistemi, kamu kurum ve kuruluşlarındaki Engelli Sağlık Kurulu Raporlarını kapsamaktadır. Bu sistemde, kayıtlı ve yaşayan engelli birey sayısının 2.511.950 olduğu tespit edilmiştir. Bu sayının 1.414.643'ü (%56) erkekler, 1.097.307'si (%44) ise kadınlar olarak dağılım göstermektedir. Ayrıca, ağır engelli bireylerin sayısının 775.012 olduğu bildirilmiştir. Bu rapordaki veriler, Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak için belirtilen hastanelere başvurmuş ve hizmet almak üzere bu kurumlarla iletişime geçmiş bireyleri kapsamaktadır (99).

TÜİK tarafından yapılan 2016 tarihli Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, toplam engelli nüfus içinde engelli bireylerin %6,9'unun görme, %4,5'inin işitme, %6,5'inin yürüyememe, %8,7'sinin merdiven inip çıkamama, %5,1'inin öğrenme güçlüğü ve %3,5'inin hatırlama zorluğu yaşadığı belirtilmiştir. Bu bulgular, engelli bireylerin çeşitli işlevsel zorluklarla karşı karşıya olduğunu ve sağlık

durumlarının çeşitliliğini ortaya koymaktadır (111).

2.11. ENGELLİLİĞİN SINIFLANDIRILMASI

Engellilik, bireylerin çeşitli işlevsel ve sağlık durumlarına dayalı olarak sistematik bir şekilde sınıflandırılabilir. Bu sınıflama, engelli bireylerin yaşadığı kısıtlamaları ve zorlukları daha derinlemesine anlamak ve analiz etmek için kritik bir öneme sahiptir. Engellilik sınıflandırması, genellikle işlevsel kısıtlamalar, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerindeki engeller temelinde yapılır ve bu süreç, sağlık hizmetlerinin planlanması, sosyal desteklerin sağlanması ve ilgili politikaların geliştirilmesinde yönlendirici bir rol oynar. Engellilik sınıflandırmasının detaylı bir şekilde incelenmesi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkili müdahale stratejilerinin oluşturulmasına olanak sağlamaktadır (112).

ICF kapsamında engellilik, toplamda on iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler; görme, işitme, bilişsel işlevler, günlük ihtiyaçların karşılanması, iletişim becerileri, vücudu sabit tutma, nesneleri kavrama, hareket ettirme ve taşıma, yürüme ve yer değiştirme, kişisel bakım, temel yaşam aktiviteleri ve sosyal hayatla ilgili engelleri kapsamaktadır. Bu kapsamlı sınıflama, engelliliğin çeşitli boyutlarını sistematik bir şekilde değerlendirerek işlevsel zorlukları daha iyi anlamayı ve analiz etmeyi sağlamaktadır (113).

Uluslararası Sınıflandırma Sistemi Engellilik ve Sağlık (ICIDH), engelliliği on temel başlık altında sınıflandırmaktadır. Kategoriler arasında; hareket (yürüme, merdiven inip çıkma, ayakta durma), konuşma, işitme, görme, nesneleri tutma, kaldırma, vücudu hareket ettirme (uzanma, eğilme, diz çökme), kişisel bakım güçlükleri, öğrenme (bilişsel zorluklar, gelişimsel gerilik) ve davranışsal (psikolojik ve duygusal problemler) yer almaktadır. Bu sistematik sınıflama, engelliliğin çeşitli boyutlarını detaylı bir şekilde inceleyerek, bireylerin karşılaştığı farklı zorlukları kapsamlı bir biçimde analiz etmeyi amaçlamaktadır (114).

2002 yılında yapılan “Türkiye Özürlüler Araştırması” engelliliği altı ana kategori altında ele almıştır. Bu başlıklar, ortopedik engellilik, görme engelliliği, işitme engelliliği, dil ve konuşma bozuklukları, zihinsel engellilik ve süregelen

hastalıkları içermektedir (10).

2.12. FİZİKSEL ENGELLİLİK

Fiziksel engelli olarak nitelendirilen bireyler, kas-iskelet sisteminde fonksiyon kaybı, eksiklik veya yetersizlik yaşayan kişilerdir. Bu bireyler, felç, kas zayıflığı, kemik hastalıkları, deformite, eksiklik, fazlalık ya da kısalık gibi durumlar nedeniyle kol, bacak, ayak, parmak ve omurga gibi vücut bölgelerinde hareket kısıtlılığı yaşamaktadır (10). Bir kişinin hareket kabiliyeti, dayanıklılığı, el becerisi veya fiziksel işlevlerinde uzun süreli kayıp ya da bozulma fiziksel engellilik olarak tanımlanırken; bu durum görme, konuşma ve işitme gibi duyarlar üzerinde etkili olduğunda ise duyuusal engellilik olarak adlandırılmaktadır (115).

2010 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, Türkiye’de doğuştan fiziksel engelli bireylerin oranının %23,91, sonradan fiziksel engelli hale gelen bireylerin oranının ise %73,30 olduğu belirlenmiştir. Fiziksel engelli kadınlar arasında, doğuştan engelli olanların oranı %27,33, sonradan engelli hale gelenlerin oranı ise %69,21 olarak tespit edilmiştir. Ulusal Veri Sistemi’ne kayıtlı olan fiziksel (ortopedik) engelli kişi sayısı 389.627 olup, bu oran %15,38 olarak Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni (2021) verilerinde belirtilmiştir (99).

2.12.1. Ortopedik engellilik

“Doğuştan ya da hastalık veya kaza sonucu iskelet, kas ve sinir sisteminde meydana gelen sorunlar ve bu sorunların işlev kaybına yol açarak fiziksel kısıtlılık oluşturması durumu” "ortopedik engellilik" olarak tanımlanmaktadır (114). Bu engel türünde temel kayıp fiziksel hareketlerde yaşanmakta ve çeşitli hasta grupları (Spina bifida, osteoartiküler tüberküloz, hemipleji, amputasyon, kas güçsüzlüğü, poliomyelit, serebral palsi, multiple skleroz (MS), parapleji, vücuttaki şekil bozukluğu ve spastik paralizi) dahil edilmiştir.

Diğer engel türlerine benzer şekilde ortopedik engellilik te önceden tahmin edilebilir nedenlerden dolayı da oluşabilmektedir. Alınabilecek önlemler ve destekler ile kişiler kolaylıkla desteklenebilmektedir. Bunlar;

- Düzenli ve dengeli beslenmenin sağlanması

- D vitamini alımının uygun miktarda sağlanması
- Aşılama
- Akraba evliliklerinin önlenmesi
- Genetik incelemelerin yapılması
- Riskli gebeliklerde annenin daha yakından ve sıkça izlenmesi
- Doğumların mutlaka sağlık kuruluşlarında uygulanması
- Doğum sürecinde gelişen komplikasyonlarda sezaryen doğumun tercih edilmesi
- Bebeğin takiplerinin ve aşılmasının tam olması
- Sıkı kundaklamadan uzak durulması ve D vitaminin düzenli ve etkin miktarlarda kullanılması
- Evde kazalara neden olabilecek (özellikle bebek ve çocuk için) tüm eşyaların düzenlenmesi
- Okul çağı çocukları için güvenlik ve kaza önlemlerinin uygun şekilde alınması
- İş kazaları için olası risk tespitlerinin yapılmasıdır (116).

2.12.2. Ortopedik engelli kadınların yaşadıkları problemler

Ortopedik engelli kadınlar, çeşitli fiziksel ve toplumsal zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu engellilik durumu, hareket kabiliyetini ve bağımsızlık düzeyini etkileyerek, kadınların eğitim, istihdam ve sosyal entegrasyon süreçlerinde önemli engeller oluşturabilmektedir. Ayrıca, ortopedik engelli kadınlar, sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal kabul ve psikolojik destek gibi konularda da belirgin güçlükler yaşamaktadırlar. Bu durum, bireysel ve toplumsal düzeyde bir dizi soruna yol açarak, ortopedik engelli kadınların yaşam kalitesini ve toplumsal katılımını olumsuz biçimde etkileyebilir.

Engelliler, olumsuz tutumlar, eksik hizmetler, yetersiz politikalar ve standartlar, hizmetin sağlanmasındaki aksaklıklar, finansal yetersizlikler, erişim engelleri, danışmanlık ve katılım eksiklikleri ile veri ve bulgu eksiklikleri gibi pek çok zorlukla karşılaşmaktadır. Yaşanılan olumsuz koşullar, engelli bireylerin sağlık

durumlarını olumsuz yönde etkileyerek daha kötüleşmelerine, eğitim düzeylerinin düşmesine, ekonomik katkılarının azalmasına, yoksulluk oranlarının artmasına, bağımlılıklarının artmasına ve toplumsal katılımının kısıtlanmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, engellilerin yaşam kalitesini iyileştirmek ve toplumsal entegrasyonlarını sağlamak amacıyla daha kapsamlı ve etkili politikaların geliştirilmesi gerekmektedir (114).

BM'nin 2017 tarihli "Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesi"nde, ev içi ve ev dışındaki şiddet, yaralanma, istismar, ihmal, kötü muamele ve sömürü gibi durumlara karşı engelli kadınlar ve kız çocuklarının daha yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (117). Fiziksel engeli olan kadınlar, özellikle üreme dönemlerinde (ergenlik, cinsellik, üreme sağlığı, aile planlaması ve gebelik) ciddi sağlık durumlarında özel ve kapsamlı bakıma ihtiyaç duymaktadır. Ancak, eğitim ve ekonomik engeller, çevresel ve fiziksel kısıtlamalar, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerindeki eksiklikler, ayrımcı davranışların varlığı gibi çeşitli faktörler, bu kadınların gerekli sağlık bakım hizmetlerine erişimini ciddi şekilde kısıtlamaktadır.

Ortopedik engelli kadınlar, çevresel faktörlerden kaynaklanan çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Çevresel erişilebilirlik eksiklikleri, kamu ve özel alanlarda karşılaşılan engeller, bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini önemli ölçüde zorlaştırabilmektedir. Ayrıca, toplumsal ve çevresel yapılar, ortopedik engelli kadınların bağımsızlıklarını destekleyecek şekilde tasarlanmamış olabilir, bu durum yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çevresel engeller, sadece fiziksel erişim sorunlarıyla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sosyal etkileşim ve toplumsal katılım gibi alanlarda da önemli kısıtlamalar yaratabilir. Bu bağlamda, çevresel faktörlerin, fiziksel engelli kadınların yaşam standartları üzerindeki etkilerini anlamak, bu bireylerin karşılaştığı zorlukları azaltmak ve toplumsal entegrasyonlarını desteklemek adına kritik bir öneme sahiptir (118).

Ortopedik engelli kadınlar, ekonomik alanda çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. İş gücü piyasasında ayrımcılık ve sınırlı iş fırsatları, bu bireylerin istihdam olanaklarını kısıtlayarak ekonomik bağımsızlıklarını elde etmelerini güçleştirmektedir. Ayrıca, ortopedik engellilik durumuna bağlı olarak ortaya çıkan ek

mali yükler ve sağlık hizmetlerine yönelik yüksek harcamalar, ekonomik sıkıntıları artırabilir. Eğitim ve mesleki gelişim fırsatlarındaki kısıtlamalar, uzun vadeli ekonomik güvenliği olumsuz yönde etkileyebilir. Bu ekonomik zorluklar, yaşam standartlarını düşürmekte ve toplumsal katılımı kısıtlamaktadır. Dolayısıyla, ekonomik eşitsizliklerin giderilmesi, ortopedik engelli kadınların yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir (118).

Ortopedik engelli kadınlar, eğitim sürecinde çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Eğitim kurumlarındaki fiziksel erişilebilirlik eksiklikleri ve uygun eğitim materyallerinin yetersizliği, bu bireylerin eğitim süreçlerine etkin bir şekilde katılmalarını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, toplumsal ve bireysel önyargılar, ortopedik engelli kadınların eğitim fırsatlarına erişimini kısıtlayarak akademik başarılarını olumsuz yönde etkileyebilir. Eğitimde yaşanan bu zorluklar, mesleki gelişim ve kariyer fırsatlarını sınırlayarak uzun vadeli ekonomik ve sosyal entegrasyonu güçleştirmektedir. Dolayısıyla, eğitimde eşitlik sağlanması, fiziksel engelli kadınların potansiyellerini gerçekleştirmeleri ve toplumsal katılımlarını artırmaları açısından büyük önem taşımaktadır (119).

2.13. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM)

SİM, 1950'lerin ilk zamanlarında psikologlar “Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock” tarafından geliştirilmiştir. SİM, zaman içinde bireylerin sağlık inançlarını ve davranışlarını etkileyen çeşitli kavramların eklenmesiyle genişletilmiştir (58,120). Model, başlangıçta genel koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ancak zamanla, hastalıklar ve genel sağlık davranışlarına ilişkin diğer alanlarda da uygulanarak kullanım alanı genişlemiştir. Rosenstock’a göre, SİM kişinin inandığı değerler ile yaptığı davranışlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyarken, aynı zamanda sağlık davranışlarına yönelik bireysel karar verme sürecinde motivasyonun rolünü de vurgulamaktadır. Bunun yanı sıra, kişinin sağlığa yönelik eylemlerinde motivasyonu tetikleyen etmenleri ve sağlık ile ilgili tutum ve davranışların oluşumuna neden olan süreçleri de tanımlamaktadır (121). SİM; “Algılanan Duyarlılık, Algılanan Ciddiyet, Algılanan Yararlar ve Algılanan Engeller” olmak üzere dört ana bileşen içermektedir. Sonradan modele eklenen bileşenler ise “Sağlık Motivasyonu, Eyleme Geçiriciler ve Öz Etkililik”tir.

- **Duyarlılık Algısı:** Sağlığı tehdit eden hastalık algısı
- **Ciddiyet Algısı:** Hastalığın sonuçlarına ilişkin ciddiyetin nasıl algılandığı
- **Yarar Algısı:** Sağlığında görülebilecek tehdide karşı alınabilecek önlemlerin kendinde oluşturacağı yarar algısı
- **Engel Algısı :** Tedavinin uygulanmasına yönelik algılanan engeller
- **Sağlık Motivasyonu:** Öz yönetim ile birlikte beklenen doğru aktivitelerin yapılıp olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi
- **Öz-etkililik**
- **Eyleme Geçiriciler**

2.14. SAĞLIK İNANÇ MODELİ BİLEŞENLERİ

2.14.1. Algılanan Duyarlılık

Bireylerin hastalıklara karşı duyarlılık geliştirmeleri, sağlıklarını tehdit edebilecek davranışlardan kaçınmalarına yol açmaktadır. Bireylerin sağlıklarına yönelik duyarlılıklarının artırılması, potansiyel risk taşıyan davranışlardan kaçınmalarını sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, bazı bireylerin riskli davranışlar sonrasında hastalığa yakalanmayacaklarını düşündükleri, diğerlerinin ise hastalığa yakalanma olasılığını düşük gördükleri veya hiç yakalanmayacaklarını varsaydıkları gözlemlenmektedir (122).

2.14.2. Algılanan Ciddiyet

Bireylerin hastalıklarının sonuçlarına ilişkin algıladıkları ciddiyet düzeyi, hastalığa dair bilgileriyle doğrudan ilişkilidir ve bu algı, bireyden bireye, klinik duruma ve hastalığın sebep olabileceği sosyal sorunlara bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Hastalık hakkında yeterli ve doğru bilginin var olması bu algının varlığında önemlidir (123).

2.14.3. Algılanan Yarar

Bireylerin hastalıklarını kontrol altına almaya yönelik gerçekleştirecekleri davranışların, sağlıkları açısından yararlı olacağına dair inançları, hastalığın ciddiyeti, morbidite ve mortalite oranları tarafından şekillendirilmektedir (120,123). Yarar algısı yüksek olan kişilerde istenilen davranış değişikliğine ulaşmak daha kolay olmaktadır. (124).

2.14.4. Algılanan Engel

Bireylerin hastalığın riskleriyle ilişkili olarak yeni davranışları uygulama ve bu duruma uyum sağlama konusunda algıladıkları engellerdir. Bireyin mevcut sağlık davranışlarının olası olumsuz sonuçlarını değerlendirmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından önerilen sağlıklı davranışları kabul edip uygulamak için karşılaştığı tüm engeller, bu algıyı oluşturmaktadır (125).

2.14.5. Sağlık Motivasyonu

SİM'de sağlık motivasyonu, bireyin sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıklardan korunma amacıyla sağlıklı davranışları benimsemeye yönelik genel isteklilik düzeyini ifade etmektedir. Başka bir tanımla sağlık motivasyonu, bireylerin sağlığı geliştirme ve sürdürme amacıyla davranışlarını gerçekleştirme konusundaki isteklilik durumu olup (126), bu motivasyona sahip bir kişi Üİ gibi durumlarla mücadele etmek için kegel egzersizlerine başvurmayı da isteyecektir.

Bu kavram, bireyin sağlıkla ilgili tehdit algısını ve bu tehditlere karşı duyarlılığını etkileyen önemli bir bileşen olarak değerlendirilir. Sağlık motivasyonu yüksek bireyler, sağlıklarını iyileştirme ya da hastalıkları önleme amacıyla davranış değişikliği yapmaya daha eğilimlidir. Model kapsamında sağlık motivasyonu, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerinde ve sürdürülebilir sağlık davranışları geliştirmelerinde kilit bir role sahiptir (127).

2.14.6. Öz-etkililik

Öz etkililik, bireylerin belirli bir davranışla ilgili girişimde bulunabilecekleri ve bu girişimi gerçekleştirdiklerinde başarılı olabilecekleri yönündeki inançlarını ifade

eder. Bireylerin bir davranışı yerine getirebileceğine ve olumlu sonuçlar elde edebileceğine dair inançları, onları güçlü bir şekilde motive eder ve bu motivasyon doğrultusunda eyleme geçmelerine yol açmaktadır (123).

2.14.7. Eyleme Geçiriciler

Bu model geliştirilirken, bireylerin davranışlarını tetikleyen faktörler üzerinde özel bir vurgu yapılmıştır. Davranışın gerçekleştirilmesi için gerekli olan hazır bulunuşluğun (duyarlılık ve yarar) önemli olduğu, aynı zamanda eyleme geçiricilerin bu davranışı tetikleyen mekanizmalar olarak işlev gördüğü vurgulanmaktadır. Eyleme geçiriciler, belirli bir önleyici sağlık davranışını başlatan ya da tetikleyen faktörlerdir ve genellikle iki ana türde sınıflandırılmaktadır. İçsel eyleme geçiriciler olarak adlandırılanlar, bireyin vücudundaki fiziksel oluşan değişiklikler veya semptom hissetmesindeki değişiklikler gibi unsurları kapsarken; dışsal olanlar, poster sunumları, makale desteği ve televizyon/radyo programları gibi faktörleri içermektedir. Bunların özellikle koruyucu hizmetlerde ve sağlık arayışı üzerinde pozitif etkiler yaratabileceği belirtilmektedir (125).

2.15. SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN ÜRİNER İNKONTİNANS ALANINDA KULLANIMI

SİM, bir davranışın kalıcı hale getirilmesi, yarar ve engel algılarının ön plana çıkarılması ve olumsuzlukların belirlenerek ortadan kaldırılması amacıyla etkili bir modeldir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, meme, serviks, kolon gibi birçok kanserin önleyici yaklaşımlarında bu modelin kullanıldığı görülmektedir (128-131). Özellikle davranış değişikliği oluşturma konusunda başarılı sonuçlar elde edilen bu modelin, sağlık davranışlarını iyileştirmede önemli bir rol oynadığı pek çok çalışmada vurgulanmaktadır (132-133). Hemşirelik müdahaleleri bu kapsamda, özellikle koruyucu sağlık davranışlarına odaklanarak, SİM'in yarar ve engel algılarının yönetilmesiyle davranış değişikliğini teşvik etmekte ve bu modelin ilkelerini kullanarak hastaların sağlık inançlarını dönüştürmeyi ve sağlıklı davranışları teşvik etmeyi amaçlayan müdahaleler geliştirmektedir (19,20,130,134,135).

Üİ yönetiminde kegel egzersizlerinin önemi büyük olmakla birlikte,

uygulamanın kolaylığına rağmen davranışın kalıcı hale getirilmesi ve alışkanlık haline getirilmesi, birçok kişide zorluklar yaratmaktadır. SİM, bu tür davranış değişikliklerini sürdürülebilir kılmada potansiyel bir araç olarak önerilmektedir. Ancak, Üİ alanında SİM'in etkinliğine dair yapılan çalışmaların sınırlı olması, modelin bu bağlamda daha geniş kapsamlı bir şekilde test edilmesi ve uygulanabilirliğinin araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (19,20,134,135). Bununla birlikte, SİM'in hemşirelik uygulamalarındaki etkinliğinin daha kapsamlı bir şekilde araştırılması, modelin klinik pratiğe entegrasyonunu sağlayacak önemli bir adım olarak öne çıkmaktadır.

Öz ve arkadaşları, SİM temelli eğitim programları uyguladıkları çalışmada, kadınların Üİ konusundaki farkındalıklarının arttığını, kegel egzersizine yönelik duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu ve egzersizi yapma konusundaki öz yeterlilik algılarının yükseldiğini, engellerle ilgili algılarının ise azaldığını ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınların PTKE öz-etkililik durumlarında yükselme olduğu da çalışma sonucunda görülmüştür (134).

Hamzae ve arkadaşları 2019 yılında yaptıkları çalışmalarında kegel egzersizi eğitimini amaçlamışlar ve iki gruba ayırdıkları katılımcıları klasik eğitim ve SİM temelli eğitim vererek süreci planlamışlardır. Yapılan çalışma sonucunda SİM temelli eğitimin katılımcıların kegel egzersizini uygulamadaki performanslarını arttırdığını ve faydalı olduğunu bulmuşlardır (19).

İnme hastalarına SİM temelli kegel egzersizi eğitimi oluşturan Arkan ve arkadaşları, uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda Üİ belirtilerinin azaldığını ve katılımcıların yaşam kalitelerinin arttığını tespit etmişlerdir (20).

Gillard ve Shamley 2010 yılında yaptıkları çalışmada, postpartum dönemde kadınları kegel egzersizi yapma ve motive olma durumlarını araştırmışlardır. Çalışmanın veri toplama sürecini SİM odaklı planlamışlar ve sonucunda engel algılarının ve devam etme algılarının açıkça ortaya koyabildiklerini saptamışlardır (135).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Bu araştırma, ortopedik engelli kadınlarda Üİ'ye yönelik verilen SİM'e dayalı çevrimiçi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel tasarımda planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Engelli Danışma ve Koordinasyon biriminde yürütülmüştür. Bu birim, 2015 yılında faaliyetlerine başlamış ve günümüzde halen devam etmektedir. Kurulma amacı; engelli ve ailelerinin, engelli hakları konusunda güncel ve doğru bilgiye ulaşmaları, sorunlarını iletmeleri ve öneriler sunabilmeleri için çalışmalar yapmaktır. Birimin sorumlulukları arasında;

- Engelli ve engelli yakını olan çalışanların, engelli hasta ve ziyaretçilerin sözlü veya yazılı şikâyet, dilek ve önerilerini kabul etme,
- Hastanede, erişilebilirlik önlemlerini izleme, denetleme ve raporlandırma,
- Hastanede çalışan engelli, engelli yakını olan ve kronik hastalığı olanların veri tabanını oluşturma ve takip etme,
- Engelli çalışanların, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik gelişmeleri ve çalışmaları takip etme,
- “Engelliliği Anlamak” ve “Engelli Bireylerle Etkin İletişim” konularında eğitimler yapmak yer almak,
- İnternet sitesinde yer alan ve karekod uygulaması ile tüm vatandaşların kolayca erişebildiği, “Engelli Hakları Rehber”inin içeriğini güncellemektir (136).

Birimde; bir sosyal hizmet uzmanı, bir birim sorumlusu, bir birimden sorumlu başhekim yardımcısı, bir uzman memur, bir yardımcı hizmetler sınıfı personeli ve bir destek personeli görev yapmaktadır. Hafta içi her gün 08:00-17:00 saatleri arasında hem birebir hem telefon hem de mail yoluyla hizmet vermektedir. Verilen hizmetler arasında; kurumlara, sivil toplum kuruluşlarına, engelli ve engelli yakını olan çalışanlara, hastalara ve refakatçılara engelli hakları konusunda danışmanlık yapmak

ve talep ve şikâyetleri değerlendirmek yer almaktadır. Ayrıca iletilen sorunlara çözüm üretmek üzere ilgili birim ve kurumlarla iş birliği sağlanmaktadır. Engelli bireylerin özellikle başvuru süreçleri arasında engelli hakları ile ilgili bilgi almak, engelli haklarının nasıl uygulanacağına yönelik görüş almak, hak ihlali ve/veya yaşanan ayrımcılığı bildirmek ve bunlara yönelik başvuru yolları hakkında destek almak, şikâyet, talep ve önerilerini bildirmek yer almaktadır. Günde ortalama 8-10 arası danışana hizmet verilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Bu çalışmanın evrenini Nisan 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Engelli Danışma ve Koordinasyon birimine başvuran ortopedik engelli kadınlar oluşturmuştur. Bu çalışmada ortopedik engelli kadınlarda Üİ'ye yönelik verilen SİM'e dayalı eğitim programı ile kadınların Üİ konusundaki farkındalıklarını arttırmak, gelecekte yaşayabilecekleri Üİ gelişimini önlemek, Üİ yaşayan kadınlarda da semptomları azaltmak amaçlanmıştır. Veriler, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Engelli Danışma ve Koordinasyon birimine başvuran ortopedik engelli kadınlardan elde edilmiştir. Türkiye'de 2011 yılında TÜİK tarafından yapılan Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre engellilik oranlarının kadınlarda %7,9 iken erkeklerde %5,9 oranında olduğu bildirilmektedir (11). Dünya geneline bakıldığında; bu oranların kadınlarda %19,2 iken erkeklerde %12 olduğu göze çarpmaktadır (137). Bu veriler ışığında, araştırmanın örneklemini hesaplamak amacıyla yapılan güç analizi sonuçlarına göre 45 ortopedik engelli kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Bknz: Ek 1). Araştırmanın evren ve örnekleminin, ortopedik engelli kadın popülasyonundan oluştuğundan, örneklemin hem toplumda incinebilir bir popülasyon olması hem de kolay ulaşılabilen bir grup olmaması nedeniyle randomizasyon yöntemine gidilmemiştir.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme ve çıkarılma kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olan,
- Yalnızca ortopedik engele sahip olan,
- İletişim kurabilen,

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Genital ve üriner sistemi etkileyen herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan,
- Çevrimiçi eğitime katılabilme imkanları bulunan kadınlar.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri ise,

- Gönüllü olarak çalışmadan çıkmak isteyenler.

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülebilmesi için SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nden (Bknz: Ek 2) araştırma uygulama izni, Ankara Medipol Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.10.2023 tarih ve 121 karar numaralı etik kurul onay yazısı (Bknz: Ek 3) ve Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan (EPK) izin alınmıştır (Bknz: Ek 4).

Araştırmanın veri toplama sürecinde kullanılacak olan “Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF)” ve “Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği” için uygulama izni alınmıştır (Bknz: Ek 5). Ayrıca çalışmaya katılmayı sözlü olarak kabul eden katılımcılara bilgilendirilmiş onam oluşturulmuş ve yazılı onamları alınmıştır (Bknz: Ek 6).

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler,

- Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Form
- Üriner İnkontinansa Yönelik Kısa Bilgi Değerlendirme Formu
- Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği
- Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF)
- Eğitime Yönelik Genel Memnuniyet Değerlendirme Formu
- Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu ve
- Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Bireye Özgü Davranış Değişikliği Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Form (Ek 7)

Bu form; araştırmacılar tarafından, katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik ve Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (26,134,138-141). Araştırmacı tarafından hazırlanan form, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları alanında uzman beş uzmanın görüşüne sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda son şekli verilmiştir. Form toplam 42 soru ve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde ortopedik engelli kadınların yaş, boy, kilo, eğitim ve genel sağlık durumu gibi özellikleri içeren 14 soru yer almaktadır. İkinci bölümünde obstetrik özellikleri içeren gebelik haftası, doğum şekli ve müdahaleli doğuma ilişkin 13 soru yer almaktadır. Son bölümünde ise Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalık durumlarını belirlemek amaçlı 15 soru yer almaktadır. Bu form ilk çevrimiçi eğitim oturumundan önce “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.2. Üriner İnkontinansa Yönelik Kısa Bilgi Değerlendirme Formu (Ek 8)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan bu form ile katılımcıların Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bilgi düzeyini belirlemek amaçlanmıştır (44,46,65,134). Araştırmacı tarafından hazırlanan form, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği alanında uzman beş uzmanın görüşüne sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda son şekli verilmiştir. İkili likert tipinde (Doğru/Yanlış) oluşturulan form 12 maddeden oluşmaktadır. Doğru maddeler için “1” ve yanlış maddeler için “0” puan verilen veri toplama formunun toplam puanı 12’dir. Katılımcılara eğitim öncesinde ve eğitimin son oturumunun bitiminde uygulanmıştır. Bu form ilk çevrimiçi eğitim oturumundan önce ve son çevrimiçi eğitim oturumundan sonra “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.3. Üriner İnkontinans ve Kegle Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği (Ek 9)

Avcı ve Yıldırım (2019) tarafından bireylerin Üİ ve kegel egzersizine yönelik inançlarını belirlemek amacıyla SİM’e dayanarak geliştirilen ölçek beşli likert tipte 49

soru ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve alt boyutlarından alınan puanlar şu şekildedir: duyarlılık alt boyutu için 9-45 puan arasında; ciddiye alt boyutu için 14-70 puan arasında; sağlık motivasyonu alt boyutu için 5-25 puan arasında; kegel egzersizi yarar algısı alt boyutu için 7-35 puan arasında; kegel egzersizi engel algısı alt boyutu için 9-45 puan arasında ve öz etkililik alt boyutu için 5-25 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı ve öz-etkililik alt boyutları pozitif yönlü, kegel egzersizi engel algısı alt boyutu ise negatif yönlüdür. Puanların yükselmesi duyarlılık, ciddiye ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (134). Ölçek eğitim öncesi ve izlem aşamasında katılımcılara araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında hesaplanan Cronbach's alfa değerleri alt boyutlar için şu şekildedir: ciddiye: 0.91; duyarlılık: 0.89; kegel egzersizi yarar algısı: 0.94; sağlık motivasyonu: 0.79; öz-etkililik: 0.89; kegel egzersizi engel algısı: 0.90. Araştırmamızda ise hesaplanan Cronbach's alfa değerleri alt boyutlar için; ciddiye: 0.97; duyarlılık: 0.95; kegel egzersizi yarar algısı: 0.97; sağlık motivasyonu: 0.86; öz-etkililik: 0.86; kegel egzersizi engel algısı: 0.89 olarak bulunmuştur (Bknz: Ek 10). Bu form ilk çevrimiçi eğitim oturumundan önce ve izlem sonrasında "Google Forms" aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.4. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF) (Ek 11)

Avery ve arkadaşları tarafından idrar kaçırma ve bu durumun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir (142). ICIQ-SF Çetinel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (143). Ölçek tüm gruplarda (kadın/erkek/genç/yaşlı) idrar kaçırma sıklık/miktar/algılanan sebepler ve neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Ölçeğin dört boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlarda:

- İlk boyut: idrar kaçırma sıklığı
- İkinci boyut: idrar kaçırma miktarı
- Üçüncü boyut: idrar kaçırmanın günlük hayata etkisi
- Dördüncü boyut: idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır.

Form içerisinde toplam altı soru bulunmaktadır. Üçüncü, dördüncü ve beşinci sorulara hastaların verdiği puanların toplamı ölçeğin toplam puanını vermektedir. Puanlar arttıkça idrar kaçırmanın şiddeti, sıklığı ve günlük yaşama etkisi artmaktadır. Puanlama aşamasında ilk üç boyut değerlendirilmekte olup dördüncü boyut değerlendirilmez. Dördüncü boyutta verilen yanıtlar kişilerin yakınmalarına dayanan idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. Değerlendirme için boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yapılmaktadır. ICIQ-SF için sekiz ve üzerindeki puan idrar kaçırmayı belirleyen kesme noktasıdır. Ölçekten alınan puan 0-21 arasındadır; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesinin az etkilendiğini, yüksek puan ise fazla etkilendiğini belirtmektedir (143). Bu form ilk çevrimiçi eğitim oturumundan önce ve izlem sonrasında “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.5. Eğitime Yönelik Genel Memnuniyet Değerlendirme Formu (Ek 12)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda; eğitimin kapsamını değerlendiren dört soru, eğitimin sürecini değerlendiren sekiz soru ve eğitim veren kişiyi değerlendiren yedi soru bulunmaktadır. Bu form hemşirelik literatürü incelenerek geliştirilmiştir (141,29,43). Araştırmacı tarafından hazırlanan form, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği alanında uzman beş uzmanın görüşüne sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda son şekli verilmiştir. Toplam 19 maddeden oluşan form ikili likert (Katılmıyorum/Katılıyorum) şeklinde dizayn edilmiştir. Katılıyorum seçeneğini işaretleyenler için “1” puan, katılmıyorum seçeneğini işaretleyenler için “0” puan verilmiştir. Alınan puan arttıkça, memnuniyet artmaktadır. En yüksek puan 19’dur. Bu form, verilen çevrimiçi eğitim sonrası katılımcıların memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Bu form son çevrimiçi eğitim oturumundan sonra “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.6. Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu (Ek 13)

Eğitim programı beş oturumdan oluşmuştur. Bu form, eğitim sürecinde verilen bilgilerin ve kazanımların değerlendirilmesi amacıyla 0-10 puan skalası şeklinde oluşturulmuştur. Skala, eğitici tarafından verilen her bir oturumun faydalanılma durumunu ölçmek için kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan form, Kadın

Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği alanında uzman beş uzmanın görüşüne sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda son şekli verilmiştir. Alınan puan arttıkça eğitimden faydalanılma oranlarının arttığı düşünülmektedir. Bu form son çevrimiçi eğitim oturumundan sonra “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.5.7. Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Bireye Özgü Davranış Değişikliği Değerlendirme Formu (Ek 14)

Transteorik modele uygun olarak araştırmacılar tarafından düzenlenen bu form 10 maddeden oluşmakta olup Tablo 3.1’de gösterilmiştir. Bu formun içeriğindeki Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik ifadeler düzenlenirken, modele uygun olarak davranış değişiminin aşamaları dikkate alınmıştır. Model, Düşünmeme, Düşünme/Niyet, Hazırlık, Hareket/Eylem, Devam Ettirme, Değişim Süreci ve Bilişsel-Davranışsal süreçler ve Öz etkililik bileşenlerini içermektedir (29). Bu form, katılımcıların eğitim öncesi ve sonrasındaki Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik davranış değişikliklerinin belirlenmesi amacıyla uygulanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan form, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman beş uzmanın görüşüne

Tablo 3.1 Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bireye özgü davranış değişikliği değerlendirme formu

Düşünmeme	İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olmadığını düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlamıyorum.
Düşünme/Niyet	İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olduğunu/olabileceğini düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlıyorum.
Hazırlık	İdrar kaçırma ile ilgili tedavi olmak istiyorum /Düzenli kegel egzersizlerini yapıyorum /Kontrollerimi düzenli gideceğim, aksatmayacağım.
Hareket/Eylem	İdrar kaçırma problemim ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurdum ve tedaviye başladım /Düzenli kegel egzersizlerine devam ediyorum.
Devam Ettirme	Tedavi sürecime/ kegel egzersizine devam etmeyi planlıyorum.
Değişim Süreci	İdrar kaçırmadan nasıl korunacağımı ve kegel egzersizlerini nasıl yapacağımı bilirim.
Bilişsel-Davranışsal süreçler ve Öz etkililik	İdrar kaçırma problemi sonlanana kadar ve sonrasında da kegel egzersizlerine devam edeceğime kendime söz veririm.
	Kegel egzersizlerini başarılı bir şekilde uygulayabilir ve idrar kaçırma ile baş edebilirim.
	Ailem ve yakın çevrem tedavi ve egzersizler konusunda beni teşvik eder.
	Kegel egzersizlerine başlamanın idrar kaçırma problemini çözmenin yanı sıra sağlığımı koruyacağını biliyorum.

sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda son şekli verilmiştir. İkili likert (Evet/Hayır) tipinde oluşturulmuştur. Evet yanıtı için “1” puan, hayır yanıtı için “0” puan verilmiştir. Verilen doğru cevapların artışı, Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik davranış değişikliğinin olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Katılımcıların bu formdan alabileceği en yüksek puan 10 en düşük puan 0 olarak belirlenmiştir. Bu form ilk çevrimiçi eğitim oturumundan önce ve izlem sonrasında “Google Forms” aracılığı ile katılımcılara iletilerek doldurtulmuştur.

3.6. EĞİTİM İÇERİĞİNİN OLUŞTURULMASI

Eğitim programının içeriği Öz ve Avcı (2021) yapmış oldukları hemşirelik alanı doktora tezinde kullanılan modüllerden yararlanılarak geliştirilmiştir (134). Eğitim programı SİM doğrultusunda toplam beş modülden (duyarlılık ve ciddiye alması modülü, yarar ve engel algısı, öz etkililik ve sağlık motivasyonu) oluşmuştur. Her hafta bir modül ele alınmış olup eğitim toplam beş hafta sürmüştür. Çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiş her oturum yaklaşık bir saat sürmüştür. Eğitim planı Tablo 3.2 de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 3.2 Eğitim içeriğinin planı

Sağlık İnanç Modeli	Konu içerikleri
1. Oturum Tanışma	- İlgili eğitim planının tanıtımı - Üriner sistem anatomisi ve fizyolojisi
2. Oturum Duyarlılık ve ciddiye alması modülü	- Üİ belirtileri nelerdir? - Risk faktörleri nelerdir? - Üİ neden gelişebilir? - Üİ nin kadınlarda görülme sıklığı nedir? Ortopedik engelli kadınlarda bu oran nasıl değişmektedir?
3. Oturum Yarar ve engel algısı modülü	- Ortopedik engelli kadınlar Üİ den korunma ve önlemede neler yapıyorlar? - Kadınlarda Üİ den korunma ve önleme davranışlarını etkileyen engel algıları nelerdir?
4. Oturum Öz etkililik modülü	- Üİ önlemeye yönelik farkındalık oluşturmak için neler yapılmalıdır? - Üİ’den korunmak için önerilen konservatif uygulamalar nelerdir? - Kegel Egzersizleri
5. Oturum Sağlık Motivasyonu modülü	- Farkındalığı ne kadar oluşturduk? (Bireysel değerlendirme) - Davranış değişikliği oluşturmayı destekleme - Eğitim sonrası kazanımlar

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

- Araştırma planlama aşamasında Engelli Birim sorumlusu ile iletişime geçilip araştırmanın içeriği ve katılımcıların davet edilmesi ile ilgili görüşüldü.
- İlgili etik izinlerin tamamlanmasından sonra Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi engelli birimine başvuran ortopedik engelli kadınlara birim sorumlusu tarafından araştırmanın kapsamı anlatılarak sözlü onamları ve iletişim bilgileri alındı ve araştırmacının iletişim bilgileri de katılımcıya verildi.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar araştırmacı ile iletişime geçip katılmak istediklerini whatsapp yolu ile bildirdi.
- Literatür bilgisi dahilinde eğitim verilen araştırmaların grup sayılarının 3-15 arasında değiştiği görülmektedir (144-149). Araştırmanın gruplarının beş grup şeklinde ve dokuzar kişi ile yürütülmesi planlanmıştır. Araştırmaya katılım sıralarına göre, bu çalışma için literatür bilgisine dayanarak ve çevrim içi çalışma gruplarının ihtiyaçlarına uygun şekilde planlanan WhatsApp eğitim grupları oluşturuldu (Eğitim grup 1, Eğitim grup 2, Eğitim grup 3, Eğitim grup 4, Eğitim grup 5).
- Oluşturulan gruplar ile iletişime geçilip çevrimiçi bilgilendirilmiş onamları “Google formlar” aracılığı ile alındı.
- Eğitim sürecinin başlayabilmesi için ortak bir gün ve saat planlaması araştırmacı ve katılımcılar tarafından yapıldı.

Araştırmanın ayrıntılı uygulama basamakları “Uygulama Akış Şeması” başlığı altında ayrıntılı olarak sunulmuştur (Bknz: 3.7.5).

3.7.1. Ön uygulama

Ön uygulama için Nisan 2024 tarihinde Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Engelli Danışma ve Koordinasyon Birimine başvuran yedi ortopedik engelli kadın ile çevrimiçi olarak görüşülmüştür. Ön uygulama ile araştırmada kullanılan tüm veri toplama araçlarının ve eğitim içeriğinin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği

değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonrasında araştırmada kullanılacak formlarda herhangi bir değişiklik yapılmasına gerek olmadığı sonucuna varılmıştır. Ön uygulamada yer alan kadınlar örneklem dışında tutulmuştur.

3.7.2. Çevrim içi eğitimin uygulanması

Eğitim oturumları başlamadan bir saat önce, katılımcılara ilgili veri toplama formları ile toplantı linki iletilmiş ve formların uygun şekilde doldurulması sağlanmıştır. Eğitim süreci araştırmacılar tarafından hazırlanan çevrimiçi eğitim sürecine uygun powerpoint sunumları ile yürütülmüştür (Bknz: Ek 15). Eğitim programının ilk haftasında, katılımcılarla tanışma, eğitim planının tanıtımı ve üriner sistemin anatomi ve fizyolojisi ele alınmıştır. İkinci hafta oturumlarında ise Üİ risk faktörleri, belirtileri ve görülme sıklıkları üzerinde durulmuş; ayrıca bu başlıklar bağlamında ortopedik engelli kadınlara özgü farklılıklar tartışılmıştır.

Üçüncü hafta oturumunda, Üİ'nin ne olduğu ve nasıl oluştuğuna dair temel bilgiler verildikten sonra, korunma yolları ve bu davranışların günlük yaşamdaki uygulanabilirliği üzerinde durulmuştur. Bu süreçte, ortopedik engelli kadınların hangi davranışlarda zorluk yaşadığı interaktif bir yöntemle değerlendirilmiştir. Dördüncü hafta oturumunda, Üİ'den korunmaya yönelik davranışsal yöntemler ve kegel egzersizlerinin önemi ile bu egzersizlerin uygulanma yöntemleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Eğitim oturumlarının interaktif bir yapıda gerçekleştirilmesine özen gösterilmiş ve farkındalık geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır.

Son hafta ise, katılımcıların farkındalık düzeylerini değerlendirmek amacıyla bireysel değerlendirmeler yapılmış ve eğitim içeriğine ilişkin geri bildirimler toplanmıştır. Eğitim sürecinin sonunda, katılımcılara Üİ'ye yönelik bilgi değerlendirme formu, eğitime ilişkin genel memnuniyet değerlendirme formu ve eğitim içeriğine yönelik kazanım değerlendirme formu uygulanmıştır. Ayrıca, katılımcıların kegel egzersizlerini hatırlamalarını ve davranış kazanmalarını ve pekiştirmelerini desteklemek amacıyla, eğitim oturum sayısı kadar hafta boyunca (Beş hafta) her gün hatırlatma mesajları gönderilmiştir (150). İzlem süreci kapsamında ilerleyen dönemde tekrar iletişime geçileceği belirtilmiştir.

Eğitim süreci tamamlandığında, ilgili konulara ilişkin olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış yazılı materyaller, broşür formatında çevrim içi platformlarda katılımcılarla paylaşılmıştır. Araştırma altı grup toplam 46 kişi ile tamamlanmıştır.

Çalışma başında planlanan beş grup sekiz kişinin çalışmadan ayrılması (Eğitim oturumlarına devam edemeyecek olmaları sebebi ile) ile altıncı grup oluşturularak tamamlanmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.3 Eğitim grup sayıları

Eğitim Grup 1	9 Kişi
Eğitim Grup 2	6 Kişi
Eğitim Grup 3	7 Kişi
Eğitim Grup 4	9 Kişi
Eğitim Grup 5	6 Kişi
Eğitim Grup 6	9 Kişi

3.7.3. Hatırlatma Mesajları

SİM, diğer alt bileşenlerinin yanında bireyin davranışlarını etkileyen tetikleyici faktörlere (eyleme geçiriciler) odaklanılarak geliştirilmiştir. Özellikle davranışı gerçekleştirmek için eyleme geçirici faktörlerin tetikleyici olduğu literatürde göze çarpmaktadır (129-131). Eyleme geçiriciler, içsel (fiziksel değişiklikler veya semptom algısındaki bireysel değişiklikler) ve dışsal (posterler, makaleler, televizyon ve radyo programları vb.) olmak üzere iki ana türde tanımlanmış olup, her ikisinin de koruyucu sağlık davranışları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceği bildirilmiştir (125). Son eğitim oturumundan sonra izlem aşamasında beş hafta boyunca her gün, katılımcıların kegel egzersizlerini düzenli bir şekilde uygulamalarını sağlamak, egzersizlerin faydalarını vurgulamak ve alışkanlık kazandırmak amacıyla hatırlatıcı mesajlar gönderilmiştir (Bknz: 3.7.5.). Hatırlatıcı mesajların bir kısmı aşağıda verilmiş olup, tam metni Ek 16'de sunulmaktadır.

- Merhaba. Gün içinde kısa bir mola verin ve kegel egzersizlerinizi yapın. Pelvik taban kaslarınızı güçlendirmek, daha iyi bir sağlık için atacağınız küçük ama önemli bir adım. Unutmayın, bu kaslar güçlü olduğunda, günlük hayatınızda daha rahat ve güvende hissedeceksiniz. Kendinize zaman ayırın: Kegel egzersizleri sadece birkaç dakika sürer ama etkisi uzun vadeli olur. Bu egzersizlerle sağlığınıza yatırım yapıyorsunuz. Hadi şimdi başlayın ve bu sağlıklı alışkanlığı günlük rutininizin bir parçası haline getirin.

- Günaydın. Kendinize ve sağlığınıza öncelik vermek için harika bir fırsat: Kegel egzersizlerinizi yapma zamanı. Bu küçük ama güçlü hareketler, pelvik taban kaslarınızı güçlendirerek genel sağlığınıza iyileştirir. Düzenli olarak kegel egzersizleri yaparak hem bugününüzü hem de geleceğinizi daha sağlıklı kılabilirsiniz. Sağlık dolu günler.
- Günaydın. Yeni bir gün, yeni bir başlangıç. Kegel egzersizleriyle güne enerji dolu başla. Sağlığın için harika bir adım atıyorsun.
- Merhaba. Kahveni yudumlarken birkaç dakikanı kegel egzersizlerine ayır. Sağlıklı bir gün için harika bir başlangıç yap.
- İyi sabahlar. Bugün de kegel egzersizlerini unutmadan yap. Her gün düzenli yapmak, uzun vadede büyük fark yaratacak.
- Yeni bir gün, yeni bir fırsat. Sabah kegel egzersizlerini ihmal etme. Güçlü bir pelvik taban sağlığın için önemli.

3.7.4. İzlemin Gerçekleştirilmesi

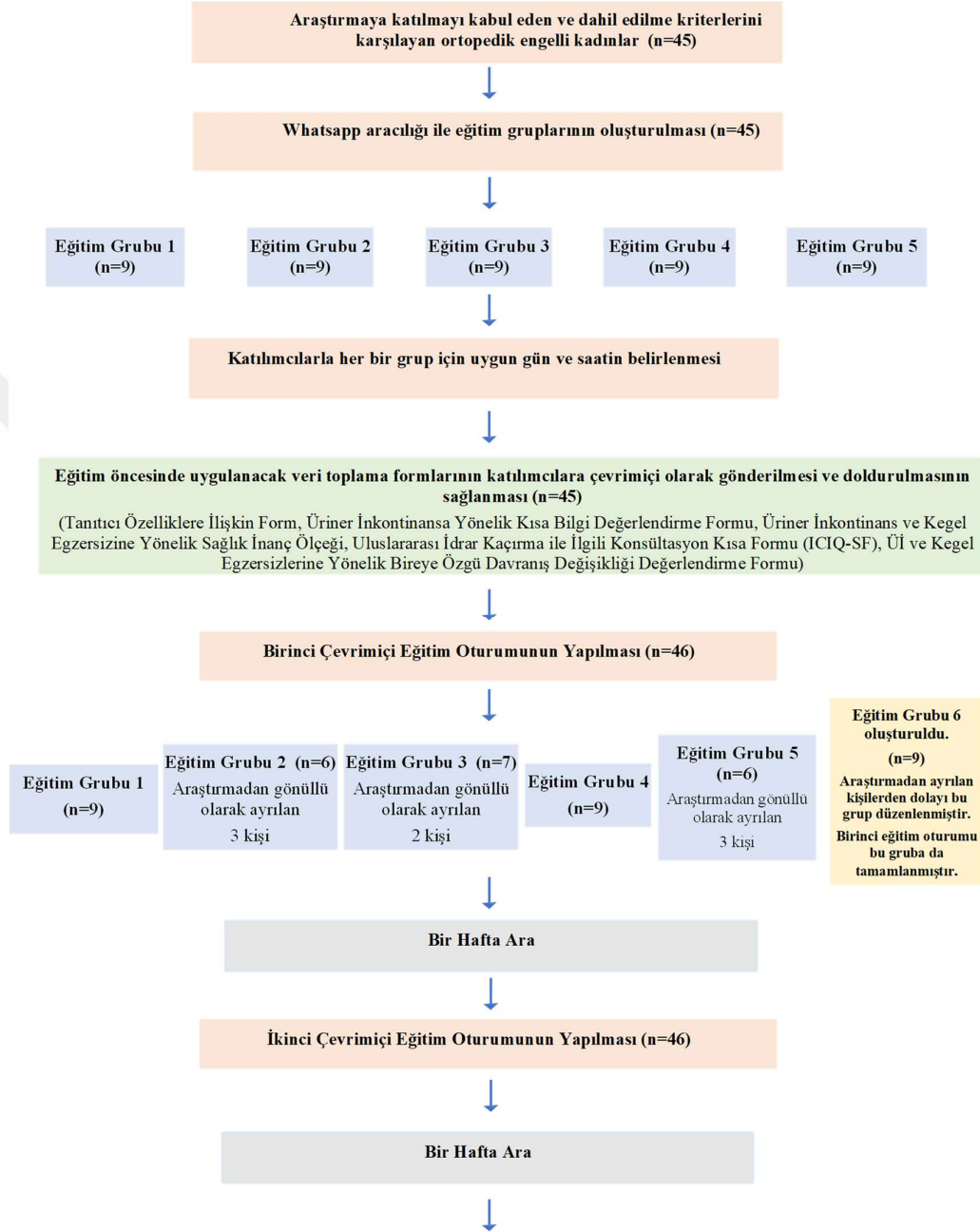
İzlem sürelerinin belirlenmesi araştırmanın amacı ve elde edilmek istenilen verilerin niteliğine bağlı olarak değişmektedir. Etkileyen parametreler; zaman yeterliliği, katılımcı uyumu, araştırma amacına uygun olma, standart süre, fizyolojik ve psikolojik süreç takibi ve maliyet dengesidir. Literatür bilgisi izlem zamanlarının karşılaştırılacak verilere göre üç ay ila altı ay arasında değiştiği görülmektedir (151). Bu çalışmada; kısa vadeli davranış değişikliklerin değerlendirilmesi, uzun süreli izlemlerde katılımcı kaybının oluşmaması, sağlık davranışı değişikliğinin gözlemlenmesi ve belirgin etkilerin özellikle kısa vadede daha etkin görülmesi amacıyla izlem zamanı son eğitim oturumu yapıldıktan sonra üç ay olmak üzere planlanmıştır (Bknz: 3.7.5). Üç ay bitiminde kullanılmış olan veri toplama formları aşağıda gösterilmiştir.

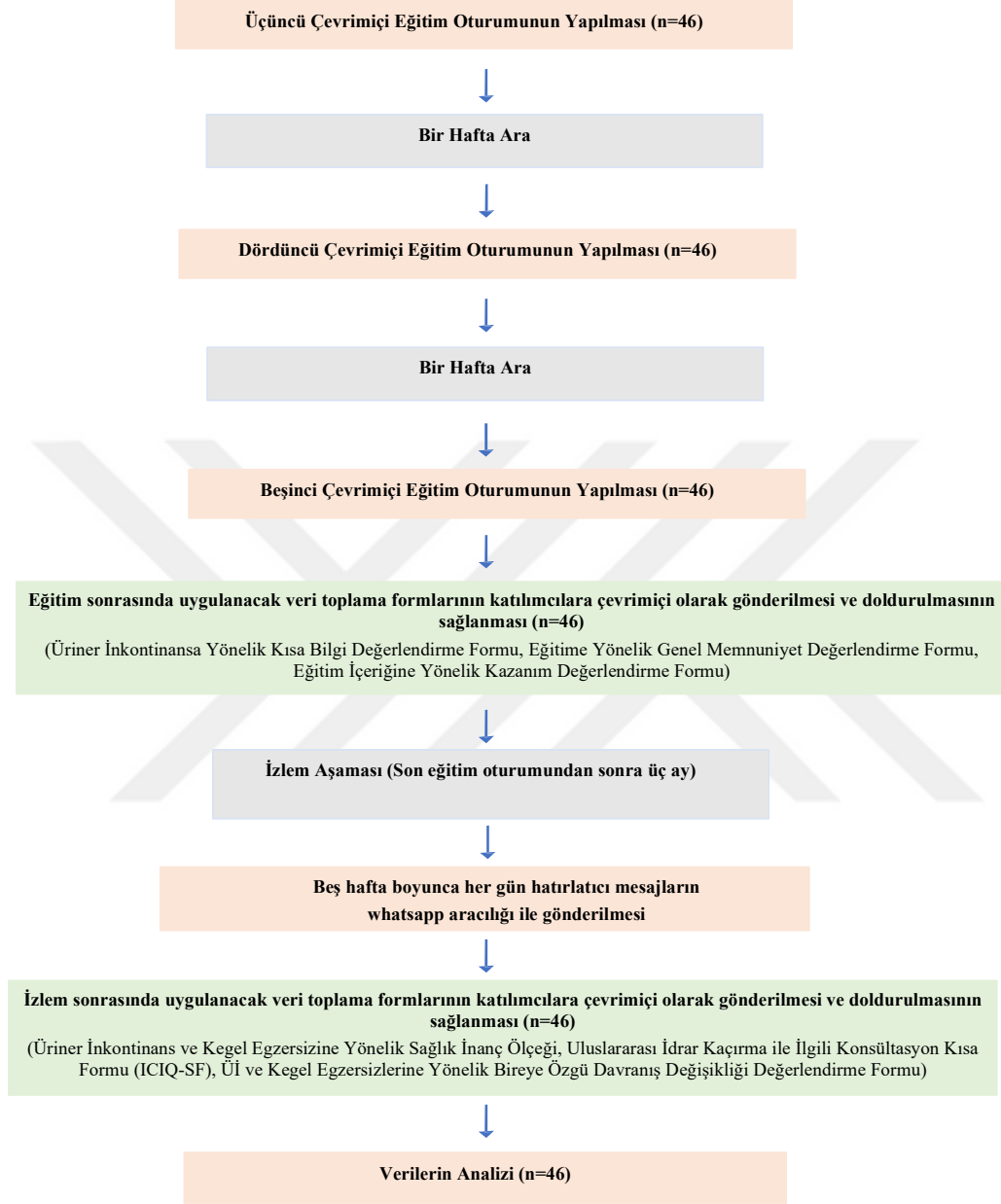
1. Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç modeli ölçeği
2. Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bireye özgü davranış değişikliği değerlendirme formu

3. Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF)

İzlem aşamasının sonuçları “izlem sonrası” şeklinde bulgular bölümünde yer almıştır. Araştırmanın veri toplama süreci izlem bitiminde araştırmacılar tarafından yukarıdaki formların doldurulması sağlanarak sonlandırılmıştır.

3.7.5. Uygulama Akış Şeması





3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma verileri 46 kişiden oluşmaktadır ve analizler IBM SPSS Statistics 26 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için Shapiro-Wilk normallik testi uygulanmış ve değişkenlerin normal dağılmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle parametrik olmayan istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiş, iki bağımlı sayısal değişken arasındaki farklılıklar Wilcoxon Testi ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Mann Whitney U Analizi ile, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Kruskal Wallis H Analizi ile incelenmiştir. Kruskal Wallis H Analizi sonucunda anlamlı farklılıklar tespit edilirse, bu farklılıkların kaynağını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli sonuçlardan yararlanılmıştır. Ayrıca, iki bağımlı kategorik değişken arasındaki farklılıklar Mc Nemar analizi ile kontrol edilmiştir.

3.9. VERİLERİN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın örnekleminin yalnızca ortopedik engelli kadınlardan oluştuğundan, elde edilen bulguların diğer popülasyonlara genellenebilirliğinin yapılmaması nedeniyle araştırmanın sınırlılığı bulunmaktadır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda elde edilen bulgular, iki alt başlık halinde sunulmuştur. Bunlar;

4.1. Ortopedik engelli kadınların tanıtıcı, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalık durumlarına ilişkin veriler,

4.2. Ortopedik engelli kadınlara SİM'e dayalı verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren, eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem aşamalarını karşılaştıran verilerdir.

- Eğitim öncesi ve izlem sonrasında ait “Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği” nden aldıkları toplam puan ortalaması ve alt boyutlarına ilişkin veriler,
- Verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren veriler “Eğitim öncesi ve sonrasında “Üriner İnkontinansa Yönelik katılımcıların bilgi puanlarına ait veriler, Eğitime Yönelik Katılımcıların Genel Memnuniyet Durumlarını değerlendiren veriler, eğitim öncesi ve izlem aşaması “Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu” toplam puan ortalaması ve alt boyutlarına ilişkin verilerin karşılaştırmasına ilişkin tablolardır.

4.1. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARIN TANITICI, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE Üİ VE KEGEL EGZERSİZLERİNE YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1 Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler (n=46)

	Ort±SS	Min-Mak
Yaş	40,37±10,16	20-65
Boy	156,54±16,77	100-180
Kilo	59,85±17,33	20-120
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ortopedik Engellilik Düzeyi		
Sadece tekerlekli sandalye kullananlar	34	73,9
Baston/değnek gibi araçları kullananlar	12	26,1
Eğitim Durumu		
Okuryazar	2	4,3
İlköğretim Mezunu	6	13,0
Lise Mezunu	18	39,1
Lisans Mezunu	16	34,8
Lisansüstü	4	8,7
Sosyal Güvence Durumu		
Var	42	91,3
Yok	4	8,7
Çalışma Durumu		
Evet	23	50,0
Hayır	23	50,0
Ekonomik Durumu		
Gelir Giderden Az	22	47,8
Gelir Gidere Eşit	22	47,8
Gelir Giderden Fazla	2	4,3
Medeni Durumu		
Evli	23	50,0
Bekar	23	50,0
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	14	30,4
Hayır	32	69,6
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	2	4,3
Hayır	44	95,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	24	52,2
Hayır	22	47,8
Günlük Sıvı Alımı/ml		

<2000	31	67,4
2000-2500	13	28,3
>2500	2	4,3

Tablo 4.1 incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının $40,37 \pm 10,16$, boy ortalamasının $156,54 \pm 16,77$ ve kilo ortalamasının ise $59,85 \pm 17,33$ tespit edilmiştir. Ortopedik engelli kadınların engellilik düzeyine ilişkin bulgular ise %73,9'unun sadece tekerlekli sandalye kullananlar olduğunu, %26,1'inin ise baston/değnek yardımıyla hareket ettiğini göstermiştir. Eğitim durumlarına ilişkin analizler, katılımcıların %39,1'inin lise mezunu olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların %91,3'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %50'sinin çalışmakta olduğu, %47,8'inin gelirinin giderinden az olduğu ve %47,8'inin gelir-gider dengesini eşit olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Medeni durum açısından incelendiğinde, katılımcıların %50'sinin evli ve %52,2'sinin çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların %69,6'sının sigara kullanmadığı ve %95,7'sinin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %67,4'ünün günlük sıvı alım miktarının 2000 ml ve altında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin veriler (n=46)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğum Sayısı		
0	21	45,7
1-3	23	50,0
≥ 4	2	4,3
Doğum Aralığı /yıl (n=25)		
≤ 2	4	28,6
≥ 3	10	71,4
Doğum Şekli (n=25)		
Vajinal	15	60,0
Sezeryan	10	40,0
Müdahaleli Doğum Olma Durumu (n=25)		
Evet	5	20,0
Hayır	20	80,0
Doğum Müdahalesi Türü (n=5)		
Vakum	5	100,0
Epizyotomi Olma Durumu (n=25)		
Evet	10	40,0
Hayır	15	60,0
İri Bebek Sahip Olma Durumu (n=25)		
Evet	5	20,0

Hayır	20	80,0
Çoğul Gebelik Yaşama Durumu (n=25)		
Evet	1	4,0
Hayır	24	96,0
Histerektomi Operasyonu Olma		
Evet	1	2,2
Hayır	45	97,8
Menopoza Girme Durumu		
Evet	10	21,7
Hayır	36	78,3
Menopozda İse Hormon Tedavisi Alma Durumu (n=10)		
Evet	1	10,0
Hayır	9	90,0
İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumu		
Evet	30	65,2
Hayır	16	34,8

Tablo 4.2 incelendiğinde katılımcıların %50'sinin doğum sayısının 1-3 aralığında olduğu, %71,4'ünün doğum aralığının 3 ve 3 yıldan fazla olduğu ve %60'ının doğum şeklinin vajinal olduğu tespit edilmiştir. Doğumların %80'inin müdahaleli olduğu, %40'ında epizyotomi uygulandığı ve %20'sinde iri bebek doğumu gerçekleştiği görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların %96'sının çoğul gebelik yaşamadığı, %60'ının sezaryen geçirmediği ve %97,8'inin histerektomi operasyonu geçirmediği saptanmıştır. Katılımcıların %21,7'sinin menopoza girdiği, ancak %65,2'sinin idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3 Katılımcıların Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalıklarına ait veriler (n=46)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ailede Üİ Yaşama Durumu		
Evet	34	73,9
Hayır	12	26,1
Üİ'yi Sağlık Problemi Olarak Düşünme Durumu		
Evet	37	80,4
Hayır	9	19,6
Kegel Egzersizini Duyma Durumu		
Evet	20	43,5
Hayır	26	56,5
Kegel Egzersizini Uygulama Durumu		
Evet	7	15,2
Hayır	39	84,8
Kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapma durumu		
Evet	8	17,4
Hayır	38	82,6

Tablo 4.3 incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin %73,9'unun ailesinde Üİ yaşayan birinin bulunduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %80,4'ü idrar kaçırmayı bir sağlık problemi olarak değerlendirmektedir. Ayrıca, %56,5'inin kegel egzersizini duymadığı, kalan katılımcıların (%43,5) ise %84,8'inin bu egzersizi uygulamadığı saptanmıştır. Katılımcıların %82,6'sının kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların Üİ'ye yönelik mevcut durumlarına ait veriler (n=46)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Günlük İdrar Sıklığı (kez)		
≤3	16	34,8
4-8	19	41,3
≥9	11	23,9
Geceleyin İki ve daha Fazla Tuvalet Çıkma Durumu (Kronik hastalık durumu mevcut değil)		
Evet	15	32,6
Hayır	31	67,4
Şu Ana Kadar Öksürürken ya da Hapşırıırken İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	33	71,7
Hayır	13	28,3
Herhangi Bir Günlük Aktivitede İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	23	50,0
Hayır	23	50,0
İdrara Sıkıştığında İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	34	73,9
Hayır	12	26,1
Tuvalete Gittiği Halde Hemen Sonrasında İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	18	39,1
Hayır	28	60,9
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Ped Kullanma Durumu		
Evet	31	67,4
Hayır	15	32,6
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu		
Evet	17	37,0
Hayır	29	63,0
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Tedavi Olma Durumu		
Evet	15	32,6
Hayır	31	67,4

Tablo 4.4 incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin %41,3'ünün günlük idrar sıklığının 4-8 arasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %67,4'ü geceleyin

iki veya daha fazla (Herhangi bir kronik hastalık durumu bulunmamaktadır) tuvalete çıkmadığını ifade etmiştir. %71,7'sinin şimdiye kadar öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçırdığı, %50'sinin ise herhangi bir günlük aktivite sırasında idrar kaçırdığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %73,9'unun idrara sıkıştığında idrar kaçırdığı, ancak %60,9'unun tuvalete gitmesine rağmen hemen sonrasında idrar kaçırmadığı görülmüştür. Ayrıca, %67,4'ünün idrar kaçırma nedeniyle ped kullandığı, %63'ünün bu durum için sağlık kuruluşuna başvurmadığı ve %67,4'ünün tedavi görmediği saptanmıştır.

4.2. SİM'E DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN VERİLER

Bu bölümde, SİM'e dayalı olarak verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren eğitim öncesi ve sonrası ile izlem sonrasındaki bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcılar için eğitim öncesi ve sonrasında üriner inkontinansa yönelik kısa bilgi değerlendirme formuna ilişkin dağılımlar (n=46)

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Mc Nemar
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	p
1. İdrar kaçırma bir sağlık problemi değildir, geçici bir durumdur.	11	23,9	16	34,8	0,332
2. Üriner sistem organları böbrekler, idrar torbası, idrar kanalları ve idrar çıkışıdır.	32	69,6	44	95,7	0,002*
3. Öksürme, yürüme, egzersiz yapma, gülme, hapsirme gibi durumlarda kaçırılan idrar miktarı fazladır ve normal bir durumdur.	12	26,1	1	2,2	0,001**
4. İdrar kaçırma sadece yaşlılarda veya sadece kadınlarda görülen bir sorundur.	11	23,9	37	80,4	0,000**
5. Sigara kullanmak, doğumların zorlu olması, obezite ve menopoza girme gibi durumlar idrar kaçırmaya neden olur.	19	41,3	7	15,2	0,000**
6. Çok ve sık doğum yapmak, herhangi bir engeli olmak ve sezeryanla doğum yapmak idrar kaçırma için bir risk faktörüdür.	26	56,5	5	10,9	0,000**
7. İdrar kaçırma bireyin günlük ve sosyal yaşantısını kısıtlar/olumsuz etkiler.	40	87,0	39	84,8	1,000
8. Kegel (pelvik taban kas) egzersizini uygularken kalça, karın ve üst bacak kasları da kasılması gereklidir.	18	39,1	42	91,3	0,000**
9. Kegel egzersizini günlük ve düzenli olarak uygulanması idrar kaçırma probleminin gelişimini önler veya azaltır.	22	47,8	7	15,2	0,001**

10. İlaç tedavisi ile birlikte yapılan kegel egzersizleri iyileşme sürecini ve tedaviyi olumlu yönde etkiler.	23	50,0	45	97,8	0,000**
Toplam Bilgi Puan Ortalaması	4,65±2,07		6,21±1,52		Z=3,474 p=0,001**

Z: Wilcoxon Analizi; *p<0,05, **p<0.001

Tablo 4.5 incelendiğinde, çalışma katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrasında Üİ'ye yönelik kısa bilgi değerlendirme formu ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların eğitim öncesinde, “İdrar kaçırma bir sağlık problemi değildir, geçici bir durumdur.” ifadesine %23,9 ‘u doğru, “Üriner sistem organları böbrekler, idrar torbası, idrar kanalları ve idrar çıkışıdır.” ifadesine ise %69,6’sı doğru, “Öksürme, yürüme, egzersiz yapma, gülme, hapsirme gibi durumlarda kaçırılan idrar miktarı fazladır ve normal bir durumdur.” ifadesine %26,1’i doğru, “İdrar kaçırma sadece yaşlılarda veya sadece kadınlarda görülen bir sorundur.” ifadesine %23,9’u doğru, “Sigara kullanmak, doğumların zorlu olması, obezite ve menopoza girme gibi durumlar idrar kaçırmaya neden olur.” ifadesine %41,3’ü doğru, “Çok ve sık doğum yapmak, herhangi bir engeli olmak ve sezeryanla doğum yapmak idrar kaçırma için bir risk faktörüdür.” ifadesine ise %56,5’i doğru, “İdrar kaçırma bireyin günlük ve sosyal yaşantısını kısıtlar/olumsuz etkiler.” ifadesine %87’si doğru, “Kegel (pelvik taban kas) egzersizini uygularken kalça, karın ve üst bacak kasları da kasılması gereklidir.” ifadesine %39,1’i doğru, “Kegel egzersizini günlük ve düzenli olarak uygulanması idrar kaçırma probleminin gelişimini önler veya azaltır.” ifadesine %47,8’i doğru, ve “İlaç tedavisi ile birlikte yapılan kegel egzersizleri iyileşme sürecini ve tedaviyi olumlu yönde etkiler.” ifadesine %50’si doğru cevap vermiştir. Bu dağılımlar, katılımcıların Üİ hakkında sahip oldukları bilgi düzeyinin farklılıklar gösterdiğini ve bazı konularda belirsizlik veya kararsızlık yaşandığını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların eğitim sonrasında, “İdrar kaçırma bir sağlık problemi değildir, geçici bir durumdur.” ifadesine %34,8’i doğru, “Üriner sistem organları böbrekler, idrar torbası, idrar kanalları ve idrar çıkışıdır.” ifadesine %95,7’si doğru, “Öksürme, yürüme, egzersiz yapma, gülme, hapsirme gibi durumlarda kaçırılan idrar miktarı fazladır ve normal bir durumdur.” ifadesine %2,2’si doğru, “İdrar kaçırma sadece yaşlılarda veya sadece kadınlarda görülen bir sorundur.” ifadesine %80,4’ü doğru, “Sigara kullanmak, doğumların zorlu olması, obezite ve menopoza girme gibi durumlar idrar kaçırmaya neden olur.” ifadesine %15,2’si doğru, “Çok ve sık doğum

yapmak, herhangi bir engeli olmak ve sezeryanla doğum yapmak idrar kaçırma için bir risk faktörüdür.” ifadesine ise %10,9'u doğru, “İdrar kaçırma bireyin günlük ve sosyal yaşantısını kısıtlar/olumsuz etkiler.” ifadesine %84,8'si doğru, “Kegel (pelvik taban kas) egzersizini uygularken kalça, karın ve üst bacak kasları da kasılması gereklidir.” ifadesine %91,3'ü doğru, “Kegel egzersizini günlük ve düzenli olarak uygulanması idrar kaçırma probleminin gelişimini önler veya azaltır.” ifadesine %15,2'si doğru ve “İlaç tedavisi ile birlikte yapılan kegel egzersizleri iyileşme sürecini ve tedaviyi olumlu yönde etkiler.” ifadesine %97,8'si doğru cevap vermiştir. Eğitim öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; Eğitim öncesinde $4,65 \pm 2,07$, Eğitim sonrasında $6,21 \pm 1,52$ olarak bulunmuştur. Yapılan Wilcoxon analizi sonucunda eğitim öncesi döneme göre eğitim sonrası dönemde 2,3,4,5,6,8,9 ve 10. Maddelerin ve bilgi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05^*$, $^{**}p < 0.001$).

Tablo 4.6 Eğitime yönelik genel memnuniyet durumlarının değerlendirilmesine ait veriler (n=46)

	Katılıyorum Yüzde (%)	Katılmıyorum Yüzde (%)
1. Eğitim teorik bilgi açısından yeterliydi	100,0	0,0
2. Eğitim içeriği ihtiyacıma yönelik hazırlanmıştı.	100,0	0,0
3. Eğitim kapsamındaki konular birbirini destekliyordu.	100,0	0,0
4. Eğitimin kapsamı öğrenebileceğim ve kullanabileceğim şekilde düzenlenmişti.	97,8	2,2
5. Eğitimin başlangıcında, eğitim planı ve amaçlar hakkında bilgilendirildim.	100,0	0,0
6. Üİ ile ilgili yapılan eğitim, sistematik, etkin ve planlı bir şekilde yürütüldü.	100,0	0,0
7. Eğitim materyallerinin beceri kazandırırken kolaylık sağlayacağını düşünüyorum.	100,0	0,0
8. Eğitim materyalleri (Powerpoint sunumu) eğitim sırasında etkin bir şekilde kullanıldı.	100,0	0,0
9. Eğitim sırasında kullanılan materyal öğrenmemi kolaylaştırdı.	97,8	2,2
10. Eğitim için verilen randevu saatleri faydalanabilmem için etkin şekilde planlandı.	95,7	4,3
11. Eğitim için tahsis edilen ortamın yeterliydi.	100,0	0,0
12. Eğitim, zamanında başladı ve bitirildi.	100,0	0,0
13. Eğitiminin, akademik yeterliliği tatmin ediciydi.	97,8	2,2
14. Eğitici ile iyi bir iletişim içindeydim.	100,0	0,0
15. Eğitici, eğitim sürecinde bana rahat ve olumlu bir ortam sağladı.	100,0	0,0
16. Eğitici, eğitim esnasında sorular sormama izin verdi.	100,0	0,0
17. Eğitici, tüm bilgileri benim anlayabileceğim şekilde aktardı.	100,0	0,0

18. Eğitici, bu sürece katılmam için beni yeteri kadar cesaretlendirdi.	97,8	2,2
19. İhtiyacım olduğunda eğitime kolaylıkla ulaşabildim.	100,0	0,0

Tablo 4.6 incelendiğinde, katılımcıların memnuniyetle ilgili ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı incelenmiştir. Buna göre, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun tüm memnuniyet ifadelerine "katılıyorum" yanıtı verdikleri gözlemlenmiştir. Katılımcıların %100'ü, eğitim içeriğinin ihtiyaçlarına yönelik hazırlandığını ve konuların birbirini desteklediğini belirterek eğitim programının teorik bilgi açısından yeterli olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, eğitimin sistematik, etkin ve planlı bir şekilde yürütüldüğü, eğitim materyallerinin etkili olduğu ve eğitici ile iletişimin olumlu olduğu vurgulanmıştır. Eğitimin başlangıcında katılımcılara yapılan bilgilendirme ve eğitimin genel yapısı da büyük oranda memnuniyet yaratmıştır. Ayrıca, eğitim materyallerinin öğrenme sürecine katkısı ve eğitime ulaşılabilirlik gibi konularda da %95,7 oranında olumlu geri bildirim alınmıştır.

Tablo 4.7 Katılımcıların her eğitim oturumuna yönelik kazanımlarına yönelik puan ortalamalarının dağılımı (n=46)

	Ort	SS	Min	Maks
Eğitim oturumu 1: Üriner sistem anatomisi ve fizyolojisi	9,65	0,79	7	10
Eğitim oturumu 2: Üİ belirti ve risk faktörleri, Ortopedik engellilerde durum	9,61	0,77	7	10
Eğitim oturumu 3: Ortopedik engeli olan ve olmayan kadınlarda önleme ve korunma	9,67	0,73	7	10
Eğitim oturumu 4: Üİ'ye yönelik farkındalık oluşturma	9,78	0,63	7	10
Eğitim oturumu 5: Eğitim sonrası kazanımlar	9,85	0,47	8	10

Tablo 4.7 incelendiğinde, katılımcıların "Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu" ifadelerine verdikleri cevapların dağılımı incelenmiştir. Buna göre, katılımcıların tüm ifadelerine verdikleri cevapların oldukça yüksek olduğu, en düşük ortalamanın ise 10 puan üzerinden 9,61 olduğu görülmüştür.

Tablo 4.8 Katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasında uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu toplam puan ortalaması ve alt boyutlarına ilişkin verilerin karşılaştırılması (n=46)

	Eğitim Öncesi		İzlem Sonrası		Z	P
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
Üİ Miktarı						
Hiç	7	15,2	30	65,2		
Az Miktarda	21	45,7	16	34,8		
Orta Derecede	12	26,1	-	-		
Çok Miktarda	6	13,0	-	-		
Üİ Tipi						
Hiçbir Zaman-İdrar Kaçırmıyorum	7	15,2	28	60,9		
Fonksiyonel Tip Üİ	16	34,8	12	26,1		
Stres Tipi Üİ	10	21,7	5	10,9		
Overflow Tip Üİ	2	4,4	-	-		
Miks Tip Üİ	11	23,9	1	2,2		
	Ort±SS	Min-Mak	Ort±SS	Min-Mak	z	p
Günlük yaşamını etkileme durumu	10,50±6,18	0-21	1,24±1,25	0-4		
Toplam ICQSF puanı	10,50±6,18	0-21	5,33±2,56	1-10	5,132	0,000*

*p<0.001

Tablo 4.8 incelendiğinde çalışmaya katılan kadınların %45,7'sinin az miktarda ve %26,1'inin orta derecede idrar kaçırdıkları tespit edilmiştir. Araştırma verilerine göre, katılımcıların Üİ türlerine ilişkin dağılımı şu şekildedir: Katılımcıların %15,2'si hiçbir zaman idrar kaçırmadığını belirtirken, %34,8'inin fonksiyonel inkontinans yaşadığı tespit edilmiştir. Bu, katılımcıların önemli bir kısmının hareketlilik sınırlamaları nedeniyle tuvalete ulaşmada zorluk yaşadığını göstermektedir. Diğer yandan, SÜİ %21,7 oranında görülürken, overflow tipi inkontinans daha düşük bir oranda (%4,4) rapor edilmiştir. MÜİ ise katılımcıların %23,9'unda gözlemlenmiştir. İzlem sonrası incelendiğinde, kadınların idrar kaçırma miktarlarının %65,2'sinin tamamen ortadan kalktığı ve katılımcıların %60,9'unun "hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum" ifadesini belirttiği gözlemlenmiştir. Ayrıca, günlük yaşamlarını etkileme düzeylerini 1-10 arasında puanlamaları istendiğinde, ortalama puan $1,24 \pm 1,25$ olarak bulunmuştur. Fonksiyonel tip Üİ, katılımcıların %26,1'inde gözlemlenirken, SÜİ %10,9 oranında bulunmuştur. MÜİ ise daha düşük bir oranda (%2,2) görülmektedir.

Ölçekten alınan toplam ICQSF puanının eğitim öncesinde $10,50 \pm 6,18$, izlem sonrasında ise $5,33 \pm 2,56$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda toplam ölçek puanının eğitim öncesi döneme göre anlamlı olarak azaldığı tespit

edilmiştir ($p<0.001$). Günlük yaşamı etkileme durumları incelendiğinde ise eğitim öncesi $10,50\pm6,18$ olan ortalamanın izlem sonrasında $1,24\pm1,25$ oranına azaldığı görülmüştür.

Tablo 4.9 Katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasındaki üriner inkontinans ve kegel egzersizine yönelik sağlık inanç ölçeğine ait alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi		İzlem Sonrası		Z	p
	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)		
Duyarlılık Algısı	31,13±9,33	33,5(9-45)	34,22±9,34	36(10-45)	-1,349	0,177
Ciddiyet Algısı	47,52±15,50	51,5(14-70)	40,78±18,95	33(14-70)	-2,102	0,036*
Sağlık Motivasyonu	15,28±4,95	16(5-25)	19,46±4,66	20(5-25)	-3,874	0,000**
Kegel Egzersizi Yarar Algısı	23,20±6,89	22(7-35)	31,22±7,00	35(7-35)	-4,478	0,000**
Kegel Egzersizi Engel Algısı	23,35±6,36	27(9-40)	12,00±6,80	9(9-45)	-5,263	0,000**
Öz Etkililik	14,80±3,68	15(5-24)	22,48±5,02	25(5-25)	-5,238	0,000**

Z: Wilcoxon Testi; *: $p<0,05$ ** $p<0.001$

Tablo 4.9 incelendiğinde, uygulanan Wilcoxon analizleri sonucunda katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasındaki ciddiye algısı, sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı, kegel egzersizi engel algısı ve öz etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, izlem sonrasındaki ciddiye algısı ve kegel egzersizi engel algısı puanları, eğitim öncesi zamanına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştır ($p<0.001$). Bunlara ek olarak, izlem sonrasındaki sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı ve öz etkililik puanları, eğitim öncesi zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4.10 Eğitim öncesi ve izlem sonrası SİM'e dayalı yapılan eğitimin katılımcıda oluşturduğu davranış değişikliğine ait verilerin karşılaştırılması (n=46)

	Eğitim öncesi		İzlem sonrası		McNemar analizi (p)
	Evet		Evet		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olmadığını düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlamıyorum.	13	28,3	8	17,4	0,302
İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olduğunu/olabileceğini düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlıyorum.	32	69,6	41	89,1	0,049*
İdrar kaçırma ile ilgili tedavi olmak istiyorum. Düzenli kegel egzersizlerini yapıyorum. Kontrollerimi düzenli gideceğim, aksatmayacağım.	23	50,0	41	89,1	0,000**
İdrar kaçırma problemim ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurdum ve tedaviye başladım. Düzenli kegel egzersizlerine devam ediyorum.	9	19,6	37	80,4	0,000**
Tedavi sürecime/ kegel egzersizine devam etmeyi planlıyorum.	31	67,4	44	95,7	0,001*
İdrar kaçırmadan nasıl korunacağımı ve kegel egzersizlerini nasıl yapacağımı bilirim.	12	26,1	45	97,8	0,000**
İdrar kaçırma problemi sonlanana kadar ve sonrasında da kegel egzersizlerine devam edeceğime kendime söz veririm	29	63,0	43	93,5	0,001*
Kegel egzersizlerini başarılı bir şekilde uygulayabilir ve idrar kaçırma ile baş edebilirim.	29	63,0	44	95,7	0,000**
Ailem ve yakın çevrem tedavi ve egzersizler konusunda beni teşvik eder.	24	52,2	41	89,1	0,000**
Kegel egzersizlerine başlamanın idrar kaçırma problemini çözmenin yanı sıra sağlığımı koruyacağını biliyorum.	33	71,7	44	95,7	0,007*

*:p<0,05; **:p<0.001

Tablo 4.10 incelendiğinde, uygulanan McNemar analizleri sonucunda katılımcıların eğitim öncesi ve izlem sonrasında “İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olduğunu/olabileceğini düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlıyorum.” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Ayrıca “İdrar kaçırma ile ilgili tedavi olmak istiyorum. Düzenli kegel egzersizlerini yapıyorum. Kontrollerimi düzenli gideceğim, aksatmayacağım.”, “İdrar kaçırma problemim ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurdum ve tedaviye başladım. Düzenli kegel egzersizlerine devam ediyorum.”, “Tedavi sürecime/ kegel egzersizine devam etmeyi planlıyorum.”, “İdrar kaçırmadan nasıl korunacağımı ve kegel egzersizlerini nasıl yapacağımı bilirim.”, “İdrar kaçırma problemi sonlanana kadar ve sonrasında da kegel egzersizlerine devam edeceğime

kendime söz veririm.”, “Kegel egzersizlerini başarılı bir şekilde uygulayabilir ve idrar kaçırma ile baş edebilirim.”, “Ailem ve yakın çevrem tedavi ve egzersizler konusunda beni teşvik eder.” ve “Kegel egzersizlerine başlamanın idrar kaçırma problemini çözmenin yanı sıra sağlığımı koruyacağını biliyorum.” ifadelerine verdikleri cevaplar eğitim öncesi zamana göre izlem sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir ($p<0.001$).





5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulguların tartışması aşağıda verilen iki alt başlık halinde sunulmuştur:

5.1. Ortopedik engelli kadınların tanıtıcı, obstetrik ve jinekolojik özellikleri ile Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalık durumlarına ilişkin verilerin tartışılması,

5.2. Ortopedik engelli kadınlara SİM'e dayalı verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren, eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem sonrasını karşılaştıran verilerin tartışılması.



5.1. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARIN TANITICI, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖZELLİKLERİ İLE Üİ VE KEGEL EGZERSİZLERİNE YÖNELİK FARKINDALIK DURUMLARINA İLİŞKİN VERİLERİN TARTIŞILMASI

Üİ gelişimini etkileyen faktörlerden bazıları gebelik sayısı, doğum aralığı, çocuk sayısı, sıklıkla idrar yolu enfeksiyonu geçirme ve doğum müdahaleleridir (49,152,153). Ortopedik engelli kadınlarla yaptığımız çalışmamızda da çalışmaya katılan kadınların %50'sinin doğum sayısının 1-3 aralığında, %71,4'ünün ise doğum aralığının üç ve üç yıldan fazla olduğu görülmüştür. Doğumların %80'inin müdahaleli olduğu, %40'ında epizyotomi uygulandığı, %40'ının sezaryen geçirdiği ve %20'inde iri bebek doğumu olduğu görülmüştür. Ayrıca kadınların %65,2'sinin sık aralıklarla doğum geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.2). 18-49 yaş arası engeli olmayan kadınlarda Üİ sıklığını ve Üİ'yi etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada; katılımcıların %63,9'unun en az bir doğum yaptığı, sezeryan doğum oranlarının neredeyse katılımcıların yarısını (%50) içerdiği, %14,1'inin iri bebek doğumu olduğu, %55,7'sine epizyotomi uygulandığı ve %4,9'una vakum ile müdahale edildiği bulunmuştur (32). 20 yaş ve üzeri Üİ sıklığının bakıldığı başka bir araştırmada da kadınların %93,5 i doğum yaptığı, %25,3'ünün sezeryan doğum, %45,1'inede epizyotomi uygulandığı tespit edilmiştir. Ayrıca kadınların %37,2'sinin sıklıkla idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği saptanmıştır (58). Öz'ün yaptığı çalışmasında ise deney ve kontrol grubunda sırasıyla %69,1-%88,3'inin doğum yaptığı, %8,2-%4,4'ünde müdahaleli vajinal doğum olduğu, %58,9-%54,4'üne epizyotomi uygulandığı, %6,8-%8,8'inin çoğul gebelik geçirdiği ve %38,4-%20,6'sının iri bebek doğurduğu bulunmuştur (134). Bu durum ortopedik engelli kadınların diğer engeli olmayan kadınlarla benzer obstetrik ve jinekolojik özellikler gösterdiği ve Üİ'ye yönelik risk faktörlerine de sahip olduğunu göstermektedir.

Kadınların Üİ'yi sağlık problemi olarak düşünme ya da düşünmeme durumu sağlık kuruluşuna başvuru yapma, semptom yönetimi ve probleme uyum açısından çok önemlidir (154,155). Araştırmamızda katılımcıların %80,4'ü idrar kaçırmayı bir sağlık problemi olarak değerlendirdiği bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışmamızla paralel olarak Öz (2021)'ün yaptığı çalışmasında kadınların neredeyse tamamının (%96,1) idrar kaçırmının sağlık sorunu olduğunu düşünmekte olduğu tespit edilmiştir (134). Tinetti

ve arkadaşlarının Avustralya’da 55 yaş üstü pelvik taban disfonksiyonu olan 376 kadın üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, yaş ve eğitim seviyesi gibi faktörlerin sağlık kuruluşuna başvuru üzerinde etkili olmadığı, ancak semptomların şiddetinin bu durumu belirlediği ortaya konulmuştur (156). Yapılan bazı çalışmalarda farklı olarak kadınların bu durumu önemsemediği ve sağlık problemi olarak görmediği de belirlenmiştir (25,31,157). Bu sonuç doğrultusunda engeli olsun ya da olmasın, kadınlar arasında Üİ’nin bir sağlık problemi olarak algılanmasının farklılık gösterebildiği ve bu algıyı geliştirmek için sağlık personellerinin kadınların bu farkındalığı artırmak için eğitimlerinde yer vermelerinin önemli olduğu değerlendirilmektedir.

5.2. ORTOPEDİK ENGELLİ KADINLARA SİM'E DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN, EĞİTİM ÖNCESİ, EĞİTİM SONRASI VE İZLEM SONRASINI KARŞILAŞTIRAN VERİLERİN TARTIŞILMASI

İdrar kaçırma kadın yaşamında istenmedik bir durum olup, hayatının her alanını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Özellikle idrar kaçırmanın sıklık ve miktarındaki artış paralel olarak yaşam kalitesini de negatif yönde etkilemektedir. Bu durumun yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiş olan ICIQ-SF ölçek puanları incelenmiştir. Ölçekten düşük puan alınması idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini ifade etmektedir. Çalışmamızda katılımcıların ICIQ-SF toplam puan ortalaması, eğitim öncesinde $10,50 \pm 6,18$ iken, izlem sonrasında $5,33 \pm 2,56$ olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi zamana göre izlem sonrasında toplam ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlemiştir (Tablo 4.8). Üİ’si olan kadınlara sağlığı geliştirme programı uygulanan bir çalışmada müdahale grubundaki kadınların ICIQ-SF toplam puan ortalaması $10,05 \pm 3,44$, kontrol grubundaki kadınların ise ICIQ-SF toplam puan ortalamasının $9,09 \pm 2,75$ olduğu saptanmıştır (29). Üİ’si olan kadınlarda ölçek karşılaştırılması yapılan çalışmada ise gruplar arasındaki ICQSF puan ortalaması 13.5522 ± 4.20 , 0.7333 ± 1.64 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (158). Literatüre paralellik gösteren bizim bulgumuzda da eğitim öncesinde katılımcıların Üİ semptom şiddetinin orta seviyede olduğu ve çalışmaya katılanların Üİ’ye bağlı yaşam kalitelerinin de önemli derecede etkilendiği belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise katılımcıların toplam puan

ortalamasında belirgin bir azalmanın olduğu, eğitim veya müdahalenin semptomları hafifletmede etkili olduğu ve katılımcıların yaşam kalitesinde iyileşmenin sağlandığı saptanmıştır. Ayrıca, standart sapmaların düşüşü, semptom şiddetindeki bireysel farklılıkların azaldığını ve yapılan eğitimin genel olarak katılımcılar üzerinde daha tutarlı bir etki yarattığını göstermektedir. Bu bulgular, verilen eğitimin veya uygulanan müdahalenin katılımcıların sağlık davranışları ile semptom yönetimi üzerindeki olumlu etkilerini destekler nitelikte olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda, ICIQ-SF ölçeğinde alınan puanlar hesaplandığında, kadınların günlük yaşamını farklı aşamalarda belirgin bir şekilde etkilediği görülmektedir (29,32). Araştırmamızda eğitim öncesi dönemde idrar kaçırma durumlarının günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilerken ($10,50 \pm 6,18$), izlem sonrası ($1,24 \pm 1,25$) bu durumun eğitim öncesi döneme göre anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.8). Üİ'si olan kadınlara verilen eğitim ile benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmada, ICIQ-SF toplam puan ortalaması $4,06 \pm 3,46$ olarak saptanmış ve kadınlarda Üİ'nin günlük yaşamı rahatsız edecek düzeyde olmadığı belirlenmiştir (32). Yapılan farklı bir çalışmada ise Üİ'nin yaşam kalitesi üzerinde ihmal edilebilir bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($2,81 \pm 4,02$) (159). 20 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ sıklığı ile ICIQ-SF değerlendirilen başka bir çalışmada da, %57,5'inin rahatsız etmeyen, %42,5'inin ise rahatsız edici boyutta Üİ semptomları yaşadığı belirlenmiştir (58). Üİ sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelendiği başka bir çalışmada ise idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi sonuçlarının ortalaması $4,65 \pm 3,38$ olup, %66,5'i günlük yaşamının az etkilendiğini %33,5'i günlük yaşamının çok etkilendiğini ifade ettiği ve kadınların Üİ'nin günlük yaşama etkisinin $4,65 \pm 3,38$ olduğu bulunmuştur (32). Literatürle benzerlik gösteren bu bulgu, araştırmanın H_3 hipotezini desteklemektedir. Çalışmada gerçekleştirilmiş olan eğitimin veya müdahalenin, katılımcıların Üİ semptomlarını daha iyi yönetmelerine neden olduğunu, bu durumda günlük yaşamları üzerinde olumsuz etkilerin azalmasına yardımcı olabileceğini göstermektedir. Bu sonuç, eğitimle sağlanan bilgi ve farkındalığın, bireylerin yaşadıkları semptomları hafifletme ve yaşam kalitelerini iyileştirme konusunda etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Ortopedik engeli olan kadınlarla yaptığımız bu çalışmada, katılımcıların %30,4'ünün günde birkaç kez ve %21,7'sinin haftada iki veya üç kez idrar kaçırdığı;

idrar kaçırma miktarlarının ise sırasıyla %45,7 oranında az miktarda ve %26,1 oranında da orta derecede olduğu tespit edilmiştir. ICIQ-SF'in Üİ sıklığı alt boyutu inceleyen, herhangi bir engeli olmayan kadınlarla yapılan bir araştırmada da, kadınların %67,6'sının haftada bir ya da daha seyrek Üİ yaşadığı, Üİ miktarı alt boyutu incelendiğinde %72,5'inin az miktarda Üİ yaşadığı belirlenmiştir (29). 20-80 yaş arası 1050 kadının katıldığı kesitsel bir çalışmada Üİ belirlenen kadınların yarısı günde bir veya daha fazla Üİ yaşadığını ve üç kadından ikisi az miktarda Üİ yaşadığını belirtmiştir (160). Ateş ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise kadınların %22,5'inin haftada bir veya daha seyrek, %16,0'ının haftada iki veya üç kez, %18,5inin günde bir kez, %26,0'ının günde birkaç kez ve %17,0'ının her zaman idrar kaçırdığı saptanmıştır (32). Üİ sıklığının verilen eğitimler ile belirgin bir şekilde azalması, verilen eğitim veya eğitim içeriğinde yer alan önerilerin semptomların yönetilmesinde etkili olduğunu gösterdiği düşünülmektedir. Bu durum, katılımcıların eğitimi aldıktan sonra daha doğru bilgiye sahip olduklarını, semptomları tanıma ve yönetme konusunda daha da bilinçli hale geldiklerini ve bu sayede idrar kaçırma sıklığını azaltabildiklerini işaret edebilmektedir.

Araştırmamıza katılan ortopedik engelli kadınların, eğitim öncesinde %15,2'si hiçbir zaman idrar kaçırmadığını belirtirken; %34,8'inin fonksiyonel tip inkontinans, %21,7 SÜİ, %23,9'unda MÜİ ve %4,4 oranında ise overflow tip inkontinans yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulgu bize katılımcıların önemli bir kısmının hareketlilik sınırlamaları nedeniyle tualete ulaşmada zorluk yaşadığını göstermektedir. İzlem sonrasında ise çalışmaya katılan kadınların idrar kaçırma miktarlarının %65,2'sinin tamamen ortadan kalktığı ve katılımcıların %60,9'unun "hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum" ifadesini belirttiği saptanmıştır. %26,1'inde fonksiyonel tip Üİ, %10,9 oranında SÜİ ve %2,2 oranında MÜİ belirlenmiştir. Başkaya'nın yaptığı araştırmada ise; kadınların %37,7'sinin miks Üİ, %38,0'ının SÜİ ve %24,6'sının UÜİ yaşadığı belirlenmiştir (29). 40 yaş üzeri Üİ sıklıklarının araştırıldığı çalışmada ise %12,6 MÜİ, %10,7 SÜİ ve %3,2 UÜİ olarak bulunmuştur (45). 40-60 yaş aralığındaki katılımcılarla yapılan bir başka araştırma da SÜİ, MÜİ ve UÜİ yaygınlığı sırasıyla %56,5, %55 ve %51,1 olarak saptanmıştır (37). Yine premenopoz ve menopoz dönemdeki kadınların Üİ sıklığına bakılan araştırma da en sık rastlanılan tip %54,2 oranla SÜİ olduğu görülmüştür (43). 20 yaş ve üzeri Üİ

sıklığının bakıldığı başka bir araştırmada da kadınların en sık olarak SÜİ görülmekle birlikte (%44.8), %24.1'inde UÜİ ve %31'inde MÜİ saptanmıştır (58). 40 yaşın altındaki katılımcılarla yapılan bir araştırma da SÜİ (%19,1) ve UÜİ (%19,6) inkontinansın yaygınlığı yaklaşık olarak aynıydı ve bunu MÜİ (%14,4) izlendiği bulunmuştur (37). Bizim çalışma bulgumuz ile diğer çalışmalar incelendiğinde; ortopedik engelli kadınlarda fonksiyonel Üİ daha yaygın bulunurken, engeli olmayan kadınlarda ise SÜİ daha sık görülmesi, bu iki grup arasındaki farkın fiziksel ve fonksiyonel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu sonucun, her iki grup arasındaki yaşam tarzı, hareketlilik ve fizyolojik durumlar arasındaki farklılıkları yansıttığı düşünülmektedir. Bu durum, katılımcıların eğitim aldıktan sonra daha doğru bilgiye sahip olduklarını, semptomları tanıma ve yönetme konusunda daha da bilinçli hale geldiklerini ve bu sayede idrar kaçırma sıklığını azaltabildiklerini işaret edebilmektedir. Bu bulgu H₄ hipotezini desteklemektedir.

Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik bilgi değerlendirmeleri, katılımcıların bu konularda ne kadar bilgi sahibi olduklarını belirlememize yardımcı olmakla birlikte semptom yönetimini iyileştirmek ve sağlık davranışlarını değiştirmek için önemli bir araçtır (161,162). Araştırmamızda eğitim öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesinde $4,65 \pm 2,07$ iken, eğitim sonrasında $6,21 \pm 1,52$ olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde bilgi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4.5). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuza benzer şekilde, farkındalık eğitimi alan postmenopozal kadınların Üİ ile ilgili bilgi düzeylerinin ve yönetim becerilerinin arttığı, bunun yanı sıra tedavi seçenekleri konusundaki farkındalıklarının yükseldiği ve günlük yaşamlarındaki kısıtlanmaların azaldığı tespit edilmiştir (163). Benzer olarak 60 yaş ve üzeri kadınlarda Üİ farkındalık eğitiminin bilgi düzeylerine bakıldığı araştırmada da eğitim süreci sonrasında katılımcıların bilgi düzeylerinin arttığı bulunmuştur (164). Literatürle benzerlik gösteren bu bulgu, araştırmanın H₁ hipotezini desteklemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda engeli olsun ya da olmasın tüm kadınların eğitim sürecinden olumlu etkilenmesinin, sağlıklarını geliştirmek adına öz-yönetim becerilerinde ve kegel egzersizlerini uygulamada daha aktif olmalarının ve motivasyonlarında artış gözlenmesinin bir sonucu olduğu değerlendirilmektedir.

SİM'de duyarlılık algısı, bireyin bir sağlık sorununa yakalanma olasılığına dair

kendi algısını ifade etmektedir. Verilen eğitim veya danışmanlıklar sonrası duyarlılık algısının değişmesi beklenmektedir (165,166). Çalışmamızda ortopedik engelli kadınlara uygulanan çevrimiçi eğitim ile izlem sonrasında duyarlılık alt boyutuna ait ortanca değerin arttığı, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.9). Benzer şekilde 2021 yılında Öz ve arkadaşlarının Üİ inancı geliştirmek için yaptıkları çalışmada da deney grubunda duyarlılık alt boyutunun ortancasının arttığı bulunmuştur (134). SİM’e dayalı yapılan birçok çalışmada eğitim sonrasında duyarlılık alt boyutunun artış gösterdiği görülmektedir (18.123,167). Literatürde ve çalışmamızda gözlemlenen artışın, engeli olsun ya da olmasın tüm kadınlarda konuya ilişkin farkındalığın artması, eğitime yönelik istek ve motivasyonun yükselmesi ve mevcut veya olası risk faktörlerinin fark edilmesi gibi etkenlere bağlı olabileceği düşünülebilir.

Ciddiyet algısı, SİM alt boyutlarından biridir ve bireylerin, belirli bir sağlık sorununun kendi yaşamları üzerindeki potansiyel etkilerini hangi düzeyde ciddi olarak algıladıklarını ifade etmektedir (168,169). Saffari ve arkadaşlarının 2024 yılında koroner hastalarına SİM tabanlı yaşam tarzı değiştirme programı uyguladıkları çalışmalarında, ciddiyet algısının deney grubunda azaldığı kontrol grubunda arttığı bulunmuştur (170). Yine orta yaşlı kadınlarda SİM’e dayalı servikal kanser taramasına bakılan başka bir çalışmada, deney grubunda ciddiyet algısının eğitim sonu ve izlem aşaması ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (171). Ortopedik engelli kadınlarla yaptığımız bu çalışmada da benzer şekilde ciddiyet algısının, verilen eğitim sonrası eğitim öncesi zamana göre anlamlı derecede azaldığı görülmüştür (Tablo 4.9) ($p<0,05$). SİM tabanlı verilen birçok çalışmada eğitim sonu ya da izlem aşamasında ciddiyet algısının olumlu yönde değiştiği görülmektedir (134,172). Ciddiyet alt boyutunun engel durumunun etkilemediği ve literatürle paralel sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. SİM ciddiyet alt boyutunun azalmasının nedenleri arasında ortopedik engelli kadınlara sağlanan eğitimin özellikle de eğitim içeriğindeki eğitim sürecinin ikinci oturumunda yer alan, duyarlılık ve ciddiyet algısına yönelik olan “Üİ belirti ve risk faktörleri, Ortopedik engellilerde durum” konularının yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. SİM’e dayalı planlanan çevrim içi eğitimle birlikte katılımcıların bireysel sağlık kaygılarını azaltabileceği, risklerin yönetilebilir olduğuna dair inancını geliştirebileceği, koruyucu ve tedavi edici yöntemlere dair

katılımcıların bilgi artışı olabileceği düşünülmektedir. Bu düşünceyi katılımcıların eğitimlerde ikinci oturumda aldığı $9,61 \pm 0,77$ puan ortalaması ile kazanımlarının yüksek olduğu bulgusu da desteklemektedir (Tablo 4.7).

Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç ölçeğinin alt boyutlarından biri olan sağlık motivasyonu, bireylerin genel sağlık durumlarını iyileştirme ve sağlıklı yaşam davranışları benimseme konusundaki istek durumlarını ve eğilimlerini ifade etmektedir (173,174). Çalışmamızda eğitim öncesi ve izlem aşaması karşılaştırıldığında sağlık motivasyonu alt boyutunun anlamlı bir şekilde arttığı görülmüştür (Tablo 4.9) ($p < 0.001$). Yanikkerem ve arkadaşlarının SİM kullanarak kadınların pap smear hakkında inanç ve tutumlarına baktıkları çalışmalarında, düzenli jinekolojik muayeneye giden ve testler hakkında bilgisi olan kadınların sağlık motivasyonlarının daha yüksek olduklarını bulmuşlardır (175). Yine telegram aracılığı ile SİM tabanlı eğitimin pap smear yaptırma durumuna baktıkları başka bir çalışmada da sağlık motivasyonunun eğitim öncesi döneme göre anlamlı bir şekilde arttığı görülmektedir (176). SİM tabanlı eğitim verilen başka çalışmalarda da eğitim sonrası ya da izlem aşamasında sağlık motivasyonu algısının arttığı görülmektedir (177,178). Sağlık motivasyonunun artması bize sağlık farkındalığının arttırdığını, kendi sağlık durumuna yönelik sorumluluk algısını güçlendirdiğini ve çalışmada verilen çevrim içi eğitimin birey üzerindeki etkisinin pozitif yönde olduğunu gösterdiğini düşündürmektedir. Hemşirelerin, kişilerde sağlık motivasyon algısını artırmak için hastalarına doğru bilgi vererek, empatik iletişim kurarak ve sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini teşvik ederek danışmanlık, eğitim ve rehberlik rollerine önem vermesi önerilebilir.

Kegel egzersizi yarar algısı bireylerin kegel egzersizlerini uygulamadaki olumlu etkilerine yönelik inançlarını ifade etmektedir. Öz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların girişim öncesi döneme göre kegel egzersizi yarar algılarında artış görüldüğü ve istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır (134). Bu çalışmada da izlem aşamasında eğitim öncesi döneme göre katılımcıların kegel egzersizi yarar algılarının daha yüksek olduğu ve aralarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9) ($p < 0.001$). SİM tabanlı eğitim verilen diğer çalışmalarda da yarar algısının eğitim öncesi döneme göre eğitim sonrasında ve izlem aşamalarında anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (179-181). Kegel egzersizlerinin

yarar algısındaki artışın, kadınların eğitimle bilgi ve farkındalık düzeylerinin yükselmesi, kişisel deneyim ve gözlemlerinin güçlenmesi nedeniyle geliştiği düşünülmektedir. Bu sonucu destekler nitelikte çalışmamızda kadınların eğitim sonrası çevrimiçi eğitim programına eğitici ve kapsama yönelik memnuniyet oranlarının da çok yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Eğitim sürecine yönelik memnuniyet düzeyindeki artış, verilen eğitimin içerik, uygulama yöntemi ve sağladığı faydalar açısından katılımcıların beklentilerini karşıladığını ve ihtiyaçlarına uygun olduğunu gösterdiği düşünülmektedir. Bu nedenle kliniklerde özellikle özel gereksinimi olan bireylerin Üİ açısından değerlendirilmesinin ve onlara planlı bir eğitimin verilmesinin önemli olabileceği değerlendirilmiştir.

Üİ ve kegel egzersizine yönelik inanç ölçeği kegel egzersizi engel algısı, bireylerin kegel egzersizlerini uygulamaya yönelik algıladıkları engelleri veya zorlukları ifade etmektedir. Çalışmamızda da katılımcıların kegel egzersizi engel algısı puanları, eğitim öncesi zamana kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.9) ($p<0.001$). Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik yapılan başka bir çalışmada da benzer olarak deney grubunda eğitim öncesi döneme göre azalma olduğu belirlenmiştir (134). Benzer olarak literatürde SİM tabanlı verilen eğitimlerde eğitim sonrası ya da izlem aşamasında engel algılarının azaldığı görülmektedir (182-186). Kegle egzersizi engel algısının eğitim öncesi döneme göre azalma göstermesinin nedenleri arasında yapılan çevrim içi eğitim ve rehberlik sürecinin etkin olması, egzersizlerin basit ve erişilebilir olduğunun net şekilde anlatılmış olması, başarılı deneyimlerin paylaşılması ve eğitim esnasında yaşanan engellere yönelik destekleyici çözümlerin açıklanması düşünülebilir. Bu nedenle hemşirelerin verdikleri veya sağladıkları eğitim ve danışmanlık süreçlerinde, egzersizlerin erişilebilirliğini ve uygulanabilirliğini vurgulamaları, başarı hikayelerini paylaşmaları ve karşılaşılan engeller için destekleyici çözümler sunmaları gerektiğine dikkat etmeleri gerekmektedir.

Öz etkililik, bireylerin belirli bir sağlık davranışını başarıyla gerçekleştirebilme konusundaki özgüvenini göstermektedir (187). Khorsandi ve arkadaşlarının meme kanseri olan hastaların birinci derece yakınlarında kanseri önleme için SİM tabanlı uyguladıkları bir eğitim süreci sonrasında katılımcıların öz etkililik puanlarının anlamlı derecede artış gösterdiği bulunmuştur (188). Benzer şekilde hipertansif

hastalığın önleyici davranışlarının teşvik edilmesinde sağlık inanç modeline dayalı eğitimin etkisine bakılan bir başka çalışmada da eğitim süreci sonrasında öz etkililik algılarının anlamlı derecede arttığı görülmektedir (189). SİM tabanlı eğitim verilerek yapılan birçok çalışmada eğitim sonrasında öz etkililik algılarının arttığı bulunmuştur (134,190-192). Bizim çalışma bulgumuzun da literatürle paralellik göstermesi ile birlikte, izlem aşamasında öz etkililik algılarının arttığı, eğitim öncesi ile eğitim sonrası izlem aşaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9) ($p<0.001$). Öz etkililik algılarının artması, çalışmadaki diğer bulgu olan bilgi puanının ve beceri kazanım puanlarının yüksek olması ile daha da güçlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, hemşirelere Üİ'ye yönelik engelliler için planlayacakları eğitimlerde öz etkililik algısını artırmaya yönelik uygulamalı etkinlikler ve başarı hikayelerinin paylaşımına odaklanmaları önerilebilir. Yapılan eğitim ve pekiştirmelerin, bireylerin öz etkililiğini artırdığı, pratik yapmalarını sağladığı, başarı ve deneyim paylaşımına katkıda bulunduğu ve pozitif pekiştirmenin önemini gösterdiği düşünülmektedir.

SİM tabanlı bir eğitim uygulamasının sonunda davranış değişikliği gözlemlenmesi, bireylerin sağlıkla ilgili inançlarında ve algılarında meydana gelen dönüşümün somut bir göstergesidir. Bu tür bir değişim, bireylerin sağlık davranışlarını daha bilinçli ve etkili bir şekilde değiştirme yönünde adımlar attığını, aynı zamanda modelin önerdiği inanç öğelerinin (öz yeterlilik, sağlık tehditlerinin ciddiyeti ve fayda algısı gibi) eğitim süreciyle pekiştirdiğini ve sağlıkla ilgili kararlarını yeniden değerlendirdiğini ortaya koymaktadır (193). Araştırmamızda da yapılan eğitimin katılımcıların *“idrar kaçırma ile ilgili farkındalıkları, tedavi ve kegel egzersizlerine yönelik tutumları, egzersizleri düzenli yapma kararlılıkları ve tedavi sürecine bağlılıkları”* konularında davranış değişikliği yarattığı belirlenmiş olup, eğitim öncesi ile izlem aşaması açısından anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (Tablo 4.10) ($p<0.001$). Yapılan çalışmalarda SİM tabanlı verilen eğitimlerin bireyde davranış değişikliği yaratma açısından faydalı olduğu saptanmıştır (194-198). Literatürle benzerlik gösteren bu bulgunun, SİM tabanlı bir eğitim programının sonrasında olumlu davranışların gözlemlenmesi, eğitimin bireylerin sağlık algısını ve davranış değişikliği motivasyonunu başarıyla desteklediğini gösterdiği değerlendirilmektedir. Sonuç olarak, ortopedik engelli katılımcıların Üİ değerlendirmesi açısından özel bir grup

oluşturduğu ve bu özel gereksinimi yüksek popülasyonlara ulaşmanın, hemşirelerin sunduğu hizmetin kalitesini artırma açısından büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır. Bu bağlamda, yapılan bu eğitim programının, benzer gruplara yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayabileceği ve diğer çalışmalara örnek teşkil edebileceği değerlendirilmiştir. Bu bulgu araştırmanın H₅ hipotezini desteklemektedir.

Çalışmada, Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan tüm puanların eğitim öncesi ve izlem sonrası süreçlerinde anlamlı farklılıkların saptandığı, eğitim sonrası ciddiye algısı ve kegel egzersizi engel algısı puanları, eğitim öncesi zamanına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$; $p<0.001$), diğer yandan sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı ve öz etkililik puanları, eğitim öncesi zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı ($p<0.001$) saptanmıştır (Tablo 4.9). Ayrıca ortopedik engelli kadınların yapılan çevrimiçi eğitim programı ile Üİ ye ve kegel egzersizlerine yönelik davranış değişikliği yarattığı belirlenmiş olup, eğitim öncesi ile izlem aşaması açısından anlamlı bir farkın olduğu, eğitim sonrası dönemde özellikle “Üİ ile ilgili farkındalıkları, tedavi ve kegel egzersizlerine yönelik tutumları, egzersizleri düzenli yapma kararlılıkları ve tedavi sürecine bağlılıkları” konularında değişiklikler görülmüştür (Tablo 4.10). Bu bulgular araştırmanın H₂ ve H₆ hipotezlerini desteklemektedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmaya katılan ortopedik engelli kadınların %73,9'unun hareket gereksinimini tekerlekli sandalye ile karşıladığı belirlenmiştir. Katılımcıların %39,1'i lise mezunu olup %91,3'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. %50'si istihdam edilmekte, %47,8'i gelirini giderinden az, diğer %47,8'i ise gelir-gider dengesinin eşit olduğunu ifade etmektedir. Katılımcıların %50'si evli olup, %69,6'sı sigara kullanmamakta, %95,7'si alkol tüketmemektedir. Ayrıca, %52,2'sinin çocuk sahibi olduğu, %82,6'sının kendileri için planlanan egzersizleri düzenli olarak uyguladığı ve %67,4'ünün günlük sıvı alımının 2000 ml'nin altında olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine ilişkin veriler incelendiğinde, %50'sinin 1-3 sayısında doğumu olduğu, %71,4'ünün doğum aralığının 3 yıl ve fazlası olduğu, %60'ının doğum şeklinin vajinal olduğu, bunların %80'ininde müdahaleli doğum olduğu ve müdahale olarak hepsinde (%100) vakum kullanıldığı, %60'ının epizyotomi uygulanmadığı, %80'inin iri bebek doğumu olmadığı, %96'sının çoğul gebelik yaşamadığı, %97,8'inin histerektomi olmadığı, %65,2'sinin sıklıkla İYE geçirdiği %78,3'ünün menopoz döneminde olmadığı ve menopoz döneminde olanların %90'ının hormon tedavisi almadığı saptanmıştır.

SİM çerçevesinde yapılan çevrimiçi eğitim programı sonrasında ortopedik engelli kadınların memnuniyet, eğitim içeriğine yönelik kazanımları ve bilgi puanları değerlendirildiğinde;

1. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde Üİ'ye yönelik bilgi değerlendirme formu ile değerlendirildiğinde katılımcıların eğitim öncesi bilgi puan ortalamalarının $(4,65 \pm 2,07)$ eğitim sonrası dönemde $(6,21 \pm 1,52)$ istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği belirlenmiştir ($p=0.001$).
2. Çevrimiçi eğitim sürecine yönelik memnuniyet durumlarına bakıldığında; kapsam, içerik, eğitici, eğitim ortamı ve süreç ile ilgili memnun oldukları eğitim sonrası dönemde neredeyse tüm ifadelerle “katılıyorum” yanıtı vererek saptanmıştır.

3. Eğitim içeriği ve her bir oturuma ait kazanımlar değerlendirildiğinde, katılımcıların eğitim sonrasında tüm ifadelerine verdikleri puan (Toplam puan 10, en düşük 9,61) ile kazanımlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

SİM çerçevesinde yapılan çevrimiçi eğitim programı sonrasında ortopedik engelli kadınların SİM Üİ ve kegel ölçeğine yönelik eğitim öncesi, sonrası ve izlem aşamaları değerlendirildiğinde;

Çalışmaya katılan ortopedik engelli kadınların SİM' e dayalı yapılan çevrim içi eğitim programı sonrası eğitim öncesi ve izlem zamanlarındaki Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç ölçeğinin ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı, kegel egzersizi engel algısı ve öz etkililik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, izlem aşaması zamanındaki ciddiyet algısı ve kegel egzersizi engel algısı puanları, eğitim öncesi zamanına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştır. Diğer yandan, izlem zamanındaki sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı ve öz etkililik puanları, eğitim öncesi zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan çevrim içi eğitim programı ile ortopedik engelli kadınların eğitim öncesi ve izlem aşamaları davranış değişikliği yönünden incelendiğinde; “Üİ ile ilgili farkındalıkları, tedavi ve kegel egzersizlerine yönelik tutumları, egzersizleri düzenli yapma kararlılıkları ve tedavi sürecine bağlılıkları” konularında davranış değişikliği yarattığı belirlenmiş olup, eğitim öncesi ile izlem aşaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışmada, Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan tüm puanların eğitim öncesi ve izlem aşaması süreçlerinde anlamlı farklılıkların saptandığı, eğitim sonrası ciddiyet algısı ve kegel egzersizi engel algısı puanları, eğitim öncesi zamanına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), diğer yandan sağlık motivasyonu, kegel egzersizi yarar algısı ve öz etkililik puanları, eğitim öncesi zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı ($p<0,05$) saptanmıştır (Tablo 4.9). Ayrıca ortopedik engelli kadınların yapılan çevrimiçi eğitim programı ile Üİ ye ve kegel egzersizlerine yönelik davranış değişikliği yarattığı belirlenmiş olup, eğitim öncesi ile izlem aşaması açısından anlamlı bir farkın olduğu, eğitim sonrası dönemde özellikle “Üİ ile ilgili farkındalıkları, tedavi

ve kegel egzersizlerine yönelik tutumları, egzersizleri düzenli yapma kararlılıkları ve tedavi sürecine bağlılıkları” konularında değişiklikler görülmüştür (Tablo 4.10).

6.2. ÖNERİLER

SİM tabanlı ortopedik engelli kadınlara yönelik Üİ’ye ilişkin çevrimiçi eğitim programı ile elde edilen bulgular, bu tür eğitim programlarının hem Üİ’ye karşı farkındalık oluşturma hem de kegel egzersizlerinin düzenli uygulanmasını teşvik etme açısından önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, programın davranışsal değişikliklere yol açmasının, SİM alt boyutlarında ölçülen iyileşmelerle paralellik gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, çevrimiçi eğitimlerin engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişimi artırmanın yanı sıra, sağlıkla ilgili olumlu davranış değişikliklerini teşvik etmede etkili bir araç olabileceğini ortaya koymaktadır. Gelecekteki çalışmalarda, farklı engel gruplarına yönelik benzer eğitim programlarının uygulanarak bu tür müdahalelerin kapsamının genişletilmesi önerilmektedir.

Bunlara ek olarak, eğitim programlarının kişiye özel hale getirilmesi, ortopedik engelli kadınların bireysel ihtiyaçları ve sağlık durumları doğrultusunda uyarlanmış içeriklerin geliştirilmesiyle programın etkinliğini artırabilir. Katılımcıların eğitim sürecinde birbirleriyle etkileşimde bulunabilecekleri çevrimiçi destek gruplarının oluşturulması, motivasyonun pekiştirilmesi ve bilgi paylaşımının teşvik edilmesi açısından fayda sağlayacaktır. Ayrıca, eğitim materyallerinin görsel ve uygulamalı hale getirilmesi, kegel egzersizleri gibi pratik uygulamaların adım adım rehberlik sağlayan videolarla desteklenmesi, eğitimin erişilebilirliğini artırarak katılımcıların sürece daha etkin katılımını sağlayacağı düşünülmektedir.

Eğitim sonrası izleme ve değerlendirme süreçlerinin güçlendirilmesi, katılımcıların davranış değişikliklerinin sürekliliğini sağlamak ve uzun vadeli etkilerini gözlemlemek açısından önem taşımaktadır. Farklı engel gruplarına yönelik müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi ve programların engel türüne özgü olarak özelleştirilmesi, her bireyin özel gereksinimlerine daha iyi yanıt verilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu süreçte hemşireler, ortopedik engelli bireylerin sağlık eğitimi süreçlerinde

merkezi bir rol üstlenmektedir. Öncelikle, hemşirelerin bireylerin özel ihtiyaçları ve sağlık durumları doğrultusunda özelleştirilmiş eğitim programları geliştirmeleri önerilmektedir. Bu tür programlar, katılımcıların sağlıkla ilgili farkındalıklarını artırarak davranış değişikliklerini teşvik edebilir. Ayrıca, bireylerin motivasyonlarının artırılması, eğitim sürecinin etkinliğini güçlendirecektir.

Hemşirelerin, katılımcıların öz-yeterlilik algılarını destekleyecek, davranış değişikliklerini pekiştirecek stratejiler geliştirmesi ve başarı hikayeleri gibi motivasyon artırıcı unsurları sürece dahil etmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, eğitim sonrası izleme ve değerlendirme süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, davranış değişikliklerinin sürekliliğini sağlamak açısından kritik bir faktördür. Bu öneriler, hemşirelerin ortopedik engelli bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını iyileştirme, eğitim süreçlerini optimize etme ve tedaviye uyumu artırma konularındaki rollerini güçlendirmelerine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., ... & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 29(1), 4-20.
- Ebbesen, M. H., Hunskaar, S., Rortveit, G., & Hannestad, Y. S. (2013). Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC urology*, 13(1), 27
- Shamliyan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. Prevention of Urinary and Fecal Incontinence in Adults. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2007. Report No.: 08-E003. <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/fuiad/fuiad.pdf>
- United Nations (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. Available online at: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.
- World Health Organization (WHO). (2018). Disability and health [online]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health\(open_in_a_new_window\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health(open_in_a_new_window)).
- World Health Organization. World Report on Disability 2011. Erişim: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_en.pdf
- T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü. "Türkiye Özürlüler Araştırması". Aralık, 2002. Erişim: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Konut Araştırması. 2011. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=276
- Raporu, D. E. (2011). Dünya Sağlık Örgütü.
- Enstitüsü, D. İ. (2004). Türkiye Engelliler Araştırması 2002. *Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü*.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (2013). Nüfus ve konut araştırması 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Aile, T. C., & Bakanlığı, S. P. (2010). Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010. *TÜİK; (2010) Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2010; 38-45. file:///C:/Users/totm/Desktop/-5262154090452809666.pdf adresinden 04.07. 2016 tarihinde indirilmiştir.*
- Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına Dair Uluslararası Sözleşmesi, <https://treaties.un.org/Pages/Home.aspx>
- Piotrowski, K., Snell, L. (2007). Health needs of women with disabilities across the lifespan. *JOGNN*, 36: 79-87.
- Palmer, M. H. (2004). Use of health behavior change theories to guide urinary incontinence research. *Nursing Research*, 53(6S), S49-S55.
- Başgöl, Ş. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Health Sciences and Professions*, 3(1), 57-65. doi: 10.17681/hsp.45119
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2011). Lifestyle changes for the prevention and management of lower urinary tract symptoms in women. *International Journal of Urological Nursing*, 5(1), 3-13.
- Abraham, C., & Sheeran, P. (2005). The health belief model. *Predicting health behaviour*, 2(1), 28-80.
- Hamzaee, K., et al. (2019). "Efficacy of Health Belief Model Compared to the Traditional Education on Kegel Exercises in Middle-Aged Women". *J.Health*. 9 (5). 576-588.
- Arkan, G. (2018). İnmeli Hastalara Sağlık İnanc Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey)).

21. Sacomori, C., Cardoso, F. L., & Sperandio, F. F. (2012). Teaching pelvic floor muscle exercises to women in a primary care setting: participants' adherence and acceptance. *J Yoga Phys Ther*, 2(121), 2.
22. Borozancı, İ., Sezer, S., Türe, D., Panış, B. İ., Arıcı, A., & Bolat, G. B. (2021). Pandemi sürecinde fiziksel engelli bireylerin sorun ve beklentileri üzerine nitel bir inceleme. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 21(2), 269-289.
23. Koyutürk, Ö. A., & Körükcü, Ö. Toplumsal Cinsiyet Rollerinde Engelli Bir Kadın Olmak. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 24(2), 76-96.
24. Buran, G., & Gerçek, E. (2019). KADINDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN KONSERVATİF TEDAVİSİNDE GÜNCEL VE KANITA DAYALI UYGULAMALAR: LİTERATÜR İNCELEMESİ. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(3), 155-161.
25. Demir, S., & Beji, N. K. (2015). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *FN Hem. Derg.*, 23(1), 23-31.
26. Daneshpajoo, A., Naghibzadeh-Tahami, A., Najafipour, H., & Mirzaei, M. (2021). Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Iranian women. *Neurourology and Urodynamics*, 40(2), 642-652.
27. D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., ... & Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and urodynamics*, 38(2), 433-477.
28. Committee on Practice Bulletins—Gynecology and the American Urogynecologic Society., 2015
29. Başkaya (2023). Üriner inkontinansı olan kadınlarda sağlığı geliştirme modeline dayalı eğitim ve danışmanlık programının benlik saygısı, cinsel doyum ve yaşam kalitesine etkisi; Doktora tezi, Ankara.
30. Coşkun, A. (2000). Alt üriner sistem anatomi ve fizyolojisi kontinans mekanizması. Ed: Kızılkaya BN, Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı, 1, 1-17.
31. Ulucanlı (2023). Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18-49 yaş arası premenopozal kadınlarda üriner inkontinans sıklığı, ilişkili faktörler, beden imgesi algısı ve üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi; Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul.
32. Ateş (2019). 35-65 yaş arası stres üriner inkontinansı tarifleyen obez kadınlarda yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi, Yüksek lisans tezi, Ankara.
33. Özyurt, C., & Şimşir, A. Miksiyon nörofizyolojisi ve kontinans mekanizması, 2009. Yalçın, Ö.(Edt.), Temel Ürojinekoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 21-26.
34. Hazar HU. Üriner İnkontinans (Üİ). Saydam BK, editör. Olgularla Jinekolojik Hastalıklarda Bakım. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2015: 209-217; ONUR, R., & BAYRAK, Ö. (2015). Üriner İnkontinans
35. Scemons, D. (2013). Urinary incontinence in adults. *Nursing*2023, 43(11), 52-60
36. Faltin, D. L. (2009). Epidemiology and definition of female urinary incontinence. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 38(8 Suppl), S146-52.
37. Alizadeh, A., Montazeri, M., Shabani, F., Bani, S., Hassanpour, S., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2023). Prevalence and severity of urinary incontinence and associated factors in Iranian postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC urology*, 23(1), 18.
38. John, A. S., Mboto, C. I., & Agbo, B. (2016). A review on the prevalence and predisposing factors responsible for urinary tract infection among adults. *Euro J Exp Bio*, 6(4), 7-11.
39. Moon, S., Chung, H. S., Kim, Y. J., Kim, S. J., Kwon, O., Lee, Y. G., ... & Cho, S. T. (2021). The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(5), e0251711.
40. Moosdorff-Steinhauser, H. F., Berghmans, B. C., Spaanderman, M. E., & Bols, E. M. (2021). Urinary incontinence during pregnancy: prevalence, experience of bother, beliefs, and help-seeking behavior. *International urogynecology journal*, 32, 695-701.

41. Shijagurumayum Acharya, R., Tveter, A. T., Grotle, M., Khadgi, B., Braekken, I. H., & Stuge, B. (2020). Pelvic floor muscle training programme in pregnant Nepalese women—a feasibility study. *International Urogynecology Journal*, 31, 1609-1619.
42. Yavuz, M., & Etiler, N. (2023). Addressing urinary incontinence by gender: a nationwide population-based study in Türkiye. *BMC urology*, 23(1), 205.
43. DİNÇ, A., & ÖZER, N. E. (2019). Premenopoz ve Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2).
44. Abufaraj, M., Xu, T., Cao, C., Siyam, A., Isleem, U., Massad, A., ... & Yang, L. (2021). Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *American journal of obstetrics and gynecology*, 225(2), 166-e1.
45. Sumarsono, B., Jong, J. J., Wang, J. Y., Liao, L., Lee, K. S., Yoo, T. K., ... & Chuang, Y. C. (2020). The prevalence of urinary incontinence in men and women aged 40 years or over in China, Taiwan and South Korea: a cross-sectional, prevalence-based study. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 12(3), 223-234.
46. Batmani, S., Jalali, R., Mohammadi, M., & Bokaei, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC geriatrics*, 21, 1-17.
47. Shang, X., Fu, Y., Jin, X., Wang, C., Wang, P., Guo, P., ... & Yan, S. (2023). Association of overweight, obesity and risk of urinary incontinence in middle-aged and older women: a meta epidemiology study. *Frontiers in endocrinology*, 14, 1220551.
48. Değer, M. D., Madendere, S., Kavukoğlu, Ö., & Aktoz, T. (2023). Üroloji Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Üriner İnkontinans Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve İdrar Kaçırmanın Günlük Hayata Etkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(1), 11-16.
49. Kołodyńska, G., Zalewski, M., & Rożek-Piechura, K. (2019). Urinary incontinence in postmenopausal women—causes, symptoms, treatment. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 18(1), 46-50.
50. Minassian, V. A., Stewart, W. F., & Wood, G. C. (2008). Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, 111(2 Part 1), 324-331.
51. Park, S., & So, A. (2024). A Multisite Study on the effect of a urinary incontinence self-management program on community-dwelling older women in Korea. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 51(1), 61-65.
52. Visconti, D., Noia, G., Triarico, S., Quattrocchi, T., Pellegrino, M., Carducci, B., ... & Caruso, A. (2012). Sexuality, pre-conception counseling and urological management of pregnancy for young women with spina bifida. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 163(2), 129-133.
53. Shinozaki, K., Suto, M., Ota, E., Eto, H., & Horiuchi, S. (2022). Postpartum urinary incontinence and birth outcomes as a result of the pushing technique: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 33(6), 1435-1449.
54. Siahkal, S. F., Iravani, M., Mohaghegh, Z., Sharifipour, F., & Zahedian, M. (2020). Maternal, obstetrical and neonatal risk factors' impact on female urinary incontinence: a systematic review. *International urogynecology journal*, 31, 2205-2224.
55. Zhong, R., Zeng, L., Wang, X., & Wang, Y. (2022). A retrospective study of risk factors for stress urinary incontinence 1 year after delivery in multiparous women. *International Urogynecology Journal*, 33(8), 2275-2281.
56. Huang, H., Ding, G., Li, M., Deng, Y., Cheng, Y., & Jin, H. (2023). Menopause and stress urinary incontinence: the risk factors of stress urinary incontinence in perimenopausal and postmenopausal women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(10), 2509-2518.
57. de Almeida, E. W., & Greguol, M. (2015). Healthcare for women with disabilities in the climacteric and menopause. *Sexuality and Disability*, 33, 279-298.

58. Yücel, U., Hadımlı, A., Koçak, Y. Ç., Ekşioğlu, A. B., Sarı, D., & Saydam, B. K. (2018). Bornova'da yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve risk faktörleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 414-423.
59. Turgay, B., & Yavuz, A. F. (2021). Frequency and Risk Factors of Urinary Incontinence After Hysterectomy. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası= Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 74(3), 300.
60. Kawahara, T., Ito, H., Yao, M., & Uemura, H. (2020). Impact of smoking habit on overactive bladder symptoms and incontinence in women. *International Journal of Urology*, 27(12), 1078-1086.
61. Wang, J., Ye, H., Zhang, C., & Zhang, A. (2024). Association of diarrhea or constipation with urinary incontinence in adults: A cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey. *Neurourology and Urodynamics*
62. İri, S. G. (2022). Üriner inkontinansı olan kadınlarda pelvik taban sağlığı eğitimi ve egzersiz programının etkinliğinin araştırılması.
63. Li, P. C., & Ding, D. C. (2023). Stem-cell therapy in stress urinary incontinence: A review. *Tzu Chi Medical Journal*, 35(2), 111-119.
64. Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., ... & Veronese, N. (2021). Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 33, 25-35.
65. Aoki, Y., Brown, H. W., Brubaker, L., Cornu, J. N., Daly, J. O., & Cartwright, R. (2017). Urinary incontinence in women. *Nature reviews Disease primers*, 3(1), 1-20.
66. Duralde, E. R., & Rowen, T. S. (2017). Urinary incontinence and associated female sexual dysfunction. *Sexual medicine reviews*, 5(4), 470-485.
67. Palmer, M. H., Cockerell, R., Griebing, T. L., Rantell, A., van Houten, P., & Newman, D. K. (2020). Review of the 6th International Consultation on Incontinence: Primary prevention of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 39(1), 66-72
68. Pelaez, M., Gonzalez-Cerron, S., Montejo, R., & Barakat, R. (2014). Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourology and urodynamics*, 33(1), 67-71.
69. Imamura, M., Williams, K., Wells, M., & McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
70. O'Reilly, N., Nelson, H. D., Conry, J. M., Frost, J., Gregory, K. D., Kendig, S. M., ... & Women's Preventive Services Initiative*. (2018). Screening for urinary incontinence in women: a recommendation from the women's preventive services initiative. *Annals of Internal Medicine*, 169(5), 320-328
71. European Association of Urology (EAU). European Association of Urology Guidelines 2020 Edition. Urinary Incontinence In Adults. 2022
72. Pintos-Díaz, M. Z., Alonso-Blanco, C., Parás-Bravo, P., Fernandez-de-Las-Penas, C., Paz-Zulueta, M., Fradejas-Sastre, V., & Palacios-Ceña, D. (2019). Living with urinary incontinence: potential risks of women's health? A qualitative study on the perspectives of female patients seeking care for the first time in a specialized center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3781
73. YILMAZ, S. (2023). IMPORTANCE OF URINARY INCONTINENCE FOR WOMEN'S HEALTH. *HEALTH & SCIENCE 2023-I*, 137
74. Yıldız, Ş., & Turan, Z. (2021). ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3), 155-166.
75. Bülbül, S. B., Keser, İ., Yücesan, C., & Çelenay, Ş. T. (2022). Multiple sklerozlu egzersiz alışkanlığı olan ve olmayan kadın hastalarda alt üriner sistem semptomları ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 9(1), 30-37.
76. Gülnar, E., & Çalışkan, N. (2022). Stres İnkontansta Hemşirelik Yaklaşımı: Stres İnkontinans Bakım Protokolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 308-318.

77. Kegel AH. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 56, 238-148
78. Okeahialam, N. A., Dworzynski, K., Jacklin, P., & McClurg, D. (2022). Prevention and non-surgical management of pelvic floor dysfunction: summary of NICE guidance. *bmj*, 376.).
79. Güloğlu, F. K. (2022). Engellilik hakkında kavramsal karmaşanın nedenleri ve Türkiye'deki durum. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(1), 291-315.
80. Utku, N. Ş. ANTİK ÇAĞ'DA ENGELLİLİK: VAROLMA MÜCADELESİNİN BİREYSEL VE TOPLUMSAL BOYUTLARI.kitap bölümü Nobel yayınevi s: 27-53
81. Drum, C. E. (2009). Models and approaches to disability. *Disability and public health*, 27-44
82. Yavuz, Ö. (2015). Kadınların toplumsal hayata katılımında yerel yönetimlerin rolü (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü)
83. Güloğlu, F. K., & Serdar, M. (2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde Engellilik: Kavramsal Gelişim ve Yasal Çerçeve. *Electronic Turkish Studies*, 18(1)
84. U.S. Department of Justice. (1990). Americans with Disabilities Act of 1990, 42 U.S.C. § 12101 et seq. Retrieved from <https://www.ada.gov/>
85. ADA (2005). A Guide to Disability Rights Laws. Erişim Tarihi: 20.04.2021 www.ada.gov
86. Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019
87. National Institute of Child Health & Human Development. 2012. About NICHD. <http://www.nichd.nih.gov/about/overview/mission/Pages/index.aspx>
88. Bickenbach, J. (2011). The world report on disability. *Disability & Society*, 26(5), 655-658.
89. WHO. (2021). WHO policy on disability
90. Glass, N. L., Bellettiere, J., Jain, P., LaMonte, M. J., & LaCroix, A. Z. (2021). Evaluation of light physical activity measured by accelerometry and mobility disability during a 6-year follow-up in older women. *JAMA network open*, 4(2), e210005-e210005.
91. Milletler, B. (2009). Engellilerin haklarına ilişkin sözleşme
92. CDC (2020). Disability and Health Overview. Erişim Tarihi: 02.03.2022. <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html#:~:text=According%20to%20the%20World%20Health,%2C%20walking%2C%20or%20problem%20solving>
93. International Labour Organization [ILO] (Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 159 Sayılı Uluslararası Çalışma Teşkilatı Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4407.html>))
94. World Health Organization (WHO), (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=>
95. TDK. (2023). Engelli. <https://sozluk.gov.tr/>
96. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5378&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
97. Sosyal Hizmetler Kanunu. (1983). T.C. Resmî Gazete, 18059, 27 Mayıs 1983.
98. KANUN, Ö. V. B. K. V., & KARARNAMELERDE, H. Kanun No. 5378 Kabul Tarihi: 01.07.2005.
99. Engelli, E. Y. H. G. M., & Bülteni, Y. İ. (2021). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *İstatistik Bülteni*.
100. Örerel, D., & Kağıcı, D. Y. (2024). Bireyselden Küresele Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Bağlamında Psikolojik Danışman Olmak. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (60), 1173-1196.;
101. Hensel, R. M. (2024). ENGELLİ KADIN ÇALIŞANLARIN ÇALIŞMA HAYATINDAKİ KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR: TÜRKİYE-İSPANYA KARŞILAŞTIRMASI. *İş Hayatında Kadın Çalışanlar Türkiye Avrupa Ülkeleri Karşılaştırmaları*, 61
102. Gedikli, B. (2022). İSTİHDAMDA ENGELLİ KADIN: SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 83-103.;
103. Taşgın, E. (2023). Engelliliğe bakışta yeni bir yaklaşım olarak insanötesicilik (Master's thesis, Kapadokya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü)
103. Işık, S. K. (2022). İNSAN HAKLARI EVRENSEL BİLDİRGESİ'NİN AÇTIĞI YOLDA ÖZEL YAŞAM VE KAVRAMIN SONRAKİ İNSAN HAKLARI BELGELERİNE ETKİSİ. *Sakarya Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 10(1), 217-250.

104. UNITED NATIONS [UN] (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.
105. RESMÎ GAZETE (2009 Temmuz, 14, Sayı: 27288). Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>
106. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2018). 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu Ek Maddesi. <https://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/uploads/pages/kanunlar/2828-sayili-sosyal-hizmetler-kanunu.pdf>
107. RESMÎ GAZETE (2009 Temmuz, 14, Sayı: 27288). Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090714-1.htm>
108. Aile, Ç., & Bakanlığı, S. H. (2020). Türkiye engelli prevalansı. Erişim: <https://ailevecalisma.gov.tr/media/37313/istatistik-bulteni-ocak-2020-1.pdf> Erişim tarihi, 3.; Gangal, A. D., Şahin, E. Ş., & Erenel, A. Ş. Engelli Kadınların Perinatal Dönemde Yaşadığı Güçlükler ve Çözüm Önerileri. Journal of Nursology, 26(3), 226-230
109. Engelsiz Yaşama Derneği [EY-DER]. (2022). <https://ey-der.com>
110. Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). İstatistiklerle engelliler, 2021. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr>
111. Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2016-24573>
112. YILDIZ, Ö. G. R. (2020). ENGELLİLİĞİN TANIMI, SINIFLANDIRILMASI VE ENGELLİ HAKLARI. BAKIM VE REHABİLİTASYON GİRİŞ, 81
113. Dünya Sağlık Örgütü (2004). ICF İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. E. Kabakçı ve A. Göğüş, (çev.), Bilge Matbaacılık.
114. World Health Organization. (2011). World report on disability 2011.
115. Başgöl, Ş., & Oskay, Ü. (2015). Influence of Physical Disability on Pregnancy and Motherhood. Florence Nightingale Journal of Nursing, 23(1), 88-95.
116. Özdemir, E., & Yılmaz, H. (2018). Ortopedik engelliliğin önlenmesinde sağlık öncesi ve sağlık hizmetleri müdahaleleri. Journal of Rehabilitation Research and Development, 45(2), 112-125. <https://doi.org/10.1234/jrrd.2018.04567>
117. Birleşmiş Milletler. (2017). Engellilerin haklarına ilişkin sözleşme. Birleşmiş Milletler. Erişim adresi: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-turkish.pdf>
118. Kurnaz Özdemir, D. (2012). ORTOPEĞİK ENGELLİ KADINLARIN SORUN VE BEKLENTİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: TUZLA İLÇESİ ÖRNEĞİ. Journal of Society & Social Work, 23(1).
119. Tekin, H. H. (2019). Engelli üniversite öğrencilerinin eğitim yaşamındaki sorunları: Konya örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 1531-1548.
120. Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328-335.; Green, E.C., Murphy, E.M., and Gryboski, K., The health belief model, in The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. 2020. p. 211-214.
121. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. Health Educ Q, 1984, 11(1): 1-47. doi: 10.1177/109019818401100101. PMID: 6392204
122. Donohoe, H., Omodior, O., & Roe, J. (2018). Tick-borne disease occupational risks and behaviors of Florida Fish, Wildlife, and Parks Service employees—A health belief model perspective. Journal of outdoor recreation and tourism, 22, 9-17.
123. Green, E.C., Murphy, E.M., and Gryboski, K., The health belief model, in The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. 2020. p. 211-214.). (Donohoe ve ark., 2018
124. Hayden, J.A. 2009. Introduction to health behavior theory. New York Jones & Bartlett Publishers
125. Jeong, J. Y. and Ham, S., 2018. Application of the health belief model to customers' use of menu labels in restaurants. Appetite, 123(2018), 208-215).
126. Erci, B., vd. (2018). Yaşam Boyu Sağlığı Geliştirme. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri. Elazığ.
127. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 45-65). Jossey-Bass.

128. Assfa Mossa, K. (2022). Perceptions and knowledge of breast cancer and breast self-examination among young adult women in southwest Ethiopia: Application of the health belief model. *Plos one*, 17(9), e0274935.
129. Noman, S., Elarusy, N. M. E., Rahman, H. A., Ismail, S., Azzani, M., Taresh, S. M., & Aljaberi, M. A. (2024). Investigating the effect of the educational intervention based on the Health Belief Model on the knowledge and beliefs of Yemeni teachers in the use of breast cancer screening: a randomized controlled trial study. *BMC cancer*, 24(1), 1-17.
130. Yirsaw, A. N., Tefera, M., Bogale, E. K., Anagaw, T. F., Tiruneh, M. G., Fenta, E. T., ... & Lakew, G. (2024). Applying the Health Belief Model to cervical cancer screening uptake among women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 24(1), 1-13.
131. Shi, B., Zhang, J., Zhang, Y., Sun, Y., & Cui, W. (2024). Factors Associated With Colorectal Cancer Screening Behaviors Among Urban Populations in China: A Mixed-Methods Study Using the Health Belief Model. *Public Health Nursing*
132. Masdor, N. A., Nawi, A. M., & Hod, R. (2024). Understanding misperceptions of colorectal cancer risk and cancer screening based on the health belief model: a systematic review of qualitative literature. *Current Psychology*, 43(15), 13729-13741.
133. Al-Ani, A., Hammouri, M., Sultan, H., Al-Huneidy, L., Mansour, A., & Al-Hussaini, M. (2024). Factors affecting cervical screening using the health belief model during the last decade: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 33(1), e6275.
134. Öz Yıldırım, Ö., Aydın Avci, İ., Yıldırım, E., & Bostancı, Y. (2023). The effect of the Incontinence Health Belief Development Program on women's urinary incontinence awareness and health beliefs: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 34(7), 1385-1393.
135. Gillard, S., & Shamley, D. (2010). Factors motivating women to commence and adhere to pelvic floor muscle exercises following a perineal tear at delivery: the influence of experience. *J Ass Chartered Physiother Women's Health*, 106, 5-18.
136. <https://gulhaneceah.saglik.gov.tr/TR-732470/engelli-danisma-ve-koordinasyon-birimi.html#>
137. Dünya Sağlık Örgütü., Dünya Bankası. (2011). Dünya Engellilik Raporu. DSÖ Kütüphanesi ve Yayın Kataloğu Verileri. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
138. Staskin, D., Kelleher, C., Bosch, R., Cotterill, N., Coyne, K., Kopp, Z, et al. (2013). Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients.
139. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A(ed): Incontinence, 5th Edition, ICUD-EAU, 361-388;
140. Beyazıt, A. (2015). Gebeliğin üriner inkontinansa etkisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Hatay;
141. Kök ve ark., 2008. Nurse's roles in identifying urinary incontinence and its effects on social life. *International Journal of Urological Nursing*, 2(3), 119-124;
142. Avery, K., Donovan, J., Peters, T., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2009). International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). Actualisation de la base de données BeST & Ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST, 23(4), 94
143. Çetinel B, Özkan B, Can G: ICIQ-SF Türkçe Validasyon (geçerlilik) Çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*. 30: 332338, 2004.
144. Yıldırım M.S., Yıldız E., Genç erişkin bireylere verilen online eğitimin testis kanseri sağlık inançlarına ve davranışlarına etkisi, Masters thesis., 2022, Erzurum;
145. Toptaş Acar, B. (2022). Online eğitim ve danışmanlığın kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin tutum ve anksiyete düzeylerine etkisi.;
146. Öğretir, A. D. (2004). Pozitif düşünmeye dayalı grup eğitimi programının annelerin benlik algısı, eşlerine ve çocuklarına yönelik tutumları ile kendini denetleme becerisi ve otomatik düşünceleri üzerinde etkisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.;
147. Frat, H. (2013). Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).;
148. Balcı, A.S., Kadioğlu, H., Kısa mesaj gönderimi ve grup eğitiminin gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarına etkisi, 2020, İstanbul;

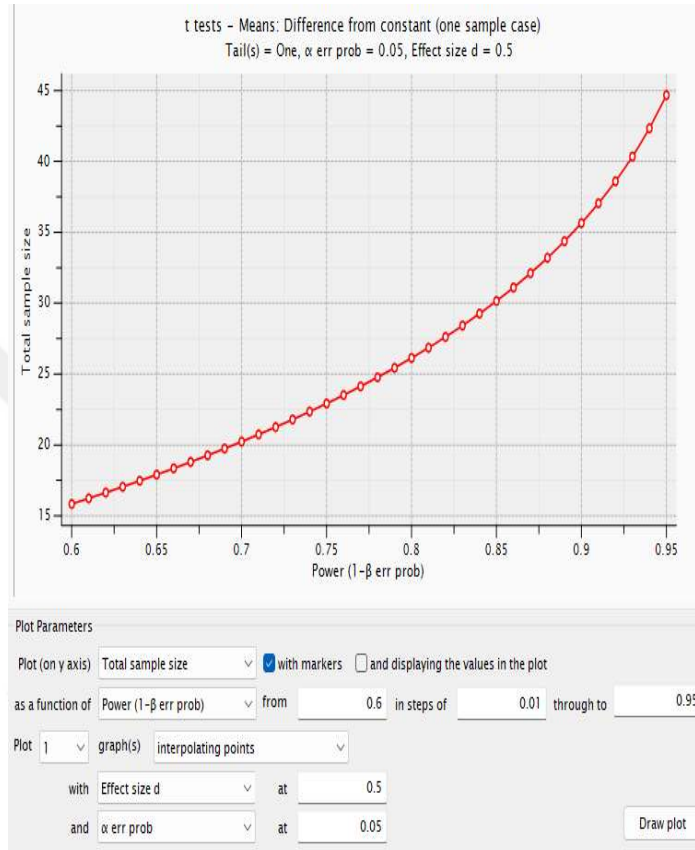
- 149.Uzun, P., & Andsoy, I. I. (2023). Onkoloji hemşirelerine online verilen kan ve kan ürünleri transfüzyonu ve komplikasyonları ile izlemine yönelik verilen online eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(3), 162-169.
- 150.Ceylan Çiray, F. A. T. M. A., & Erol, S. Whatsapp Uygulaması ile Yapılan Transteoretik Model Temelli Fiziksel Aktivite Programının Adölesanların Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Davranışlarına Etkisi
- 151.Friedman, L. M. (2015). *Fundamentals of clinical trials*. springer.; Guideline, I. H. (2015). Integrated addendum to ICH E6 (R1): guideline for good clinical practice E6 (R2). *Current Step*, 2, 1-60.; National Institutes of Health (NIH). (2020). "Research Methods Resources.
- 152.Wang, S., Kang, H., Wang, Q., Wang, D., Hu, L., Kou, J., & Yang, Z. (2024). Incidence and influencing factors of urinary incontinence in stroke patients: A meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 43(3), 680-693. ;
- 153.Özveren, H., Karabey, T., & Gülnar, E. (2022). Spiritual care needs of patients with urinary incontinence and affecting factors: A cross-sectional descriptive study in Turkey. *Journal of religion and health*, 61(6), 4433-4449.;
- 154.Dahl S, Cvancarova M, Dahl AA, Fosså SD. Work ability in prostate cancer survivors after radical prostatectomy. *ScandJ Urol*. 2016;50(2):116-122;
- 155.Terzoni, S., Mora, C., Vahr Lauridssen, S., N'Guessan, S., Sighinolfi Maria, C., Gaia, G., ... & Marley, J. (2024). Perceived usefulness of the nurse–patient therapeutic relationship in the rehabilitation journey of people with urinary incontinence: A mixed-method study. *Neurourology and Urodynamics*, 43(4), 942-950
- 156.Tinetti A, Weir N, Tangyotkajohn U, Jacques A, Thompson J, Briffa K. Help-seeking behaviour for pelvic floor dysfunction in women over 55: drivers and barriers. *Int Urogynecology J*. 2018;29(11):1645-53.).
- 157.Basak T, Kok G, Guvenc G. Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: a synthesis of the literature. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):448-60;
- 158.Skorupska, K., Grzybowska, M. E., Kubik-Komar, A., Rechberger, T., & Miotla, P. (2021). Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 1-6
- 159.baş, N., & KISKACI, M. (2024). Kadınlarda Üriner İnkontinans Çeşitleri ve Sıklığının Belirlenmesi.
- 160.Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pakistan journal of medical sciences*. 2013;29(3):818
- 161.Akdeniz, M. (2019). Kegel egzersizlerinin yaşlı kadınlarda üriner inkontinans semptomları üzerindeki etkisi. Akdeniz Üniversitesi. <https://acikerisim.akdeniz.edu.tr/handle/123456789/4880>;
- 162.Hay-Smith, E. J., & Dean, S. G. (2010). Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: A systematic review of randomized controlled trials. *Neurourology and Urodynamics*, 29(5), 1067-1075. <https://doi.org/10.1002/nau.20878>
- 163.Brown HW, Hegde A, Huebner M, et al. International urogynecology consultation chapter 1 committee 2: Epidemiology of pelvic organ prolapse: Prevalence, incidence, natural history, and service needs. *International Urogynecology Journal*. 2022:1-15
- 164.Azim, D., Keskin, E., & Mutlu, E. K. (2024). 60 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Farkındalık Eğitiminin Konuya İlişkin Bilgi ve Farkındalık Düzeyi Üzerine Etkisi. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (23), 737-749
- 165.Jeong, D., & Eun, Y. (2023). Factors influencing SARS-CoV-2 infection control practices of nurses caring for COVID-19 patients in South Korea: Based on health belief model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3223.;
- 166.Mohammadi, S., Rabiei, Z., Pajohideh, Z. S., Barati, Z., Talebi, S. S., & Keramat, A. (2023). Evaluating the health belief model constructs in adopting the hpv preventive behavior. *Journal of Family & Reproductive Health*, 17(1), 37

167. Parsa, P. et al. (2017). Effects of group counseling based on health belief model on cervical cancer screening beliefs and performance of rural women in Kaboudrahang, Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 18(6). 1525.
168. Editia, Y. V., Widjanarko, B., & Margawati, A. (2022). Exclusive Breastfeeding Behavior Analysis Based on Health Belief Model: A Cross-Sectional Study. *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(S1), 165-172.
169. Usca, Y., & Kocak, H. S. (2024). Knowledge, Beliefs and Vaccination Status of Nursing Students about Human Papilloma Virus. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 9(3), 481-488
170. Saffari, M., Sanaeinasab, H., Rashidi-Jahan, H., Aghazadeh, F., Raei, M., Rahmati, F., ... & Koenig, H. G. (2024). An intervention program using the health belief model to modify lifestyle in coronary heart disease: Randomized controlled trial. *International journal of behavioral medicine*, 31(4), 631-641
171. Khoshnazar, M. S., Tarrahi, M. J., & Shahnazi, H. (2024). Impact of virtual education based on health belief model on cervical cancer screening behavior in middle-aged women: A quasi-experimental study. *Cancer Reports*, 7(4), e2058
172. Kartal, A., vd. (2017). Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pam Med J*. (1).7-13
173. Alagili, D. E., & Bamashmous, M. (2021). The Health Belief Model as an explanatory framework for COVID-19 prevention practices. *Journal of infection and public health*, 14(10), 1398-1403.
174. Kuhfeldt, K. J., Kaiser, J. L., Morgan, A. J., Ngoma, T., Hamer, D. H., Fink, G., ... & Scott, N. A. (2024). Motivation, Cues to Action, and Barriers to COVID-19 Vaccine Uptake: A Qualitative Application of the Health Belief Model among Women in Rural Zambia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 111(5), 1118.
175. Yanikkerem, E., Selçuk, A. K., & Esmeray, N. (2018). Women's attitude and beliefs about cervical cancer and Pap smear test by using the health belief model. *Int J Cancer Clin Res*, 5(3), 102
176. Khademolhosseini, F., Noroozi, A., & Tahmasebi, R. (2017). The effect of health belief model-based education through telegram instant messaging services on pap smear performance. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(8), 2221.
177. Göçer ve Günay, 2020, Oktaviana, D., & Yusuf, R. A. (2021). The Effect of Health Education Based on the Health Belief Model about Pap Smear Test on Women in Rural District Indonesia. *Medico-Legal Update*, 21(2).
178. Noman, S., Elarusy, N. M. E., Rahman, H. A., Ismail, S., Azzani, M., Taresh, S. M., & Aljaberi, M. A. (2024). Investigating the effect of the educational intervention based on the Health Belief Model on the knowledge and beliefs of Yemeni teachers in the use of breast cancer screening: a randomized controlled trial study. *BMC cancer*, 24(1), 1-17
179. Amini, 2020; Khodaveisi, M., Azizpour, B., Jadidi, A., & Mohammadi, Y. (2021). Education based on the health belief model to improve the level of physical activity. *Physical Activity and Nutrition*, 25(4), 17.
180. Wondmu, K. S., Tessema, M. T., Degu, G., Mihiret, G. T., & Sinshaw, M. T. (2022). Effect of breast cancer education based on the health belief model on knowledge, health belief, and breast self-examination among female students of Debre Markos University, Northwest Ethiopia, in 2021. *Frontiers in oncology*, 12, 1034183.
181. Karimy, M., Gallali, M., Niknami, S., Aminshokravi, F., & Tavafian, S. (2022). The effect of health education program based on Health Belief Model on the performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh. *Pars Journal of Medical Sciences*, 10(1), 53-59
182. Olgun, N., & Altun, Z. A. (2012). Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin diyabet hastalarının bakım uygulamalarına etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 46-57.
183. Erdal, S. (2018). Çalışan kadınlara sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin ve sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).;

184. TUZCU, Ö. G. A., & BAHAR, Z. GÖÇMEN KADINLARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ KULLANIMININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINDAKİ DEĞİŞİME ETKİSİ.;
185. Khaira, N., Faisal, T. I., Magfirah, M., Veri, N., Usrina, N., & Andy Rias, Y. (2024). Effectiveness of a Health Belief Model-based education program on self-efficacy and preparedness for infectious disasters in rural populations. *Creative Nursing*, 30(2), 165-172.
186. Khoshnazar, M. S., Tarrahi, M. J., & Shahnazi, H. (2024). Impact of virtual education based on health belief model on cervical cancer screening behavior in middle-aged women: A quasi-experimental study. *Cancer Reports*, 7(4), e2058.
187. Alyafei, A., & Easton-Carr, R. (2024). The health belief model of behavior change. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing
188. Khorsandi, B., Khakbazan, Z., Mahmoodzadeh, H. A., Haghani, H., Farnam, F., & Damghanian, M. (2020). Self-efficacy of the first-degree relatives of patients with breast cancer in the prevention of cancer: using the health belief model. *Journal of Cancer Education*, 35, 977-982
189. Azadi, N. A., Ziapour, A., Lebni, J. Y., Irandoost, S. F., Abbas, J., & Chaboksavar, F. (2021). The effect of education based on health belief model on promoting preventive behaviors of hypertensive disease in staff of the Iran University of Medical Sciences. *Archives of Public Health*, 79(1), 69
190. Khaira, N., Faisal, T. I., Magfirah, M., Veri, N., Usrina, N., & Andy Rias, Y. (2024). Effectiveness of a Health Belief Model-based education program on self-efficacy and preparedness for infectious disasters in rural populations. *Creative Nursing*, 30(2), 165-172.
191. Wang, H. M., Chen, Y., Shen, Y. H., & Wang, X. M. (2024). Evaluation of the effects of health education interventions for hypertensive patients based on the health belief model. *World Journal of Clinical Cases*, 12(15), 2578.
192. Liu, C., Chen, X., Huang, M., Xie, Q., Lin, Q., Chen, S., & Shi, D. (2021). Effect of Health Belief Model Education on Increasing Cognition and Self-Care Behaviour among Elderly Women with Malignant Gynaecological Tumours in Fujian, China. *Journal of Healthcare Engineering*, 2021(1), 1904752.
193. Türk, S., Kaya, B., & Yılmaz, H. (2020). Sağlık İnanç Modeli Temelli Eğitim Programlarının Davranış Değişikliği Üzerindeki Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 150-159.
194. Kolaç, N., & Yıldız, A. (2019). Postmenopoz dönemindeki kadınlarda sağlık inanç modeli temelli kısa görüşmelerin osteoporozdan korunma bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), 145-151.;
195. Yeşildağ, B., & Gölbaşı, Z. (2022). Kadınların vajinal doğuma yönelik tutum ve davranışlarını geliştirmede sağlık inanç modelinin kullanımı. *Anatolian Journal of Health Research*, 3(3), 163-167.;
196. Şahan, F. U., & Korucu, A. E. Sağlık İnanç Modeline Dayalı Çevrimiçi Eğitimin Sağlık İnançları ve Meme Kanseri Korkusuna Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(4), 540-548.;
197. Ahmed, M. M., Naji, A. B., & Younis, N. M. (2023). Efficacy of an educational program based on health belief model to enhancing weight control behaviors among employees in the University of Mosul: a randomized controlled trial. *Revis Bionatura*, 8(3), 28.;
198. Panahi, R., Siboni, F. S., Kheiri, M., Ghoozlu, K. J., Shafaei, M., & Dehghankar, L. (2021). Promoting the adoption of behaviors to prevent osteoporosis using the health belief model integrated with health literacy: quasi-experimental intervention study. *BMC Public Health*, 21, 1-11

EKLER

EK 1: G-Power Güç Analizi Sonucu



t tests - Means: Difference from constant (one sample case)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= One
	Effect size d	= 0.5
	α err prob	= 0.05
	Power (1-β err prob)	= 0.95
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.3541020
	Critical t	= 1.6802300
	Df	= 44
	Total sample size	= 45
	Actual power	= 0.9512400

EK 2: SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nden Araştırma Uygulama İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.07.2023-262048



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-62602371-730.03.02--262048
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

20.07.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 21 Haziran 2023 tarih ve 195 (15) sayılı toplantısında alınan karar kapsamında; Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği doktora programı öğrencisi Havva ÖZDEMİR'in tez konusu önerisi kabul edilmiştir. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 3219 sayılı Yönetim Kurulu Kararı Ek'te gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Ek: Yönetim Kurulu Kararı

Dağıtım:

Gereği:

Gsbe Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:

Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu *BS5KLHGMVE* Pin Kodu :01892

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-sbys>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618

Bilgi için: Mithat KOŞAR

Etilik/Keçiören/ANKARA

Unvanı: Memur

Telefon: 216 346 36 38 Faks: 216 346 36 40

Tel No: 0 (312) 304 60 06

Web: <http://sbu.edu.tr>

Kep Adresi: sbu@tr01.kep.tr



bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI**

Toplantı Tarihi : 21.06.2023
Toplantı Sayısı : 195(15)
Karar Sayısı : 00003219

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği doktora programı öğrencisi Havva ÖZDEMİR' in tez konusu önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21.06.2023 tarih 195(15) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu
Havva ÖZDEMİR	Doktora	Fiziksel Engelli Kadınlar İçin Sağlık İnanç Modeline Göre Oluşturulan Üriner İnkontinans Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi.

EK 3: Etik Kurul Onay Yazısı

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fiziksel Engelli Kadınlar İçin Sağlık İnanç Modeline Göre Oluşturulan Üriner İnkontinans Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğr. Gör. Havva ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Öğr. Gör.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara			
	DESTEKLEYİCİ	Doç. Dr. Gülşah KÖK			
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 121			Tarih: 02.10.2023
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLAN			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 121		Tarih: 02.10.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği /oy çokluğu" ile karar verilmiştir.			

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma İle İlişki		Katılım		İmza
Prof. Dr. Nevin ŞANLIER	Beslenme ve Diyetetik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Eylem TURAN	Kımya	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Cemile Müjde ATABEY	Psikoloji	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Naz DİZEÇİ	Tıp	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sine YILMAZ	Beslenme ve Diyetetik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ayşe ÇAL	Hemşirelik	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi ElifİNÖNÜ	Diş Hekimliği	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

EK 4: Eğitim Planlama Kurulu İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU (BADEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 20.09.2023
KARAR NO: 15

- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 04.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.223573816 sayılı ve "Merve ÇAKICI'nın Tez Çalışması Hk." konulu **Doktora Program Öğrencisi Merve ÇAKICI'nın "Nefes Farkındalığı Egzersizinin Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Semptom Durumu ve Klinik Ölçümler Üzerindeki Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 04.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.223572912 sayılı ve "Ayşe SAKIOĞLU'nun Tez Çalışması Hk." konulu **Doktora Program Öğrencisi Ayşe SAKIOĞLU'nun "Transfüzyon Merkezleri İçin Kullanılabilecek Kalite Göstergelerinin Hedef Değerlerinin Belirlenmesi: Bir Öncül Çalışma"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 04.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.223576794 sayılı ve "Ezgi YILDIRIM'ın Tez Çalışması Hk." konulu **Doktora Program Öğrencisi Ezgi YILDIRIM'ın "Asthma Hastalarında Mobil Uygulama Temelli Eğitimin Hastalık Yönetiminde Öz Etkililik, Tedavi Uyumu ve Uyku Kalitesine Etkisi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 06.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.223817619 sayılı ve "EPK Başvurusu Hk." konulu **Doktora Program Öğrencisi Hatice Kübra BOZKURT'un "İşitmesi Normal Subjektif Tinnitusa Sahip Olan Bireylerde İşitsel Temporal İşlemlemenin Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- GEAH Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde görev yapmakta olan **Prof.Dr. Vedat YILDIRIM'ın** 05.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.010.01.223709890 sayılı "Prof.Dr. Vedat YILDIRIM'ın Bilimsel Çalışması Hk." konulu dilekçesi ve "**Tamamen İmplant Edilebilen Santral Venöz Cihazlar: 1700 Hastanın Retrospektif İncelenmesi ve Komplikasyonların Yönetimi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 06.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.223818248 sayılı ve "EPK Başvurusu Hk." konulu **Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Aybüke ÇALIŞKAN'ın "Romatoid Artrit Hastalarının Diyet Fitokimyasal İndeks ve Diyet Total Antioksidan Kapasitesi İle Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 13.09.2023 tarihli, SAYI: E.50687469.000.224344623 sayılı ve "Havva ÖZDEMİR'in Tez Çalışması Hk." konulu **Doktora Program Öğrencisi Havva ÖZDEMİR'in "Fiziksel Engelli Kadınlar İçin Sağlık İnanç Modeline Göre Oluşturulan Üriner İnkontinans Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi"** başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
- GEAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. İsmail Selçuk AYGAR'ın** 12.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.929.224267678 sayılı "Bilimsel Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve "**Yıllar İçerisinde Adenovirus ve Rotavirus Antijen Pozitiflik Oranlarındaki Değişimin İrdelenmesi**" başlıklı özgün araştırma çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**



General Tevfik Sağlık Cad. No:1 Etlik-Keçiören/ANKARA Telefon:0312 304 61 05 Faks: 0312 304 2150 gulhanetuck@gmail.com
 gulhane.saglik.gov.tr



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU (BADEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 20.09.2023

KARAR NO: 15

20.09.2023 TARİHLİ 15. KURUL KARARININ DEVAMIDIR

9. GEAH Palyatif Bakım Kliniğinde görev yapmakta olan **Dr.Öğrt. Üyesi Hilal ZENGİN**'in 14.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.929.224455211 sayılı "Akademik Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve "**Kardiyovasküler Cerrahi Geçiren Yaşlı Hastalarda Frailite İndexinin Postoperatif Derlenme Üzerine Etkileri**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
10. GEAH Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. İsmail Selçuk AYGAR**'ın 12.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.929.224268347 sayılı "Bilimsel Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve "**Yıllar İçerisinde Helicobacter Pylori Seropozitiflik Oranlarındaki Değişimin İrdelenmesi**" başlıklı özgün araştırma çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
11. GEAH Plastik, Rekonstrüksiyon ve Estetik Cerrahi Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Nevra SEYHAN**'nın 11.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.929.224143421 sayılı "Araştırma İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Maling Melanom Hastalarında Sentinel Lenf Nodu Biyopsisinin Etkinliği**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
12. GEAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm.Dr. Vildan ALTAHHAN**'ın 14.09.2023 tarihli, SAYI: 50687469.929.22489898 sayılı "Uzm.Dr.Vildan ALTAHHAN'ın Araştırması Hk." konulu dilekçesi ve "**Opere Erken Evre (Evre 1A) Endometrium Kanseri Hastalarında Seksüel Disfonksiyon (FSFI Ölçeği) Ve Depresyon (BECK Ölçeği) Değerlendirilmesi ve Bening Nedenli Histerektomi Sonrası İle Ölçeklerin Karşılaştırılması: Prospektif Anket Çalışması**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izni talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-224997006
Konu : Araştırma İzni (Araştırma İzni (Doktora
Program Öğrencisi Havva ÖZDEMİR

21.09.2023

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

"Fiziksel Engelli Kadınlar İçin Sağlık İnanç Modeline Göre Oluşturulan Üriner İnkontinans Önleme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemiz deuygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu(BADEK)'nun 20.09.2023 tarih ve 15 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL
Başhekim

Belge doğrulama kodu: 65B7D9EC-E691-493E-87AD-857BFEF75FD2 Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

General Dr. Tıfık Sağlık Genel Müdürü

Belge doğrulama adresi: <https://www.kodlari.com>

EK 5: Ölçek İzinleri

ölçek istemi ➤ Gelen Kutusu x



Havva Özdemir

Sayın Hocam, Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD doktora öğrencisiyim. Tezimde SIM modeli



ÖZGE ÖZ

Alıcı: ben

29 May 2023 Pzt C

Merhaba Sevgili Havva,

Ölçeğimiz tez çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarız

Ekte iletiyorum.

Sizden rica ölçeğimiz yayın aşamasında yayın olduktan sonra atılımınızı kongre bildirimize değil de makaleye yapmanız.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

ICIQ-SF Türkçe versiyonu kullanım izin talebi ➤ Gelen Kutusu x



Havva Özdemir

Sayın Hocam, Ben Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ABD doktora öğrencisiyim. Tezimde SIM modeli



Bulent

Alıcı: ben

10 Oca 2024 Çar

Kullanabilirsiniz

Başarılar

Prof Bulent Çetinel

iPhone'umdan gönderildi

EK 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Aşağıdaki maddelerin tamamını kapsayacak şekilde hazırlanmış onam formu bu bölümün altına eklenmelidir.

1. Çalışma yarı deneysel desende bir araştırmadır.
2. Araştırmanın amacı, sağlık inanç modeli doğrultusunda fiziksel engelli kadınlara Üİ yönelik verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
3. Araştırmada uygulanacak tedavi yoktur.
4. Katılımcıların rasgele atanacağı araştırma grupları yoktur.
5. Araştırma sırasında uygulanacak olan herhangi bir invaziv yöntem bulunmamaktadır.
6. Gönüllünün sorumlulukları yoktur.
7. Araştırmanın laboratuvar ve invaziv işlem kısımları yoktur.
8. Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar bulunmamaktadır.
9. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar ya da zarar yoktur.
10. Gönüllüye uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi şeması ve bunların olası yarar ve riskleri yoktur.
11. İlgi mevzuat gereğince gerekiyorsa, gönüllüye verilecek tazminat veya sağlanacak tedaviler yoktur.
12. Gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
13. Gönüllünün araştırmaya katılımının isteğe bağlı olduğu ve gönüllünün istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilecek veya araştırmadan çekilebilecektir.
14. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabilecek, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacaktır.
15. İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.
16. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilecektir.
17. Gönüllünün araştırma, kendi hakları veya araştırmayla ilgili herhangi bir olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişiler ile bunlara günün 24 saatinde erişebileceği telefon numaraları 'dur.

18. Gönüllünün istediği zaman sebep belirtmeksizin araştırmaya katılımının sona erdirebilir.
19. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre tüm eğitim modülleri dahil olmak üzere ortalama altı saattir.
20. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 45 dir.
21. Gönüllülerden herhangi bir amaçla biyolojik materyaller alınmayacaktır.
22. “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”
23. “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

24. Gönüllünün adı/soyadı/imzası/tarih

Gönüllü Ad-soyad	<u>Tarih</u>	<u>İmza</u>
------------------	--------------	-------------

25. Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının adı/soyadı/imzası/tarih yer almalı,

Havva ÖZDEMİR		<u>Tarih</u>	<u>İmza</u>
---------------	--	--------------	-------------

26. Gerekiyorsa olur işlemine tanık olan kişinin adı/soyadı/imzası/tarih
27. Gerekiyorsa yasal temsilcinin adı/soyadı/imzası/tarih
28. Gönüllülerden elde edilen biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılacak ise; “[Araştırmanın Açık Adı] araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.) “sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum” veya “ileride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum” veya “hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum”
29. Ayrıca, BGOF, gönüllü veya yasal temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içeremez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğten kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

EK 7: Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Form

Sayın Katılımcı,

Bu anket durumunuzu belirlemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda sizlere bilgi vermek amacıyla yapılmaktadır. Paylaştığınız bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz daha sonra size sağlık durumunuzla ilgili geri dönüş yapabilmemiz için gerekli olacaktır. Başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Vereceğiniz samimi cevaplar için teşekkür ederiz.

1. Bölüm: Bazı Tanıtıcı Özellikler

1. Yaş:
2. Eğitim durumu:
 - ☐ Okur-yazar değil
 - ☐ Okur-yazar
 - ☐ İlköğretim Mezunu
 - ☐ Lise Mezunu
 - ☐ Lisans Mezunu
 - ☐ Lisansüstü
3. Sosyal güvence durumu:
 - ☐ Var
 - ☐ Yok
4. Çalışma durumu:
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
5. Ekonomik durumu:
 - ☐ Gelir giderden az
 - ☐ Gelir gidere eşit
 - ☐ Gelir giderden fazla
6. Medeni durumu:
 - ☐ Evli
 - ☐ Bekar
 - ☐ Boşanmış
7. Boy:
8. Kilo:
9. Sigara kullanma durumu:
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
10. Alkol kullanma durumu:
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
11. Çocuk sahibi olma durumu:
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır

12. Düzenli spor yapma durumu:

☐ Evet

☐ Hayır

13. Günlük sıvı alım miktarınız

☐ 2000 ml altı

☐ 2000-2500

☐ 2500 ve üzeri

14. Engel Düzeyiniz

☐ Tekerlekli Sandalye

☐ Destek Ürün (Baston/değnek)

2. Bölüm: Obstetrik ve Jinekolojik Öykü

15. Doğum sayısı:

☐ 0

☐ 1-3

☐ 3 ve fazlası

16. Doğum aralığı:

☐ 2 yıldan az

☐ 2 yıl

☐ 2 yıldan fazla

17. Doğum şekli

☐ Vajinal

☐ Sezeryan

18. Doğum müdahaleli mi yapıldı?

☐ Evet

☐ Hayır

19. Müdahale için ne kullanıldı?

☐ Forceps

☐ Vakum

☐ Diğer

20. Epizyotomi açıldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

21. İri bebek doğurdunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

22. Çoğul gebelik geçirdiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

23. Histerektomi (Rahmin alınması) oldunuz mu?

☐ Evet

☐ Hayır

24. Menopoza girdiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

25. Eğer menopoza girmişseniz hormon tedavisi kullandınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

26. Sık idrar yolu enfeksiyonu geçirir misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

3. Bölüm: Üİ ve kegel egzersizlerine yönelik farkındalık

27. Ailenizde idrar kaçırma yaşayan biri var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

28. Sizce idrar kaçırma bir sağlık problemi midir?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kararsızım

29. Cevabınız hayır ise neden?

- ☐ Normal bir durumdur.
- ☐ Yaşlanınca görülmesi normaldir.
- ☐ Doktora başvurmaya gerek yoktur.
- ☐ Fiziksel engellilerin hepsinde görülür, normaldir.
- ☐ Diğer

30. Gelecekte böyle bir problem yaşarsanız doktora başvurur musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kararsızım

31. Kegel egzersizini duydunuz mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

32. Egzersizi uyguluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

33. Günde kaç kez idrara çıkarsınız?

- ☐ 4'ten az
- ☐ 4-8 arası
- ☐ 8'den fazla

34. Geceleyin iki ve ikiden fazla tuvalete kalkar mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

35. Şu ana kadar öksürürken ya da hapsirirken hiç idrar kaçırma probleminiz oldu mu?

- ☐ Evet (Üriner inkontinans kısa formu cevaplanacak)

- ☐ Hayır
36. Herhangi bir günlük aktiviteniz (spor yaparken, ev işleri yaparken, banyo ederken vb.) esnasında isteğiniz dışında idrar kaçırdığınız oldu mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
37. İdrara sıkıştığınızı hissettiğinizde idrar kaçırdığınız oldu mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
38. Tuvalete gittiğiniz halde hemen sonrasında idrar kaçırdığınız oldu mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
39. İdrar kaçıрма durumunuzdan dolayı ped kullanır mısınız?
- ☐ Evet (.....adet/gün)
- ☐ Hayır
40. İdrar kaçıрма durumunu sağlık problemi olarak düşündünüz mü?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
41. Daha önceden bu durumdan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuz mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
42. Daha önceden bu durumunuzdan dolayı tedavi oldunuz mu?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

EK 8: Üriner İnkontinansa Yönelik Kısa Bilgi Değerlendirme Formu

	DOĞRU	YANLIŞ
1. İdrar kaçırma bir sağlık problemi değildir, geçici bir durumdur.		
2. Üriner sistem organları böbrekler, idrar torbası, idrar kanalları ve idrar çıkışıdır.		
3. İdrarın içeriğinde sadece su bulunur.		
4. Erişkin bir insan, günde yaklaşık 1000 -1800 cc. idrar çıkarır.		
5. Öksürme, yürüme, egzersiz yapma, gülme, hapşırma gibi durumlarda kaçırılan idrar miktarı fazladır ve normal bir durumdur.		
6. İdrar kaçırma sadece yaşlılarda veya sadece kadınlarda görülen bir sorundur.		
7. Sigara kullanmak, doğumların zorlu olması, obezite ve menopoza girme gibi durumlar idrar kaçırmaya neden olur.		
8. Çok ve sık doğum yapmak, herhangi bir engeli olmak ve sezeryanla doğum yapmak idrar kaçırma için bir risk faktörüdür.		
9. İdrar kaçırma bireyin günlük ve sosyal yaşantısını kısıtlar/olumsuz etkiler.		
10. Kegel (pelvik taban kas) egzersizini uygularken kalça, karın ve üst bacak kasları da kasılması gereklidir.		
11. Kegel egzersizini günlük ve düzenli olarak uygulanması idrar kaçırma probleminin gelişimini önler veya azaltır.		
12. İlaç tedavisi ile birlikte yapılan kegel egzersizleri iyileşme sürecini ve tedaviyi olumlu yönde etkiler.		

*: Eğitimlerin her oturumundaki öğrenme amaçlarına uygun olarak hazırlanmıştır.

EK 9: Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği

Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
DUYARLILIK ALGISI					
1. Önümüzdeki birkaç yıl içinde idrar kaçırma sorunu yaşayabilirim					
2. Yaşamımın bir döneminde idrar kaçırma sorunumun olacağını düşünüyorum.					
3. Şimdi bile idrar kaçırma olasılığım yüksektir.					
4. Gelecekte idrar kaçırma ihtimalim çok yüksektir.					
5. İdrar kaçırma ihtimalimin diğer insanlara göre daha yüksek olduğuna inanıyorum.					
6. Ailemde idrar kaçıran birinin olması benim idrar kaçırma ihtimalimi artıracaktır.					
7. Fazla kilolu olursam(obez) idrar kaçırma sorunum olabilir.					
8. Yaşımın ilerlemesi ile birlikte idrar kaçırma sorunu yaşayacağımı düşünüyorum.					
9. Sık idrar yolu enfeksiyonu yaşamam ilerde idrar kaçırmama neden olabilir.					
CİDDİYET ALGISI					
10. İdrar kaçırma sorunu yaşamaktan çok korkarım.					
11. İdrar kaçırma sorunu yaşama düşüncesi bile beni korkutur.					
12. İdrar kaçırma düşüncesi beni ürkütür.					
13. İdrar kaçırsam eşim ile ilişkim bozulur.					
14. İdrar kaçırsam çocuklarım, arkadaşlarım, eşim benimle dalga geçerler.					
15. İdrar kaçırma sorunu yaşamak kendimi yetersiz hissetmeme neden olur					
16. İdrar kaçırsam evden dışarı çıkamam.					
17. İdrar kaçırsam işimi bırakmayı düşünürüm.					
18. İdrar kaçırma sorunu yaşarsam sürekli ıslak kalma düşüncesi beni endişelendirir.					
19. İdrar kaçırma sorunu yaşarsam, idrar kokma düşüncesi beni çok korkutur.					
20. İdrar kaçırma sorunu yaşamam, hayatımda ciddi değişiklikler meydana getirebilir.					
21. İdrar kaçırma sorunu yaşamam psikolojik sorunlar yaşamama neden olabilir.					

22. İdrar kaçırma sorunu yaşarsam bütün hayatım değişebilir					
23. İdrar kaçırmak günlük aktivitelerimi yapmama engel olabilir.					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
24. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
25. Düzenli sağlık kontrollerine giderim					
26. Yeterli ve dengeli beslenirim					
27. Haftada en az üç gün spor yaparım.					
28. İdrar kaçırma sorunundan korunmak için yapabileceğim şeyleri araştırırım.					
KEGEL EGZERSİZİ YARAR ALGISI					
29. Kegel egzersizi yapmak mesane ve rahim bölgesindeki (pelvik) kaslarımı güçlendirmemi sağlar.					
30. Kegel egzersizi yapmak üriner sistemin sağlıklı olmasını sağlar.					
31. Düzenli kegel egzersizi yaparak idrar kaçırmayı önleyebilirim.					
32. Kegel egzersizi yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şeyler yapmış oluyorum					
33. Kegel egzersizi yapmak cinsel sağlığımı olumlu olarak etkiler.					
34. Kegel egzersizi yaparak idrar kaçırma sorunum olduğunda daha kısa sürede tedavi şansım olabilir					
35. Kegel egzersizi yapmak sağlığımı geliştirmeme yardımcı oluyor					
KEGEL EGZERSİZİ ENGEL ALGISI					
36. Kegel egzersizinin nasıl yapılacağını bilmiyorum					
37. Kegel egzersizi yapmak zaman alıyor.					
38. Düzenli kegel egzersizi yapmak zor geliyor.					
39. Düzenli kegel egzersizi yapmak işlerimi aksatabilir.					
40. Kegel egzersizi yapmak ağrılı olabilir					
41. Kegel egzersizi yapmamın riski olabilir					
42. Kegel egzersizi yaparken sıkılabilirim.					
43. Kegel egzersizi yaparken yanlış bir şey yapacağım diye endişeleniyorum					
44. Kegel egzersizi yapmak günlük işlerimden farklı bir yük getirebilir					
ÖZ-ETKİLİLİK					
45. Kegel egzersizi yapmayı biliyorum.					
46. Kegel egzersizi yaparken kasmam gereken kası hissedebilirim					
47. Düzenli olarak kegel egzersizi yapabilirim					
48. Kegel egzersizini doğru şekilde yapabilirim.					
49. Kegel egzersizini güvenli bir şekilde yapabilirim.					

EK 10: Araştırmamızda kullanılan “Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği” ne ait Cronbach’s alfa değerleri

	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)
Duyarlılık Algısı	9	0,954
Ciddiyet Algısı	14	0,976
Sağlık Motivasyonu	5	0,862
Kegel Egzersizi Yarar Algısı	7	0,975
Kegel Egzersizi Engel Algısı	9	0,891
Öz Etkililik	5	0,868

Çalışmada kullanılan ölçek alt boyutları için güvenirlikler incelenmiş ve güvenirlik seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,700$).

EK 11: Uluslararası İdrar Kaçırma ile İlgili Konsültasyon Kısa Formu (ICIQ-SF)

EK : 2

ULUSLARARASI İDRAR KAÇIRMA İLE İLGİLİ KONSÜLTASYON KISA FORMU (ICIQSF)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun onları ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmeye çalışıyoruz. Aşağıdaki soruları SON DÖRT HAFTA BOYUNCA ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayabilerseniz minnettar oluruz.

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

2) Cinsiyet Kadın Erkek

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

1. Hiçbir zaman 0

2. Haftada bir veya daha seyrek gibi 1

3. Haftada iki veya üç kez 2

4. Günde bir kez gibi 3

5. Günde birkaç kez 4

6. Her zaman 5

4) Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz? Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz? (ped (koruyucu bez) kullanm veya kullanmaym) (Bir kutuyu işaretleyin)

1. Hiç 0

2. Az miktarda 2

3. Orta derecede 4

4. Çok miktarda 6

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiçbir şekilde

çok fazla

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

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

1. Hiçbir zaman – idrar kaçırmıyorum....
2. Tuvalete yetişemedi idrar kaçıyorum....
3. Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum....
4. Uyurken kaçıyorum....
5. Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum....
6. İsemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum....
7. Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum....
8. Her zaman kaçıyorum....

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.



EK 12: Eğitime Yönelik Genel Memnuniyet Değerlendirme Formu

	Katılıyorum	Katılmıyorum
Kapsam		
Eğitim teorik bilgi açısından yeterliydi.		
Eğitim içeriği ihtiyacıma yönelik hazırlanmıştı.		
Eğitim kapsamındaki konular birbirini destekliyordu.		
Eğitimin kapsamı öğrenebileceğim ve kullanabileceğim şekilde düzenlenmişti.		
Süreç		
Eğitimin başlangıcında, eğitim planı ve Amaçler hakkında bilgilendirildim.		
Üİ ile ilgili yapılan eğitim, sistematik, etkin ve planlı bir şekilde yürütüldü.		
Eğitim materyallerinin beceri kazandırırken kolaylık sağlayacağını düşünüyorum.		
Eğitim materyalleri eğitim sırasında etkin bir şekilde kullanıldı.		
Eğitim sırasında kullanılan materyal öğrenmemi kolaylaştırdı.		
Eğitim için verilen randevu saatleri faydalanabilmem için en etkin şekilde planlandı.		
Eğitim için tahsis edilen ortamın yeterliydi.		
Eğitim, zamanında başladı ve bitirildi.		
Eğitici		
Eğiticinin, akademik yeterliliği tatmin ediciydi.		
Eğitici ile iyi bir iletişim içindeydim.		
Eğitici, eğitim sürecinde bana rahat ve olumlu bir ortam sağladı.		
Eğitici, eğitim esnasında sorular sormama izin verdi.		
Eğitici, tüm bilgileri benim anlayabileceğim şekilde aktardı.		
Eğitici, bu sürece katılmam için beni yeteri kadar cesaretlendirdi.		
İhtiyacım olduğunda eğiticiye kolaylıkla ulaşabildim.		

EK 13: Eğitim İçeriğine Yönelik Kazanım Değerlendirme Formu

1. Oturum

Amaç: Üriner sistem anatomi ve fizyolojisinin anlatılması

Kazanım: Üriner sistem organlarını, işlevlerini ve çalışma prensiplerini sayma

Bu oturumun size olan katkısını 1-10 puan arasında değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤ 0: Eğitim oturumu amacına ulaşmadı.

➤ 10: Eğitim oturumu başarı ile amacına ulaştı.

2. Oturum

Amaç: İdrar kaçırmanın fizyolojisini ve tiplerinin açık bir şekilde anlatılması

Kazanım: İdrar kaçırmanın işleyişini, tiplerini ve sıklıklarını bilme

Bu oturumun size olan katkısını 1-10 puan arasında değerlendiriniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤ 0: Eğitim oturumu amacına ulaşmadı.

➤ 10: Eğitim oturumu başarı ile amacına ulaştı.

3. Oturum

Amaç: İdrar kaçırmadan önleme ve korunmada kullanılabilecek yöntemlerin anlatılması

Kazanım: İdrar kaçırmadan önleme ve korunmada kullanılabilecek yöntemlerin bilinmesi

Bu oturumun size olan katkısını 1-10 puan arasında değerlendiriniz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

➤ 0: Eğitim oturumu amacına ulaşmadı.

➤ 10: Eğitim oturumu başarı ile amacına ulaştı.

4. Oturum

Amaç: Pelvik taban kas güçlendirici egzersizinin (KEGEL) işleyişinin, öneminin, yararlarının ve uygulanmasının anlatılması

Kazanım: Pelvik taban kas güçlendirici egzersizinin (KEGEL) işleyişinin, öneminin, yararlarının ve uygulanmasının bilinmesi

Bu oturumun size olan katkısını 1-10 puan arasında değerlendiriniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0: Eğitim oturumu amacına ulaşmadı.
- 10: Eğitim oturumu başarı ile amacına ulaştı.

5. Oturum

Amaç: Eğitim içeriğinin tekrar edilmesi, açıklanması ve katılımcı sorularının cevaplanması

Kazanım: Konuya ilişkin soru işaretinin kalmaması ve sağlığı koruyucu davranışların artırılması

Bu oturumun size olan katkısını 1-10 puan arasında değerlendiriniz.

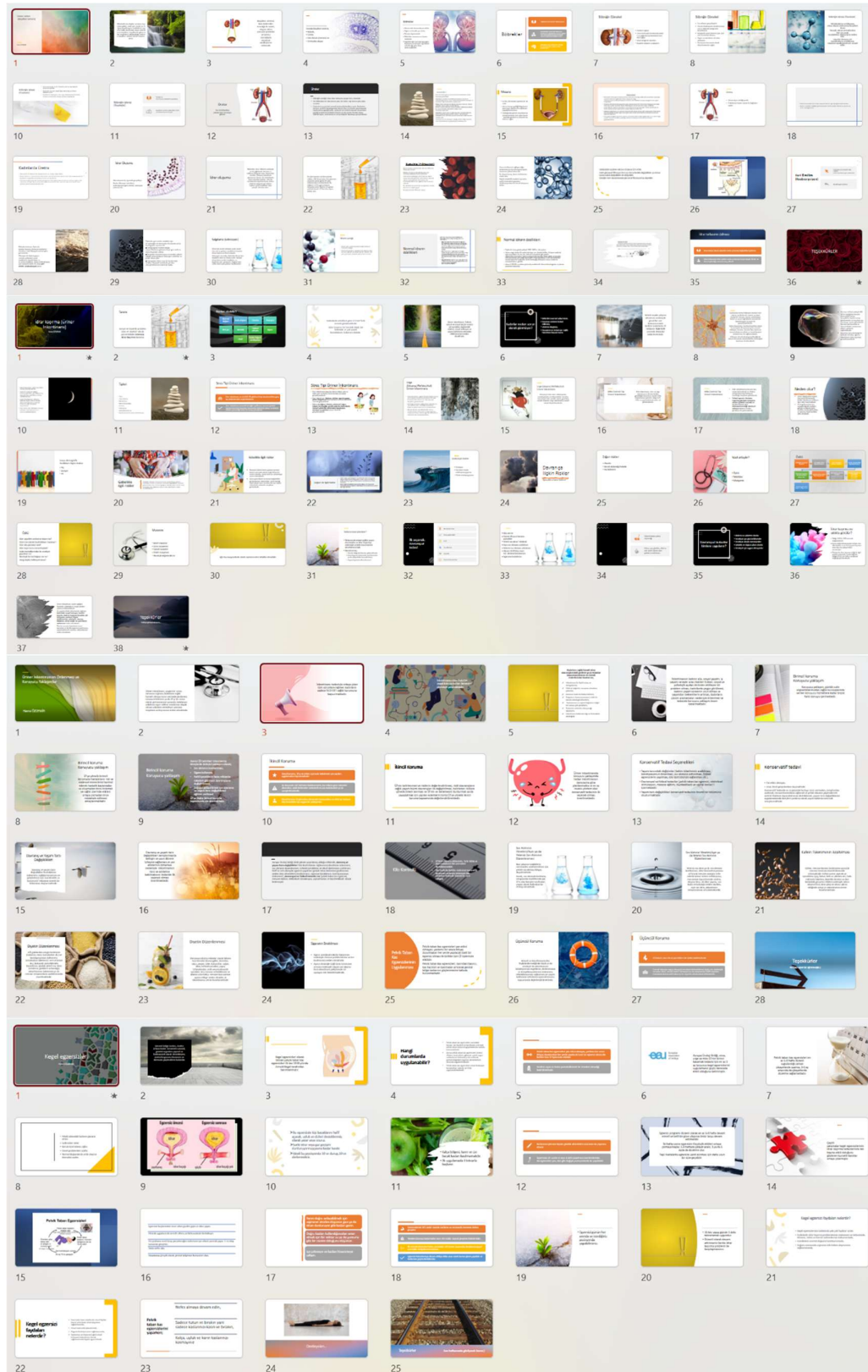
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 0: Eğitim oturumu amacına ulaşmadı.
- 10: Eğitim oturumu başarı ile amacına ulaştı.

EK 14: Üİ ve Kegel Egzersizlerine Yönelik Bireye Özgü Davranış Değişikliği Değerlendirme Formu

		Evet	Hayır
Düşünmeme	İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olmadığını düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlamıyorum.		
Düşünme/Niyet	İdrar kaçırma ile ilgili bir problemim olduğunu/olabileceğini düşünüyorum, kegel egzersizi yapmayı/doktora gitmeyi planlıyorum.		
Hazırlık	İdrar kaçırma ile ilgili tedavi olmak istiyorum. Düzenli kegel egzersizlerini yapıyorum. Kontrollerimi düzenli gideceğim, aksatmayacağım.		
Hareket/Eylem	İdrar kaçırma problemim ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurdum ve tedaviye başladım. Düzenli kegel egzersizlerine devam ediyorum.		
Devam Ettirme	Tedavi sürecime/ kegel egzersizine devam etmeyi planlıyorum.		
Değişim Süreci Bilişsel-Davranışsal süreçler ve Özetkililik	İdrar kaçırmadan nasıl korunacağımı ve kegel egzersizlerini nasıl yapacağımı bilirim.		
	İdrar kaçırma problemi sonlanana kadar ve sonrasında da kegel egzersizlerine devam edeceğime kendime söz veririm.		
	Kegel egzersizlerini başarılı bir şekilde uygulayabilir ve idrar kaçırma ile baş edebilirim.		
	Ailem ve yakın çevrem tedavi ve egzersizler konusunda beni teşvik eder.		
	Kegel egzersizlerine başlamanın idrar kaçırma problemini çözmenin yanı sıra sağlığımı koruyacağını biliyorum.		

*Bu form Transteorik Model'e uygun olarak hazırlanmıştır.



EK 16: Hatırlatma Mesajları

Hatırlatma Mesajları

- Günaydın! Yeni bir güne kegel egzersizlerinle başlamak, pelvik kaslarını güçlendirmek için harika bir yol. Unutma, birkaç dakikalık egzersiz bile büyük fark yaratabilir!
- Gün sonunda kendine biraz zaman ayır. Akşam rahatlaması için kegel egzersizlerini yaparak pelvik taban kaslarını güçlendirmeye devam et.
- Harika gidiyorsun! Her gün kegel egzersizlerini yapmak, pelvik sağlığın için harika bir adım. Bu haftayı da başarıyla tamamladın, devam et!
- Her gün kegel egzersizleri yaparak kendine yatırım yapıyorsun. Güçlü bir pelvik taban, genel sağlığın için çok önemli. Devam et, sonuçları görmek için sabırsızlanıyorum!
- Kegel egzersizlerini her gün düzenli yapmak, mesane kontrolünü artırabilir ve pelvik taban sağlığını destekleyebilir. Unutma, her yerde ve her zaman yapabilirsin!
- Müthişsin! Kegel egzersizlerini düzenli yaparak kendine iyi bakıyorsun. Bu sağlıklı alışkanlığı sürdür, bedenine sana teşekkür edecek!
- Günaydın! Yeni bir gün, yeni bir başlangıç. Kegel egzersizlerinle güne enerji dolu başla. Sağlığın için harika bir adım atıyorsun!
- Merhaba! Kahveni yudumlarken birkaç dakikanı kegel egzersizlerine ayır. Sağlıklı bir gün için harika bir başlangıç yap!
- İyi sabahlar! Bugün de kegel egzersizlerini unutmadan yap. Her gün düzenli yapmak, uzun vadede büyük fark yaratacak.
- Yeni bir gün, yeni bir fırsat! Sabah kegel egzersizlerini ihmal etme. Güçlü bir pelvik taban sağlığın için önemli.

- Günaydın! Kegel egzersizlerinle güne güçlü bir başlangıç yap. Sadece birkaç dakika ayırarak sağlığını güçlendirebilirsin.
- İyi sabahlar! Bugün de kegel egzersizlerini yapmayı unutma. Her gün küçük adımlar atarak büyük sağlık kazanımları elde edebilirsin.
- Yeni bir güne başlarken, kegel egzersizlerini ihmal etme. Sağlığın için pozitif bir adım at!
- Merhaba! Gün içinde kısa bir mola verin ve kegel egzersizlerinizi yapın! Pelvik taban kaslarınızı güçlendirmek, daha iyi bir sağlık için atacağınız küçük ama önemli bir adım. Unutmayın, bu kaslar güçlü olduğunda, günlük hayatınızda daha rahat ve güvende hissedeceksiniz. Kendinize zaman ayırın: Kegel egzersizleri sadece birkaç dakika sürer ama etkisi uzun vadeli olur. Bu egzersizlerle sağlığınıza yatırım yapıyorsunuz. Hadi şimdi başlayın ve bu sağlıklı alışkanlığı günlük rutininizin bir parçası haline getirin!
- Günaydın! Kendinize ve sağlığınıza öncelik vermek için harika bir fırsat: Kegel egzersizlerinizi yapma zamanı! Bu küçük ama güçlü hareketler, pelvik taban kaslarınızı güçlendirerek genel sağlığınızı iyileştirir. Düzenli olarak kegel egzersizleri yaparak, hem bugününüzü hem de geleceğinizi daha sağlıklı kılabilirsiniz. Hadi, şimdi birkaç dakika ayırın ve kendinize bu iyiliği yapın. Sağlık dolu günler!
- Merhaba! Kegel egzersizlerinizi yapmayı unutmayın! Bu basit ama etkili egzersizlerle pelvik taban kaslarınızı güçlendirerek, daha sağlıklı ve konforlu bir yaşam sürdürmek için adım atıyorsunuz. Sadece birkaç dakikanızı ayırarak büyük farklar yaratabilirsiniz. Şimdi başlayın ve bu sağlıklı alışkanlığı günlük rutininizin bir parçası yapın! Kendinize iyi bakın ve güçlü kalın!

- Merhaba! Günün bu anında, kegel egzersizlerinizi yaparak pelvik taban kaslarınızı güçlendirin. Bu egzersizler, sağlığınıza korumanın ve yaşam kalitenizi artırmanın basit ama etkili bir yoludur. Sadece birkaç dakika: Düzenli kegel egzersizleri, idrar kaçırma gibi sorunların önlenmesine yardımcı olabilir ve genel sağlığınıza katkıda bulunur. Kendinize bu iyiliği yapın ve hemen şimdi başlayın. Sağlıklı ve mutlu günler dilerim!
- Kegel zamanı! Pelvik sağlığınıza güçlendirin. 🧘
- Unutmayın: Kegel egzersizleri, güçlü bir pelvik taban için! ☀
- Şimdi kegel egzersizlerinizi yapın, sağlığınıza yatırım yapın. ♀
- Gününüze kegel ekleyin, farkı hissedin! ✨
- Kegel egzersizleriyle güçlenin, sağlıklı kalın! 🌱
- Kegel zamanı! Birkaç dakika, büyük farklar. 🧘
- Güçlü pelvik taban için kegel egzersizlerinizi yapın! 🧘

EK 17: Geri bildirimler

- Her şey için çok teşekkür ederim hocam benim için de çok verimli oldu
- Çok iyi gidiyor çok teşekkür ederim hocam tamamen geçmedi kaçırmam ama çok azaldı.
- Hocam kegel egzersizleri çok iyi geldi çok teşekkür ederim
- Herşey için teşekkürler emeklerinize sağlık 🌹
- Kesinlikle benim için de verimli oldu kıymetli bilgiler için çok teşekkür ederim 📖🌸 isteyen gruptan ayrılabilir yazmışsınız 😊 Ben ayrılmak istemiyorum sırada ne var diyorum.
- Ben kendi deneyimimi paylaşmak istiyorum. Kızımın katıldığı eğitim grubunda egzersizleri öğrendim. Yıllardır yaşıyorum idrar kaçırma sorununu. Menopoza girince daha da şiddetlenmişti. Egzersizleri öğrendim ve Havva Hocamın egzersiz hatırlatma mesajları ile motive oldum. Ve şunu fark ettim; ev yerleştirme için çömelmek gerektiğinde yani çömelerek iş yaptığımda ben artık idrar kaçırmıyorum. Önceden ped kullanacak kadar sorun yaşıyordum oysa...
- Konu hakkında farkındalık ve odaklanma sağladığınız için teşekkürler hocam 😊
- Günaydın. Egzersize devam ediyorum. Sağlıklı mutlu bir gün hepimize
- Günaydın 🌈 benim açımdan her şey yolunda ayrıca bildirmek isterim ki problemimde bir azalma gözlemlemekteyim. Ama Havva hanımcım gerçekten pratiği hep hayatımda tutuyorum emin olun. Daha fazla Pratikte daha iyi bir yere geleceğini düşünüyorum sorunumun bu yüzden tam gaz devam 🙌
- A.. hanım düzeni şaşı bende uygulamaya gayret ediyorum. Zamanla oturacak inşallah. Olumlu anlamda değişmeyi gözlemleyebiliyorum.
- Günaydın 🌈 belirgin bir şekilde güçlenme var kaslarımda benim. Egzersizi oturarak yapmayı tercih ettiğim için her aklıma geldiğinde yapıyorum neredeyse. Bunun mükafatını alıyorum. Kasların hissizlik(yalancı atak vs. Nedeni ile) durumları hariç. Teşekkürler 😊 bu egzersizi biliyordum, uygulama işini oteliyordum. hayatımda tutmak için sizinle disipline olmam gerekiyormuş. 🙌🙌

- Teşekkürler Havva hanım, alışkanlığa dönüştü bende dilerim devamlılık olur.. Çok faydasını gördüm.. Bedenim bana ben size çok teşekkür ediyorum 🥰❤
- İyi akşamlar günlük 1,5 lt su yaklaşık 1 lt de çay tüketmeye başladım idrara sıkışıyorum ama kaçırmalarım azaldı 🚶🚶🚶 egzersizleri yapmaya devam çok faydası oldu 😊
- Kahvemizi de icerizzzz bol bol suyumuzuda egzersizlerde tamam 🍷
- BAYRAM demek egzersizleri aksatmak değildir 😊 kimseye caktırmadan devam 🙌🙌 iyi bayramlar
- Bence ufak ufak ilerliyorum ama tam tur 5 saniyelik dilimler yapıyorum kalabalık yer mekan farketmeden ama ne yalan söyleyim Bende sıkıntılar var çok zor ilerliyor fakat 5 saniye bile mucize gibi olacak olacak 🍷🍷 kendime güveniyorum
- Günaydın 🌻 ben iyiyim , teşekkür ederim. Sabah ilk egzersizi yatakta yapıyorum, gün içinde, nerede aklıma gelirse 😊😊 artık aklımızda, kolay egzersiz yer fark etmiyor çünkü, gün içinde bir çok kez yapıyorum. İyi günler , öpüyorum. Selamlar sevgiler.❤💋🙌🌸🌸🌸🐞
- İyi ki karşımıza çıktınız 🙌❤ Allah razı olsun, bize emek verdin, halen bırakmıyor sun, Allah işini gücünü rast getirsin, bütün güzellikler seninle olsun canım. Allah a emanet ol. 🙌❤
- Ben yapıyorum ama hala 5 saniyede 10 tur daha 10 saniye kasamadım ama sık sık yapıyorum 5 saniye 10 tur Bile mucize
- İnanmak başarmanın yarısıdır. Ben inanıyorum 😊 olacak 🍷
- Hocam çok komik bisi diyim günümüz sizinde geceniz tebessüm etsin sabah uykudan tam uyanıyorum bi baktım refleks olarak sık bırak yapıyorum 🤪 bu hiç normal diilll 😊 yasamin bir parçası oluyor veee 2aydır ilac içmiyorum
- Otobüste disarda 🍷 hiç merak etmeyin alışkanlık olmaya başladı gibi gibi tur olarak değil sık sık yapmaktayım
- Dikkat bu bir hatırlatma msjidir boş durmak yok egzersizlere devam © hadi 1-2 1-2 sık bırak

- Hocam yaşam kocumuz oldunuz cookk tatlisiniz iyiki varsınız ☺ annemle az evel sohbet konusu "sen ilacını içiyormusun bi kontrole gitmemiz lazım sallama bak" 😊 "yooo ilaç içmiyorum bolca egzersiz yapıyorum evet kontrole gidicem ama az daha zamani var anne merak etme 😊" Hadi bakalım havalar nasıl olursa olsun bizim havamız iyi olsun
- İşlem tamam hocam gerçekten çok tskler hayatıma yön verdiniz bana çok şey kattınız beni aydınlattığınız kadar çevreme de yararlı olmami sağladınız gönderdiğiniz egsersizler programlarını bende etrafıma dağıttım sizin sayenizde fayda sağladım. Cokk tskler bana hakkınızı helal edin grup arkadaşlarım iyiki tanıdım hepinizi Allaha emanet ediyorum. Bir kusurum oldu ise affola
- Günaydınlar, gününüz gönlünüzce geçsin inşallah, her şey için teşekkür ederim Havva hanım yolunuz bahtınız hep açık olsun... grup arkadaşlarım hepinizi sevgiyle kucaklayıp Allah'a emanet ediyorum. Gelecek günleriniz daha çok mutluluk ve huzur getirsin hepinize, sevgiler selamlarımla öpüyorum hepinizi 🥰🌸🙌☺
- Teşekkür ederim çok faydalı bir eğitim oldu kendi adıma 🌸🙌🥰

EK 18: Eğitim Sonrası Katılımcılara Verilen Broşür

İdrar kaçırma
probleminden dolayı
hayatınızı
ertelemeyin!



İdrar kaçırma bir hastalık değil ancak bir hastalığın belirleyicisi olabilir!



KİMLER KEGEL EGZERSİZİ YAPABİLİR?



ÜRİNER BİR PROBLEMİ OLAN YA DA OLMAYAN HERKES UYGULAYABİLİR...



Ne yapmalıyım?
KEGEL EGZERSİZİ



Kegel egzersizi
yapmaya başladıktan
ne kadar süre sonra
etkisi görülür?



Pelvik taban kas egzersizleri en az 6-8 hafta düzenli uygulandığı zaman şikayetlerde azalma, 3-6 ay arasında da şikayetlerde düzelme sağlamaktadır.

NASIL YAPMALIYIM?

- Pelvik taban kaslarınızı sıkın ve 10 saniye boyunca tutun.
- 10 saniye dinlendikten sonra bu işlemi 3 set tekrarlayın.



BU EGZERSİZLERİ GÜNDE 3-4 DEFA TEKRARLAYABİLİRSİNİZ.



İdrar kaçırma problemi yaşıyorsanız ihmal etmeden mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurun...



EK 19 Ek Tablolar

Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesinde yapılan üriner inkontinans ve kegel egzersizine yönelik sağlık inanç ölçeği alt boyut puanlarının farklılıklarının/ilişkilerinin incelenmesi

	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet Algısı		Sağlık Motivasyonu		Kegel Egzersizi Yarar Algısı		Kegel Egzersizi Engel Algısı		Öz Etkililik	
	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)
Eğitim Durumu												
İlköğretim ve Altı	31,00 ±10,2	31(12-44)	47,25 ±17,9 2	50,5(15-70)	13,88 ±4,29	14(6-19)	21,00 ±5,42	21(9-27)	23,63±6,05	27(11-28)	15,88 ±4,49	15(8-24)
Lise	33,06 ±6,79	34,5(18-43)	50,22 ±13,4 2	53(14-66)	15,33 ±4,85	15(5-25)	22,61 ±4,62	21(9-28)	25,39±6,26	27(12-40)	14,83 ±2,15	15(10-19)
Lisans ve Üzeri	29,45 ±10,9 6	33(9-45)	45,20 ±16,6 5	49(14-70)	15,80 ±5,39	17,5(5-24)	24,60 ±8,84	25,5(7-35)	21,40±6,27	22(9-30)	14,35 ±4,45	15(5-23)
KW;p	0,788;0,675		1,085;0,581		1,573;0,455		04,744;0,093		3,419;0,181		0,534;0,766	
Çalışma Durumu												
Evet	32,65 ±8,41	35(9-45)	49,13 ±13,9 7	51(14-70)	16,13 ±4,70	18(5-24)	24,17 ±7,30	23(7-35)	23,57±6,87	27(9-40)	14,96 ±2,90	15(8-19)
Hayır	29,61 ±10,1 3	32(9-44)	45,91 ±17,0 6	53(14-70)	14,43 ±5,14	15(5-25)	22,22 ±6,47	22(8-35)	23,13±5,96	27(11-29)	14,65 ±4,39	15(5-24)
Z;p	-1,148;0,251		-0,143;0,886		-1,367;0,172		-0,844;0,399		-0,034;0,973		-0,316;0,752	
Ekonomik Durumu												
Gelir Giderden Az	31,41 ±9,30	35(9-43)	49,00 ±16,0 9	53(14-70)	13,73 ±5,22	13(5-25)	20,50 ±5,65	21(7-28)	25,50±5,89	27(12-40)	14,23 ±3,13	15(5-19)
Gelir Gidere Eşit/Fazla	30,88 ±9,55	33(9-45)	46,17 ±15,1 7	49(14-70)	16,71 ±4,31	18(5-24)	25,67 ±7,1	26,5(7-35)	21,37±6,25	23(9-30)	15,33 ±4,11	15(8-24)
Z;p	-0,519;0,604		-1,023;0,306		-2,351;0,019*		-3,321;0,001*		-2,337;0,019*		-0,972;0,331	
Medeni Durum												
Evli	30,35 ±9,67	33(9-43)	48,22 ±15,8 8	51(14-70)	14,65±4,62	15(5-22)	22,26 ±6,41	21(7-35)	24,96±5,85	27(14-40)	14,70±3,66	15(8-23)
Bekar/Boşanmış	31,91 ±9,12	34(9-45)	46,83 ±15,4 4	52(14-70)	15,91±5,28	18(5-25)	24,13 ±7,36	26(8-35)	21,74±6,57	24(9-29)	14,91±3,78	15(5-24)
Z;p	-0,530;0,596		-0,231;0,817		-1,069;0,285		-1,687;0,092		-1,128;0,259		-0,429;0,668	
Sigara Kullanma Durumu												
Evet	32,86 ±7,06	32,5(18-45)	46,57 ±14,6 6	50(14-66)	14,79±3,96	15(5-20)	22,79 ±5,75	21,5(9-35)	23,50±5,30	27(12-28)	14,86±1,92	15(10-17)
Hayır	30,38 ±10,1	34(9-44)	47,94 ±16,0	53(14-70)	15,50±5,36	16,5(5-25)	23,38 ±7,41	23,5(7-35)	23,28±6,85	27(9-40)	14,78±4,26	15(5-24)

	8	7										
Z;p	-0,204;0,838	-0,705;0,481	-0,743;0,458	-0,538;0,591	-0,208;0,835	-0,110;0,912						
Çocuk Sahibi Olma Durumu												
Evet	32,13 ±7,67	34(13 -43)	49,67 ±15,7	52,5(1 4-70)	14,87± 4,73	14,5(5-22)	22,46 ±6,04	21(7- 35)	24,25 ±6,66	27(9- 40)	14,79± 2,93	15(8- 19)
Hayır	30,05 ±10,9	33,5(9 -45)	45,18 ±15,2	49,5(1 4-63)	15,73± 5,25	16,5(5-25)	24,00 ±7,78	26(7- 35)	22,36 ±6,01	24,5(11- 30)	14,82± 4,43	15(5- 24)
Z;p	-0,453;0,651	-1,056;0,291	-0,629;0,529	-1,396;0,163	-0,779;0,436	-0,215;0,830						
Kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapma durumu												
Evet	31,63 ±8,57	34,5(1 3-40)	49,75 ±15,3	56,5(1 4-61)	17,5±6, 30	17(5- 25)	26,25 ±7,96	28(7- 33)	23,88 ±8,95	23(13 -40)	14,25± 3,69	15(8- 19)
Hayır	31,03 ±9,59	33(9- 45)	47,05 ±15,7	51(14 -70)	14,82± 4,58	15,5(5-22)	22,55 ±6,58	21(7- 35)	23,24 ±5,83	27(9- 29)	14,92± 3,72	15(5- 24)
“Z;p	-0,218;0,831	-0,711;0,485	-1,367;0,181	-2,389;0,018*	-0,134;0,898	-0,209;0,853						

r: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Z: Mann Whitney U KW: Kruskal Wallis *: p<0,05

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda eğitim öncesi katılımcıların Sağlık Motivasyonu puanlarının ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Geliri giderine eşit veya fazla olan bireylerin Sağlık Motivasyonu puanlarının, geliri giderinden az olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kegel egzersizi yarar algısı puanlarının, hem ekonomik durum hem de kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapma durumu durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$). Geliri giderine eşit veya fazla olan bireylerin kegel egzersizi yarar algısı puanlarının, geliri giderinden az olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; ayrıca kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapan bireylerin kegel egzersizi yarar algısı puanlarının, düzenli spor yapmayan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kegel egzersizi engel algısı puanlarının ekonomik durumlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$). Geliri giderinden az olan bireylerin kegel egzersizi engel algısı puanlarının, geliri giderine eşit veya fazla olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Eğitim Öncesi Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İzlem Aşamasında Yapılan Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Farklılıklarının/İlişkilerinin İncelenmesi

	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet Algısı		Sağlık Motivasyonu		Kegel Egzersizi Yarar Algısı		Kegel Egzersizi Engel Algısı		Öz Etkililik	
	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)	Ort±SS	Medyan (Min-mak)
Eğitim Durumu												
İlköğretim ve Altı	28,87±11,24	31,5(10-45)	37,50±21,80	28(14-70)	17,38±7,13	20(5-25)	25,50±9,90	28(7-35)	12,50±4,28	11(9-20)	20,00±8,02	25(5-25)
Lise	34,17±8,77	36(18-45)	38,39±19,28	32(14-70)	19,22±4,37	20(7-25)	30,83±7,68	35(9-35)	10,83±4,11	9(9-24)	22,33±5,16	25(9-25)
Lisans ve Üzeri	36,40±8,62	38,5(21-45)	44,25±17,89	43,5(14-70)	20,50±3,55	21(14-25)	33,85±2,43	35(28-35)	12,85±9,25	9(9-45)	23,60±2,87	25(16-25)
KW;p	3,166;0,205		1,488;0,475		1,613;0,446		8,836;0,012*		1,837;0,399		0,862;0,650	
Çalışma Durumu												
Evet	34,48±8,38	36(18-45)	46,52±17,84	49(14-70)	19,57±4,08	21(7-25)	32,78±5,74	35(9-35)	10,65±4,57	9(9-29)	23,26±3,85	25(9-25)
Hayır	33,96±10,40	36(10-45)	35,04±18,64	28(14-70)	19,35±5,27	20(5-25)	29,65±7,88	35(7-35)	13,35±8,36	9(9-45)	21,70±5,95	25(5-25)
Z;p	-0,078;0,938		-2,220;0,026*		-0,178;0,859		-1,852;0,064		-1,408;0,159		-0,568;0,570	
Ekonomik Durumu												
Gelir Giderden Az	32,91±10,56	35,5(10-45)	40,95±21,22	32,5(14-70)	18,36±5,72	20(5-25)	28,73±9,19	35(7-35)	13,05±8,30	9(9-45)	21,00±6,47	25(5-25)
Gelir Gidere Eşit/Fazla	35,42±8,11	36(21-45)	40,63±17,07	35(14-70)	20,46±3,23	21(14-25)	33,50±2,72	35(28-35)	11,04±5,06	9(9-29)	23,83±2,66	25(16-25)
Z;p	-0,768;0,442		-0,022;0,982		-1,068;0,285		-1,932;0,053		-1,324;0,185		-1,386;0,166	
Medeni Durum												
Evli	35,04±7,69	36(18-45)	46,74±18,24	49(14-70)	19,8±7,05	21(7-25)	32,17±5,84	35(9-35)	11,13±4,95	9(9-29)	23,09±3,91	25(9-25)
Bekar/Boşanmış	33,39±10,86	36(10-45)	34,83±18,10	28(14-70)	19,0±4,26	20(5-25)	30,26±8,01	35(7-35)	12,87±8,28	9(9-45)	21,87±5,96	25(5-25)
Z;p	-0,011;0,991		-1,977;0,048*		-0,445;0,657		-0,777;0,437		-0,711;0,477		-0,485;0,628	
Sigara Kullanma Durumu												
Evet	32,93±10,56	36(10-45)	39,36±19,12	32(14-70)	18,4±3,29	20(5-25)	30,43±8,97	35(7-35)	10,71±4,16	9(9-24)	22,00±6,49	25(5-25)

Hayır	34,78± 8,88	36(18 -45)	41,41± 19,15	39,5(14 -70)	19,9 1±4, 37	20(7- 25)	31,56±6,0 8	35(9- 35)	12,56 ±7,67	9(9-45)	22,69 ±4,33	25(9- 25)
Z;p	-0,254;0,800		-0,240;0,810		-0,749;0,454		-0,127;0,899		-0,603;0,547		-	0,376;0,707
Çocuk Sahibi Olma Durumu												
Evet	35,08± 8,16	36(18 -45)	44,42± 18,62	47,5(14 -70)	19,2 9±4, 35	20(7- 25)	31,33±6,8 4	35(9- 35)	11,21 ±4,85	9(9-29)	22,75 ±4,66	25(9- 25)
Hayır	33,27± 10,6	36(10 -45)	36,82± 18,93	31,5(14 -70)	19,6 4±5, 08	20,5(5- 25)	31,09±7,3 3	35(7- 35)	12,86 ±8,47	9(9-45)	22,18 ±5,48	25(5- 25)
Z;p	-0,245;0,807		-1,338;0,181		-0,568;0,570		-0,104;0,917		-0,370;0,711		-	0,485;0,628
Kendilerine planlanan egzersizleri düzenli olarak yapma durumu												
Evet	35,12± 8,04	36(21 -45)	40,62± 18,26	40(14- 69)	19,0 0±4, 66	19,5(14- 25)	33,25±3,2 4	35(28- 35)	9,63± 1,77	9(9-14)	24,38 ±1,77	25(20- 25)
Hayır	34,03± 9,68	36(10 -45)	40,82± 19,33	33(14- 70)	19,5 5±4, 72	20(5- 25)	30,79±7,5 2	35(7- 35)	12,50 ±7,36	9(9-45)	22,08 ±5,39	25(5- 25)
Z;p	-0,059;0,966		-0,087;0,943		-0,528;0,618		-0,649;0,599		-1,051;0,433		-	1,169;0,368

r:Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda katılımcıların izlem aşamasında ciddiye algısı puanlarının çalışma durumu ve medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05). Buna göre, çalışan bireylerin ciddiye algısı puanlarının çalışmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu; evli bireylerin ciddiye algısı puanlarının ise bekar bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların kegel egzersizi yarar algısı puanlarının eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). Buna göre, eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan bireylerin kegel egzersizi yarar algısı puanlarının, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların üriner inkontinansa yönelik farkındalık durumlarına göre eğitim öncesi üriner inkontinans ve kegel egzersizine yönelik sağlık inanç ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet Algısı		Sağlık Motivasyonu		Kegel Egzersizi Yarar Algısı		Kegel Egzersizi Engel Algısı		Öz Etkililik	
	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)	Ort± SS	Medyan (Min-Mak)
Günlük İdrar Sıklığı												
4'ten Az	29,31 ±9,62	31(9-43)	47,81 ±16,03	52(14-70)	14,13 ±3,77	14(6-20)	22,31 ±5,39	21(9-35)	24,06 ±5,13	27(11-27)	15,50 ±2,94	15(8-23)
4-8 Arası	31,79 ±9,38	33(9-45)	49,53 ±12,92	53(15-64)	16,42 ±5,01	18(5-24)	24,32 ±7,33	25(7-35)	23,32 ±6,68	25(13-40)	14,95 ±4,49	15(5-24)
8'den Fazla	32,64 ±9,28	36(13-43)	43,64 ±19,28	48(14-70)	15,00 ±6,23	16(5-25)	22,55 ±8,32	23(7-35)	22,36 ±7,78	27(9-30)	13,55 ±3,01	15(8-17)
KW;p	1,718;0,424		0,791;0,673		3,286;0,193		3,471;0,176		0,529;0,768		1,356;0,508	
Gecelerin İki ve İki'den Fazla Tuvalete Çıkma												
Evet	29,07 ±10,90	33(9-41)	42,93 ±18,25	48(14-70)	14,33 ±6,52	16(5-25)	20,80 ±8,85	22(7-35)	22,00 ±7,13	26(9-30)	12,93 ±3,79	14(8-19)
Hayır	32,13 ±8,48	34(9-45)	49,74 ±13,76	53(14-70)	15,74 ±4,02	16(5-24)	24,35 ±5,52	22(8-35)	24,00 ±5,97	27(12-40)	15,71 ±3,32	15(5-24)
Z;p	-0,494;0,621		-1,372;0,170		-0,482;0,630		-0,552;0,581		-0,385;0,700		-1,975;0,048*	
Şu Ana Kadar Öksürürken ya da Hapşırırken İdrar Kaçırma												
Evet	33,33 ±6,94	35(9-44)	50,82 ±12,66	53(14-70)	15,58 ±4,57	16(5-25)	23,12 ±5,41	22(8-35)	24,70 ±5,94	27(9-40)	15,03 ±3,34	15(5-24)
Hayır	25,54 ±12,29	26(9-45)	39,15 ±19,20	46(14-64)	14,54 ±5,94	16(5-24)	23,38 ±10,00	26(7-35)	19,92 ±6,30	18(11-30)	14,23 ±4,53	15(8-23)
Z;p	-1,948;0,051		-1,905;0,057		-0,380;0,704		-0,812;0,417		-2,204;0,027*		-0,640;0,522	
Herhangi Bir Günlük Aktivitede İdrar Kaçırma												
Evet	33,57 ±6,73	34(9-44)	51,52 ±13,16	56(14-70)	16,83 ±4,37	17(5-25)	24,57 ±5,58	25(8-35)	24,00 ±6,92	27(9-40)	14,91 ±3,88	15(5-24)
Hayır	28,70 ±10,97	30(9-45)	43,52 ±16,89	49(14-66)	13,74 ±5,10	15(5-24)	21,83 ±7,88	21(7-35)	22,7±5,83	27(11-29)	14,70 ±3,55	15(8-23)
Z;p	-1,357;0,175		-1,682;0,093		-2,216;0,027*		-1,440;0,150		-0,711;0,477		-0,486;0,627	
İdrara Sıkıştığında İdrar Kaçırma												
Evet	33,44 ±7,76	35,5(9-44)	50,79 ±13,77	53(14-70)	15,50 ±4,93	16(5-25)	22,94 ±5,89	22(8-35)	24,00 ±6,62	27(9-40)	14,62 ±3,48	15(5-24)
Hayır	24,58 ±10,60	26(9-45)	38,25 ±16,97	44(14-63)	14,67 ±5,18	17(5-20)	23,92 ±9,45	25(7-35)	21,50 ±5,37	20,5(14-28)	15,33 ±4,31	15(8-23)
Z;p	-3,129;0,002*		-2,466;0,014*		-0,289;0,773		-0,615;0,539		-1,182;0,237		-0,694;0,487	
Tuvalete Gittiği Halde Hemen Sonrasında İdrar Kaçırma												
Evet	34,78 ±8,12	36(9-44)	54,72 ±10,54	56,5(28-70)	16,39 ±4,84	16(5-25)	23,78 ±5,98	21,5(8-35)	24,06 ±6,05	27(9-29)	15,22 ±3,75	15(5-24)
Hayır	28,79 ±9,43	31(9-45)	42,89 ±16,55	49,5(14-64)	14,57 ±4,97	16(5-22)	22,82 ±7,50	22,5(7-35)	22,89 ±6,62	25,5(11-40)	14,54 ±3,68	15(8-23)
Z;p	-2,318;0,020*		-2,467;0,014*		-1,005;0,315		-0,012;0,991		-1,028;0,304		-0,787;0,431	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Ped Kullanma												
Evet	33,84	35(9)	53,06	56(20-)	16,26	17(5-)	23,52	22(8-)	24,58	27(9-)	14,68	15(5-)

	±7,10	-44)	±10,7	70)	±4,73	25)	±5,63	35)	±6,11	40)	±3,43	24)
	25,53	26(9	36,07	40(14-	13,27	13(5-	22,53	22(7-	20,80	21(11-	15,07	15(8-
Hayır	±11,0	-45)	±17,8	63)	±4,92	20)	±9,17	35)	±6,29	29)	±4,27	23)
	4		5									
Z _{ij}	-2,637;0,008*		-3,154;0,002*		-1,905;0,057		-0,228;0,820		-1,817;0,069		-0,747;0,455	
İdrar Kaçırma Durumunu Sağlık Problemi Olarak Düşünme												
	32,11	35(9	47,92	53(14-	15,35	17(5-	22,95	23(7-	23,27	27(9-	14,76	15(5-
Evet	±9,31	-45)	±16,2	70)	±5,28	25)	±7,31	35)	±6,70	40)	±3,66	24)
			6									
	27,11	27(9	45,89	50(14-	15,00	15(12	24,22	21(21	23,67	27(15-	15,00	15(8-
Hayır	±8,75	-36)	±12,6	56)	±3,46	-22)	±5,02	-35)	±5,02	27)	±3,97	23)
			2									
Z _{ij}	-1,836;0,066		-1,081;0,280		-0,806;0,420		-0,113;0,910		-0,299;0,765		-0,199;0,842	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Sağlık Kurumuna Başvurma												
	33,29	36(9	50,18	56(14-	16,59	18(5-	24,47	27(8-	22,18	24(9-	14,65	15(5-
Evet	±8,79	-44)	±15,4	70)	±5,66	25)	±7,19	35)	±8,13	40)	±4,05	24)
			5									
	29,86	32(9	45,97	50(14-	14,52	15(5-	22,45	21(7-	24,03	27(11-	14,90	15(8-
Hayır	±9,55	-45)	±15,5	70)	±4,40	22)	±6,73	35)	±5,10	30)	±3,52	23)
			9									
Z _{ij}	-1,509;0,131		-1,367;0,172		-1,656;0,098		-1,585;0,113		-0,701;0,483		-0,374;0,708	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Tedavi Olma												
	33,53	36(9	49,67	56(14-	16,00	18(5-	24,47	27(8-	21,40	20(9-	14,53	15(5-
Evet	±9,21	-44)	±16,3	70)	±5,58	24)	±7,57	35)	±8,36	40)	±4,31	24)
			8									
	29,97	32(9	46,48	50(14-	14,94	16(5-	22,58	21(7-	24,29	27(11-	14,94	15(8-
Hayır	±9,31	-45)	±15,2	70)	±4,67	25)	±6,58	35)	±5,03	30)	±3,41	23)
			3									
Z _{ij}	-1,613;0,107		-1,173;0,241		-1,094;0,274		-1,572;0,116		-1,335;0,182		-0,566;0,571	
Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05												

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda katılımcıların eğitim öncesi duyarlılık algısı puanlarının; idrara sıkıştığında idrar kaçırma, tuvalete gittikten hemen sonra idrar kaçırma ve idrar kaçırma nedeniyle ped kullanma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

- İdrara sıkıştığında idrar kaçıranların eğitim öncesi duyarlılık algısı puanları, idrara sıkıştığında idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.
- Tuvaletten hemen sonra idrar kaçıranların eğitim öncesi duyarlılık algısı puanları, tuvaletten hemen sonra idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.
- İdrar kaçırma nedeniyle ped kullananların eğitim öncesi duyarlılık algısı puanları, ped kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Ciddiyet algısı puanlarının; idrara sıkıştığında idrar kaçırma, tuvalete gittikten hemen sonra idrar kaçırma ve idrar kaçırma nedeniyle ped kullanma değişkenlerine

göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

- İdrara sıkıştığında idrar kaçırانların eğitim öncesi ciddiye algısı puanları, idrara sıkıştığında idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.
- Tuvaletten hemen sonra idrar kaçırانların eğitim öncesi ciddiye algısı puanları, tuvaletten hemen sonra idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.
- İdrar kaçırmaya nedeniyle ped kullananların eğitim öncesi ciddiye algısı puanları, ped kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Sağlık motivasyonu puanlarının, herhangi bir günlük aktivitede idrar kaçırmaya durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

- Günlük aktivitelerde idrar kaçırانların sağlık motivasyonu eğitim öncesi puanları, idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Kegel egzersizi engel algısı puanlarının, öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırmaya durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

- Öksürürken veya hapsirirken idrar kaçırانların kegel egzersizi engel algısı eğitim öncesi puanları, idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Öz etkililik puanlarının, geceleyin iki veya daha fazla tuvalete çıkma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Katılımcıların Üriner İnkontinansa Yönelik Farkındalık Durumlarına Göre İzlem Aşaması Üriner İnkontinans ve Kegel Egzersizine Yönelik Sağlık İnanç Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Duyarlılık Algısı		Ciddiyet Algısı		Sağlık Motivasyonu		Kegel Egzersizi Yarar Algısı		Kegel Egzersizi Engel Algısı		Öz Etkililik	
	Ort±S	Medyan (Min-Mak)	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)
Günlük İdrar Sıklığı												
4'ten Az (1)	34,81 ±10,03	36(10-45)	42,37 ±22,88	43(14-70)	18,88 ±5,69	20,5(5-25)	29,69 ±8,96	35(7-35)	10,81 ±3,56	9(9-20)	22,13 ±6,18	25(5-25)
4-8 Arası (2)	32,37 ±8,34	36(21-45)	42,42 ±15,39	42(14-70)	19,89 ±4,05	20(12-25)	32,58 ±5,23	35(14-35)	13,74 ±9,38	9(9-45)	22,47 ±4,25	25(10-25)
8'den Fazla (3)	36,55 ±10,18	36(18-45)	35,64 ±19,15	28(14-70)	19,55 ±4,32	20(10-25)	31,09 ±6,59	35(14-35)	10,73 ±4,56	9(9-24)	23,00 ±4,80	25(10-25)
KW;p	1,756;0,416		1,156;0,561		0,085;0,958		1,195;0,550		0,957;0,62		0,805;0,669	
Geceleyin İki ve İki'den Fazla Tuvalete Çıkma Durumu												
Evet	33,40 ±9,36	36(18-45)	38,67 ±14,94	32(27-70)	19,40 ±4,00	20(10-25)	30,73 ±5,84	35(14-35)	12,93 ±6,61	9(9-29)	22,00 ±4,46	25(10-25)
Hayır	34,61 ±9,46	36(10-45)	41,81 ±20,77	45(14-70)	19,48 ±5,01	21(5-25)	31,45 ±7,58	35(7-35)	11,55 ±6,95	9(9-45)	22,71 ±5,32	25(5-25)
Z;p	-0,605;0,545		-0,459;0,646		-0,605;0,545		-1,299;0,194		-0,895;0,371		-1,063;0,288	
Şu Ana Kadar Öksürürken ya da Hapsirirken İdrar Kaçırma Durumu												
Evet	34,36 ±8,84	36(18-45)	44,00 ±18,83	42(14-70)	19,52 ±4,37	20(7-25)	31,33 ±6,79	35(9-35)	13,03 ±7,77	9(9-45)	22,24 ±4,84	25(9-25)
Hayır	33,85 ±10,9	36(10-45)	32,62 ±17,33	28(14-69)	19,31 ±5,51	20(5-25)	30,92 ±7,78	35(7-35)	9,38±1,39	9(9-14)	23,08 ±5,60	25(5-25)
Z;p	-0,099;0,921		-2,072;0,038*		-0,173;0,863		-0,173;0,863		-1,833;0,067		-1,091;0,275	
Herhangi Bir Günlük Aktivitede İdrar Kaçırma Durumu												
Evet	36,13 ±8,85	36(18-45)	45,22 ±20,26	46(14-70)	20,30 ±4,06	21(10-25)	31,96 ±6,27	35(14-35)	11,70 ±7,73	9(9-45)	23,26 ±4,42	25(10-25)
Hayır	32,30 ±9,62	35(10-45)	36,35 ±16,82	32(14-67)	18,61 ±5,14	20(5-25)	30,48 ±7,73	35(7-35)	12,30 ±5,88	9(9-29)	21,70 ±5,54	25(5-25)
Z;p	-1,446;0,148		-1,513;0,130		-0,934;0,350		-0,984;0,325		-0,768;0,442		-1,564;0,118	
İdrara Sıkıştığında İdrar Kaçırma Durumu												
Evet	34,76±8,84	36(18-45)	43,44±18,92	37,5(14-70)	19,50±4,45	20(7-25)	31,44±6,72	35(9-35)	12,29±7,54	9(9-45)	22,74±4,67	25(9-25)
Hayır	32,67±10,92	35(10-45)	33,25±17,65	28(14-67)	19,33±5,43	20(5-25)	30,58±8,03	35(7-35)	11,17±4,20	9(9-21)	21,75±6,06	25(5-25)
Z;p	-0,469;0,639		-1,786;0,074		-0,051;0,960		-0,413;0,680		-0,113;0,910		-0,504;0,614	
Tuvalete Gittiği Halde Hemen Sonrasında İdrar Kaçırma Durumu												
Evet	32,61±10,69	34(10-45)	42,56±20,90	33(14-70)	18,94±6,01	21(5-25)	30,72±9,03	35(7-35)	13,67±9,49	9(9-45)	21,50±6,50	25(5-25)
Hayır	35,25±8,41	36(18-45)	39,64±17,89	35(14-70)	19,79±3,62	20(7-25)	31,54±5,48	35(9-35)	10,93±4,16	9(9-24)	23,11±3,78	25(9-25)
Z;p	-0,695;0,487		-0,690;0,490		-0,364;0,715		-0,929;0,353		-0,933;0,351		-0,255;0,799	

İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Ped Kullanma Durumu

Evet	32,39± 10,05	35(1 0- 45)	42,52 ±18,7 4	37(14- 70)	19,10 ±5,22	20(5- 25)	30,55 ±8,21	35(7- 35)	13,45 ±7,92	9(9-45)	21,45 ±5,80	25(5- 25)
Hayır	38,00± 6,44	38(2 3- 45)	37,20 ±19,5 2	28(14- 67)	20,20 ±3,26	20(14 -25)	32,60 ±3,14	35(28 -35)	9,00± 0,00	9(9-9)	24,60 ±1,30	25(20 -25)
Z;p	-1,839;0,066		-1,213;0,225		-0,368;0,713		-0,069;0,945		-2,731;0,006*		-1,787;0,074	

İdrar Kaçırma Durumunu Sağlık Problemi Olarak Düşünme Durumu

Evet	33,73± 8,92	36(1 8- 45)	40,78 ±18,4 4	33(14- 70)	19,46 ±4,29	20(7- 25)	31,19 ±6,49	35(9- 35)	12,59 ±7,44	9(9-45)	22,41 ±4,65	25(9- 25)
Hayır	36,22± 11,27	38(1 0- 45)	40,78 ±22,1 2	42(14- 67)	19,44 ±6,27	21(5- 25)	31,33 ±9,27	35(7- 35)	9,56± 1,67	9(9-14)	22,78 ±6,67	25(5- 25)
Z;p	-1,234;0,217		-0,139;0,889		-0,813;0,416		-0,816;0,414		-1,219;0,223		-1,029;0,303	

İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu

Evet	34,41± 9,19	36(1 8- 45)	38,35 ±17,8 6	31(14- 70)	20,18 ±4,22	20(10 -25)	32,12 ±5,57	35(14 -35)	12,65 ±8,86	9(9-45)	23,53 ±3,86	25(10 -25)
Hayır	34,10± 9,59	36(1 0- 45)	42,21 ±19,7 3	42(14- 70)	19,03 ±4,92	20(5- 25)	30,69 ±7,76	35(7- 35)	11,62 ±5,39	9(9-29)	21,86 ±5,56	25(5- 25)
Z;p	-0,196;0,845		-0,583;0,560		-0,656;0,512		-0,483;0,629		-0,265;0,791		-1,262;0,207	

İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Tedavi Olma Durumu

Evet	34,20± 9,8	36(1 8- 45)	39,73 ±18,6 4	32(14- 70)	19,87 ±4,31	20(10 -25)	32,20 ±5,80	35(14 -35)	13,13 ±9,36	9(9-45)	23,33 ±4,08	25(10 -25)
Hayır	34,23± 9,28	36(1 0- 45)	41,29 ±19,3 9	33(14- 70)	19,26 ±4,88	20(5- 25)	30,74 ±7,55	35(7- 35)	11,45 ±5,25	9(9-29)	22,06 ±5,43	25(5- 25)
Z;p	-0,154;0,877		-0,153;0,878		-0,296;0,767		-0,677;0,498		-0,637;0,524		-0,915;0,360	

Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda katılımcıların izlem aşamasında ciddiye algısı puanlarının, şu ana kadar öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçırma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,05). Şu ana kadar öksürürken ya da hapsirirken idrar kaçıranların ciddiye algısı puanları, idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca, kegel egzersizi engel algısı puanlarının, idrar kaçırma nedeniyle ped kullanma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (p<0,05). İdrar kaçırma nedeniyle ped kullananların kegel egzersizi engel algısı puanları, ped kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Katılımcıların Eğitim Öncesi Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Puanlarının Farklılıklarının/İlişkilerinin İncelenmesi

İnkontinans Sorgulama Kısa Formu		
	Ort±SS	Medyan (Min-mak)
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve Altı (1)	13,00±5,04	13,5(4-19)
Lise (2)	12,67±5,18	12,5(0-21)
Lisans ve Üzeri (3)	7,55±6,39	6,5(0-21)
KW;p	7,513;0,023*	
Fark (Bonferroni)	3<1,2	
Çalışma Durumu		
Evet	9,83±6,12	10(0-21)
Hayır	11,17±6,29	12(0-21)
Z;p	-0,826;0,409	
Ekonomik Durumu		
Gelir Giderden Az	11,64±5,24	12(0-21)
Gelir Gidere Eşit/Fazla	9,46±6,87	9,5(0-21)
Z;p	-1,037;0,300	
Medeni Durum		
Evli	9,91±5,75	10(0-20)
Bekar/Boşanmış	11,09±6,65	11(0-21)
Z;p	-0,551;0,582	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	11,21±5,41	10,5(0-21)
Hayır	10,19±6,54	11(0-21)
Z;p	-0,347;0,728	
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	11,17±5,78	11,5(0-21)
Hayır	9,77±6,64	10(0-21)
Z;p	-0,629;0,530	
Düzenli Spor Yapma Durumu		
Evet	9,38±7,52	9,5(0-21)
Hayır	10,74±5,95	11,5(0-21)
Z;p	-0,451;0,652	

r: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda, katılımcıların “İnkontinans Sorgulama Kısa Formu” puanlarının eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (p<0,05). Buna göre, eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan bireylerin İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanlarının, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı ile lise olan bireylerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Eğitim Öncesi Üriner İnkontinansa Yönelik Farkındalık Durumlarına Göre İnkontinans Sorgulama Kısa Formu Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi

	İnkontinans Sorgulama Kısa Formu	
	Ort±SS	Medyan (Min-Mak)
Günlük İdrar Sıklığı		
4'ten Az	9,63±5,68	11(0-16)
4-8 Arası	9,58±5,58	10(0-18)
8'den Fazla	13,36±7,45	12(0-21)
KW;p	2,196;0,334	
Geceleyin İki ve İki'den Fazla Tuvalet Çıkma Durumu		
Evet	11,40±6,00	12(0-21)
Hayır	10,06±6,31	10(0-21)
Z;p	-0,447;0,655	
Şu Ana Kadar Öksürürken ya da Hapşırıırken İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	11,85±5,33	12(0-21)
Hayır	7,08±7,04	5(0-18)
Z;p	-1,946;0,052	
Herhangi Bir Günlük Aktivitede İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	13,00±5,65	13(4-21)
Hayır	8,00±5,75	10(0-16)
Z;p	-2,468;0,014*	
İdrara Sıkıştığında İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	12,76±4,91	13(3-21)
Hayır	4,08±4,81	2(0-13)
Z;p	-4,015;0,000*	
Tuvalete Gittiği Halde Hemen Sonrasında İdrar Kaçırma Durumu		
Evet	15,17±4,30	15(8-21)
Hayır	7,50±5,30	9(0-18)
Z;p	-4,109;0,000*	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Ped Kullanma Durumu		
Evet	12,94±5,16	13(0-21)
Hayır	5,47±5,04	5(0-14)
Z;p	-3,702;0,000*	
İdrar Kaçırma Durumunu Sağlık Problemi Olarak Düşünme Durumu		
Evet	11,49±5,94	12(0-21)
Hayır	6,44±5,73	8(0-16)
Z;p	-2,153;0,031*	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu		
Evet	14,76±4,82	14(8-21)
Hayır	8,00±5,53	10(0-16)
Z;p	-3,333;0,001*	
İdrar Kaçırma Durumundan Dolayı Tedavi Olma Durumu		
Evet	14,47±4,84	14(8-21)
Hayır	8,58±5,89	10(0-21)
Z;p	-2,785;0,005*	

Z:Mann Whitney U KW:Kruskal Wallis *:p<0,05

Tablo incelendiğinde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda katılımcıların İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanlarının, herhangi bir günlük aktivitede idrar kaçırma, idrara sıkıştığında idrar kaçırma, tuvalete gittikten hemen

sonra idrar kaçıрма, idrar kaçıрма nedeniyle ped kullanma, idrar kaçırmayı sağlık problemi olarak değerlendirme, idrar kaçıрма nedeniyle sağlık kurumuna başvurma ve idrar kaçıрма nedeniyle tedavi olma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışma sonuçlarına göre, herhangi bir günlük aktivitede idrar kaçıran katılımcıların İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanları, idrar kaçırmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Benzer şekilde, idrara sıkıştığında idrar kaçıran katılımcıların puanları, idrara sıkıştığında idrar kaçırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Tuvalete gittikten hemen sonra idrar kaçıran katılımcılar da puanlar açısından, tuvalete gittikten hemen sonra idrar kaçırmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bir ortalama puan göstermektedir. Ayrıca, idrar kaçıрма nedeniyle ped kullananların puanları, ped kullanmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İdrar kaçırmayı sağlık problemi olarak değerlendiren katılımcıların puanları da, bu durumu sağlık problemi olarak görmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksektir. Sağlık kurumuna başvuranların İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanları, başvurmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek, tedavi olan katılımcıların puanları ise tedavi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bu sonuçlar, idrar kaçıрма ile ilgili belirtileri yaşayan ve bu durumu sağlık problemi olarak kabul eden bireylerin, inkontinansla ilgili daha yüksek farkındalık ve etki algısı sergilediklerini göstermektedir.

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Havva Özdemir
 Doğum Yeri ve Tarihi :
 Uyuşu :
 Medeni Durumu :
 Telefonu :
 Yabancı Dili : İngilizce

II. Eğitimi

Derece	Üniversite	Alan	Mezuniyet Yılı
Doktora	SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	2025
Y. Lisans	SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği	2019
Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	2012

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Ünvan	Üniversite	Yıl
Öğr. Gör.	Ankara Medipol Üniversitesi	2022-devam ediyor

IV- Mesleki Deneyimi

- Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Kulesi, Perinatoloji Kliniği
- Artvin Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
- Artvin Devlet Hastanesi Pandemi Hemşiresi
- Artvin Devlet Hastanesi Genel Erişkin Yoğun Bakım
- Artvin Devlet Hastanesi Acil Servis
- Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği
- Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis
- GATA Acil Servis

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VI- Bilimsel İlgili Alanları

- Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- **Özdemir H**, Kılıç Uçar A 2023 Determining the genital hygiene behaviours of visually impaired women British Journal of Visual Impairment, 41 3 542 558
- Uçar A K, **Ozdemir, H** Guvenc G Akyuz A 2021 Case stories and Post violence behavior of women seeking medical attention at the emergency department due to physical violence Journal of F orensic and L egal M edicine 80 102174

-Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

- Özdemir, H., **Ceylan, S.**, Güvenç, G. ve Kök, G. (2023). Gebe ve emziren kadınlarda covid-19 aşılmasının güvenliği ve etkinliği. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 9 (Özel Sayı-1);81-85
- Ceylan,S, **Özdemir,H** Güvenç,G 2024 A perspective on the early postpartum period from comfort theory Case report Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

VII- Bilimsel Etkinlikleri

-Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

- Şahin,D.,**Özdemir,H.**,ÇakmakG.G.,Güvenç,G.,Kök,G.,ErdoğanA.S.ExperiencesofWomenandTheirHusbandsFacingMiscarriageandThreatenedMiscarriage.20thAnnualUCLANursingScienceandInnovationConference:22May2024-LA-California.
- **Özdemir,H.**,Ceylan,S.,Kök,G.,Güvenç,G.ThePerspectivesofAcademicsontheUseofChatGPTinNursingEducationAPhenomenologicalStudy.20thAnnualUCLANursingScienceandInnovationConference:22May2024-LA-California.
- Ceylan, S., Aydoğan, Ö., Tahta T., **Özdemir H.** ve Özcanlı, B. (2023). Ebelik Öğrencilerinin Doğum Ortamında Kadının Partnerinin Bulunmasına Yönelik Görüşleri: SWOT Analizi. 6.Uluslararası 7.Ulusal Ebelik Kongresi, Ankara. (Sözel Bildiri).
- Ceylan, S., **Özdemir, H.**, Güvenç, G. Gebelere Verilen Web Tabanlı Hemşirelik Eğitimlerinin Etkinliğinin İncelenmesi: Sistemik

Derleme.(Özet Metin). 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Eğitimciliği Kongresi, 27-30 Ekim 2022,İzmir

- **Özdemir, H.**, Ceylan, S., Güvenç, G., Kök, G. Gebe Ve Emziren Kadınlarda Covid-19 Aşılmasının Güvenliği Ve Etkinliği .(Tam Metin).. 2. Uluslararası 4. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi Ve Eğitimciliği Kongresi, 27-30 Ekim 2022,İzmir
- Ceylan S., **Özdemir H.**,Kök G. Türkiye’de Covid-19 Pandemisi İle İlgili Hemşirelik Ve Ebelik Alanında Yapılan Tezlerin İncelenmesi.(Poster Sunumu) 2. Uluslararası Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi,17-18 Mayıs 2022, Ankara.
- **Özdemir H.**, Kök G 2021 How Effective Are Web Based Breastfeeding Trainings? Gülhane Anne Sütü ve Emzirme Kongresi Ankara
- **Özdemir,H.**, Ceylan,S., Güvenç,G. Konfor Teorisinden Doğuma Bakış: Olgu sunumu (Özet Metin).. 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi,2021,Online
- **Özdemir H** Kılıç A Güvenc G 2018 Violence against women from past to present Can anyone hear my voice? Journal of Women’s Health Nursing March, 518
- Kılıç A Kök G Güvenc G **Özdemir H** 2018 Being a disabled woman and reproductive health problems in Turkey Journal of Women’s Health Nursing March

- **Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler (Poster-Sözlü Sunum)**

- **Yazılan Kitap veya Bölüm Yazarlığı**

- **AİLE PLANLAMASI- Yöntemler, Yenilikler, Sosyal ve Etik Boyutuyla.**
Bölüm Adı: Kısa etkili AP yöntemleri, Özdemir H, Kılıç Uçar A, Editörler: Nevin ÇITAK BİLGİN, Makbule TOKUR KESGİN. Yayın Yeri: Antalya Nobel Tıp Yayınevi, 1. Basım, ISBN: 978-605-2369-69-2. Bölüm Sayfaları: 142-174

- **Emzirme ve Laktasyon.** Bölüm Adı: Bölüm 17 Kadın Sağlığı ve Emzirme (Çeviri) ; Kök G, Ertuğrul M, Özdemir H, Editör: Nazan Karahan. Yayın yeri: Ankara Nobel tıp Kitabevi

VIII- Diğer Bilgiler

- Konuşmacı Olarak Katılınan Konferans, Sempozyum ve Paneller

- Aile Planlaması Yöntemleri, Havva Özdemir, 2. Ulusal Aile Sağlığı Çalışanları Kongresi.04-06 Kasım 2022, Antalya

- Mesleki Kurs ve Sertifikalar

Ürojinekoloji Hemşireliği, Jineonkoloji hemşireliği, Yenidoğan Hemşireliği, CPR, NRP

- İdari Görevler

- Görev Aldığı Mesleki Kuruluşlar