

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTALARA SAĞLIK İNANÇ
MODELİNE GÖRE EVDE UYGULANAN PELVİK
TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN HASTA
BAKIM SONUÇLARINA VE BAKIM
VERENLERİN YÜKÜNE ETKİSİ**

GÜLCİHAN ARKAN

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970144

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTALARA SAĞLIK İNANÇ
MODELİNE GÖRE EVDE UYGULANAN PELVİK
TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN HASTA
BAKIM SONUÇLARINA VE BAKIM
VERENLERİN YÜKÜNE ETKİSİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

GÜLCİHAN ARKAN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ayşe BEŞER
İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

(Bu araştırma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu- 3001 Başlangıç Ar-Ge
Projeleri Destekleme Programı'ndan 214S042 sayı ile desteklenmiştir.)

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2011970144

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Gülcihan ARKAN '**İNME Lİ HASTALARA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE EVDE UYGULANAN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN HASTA BAKIM SONUÇLARINA VE BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE ETKİSİ**' konulu Doktora tezini 29.01.2018 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Ayşe BEŞER

BAŞKAN

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Zühal BAHAR

ÜYE

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Hatice MERT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Yasemin TOKEM

ÜYE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Aygül KISSAL

YEDEK ÜYE

Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	10
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	10
2.GENEL BİLGİLER	11
2.1. İnme	11
2.1.2. İnmenin Sınıflandırılması	13
2.1.3. İnmenin Risk Faktörleri	14
2.2. İnmenin Komplikasyonları	15
2.2.1. İnme Sonrası Üriner İnkontinans ve Patofizyolojisi.....	16
2.2.2. İnme Sonrası Üriner İnkontinansın Tipleri.....	19
2.2.3. İnme Sonrası Ürodinamik Özellikler	20
2.3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi	22
2.3.1. Fizyolojik Etkileri.....	22
2.3.2. Psiko-sosyo-ekonomik Etkileri.....	23
2.4. Üriner İnkontinansın Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi	23
2.5. Üriner İnkontinansın Evde Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları	25

2.5.1. Hemşirelerin Evde Üriner İnkontinansı Değerlendirmesi	26
2.5.2. Üriner İnkontinans Yönetiminde Hemşirelik Girişimleri.....	30
2.6. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinansa Etkisi	32
2.6.1. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Stres Üriner İnkontinansına Etkisi	34
2.6.2. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Urge Üriner İnkontinansına Etkisi	34
2.6.3. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Mikst Üriner İnkontinansına Etkisi	36
2.7. Sağlık İnanç Modeli	36
2.7.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri	37
2.7.1.1. Duyarlılık Algısı	38
2.7.1.2. Ciddiyet Algısı	38
2.7.1.3. Yarar Algısı	39
2.7.1.4. Engel Algısı	39
2.7.1.5. Sağlık Motivasyonu Algısı	40
2.7.1.6. Öz-etkililik Algısı	40
2.7.1.7. Eyleme Geçiriciler	40
2.8. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Uygulanmasında Sağlık İnanç Modelinin Kullanılması	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1. Araştırmanın Tipi	44
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	44
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	44
3.4. Çalışmanın Materyali	51
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	51
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	51
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	51
3.6. Veri Toplama Araçları.....	53

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu	53
3.6.2. Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT).....	53
3.6.3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF)	54
3.6.4. Mesane Günlüğü	55
3.6.5. Ped Testi	56
3.6.6. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL):.....	56
3.6.7. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES)	57
3.6.8. Bakım Verme Yüğü Ölçeği	59
3.6.9. Pelvik Taban Kas Egzersizi Günlüğü	61
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	61
3.7.1. Sağlık İnanç Modeline Oluşturulan Evde Pelvik Taban Kas Egzersizleri Girişimleri.....	62
3.7.2. Araştırmacının Niteliği	68
3.7.3. Araştırmanın Bütçesi	69
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	69
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
3.9.1. Araştırmada yaşanan güçlükler.....	70
3.10. Etik Kurul Onayı	71
4.BULGULAR	72
4.1. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinans Verileri Üzerine Etkisi	72
4.2. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Ped Testi Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi	76
4.3. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi Verileri Üzerine Etkisi	77

4.4.Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Öz-Etkililik Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi	81
4.5.Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü Verileri Üzerine Etkisi	82
5.TARTIŞMA.....	86
5.1. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinans Verileri Üzerine Etkisi	86
5.2. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Ped Testi Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi	87
5.3. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi Verileri Üzerine Etkisi	88
5.4. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Öz-Etkililik Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi	93
5.5. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü Verileri Üzerine Etkisi	96
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	99
6.1. Sonuçlar	99
6.2. Öneriler	100
6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler	101
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler	101
7. KAYNAKLAR.....	102
8. EKLER	122

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. İnme Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması.....	15
Tablo 2. Çalışmanın Güç ve Etki Büyüklükleri	45
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	46
Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İnmeye İlişkin Özellikleri	47
Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İnkontinansa İlişkin Özellikleri	48
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Verenlerine İlişkin Özellikleri.....	50
Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubunun Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubunun Mesane Günlüğü Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	73
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Ped Testi Ölçümlerinin Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	76
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Davranışların Sınırlanması Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İzolasyon Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo 14. Deney Grubunun Broome Pelvik Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği Ön Test-Son Test Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	81
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Bakım Verme Yüğü Ölçeği Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 16. Çalışma Değişkenleri Arasındaki İlişki	83
Tablo 17. Çalışmanın Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişimi Yordama Düzeyi	84

ŞEKİL DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Bağlantıları	38
Şekil 2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere Göre Araştırmanın Uygulama Şeması.....	51
Şekil 3. Sağlık İnanç Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Girişim ve Ölçüm araçları	52
Şekil 4. Araştırmanın Planı ve Takvimi	62
Şekil 5. Çalışmanın İş Akış Şeması	68



KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
PTKE	Pelvik Taban Kas Egzersizi
SİM	Sağlık İnanç Modeli
Üİ	Üriner İnkontinans
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TOAST	Akut İnme Tedavisinde Org 10172 Çalışması
SÜİ	Stres Üriner İnkontinans
AAM	Aşırı Aktif Mesane
PVD	Post Voidal Damlama
UÜİ	Urge Üriner İnkontinansı
PTK	Pelvik Taban Kasları
PGM	Periakuaduktal Gri Madde
PİM	Pontin İşeme Merkezi
BKI	Beden Kitle İndeksi

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde değerli bilimsel katkıları, destekleyici ve cesaret verici tutumları ile akademik gelişime katkı sağlayan, şevkatini ve güvenini esirgemeyen çok değerli hocam Prof. Dr. Ayşe BEŞER'e,

Tez çalışmamın her safhasında desteğini, sevgisini ve güler yüzünü hiç esirgemeyen, motivasyon kaynağım çok değerli hocam Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK'e,

Tez sürecinde değerli bilimsel katkıları ve destekleri olan çok değerli hocamlarım

Prof. Dr. Zuhâl BAHAR ve Doç. Dr. Hatice MERT'e,

Araştırma sürecinde desteğini ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Ozan BOZKURT ve Prof. Dr. Selmin GÜLBAHAR'a,

Teze öneri ve görüşleriyle değerli bilimsel katkılar sunan çok değerli hocamlarım

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ ve Doç. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Her gittiğimde sevgiyle ve güler yüzleriyle beni karşılayan, destek olan Dokuz Eylül ve Ege Üniversitesi Hastanesi inme polikliniği sekreterlerine,

Tezime katkı veren bana evlerini açan sevgili tüm hasta ve bakım verenlerine,

Tanıştığım ilk günden bu yana her zaman yanımda olan sevgisini, sabrını ve desteğini esirgemeyen dostum, yoldaşım Yard. Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN'e,

Her zaman yanımda olan çalışma arkadaşlarıma,

Doktora eğitimime başlamam için cesaret veren, desteklerini asla unutmayacağım çok değerli Dr. Ali YAPRAK'a,

Her an yanımda olan, beni yalnız bırakmayan iyi ki var olan canım kardeşim, can yoldaşım Uzm. Hemş. Gülden ARKAN'a,

Bana hep inanan, güvenen ve desteklerini esirgemeyen canım annem, babam ve kardeşime, bende çok emeği olan ve dualarını hep hissettiğim babaanneme,

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

Gülcihan ARKAN

İNME Lİ HASTALARA SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE EVDE UYGULANAN PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİNİN HASTA BAKIM SONUÇLARINA VE BAKIM VERENLERİN YÜKÜNE ETKİSİ

Gülcihan ARKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Balçova / İZMİR

gulcihan.48@gmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı inme lı hastalara Sağlık İnanç Modeline göre evde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin hasta bakım sonuçlarına ve bakım verenlerin yüküne etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırmada, ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarım kullanılmıştır. Araştırma deney grubunda 20, kontrol grubunda 18 inme lı hastada tamamlanmıştır. Veriler hastalara ev ziyareti yapılarak sosyodemografik özellikler bilgi formu, inkontinans yaşam kalitesi ölçeği, uluslararası inkontinans sorgulama kısa formu, Broome pelvik taban kas egzersizi öz-etkililik ölçeği, eğitimli ve eğitimsizler için yeniden düzenlenmiş standardize mini mental test, ped testi ve bakım verme yükü ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare, Mann-Whitney U, Wilcoxon İşare tli Sıra testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre üriner inkontinans sayısı, ped testi, yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanırken ($p<.05$), bakım veren yükü puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$). Ayrıca, deney grubundaki hastaların pelvik taban kas egzersizinin uygulaması için özetkililiklerinde yükselme olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Girişimin hastaların yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %55.20'sini, ICIQ-SF toplam puanının yaşam kalitesi düzeyindeki artışın %54.20'sini, tüm değişkenler açısından bakıldığında girişim, ICIQ-SF toplam puanının, bakım veren yükü ölçeği, haftalık idrar kaçırma sayısı ve ped testinin yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %70.40'nı açıkladığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda inme sonrası hastalara üriner inkontinansın yönetiminde Sağlık İnanç Modeline dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması ve periyodik olarak izlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Üriner inkontinans, Pelvik taban kas egzersizi, Sağlık İnanç Modeli

THE EFFECTS OF PELVIC FLOOR EXERCISES PERFORMED AT HOME ON PATIENT CARE OUTCOMES AND CAREGIVERS BURDEN ACCORDING TO THE HEALTH BELIEF MODEL

Gülcihan ARKAN

Dokuz Eylul University Faculty of Nursing, Inciralti/Izmir
gulcihan.48@gmail.com

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to examine the effects of pelvic floor exercises performed at home on patient care outcomes and caregivers burden according to the Health Belief Model.

Method: In the study, a quasi-experimental design with pre-post test control group was used. The study was completed with 20 patients in the experimental group and 18 patients in the control group. The data were collected by socio-demographic characteristics, Incontinence Quality of Life Scale, International Incontinence Questionnaire Short Form, Broome Pelvic Floor Muscle Exercise Self-efficacy Scale, Revized Standardized Mini-Mental Test, pads test and Burden Interview. The data were analyzed by chi-square, Mann-Whitney U, Wilcoxon signed rank test and multiple regression.

Results: A statistically significant difference was found between the score averages of the experimental and control groups on both number of urinary incontinence and pads test, and quality of life scores after home nursing interventions ($p < .05$), while no statistically significant difference was found in the mean of the Burden Interview ($p > .05$). It was also found that the self-efficacy of the pelvic floor exercises was increased in the experimental group ($p < .05$). In addition, it was determined that the intervention had 55.20% a change in the level of quality of life of the patients, the ICIQ-SF total score was 54.20% of the increase in the quality of life level. In terms of all variables, the intervention ICIQ-SF total score, caregiver burden scale, weekly number of urinary incontinence and pad test explained 70.40% change in the quality of life.

Conclusion: In the results of this study, we suggest that pelvic floor muscle exercises at home based on the Health Belief Model should be performed and periodically monitored in the management of post-stroke urinary incontinence.

Key Words: Stroke, Urinary incontinence, Pelvic floor muscle exercise, Health Belief Model

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar içinde yer alan serebrovasküler hastalıklar ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır (Akdemir, Yurtsever ve Kapucu 2011; Truelsen ve ark. 2015; World Health Organization 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre “inme, vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın 24 saat ya da daha uzun sürerek serebral fonksiyonlar üzerinde fokal ya da global bozulmaya yol açan hızlı başlangıçlı ve bulguların hızla yerleştiği klinik bir durum” olarak tanımlanmaktadır (Balcı, Ertekin, Kara ve Yaka 2011; Bardak ve ark. 2008; Hafsteinsdottir, Vergunst, Lindeman ve Schuurmans 2011; Koc 2012; Soyuer, Ünal ve Öztürk 2007; Utku 2007).

İnme, dünyada genelinde en çok görülen ikinci ölüm nedeni ve her yıl yaklaşık 6.7 milyon kişinin ölümüne neden olmakta olup dünya çapında yaklaşık 17 milyon kişi ilk kez inme tanısı almaktadır (Stroke Association 2017). Dünyadaki inme insidans oranlarının gelişmemiş ülkelerde çok yüksek olmakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri Hispanik olan ve olmayan beyaz popülasyonda erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla yüzbinde 707 ve 653'dür (Arnao, Acciarresi, Cittadini ve Caso 2016). Her yıl İngiltere'de yüz binden fazla inme vakası meydana gelmekte ve ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır (Stroke Association 2017). Türkiye'de ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralandığında, serebrovasküler hastalıklar %15 ile ikinci sırada yer almaktadır (Demirci Şahin, Üstü ve Işık 2015). Ayrıca, 2030 yılına kadar on sekiz yaş üzerindeki 3.4 milyon yetişkinin inme tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Benjamin ve ark. 2017).

İnme geçirenlerin %30'u hayatını kaybetmekte ve hayatta kalanlarda da merkezi sinir sisteminde kalıcı hasarlar meydana geldiğinden dolayı hemipleji veya hemiparezi gibi motor kayıplar, bellek kaybı, duyu kaybı, yorgunluk, mesane-barsak problemleri, yutma güçlüğü, kognitif bozukluk, afazi, dizatri, aktivite kısıtlamaları, sosyal izolasyon, unutkanlık, anksiyete, depresyon gibi hem fiziksel hem de zihinsel komplikasyonlar ortaya çıkmakta ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini engellemektedir (Ada, Dorsch ve Canning 2006; Eyigör 2007; Haghighi, Pazuki, Hosseini ve Rassafiani 2013; Lin, Hsieh, Lo, Chai ve Liao 2004). Ortaya çıkan komplikasyonlar inme mortalitesini arttırmanın yanında hem

rehabilitasyonun gecikmesine hem de hastaları daha da engelli hale getirerek bağımlı kalmalarına sebebiyet vermektedir (Greenwood, Mackenzie, Wilson ve Cloud 2009; Koc 2012; Mollaoglu, Ozkan-Tuncay ve Kars-Fertelli 2011). Öz ve arkadaşlarının (2008) inmeli hastaların %43.3'ünde konuşma bozukluğu, %6.7'sinde üriner, %3.3'ünde fekal inkontinansı, %20'sinde duyu kaybı, %60'ında yüzeysel duyu azalma, %3.3'ünde bası yarası gibi komplikasyonların mevcut olduğu belirtilmiştir (Öz, Koca, Ölmez ve Memiş 2008).

İnme sonrasında meydana gelen bu komplikasyonların arasında üriner inkontinans %32 ile %79 arası prevalansla yaygın olarak görülen bir sorundur. Hastaların hastaneden taburculuk sırasında %25-28'inde ve inmeden birkaç ay sonra %12-19'unda üriner inkontinansın devam ettiği bildirilmektedir (Brittain ve ark. 2000; Herr-Wilbert, Imhof, Hund-Georgiadis ve Wilbert 2010; Patel, Coshall, Lawrence, Rudd ve Wolfe 2001; Pilcher ve MacArthur 2012; Thomas ve ark. 2008). Patel ve arkadaşları (2001) inme sonrasında üriner inkontinans prevalansının 7-10 günde %40, üç ayda %19, bir yılda %15 ve iki yılda %10 (Patel ve ark. 2001), Kovindha ve arkadaşları (2009) hastaneye kabulde %12.4, taburculukta ise %8.1 olduğunu belirtmişlerdir (Kovindha, Wattanapan, Dejpratham, Permsirivanich ve Kuptniratsaikul 2009). Kuijk ve arkadaşlarının (2001) taburculuk sonrası rehabilitasyon programına alınan inmeli hastalarla yaptıkları çalışmada üriner inkontinans prevalansı aylık 29/1000 kişi olarak ifade edilmiştir (Kuijk, Linde ve Limbeek 2001).

Üriner inkontinans, Uluslararası Kontinans Birliği tarafından bir biriktirme semptomu ve istemsiz olarak idrar kaçırmadan şikayet etme olarak tanımlanmıştır (Abrams ve ark. 2010). İnme sonrasında üriner inkontinansın ortaya çıkmasında birçok etiyolojik faktör vardır. İnme nedeniyle serebral enfarktüs, serebral ödem ya da frontal lobun zarar görmesinden dolayı nöromiksiyon yollarında doğrudan hasar meydana gelmektedir. Bunun sonucunda, detrüsör hiperrefleksi ya da hiporefleksi, mesane sinyallerinin fark edilebilme yeteneğinin azalması, fonksiyonel inkontinans, daha önceden var olan bir sorun nedeniyle şiddetlenebilen stres inkontinansı ortaya çıkabilmektedir (Brittain, Peet ve Castleden 1998; Dumoulin, Korner-Bitensky ve Tannenbaum 2005; Gelber, Good, Laven ve Verhulst 1993; Mehdi, Birns ve Bhalla 2013; Quartly, Hallam, Kilbreath ve Refshauge 2010). İnme sonrası görülen motor, duyuşsal, bilişsel, depresyon ve duyarsızlık ya da dil fonksiyon bozuklukları da normal mesane fonksiyonuna rağmen tuvalete gitme sıklığını ve idrar yapma davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Brittain ve ark. 1998; Dumoulin ve ark. 2005). Gelber ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada inme sonrası oluşan üriner inkontinansın üç önemli faktör nedeniyle ortaya

çıkıldığı ifade edilmiştir. Bunlardan birincisi, inmeden sonra oluşan enfarktüsün nöroürinal yollarda doğrudan hasar oluşturması; ikincisi, inmeye bağlı bilişsel ve konuşma yetersizlikleri; üçüncüsü, hastaların kullandığı ilaçlara bağlı oluşan ve taşma tarzında inkontinansla sonuçlanan mesane hipofleksi olarak belirtilmiştir (Gelber ve ark. 1993).

Üriner inkontinans sadece hayatta kalmanın değil aynı zamanda iyileşmenin de belirleyicisidir (Brittain ve ark. 1998) ve distrese neden olan önemli bir sorundur (Nguyen, Hunter ve Wagg 2013). Yapılan çalışmalar hem inmeli hastalarda hem de bakım vericilerde uyku, günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanması, lokal komplikasyonlar (deri döküntüleri ya da enfeksiyonları), idrar yolu enfeksiyonları, düşme riskinin artması, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, anksiyete, depresyon ve cinsel aktiviteden kaçınma gibi yaşam kalitesinin düşmesine neden olan fizyolojik, psikolojik ve ekonomik olarak olumsuz etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır (Brittain ve ark.2000; Dumoulin ve ark. 2005; Fattah 2012; Pilcher ve MacArthur 2012; Segedi, Segedi ve Parezanovic 2011; St John, Wallis, Griffiths ve McKenzie 2010; Tibaek, Gard ve Jensen 2007).

Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında (2002) inmeli hastaların yaşam kalitesinin mesane ve bağırsak kontrolüyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve ark. 2002). Ko ve arkadaşları (2011) çalışmasında inkontinansı olan yaşlıların genel sağlık durumunun olmayanlara göre daha düşük olduğu ve depresyonun daha fazla görüldüğünü saptamıştır (Ko ve ark. 2011).

Brittain ve arkadaşları (2000) yaptığı çalışmada; üriner inkontinansı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorluk yaşadığı, uyku düzensizliği olduğu, semptomun yönetiminde yardıma ihtiyaç duydukları, ped kullandıkları ve sosyal izolasyon nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir (Brittain ve ark. 2000).

Segedi ve arkadaşlarının (2011) kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmada hastaların %50'sinin günlük ev işlerini yapmada güçlük yaşadığı, %59.1'inin sosyal aktivitelerden ve %88.6'sının boş zaman etkinliklerinden kaçındığı, %70.4'ünün yarım saatten fazla araba ya da otobüs yolculuğu yapamadığı, %45.5'inin duygusal sağlığının bozulduğu ve %34'ünün kendini sinirli hissettiği belirtilmiştir (Segedi ve ark. 2011).

İnme ve sonrasında gelişen semptomlar nedeniyle sadece hastaların değil aynı zamanda onlara bakım veren kişilerin de yaşam kaliteleri olumsuz şekilde etkilenmektedir. Kapucu ve arkadaşları (2009) inmeli hastaların bakım verenlerinin aile desteğinde yetersizlik, hastayı

yalnız bırakamama nedeniyle sosyal etkinliklere katılamama, bakımda hata yapma korkusu, hastaya bakım vermede isteksizlik, uykusuzluk, yorgunluk, öfke, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, intihar ve meslek hayatının kesintiye uğraması gibi biyopsikososyal sorunların ortaya çıktığını saptamıştır (Kapucu, Türkan ve Fesci 2009). İnme ve sonrasında ortaya çıkan üriner inkontinansın hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü ve bakım ihtiyacını arttırdığı bununla ilişkili olarak hastalara bakım veren kişilerin de yaşam kalitesinde azalma olması nedeniyle hastaların erken dönemde rehabilitasyona alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Patel ve ark. 2001). Hastaneden üriner inkontinansla taburcu olan hastalarının erken dönemde rehabilitasyon programlarına alınması üriner inkontinans prevalansının azalması üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Kuijk ve ark. 2001; Thomas ve ark. 2008).

İnme sonrası üriner inkontinansın yönetiminde destekleyici cihazlar ve davranışsal, farmakolojik ve cerrahi girişimler kullanılmaktadır. Sağlık Politikası ve Araştırma Rehberleri ve Uluslararası İnkontinans Danışma Ajansı üriner inkontinans tedavisinde invaziv müdahalelerin çok az yapılması gerektiğini bunun yerine davranışsal yönetimlerin öncelikle tercih edilmesini önermektedir (Dumoulin ve ark. 2005).

Thomas ve arkadaşları (2008) inme sonrası inkontinansın tedavisinde davranışsal yönetimleri; istenen/planlanmış işeme, mesane eğitimi, yeniden boşaltım alışkanlığı eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) olarak belirtmişlerdir (Thomas ve ark. 2008). Çeşitli nedenlere bağlı üriner inkontinansın tedavisinde davranışsal tedavi olan pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliği birçok çalışmada kanıtlanmıştır (Aslan 2005; Sarı 2007; Zhang, Strauss ve Siminoff 2007; Borello-France, Downey, Zyczynski ve Rause 2008; Ng ve ark. 2008; Zengin 2008; Dinc, Kizilkaya Beji ve Yalcin 2009; İlgün 2011; Ko ve ark. 2011). Tibaek ve arkadaşlarının (2005) inmeli hastalara randomize kontrollü olarak PTKE'lerini 12 haftalık bir programla uygulaması sonucunda günlük idrar yapma sıklığında, 24 saatlik ped testinde ve pelvik taban kasının dayanıklılık dinamiğinde önemli gelişmeler sağlandığı (Tibaek, Gard ve Jensen 2005) ve üriner inkontinans üzerinde uzun süre etkili olduğunu kanıtlanmıştır (Tibaek ve ark. 2007). Shin ve arkadaşları (2016) inmeli kadın hastalarda altı hafta uygulattığı PTKE'nin üriner inkontinans semptomlarını azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir (Shin, Shin, Lee, Lee ve Song 2016).

Pelvik kas egzersizlerinin amacı, pelvisin tabanında önde pubik kemiğinden arkada kuyruk kemiğine doğru bir hamak gibi gerilen ve üretranın herhangi bir zorlanma sırasında

hareketini engelleyerek idrar kaçmasını önleyen bu kasları güçlendirerek mesane ve barsak kontrolünü, perinal desteği ve kas tonüsünü geliştirmektedir. Ayrıca, bu egzersizler sık idrar yapan erkekler için de yararlı olmaktadır. PTKE düzenli olarak yapılırsa pelvik organlarının güçlenmesini destekler ve kasların daha etkili kullanılmasına yardımcı olur. Bu egzersizlerin bilinen herhangi bir yan etkisi, cerrahi ya da ilaçlı tedaviye göre de maliyetli yoktur (Dumoulin ve ark. 2005; Price ve ark. 2010). Üriner inkontinans tedavisindeki pelvik taban kas egzersizleri için başarı oranı %70 olarak bildirilmiştir (Quartly ve ark. 2010).

Yapılan çalışmalarda, PTKE rejimine uyum sağlama ve uygulamadaki engeller için hastaların PTKE'nin nasıl uygulanacağını hiç duymadığı, egzersizin doğru bir şekilde öğretilmediği ve doğru uyguladıklarından emin olmadıkları, egzersiz prosedürlerinin belirsizliği, motivasyon azlığı, egzersizi yaptıktan sonra aşırı yorgunluk hissetme, iş yoğunluğu nedeniyle uygulama için zamanın yetersizliği, unutkanlık, egzersizlerin kısmen yarar sağladığı ya da egzersizlere ihtiyaç olmadığı ve ilaçların egzersizden daha önemli olduğunu düşünmeleri, hastalık, tatil ya da seyahat, PTKE programlarına ulaşım sıkıntılarının ve ücretli olmasının, evde çocuklarıyla ilgilenme ve bakıma ihtiyaç duyulması gibi durumlarının olduğu belirtilmiştir (Chiarelli, Murphy ve Cockburn 2003; Borello-France ve ark. 2008; Chen, Chien ve Huang 2008; Hayder ve Schnepf 2010; Sacomori, Cardoso ve Sperandio 2012; Buurman ve Lagro-Janssen 2013). Hirschhorn ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) erkek hastalarla yaptığı görüşmelerde PTKE uygulamadaki engellerin egzersizler hakkında bilgi verilmemesi, sadece kadınların uyguladığının düşünülmesi, egzersiz eğitimini kimden alınacağını, hastalıktan sonra üriner inkontinans gelişebileceğinin bilinmemesi, egzersiz için finansal giderlerin olacağını ve seyahatin yük oluşturacağını düşünülmesi olarak açıklanmıştır (Hirschhorn, Kolt ve Brooks 2013).

Pelvik taban kas egzersizleri, hem bilişsel öğrenme kavramları hem de egzersizin fizyolojik prensiplerini içerir. Sosyal bilişsel öğrenme teorilerine dayalı girişimlerdeki bileşenler tutum, inanış ve bilgi gibi hem açık hem de örtülü davranışları içerir. Bunlar, sağlık inanç modeli ve sosyal bilişsel kuramı gibi bilişsel teorilerdir (Palmer 2004). Sağlık İnanç Modeli (SİM) 1950 yılında Rosentock tarafından, sağlıkla ilgili önleyici davranışları açıklama ve uyumu öngörmek için geliştirilmiş temel modellerden biridir. Model insanları hastalık koşullarını kontrol etmek ya da hastalıktan korunmak için harekete geçirmek ve taramalar yapmasındaki engellerin neler olduğunu öngörmeye çalışan dört temel kavramdan oluşmuştur.

Bunlar; bir hastalığa/probleme yakalanma riski için algılanan duyarlılık, ölüm, sakatlık ve ağrı gibi klinik sonuçlar ve günlük aktivite, aile hayatı ve sosyal ilişkiler gibi toplumsal sonuçları olan ve kişiden kişiye değişen hastalığın/semtomun algılanan ciddiyeti, bireyin hastalık tehdidini yeterince algılayarak tavsiye edilen sağlık eylemini kabul etmesiyle yararının algılanması, diğeri de belirli bir sağlık eyleminin potansiyel olumsuz yönlerinin önerilen davranışın üstlenilmesinde engel olarak algılamadır. Bu algıların her biri tek başına ya da kombinasyon halinde sağlık davranışlarını açıklamak için kullanılır (Dolman ve Chase 1996; Glanz, Rimer ve Viswanath 2008). Dolman ve Chase çalışmasında (1996) kadınların üriner inkontinans hakkındaki algılarını, duyarlılıklarını ve üriner inkontinans için önleyici davranış olarak pelvik taban egzersizleri ile ilgili bilgilerini araştırmak ve egzersizlere olan uyumluluğu öngörebilmek için Sağlık İnanç Modelini temel almıştır (Dolman ve Chase, 1996).

Hemşireler SİM'i temel alarak, inkontinansın önlenmesi ve iyileştirilmesi için bir PTKE programı yürütülebilir. Hemşireler, inkontinansın önlenmesinde ya da semptoma sahip olan bireylerin deneyimleri anlaşılması, bakım verilmesi ve PTKE'lerinin uygulamasında önemli rol oynarlar (Wells 2000). Literatür incelendiğinde üriner inkontinans tedavisinde kullanılan PTKE'lerinin genel olarak klinik ortamlarda uygulandığı görülmektedir. Ayrıca, hemşirelik çalışmaları kapsamında üriner inkontinansı olan inmeli hastalarda, SİM temel alınarak pelvik taban kas egzersiz programının yürütüldüğü ve etkinliğinin incelendiği araştırmalara ulaşılamamıştır. Fakat, inme sonrası hastaneden taburculuk sırasında ve sonrasında hastalarda Üİ'nin görülme sıklığı yüksek olduğu için (Brittain ve ark. 2000; Thomas ve ark. 2008; Herr-Wilbert ve ark. 2010; Pilcher ve MacArthur 2012) taburculuktan sonra inmeli hastalarda kontinansın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için bakımın sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bakımın sürekliliği hastanın hastaneden taburcu olmasından sonra planlanan evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir (Akdemir ve ark. 2011)

Evde bakımın inmeli hastalar için yararlılığı göz önüne alındığında bakım verici rolüyle hemşire; tedavi ve rehabilitasyonu etkin bir şekilde sağlayarak inmeli hastanın gelişen komplikasyonlarını azaltmada, fonksiyonel bağımsızlığını ve yaşam kalitesini arttırmada çok önemli bir role sahiptir (Sayan 2004). Hemşire, hastanın bakımını planlayarak konforunu arttıran girişimlerde bulunur. Sağlığını yükseltici, geliştirici, rehabilite edici bu girişimler ile hastalığın neden olduğu komplikasyonları önler. Hemşirenin bu doğrultuda uygulayacağı girişimler; uygun egzersiz programlarıyla hareketliliği sağlama, kendine bakım sağlama, duygusal-algisal bozulmayı önleme, aspirasyonu önleme, üriner ve fekal inkontinansını

düzeltilme, düşünme sürecini düzeltme, iletişimi sağlama, deri bütünlüğünü sürdürme, aile işlevlerini düzeltme, cinsel işlevleri düzeltme ve komplikasyonları önlemedir (Karadakovan ve Aslan 2010).

Ülkemizde sağlık sistemi içinde evde bakım hizmetlerinin hayata geçirilmesi, kurumsallaşması ve bir model ile sunulması zorunluluk haline gelmiştir. İnmeli hastalara evde bakım ve rehberlik hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında bireylerin bu konudaki inançlarının belirlenmesi verilecek hizmetin etkinliği açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda halk sağlığı hemşirelerinin SİM'e göre planlayacağı ve uygulayacağı girişimler üriner inkontinansı olan inmeli hastaların evde bakımında ve sağlığının geliştirilmesinde önemli bir etkiye sahip olacaktır.



1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, inmeli hastalara Sağlık İnanç Modeline göre evde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin hasta bakım sonuçlarına ve bakım verenlerin yüküne etkisini incelemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **üriner inkontinans sayı ortalaması** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H1a: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **mesane günlüğündeki idrar kaçırma sayı ortalaması** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H2: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **ped testi puanı (gr)** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H3: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) toplam puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H3a: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İYKÖ davranışların sınırlandırılması alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H3b: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İYKÖ psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H3c: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İYKÖ sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H4: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES) toplam puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksektir.

H4a: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği etkililik beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksektir.

H4b: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği sonuç beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksektir.

H5: Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası **bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puan ortalaması** kontrol grubuna göre düşüktür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

İnme, beynin bir bölgesinin iskemi ya da kanama nedeniyle kalıcı/geçici olarak etkilenmesi ya da beyni ilgilendiren kan damarının primer patolojik hasarudur (Demirci Şahin ve ark. 2015). DSÖ'ye göre, “vasküler nedenler dışında bir nedeni olmaksızın beyin kan akımının bozulması sonucu serebral işlevlerin fokal ya da global bozukluğuna bağlı hızlı gelişen klinik bulguların 24 saatten daha uzun sürmesi ya da ölümle sonuçlanması ile karakterize bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization 1978; Utku 2007; Pendlebury, Giles ve Rothwell 2004; Kadojić ve ark. 2012; Akyol 2015; Üçer, Ketten, Kuş ve Kuran 2016). Ayrıca, Amerikan İnme Derneği tarafından inme için, iskemi ya da kanamadan kaynaklanan 24 saatten daha uzun süren ya da ölümle sonuçlanabilen akut nörolojik disfonksiyon olarak yeni bir tanımlama önerilmiştir (Sampson-donkor 2014).

2.1.1. İnmenin Epidemiyolojisi

İnme dünyada sık görülen, yaşamı tehdit eden, bireyleri, aileleri ve sağlık sisteminin maliyetini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olan nörolojik bir hastalıktır (Akyol 2015). İnme, gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kişinin ölümünden sorumludur ve Asya ülkelerinde mortalite ve morbiditenin ana nedenidir (Renjen, Beg ve Ahmad 2015). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda inmenin prevalans, insidans ve ölüm oranların yaşla birlikte arttığı, sosyoekonomik durumu kötü olanlarda ve erkekler cinsiyette daha fazla olduğu, coğrafik faktörlerin oranları etkilediği özellikle Afrika ve Güney Asya bölgelerinde daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Arnao ve ark. 2016; Bone ve Fuller 2001; Ceylan, Erdem, Çavuş ve Buyukcam 2014).

Prevalansı

Bir hastalığın prevalansı ile ilgili veriler, hastalığın bir popülasyonda nasıl yayıldığına en iyi göstergesidir ve bu veriler sağlık eylemleri ve bakımında doğru stratejilerin oluşturulmasına olanak sağlar (Bone ve Fuller 2001). Dünyadaki inme prevalans oranları ülkelerde erkek ve kadınlara göre sırasıyla Afrika'da 335.5 ve 299.3, Nijerya'da 12.9 ve 5.1, Meksika'da 6.6 ve 2.0, Kore'de yüzde 3.7 ve 2.3, Endonezya'da 1.17 ve 1.33, Çin'de 4.7 ve 2.6, Hindistan'da 65 yaş üstünde yüzde 7 (Arnao ve ark. 2016), Avustralya'da binde 33.7 ve 27.1 (Kadojić ve ark. 2012), Almanya'da yüzde 3.3 ve 2.5'dir (Busch, Schienkiewitz, Nowossadeck ve Gößwald 2013). Amerika'da inme %2.7 prevalansla tüm ölüm nedenleri

arasında beşinci sırada yer almaktadır (Benjamin ve ark. 2017). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 2008-2013 yılları arasında inmenin prevalansının, cinsiyet ve yaş dağılımını incelemek için yapılan çalışmada, 1.9 milyon kişinin inme tanısı aldığı, bunun ülke nüfusuna göre prevalansının %2 olduğu ve yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. Ayrıca, hastaların %44’ünün erkek, %56’sının kadın ve yaklaşık 400 bin kişinin altı yıl içinde öldüğü belirtilmiştir (Ozturk, Demir, Gursoy ve Koselerli 2015).

İnsidansı

İnme, dünyada genelinde en çok görülen ikinci ölüm nedeni ve her yıl yaklaşık 6.7 milyon kişinin ölümüne neden olup dünya çapında yaklaşık 17 milyon kişi ilk kez inme tanısı almaktadır (Stroke Association 2017).

Dünyadaki inme insidans oranları ülkelerde erkek ve kadınlara göre sırasıyla Afrika’da yüz binde 103.3 ve 59.5, Çin’de 127.9 ve 104.3, Brezilya’da 108.6 ve 71.5, Polonya’da 211 ve 130, Japonya’da binde 6.99 ve 4.07, Avustralya’da yüz binde 91 ve 61, Amerika Birleşik Devletleri Hispanik olan ve olmayan beyaz popülasyonda erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla yüz binde 707 ve 653’dür (Arnao ve ark. 2016). Her yıl İngiltere’de yüz binden fazla inme vakası meydana gelmekte ve ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır (Stroke Association 2017). Türkiye’de her yıl yaklaşık 125.00 kişi yeni serebrovasküler hastalık tanısı aldığı, bunların ölüm oranının %24 olduğu tahmin edilmektedir (Ceylan ve ark. 2014). Türkiye’de ölüme neden olan ilk 10 hastalık sıralandığında, kardiyovasküler hastalıklar %21.7 ile birinci sırada, SVH ise %15 ile ikinci sırada yer almaktadır (Demirci Şahin ve ark. 2015). 2030 yılına kadar on sekiz yaş üzerindeki 3.4 milyon yetişkinin inme tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Benjamin ve ark. 2017).

Ölüm Oranları

İnmeden sonra erken dönemdeki ölümler lezyonun şiddeti, meydana geldiği yer, boyutu ve altta yatan patolojiye bağlıdır. Sağ kalım oranı ilk 30 gün içinde iskemik inmeli hastalarda %85, hemorajik inmelilerde %2-52 arasındadır (Utku 2007). Herhangi bir popülasyondaki inme ile ilişkili mortalite üç ana faktöre bağlıdır; toplumdaki inmenin insidansı, inme geçiren bireylerin ulaşabildiği tıbbi bakımın kalitesi ve kardiyovasküler hastalıkların prevalansı ve hastaların inme sonrası hayatta kalma olasılığını etkileyebilecek komorbiditelerdir (Arnao ve ark. 2016). İnme ölüm oranları dünya genelinde erkek ve kadınlarda sırasıyla, Tanzanya’nın

kentsel bölgesindeki 15-64 yaş grubunda yüz binde 65 ve 88, Brezilya'da yüz binde 85.5 ve 61.7, Portoriko'da yüz binde 29.3 ve 24.1, İran'da 19.5 ve 21.7, Güney Kore'de 53.2 ve 54.8, Brezilya'da 22.5 ve 19.4, Japonya'da binde 1.60 ve 1.0, İsrail'de yüz binde 37.7 ve 45.5, Almanya'da 70.3 ve 116.6, İtalya'da 95.9 ve 133.5, Avustralya'da yüzde 25 ve 26, Kanada'da 75-84 yaş arasındaki erkeklerde 264.5 ve kadınlarda 313.8'dir (Arnao ve ark. 2016). Amerika'da, her 20 ölümden biri inme nedeniyle olmaktadır (Benjamin ve ark. 2017). Akgün ve ark. Türkiye'de ölüm nedenlerini incelediği çalışmasında serebrovasküler hastalıkların hem erkek (%14.5) hem de kadınlarda (%15.7) ikinci sırada olduğunu saptamıştır (Akgün ve ark. 2007). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verileri, ülkemizde ölümlerin %24.3'ünün serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığını bildirmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu 2015).

2.1.2. İnmenin Sınıflandırılması

İnme, altta yatan patolojiye göre iskemik ya da hemorajik olarak sınıflandırılır. İlk defa olan inmelerin yaklaşık %87'si iskemik, %10'u primer intraserebral hemoraji ve %5'i subaraknoid kanamadan kaynaklanmaktadır. İskemik inmelerin %25'i büyük arter hastalığı, %25'i küçük damar hastalığı, %20'si kardiyembolik, %5'i etiyolojisi belirlenen, geri kalan %25'i etiyolojisi belirlenemeyen etiyolojiye bağlıdır. İskemik inme ayrıca total anterior dolaşım inme, kısmi anterior inme, laküner inme ve posterior dolaşım inme gibi basit klinik özellikleri kullanılarak anatomik yere göre sınıflandırılabilir (Pendlebury ve ark. 2004).

İskemik İnme

İnmenin en sık görülen tipi iskemik inme ya da serebral enfarktüs (Benjamin ve ark. 2017). Enfarktüs, beyindeki bir bölgeye genellikle bir arterin tıkanmasından kaynaklanan yetersiz ya da kesintili kan akışının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Beyin dokusuna oksijen, glikoz ve diğer hayati materyallerin, sabit inflaksiyon kanalı ile dakikada her 100-gram (g) beyin dokusuna yaklaşık 50-54 ml'lik bir oranla verilmesi gerekmektedir. Eğer beyin hücreleri yeterli kan akışından yoksun kalırsa (serebral kan akımı 15-20 ml/100 g doku/dakika altında) iskemik hale gelecektir. Bu durumda membran pompaları başarısız olmaya başlar, hücre içi süreçler bozulur ve beyin dokusu şişmektedir. Bu noktada, eğer perfüzyon tekrar sağlanabilirse iskemik beyin dokusu kurtulabilir. Hipoperfüzyon kötüleşirse (<8-10/100 g/ dakikada) bu doku risk altında girer ve 4-8 dakika içine ilerleyen hücre ölümüyle birlikte geri dönüşümsüz hasar görür. Bu olaya, iskemik inme denir.

Amerikan Kalp Derneği tarafından yayımlanan verilere göre, inmelerin %87'si iskemik olarak sınıflandırılmıştır (Benjamin ve ark. 2017). İskemik inme heterojen bir hastalıktır ve altta yatan patofizyolojik mekanizmaya göre etyolojik alt tiplere ayrılabilir. Adams ve arkadaşları tarafından (1993) iskemik inmenin etiyolojine dayalı olarak alt tiplerinin kategorize edilmesine yönelik TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment- Akut İnme Tedavisinde Org 10172 Çalışması) adlı bir sistem geliştirmişlerdir (Adams ve ark. 1993). TOAST sınıflandırması çok yaygın kullanılmaktadır, buna göre; büyük arter ateroskleroza, küçük damar tıkanıklığı (lacune), kardiyoembolizm (yüksek/ orta riskli), etiyolojisi belirlenen ve etiyolojisi belirlenemeyen diğer nedenler olmak üzere beş alt tipi sınıflandırılmıştır (Adams ve ark. 1993; Utku 2007; Gomes ve Wachsman 2013; Redfors 2014; Sampane-donkor 2014).

Hemorajik İnme

İnmenin bu tipinde primer patoloji, beyin dokusunda doğrudan hasara neden olan bir kanama alanının olmasıdır. Tüm inmelerin %10-15'ini oluşturur ve iskemik inmelerden çok daha fazla morbidite ve mortaliteye sahiptir. Hemorajik inmenin subaraknoid ve intraserebral hemoraji olmak üzere iki farklı türü vardır. Birincisinde, kan potansiyel alanlarda ve serebrospinal sıvının bulunduğu beyinin içinde birikir. Diğerinde, kan ekstrasvazasyonu doğrudan parankime girer (Gomes ve Wachsman 2013). Subaraknoid hemorajide, kanama beyni çevreleyen zarlar ve beyin omurilik sıvısına olmaktadır. Tüm inmelerin yaklaşık %5'ini oluşturur. Başlıca nedeni, konjenital ya da edinsel faktörler nedeniyle gelişen anevrizmaların rüptür olmasıdır. Anevrizmaların büyük çoğunluğu rüptüre oluncaya kadar semptom vermezler ve rüptüre olduktan sonra hastalarda karakteristik semptomlar olan baş ağrısı, bulantı-kusma, bilinç değişikliği, ense sertliği, çeşitli fokal nörolojik bozukluklar ve fotofobi görülür (Yalın 2011). Hastaların yaklaşık %65'i hayatta kalmaktadır, fakat yarısı şiddetli bilişsel hasardan dolayı engelli olarak kalmaktadır (Sampane-donkor 2014). İntraserebral hemoraji çoğunlukla kontrolsüz hipertansiyon nedeniyle küçük damarların rüptürüne neden olur. Rüptür, yakındaki damarların yırtılması ile vakaların yaklaşık %40'ında hematoma genişlemesine neden olmaktadır (Sampane-donkor 2014).

2.1.3. İnmenin Risk Faktörleri

İnmeye bağlı morbidite ve mortalite oranları bireylerde kontrol edilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi ile azaltılabilir (Chen, Balami, Esiri, Chen ve Buchan 2010). Bu nedenle, inmenin risk faktörlerinin ve nedenlerinin belirlenmesi önemlidir (Ceylan ve ark.

2014). Bunlar, *kontrol edilebilir risk faktörleri*; kesileşmiş faktörler (hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperinsülinemi ve glikoz intoleransı, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, sigara içme, asemptomatik karotis arter stenozu, orak hücreli anemi), kesinleşmemiş faktörler (alkol, obezite, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, hiperhomosistein, madde bağımlılığı, hormon tedavisi, hiperkoagulabilite, fibronojen, enflamasyon) ve *kontrol edilemeyen risk faktörleri* (yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü) olarak ikiye ayrılır (Tablo 1) (Ovbiagele ve Nguyen-Huynh 2011; Ceylan ve ark. 2014)

Tablo 1. İnme Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri	
	Kesinleşmiş Faktörler	Kesinleşmemiş Faktörler
Yaş	Hipertansiyon	Alkol
Cinsiyet	Diyabetes Mellitus	Obezite
İrk	Hiperinsülinemi ve glukoz intoleransı	Beslenme alışkanlıkları
Aile öyküsü	Kalp hastalıkları	Fiziksel aktivite
	Hiperlipidemi	Hiperhomosisteinemi
	Sigara içme	Uyuşturucu bağımlılığı
	Asemptomatik karotid arter stenozu	Hormon tedavisi
	Orak hücreli anemi	Hiperkoagülabilite
		Fibrinojen
		İnflamasyon

Ceylan A, Erdem AB, Çavuş UY, Buyukcam F. Epidemiological study of the patients diagnosed as ischemic stroke in the emergency department. Journal of Academic Emergency Medicine, 2014; 13(1): 10-14. (Kaynağından yararlanılmıştır).

2.2. İnmenin Komplikasyonları

İnme sonrası tıbbi medikal komplikasyon gelişme riski %40-96 oranları arasında değişiklik göstermektedir (Karaman 2014; Koc 2012). İnme sonrası komplikasyonlar üç farklı evrede incelenebilir; ilk olarak olaydan sonraki ilk saatlerde oluşan ve genellikle acil odalarında ve inme ünitelerinde yönetilen hiperakut inme ortamı, ikincisi subakut ortam olan hastanın yatırıldığı inme üniteleri ya da genel nöroloji servisi ve son olarak kronik evre olan komplikasyonların devam ettiği hastane taburculuğu sonrasıdır (Bustamante ve ark. 2016). Komplikasyonlar, hem hastanede kalış süresini uzamakta hem de akut ve subakut evrelerde ölümlerin önemli nedeni olmaktadır (Bovim, Askim, Lydersen, Fjærtøft ve Indredavik 2016; Dalvandi 2011). Yapılan çalışmalarda, hastalarda inme sonrası akut ve kronik dönemde birçok sistemik ve nörolojik komplikasyon gelişebilir. Nörolojik komplikasyonlar; beyin ödemi ve

transtentoryal herniyasyon, tekrarlayan inme, hemorajik transformasyon, epileptik nöbet, hidrocefali, konfüzyon, depresyon, anksiyete bozukluğudur. Sistemik komplikasyonlar; kardiyovasküler komplikasyonlar, pulmoner komplikasyonlar, metabolik komplikasyonlar, yüksek ateş, enfeksiyonlar, gastrointestinal kanama, venöz tromboembolizm, bası yaraları, düşmeler, malnütrisyon, ağrı, üriner inkontinans, fekal inkontinans ve/veya konstipasyon, bulantı-kusma, spastisite ve kontraktürlerdir (Johnston ve ark. 1998; Langhorne ve ark. 2000; Kappelle ve Van Der Worp 2004; Savaş, Akkuş, Cinevre Soyupek, Ilgün ve Yıldız 2007; Kumar, Selim ve Caplan 2010; Koc 2012; Kuptniratsaikul, Kovindha, Suethanapornkul, Manimmanakorn ve Archongka 2013; Sidhartha ve ark. 2015). İnme ünitesinde yatan hastalarda en yaygın pnömoni, sepsisemi, idrar yolu enfeksiyonu, üst gastrointestinal kanama ve tekrarlı inme gibi komplikasyonların yaşandığı belirlenmiştir (Hamidon ve Raymond 2003). Rehabilitasyon sürecindeki iskemik inmeli hastalardaki komplikasyonları incelediği bir çalışmada, hastaların %88.9'unun en az bir komplikasyona sahip olduğu, en sık görülen beş komplikasyonun idrar yolu enfeksiyonu, omuz ağrısı, uykusuzluk, depresyon ve kas iskelet ağrılarının olduğu saptanmıştır (Civelek, Atalay ve Turhan 2016). Bir başka çalışmada, inmeden sonra hastaların yaygın olarak konstipasyon, akut idrar retansiyonu, idrar yolu enfeksiyonu ve ekstremitte ağrısının olduğu saptanmıştır (Doshi, Say, Young ve Doraisamy, 2003). Bu nedenle inme sonrası gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi, erken dönemde tanılanması ve tedavi edilmesi önemlidir (Karaman 2014).

2.2.1. İnme Sonrası Üriner İnkontinans ve Patofizyolojisi

Üİ, sosyal ya da hijyenik bir sorun olan istemsizce idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Abrams 2000). Yapılan araştırmalar, inme ve inkontinans arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Akut inme sonrasında Üİ yaygındır. İnmeden hemen sonra Üİ oranı %32-79, hastaneden taburculuk sırasında yaklaşık %25-28 oranına, üç ay sonra %19 ve bir yıl sonra %10-15 oranlarına düşmektedir (Barrett 2002; Brittain ve ark. 1998). Williams ve arkadaşları (2012), inmeden üç ay sonra hastalarının %43.5'inde, 12 ay sonra %37.7'sinde inkontinansın bulunduğu, şiddetinin ve eğiliminin de inmenin şiddeti ve hastanın yaşına bağlı olduğunu belirtmiştir (Williams, Srikanth, Bird ve Thrift 2012). Diğer çalışmalarda, inme sonrası yedi-on gün içinde hastaların %35-44'ünde inkontinansın ortaya çıktığı bildirmiştir (Patel, Coshall, Rudd ve Wolfe 2001; Kolominsky-Rabas, Hilz, Neundoerfer ve Heuschmann 2003). Üİ, zamanla düzelmesine rağmen önemli sayıdaki hastada olaydan sonraki ilk yılda halen mevcuttur (Mehdi ve ark. 2013). Divani ve arkadaşları (2011) ilk kez inme geçiren

hastalarda Üİ'nin ilk yılında düzelmesine rağmen, önemli sayıda hastanın inme sonrası 12 aylık dönemde idrar kaçırmaya devam ettiklerini bildirmişlerdir (Divani ve ark. 2011). Patel ve arkadaşları (2001), kişisel görüşme ve posta anketleri yoluyla iki yıllık sürede inmeden hayatta kalan 235 hastanın Üİ'nin doğal geçmişini incelediği çalışmasında prevalans oranlarını üç ayda %19, ilk yılda %15 ve iki yılda %10 olarak tespit etmiştir (Patel ve ark. 2001). Rotar ve arkadaşları (2011) ilk kez inme geçiren hastalarda Üİ semptomunun ilk 72 saat içinde yarısından fazlasında ve bir yıl sonra %9'unda mevcut olduğunu saptamıştır (Rotar ve ark. 2011). Farklı iki çalışmada da, inmeden bir yıl sonra Üİ oranının %24-%27 olduğu bildirilmiştir (Kolominsky-Rabas ve ark. 2003; Williams ve ark. 2012).

İnme sonrası, üriner inkontinansın hayatta kalmak için önemli bir prognostik faktör olduğu bilinmektedir (Barrett 2002). Alt üriner sistem disfonksiyonu olan inmeli hastalarda normal işeme fonksiyonu olanlarla kıyaslandığında ölüm oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Rotar ve ark. 2011). Patel ve arkadaşları, inme sonrası inkontinanslı hastaların iki yıl sonraki ölüm oranlarının %67 olduğunu bulmuştur (Patel ve ark. 2001).

Gelber ve arkadaşları (1993), inme sonrası Üİ'nin üç önemli nedeninin olduğu saptanmıştır. Birincisi, enfarktüsün yol açtığı nöromikülasyon yollarının hasar görmesidir. Genellikle serebral hemisferik lezyonlar, işeme sırasında eşgüdümlü bir şekilde gevşetilen sfinkterlerle detrüsör hiperrefleksiye neden olmaktadır. Beklendiği gibi, inme hastalarında en çok görülen ürodinamik anormalliktir. ikincisi, inmeye bağlı bilişsel ya da dil bozukluklarından kaynaklanabileceğidir. Üçüncüsü, taşma inkontinans ile sonuçlanan mesane hiporefleksidir. İnkontinansın büyük infarktlarla ilişkili, infarkt yerlerinin subkortikal ve kortikal bölgelerde olduğu, özellikle de hem kortikal hem de subkortikal infarktlı hastalarda inkontinansın çok fazla olduğu saptanmıştır. Bunların çoğu orta serebral arterin dağılımındaki büyük enfarktüslerden kaynaklanmaktadır (Gelber ve ark. 1993). İnme sonrasında üriner inkontinansın ortaya çıkmasında enfarktüs büyüklüğünün önemli bir yeri vardır. Özellikle çapı 40 mm'den daha büyük enfarktüs lezyonları nöromiksion yollarında doğrudan hasar oluşturabilir. Ayrıca, orta serebral arter dağılımında büyük enfarktüslerin kortikal ve subkortikal bölgede oluşturduğu lezyonlar ve frontal lobun anteromedial bölgesinde meydana gelen lezyonlar inkontinans olasılığı büyük ölçüde arttırmaktadır. Bunun yanı sıra, pontin işeme merkezi ve yüksek beyin merkezleri arasındaki yollarda meydana gelen enfarktüslerde inkontinansın kontrolünü bozabilmektedir (Barrett 2002). Özellikle, frontal lob hasarı oluştuğunda, semptomlar sık idrara

çıkma (urgency), urge inkontinansı ve noktüri olarak görülebilir. Beyin sapını etkileyen inmede, bireyler yaygın olarak hezitansi (duraksama), mesane dissinerjisi ve mesane kontraksiyonları ile eş zamanlı olarak idrar boşaltma ve mesaneyi koordineli ve zamanında boşaltmak için üretral sfinkter gevşeme yeteneğinin azalması nedeniyle idrar retansiyonu görülmektedir. Nöral miktürisyon yolunun bozulması mesane hiperrefleksi ve urge kaçırmaya neden olmaktadır (Dumoulin ve ark. 2005). Rotar ve arkadaşlarının (2011), çalışmasında Üİ olan hastaların %78'inde iskemik, %18'inde intraserebral hemoraji, %4'ünde hemorajik dönüşümlü iskemik inme, inme alt tipinin %39'unda laküner enfarktüs, %11'inde posterior enfarktüs, %41'inde parsiyel anterior serebral enfarkt, %9'unda total anterior enfarkt ve enfarktının da %54'ünde sol ve %39'unda sağ hemisferde olduğunu belirtilmiştir (Rotar ve ark. 2011). Başka bir çalışmada, Üİ olan hastaların enfarktının, %45'inde sol hemisferde, %48'inde sağ hemisferde, %7'sinde bilateral olduğu saptanmıştır (Herr-Wilbert ve ark. 2010). Akçalı ve arkadaşları (2010), üriner inkontinansın, sol hemiparezisi olan hastalarda, sağ hemiparezisi olanlara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir (Akçalı ve ark. 2010). Aybek ve arkadaşları (1998), yaptığı çalışmada inmeden sonra kortikal ve subkortikal lezyonları olan tüm hastaların inkontinanslı olduğunu belirtmiştir (Aybek ve ark. 1998). Ayrıca, total anterior dolaşım infarktüsü geçiren hastaların üçüncü ayda mesane kontrolünü tekrar kazanma olasılığı düşük olmakla birlikte laküner infarktö olan hastaların bunlara göre mesane kontrolünü geri kazanma olasılıklarının daha yüksektir (Patel ve ark. 2001).

İnme sonrası üriner inkontinansa neden olan diğer faktörler inmeyle ilişkili olan motor, duyuşal, bilişsel, depresyon ve duyarsızlık ya da dil fonksiyon bozuklukları da normal mesane fonksiyonuna rağmen tuvalete gitme sıklığını ve idrar yapma davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, üriner inkontinans ile uzun süre hastanede kalma, taburculuk sonrasındaki koşullar ve mobilite arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Brittain 1998; Dumoulin ve ark. 2005). Gelber ve ark. (1993) inme sonrası üriner inkontinansın enfarktüsün büyüklüğü, afazi, bilişsel bozukluk ve fonksiyonel disabilite ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Özellikle afazisi olan hastalarda olmayanlara göre 2.3 kez daha fazla inkontinans geliştiği saptanmıştır. Afazik olmayan hastalarda ise inkontinans mini mental teste ölçülen bilişsel bozukluk ile anlamlı ilişki saptanmıştır (Gelber ve ark. 1993). Ayrıca, stres tipi Üİ disfajiden kaynaklı olarak sık öksürme nedeniyle daha da kötüleşebilir. Diyabetten kaynaklanan mevcut periferik nevropatilerin varlığı, mesane hiporefleksisi ve taşma inkontinansı ile sonuçlanabilir. Diğer önemli katkıda bulunan faktörler, hastaların ilaçları (antihipertansifler, diüretikler),

tuvalet yapmayı engelleyen depresyon, kabızlık, çevresel faktörlerin varlığı ya da önceden var olan idrar kaçırmadır. Çoğu durumda bu faktörlerin kombinasyon oluşturması inme sonrası Üİ'a neden olmakta ve bu da tedaviyi daha zorlayıcı hale getirmektedir (Brittain, Peet, Potter ve Castleden, 1999; Dumoulin ve ark. 2005).

2.2.2. İnme Sonrası Üriner İnkontinansın Tipleri

İnmeden sonra yaygın olarak urge, stres, mikst, taşma ve fonksiyonel inkontinans ortaya çıkmaktadır (Mehdi ve Patel 2016; Teasell ve ark. 2013)

Detrusör hiperrefleksi ve urge (sıkışma) inkontinansı; Frontal lobtaki yeni lezyonların ve bazal ganglionların detrusör hiperrefleksi ile ilişkili bulunmaktadır (Mehdi ve ark. 2013). Sıkışma inkontinansı, enfarktüs ya da miksiyon yollarını etkileyen serebral ödemden kaynaklanan, sıkışma olmadan önce ya da istemsiz olarak ve aniden gelen sıkışma hissi ile idrar kaçırma sorunudur. Az miktarda idrar kaçırma olabileceği gibi tüm mesane de boşalabilir (Dumoulin, Korner-Bitensky ve Tannenbaum 2007; Kuyumcu, Yeşil ve Cankurtaran 2011).

Detrusör hiporefleksi ve taşma (overflow) inkontinansı; Boşalamayan mesanenin maksimum kapasitede dolup damlama tarzında idrar kaçırmanın olduğu üriner inkontinans tipidir. Genellikle idrar yaparken duraklama, sıkışma hissi olmadan damla damla gelmesi, zayıf idrar çıkışı ve sık idrara çıkma ile karakterizedir. Benign prostat hiperplazisi, mesane çıkışı ve üretrada oluşan darlıklar veya sistosel gibi anatomik engeller, diyabet veya spinal kord hasarına bağlı hipoaktif detrusitol kası ya da diğer nörolojik etkenler detrusitol kası ve sfinkter uyumsuzluğuna neden olarak taşma tipi üriner inkotinansa neden olabilir (Kuyumcu ve ark. 2011; Özcan ve Kapucu 2014).

Stres tipi inkontinansı; Doğrudan inme nedenli olmayabilir. Genellikle üriner inkontinansın bu tipi inmenin neden olduğu azalan pelvik kas tonusu ve motor güçsüzlüğü nedeniyle pelvik taban kaslarının güçsüzlüğünden kaynaklanır. Öksürme, gülme, eğilme gibi karın için basıncın arttığı durumlarda istemsizce idrar kaçırma meydana gelir. Stres inkontinansı, genellikle inmeden önce mevcuttur fakat disfaji ve aspirasyon ile ilişkili olarak tekrarlayan öksürme nedeniyle inmeden sonra inkontinans şiddetlenebilir (Dumoulin ve ark. 2007; Mehdi ve ark. 2013)

Fonksiyonel inkontinans; İletişim, bilişsel ve hareket zorlukları normal mesaneye rağmen üriner inkontinansa neden olabilir. Fonksiyonel üriner inkontinans, hemipleji ya da mobilite bozuklukları ve tuvalete ulaşmayı azaltan çevresel engeller gibi fonksiyonel

bozukluklardan dolayı kontinansın sürdürölme yeteneğinin azalmasıdır (Dumoulin ve ark. 2007; Mehdi ve ark. 2013).

Miks Tip Üriner İnkontinans; İki ya da daha fazla tip inkontinansın birlikte olmasıdır. Genellikle sıkışma ve stres tipi inkontinans bir arada görölür (Kuyumcu ve ark. 2011; Özcan ve Kapucu 2014)

Üriner inkontinans farkındalığının bozulması; Sızdırmadan önce mesane sinyallerini fark etme yeteneğinin azalması, olası sızıntıyı fark edememe ya da her iki durumunda birlikte görölmesidir (Mehdi ve ark. 2013).

Üriner inkontinansın geçici nedenleri; İlaçlar, idrar yolu enfeksiyonları, fekal sıkışma ve deliryum gibi geri dönüşümlü nedenler olabilir (Mehdi ve ark. 2013).

2.2.3. İnme Sonrası Ürokinamik Özellikler

İnmeden üç sonraki kronik evrede alt üriner sistem semptomları özellikle urge üriner inkontinansı olan ya da olmayan sık idrara gitme ve urgency (acil idrar yapma isteğı) gibi depolama semptomları yaygın olarak görölabilir (Lee ve ark. 2012). Bununla birlikte, kronik inmeli hastalar üriner inkontinansa neden olan hem detrüör aşırı aktivitesi hem de üretral sfinkterin baskılanmamış gevşemesine sahip olabilirler (Kuo ve ark. 2014). Çoklu inme ya da laküner infarktı olan yaşlı hastalarda bozulmuş kontraktiliteli detrüör hiperrefleksi diğeri bir sorun olabilir. Bu hastalar urgency, urge inkontinans ve post rezidüal volüm yaşayabilirler (Kuei, Liao ve Kuo 2013). Bu semptomlar birlikte görölmesi bozulmuş kontraktiliteli detrusor aşırı aktivitesi olarak adlandırılır (Lee ve ark. 2012). Bozulmuş kontraktiliteye sahip detrüör yetersizliğı ya da detrüör hiperrefleksi inmenin akut evresinde ya da çoklu inmeli yaşlı hastalarda ortaya çıkabilecek sorunlardır. Kronik inmeli bazı hastalarda detrüör aşırı aktivitesine yanıt olarak üretral sfinkter aktivitesinde artma görölabilir. Ürokinamik bulgular inmeli hastalarda işeme disfonksiyonunun altında yatan patofizyolojiyi ayırt etmede yardımcı olabilir (Kuei ve ark. 2013).

Detrüör aşırı aktivitesi, inme sonrasında akut şok aşamasından sonra iyileşen hastaların yarısında mevcuttur ve kronik inmeli hastaların %20'sinde kalıcı olarak devam etmektedir. Detrüör aşırı aktivitesi, mesane kapasitesindeyken detrüör kontraksiyonlarının kötü inhibisyonundan kaynaklanır. Detrüör aşırı aktivitesi dolum fazı sırasında da sıklıkla meydana gelebilir, dış sfinkter aktivite idrar kaçırmayı engellemek için gittikçe artabilir. Sonrasında, dış

sfinter yavaş yavaş gevşer ve hasta daha düşük işeme basıncı ile idrarı boşaltır (Kuei ve ark. 2013). İnmeden birkaç hafta ya da ay geçtikten sonra mesane hissi değişkendir fakat genellikle bozulmamıştır. Bu nedenle, detrüsör aşırı aktivitesinden dolayı sıkışma ve sıklık ortaya çıktığında çoğu hasta çizgili sfinkterlerin istemli daralması ile istemsiz mesane daralmasını inhibe etmeye çalışmaktadır. Eğer bu mümkün olmazsa, inkontinans ile sıkışıklık ortaya çıkabilir (Li ve Oh 2012).

İnmeden dört-on ay sonraki iyileşme evresinde, hastaların yaklaşık %10'unda üretral sfinkterde yalancı dissinerji gelişebilir. Bu durum, istemsiz detrüsör kontraksiyonları sırasında dış sfinkterlerin kendi kendine kontraksiyonu ile karakterizedir. Hastalar zor idrara çıkma, yavaş akım ve mesanenin tamamen boşaltamaması gibi alt üriner sistem semptomlarına sahip olabilirler (Kuo ve ark. 2014).

Hastaların çoğunda detrüsör disfonksiyonu (hiperrefleksi ya da hiporefleksi) bulunmaktadır. Ayrıca, çıkış obstrüksiyonu sıktır fakat detrüsör sfinkter dissinerjisi değildir. Hiperrefleksi inme lezyonunun kendisinden kaynaklı olabilir. Normal depolama ve idrarın boşaltılması spinal korttan çıkarak karmaşıklığı artan bir dizi reflekse bağlıdır. Beyindeki hasar suprapontin inhibisyonunu azaltarak mesane aşırı aktivitesine neden olabilir (Brittain ve ark. 1998; Kuei ve ark. 2013).

İnme sonrası nöromodülasyona bağlı olarak hastaların çoğunda mesane kapasitesi küçüktür. Bunun nedeninin, serebral enfarktüsle indüklenen mesane hiperaktivitesi, kısmen N-metil-D-aspartat (NMDA) glutamaterjik ve D2 dopaminerjik eksitatör mekanizmalar tarafından aracılık edilmesidir. NMDA ve dopaminerjik antagonistlerin kullanımı, mesane kapasitesini belirgin şekilde arttırdığı gösterilmiştir. Bu durumda, mesane dolumu sırasında istemsiz detrüsör kontraksiyonları genellikle yoktur, ancak mesane kapasitesine ulaşıldığında ortaya çıkabilir. Mesane kapasitesi küçük olduğu için, kronik inmeli hastalar genellikle serbest üroflovetride normal maksimum akış oranına sahip değildir, bununla birlikte bu hastalar idrar yapma konusunda zorluk çekmezler. Fazik detrüsör aşırı aktivitesi olağandışıdır ve inmeli hastalarda terminal detrüsör aşırı aktivitesinden daha az yaygındır (Kuei ve ark. 2013).

Ürodinamik inceleme, aşırı aktif ya da yetersiz detrüsör kasını ortaya çıkarabilir ve mesane çıkışında obstrüksiyonun olup olmadığını anlamaya yardımcı olabilir (Brittain ve ark. 1998). Yapılan bir ürodinamik değerlendirmede, inmeden sonra Üİ'lı hastaların %37'sinde

mesanenin normal çalıştığı, %37'sinde detrüör hiperrefleksi, %5'inde detrüör-sfinkter dissenerji ve %21'inde detrüör hiporefleksinin olduğu belirlenmiştir (Gelber ve ark. 1993). Aybek ve arkadaşları (1998) inkontinansı olan inmeli hastaların %60'ında normal mesane fonksiyonu gözlemiştir (Aybek, Şahiner, Oğuzhanoglu ve Tuncay 1998). Meng ve arkadaşları (2010) hastaların %36'sında akontrakte detrüör aktivitesi ve %14'ünde detrüör yetersizliği olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısında detrüör-dış sfinkter dissinerjinin olduğu ve bunların normatif detrüör fonksiyonu ve detrüör hiperaktivitesi olduğu belirtilmiştir. Detrüör-dış sfinkter dissinerjisi olan hastaların çoğunluğunda supratentorial inmenin olduğu saptanmıştır (Meng ve ark. 2010). Marinkovic ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir incelemede, inme sonrası işleme disfonksiyonlarından daha çok idrar sıklığının artması ve urge inkontinansın olduğu belirtilmiştir (Marinkovic ve Badlani, 2001). Nager ve arkadaşları (2010) yaptığı çalışmada, üretral işlevin ürokinamik ve ürokinamik ölçümlerin rolü bazal inkontinans şiddetini öngörmediğini belirtmiştir (Nager ve ark. 2010).

2.3. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi

Üİ, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hayatını tehdit eden bir durum olmamasına rağmen, üriner inkontinansın hastalar üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak birçok etkisi bulunmaktadır.

2.3.1. Fizyolojik Etkileri

Üİ'nin fizyolojik etkileri; bakteriyel ve mantar enfeksiyonları, selülit, deri enfeksiyonu, dekübit ülseri, düşme ve kırıklar, cinsel işlev bozukluğudur. Deri bütünlüğünün ya da histolojik yapısının bozulması, stafilokok gibi mikropların gelişmesine izin verir. Ayrıca, bölgenin nemliliğinden kaynaklanan candida albicans en sık görülen sekonder enfeksiyondur. Bunların yanında, perioral dermatit, vajinada, perineumda ve kalçada şiddetli ağrıya ve iltihaba neden olur. Cildin ıslak ya da nemli olması sürtünme yoluyla erozyonlara neden olduğu için, Üİ dekübit ülseri için en önemli risk faktörüdür. Özellikle, sık tuvalete gitmeyi gerektiren sıklık, urgency, urge inkontinans ve noktüri tipleri hastalarda düşme ve kırılma riskini de arttırmaktadır (Charalambous ve Trantafylidis 2009). Cinsel işlev bozukluğu, spor ve egzersizlerden vazgeçme, seyahat kısıtlaması, yeni yerleri ziyaret etme konusundaki isteksizlik, koruyucu materyalleri paketleme ihtiyacı bunun yanı sıra kullanılmış pedleri atma yollarını

düşünme, özellikle aşırı aktif mesane olanlarda düşme riski gibi sorunlar olması nedeniyle yaşam kaliteleri önemli ölçüde düşmektedir (Sinclair ve Ramsay 2011).

2.3.2. Psiko-sosyo-ekonomik Etkileri

Üİ'nin hastalar üzerindeki psikolojik etkileri; stres, depresyon, kendine saygının ve kendine güvenin kaybedilmesi, utanma olup, sosyal etkinliklerden kaçınma, kişisel aktiviteleri azaltma, dini inançlarını gerçekleştirememe, yalnızlaşma ve sosyal izolasyon nedeniyle bağımsızlıklarını kaybetmektedirler. Ayrıca, öz güvenin azalması ve evlilik ilişkilerinin olumsuz etkilenmesi ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlara bağlı olarak majör depresyon ve panik bozukluklar çok sık görülmektedir. Özellikle aşırı aktif mesaneden dolayı uyku kalitesinde azalma buna bağlı stres ve depresyon gibi psikolojik etkiler meydana gelmektedir. Hastaların nem ve koku nedeniyle ped kullanma, iç çamaşırını sık olarak değişme, sıvı alımını azaltma ve özel kıyafetler kullanma en çok şikayet ettikleri sorunlardır (Charalambous ve Trantafylidis 2009; Sinclair ve Ramsay 2011; Edwards, Hahn ve Dromerick 2006; Bilgiç Çelik ve Kızılkaya Beji 2012). Üİ'nin işi bırakmak zorunda kalınması, tuvalet molalarından dolayı işin kesintiye uğraması, iş devamsızlığı, baş etmek için ped kullanılması gibi nedenlerle hem hasta hem de ailesi üzerine ekonomik bir yük oluşturmaktadır (Özcan ve Kızılkaya Beji 2014).

2.4. Üriner İnkontinansın Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi

İnmeden sonra hastaların büyük çoğunluğu ilk hastanaya yatma ve rehabilitasyon döneminden sonra topluma geri dönmekte ve yaklaşık üçte ikisi günlük yaşam aktivitelerinde aile üyelerinin desteğine gereksinim duymaktadır (Nir, Greenberger ve Bachner 2009). Bu dönemde aile üyeleri, hastanın evde bakımında önemli role sahiptir. (Demir Avcı, Gözüm ve Özer 2016). Bakım verme, duygusal, fiziksel ya da maddi destek sağlamayı gerektiren çok boyutlu bir deneyimdir (İnci, Kartal ve Koştu 2017). Bakım verenlerde, hastalarının inme sonrası erken dönemdeki belirsizlikleri, fiziksel ya da bilişsel bozukluğun ne kadar süreceğini bilmemeleri (Byun, Riegel, Sommers, Tkacs ve Evans 2016) ve hastalarının evde uzun dönem gereksinimlerini, gerçekleştiremediği rol ve sorumluluklarını, yeti kayıpları için bakım sağlamak bakıcıların zorlanmalarına yüklerinin artırmasına neden olmaktadır (Aşiret ve Kapucu 2012; İnci ve ark. 2017).

İnmeden sonra üriner inkontinans nedeniyle hastaların bakımında fiziksel destek, ilgi ve dikkat gereksinimi önemli derecede artmaktadır. Özellikle deneyimsiz bakım verenler inkontinansın ne zaman olacağını öngörülmemesi ve ortaya çıkacak kirlilikten dolayı önemli miktarda temizlik gerektirmesi bakım verenlerin kaos yaşamasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, bakım verenler inkontinansın bakımına alışmakta çok zorluk çektiklerini ve sürekli olarak hastaları kaldırarak bezlerini ve yatak örtülerini değiştirme, idrarın kokusu ve çevreyi kirletmesinden dolayı tüm odayı temizleme gibi ek sorunlar yaşadıklarını saptanmıştır. Ayrıca, Üİ nedeniyle enfeksiyon, deri bütünlüğünde ve hastanın rahatında bozulma, hastaneye yatış ve tıbbi masrafların olmaması için hastalarının sağlığına daha fazla dikkat etmek zorunda kaldıkları, bu nedenle sürekli olarak tuvalete götürme, temizlik, konforlarını sürdürme çabaları ve ped maliyetinin yüklerini daha da arttırdığı belirtilmiştir (Tseng, Huang, Yu ve Lou 2015)

Üriner inkontinans, hastalarda psikolojik, fiziksel yorgunluk, sosyal izolasyon ve mali sorunlara neden olabileceğinden dolayı bakım verenlerinde yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkileyebilir. Başka bir çalışmada, inkontinansı olan yaşlılara bakım verenlerin olumsuz duygular yaşadığı, sıkıntı çektiği ve hastası ile ilişkilerinin kötü olduğu saptanmıştır (Di Rosa ve Lamura, 2016). Klinedinst ve arkadaşları çalışmalarında (2012), inmeden sonra hastalarda bakım verenlerin işleri yapmada zorlandığı, huzursuz uyku, üzgün ve depresif hissetme gibi depresyon semptomlarının olduğunu belirtilmiştir (Klinedinst, Dunbar ve Clark 2012). Üİ olan yaşlı bireylere bakım verenlerin yükünün incelediği başka bir çalışmada, inkontinansın sürekli bakım ve temizlik gerektirdiğinden dolayı bakım yüklerinin çok fazla olduğu bu nedenle hastalarına fazla zaman ayırmak zorunda kaldıkları ve başka bir işte çalışamadıkları belirlenmiştir (Zachariou ve Filiponi 2016).

Profesyonel sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin, evde bakım veren bireyin yaşayabileceği zorlukların farkında olması, değişimlere karşı uyum sağlama yeteneklerini ve bakım verme rolünü tanımlamaları gerekmektedir (Mollaoglu ve ark. 2011). Bunun için, hemşireler bakım verenleri hastalığın tanı aşamasından başlayıp taburculuk süresince evde bakım için gerekli olan hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamalarına yönelik taburculuk eğitimi vererek evde bakıma hazırlamalıdır (İnci ve ark. 2017; Karaman 2014)

2.5. Üriner İnkontinansın Evde Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları

İnmeden sonra hastalarda birçok nörolojik defisit meydana gelmesi nedeniyle bakımının sürekliliği gerekmektedir. Bunun için hastanın tıbbi durumu stabil olduktan hemen sonra rehabilitasyon programlarının başlatılması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın planlanması çok önemlidir (Karaman 2014; Koc 2012). Evde bakımla, hasta ve ailesinin inmenin nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, kısa zamanda en üst düzeyde fonksiyonel becerilerinin, bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (Akdemir ve ark. 2011; Çavuş 2013). Hemşirelerin, inmeden sonra hastaların, öz etkililiğin artırılması ve bununla birlikte yaşam kalitesinin de yükseltilmesinde önemli bir yere sahiptir (Topçu ve Oğuz 2017).

Evde bakım hizmetlerinin sağlanmasında hemşirelerin tüm rollerinin yanında özellikle tedavi ve rehabilitasyonun uygulanması bakımından bakım verici rollerinin hastanın iyileştirilmesinde büyük önemi vardır (Akdemir ve ark. 2011; Cimete 2008). Bu nedenler, hasta ve ailelerinin evde bakımda ihtiyaç duydukları hizmetlerin çoğunluğu hemşirelik bakımından oluşmaktadır (Cimete 2008). Yiğit tarafından yapılan çalışmada (2004), evde sağlık hizmeti alan hastaların %97.5'i hemşirelik hizmeti aldığı (Yiğit 2014) ve Ürdün'de yapılan başka bir çalışmada da hastaların %61'i hemşirelik bakımı aldığı belirlenmiştir (Dawani, Hamdan-mansour ve Ajlouni 2014).

Evde bakım gereksinimi olan hastalarda en sık görülen sorunlardan biri inkontinanstır (Cimete ve 2008). Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü'nün evde bakım hizmetleri kapsamında yaygın olarak verdiği özelleşmiş destek hizmetler içerisinde inkontinans bakımı da yer almaktadır (Işık, Kandemir, Akif ve Fidan 2016). Akdemir ve arkadaşları (2011) inmeden sonra evde bakımla izledikleri hastalarının çoğunun hemiplejik ya da hemiparazik ve yarısında üriner inkontinans olduğunu saptamıştır (Akdemir ve ark. 2011). Evde sağlık hizmeti alan yaşlılarla yapılan başka bir çalışmada, evde bakım almasını gerektiren hastalığın dörtte birinin serebrovasküler olay nedeniyle plejinin olması, hastaların çoğunluğunda idrar kaçırma ve en çok ihtiyaç duyulan bakımlardan birinin idrar sondası takımı olduğu saptanmıştır (Hisar ve Erdoğan 2014). Işık ve arkadaşlarının çalışmasında (2016), evde bakım hizmeti alan hastaların yaklaşık %15'inin inme nedeniyle bakım aldığı ve %60'nın tuvalet gereksiniminde başkasına bağımlı olduğu belirtmiştir (Işık ve ark. 2016). Çayır ve arkadaşları (2013), evde sağlık hizmeti alan hastaların %26.3'nün hemipleji ve %66.7'sinin inkontinans nedeniyle alt bezi kullandığını

belirlemiştir (Çayır, Avşar, Avşar, Cansever ve Khan 2013). Ayrıca, hemşire evlerinde bakım alan yaşlıların da %18'inin inmeli hasta ve %73'ünün başkasının desteğine yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirtilmiştir (Cowman ve ark. 2010). Bu konudaki diğer çalışmalarda hastaların çoğunluğunun inme nedeniyle evde bakıma ihtiyaç duyduğu ve en fazla verilen bakımların arasında üriner kateterizasyon bakımı olduğu belirtilmiştir (Enginyurt ve Öngel 2011; Karaman, Kara ve Atar 2015; Önder, Anuk, Kahramanca ve Yıldırım 2015).

Üİ fonksiyonel iyileşmenin güçlü bir öngörücüsü olması, benlik saygısının düşmesi, sosyal izolasyon ve depresyon, idrar yolu enfeksiyonu, nefrit, deri bütünlüğünde bozulma ve düşme riskini artmasına neden olmaktadır. Ayrıca ortaya çıkan bu sorunlar rehabilitasyon terapi süresini, yoğunlaşmayı ve tedaviye katılımını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle inme sonrası Üİ'nin belirlenmesi rehabilitasyon sürecinin önemli bir parçasıdır (Dumoulin ve ark. 2005). İnmeden sonra inkontinansın değerlendirilmesi ve yönetilmesi hemşirelik rollerinden biridir. Hemşirelerin evde bakımda mesane rehabilitasyonu öncelikli hedefleri arasında olmalıdır. Bunun için hemşireler inme hastalarının inkontinans durumlarını değerlendirmeli, yönetimi için girişimlerini planlamalı ve etkili rehabilitasyon yaklaşımını oluşturulmalıdır (Booth ve ark. 2009).

2.5.1. Hemşirelerin Evde Üriner İnkontinansı Değerlendirmesi

İnme sonrası hasta sorunlarının tanımlanması, soruna yönelik çözüm bulunması, uygulanması ve değerlendirilmesi hemşirenin sorumluluğundadır (Topçu ve Oğuz 2017). Bu nedenle hemşirelerin inme sonrası üriner inkontinans sorununa yönelik değerlendirme yapması ve diğer disiplinlerle işbirliği yaparak bakım vermesi gerekmektedir (Cimete 2008). Hemşirelik girişimlerinin yapılabilmesi için üriner inkontinansın şiddeti ve tipinin belirlenmesine yönelik dikkatli bir değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (Mehdi ve ark. 2013). Uluslararası Kontinans topluluğu, Üİ'nin değerlendirilmesinde kullanılacak parametreleri hastanın gözlemlenmesi (anamnez/semptomlar), semptomların şiddetinin belirlenmesi (işeme günlüğü ya da ped testi), doktorun gözlemleri (anatomik ya da fonksiyonel), yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sosyoekonomik değerlendirme olarak önermektedir (Karan 2016; Moore 2011).

Üİ'nin değerlendirilmesinde hemşireler tarafından aşağıdaki yöntemler kullanılabılır (Mehdi ve ark. 2013);

Hasta hikayesinin/anamnezinin alınması; Üriner inkontinansın değerlendirilmesindeki ilk basamak hastanın dikkatli bir şekilde hikayesinin alınmasıdır. Hemşire Üİ'ın ciddiyetini, zamanını ve tipini, eşlik edebilecek diğer üriner semptomları belirlemek amacıyla hastalardan detaylı anamnez almalıdır (Karan, 2016). Hastanın mesane alışkanlıklarının öğrenilebilmesi için; idrar sıklığı, idrara sıkışması, öksürürken, hapşırırken, gülerken, eğilirken ya da bir şey kaldırırken idrar kaçırma durumu, idrar çıkışını başlatabilme ve sürdürebilme, işemeden sonra mesaneyi dolu hissetme, idrarı tamamen çıkarabilmek için kendini kasma gibi durumların, idrar yolu enfeksiyonları ve katerizasyon gibi uygulamalarının olup olmadığı sorgulanmalıdır. Ayrıca, gece işeme alışkanlıkları, uyku ve dinlenme durumları, genel aktiviteleri, egzersiz, mesane iritanları olan baharatlı yiyeceklerin, kafein ve alkol tüketimi sigara içme, disüri ve idrar yaparken ağrının varlığı öğrenilmesi önemli bakış açısı sağlayacaktır (Thom 2004; Keilman 2005; Abrams ve ark. 2010; Lucas ve ark. 2015). Hastanın tıbbi ve cerrahi geçmişini (özellikle abdomen ve pelvik bölge cerrahisi) ve daha önceden var olan komorbid durumları, duysal ya da hareket problemlerini ve bilişsel bozukluklarını, fonksiyonel durum, kilo, yeme alışkanlıkları ya da sıvı alımındaki değişiklikleri öğrenilmelidir (Keilman 2005). Özellikle mesane fonksiyonlarında etkili olan diüretik, merkezi sinir sistemini baskılayıcı, kolinerjikler ve alfa antagonisti gibi ilaçların üriner inkontinans üzerinde önemli etkisi olduğu için mutlaka hastanın kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Fonksiyonel inkontinansın ortaya çıkmasına neden olan hareket, el becerisi ve görme yeteneği gibi fiziksel engellerin olup olmadığı belirlenmelidir (Abrams ve ark. 2010).

Hasta sorgulama formları; Hemşireler, anamnez sırasında hastalardan Üİ'ın değerlendirilmesi için düzenlemiş olan semptom sorgulama formları, işeme günlüğü ve yaşam kalitesi sorgulama formlarını doldurmaları isteyebilirler. Bu formlar semptom skorları, semptom sorgulaması, hasta bildirimli sonuç ölçekleri ya da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçekleri olup hastaların yakınmalarının objektif olarak belirlenmesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin standardizasyonunda kullanılmaktadır. Avrupa Üroloji Birliği standart değerlendirme için geçerli ve uygun bir sorulama formunun kullanılmasını önermektedir (öneri düzeyi B). Kliniklerde İnkontinans Etki Soru Formu (IIQ-7), Kings Sağlık Anketi, ICIQ-SF ya da Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6) gibi spesifik anketler kullanılmaktadır. Bu anketlerin yapılacak hemşirelik girişiminin belirlenmesi, girişim sonrasında semptomların değerlendirilmesi ve yapılan çalışmaların sonuçlarının karşılaştırılabilmesinde önemli faydaları vardır (Karan, 2016).

Fiziksel İnceleme; Hemşireler, Üİ'lı hastaların fizik muayenesinde abdominal muayene, rektum ya da vajinanın digital muayenesi, perianal muayeneyi yapabilirler. Digital muayene ile PTK kontraksiyonu ve erkek hastalarda prostat değerlendirilebilir. Rektal muayene, sfinkter tonüsünü ve fekal birikimi anlamak için yapılır. Nörolojik muayenede anal sfinkter tonüsü, istemli anal kontraksiyon ve perine duyusuna bakılmaktadır (Karan, 2016). Fiziksel inceleme kapsamında hemşirelerin yapılacakları uygulamalar aşağıdaki gibidir;

Abdominal inceleme, karın içi basınca ve inkontinansa neden olabilecek fiziksel sorunların belirlenmesinde önemlidir. Ekstremiteler eklem hareketleri ve fonksiyonları (fonksiyonel inkontinans için) ve periferik ödem (aşırı idrar volümünü gösterebilir) açısından incelenmelidir (Thom 2004).

Pelvik inceleme, erkeklerde, prostat muayenesi yapılarak çıkışta tıkanıklığa neden olabilecek prostat genişlemesinin olup olmadığı ve kadınlarda dış jinekolojik inceleme ile pelvik kaslarının gerginliği, kitle oluşumu, prolapsuslar (Thom 2004) ve inkontinansın neden olduğu atropik vajinit ya da diğer vulvar irritasyon belirtileri değerlendirilmelidir (Khandelwal ve Kistler 2013)

Rektal inceleme, fekal impaksiyon inkontinansın geri döndürülebilir önemli nedenlerinden biridir (Thom 2004). Çünkü fekal impaksiyon üretra üzerine basınç uygular, mesanenin boşaltımını bozar ve retansiyona neden olarak taşma inkontinansın ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle fekal impaksiyonu değerlendirmek önemlidir (Khandelwal ve Kistler 2013).

Nörolojik inceleme, sakral nörolojik inceleme pelvik değerlendirmenin bir bileşenidir. Nörolojik incelemelere bilişsel ölçüm dahil edilerek alt ekstremitelerin fonksiyonu ve pelvik taban kas gücü, perineal duyu ve motor fonksiyonlar, el becerisi, güç ve denge, anal sfinkter istirahat tonusu (pelvik pleksus) ve kontraksiyon gücü (pudental sinir), S2-S4 muayenesi; anal sfinkter gerginliği ve bulbokavernöz refleksler test edilir (Thom 2004; Keilman 2005; Sunay 2009).

İnkontinansı olan hastanın anamnez ve fizik muayenesinde hedefler; İnkontinansın ürolojik olmayan nedenlerini değerlendirmek ve dışlamak, birincil sorunun idrar depolamada ya da boşaltmada olup olmadığını tespit etmek, semptomları değerlendirerek inkontinans tipini ve olası etiyolojileri saptamak, epizotların tipini ve hastanın işlevsel yeteneği ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini tespit etmektir (Sunay 2009).

İşeme günlüğü; Alt üriner sistem disfonksiyonlarının değerlendirilmesi, yönetilmesi ve üriner inkontinans epizotlarının belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan yarı objektif bir metoddur (Lucas ve ark. 2015). Hastanın bir işeme günlüğü tutması üriner inkontinans meydana geldiği zamanın, durumun ve tipinin belirlenmesine yararlı bilgi sağlayacaktır. Ayrıca, işeme günlüğünün tedaviden önce ve sonrasında inkontinansın şiddetinin karşılaştırılması ve yönetimindeki etkililiğin değerlendirilmesinde önemli bir yeri vardır (Khandelwal ve Kistler 2013). Avrupa Üroloji Birliği tarafından 3-7 günlük işeme günlükleri, gündüz/gece idrar yapma sıklığı ve işeme hacminin belirlenmesinde güvenilir olarak kabul edilmektedir (kanıt düzeyi B). Hemşirelerin işeme günlüğünü hastaya verirken nasıl doldurulacağı mutlaka açıkça anlatılmaları gerekmektedir. Hasta işeme günlüğü ile 24 saatlik periyotlarda aldığı sıvının miktarı ve cinsini, işeme hacmini, gün boyu/gece işeme sıklığını, inkontinans sıklığını, sıkışma hissi ya da idrar kaçırdığı andaki aktivitesi gibi bilgiler elde edilebilir (Karan, 2016).

Üroanaliz; hemşireler evde bakımda idrar stripleri ile üroanaliz yapabilir. Üİ'lı hem kadın hem de erkeklerde idrar yolu enfeksiyonu için orta akım idrar analizinin başlangıçta yapılması önerilmektedir. İnkontinansı olan tüm hastalarda Dipstick ile yapılan basit idrar tetkiki ile muhtemel üriner sistem enfeksiyonlarının, hematüri, piyüri, glikozüri ve proteinüri testi yapılabilir (Thom 2004; Keilman 2005; Lucas ve ark. 2015; Karan 2016).

Ped Testi; Kaçırılan idrar miktarını objektif olarak değerlendirme olanağı sağlayan duyarlı, ucuz ve kolay bir testtir. Üİ'nin belirlenmesi, ciddiyetinin derecelendirilmesi ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılır. Araştırmalarda en yaygın kullanılan objektif sonuç ölçeği ped testidir. Avrupa Üroloji Birliği tarafından, ped testi ile Üİ tanısının konulabileceği, hasta semptomları ile korele ve tekrarlanabilir olduğu (kanıt düzeyi 1b), evde yapılan 24 saatlik testte ped ağırlığında 1.3 gramın üzerinde artışın Üİ tanısı için eşik olarak kullanılabileceği (kanıt düzeyi 1b) ve tekrarlanan ped testlerinin tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği (kanıt düzeyi 1b) belirtilmiştir (Karan, 2016). Hastalara önceden ağırlığı saptanmış bir ped verilir ve 24 saat pedi takması istenir ve bu süre sonunda pedin ağırlığı tekrar tartılır (Thom 2004). Bu nedenle, hemşireler Üİ'nin değerlendirilmesinde ped testini kullanmalıdırlar.

Stres ya da öksürük testi, Bu test stres inkontinansını objektif olarak değerlendirir ve kolayca uygulanır. Test doğru bir şekilde uygulandığı zaman yüzde 90'dan fazla duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir (Keilman 2005).

Pamuk çubuk testi (Q tip test), pamuk çubuk testi stres inkontinansını tanılayıcı bir testten ziyade anatomik bir testtir ve bu test test üretrovezikal bileşke (UVB) hipermobilitésinin gösterilmesinde yaygın olarak kullanılmasına rağmen uygulanışında bir standardizasyon yoktur. Fakat en yaygın kullanılan teknik, hastanın dorsal litotomi pozisyonu sağlanarak, mesane boynuna kadar pamuklu çubuğun itilmesi ve bu sırada maksimum valsalva manevrasının yaptırılmasıdır (Thom 2004; Ergün, Armağan, Soyupek, Oksay ve Koşar 2010).

2.5.2. Üriner İnkontinans Yönetiminde Hemşirelik Girişimleri

Hastaların evlerinde erken dönemde rehabilitasyon programlarına alınması üriner inkontinans prevalansının azaltılması açısından önemlidir (Kuijk ve ark. 2001; Thomas ve ark. 2008; Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson ve Tolson 2009). Hemşireler üriner inkontinansın bakımında, hastaların tekrar kontinans haline geri gelmelerini sağlamaktır. Evde bakımda mesane kapasitesinin arttırılarak, mesane kontrolünün geri kazanmasını sağlamada davranışsal tedaviler uygulanabilir (Demirci ve Coşar 2009; Özcan ve Kapucu 2014). Davranışsal tedaviler, Sağlık Bakım Politikası ve Araştırma Klinik Uygulaması Rehberleri Ajansı ve II. Uluslararası İnkontinans Danışma Ajansı tarafından yetişkinlerdeki Üİ'nin ilk basamak tedavisi olarak önerilmektedir (Dumoulin ve ark. 2005).

Mevcut sistematik incelemelerde, üriner inkontinansı olan inme hastalarında davranışsal tedavilere odaklandığı görülmektedir (Dumoulin ve ark. 2005; Thomas ve ark. 2008). Hemşirelik uygulamalarında Üİ'nin evde yönetiminde davranışsal tedavilerin önemli bir yeri vardır (Demirci ve Coşar 2009; Özcan ve Kapucu 2014). Çünkü, davranışsal tedaviler hemşirelik uygulamaları arasında yer alan, uygulaması kolay, ucuz ve etkili, yan etkileri olmayan özellikle de yaşlı popülasyon için önemli bir yöntemdir. Fakat uygulama sürecinde hasta ve hemşire için motivasyon ve zaman yönetimi için sorumluluk gerektirmektedir (Demirci ve Coşar 2009).

Thomas ve arkadaşlarının (2008) yaptığı sistematik incelemede, inme sonrası üriner inkontinansın tedavisinde kullanılan davranışsal yönetimlerin; mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE), zamanlanmış işeme, yardımla işeme ve yeniden boşaltım alışkanlığı olduğunu belirtilmiştir (Thomas ve ark. 2008). Bu tedavilerin içinde özellikle farmakolojik tedavilere kıyasla PTKE'leri güvenli ve uygun maliyetli doğal bir yaklaşımdır. İdeal olan PTKE'lerini rejiminin kasılma yoğunluğu, kasılma süresi, dinlenme zamanı, tekrar sayısı,

günlük gerçekleştirilen set sayısı, haftalık eğitim gün sayısı ve rejimin süresi ile ilgili değişkenlerin ne olduğu belirlenmeye devam edilmektedir (Siegel 2014).

Üriner inkontinansın yönetiminde, pelvik taban kas egzersizlerinin öğretilmesi ve uygulanmanın teşvik edilmesinde multidisipliner iş birliği gerektirir. Ekibin üyelerinden olan hemşirelerin bu alanda danışman, eğitimci, araştırmacı, uygulayıcı ve koordinatör rolleriyle önemli bir yere sahiptir (Cangöl ve ark. 2013).

Hemşireler, pelvik taban kas egzersizlerinin etkili olabilmesi için hastaların doğru kasları kasma becerisinin kazanmasında ve belirlenmiş olan egzersiz programına uymasını sağlaması gerekmektedir. Egzersizlerin doğru şekilde yapılabilmesi için perineum, anüs ve perineal kasların kasılma için etrafında sıkıştırılması ve içe doğru (kranial) kaldırılarak pelvik taban kasları kasılmalıdır. Hemşireler PTK kontraksiyonlarının sağlanmasında; hasta litotomi pozisyonunda olacak şekilde bacakları hafif ayrık, uyluk ve dizleri desteklenmiş şekilde yatar pozisyonunda iken tek başına ya da digital palpasyon, perineometre, biofeedback, elektrik stimülasyonu, vajinal kon gibi yöntemlerin yardımıyla gerçekleştirilebilir. PTK'larını kasma işleminde hasta sırtüstü/litotomi pozisyonunda, kalça ve uyluk kaslarını gevşek bırakarak digital palpasyonda kasılmanın parmak etrafında hissedilmesi; idrar yaparken pelvik taban kasları kasılarak orta akım idrar akışı durdurulması (sürekli yapılması önerilmez, öğrenme aşamasında uygulanır) ya da gaz çıkışını durdurmak için pelvik taban kasları kasma ya da vajinada olan bir tamponun düşeceği farz edilerek de bu kasları kasma öğretilir (Karan 2016). Ayrıca hemşireler hastaların egzersizlere başlamadan önce mesanenin boşaltılması, karnın aşağı doğru zorlanmaması, ıkınılması, normal nefes almaya devam edilmesi, farklı pozisyonlarda da (otururken, sırtüstü ya da yüzüstü yatarken, diz çökmüş, ayakta vb.) egzersiz yapılması konusunda bilgilendirme yapmalıdır (Cangöl ve ark. 2013).

Hemşireler ya da diğer sağlık profesyonelleri tarafından PTKE'lerinin uygulandığı çalışmalar incelendiğinde; hastalara Pelvik taban kasları ve fonksiyonlarını, üriner inkontinans ve PTKE'lerini nasıl uygulanacağı hakkında sözlü ve yazılı olarak bire bir uygulamalı eğitim yaptıkları görülmektedir (Liao, Dougherty, Liou ve Tseng 2006; Fan, 2013; Pal 2014; Hassan Hussein ve ark. 2015; Shin ve ark. 2016). PTKE'lerinin uygulanma şekli çalışmalarda değişiklik göstermekle birlikte; doğru kasları bulmak için hastaların pelvik tabanın altına yerleştirilen yumuşak jimnastik topuna oturması (Shin ve ark. 2016), eğitim sonrasında egzersizleri anlatan ev eğitsel materyalleri ve egzersiz günlüğü verdikleri (Hassan Hussein ve ark. 2015), PTK'ların kasılması ve gevşemesinin on saniyelik setlerden oluştuğu, günde üç set

yapıldığı (Keşanlı Elüstü 2013; Fan 2013) ve üç ay boyunca yapıldığı (Orhan ve ark. 2016; Fan 2013; Keşanlı Elüstü 2013; Kashanian ve ark. 2011; Tibaek ve ark. 2005), hastanın yeteneklerine göre sırtüstü, oturma, ayakta veya yarı çömelme gibi pozisyonlarda da uygulandığı (Sacomori, Berghmans, Mesters, de Bie ve Cardoso 2015) günlük yapılan egzersizin kademeli olarak tekrar sayısının arttırıldığı (Kulaksızoğlu, Akand, Çakmakçı, Gül ve Seçkin 2015; Pal 2014; Liao ve ark. 2006), egzersizlerin denetimi ve takibinin haftalık telefonla görüşmeleri, egzersiz çizelgesi ve aylık toplantılarla yaptıkları (Hassan Hussein ve ark. 2015; Pal 2014) görülmüştür.

2.6. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinansa Etkisi

Pelvik taban kasları derinlerde levator ani kası, pubokoksigeus, iliokoksigeus ve puborektalis kaslarından oluşur (Siegel 2014). Çizgili pelvik taban kasları simfiziden koksigeusa kadar uzanan pelvis kemiğinin iç kısmını sarar. Genellikle en kraniyal olarak levator ani (puboüretal/ pubovajinal/ puborektal/ pubokoksiza), en kaudal olarak çizgili üretal ve anal sfinkter ve ürogenital diyafram arasındaki üç kas tabakası pelvik tabandaki kas kompleksine dahil edilir (Broström ve Lose 2008). Bu kaslar üriner ve barsakta kontinansının sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (Siegel 2014).

Pelvik taban kas egzersizleri (PTKE), bir sağlık bakım uzmanı tarafından öğretilen ve gönüllü olarak tekrarlı bir şekilde pelvik taban kaslarının kasılması olarak tanımlanmaktadır (Siegel 2014). PTKE, davranışsal tedavi yöntemlerinin en önemli komponentlerden biridir. PTKE'leri modern tıpa ilk kez Margaret Morris'in 1936'da yayınladığı bir makale ile girmiştir. Morris, üriner ve fekal inkontinansı önleme ve tedavi seçeneğini pelvik taban kaslarının egzersiz ile kasılması ve gevşemesi olarak tanımlamış ancak PTKE'leri 1948 yılına kadar yaygın olarak kullanılmamıştır. Kegel'in bu yıllarda üriner inkontinansı olan hastalarda bu egzersizleri uygulaması sonucunda başarılı sonuçlar alması ile bu girişim yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Price ve ark. 2010). Kegel otopedi, nöromüsküler, plastik cerrahi ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon alanlarında iyi belirlenmiş bir grup pelvik taban kasının fonksiyonel olarak iyileştirilmesi ilkesini benimsemiştir. PTKE hem kadın hem erkekler için genital-üriner sağlık açısından büyük öneme sahiptir (Siegel 2014).

PTKE'leri Üİ'n tüm tiplerinde kanıt A düzeyinde birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. Bu egzersizler, üretal kapanma basıncını ve direncini, pelvik taban ve anal

sfinkter kas gücünün artırılmasında oldukça etkilidir bu nedenle inkontinansın önlenmesi ve birinci basamak tedavisinde düşünülmesi gereken bir seçenektir (Cangöl, Aslan ve Yalçın 2013).

Hastaların pelvik taban kaslarını tanımlaması ve ayırt etmesi zor olduğu için hemşireler tarafından egzersizleri uygulamaya başlamadan önce pelvik kas yapısı ve doğru uygulama tekniğinin hastaya öğretilmesi gerekmektedir. PTKE'leri genellikle hasta supin pozisyondayken öğretilir. Egzersizde, yavaş kasılan kaslar pelvik taban kontraksiyonun en fazla 10 saniye ve diğer kontraksiyon başlamadan önce en az 20 saniyelik dinlenme periyodu olacak şekilde eğitilmelidir (Chaves 2015). PTKE'lerinin en az 6-8 hafta uygulanması gerekmektedir (Kulaksızoğlu ve ark. 2015). Egzersizler değişik pozisyonlarda (otururken, ayakta ve yatarken) günde 2-3 kere minimum 30-45 kez yapılması önerilmektedir. Literatürde PTKE için çeşitli tedavi protokolleri vardır ve fakat ideal süre için fikir birliği bulunmamaktadır (Kulaksızoğlu ve ark. 2015). Egzersizin değişik pozisyonlarda yapılması mesane boynu ve üretranın abdominal kavitede stabilizasyonunu sağlar. Egzersizlerinin fizyolojik etkileri iki hafta sonra ortaya çıkmaya başlar ve sekiz haftada inkontinans sıklığında azalma olur. Etkili sonuçlar için egzersiz 8-12 hafta uygulanmalıdır (Özcan ve Kapucu 2014). Pelvik taban kaslarının kasılması görsel muayene, perineometre, dinamometre, elektromiyografi, digital palpasyon, vaginal kon, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilebilmektedir. Görsel muayene yoluyla vaginal introitusun daralan kısmı, anüs çizgisi, arka vaginal duvar nitelikli olarak değerlendirilebilir (Cangöl ve ark. 2013).

PTKE, lokal iskelet kası hipertrofisine, kas gruplarının kortikal farkındalığına, kaslardaki bağ dokusunun güçlenmesine ve aktif motor nöronlarının daha etkili alınmasına yol açar (Kulaksızoğlu ve ark. 2015). PTKE düzenli olarak yapılırsa pelvik taban kaslarına kan akışı sağlanması ve oksijen saturasyonunda artış meydana gelmesi pelvik organlarının güçlenmesini destekler ve kas gücünü artırarak üriner inkontinansın önlenmesi ya da iyileşmesine yardımcı olur. Bu egzersizlerin bilinen herhangi bir yan etkisi, cerrahi ya da ilaçlı tedaviye göre de maliyetli yoktur (Dumoulin ve ark. 2005; Price ve ark. 2010; Fattah 2012; Cangöl ve ark. 2013). Üriner inkontinans tedavisindeki pelvik taban kas egzersizleri için başarı oranı %70 olarak bildirilmiştir (Quartly ve ark. 2010). Dumoulin ve Hay-Smith'in cochrane veri tabanı incelemesinde (2010), stres, urge ya da mikst tip üriner inkontinansa sahip hastalar için konservatif yönetim programları içinde ilk olarak PTKE'ni önermişlerdir (Dumoulin ve Hay-Smith 2010). Bu egzersizler stres üriner inkontinans (SÜİ), aşırı aktif mesane (AAM), post

voidal damlama (PVD), erektil disfonksiyon, boşalma disfonksiyonu ve pelvik taban basıncı miyaljisi gibi birçok spesifik durumda kullanılabilmektedir (Siegel 2014).

2.6.1. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Stres Üriner İnkontinansına Etkisi

SÜİ'nin mesane boynu ve idrar yollarını destekleyen nöromusküler ve bağ dokularının yapısal hasarlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. SÜİ hapşırma, öksürme, eğilme, kaldırma ve pozisyon değişikliği gibi faaliyetlerle olabilir (Broström ve Lose 2008). SÜİ'yi iyileştirilmesinde pelvik taban kas egzersizlerinin mantığı; egzersiz levator platoyu pelvis içinde daha yüksek kalıcı bir yere kaldırarak ve pelvik taban kasları ve onun konnektif dokusunun hacimce artması ve güçlenmesi ile pelvisin yapısal desteğini arttırmasıdır (Kaya 2013). Kontinans durumunda, kaldıraç gücü açısından iç sfinkter mekanizması mesane boynuna yerleşmişken, dış sfinkter mekanizması iç sfinkterin akış yönünün aşağısındadır ve bunlar mekanik avantaja sahip değildir. İç sfinkter mekanizması hasar gördüğünde mesane boynu elastikiyet ve yumuşaklığını kaybeder. Bu durumda, kontinans yardımcı dış sfinkter mekanizmasına bağımlı hale gelir. Fakat, dış sfinkter mekanizması iç sfinkter mekanizması gibi sürekli kasılma için özelliği yoktur. Bu kasta bazal toniklik olmasına rağmen isteğe bağlı olarak kısmen kısa süreli yoğun kontraksiyon yapabilir. Koruyucu refleksle, idrar hacmi arttıkça depolama sırasında dış sfinkter mekanizmasının kasılması da arttar. Öksürük refleksi, öksürük ile ortaya çıkan karın içindeki basıncı aniden artması durumunda kontinansın korunmasına yardımcı olmak için dış sfinkter mekanizmasının kasılmasıdır. Dış sfinkter mekanizması, levator ani kasının destek olduğu istemli çizgili bir kas olduğu için PTKE bu kasın tonunu, kuvvetini, gücünü ve dayanıklılığını arttırma potansiyeli vardır. Bu kas kompleksi eğitildiğinde, koruma ve öksürme refleksinde kontinansın korunması için daha sağlam hale gelecektir (Siegel 2014). SÜİ'nin iyileştirilmesinde PTKE'nin, hızlı ve güçlü bir pelvik taban kas kontraksiyonunun egzersiz öncesi ve sırasında intra-üretral basıncın dinamiğini arttırma yeteneği, üretrayı hareketsiz hale getirmek, simfizisin arkasına karşı üretrayı bastırarak mesane çıkışını kapatmak gibi etki mekanizmaları vardır. Ayrıca, nöromusküler sistemin güçlendirilmesi ve düzenlenmesi pelvik taban kaslarının dinlenme tonusunun arttırmaya ve hem istemli hem de istemsiz motor refleksleri kolaylaştırmaya yarayabilir (Broström ve Lose 2008).

2.6.2. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Urge Üriner İnkontinansına Etkisi

Detrüsör aşırı aktivitesi olan urge üriner inkontinansı (UÜİ) inme, parkinson hastalığı,

multipl skleroz ya da omurilik hasarı gibi nörolojik hastalıklarda yaygın bir bulgudur (Broström ve Lose 2008). Acil idrar yapma hissi ve urge inkontinansı ile başa çıkmada PTK tonunu, gücünü ve dayanılığının artırılması en etkili yöntemlerden biridir. PTKE'leri, maksimum üretral kapanma basıncını değiştirmeden detrüsör kontraksiyonlarının yoğunluğunu azaltır, bu nedenle urge üriner inkontinanslı bilişsel bozukluğu olmayan kişiler için birinci basamak tedavidir (Pal 2014). Amerikan Üroloji Birliği, aşırı aktif mesane için klinisyenlerin tüm hastalara ilk basamak tedavisi olarak sıvı yönetimi, mesane eğitimi, mesane kontrol stratejileri ve pelvik taban kas eğitimini içeren davranış terapilerini sunmalarını gerektiğini önermektedir (Siegel 2014). Aşırı aktif mesane (AAM) patogenezi üzerine PTKE'nin etkisi tam olarak açıklanmamasına rağmen PTK'ları ve mesane etkileşimi arasındaki ilişkiye yönelik anatomik bilgiler bulunmaktadır. PTK'ları ve mesane, lombosakral korda ve periakvaduktal gri maddeye (PGM) afferent bilgi iletir. Pontin işeme merkezi (PİM), PGM'den uyarıcı bilgiyi alır. PİM'nde, birbiri üzerinde karşılıklı inhibisyon etkileri olan medial (M) ve lateral (L) iki bölge vardır. M bölgesi, üretral sfinktere ve mesaneye çıkıntıları olan sinerjik miksiyonun bölgesidir. L bölgesi, Onuf çekirdeğinin üzerine doğrudan çıkar ve PTK'larının ve üretra ve anüsün çizgili sfinkterlerinin kontraksiyonlarını başlatmaktadır. Normalde, PTK ve mesane PGM'nin kontrolü altındaki PİM düzeyinde koordine edilir. PTK'larının mesane üzerindeki kontraksiyonlarının etkisi detrüsör kontraksiyonunun inhibisyonudur. Bu refleks mekanizması sakrum kökenli olabilir, ancak PİM'nin bu mekanizma içindeki rolü M bölgesi üzerindeki L bölgesinin inhibisyonu olarak tanımlanmıştır. AAM'nin konservatif tedavisinde PTKE'yi kullanıldığında benzer bir etki gözlemlenebilir (Kulaksızoğlu ve ark. 2015). İstemsiz mesane kontraksiyonu tanımlayan hastaların PTKE'ni uygulamasıyla istemsiz mesane kontraksiyonlarını inhibe etmesi sağlanabilir. Bu nedenle, PTK kontraksiyonları acil sıkışma hissi ve urge inkontinansın inhibe edilmesinde önemli bir rol oynar. PTKE, pelvik taban kasları ve detrüsör arasındaki inhibitör refleksleri uyarmaya yardımcı olur ve PTK'nın ritmik titremesi, istemsiz kontrüksiyon başlamadan önce ve başladıktan sonra da kasılmayı önleyebilir. UÜİ'li hastaları tedavi etmek için PTKE'nin detrüsör kontraksiyonlarının refleks inhibisyonunun düzenlenmesinin yanı sıra mesane çıkış kuvvetlerini arttırmaktadır (Broström ve Lose 2008). Acil idrar yapma hissi algılandığında PTK'larının üç-beş defa hızlıca sıkılması urge inkontinansı için kullanılan bir tekniktir (Siegel 2014). Bu bilgilere dayanarak pelvik taban kas egzersizlerinin urge inkontinansı iyileştirme mekanizmasına yönelik iki ana hipotez: acil sıkışma hissi sırasında pelvik taban kaslarının kontraksiyonu ve bu his bitinceye kadar

kontraksiyonun devam ettirilmesi, pelvik taban kas egzersizleriyle kas morfolojisinde nörojenik aktiviteyi stabilize edebilecek uzun dönem değişimler olabilir (Kaya 2013)

2.6.3. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Mikst Üriner İnkontinansına Etkisi

Hastaların çoğunda hem stres hem de urge üriner inkontinansın semptom ve işaretleri vardır ve bu her iki inkontinansın bir arada görülmesi mikst üriner inkontinans olarak adlandırılmaktadır. Bu inkontinansın, patofizyolojik mekanizmaları stres ve urge inkontinansın mekanizmalarının bir bileşimidir. Mikst üriner inkontinanstaki pelvik taban kas egzersizlerinin etkisi stres ve urge üriner inkontinanstaki belirtilen etki temellerinin kombinasyonundan oluşmaktadır (Kaya 2013).

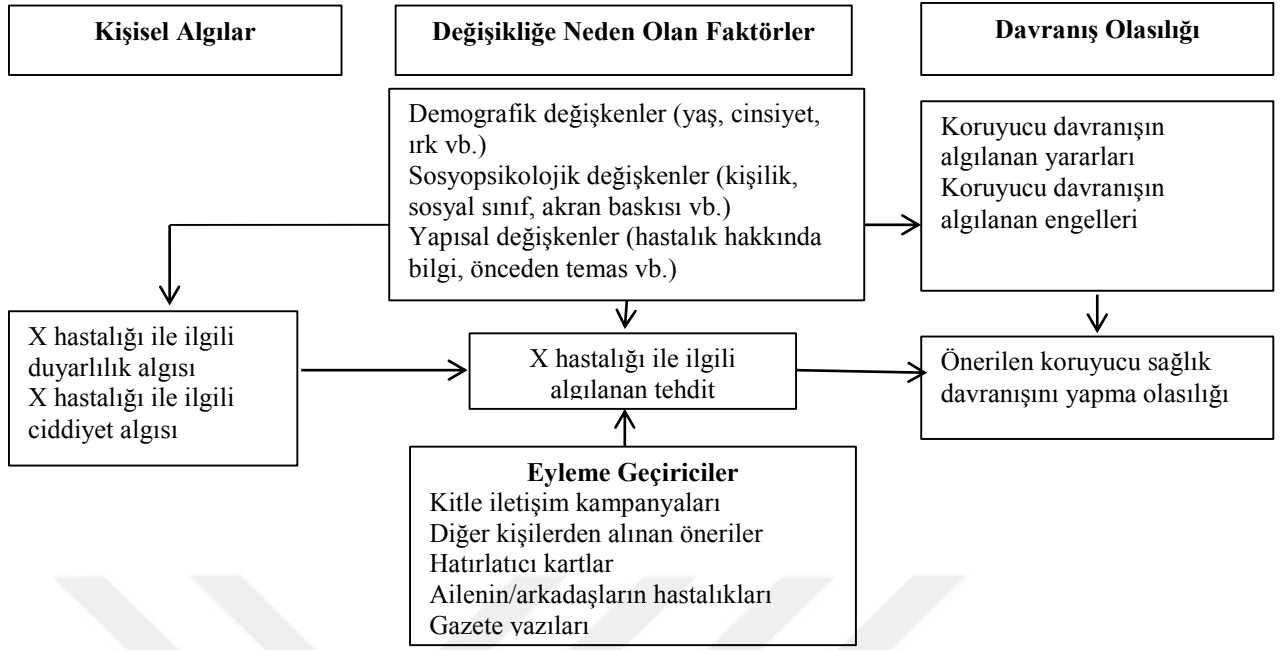
2.7. Sağlık İnanç Modeli

Hemşireler için sağlık davranışlarına yönelik tutumların araştırılması önemlidir. Tutumların tanımlanması ile sağlık davranışlarında değişiklik oluşturabilecek hemşirelik girişimleri planlanabilir ve hedeflenen davranışlar eyleme geçirilebilir (Champion ve Skinner 2008). Etkili girişimler yapmak ve bu girişimlerdeki başarının ölçülebilmesi için hemşirelerin bireylerin sağlık davranışlarındaki rolünü anlamaları gerekmektedir. 1940 ve 1950’li yıllarda, araştırmacılar bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını ve sağlık davranışlarını belirleyen faktörlerin neler olduğunu öğrenmeye başlamıştır (Glanz, Rimer ve Viswanath 2008). Sağlık davranışının anlaşılmasında davranışsal ve sosyal bilim teorileri bir temel oluşturmaktadır. Bu bilişsel-davranışsal teorilerden biri olan SİM çeşitli sağlık alanlarında yaygın olarak benimsenmiş ve uygulanmaktadır. Sosyal psikolog olan Rosenstock, Hochbaum, Leventhal ve Kegeles tarafından 1950’li yıllarda tüberküloz tarama oranlarını incelemek için geliştirilen SİM, bireylerin sağlıkla ilgili davranışları açıklayan ilk teoridir (Gristwood 2011). SİM, sağlık davranış araştırmalarında hem sağlıkla ilgili davranışların değişimini ve yönetimini açıklamak hem de sağlık davranış girişimlerine yol gösterici bir çerçeve olarak en yaygın kullanılan bir teoridir. İlk başlarda bireylerin hastalığın önlenmesi ve tanınmasına yönelik programlara katılmalarındaki başarısızlıkların açıklanmasıyla başlasa da daha sonra model, tanı konmuş bir hastalık ve semptomlarına verilen yanıtları ve özellikle de tıbbi rejimlere uyumlarını incelemek üzere genişletilmiştir (Champion ve Skinner 2008). Model zamanla, yetişkin kadınlarda meme kanseri taraması, ergenlerde cinsel sağlık davranışları dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık sorunlarına yönelik uygulanmıştır (Gristwood 2011). SİM, bir sorunun dikkate alınması için son derece önemli olduğu inancı, bir sorundan dolayı hassasiyet algılanması, alınan önlemlerin

sorunun sonuçlarına göre daha fazla yarar sağlayacağı algısı olmak üzere üç temel varsayıma dayanmaktadır (Esparza-Del Villar ve ark. 2017). Modelde ilk olarak algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olarak dört kavram tanımlanmış olup 1977 yılında Bandura tarafından özetkililik, 1988 yılında da Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından sağlık motivasyonu algıları olmak üzere iki yeni kavram modele eklenmiştir (Champion 1984; Glanz ve ark. 2008). Modelin çeşitli sağlıkla ilgili davranışları açıklama ve öngörme yeteneği çeşitli alanlarda ve geniş popülasyonlarda doğrulanmış (Janz ve Becker, 1984; Glanz ve ark. 2008) aynı zamanda birçok başarılı sağlık girişimlerinin tasarlanmasında kullanılmıştır (Orji, Vassileva ve Mandryk 2012). SİM, esas olarak bir hastalıktan korunma ya da kişi açısından sağlıklı olmanın değeri ve belirli bir davranışın uygulanmasıyla hastalığın önlemesi ya da iyileşmesinin gerçekleşeceği beklentisi üzerine kurulmuştur (Orji ve ark. 2012).

2.7.1. Sağlık İnanç Modelinin Bileşenleri

SİM’de, insanların sağlıkla ilişkili davranışlara katılma kararlarının altı değişkenle belirlendiğini varsaymaktadır: (1) algılanan duyarlılık, belirli bir hastalık ya da durumun edinilme olasılığının subjektif değerlendirilmesi, (2) algılanan ciddiyet, bir hastalığın sağlık üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, (3) algılanan yararlar, sağlığı geliştirici davranışa katılmanın olumlu yararlarının değerlendirilmesi, (4) algılanan engeller, sağlığı geliştirici davranışa katılmanın zorluğu ve maliyeti üzerine inançlar, (5) eyleme geçiriciler, dışsal (örneğin kitlesel iletişim, sağlık bakım çalışanlarının ve diğerlerinin tavsiyesi gibi) ve içsel (fiziksel rahatsızlık algılanması ve hastalık belirtilerinin ortaya çıkması gibi) olabilir, (6) özetkililik, kişilerin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma yeteneklerine olan inançlarıdır (Rosenstock, Strecher ve Becker 1988; Orji ve ark. 2012). SİM’in tanımladığı bu değişkenler kısa ya da uzun vadede sağlık davranış girişimlerini tasarlamak için yararlı bir çerçeve oluşturmaktadır. SİM esas olarak sağlık belirleyicilerine odaklanmaktadır, bu nedenle sağlık üzerindeki olumsuz davranışların belirlenmesi için en uygun modeldir (Glanz ve ark. 2008; Huang, Kuo, Wang, Wang ve Tsai 2016). SİM bileşenleri Şekil 1’de gösterilmiştir. Modeldeki bileşenler arasındaki oklar aralarındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Değişikliğe neden olan faktörler, sağlık algılarını etkileyebilecek bilgi ve sosyodemografik faktörlerdir. Sağlık inançları, SİM’in başlıca kavramları olan duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve öz etkililik içermektedir. Değişikliğe neden olan faktörler, bu algıları etkilediği gibi eyleme geçiricileri de etkiler. İnançların birleşimi davranışa neden olur. Algılanan duyarlılık ve ciddiyet, algılanan tehdidi tanımlamak için birleştirilmiştir (Champion ve Skinner 2008).



Janz K, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly, 1984, 11(1): 1-47. (Kaynağından yararlanılmıştır).

Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Bağlantıları

2.7.1.1. Duyarlılık Algısı

Duyarlılık algısı, bir kişinin sağlık durumunun geliştirilmesi için kişisel hassasiyetinin olmasıdır. Yani, belli bir davranış sonucunda hasta duruma gelme ihtimaline ilişkin kişisel düşüncesidir. Kişilerin belirli bir hastalığa karşı savunmasız olduklarını inandıklarında sağlıklı davranmaya daha motive olacaklardır. Kişilerin, kötü sağlık durumuna ya da hastalığa duyarlılık algılamaları çok çeşitlilik göstermektedir. Genellikle, algılanan risk ne kadar fazlaysa, bir bireyin olumsuz davranışları azaltarak riski azaltma olasılığı da o kadar fazladır (Janz ve Becker 1984; Rosenstock ve ark. 1988; Champion ve Skinner 2008; Orji ve ark. 2012)

2.7.1.2. Ciddiyet Algısı

Ciddiyet algısı, bir hastalık hakkında bilgi edindikten sonra önemi ve sonrasındaki tıbbi sonuçları ile ilgili inançlarıdır (Gristwood 2011). SİM, bireyin bir davranışı uygulaması için olumsuz sağlık sonuçlarının azaltacağı düşüncesine inanması gerektiğini belirtmektedir. Bireyin sağlık durumunun gelişeceğine yönelik inancının ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Bir hastalığa yakalanma ya da tedavi edilmemesinin hem tıbbi hem klinik (örneğin, ölüm, engellilik ve ağrı) hem de sosyal sonuçları (iş koşulları, aile yaşamı ve sosyal

ilişkiler) üzerindeki zararların boyutuna ilişkin kişisel inancını ortaya çıkarmaktadır. Eğer bir sağlık sorunu kişinin yaşamı üzerinde büyük bir etkiye sahip değilse bunu önlemek ya da iyileştirmek için motive edilemeyecektir (Champion ve Skinner 2008; Gristwood 2011).

Algılanan tehdit için SİM, eğer kişi hastalık ya da sağlık durumundan kaynaklanan bir tehdit algılsa davranış göstereceğini ileri sürmektedir. Tehdit algılanması, kişinin hastalığına karşı duyarlılığı ve hastalığın sonuçlarına yönelik algılanan ciddiyet olmak üzere iki inanca dayanmaktadır (Champion ve Skinner 2008; Orji ve ark. 2012). Algılanan duyarlılık ve ciddiyet tamamen öznedir. İnsanların bazıları için belirli bir sağlık sorununu hayatı tehdit edici olarak görür ve önleyici faaliyetleri uygularken diğerleri kendini bağışık ya da önlem almaya gerek görmemektedir (Rosenstock ve ark. 1988).

2.7.1.3. Yarar Algısı

Yarar algısı, bireye önerilen davranışı benimsemesi ve sürdürmesinin potansiyel hastalık ya da hastalığın şiddetini azaltabileceğine olan inancıdır (Gristwood 2011). Algılanan tehdiye karşı sağlık davranışının oluşturulmasının yararı ya da değerine ilişkin kişisel görüşü ifade etmektedir. Yarar algısının altında, sağlığı geliştirici davranışın hastalığı önleyeceği ya da iyileştireceği inancıyla harekete geçme motivasyonunun oluşacağı bulunmaktadır. Kişinin hedeflenen davranışın büyük yarar sağlayacağını düşünmesi istenmektedir. Bu nedenle, hedef davranışın olumsuz sağlık durumlarını önleyici ya da iyileştirici özelliği olmalıdır. Bireye davranış değişikliğinin yaşam kalitesini artırıcı etkilerinin olduğu öğretilmeli ve böylece sağlık uygulamalarının yararlarına yönelik bilinç oluşturulmalıdır (Champion ve Skinner 2008).

2.7.1.4. Engel Algısı

Algılanan engel, bireyin sağlığı geliştirici davranışı uygulamasına ilişkin zorluk ya da engelleri kişisel olarak değerlendirmesini ifade etmektedir. Eğer kişi, uygulayacağı davranışa yönelik algıladığı engeller yararından fazlaysa davranışın etkinliği hakkındaki inancına rağmen uygulamaya geçiremez. Engeller genellikle sağlığı geliştirici önlemlerin özellikleri ile ilgilidir ve davranışın benimsenmemesine neden olabilir. İnsanlar, yeni sağlıklı davranışın benimsenmesi için bunun faydalarının eski davranışın sonuçlarına göre daha iyi olduğuna inanmak zorundadır (Champion ve Skinner 2008). Algılanan engeller, bilgi eksikliği, yanlış bilgilendirme, mesafe, para, zaman ve fiziksel yetersizlik olabilir (Rosenstock ve ark. 1988).

2.7.1.5. Sağlık Motivasyonu Algısı

Sağlık motivasyonu (davranışa teşvik) de modelin bir bileşenidir (Rosenstock ve ark. 1988). Modele 1988’li yıllarda eklenmiş olup istenen sağlık davranışını uygulamada etkili oldukları belirtilmektedir. Yani, sağlık motivasyonu, beklenen eylemin davranışa geçirilmesinde istekli olma durumu olarak açıklanmaktadır (Nahcivan ve Seçginli 2003). SİM’e göre, insanların sağlık konusundaki tavsiyeleri yerine getirmemeleri ya da sağlıkla ilgili fazla motivasyon göstermemeleri nedeniyle sağlık davranışlarını uygulamaya geçirmemektedir. Çünkü, insanlar sağlığa zararlı bir duruma neden olabileceğine, sekel bırakabileceğine, ortaya çıkan sorunun hayatlarını ciddi şekilde etkileyeceğini, önlenmeside ya da kontrol edilmesinde kişisel müdahalenin etkili olacağını düşünmemektedir. Bununla birlikte, bu bileşen modelin diğer unsurları içine dahil edildiğine inanıldığı için açıkça belirtilmemektedir (Rosenstock ve ark. 1988).

2.7.1.6. Öz-etkililik Algısı

Öz etkililik, Rosenstock ve arkadaşları tarafından 1988 yılında SİM’e eklenmiştir. Bireyden uygulaması beklenen davranışı gerçekleştirebilme yeteneğine ilişkin kişinin inancını tanımlamak için kullanılmaktadır. Genelde, kişi bir davranışı yapabileceğini düşünmedikçe yeni eylemleri uygulamaya geçiremez. Örneğin, birisi yeni davranışın yararlı olduğunu düşünürse (yüksek yarar algısı), fakat bunu yapabilecek durumda olduğunu düşünmüyorsa (düşük öz yeterlik algısı) bu yeni davranışı denemeyeceğini göstermektedir (Champion ve Skinner 2008). Bireylerin öz yeterliğini yaş, cinsiyet, zihinsel ve fiziksel sağlıkları önemli ölçüde etkilemektedir. Spesifik olarak öz yeterliğin geliştirilmesine odaklanan girişimler olumlu sağlık davranışlarını geliştirmektedir (Gristwood 2011).

2.7.1.7. Eyleme Geçiriciler

Bir bireyin harekete geçmeye hazır olması üzerine odaklanmış olup, özellikle bireyin içten ya da dıştan yönlendiren faktörlerine dayanmaktadır (Gristwood 2011). Bireyde, tehdit ve davranış değiştirme kombinasyonları, eylemi tetikleyecek bir olay olmadan bile yüksek seviyeye getirilebilmelidir. Bu nedenle, bireyin davranışını değiştirmeye teşvik eden tetikleyicilerin olması gerekmektedir. Bu tetikleyiciler, kitlesel medya kampanyası, sosyal etki, öğütler, posterler, gazete, afiş, magazinler, mesajlar, sağlık personelinin hazırladığı hatırlatıcılar gibi dışsal ya da hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomların rahatsızlık vermesi gibi içsel olabilir. Eyleme geçiriciler önemli bir davranış belirleyicisi olmasına rağmen, modelin en

gelişmemiş ya da modelin nadir araştırılan değişkenidir (Champion ve Skinner 2008; Gristwood 2011).

2.8. Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Uygulanmasında Sağlık İnanç Modelinin Kullanılması

SİM'in temel alınması, hastaların Üİ hakkındaki bilgi, tutum ve inançlardaki tutarsızlıkları, kontinansa yönelik önerilen sağlıklı geliştirici davranışları benimseme ya da engellerini tanımlamaya ve etkili bir PTKE programı geliştirmeye yarar sağlayacaktır. SİM, üriner inkontinansı olan hastaların belirli koşullar altında kontinansı geliştirme girişimlerini aramaları ve uyum sağlamaları gerektiği hipotezini ileri sürmektedir (Chiarelli ve Cockburn 1999). Hastalar, Üİ'nin önlenmesi ya da tedavisi için PTKE programına uyumda zorluk yaşadıklarından dolayı öncelikle egzersizleri uygulamaya gönüllü olmaları gerekmektedir. Egzersizin benimsenmesi ve sürdürülmesi için uzun vadede başarılı bir tedavi olabileceğinin kabul edilmesi en önemli noktadır. Ayrıca öz etkililik düzeyi, hastanın PTKE gibi yeni bir davranışa uyum yeteneğini gösterecektir. PTKE programını uygulama inancı Üİ'nin sıklığı ve miktarı, egzersizi yapma yeteneklerini algılama biçimleri önemli ölçüde etkilemektedir. Bir tedavi programı genellikle sağlık davranışında bir değişikliği gerektirir. PTKE'lerinde davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek için hastanın öz yeterlilik algısının yüksek olması ve tedavinin başarılı olacağına inanması gerekmektedir. Eğer, PTKE'ne olan inanç ve bağlılık düşükse Üİ'nin azaltılması ya da önlenmesinde başarısızlık yaşanmaktadır (Wilson 2015). SİM, pelvik taban kas egzersizleri gibi sağlık davranışı uygulamalarına olan bağlılığı arttıran girişimlerin geliştirilmesinde etkili bir rehberdir. PTKE'ne bağlılık kısa vadede yaklaşık %64, uzun vadede %23'lük bir orana sahiptir (McClurg ve ark. 2015). Egzersizlerin dikkati çekmemesi, bilişsel olarak kontrolünün kolay olmadığı, bir bedensel alanda yapılması, egzersizi tamamlayamadıkları için suçluluk hissetmeleri ve kişisel kontrollerinin yetersizliği nedeniyle hastaların egzersiz programına bağlılığın oluşmamasına neden olmaktadır (Chiarelli ve Cockburn 1999). Girişimlere başarılı bir şekilde uyum sağlanabilmesi için davranış değişikliğinin olması gerekmektedir fakat bu çok karmaşıktır ve birçok faktörden etkilenmektedir. Davranış değişikliği girişimlerinin tasarlanmasında modellerin kullanımı araştırmayı yönlendirme, motive etme ve girişimin aktarılabilirliğini kolaylaştırma açısından yardım sağlamaktadır (McClurg ve ark. 2015). PTKE programının etkinliği için kişinin işlevsel kapasitesine uygunluğu, bireysel ve spesifik girişimlerin olması bireyin programı benimsemesi ve sürdürmesinde büyük önemi bulunmaktadır (Gristwood 2011).

PTKE girişimlerinin tasarlanmasında SİM'in bileşenleri rehber alınacak olursa; hastalara, Üİ'nin günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkileri (algılanan ciddiyet) (Wilson 2015), Üİ'nin devamlılığında ortaya çıkabilecek potansiyel sağlık sorunlarının anlatılması (algılanan duyarlılık ve tehdit algısı) (Chiarelli ve Cockburn 1999), pelvik taban anatomisi, işlevleri ve PTKE ile elde edilecek yararlı sonuçlar (yarar algısı) hastalara açıklanmalıdır (Wilson 2015). Hastalara ve egzersizlerin potansiyel faydalarının risklerden çok daha fazla olacağının belirtilmesiyle de yarar algılarının artması sonucunda programa uyumları sağlanabilir (Gillard ve Shamley 2010; Gristwood 2011). Ayrıca, Üİ'ye karşı savunmasız olduklarına ve herhangi bir iyileştirici programın kendileri için çok önemli olduğuna inanmaları sağlanmalıdır (yarar algısı) (Chiarelli ve Cockburn 1999). Hastaların Üİ hakkındaki bilgi ve algıları yanı sıra (duyarlılık algısı), uygulanacak girişimin bu yanlış anlamayı ortadan kaldıracak şekilde planlanması gerekmektedir (eyleme geçiriciler) (Chiarelli ve Cockburn 1999). Ayrıca, semptomun varlığı ve ortaya çıkardığı sıkıntılar PTKE'nin uygulanmasında eyleme geçirici olarak tanımlanabilir (Gillard ve Shamley 2010). Egzersizlere uyum sağlama stratejileri, her hastanın pelvik taban işlevine göre program oluşturulması, hatırlatıcı notların yapılması, eşlerine bilgi verilmesi ve uygun zamanlarda görüşmeler yapılmasıdır (eyleme geçiriciler) (McClurg ve ark. 2015). Bunların yanı sıra, hastaların eğitim ve girişim süresince egzersizlerin uygulanabilirliğine yönelik öz yeterlilik algıları artırılmalıdır (Wilson 2015). Bu nedenle, hastalar sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan davranışları yapabilecek durumda olduklarına inanmak zorundadırlar (öz etkililik) (Chiarelli ve Cockburn 1999). SİM'de öz etkililiğin yüksek olmasının egzersiz programının başlatılması ve uzun vadede devam ettirilmesinde güçlü bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Gristwood 2011). Yapılan bir çalışmada duyarlılık algısının oluşmamasında, hastaların çoğunluğunun Üİ hakkında hiç bilgi verilmediği ya da kötü bilgilendirildikleri, arkadaşları, akrabaları ya da radyodan bu sorunu hakkında bilgi aldıkları, çok az hastanın PTKE'lerinin yararlılığını duyduğu; uygulamadaki engellerin de egzersizleri yapmayı hatırlamanın güç olduğu; eyleme geçiricilerin eşlerinin hatırlatması, renkli notların asılabileceği; öz yeterliliğin artırılmasında sağlık çalışanlarının egzersizlerin yararlılığı hakkında inandırıcı bilgi kaynağı olması, kendilerine özel bir programın sunulması ve egzersiz programının ilerlemesinin değerlendirilmesinin etkili olacağı belirtilmiştir (Chiarelli ve Cockburn 1999). Başka bir çalışmada, PTKE hakkında bilgi eksikliğinin olması ya da yeterince anlaşılmamış olmasının egzersizleri uygulamadaki duyarlılık algısını, Üİ'nin sonuçları hakkında bilgi verilmemesinin ciddiyet algısının oluşmamasına neden olduğu saptanmıştır. Aynı

çalışmada, Üİ'nin sık tekrar etmesi ve iyileşmemesi, enfeksiyon, mesane algısının azalması, pelvik taban kaslarını kontrol edememeleri PTKE'nin uygulamaları ve motive olmalarında kilit bir rol oynadığı, fakat egzersizleri uygulamadaki öz yeterlik algılarının düşük olduğu, günlük zaman sınırlaması olmadan sürekli uygulama yapma, egzersizleri hatırlamada güçlük yaşama ve doğru bir şekilde yapabileceklerine inanmamalarının algılanan engeller olduğu belirtilmiştir (Gillard ve Shamley 2010). Benzer şekilde, inme hastalarının Üİ deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada hastalara PTKE hakkında bilgi verilmeği belirlenmiş olup uygulamanın başlatılmasına engel olduğu belirtilmiştir (Arkan, Beser ve Oztürk 2018).

SİM ile Üİ olan inmeli hastaların PTKE'si programının benimsenmesi ve uygulanması için motivasyonun sağlanması ya da egzersiz sonrasındaki deneyimlerine ilişkin faktörleri değerlendiren bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Fakat, doğum sonrası kontinansın sürdürülmesinde teşvik programı geliştirmek için PTKE'ne yönelik soruları geliştirmede modeli kavramsal çerçeve olarak kullanan iki kantitatif çalışmaya ulaşılmıştır (Chiarelli ve Cockburn 1999; Gillard ve Shamley 2010). Sacomori ve arkadaşları, SİM'i bireysel eğitim olarak verdikleri PTKE'ne bağlılığı oluşturmak için kullandıklarını bildirmişlerdir (Sacomori ve ark. 2012). Bu araştırmada, SİM temel alınarak evde PTKE'lerinin uygulanması, hasta ve bakım verenleri üzerindeki etkilerinin incelenmesinde kullanılan kavramsal çerçeve Şekil 3'de verilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İnmeli hastalara Sağlık İnanç Modeline göre evde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin hasta bakım sonuçlarına ve bakım verelerin yüküne etkisini incelemek amacıyla kantitatif olarak yürütülmüştür.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma tasarımı tipinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan 2013'te başlamış; Ocak 2018'de tez yazımı ve savunmasıyla sonlanmıştır. Veri toplama aşaması Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi İnme Polikliniklerine kayıtlı inme nedeniyle tedavi gören hastaların evlerinde Nisan 2016- Kasım 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi İnme Polikliniklerine kayıtlı inme tedavisi için başvuran hastalar oluşturmuştur. Örneklem kriterlerine uygun olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü, Tibaek ve ark. (2015) çalışma sonuçları kullanılarak G Power istatistik programında Tip I hata payı 0.05 (%95 güven aralığında), Tip II hata payı 0.20 (%80 güce göre) ve etki büyüklüğü 0.85 kabul edilerek yapılan güç analizi sonucunda deney grubu için 18 ve kontrol grubu için 18 hasta olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya daha fazla hastaya ulaşılması planlanmış olup deney grubuna 20 hasta ve kontrol grubuna 18 hasta alınarak toplam 38 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma tamamlandıktan sonra araştırmanın kendi verileri ile G Power istatistik programı kullanılarak post hoc güç analizi yapılmıştır. Post hoc güç analizinde bağımsız gruplarda regresyon analizi verileri %95 güven aralığı ve $p= 0.05$ anlamlılık düzeyi ile yapılmıştır. Post hoc güç analizinde primer sonuç değişkenleri olan İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu ölçüm verileri dahil edilmiş olup sonuçları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışmanın Güç ve Etki Büyüklükleri

Güç Analizinde Kullanılan Ölçek	Örneklem Sayısı (n)	Etki Büyüklüğü (f^2)*	α Yanılma Düzeyi	Güç Analizi
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği	Deney= 20	1.20		.99
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu	Kontrol=18	1.17	.05	.98

* Cohen f^2

Örnekleme seçilme, dışlanma ve çıkarılma kriterleri aşağıdaki gibidir.

Örneklem seçilme kriterleri

18 yaşından büyük olmak

İnme sonrasında en az 3 ay geçmiş olmak

İnme tanısı alıp hemipleji veya hemiparezi tablosu olmak

Vital bulguları stabil olmak

Üriner İnkontinansı olmak

İlk kez evde bakım programına katılıyor olmak

Mini-mental test sonucu eğitilmiş bireylerde 22, eğitimsiz bireylerde 18 puan üstünde almak

İletişim kurulabiliyor olmak

İzmir il merkezinde ikamet ediyor olmak

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

Örneklemden dışlanma kriterleri

Eksternal ve internal sfinkterlerin gevşemesini etkileyebilecek Alfa bloker antihipertansif, antikolinergik ve antispastik ilaç kullanmak

Evde bakıma engel olabilecek önemli bir komorbid hastalığı olmak

İletişimi engelleyecek düzeyde kooperasyonu olmak

İnme öncesi üriner inkontinansı olmak

Örneklemden çıkarılma kriterleri

Hastayı kaybetme

Hastanın araştırmadan gönüllü olarak çıkmak istemesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı verileri ile istatistiksel analiz sonuçları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Deney Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=18)		U	p
Yaş	Ort.±SS 65.70±10.85		Ort.±SS 64.55±8.65		169.00	0.747
Mini mental test puanı	26.10±2.12		25.22±2.81		148.00	0.289
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	28.46±4.89		30.77±4.65		126.50	0.118
Kadınların doğum sayısı	3.21±1.88 (n=14)		3.23±1.73 (n=13)		179.00	0.976
	Deney Grubu (n=20) n %		Kontrol Grubu (n=18) n %		X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	14	70.0	13	72.2	0.000	1.000*
Erkek	6	30.0	5	27.8		
Medeni Durum						
Evli	15	75.0	10	55.6	2.234	0.327
Bekar	-	-	1	5.6		
Diğer	5	25.0	7	38.9		
Öğrenim Durumu						
Okur yazar değil	1	5.0	3	16.7	5.887	0.208
Okur yazar	5	25.0	1	5.6		
İlköğretim	9	45.0	5	27.8		
Lise	3	15.0	5	27.8		
Üniversite	2	10.0	4	22.2		
Meslek						
Çalışmıyor	2	10.0	-	-	4.495	0.213
Serbest Meslek	2	10.0	-	-		
Ev Hanımı	7	35.0	10	55.6		
Emekli	9	45.0	8	44.4		
Gelir Durumu						
Gelir giderden fazla	2	10.0	3	16.7	0.439	0.803
Gelir gidere eşit	15	75.0	13	72.2		
Gelir giderden az	3	15.0	2	11.1		
Aile Tipi						
Çekirdek aile	18	90.0	16	88.9	0.656**	
Geniş aile	2	10.0	2	11.1		
Evde yaşadığı kişi						
Eş	8	40.0	8	44.4	5.688	0.128
Eş ve çocuk	7	35.0	2	11.1		
Çocuk	5	25.0	5	27.8		
Yalnız	-	-	3	16.7		

* Yates X²

**Fisher's Exact Test

Tablo 3'de Deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması 65.70±10.85, mini mental test ortalaması 26.10±2.12, BKİ ortalaması 28.46±4.89, kadınların doğum ortalaması 3.21±1.88 olup; %70'i kadın, %75'i evli ve %45'i ilköğretim mezunu ve emekli, %75'inin geliri giderine eşit, %90'ını çekirdek aile ve %40'ı eşi ile yaşamaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 64.55±8.65, mini mental test ortalaması 25.22±2.81, BKI ortalaması 30.77±4.65, kadınların doğum ortalaması 3.23±1.73 olup; %72.2'si kadın, %55.6'sı evli ve %27.8'i ilköğretim mezunu, %55.6'sı ev hanımı, %72.2'sinin geliri giderine eşit, %88.9'u çekirdek aile ve %44.4'ü eşi ile yaşamaktadır. Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların sosyodemografik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İnmeyle İlişkin Özellikleri

Değişkenler	Deney grubu (20)		Kontrol grubu (18)		X ²	p
	n	%	n	%		
İnme tipi						
İskemik inme	20	100.0	17	94.4		0.474*
Hemorajik inme	-	-	1	5.6		
TOAST sınıflandırması**						
Büyük damar hastalığı	3	15.0	2	11.80	2.871	0.412
Küçük damar hastalığı	4	20.0	7	41.20		
Kardiyoembolizm	6	30.0	2	11.80		
Nedeni bilinmeyen	7	35.0	6	35.3		
Tutulan vücut tarafı						
Sağ taraf	6	30.0	8	44.4	1.576	0.455
Sol taraf	13	65.0	10	55.6		
Yok	1	5.0	-	-		
İnme geçirme zamanı						
0-1 yıl	9	45.0	10	55.6	1.663	0.435
2-3 yıl	7	35.0	3	16.7		
4 yıl ve üzeri	4	20.0	5	27.8		

* Fisher's Exact Test

**İskemik inme tanısı alanların sınıflamasıdır

Tablo 4'de deney ve kontrol grubundaki hastaların inmeyle ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların inme geçirme zamanı %45'inde 0-1 yıl olup; tamamının iskemik inme tanısı aldığı ve bunların TOAST sınıflandırmasına göre %35'inin nedeni bilinmeyen inme olduğu saptanmıştır. İnmeyle bağlı olarak hastaların %65'inin vücudunun sol tarafında tutulum bulunmaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların inme geçirme zamanı %55.6'inde 0-1 yıl olup; %94.4'ünün iskemik inme tanısı aldığı ve bunların TOAST sınıflandırmasına göre %41.2'inin küçük damar hastalığı olduğu saptanmıştır. İnmeyle bağlı olarak hastaların %55.6'sının vücudunun sol tarafında tutulum bulunmaktadır. İnmeyle ilişkin tanıtıcı özellikler açısından

deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>.05).

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İnkontinansa İlişkin Özellikleri

	Deney grubu (20)		Kontrol grubu (18)		U	p
Değişkenler	Ort.±SS		Ort.±SS			
Ped testi (gr)	114.20±117.78		89.33±114.91		148.00	0.349
Günlük sıvı alım miktarı	1442.30±497.10		1691.94±819.13		150.50	0.388
Günlük tualete gitme sıklığı	7.39±4.29		8.23±3.81		154.00	0.447
Haftalık şiddetli idrar yapma isteği	11.40±11.50		8.00±8.52		145.50	0.308
Haftalık idrar kaçırma sıklığı	19.15±16.47		13.66±11.89		145.50	0.312
İnkontinans Tipi	n	%	n	%	X ²	p
Stres	2	10.0	-	-	5.911	0.052
Sıkışma	12	60.0	6	33.3		
Miks	6	30.0	12	66.7		
Üriner İnkontinans sıklığı						
Haftada bir veya daha seyrek gibi	-	-	2	11.10	3.583	0.310
Haftada iki veya üç kez gibi	7	35.0	5	27.8		
Günde birkaç kez gibi	8	40.0	9	50.0		
Her zaman	5	25.0	2	11.10		
Alınan önlem						
Ped, bez vb. kullanma	10	50.0	8	44.4	0.000	0.986*
Sık çamaşır değiştirme	10	50.0	10	55.6		
İnkontinansın olduğu durumlar***						
Tualete yetişmeden (sıkışıklık hissi ile birlikte)						
Evet	18	90.0	17	94.4		1.000**
Hayır	2	10.0	1	5.6		
Öksürürken/hapşırırken						
Evet	11	55.0	12	66.7	0.540	0.463
Hayır	9	45.0	6	33.3		
Uyurken						
Evet	4	20.0	4	22.2		1.000**
Hayır	16	80.0	14	77.8		
Hareket/spor yaparken						
Evet	9	45.0	8	44.4	0.001	0.973
Hayır	11	55.0	10	55.6		
İşmeyi bitirip giyinirken						
Evet	4	20.0	4	22.2		1.000**
Hayır	16	80.0	14	77.8		
Belirgin bir nedeni yok						
Evet	1	5.0	-	-		1.000**
Hayır	19	95.0	18	100.0		
Mesane özelliği	n (16)	%	n (17)			
Normal ürodinamik bulgu	7	43.8	11	64.7	1.460	0.227
Anormal ürodinamik bulgu	9	56.3	6	35.3		

*Yates X² **Fisher's Exact Test

***Birden fazla yanıt vardır. Yüzdelere "n" üzerinden alınmıştır.

Tablo 5’de deney ve kontrol grubundaki hastaların üriner inkontinansa ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun ilk görüşmelerinde ped testi, günlük sıvı alım miktarı ve tuvalete gitme sıklığı, haftalık şiddetli idrar yapma isteği idrar kaçırma sıklığı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>.05$)

Deney grubundaki hastaların %60’ında sıkışma üriner inkontinansı olup; %40’ının günde birkaç kez idrar kaçırdığı, %90’ının sıkışıklık hissi ile tuvalete yetişemedi, %55’inin öksürme ya da hapşırmaya, %45’inin hareket halindeyken ya da spor yaparken, %20’sinin uyurken, %20’sinin işemeyi bitirip giyinirken ve %5’inin belirli bir nedeni olmadan idrar kaçırma yaşamaktadır. Hastaların idrar kaçırmaya yönelik koruyucu materyal olarak %50’si ped, bez vb. kullanmakta ve %50’si de sık sık iç çamaşırı değiştirmektedir. Mesane özellikleri bakımından hastaların %56.3’ünde anormal ürodinamik bulgu (%31.3’ü hipersensitif hipokomplian mesane, %25’i terminal detrusor hiperaktivitesi) mevcuttur.

Kontrol grubundaki hastaların %67.7’sinde mikst tip üriner inkontinansı olup; %50’sinin günde birkaç kez idrar kaçırdığı, %94.4’ü sıkışıklık hissi ile tuvalete yetişemedi, %66.7’si öksürme ya da hapşırmaya, %44.4’ü hareket halindeyken ya da spor yaparken, %22.2’si uyurken, %22.2’si işemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırma yaşamaktadır. Hastaların %55.6’sı önlem olarak sık sık iç çamaşırı değiştirmektedir. Mesane özellikleri bakımından hastaların %35.3’ünde anormal ürodinamik bulgu (%29.4’ü hipersensitif hipokomplian mesane, %5.9’u terminal detrusor hiperaktivitesi) mevcuttur. Üriner inkontinansa ilişkin tanıtıcı özellikler açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Verenlerine İlişkin Özellikleri

	Deney grubu (14)		Kontrol grubu (14)		U	p
Değişken	Ort.±SS		Ort.±SS			
Yaş	58.57±17.39		52.00±11.22		64.00	0.118
Bakım verilen saat (günlük)	15.78±10.10		17.21±18.80		93.00	0.806
	n	%	n	%	X²	p
Bakım vereni						
Var	14	70.0	14	77.8		0.719*
Yok	6	30.0	4	22.2		
Kim olduğu						
Eş	8	57.1	7	50.0	0.158	0.924
Çocuk	5	35.7	6	42.9		
Diğer akraba	1	7.1	1	7.1		
Cinsiyet						
Kadın	11	78.6	10	71.4		1.000*
Erkek	3	21.4	4	28.6		
Eğitim durumu						
Okur-yazar değil	1	7.1	1	7.1	2.711	0.607
Okur yazar	2	14.3	-	-		
İlköğretim	4	28.6	6	42.9		
Lise	5	35.7	4	28.6		
Üniversite	2	14.3	3	21.4		
Mesleği						
Memur	2	14.3	2	14.3	3.111	0.539
İşçi	1	7.1	-	-		
Serbest Meslek	-	-	2	14.3		
Ev hanımı	5	35.7	4	28.6		
Emekli	6	42.9	6	42.9		

* Fisher's Exact Test

Tablo 6'da deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım verenlerine ilişkin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %70'inin bakım vereni olup; yaş ortalaması 58.57±17.39 ve günlük olarak bakım verdikleri süre ortalaması 15.78±10.10 saattir. Bakım verenlerin %57.1'i eş, %78.6'sı kadın, %35.7'si lise mezunu ve %42.9'u emeklidir.

Kontrol grubundaki hastaların %77.8'inin bakım vereni olup; yaş ortalaması 52.00±11.22 ve günlük olarak bakım verdikleri süre ortalaması 17.21±18.80 saattir. Bakım verenlerin %42.9'u çocuk, %71.4'ü kadın, %42.9'u ilköğretim mezunu ve %42.9'u emeklidir. Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların bakım verenleri özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>.05).

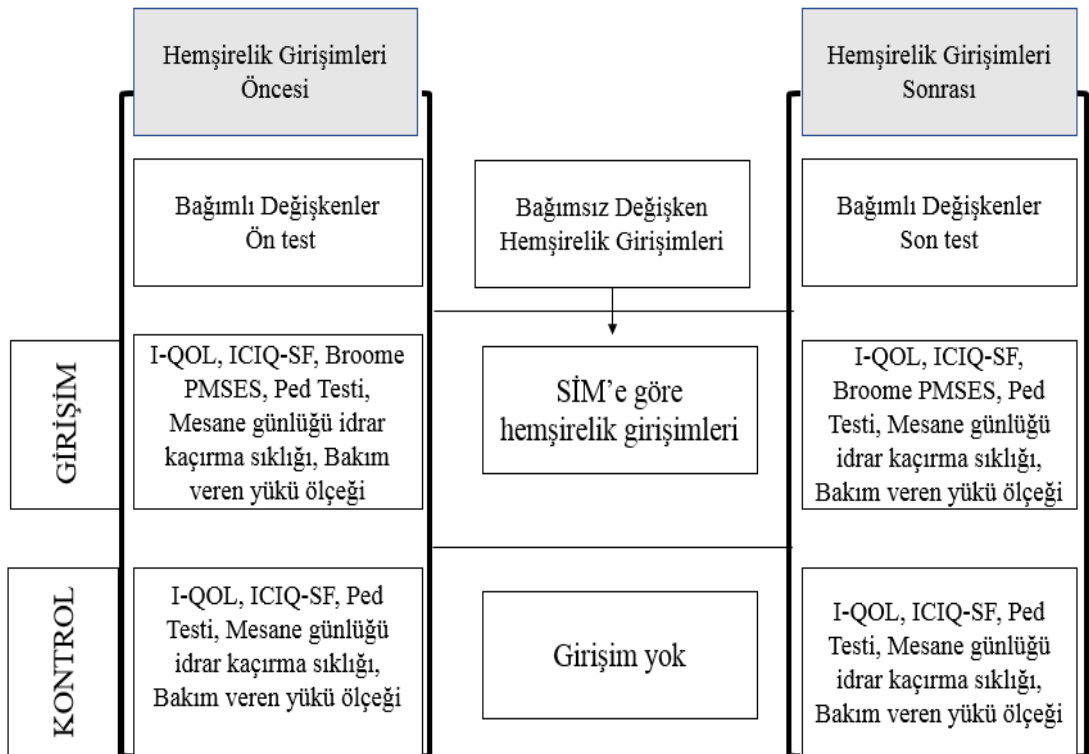
3.4.Çalışmanın Materyali

Çalışma materyali olarak veri toplama formları, Egzersiz günlüğü ve “İdrar Kaçırması Olan İnme Hastaları ve Bakım Verenleri için Rehber” adlı eğitim kitapçığı kullanılmıştır (Ek 13).

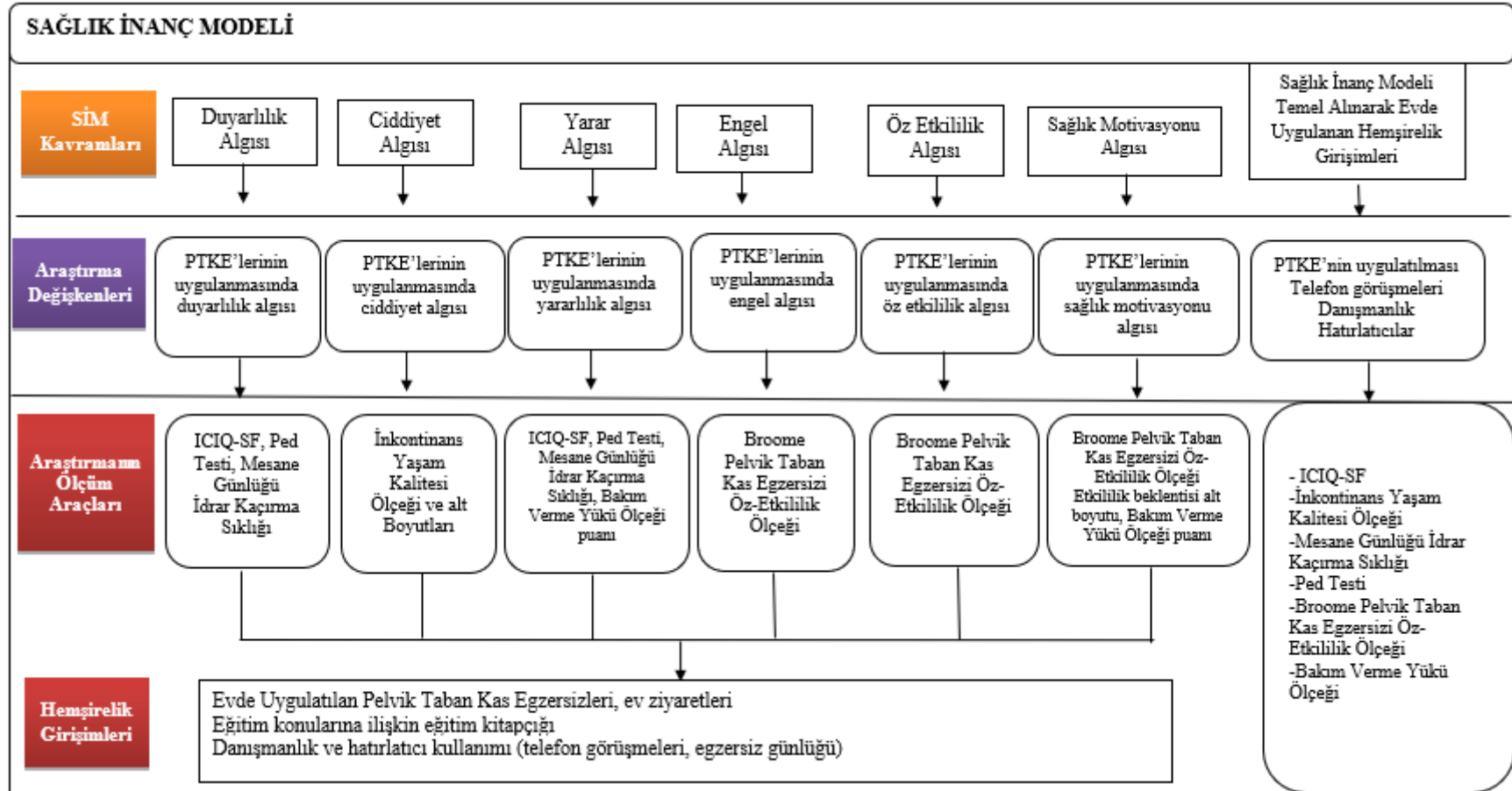
3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler: Hasta bakım sonuçları olan 24 saatlik ped testinde kaçırılan idrar miktarı (gr), Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu puanı, İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları, Broome Pelvik Taban Kas Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği toplam ve alt boyut puanları, Mesane günlüğü idrar kaçırma sayı ortalamaları ve Bakım Veren Yüğü Ölçeği puanları olarak belirlenmiştir.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler: Hastaya SİM’e göre evde uygulanan hemşirelik girişimleri (pelvik taban kas egzersizleri, hasta ve aile eğitimi, danışmanlık, periyodik izlem)



Şekil 2. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere Göre Araştırmanın Uygulama Şeması



Şekil 3. Sağlık İnanç Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Girişim ve Ölçüm Araçları

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama formları aşağıdaki gibidir;

- Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu
- Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT)
- Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form-ICIQ-SF)
- Mesane Günlüğü
- Ped Testi
- İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)
- Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği (Broome Pelvic Muscle Exercise Self-Efficacy Scale-Broome PMSES)
- Bakım Verme Yüğü Ölçeği

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen “Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formunda; katılımcıların adı, soyadı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi, gelir durumu, BKİ, tanı alma zamanı, inme sonrası tutulan tarafları, inme ve alt tipi, idrar kaçırma koruyucu materyal kullanımı, ped testi sonucu, birincil bakım vereni ve demografik özellikleri durumlarına ilişkin soruları içermektedir (Ek 1).

3.6.2. Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT)

Mini Mental Test (MMT); ilk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış ve standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan gibi bilişsel fonksiyonları değerlendirmektedir (Folstein, Folstein ve McHugh 1975; Keskinoglu, Uçku ve Yener 2008).

Türkçe’ye uyarlanması Güngen ve arkadaşları (2002) tarafından SMMT’i hastane ortamında ve en az 5 yıl eğitim görmüş yaşlılarda Demansı belirlemek için eşik değerler için 23/24 değeri, %91 yüksek duyarlık ve %95 özgüllükte, pozitif ve negatif yordayıcı değerler (0.90 ve 0.95), kappa değeri 0.86 bulunmuş ve uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde r:

0.99, kappa değeri ise 0.92 olduğu saptanarak Türk toplumunda demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (Güngen, Ertan, Eker, Yaşar ve Engin 2002). Ancak, testin okuma yazma bilemeyen ve 5 yıldan az eğitim görmüş ve hastane ortamı dışındaki yaşlılara uygulanamaması nedeniyle Keskinoglu ve arkadaşları (2008) 65 yaş ve üzeri eğitimli-eğitimsiz toplam 58 yaşlıda hastane dışı ortamları da dahil ederek yaptığı çalışmada ölçeğin bölümleri yeniden düzenlemiştir (Keskinoglu ve ark. 2008).

Keskinoglu ve arkadaşları (2009) tekrar revize edilen Mini Mental Test Türkçe versiyonunda eğitimli ve eğitimsiz bireyler için olan versiyonunu yeniden düzenlemişler ve eğitimli bireyler için 22/23 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%90.9), seçiciliğe (%97.0), pozitif olabilirliğe (30.30), negatif olabilirliğe (0.09); eğitimsiz yaşlılar için 18/19 kesim değeri en yüksek duyarlılığa (%82.7), seçiciliğe (%92.3), pozitif olabilirliğe (10.74), negatif olabilirliğe (0.19) sahip olduğunu saptamışlardır. Eğitimli bireyler için 22 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 23 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini gösterirken, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı olası bilişsel bozukluğu 19 puan ve üzeri bilişsel durumun iyi olabileceğini göstermektedir. Çalışmada ölçeğin puanlandırılmasında eğitimli bireyler için 22 puan ve altı, eğitimsiz bireyler için 18 puan ve altı alanlarda bilişsel bozukluk olabileceği düşünülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısını eğitimliler için $\alpha = 0.71$, eğitimsizler için Ölçeğin $\alpha = 0.73$ olduğu bildirilmiştir (Keskinoglu ve ark. 2009). Bu çalışmada Keskinoglu ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu Eğitimli ve Eğitimsiz bireyler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) kullanılmıştır (Ek 2).

3.6.3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Kısa Formu (ICIQ-SF)

ICIQ-SF, Uluslararası İdrar Kaçırma ile ilgili Konsültasyon (ICI) toplantılarının birincisinde üriner inkontinansın şiddeti, sıklığı, tipini tedavi öncesi ve sonrasında değerlendirmeyi standardize etmek için ve inkontinansın bireylerin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini incelemek için ayrıntılı bir sorgulama formu ile klinik pratikte ve tüm çalışmalarda kullanılabilecek kısa bir ölçek oluşturulması kararı alınmıştır (Çetinel, Özkan ve Can 2004).

Avery ve arkadaşları (2004) tarafından bu amaç doğrultusunda üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla ICIQ-SF geliştirilmiştir. Ölçeğin standart psikometrik yöntemlere göre değerlendirildiğinde duyarlılık, geçerlilik ve güvenilirliğin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçekte, altı soru bulunmaktadır; ilk iki soru hastanın cinsiyeti ve doğum tarihi, üçüncü soru idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, dördüncü soru idrar kaçırma miktarını, beşinci soru idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve altıncı soruda

idrar kaçırmaya neden olan durumlar değerlendirilmektedir. Ölçeğin puanı 3, 4 ve 5. soruların toplamından elde edilmektedir. Puanlanmayan altıncı soruya verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırmaya tipinin belirlenmesinde kullanılır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ila 21 puan arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmaya yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini göstermektedir. İç tutarlılık analizinde Cronbach's alfa katsayısı 0.92 (üç soru için, son soru puanlanmamıştır), zamana göre değişmezliğinde test-retest korelasyon katsayısının $r=0.83$ olduğu görülmüştür (Avery ve ark. 2004). Değerlendirmede her bir alt boyuttan puanı ayrı ayrı değerlendirilebilir, idrar kaçırmaya yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmede üç boyutun puanı toplanır. Puanlamadaki genel eğilim, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir (Avery ve ark. 2004; Çetinel ve ark. 2004).

Üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkisiyle ilgili güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiş kısa kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir bir sorgulama formu olarak ICIQ-SF bir ilk olma özelliğine sahiptir. ICIQ-SF kadın-erkek, genç-yaşlı, gelişen-gelişmekte olan bütün gruplarda idrar kaçırmaya prevalansının, sıklığının, miktarının, idrar kaçırmaya algılanan nedenlerinin ve idrar kaçırmaya yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılabilmektedir (Çetinel ve ark. 2004).

Çetinel ve arkadaşları tarafından (2004) ICIQ-SF Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık testinde Chronbach alfa katsayısı 0.71, her bir sorunun toplam puan ile korelasyonu incelendiğinde en düşük 3. soru ($r=0.42$), en yüksek 5. soru ($r=0.67$) ve zamana göre değişmezliğinde test-tekrar test sonuçları soru 3 için 0.98, soru 4 için 0.95 ve soru 5 için 0.97 olarak bulunmuştur (Çetinel ve ark. 2004). Çetinel ve arkadaşlarının (2007) kadın doğum kliniğinde üriner inkontinansı olan kadınlarda yaptığı çalışmada ICIQ-SF skorunun 8 puan ve üzerinde olmasının rahatsız edici inkontinansı belirlemede en uygun kesme noktası olduğunu belirtmiştir (Cetinel ve ark. 2007). Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık testinde Chronbach alfa katsayısı 0.59 olarak bulunmuştur. (Ek 3)

3.6.4. Mesane Günlüğü

Hastaların işeme miktarlarını, idrar inkontinanslarını, bez ya da kıyafet değiştirmelerini, idrar inkontinansı meydana geldiğinde hangi işle meşgul olduklarını, aldıkları sıvı miktarını ve cinsini üç-yedi gün boyunca kaydettikleri bir formdur (Sarı 2007). Araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubundaki hastaların, idrar inkontinansı sayısını belirlemek amacıyla ilk izlemde ve son izlemde mesane günlüğünü doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, günlük alınan sıvı miktarı,

tuvalete gitme sayısı, şiddetli idrar yapma isteği sayısının da doldurulması istenmiştir. Hasta bireye bakım veren bireyler bu günlüğü nasıl doldurmaları gerektiği hakkında bilgilendirilmiş ve günlük tutmada eyleme geçirici olarak rol almaları sağlanmıştır (Ek 4).

3.6.5. Ped Testi

İnkontinans için tanısıl bir yöntem olan ped ağırlığı ilk olarak 1981 yılında James ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Sutherst ve arkadaşları tarafından 1981 yılında ped testinin bir dizi aktivite ve egzersizle kullanımını duyuran ilk kişilerdir (Krhut ve ark. 2014). Ped testi, idrar inkontinansının varlığını ve şiddetini belirlemede, tedavi sonrası iyileşmeyi değerlendirmede kullanılan belli bir zaman diliminde kaybedilen idrar miktarını objektif olarak göstermekte olup basit, noninvaziv bir temel değerlendirme testidir. Aynı zamanda, 4. Uluslararası İnkontinans Konsultasyonunda ped testi idrar kaçırmanın değerlendirilmesi için opsiyonel bir test olarak tanımlanmıştır (Figueiredo ve ark. 2012; Krhut ve ark. 2014). Ped testi, 20 dakika- 2 saat gibi kısa veya 24-48 saatlik uzun süreli olarak değerlendirilebilir (Sarı 2007; Aslan 2005). 24 saatlik ped testi bir saatliğe göre daha kullanışlıdır ancak daha uzun süre olmasından dolayı hastanın hazırlıklı ve motive olması gerekmektedir (Krhut ve ark. 2014). 24 saatlik ped testi ile İnkontinans Yaşam Kalitesi Kısa Formu arasında iyi bir korelasyon bulunmuştur (Karantanis, Fynes, Moore ve Stanton 2004; Krhut ve ark. 2014).

O’Sullivan ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada 24 saatlik ped testinin üriner inkontinansı ve şiddetini tanımlamak için uygun bir test olduğu belirtilmiştir. Test sonucu ped ağırlığı 1.3 ile 20 gr arası “hafif”, 21 ile 74 gr arası “orta” ve 75 gr ve üzeri “şiddetli” inkontinans olarak tanımlanmıştır (Krhut ve ark. 2014; O’Sullivan, Karantanis, Stevermuer, Allen ve Moore 2004). Bunun için hastalara evde yapılan girişim öncesi ve sonrasında üriner inkontinansın değerlendirilmesinde 24 saatlik ped testi uygulanmıştır.

3.6.6. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL):

Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında üriner inkontinanslı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin, üriner inkontinanslı bireylerin yaşam kalitesini değerlemede yüksek güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu belirtilmiştir. Geliştirilen ölçek, dört kategorilik likert tipte olup (çok, orta, biraz, hiç) 22 maddeden oluşmaktadır. Elde edilen yanıtlardan tek bir toplam ölçek puanı elde edilmiştir. Daha sonra, toplam puanın yorumlanmasının kolaylaştırılması için 0-100 puanlık bir ölçeğe dönüştürülmüş olup yüksek puanlar yaşam kalitesi düzeyinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık

analizinde Cronbach Alfa katsayısı 0.95 ve ölçülen tekrarlanabilirlik ortalama 18 günlük tekrar test döneminden sonra 0.93 olarak bulunmuştur. Ayrıca, madde-toplam korelasyon katsayılarının 0.40 ile 0.82 arasında değiştiği saptanmıştır (Wagner, Patrick, Bavendam, Martin ve Buesching 1996).

Patrick ve arkadaşları tarafından (1999) ölçeği daha da geliştirmek için tekrar gözden geçirilmiştir. I-QOL faktör analizi sonucu üç alt ölçek (davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon) ve bir genel puanı doğrulanmıştır. Ölçeğin tüm puanlarındaki iç tutarlılık analizi Cronbach Alfa katsayısı 0.87-0.93, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0.87, psikososyal etkilenme alt boyutu için 0.93 ve sosyal izolasyon alt boyutu için 0.91 olarak bulunmuştur (Patrick ve ark. 1999).

I-QOL ölçeği davranışların sınırlandırılması (1.,2.,3.,4.,10.,11.,13.,20. maddeler), psikososyal etkilenme (5.,6.,7.,9.,15.,16.,17.,21.,22. maddeler) ve sosyal izolasyon (8.,12.,14.,18.,19. maddeler) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. I-QOL’de, bütün maddeler beş kategorilik likert tipi ölçekle değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5=hiç) ve hesaplanan toplam puanın daha iyi anlaşılabilmesi için, 0’dan (en düşük yaşam kalitesi) 100’e (en yüksek yaşam kalitesi) kadar olan ölçek değerine dönüştürülmektedir. I-QOL alt boyut ölçekleri de aynı tarzda puanlanmaktadır (Patrick ve ark. 1999).

I-QOL’ın Türkçe’ye geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan ve Kızılkaya tarafından 2003 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada I-QOL’ın geneline ait Cronbach Alfakatsayısının 0.96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısının 0.88, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısının 0.92 ve Sosyal izolasyon alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısının 0.90 olduğunu saptanmıştır (Özerdoğan ve Kızılkaya Beji 2003). Bu araştırmada, iç tutarlılık testinde ölçeğin geneline ait Chronbach alfa katsayısı 0.81, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0.56, psikososyal etkilenme alt boyutu için 0.84 ve Sosyal izolasyon alt boyutu için 0.56 olarak bulunmuştur. (Ek 5).

3.6.7. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES)

Ölçek, Broome (1999) tarafından pelvik taban kas egzersizi uygulamasında öz-etkililik algısını ölçmek ve klinisyenlere pelvik taban kas egzersizi uygulamasında geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Broome PMSES, 23 madde olup her madde

on puanlık artışlarla 0'dan 100'e kadar değişen oranlarda derecelendirilmiştir. Ölçeğin 14 maddelik etkililik beklentisi (bölüm A) ve 9 maddelik sonuç beklentisi (bölüm B) alt boyutları elde edilmiştir. İç tutarlılık güvenilirliği, Cronbach Alpha ile toplam ölçek, etkililik beklentisi alt boyutu ve sonuç beklentisi alt boyutu için sırasıyla 0.97, 0.97 ve 0.96 olarak saptanmıştır. Ölçeklerin zamana karşı değişmezliğinde Broome PMSES total için 0.72, etkililik beklentisi alt boyutu için 0.64 ve sonuç beklentisi alt boyutu için 0.69 olduğu ayrıca maddeler arası toplam korelasyonunun 0.60 ile 0.89 arasında değiştiği belirtilmiştir. Her iki alt boyuttaki maddelerin ilişkisini incelemek için, alt boyut puanları arasındaki korelasyon hesaplanmış olup orta derecede pozitif bir korelasyon (0.65) saptanmıştır. Ölçeğin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir. Sıfır puan, belirtilen davranışın gerçekleştirilme yeteneği inancın olmadığını, 100 puan ise belirtilmiş davranışı gerçekleştirme ya da sonuç beklentilerine inancın tam olduğunu göstermektedir. Ölçeğin, *etkililik beklentisi alt boyutu* kişinin pelvik taban kaslarını farklı konumlarda kasabilmeye (yatariken, otururken, ayaktaiken, sebze ve meyve yıkarken, dişlerini fırçalarken) ve çeşitli durumlarda (yorgunluk, üzümlük, sıkışıklık) egzersizi yapabilmeye karşı kendisine olan inancını değerlendirirken, *sonuç beklentisi alt boyutu* pelvik taban kas egzersizinin çeşitli durumlarda (tuvalet için bekleme, gülme, aksırma ve öksürme) idrar kaçırmayı ne kadar önleyebileceğine yönelik beklenti inancını değerlendirmektedir. Sonuç beklentisi alt boyutu ile kişiye egzersizi yaptığını hayal etmesi ve ifadelerde belirtilen durumlarda egzersizin idrar kaçırmayı ne kadar önleyeceğine inandıkları sorulmaktadır (Broome, 1999).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Zengin tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Madde-toplam puan güvenilirliği çözümlemesinde total ölçekte korelasyon katsayılarının 0.546 ile 0.719, etkililik beklentisi alt boyut korelasyon katsayılarının 0.536 ile 0.785, sonuç beklentisi alt boyutu korelasyon katsayılarının ise 0.648 ile 0.787 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeklerin zamana karşı değişmezliğinde Broome PMSES total için 0.79, etkililik beklentisi alt boyutu için 0.75 ve sonuç beklentisi alt boyutu için 0.68 olarak bulunduğu; Etkililik beklentisi alt boyutunu oluşturan ilk 14 ifade faktör 1'i, sonuç beklentisi alt boyutunu oluşturan son 9 ifade faktör 2 kapsamına girmiştir. Faktörlerin öz değerleri sırasıyla 10.61, 3.12 olup, faktör yükleri 0.503-0.839 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.95, etkililik beklentisi ve sonuç beklentisi alt boyutları için sırasıyla 0.94 ve 0.92 olarak belirtmiştir (Zengin 2008).

Ölçeğin farklı toplumlara uyarlaması yapılmış olup, Chen'in çalışmasında (2004) Tayvan toplumuna uyarladığı ölçeğin iç tutarlık için 0.95'lik bir yüksek Cronbach alfa değerine sahip olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin, PTKE uygulama ve yararları hakkındaki inanç ve PTKE'lerinin engellere rağmen planlanan gerçekleştirilmesine olan inanç olmak üzere iki alt boyutu elde etmiştir ve Cronbach's alfası sırasıyla .92 ve .94 olarak saptanmıştır (Chen 2004). Medrano Sanchenz ve arkadaşları tarafından (2013) İspanyolca'ya uyarlama çalışmasında Cronbach alfa 0.91 olarak belirlenmiştir (Medrano Sánchez, Suárez Serrano, De la Casa Almeida, Díaz Mohedo ve Chillón Martínez 2013). Sacomori ve arkadaşlarının (2013) Brezilya toplumuna uyarladığı çalışmada Cronbach alfa katsayısını ölçek için $\alpha = 0.923$ ve eylemi dikkate alan performans beklentisi alt boyutu için 0.840, eylem hazırlığı alt boyutu için 0.889 ve sonuç beklentisi alt boyutu için 0.862 olduğunu belirtmiştir (Sacomori, Cardoso, Porto ve Negri 2013). Bu çalışmada, iç tutarlılık testinde ölçeğin geneline ait Chronbach alfa katsayısı 0.89, etkililik beklentisi alt boyutu için 0.83 ve sonuç beklentisi alt boyutu için 0.76 olarak bulunmuştur.

PTKE'lerini uygulayabilme ya da bazı durumlarda istenmeyen idrar kaybını önleyeceğine olan inançları doğrultusunda verilecek en iyi yanıt 0'dan 100'e kadar bir derecelendirilen ölçekteki numara daire içine alır. Total ölçek puanı ölçekteki tüm ifadelerden alınan puanların ortalamasının alınması ile belirlenir. Alt boyut puanı ise o boyuta ait ifadelerin puan toplamının ortalaması ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı 0-100 arasında değişmekte olup; 32 ve altı puan düşük, 33–66 puan orta, 66 üzeri puan yüksek öz-etkililik algısını gösterir (Medrano Sánchez ve ark. 2013; Zengin 2008; Broome, 1999). Ölçeğin, okuma derecesi düzeyi 8.3'tür (Broome, 1999).

Araştırmada üriner inkontinanslı hastaların pelvik taban kas egzersizlerini uygulamada öz-etkililik algısını ölçmek için Broome Pelvik Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği kullanılmıştır (Ek 6).

3.6.8. Bakım Verme Yükü Ölçeği

Ölçek, inmeli hastalara evde yapılan hemşirelik girişimlerinin bakım verenlerin yükünü azaltmadaki etkisini değerlendirmek amacıyla, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (Zarit, Reeve ve Bach-Peterson 1980). Ölçek, bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım

vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen 5’li Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci ve Erdem 2008).

Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlaması İnci ve Erdem tarafından (2008) yapılmıştır. Bakım Verme Yüğü Ölçeği maddelerinin faktör analizi olarak temel bileşenler analizi ve faktör sayısını belirlemede özdeğeri biri aşan bileşenler değerlendirilerek; ölçeğin özdeğeri, biri aşan 3 faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Analiz sonucunda, özdeğeri 11.78 olan 1. faktörün toplam varyansın %53.54’ ünü, özdeğeri 1.89 olan 2. faktörün toplam varyansın %8.61’ini, özdeğeri 1.38 olan 3. faktörün toplam varyansın %6.29’unu, bu üç faktörlü yapının ise toplam varyansın %68.46’sını açıkladığı belirtilmiştir (İnci ve Erdem 2008). Her bir faktör içinde yer alan maddelerin ve faktör yüklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan komponent matriksi (Component Matrix) sonucunda maddelerin faktör yüklerinin tek bir faktör altında toplandığı belirtilmiştir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir (İnci ve Erdem 2008). Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve daha fazla, çok faktörlü ölçeklerde ise daha yüksek olması gerekmektedir. Tek boyutlu olarak değerlendirilen bu ölçeğin toplam varyansın %53.55’ini açıklaması, bakım verme güçlüğünü iyi ölçtüğünün bir göstergesi olarak belirtilmiştir (İnci ve Erdem 2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nin maddelerine verilen cevaplar Likert tipi bir değerlendirmeyi içerdiği için, ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.95, ölçeğin ortalaması 20.37 ± 16.54 (min. 0 - max. 72), madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90, Kaser-Meyer- Olkin katsayısının 0.94 olduğu saptanmıştır (İnci ve Erdem, 2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nin sorularının genel ortalaması 0.93’dür. Ortalamaların değişim aralığı 0.88 (min. 0.51-max. 1.39) (Hotelling $T^2=248.59$, $F=10.75$, $p=0.001$), ortalamaların değişim aralığı ise 0.88 (min. 0.51-max. 1.39) olarak bulunduğu belirtilmiştir (Hotelling $T^2=248.59$, $F=10.75$, $p=0.001$) (İnci ve Erdem 2008). Bu araştırmada, iç tutarlılık testinde ölçeğin geneline ait Chronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

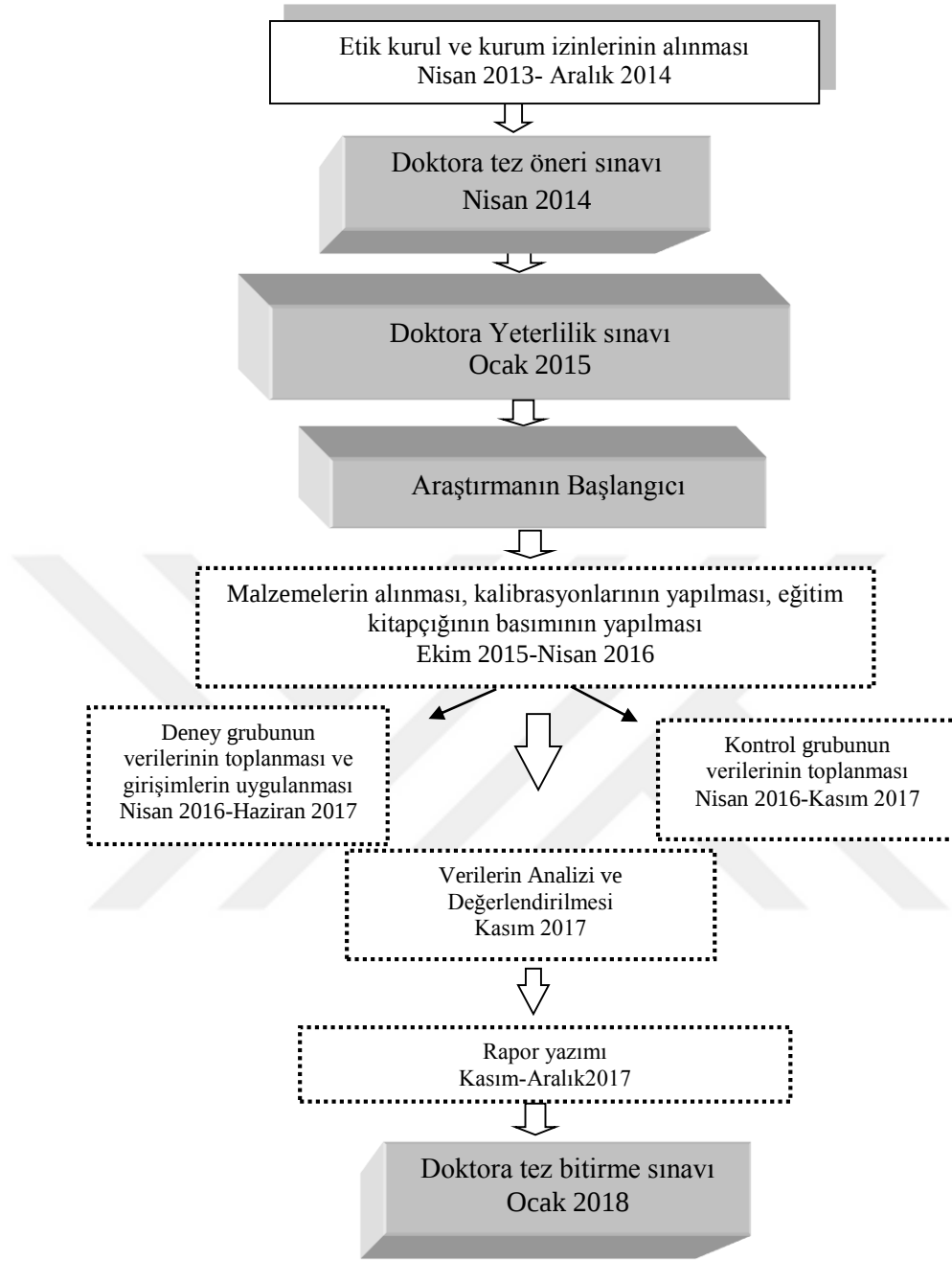
Elde edilen puanlar, (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilebilmektedir (Mollaoglu ve ark. 2011). (Ek 7)

3.6.9. Pelvik Taban Kas Egzersizi Günlüğü

Hastaların pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli olarak yapılması, sabah, öğle, akşam olmak üzere günde üç kez ve egzersizlerin kasılma ve gevşeme sürelerini belirterek kaydının yapıldığı 12 haftalık bir takip çizelgesidir (Sarı 2007). Hastalara verilen egzersiz günlüğü hem egzersizlerin düzenli olarak yapılması hem de motivasyonlarının artmasını sağlamak için kullanılmıştır. (Ek 8)

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Araştırmada, Sağlık İnanç Modeli'ne göre pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması planlanmış ve ev ziyaretleri yoluyla uygulanmıştır. Araştırmanın planı ve takvimi şekil 4'da gösterilmiştir.



Şekil 4. Araştırmanın Planı ve Takvimi

3.7.1. Sağlık İnanç Modeline Oluşturulan Evde Pelvik Taban Kas Egzersizleri Girişimleri

Araştırma Öncesi Yapılan Hazırlıklar

Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Araştırmanın deneysel aşamasında inme sonrası Üİ'ı olan hastalara SİM temel alınarak evde uygulanacak PTKE'leri, konuyla ilgili olan literatürün Üİ semptomuna yönelik hastaların duyarlılık ve ciddiye algılarının geliştirilmesi, PTKE'lerinin hastalar

tarafından yararlılığının algılanması, uygulanmasındaki engellerin ortadan kaldırılması ve özetkililik inancının arttırılması ve eyleme geçiricilerin motivasyonun arttırılması için kullanılmasına yönelik önerileri doğrultusunda planlanmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığının içeriği, bu konuda benzer çalışmaları olan beş uzmandan (nöroloji, dahiliye, halk sağlığı alanlarından) görüş alınmış ve önerileri doğrultusunda düzeltmeler yapılmıştır. Ayrıca, bu eğitim kitapçığı Uluslararası Standart Kitap Numarası alınarak (ISBN 978-975-441-4615) yayınlanmıştır (Ek 13). Eğitim kitapçığında bölüm konu başlıkları aşağıdaki gibidir;

- Beynimiz nasıl çalışır?
- İnme (Strok, Felç)
- İnmenin Belirtileri ve Etkileri
- İnme Risk Faktörleri
- İnme Sonrası İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans) Sorunu
- Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Malzemelerin Hazırlığı

Ev ziyaretleri sürecinde hastaların yaşamsal bulguları, boy ve kilo ve ped ölçümleri değerlendirilmiştir. Ölçümlerde kullanılan aletlerin (tansiyon aleti, baskül ve hassas terazi) standardizasyonun olması için kalibrasyonları yaptırılmıştır (Ek 12). Ayrıca, ped testinde kullanılacak mesane pedleri, idrar yolu enfeksiyon varlığının değerlendirilebilmesi için steril idrar kabı, idrar stribi ve non-steril eldiven temin edilmiştir. Öğretim üyesi üroloji uzmanı (projede araştırmacı) tarafından poliklinik muayenesinde kullanacağı malzemeler TÜBİTAK desteği ile alınmıştır.

Danışman Görüşlerinin Alınması

Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanından (projede danışman öğretim üyesi) danışmanlık alınarak PTKE'lerinin ilk hafta 5 saniye kasılma ve 10 saniye gevşeme (her sette 10 defa ve günde üç set), ikinci hafta kasılma süresinin 10 saniyeye ve gevşeme süresinin 20 saniyeye çıkarılması (her sette 10 defa ve günde üç set), üç ile on ikinci haftalar arasında kasılma süresinin 10 saniye ve gevşeme süresinin 20 saniye (her sette 20 defa ve günde üç set) olacak şeklinde egzersiz programının uygulanması kararlaştırılmıştır (Aslan 2005; Erkan Ayyıldız 2006; Yıldırım Sarıcı 2009). Kasma yöntemi öğretilirken; rektum ve üretrayı kendi etrafında sıkıştırıp içe doğru kaldırması, pelvik taban kaslarını idrar ve gaz geçişini durduruyormuşçasına arkadan öne doğru sıkması, bir ayna karşısında yan dönerek pelvik taban

kaslarının güçlü şekilde sıkılması ve gözlenmesi, perianal bölgeye palpasyon yapılarak kaslar sıkıldığında parmakların yukarı doğru kalkması ya da emin olunmadığında vajinaya parmaklarını koyarak kasların kasılması (kadınlar için), gevşeme yöntemi öğretilirken ise; pelvik taban kaslarını idrar ve gaz geçişine izin verecekmiş gibi rahat bırakması istenmiştir. Pelvik taban egzersizleri yapılırken karın, kalça ve uyluk kaslarının kasılmaması ve valsalva manevrasının yapılmaması hastaya açıklanmış ve uygulatılmıştır. Günlük hayatın her durumunda kaslarını kontrol edebilmeleri için, hastalara bu egzersizleri çeşitli (otururken, yatarken ya da ayakta) pozisyonlarda tekrarlatılmıştır. Egzersizler on iki hafta süresince günde üç set olacak şekilde planlanmıştır. Egzersiz programı düzenli şekilde takip edilmesi ve devam ettirilmesi için hastalara ev ziyaretleri, telefonla görüşmeler yapılmış ve egzersiz günlüğü verilmiştir. Ayrıca, Nöroloji uzmanı tarafından (projede araştırmacı öğretim üyesi) deney ve kontrol grubuna dahil edilen hastaların inme tanısı ve sınıflandırılması yapılmıştır.

Ev Ziyareti Süreci

Araştırmada girişim grubuna dört ev ziyareti yapılmış olup; ilk ziyaret, ikinci (birincisinden yedi gün sonra), üçüncü (ikincisinden bir ay sonra), dördüncü ev ziyareti (ilk ziyaretten üç ay sonra) ve kontrol grubuna ilk ziyaret ve üç ay sonra son ziyaret olmak üzere iki ev ziyaretleri yapılmıştır (Şekil 5).

Girişim grubu;

İlk ev ziyaretinde, hasta ve bakım vereni (varsa) ile tanışma, çalışmanın amacı ve uygulanacak hemşirelik girişimlerinin açıkça anlatılmasından sonra yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. “Sosyodemografik Özellikler Bilgi formu”, Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT), Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL), Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES), 24 saatlik ped testi, Mesane günlüğü, ayrıca bakım verenlere, Bakım Veren Yüğü Ölçeği uygulanarak ön testler tamamlanmıştır. Ped testi için; hastalara hassas terazide olarak tartılan (kuru ağırlık ortalama 20 gram) ve üzerine hem sayı hem de rakam ile numara yazılan ve not edilen altı adet mesane pedi ve kilitli poşet verilmiştir. Erkek hastalar için orta boy erkek mesane pedi ve kadın hastalar için orta boy kadın mesane pedi kullanılmıştır. 24 saatlik ped testi için boş bir mesane ile başlanması ve normal günlük aktivitelerini devam etmeleri söylenmiştir. 24 saat boyunca kendilerine verilen pedlerden istediklerini kullanabilecekleri söylenmiştir. 24 saat boyunca her

dört saatte bir idrar kaçırmaya olsun ya da olmasın pedlerin yenisiyle değiştirilmesi, çıkarılan pedlerin ağırlık kaybı olmaması için kilitli poşete konularak tamamen kapatılması istenmiştir. Ayrıca, hastalara ve bakım verenlerine ped testinin yapılışı sözel olarak anlatılmasının yanında yazılı bilgi formu da verilmiştir (Ek 14). Ped testi tamamlandıktan hemen sonra hastanın evine gidilerek pedler alınmış ve aynı terazide tartılmıştır. Pedlerin kuru ve yaş ağırlıklarının farkı alınarak not edilmiştir.

Mesane günlüğü için hastaların testten önceki sıvı alımı gibi yaşam biçimlerini değiştirmeden günlük alınan sıvı miktarı, tuvalete gitme sayısı, şiddetli idrar yapma isteği ve idrar kaçırmaya sayısını çizelge üzerine yazma/işaretlemleri istenmiştir. Mesane günlüğü tamamlanınca hastaların evlerine gidilerek teslim alınmıştır. Ayrıca hastaların üriner inkontinans ve tipinin değerlendirilebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde proje araştırmacısı olan öğretim üyesi üroloji uzmanına yönlendirilmiştir. Üroloji uzmanı tarafından hastaların ürodinamik değerlendirmeleri yapılmıştır. Bunun için, hastaya yapılacak işlemle ilgili önceden bilgi verilmiştir. Öncesinde hastaların tam idrar tetkiki ya da idrar kültürü incelenmiş, üriner enfeksiyon tespit edilenler tedaviden sonra ürodinamik çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma sonrasında gelişebilecek üriner sistem enfeksiyonlarını önlemek için öncesinde antibiyotik profilaksisi yapılmıştır. Ürodinamik değerlendirme için klinikte mevcut bulunan “Aymed (Locum kablosuz sistem v.0.2.63)” model multikanallı ürodinami cihazı kullanılarak çalışmıştır. Değerlendirme sırasında hastanın detrüsor aşırı aktivitesi, öksürtüldüğünde idrar kaçırmaya olup olmadığı gözlenmiş, çok idrara sıkıştığı ve acil işeme ihtiyacı duyduğu zaman sonlandırılarak sistometrik kapasitesi kaydedilmiştir. Hastaya değerlendirme sonrasında birkaç saat rahatsızlık hissedebileceği, rahatsızlığın giderilmesi için bol su içilmesinin faydalı olacağı konusunda bilgilendirilmiştir (Homma, Batista, Bauer, Griffiths ve ark. 2002).

Ön testlerin uygulanmasından sonra SİM’e dayalı planlanan hemşirelik girişimleri uygulanmaya başlanılmıştır. Girişimlerde; hasta ve bakım verenine inme, üriner sistem ve PTK’larının yapı ve işlevleri, PTKE’lerinin yarar ve kullanışı hakkında yazılı ve sözlü olarak eğitim verilmiş, egzersizler hastalara birebir öğretilmiş ve uygulanmıştır. Hastalar hem eğitim hem de hemşire tarafından birebir eğitim verilmesi ile Üİ’a yönelik duyarlılık ve ciddiyet algısının ve PTKE’lerine yönelik yarar algısının artması hedeflenmiştir.

Uygulamada ilk olarak hastanın mesanesini boşaltması, litotomi pozisyonuna ya da semifowler pozisyonunda olmaları, rahat hareket edebileceği kıyafet giymesi söylenmiştir. Sonrasında, hastaya dizler hafif fleksiyonda, baş hafifçe kalkık ve sırtüstü/semifowler pozisyonunda pelvik taban kaslarını kasma ve gevşeme yöntemi öğretilmiştir. Hastalara, egzersizlerin evde uygulatılmasında pelvik taban kasları kasıldığında yukarı doğru kalkıp kalkmadığı hem perianal/dijital palpasyon yapılarak hem de görsel olarak incelenerek doğru kasların bulunması sağlanmış olup hastaların PTKE'lerini doğru bir şekilde uygulamaya başlayana kadar en az bir set uygulatılmıştır. Egzersizler farklı pozisyonlarda da (otururken, ayakta ve yatarken) uygulatılmış ve günlük yaşam aktiviteleri sürecinde yapmaları önerilmiştir. Ayrıca hastaların egzersizleri düzenli ve doğru uygulamalarının sağlanması için bakım verenlerin eğitime katılmaları istenmiş ve çoğuna da egzersizler uygulatılarak öğretilmiştir. Bakım verenlerin egzersizleri öğrenmesinin hastaların motivasyonlarını artırıcı ve hatırlatıcı olması hedeflenmiştir.

Egzersiz programının düzenli şekilde takip edilebilmesi ve devam ettirilebilmesi için hastalara ev ziyaretleri, telefon görüşmeleri yapılmış, egzersiz günlüğü ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Hastalara egzersiz günlüğü hakkında bilgi verildikten sonra, her egzersiz setini tamamladığında sabah, öğle ve akşam olarak belirtilen yere işaret koymaları istenmiştir. Egzersiz günlüğünün not edilmesiyle ve eğitim kitapçığının verilmesiyle; hastalarda engel algısı olan egzersizleri unutmaya yönelik hatırlatıcı, eyleme geçirici olması ve özetliklerinin artırılması hedeflenmiştir. PTKE programından sonra hastalara tekrar ev ziyaretleri yapılacağı ve telefonla aranacakları bildirilmiştir. Bu süreçte, girişimler hakkında herhangi bir soru ya da bilgiye ihtiyaç duyduklarında telefonla arayarak danışmanlık alabilecekleri söylenmiştir. Her ev ziyaretinin süresi ortalama 45-60 dakika sürmüştür. Diğer ev ziyaretleri yapılmadan önce hasta aranarak randevu saati ve günü belirlenmiştir.

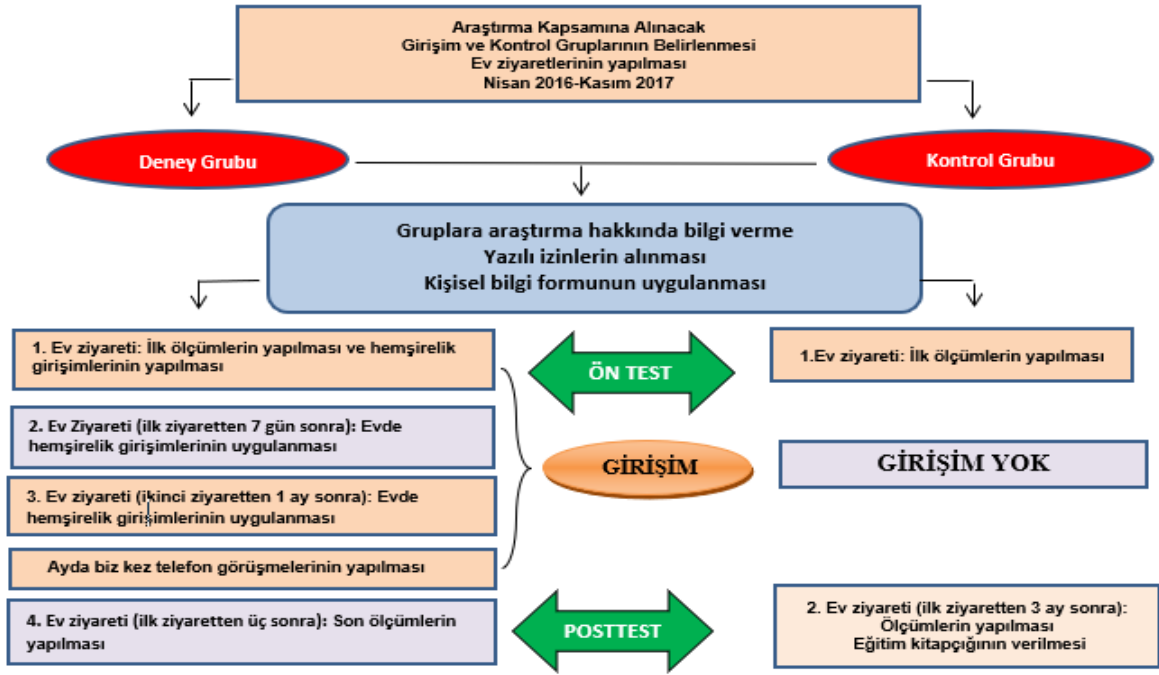
İkinci ev ziyaretinde, PTKE'i ve süresi hatırlatılmış ve girişimler tekrar ettirilmiştir. Egzersize uyumun takibini kontrol etmek için egzersiz günlüğü incelenmiş ve hastalardan egzersizi nasıl yaptıklarını göstermeleri istenmiştir. Sonraki hafta yine, egzersizlerin sıklığı ve süresinin hatırlatılması için hastalarla telefon görüşmesi yapılmıştır. Üçüncü ev ziyareti, egzersizlerin tekrarlatılması ve uygulamada bir sorun olup olmadığını sorgulamak için yapılmıştır.

Son ev ziyareti ise, ICIQ-SF, I-QOL, Broome PMSES, aynı şekilde 24 saatlik ped testi, mesane günlüğü ve bakım verenlerine Bakım Veren Yüğü Ölçeğı son testi uygulanmıştır. Egzersizler başladıktan sonraki üç ay boyunca hastalar ya da bakım verenlerine ayda bir kez telefonla görüşülerek egzersize devam edip etmedikleri, uygulama ile ilgili sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve egzersize devam etmeleri konusunda hem hatırlatıcı olması hem de motivasyon sağlanması hedeflenmiştir.

Kontrol grubu;

İlk ev ziyaretinde, hasta ve bakım vereni ile tanışma, çalışmanın amacı açıkça anlatılmasından sonra yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. “Sosyodemografik Özellikler Bilgi formu”, Eğitimli ve Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (DSMMT), ICIQ-SF, I-QOL, 24 saatlik ped testi, Mesane günlüğü, ayrıca bakım verenlere Bakım Veren Yüğü Ölçeğı uygulanarak ön testler tamamlanmıştır. Ped testi ve mesane günlüğü girişim grubunda olduğu gibi detaylı açıklanmış ve uygulanmıştır. Hastaların üriner inkontinans ve tipinin değerlendirilebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde proje araştırmacısı olan öğretim üyesi üroloğa yönlendirilmiştir. Ürolog tarafından hastaların ürodinamik değerlendirmeleri yapılmıştır.

SİM’e dayalı planlanan hemşirelik girişimleri hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir. Kontrol grubuna, ön testlerden üç ay sonra son testler uygulandıktan sonra evde PTKE’leri deney grubuna verilen eğitimle benzer olacak şekilde uygulanmış ve bakım verenlerine de öğretilmiştir. Ayrıca, hastalara “İdrar Kaçırması Olan İnme Hastaları ve Bakım Verenleri için Rehber” i ve egzersiz günlüğü verilmiştir.



Şekil 5: Çalışmanın İş Akış Şeması

3.7.2. Araştırmacının Niteliği

Araştırmacı düzenli olarak konuyla ilgili bilgi ve yeterliliğini arttırmak için kurslara katılmıştır.

- Evde Bakım Hemşireliği Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve DEÜ Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi, 09/2012, İzmir
- 3. Ulusal Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık YO, 04/2012 Kuşadası
- 1st International Home Care Congress, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 07/2013, İzmir
- İzmir İleri Yaş Sempozyumu, Ege Geriatri Derneği, 03/2014, İzmir
- 3. Evde Bakım Hemşireliği Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 06/2014, İzmir
- 1st International Home Care and Paliative Care Congress, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, 02/2016, Manisa
- 2nd International Home Care Congress, Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 06/2016
- Pelvik Rehabilitasyon Kongresi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 05/2017, İstanbul
- Ürodinami Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 05/2017, İstanbul

- Alt üriner Sistem Şikayeti Olan Hastanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları Kursu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 05/2017, İstanbul

3.7.3. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın mali desteği, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) 3001 Başlangıç Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı (sayı numarası 214S042) tarafından sağlanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elden edilen veriler SPSS 24.0 istatistik programı kullanılarak analizi edilmiştir. Analizde kullanılan istatistik yöntemler;

- Örneklem büyüklüğü, etki büyüklüğü güç analizi G-Power 3.3.1 yazılım programı,
- Sosyodemografik bilgileri değerlendirmek için ki-kare ve Mann-Whitney U,
- Deney ve kontrol gruplarının I-QOL ve alt boyutları, ICIQ-SF, ped testi, mesane günlüğü, Bakım Veren Yüğü Ölçeğı ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U,
- Deney grubuna kendi içinde I-QOL ve alt boyutları, ICIQ-SF, ped testi, mesane günlüğü, Broome PMSES, Bakım Veren Yüğü Ölçeğı ve alt boyutları ön-son test puan ortalamalarını karşılaştırmak için Wilcoxon İşaretli Sıra testi,
- Kontrol grubuna kendi içinde I-QOL ve alt boyutları, ICIQ-SF, ped testi, mesane günlüğü, Bakım Veren Yüğü Ölçeğı ve alt boyutları ön-son test puan ortalamalarını karşılaştırmak için Wilcoxon İşaretli Sıra testi,
- Yaşam kalitesi ile girişim, uluslararası inkontinans sorgulama formu, bakım veren yüğü ve haftalık idrar kaçırma sıklığı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi,
- Girişimin, uluslararası inkontinans sorgulama formunun, bakım veren yüğü ölçeğinin, haftalık idrar kaçırma sıklığının ve ped testinin yaşam kalitesi düzeyindeki değişimi yordama düzeyleri çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.
- Girişim, uluslararası inkontinans sorgulama formu, bakım veren yüğü ölçeğı, haftalık idrar kaçırma sıklığı ve ped testinin yaşam kalitesi arasında çoklu bağıntı olup olmadığı, değişkenlerle regresyon analizi yapıp yapılamayacağına karar vermede tolerans ve varyans inflamasyon değerleri (VIF) kullanılmıştır. Regresyon analizi yapmak için

tolerans değerinin 0.2'den büyük ve VIF değerinin 10'dan kk olması gerekmektedir. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütülmesindeki en önemli sınırlılık örneklem grubuna ulaşmada zorluk yaşanmasıdır. Araştırmanın yapılacağı merkez olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İnme Polikliniğine randevusu olan hastaların bazılarının muayeneye gelmemesi ve bu hastaların telefonla aranarak ulaşılmaya çalışılması, telefon numaraların kullanım dışı ya da hatalı olması nedeniyle ulaşılamaması ve kötü niyetli kişilerin telefonla insanlara ulaşıp zarar vermeye çalışması gibi haberlerin olması nedeniyle hastalarla araştırıcı arasında güven ilişkisinin oluşmasında güçlük yaşanmıştır. Ayrıca, inme polikliniklerinde görüşülerek örneklem grubuna alınması planlanan hastaların çalışmaya katılmayı istemelerine rağmen yakınlarının izin vermemesi ya da hastaların tekrar inme geçirmesi nedeniyle hasta kaybı yaşanmıştır. Yeterli rnekleme ulaşılabilmesi için Ege Üniversitesi Hastanesi'nden bulunan hastalarlada da benzer sorunlar yaşanmakla beraber özellikle İzmir ili dışında yaşayan inmeli hasta sayısının fazla olması güçlük yaratmıştır.

3.9.1. Araştırmada yaşanan güçlükler

İnme polikliniğinde yapılan görüşmede idrar kaçırma sorunu olduğunu söyleyen hastaların yapılan ev ziyaretinde idrar kaçırma sorunlarının olmadığını söylemeleri zaman ve iş gücü kaybına neden olmuştur. Malzeme satın alımının uzun sürmesi ve alımdan hemen sonra satıcı firmanın bazı malzemelerde sorun olmasını belirtmesi nedeniyle iki hafta değişim için beklenmiş ve yine zaman kaybına neden olmuştur. DE hastanesinde roloğun İ ve tipinin belirlenmesinde yapacağı ürodinamik değerlendirme örneklem kriterlerine uygun bazı hastaların bu testi yaptırmak istememesi hasta kaybına neden olmuştur. Hastaneye ulaşımda yol süresinin uzun olması ve fiziksel yeterliklerinin sınırlı olmasından dolayı zorluk yaşamaları ve özel araca ihtiyaç duymaları ulaşımda güçlük yaşanmasına neden olmuştur. Ayrıca, rodinami cihazının sık arızalanması ve tamirinin uzun sürmesi nedeniyle hastaların testinin yapılmasında gecikme yaşanmasına ve bu nedenle hemşirelik girişimlerine başlamada da gecikmeye neden olmuştur. Test öncesinde hastada idrar yolu enfeksiyonunun (İYE) olmaması gerekmektedir. Bu nedenle İYE olan hastaların tedavi süreçleri hastanın testinin ve hemşirelik girişimlerin yapılmasında gecikmelere yol açmıştır. Kontrol grubundan ön test-son test arasındaki 12

haftalık süreçte herhangi bir girişim yapılamaması nedeniyle bazı hastalar çalışmadan ayrılmıştır, bu sorun örneklem sayısında azalmaya ve tekrar çalışmaya uygun hasta bulunmaya çalışılması nedeniyle zaman kaybı yaşanmıştır. Birkaç hastanın il içinde ikametinin değişmesi nedeniyle son ölçümlerin yapılmasında güçlük yaşanmasına neden olmuştur.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izni alınmıştır (Ek 15). (1431-GOA; Tarih:10.04.2014/ Karar No: 2014/14-25; Tarih:18.12.2014/ KN: 2014/37-34; Tarih: 16.10.2015/ KN: 2015/23-31). Araştırmaya dahil edilecek hastalara ulaşmabilmek için Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek 10). Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek 11). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara açıklama yapılarak Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 9) imzalatılmıştır. Ayrıca “eşitlik” ilkesi doğrultusunda kontrol grubundaki hastalara ve bakım verenlerine araştırmanın son testleri yapıldıktan sonra pelvik taban kas egzersizleri eğitimi uygulatılarak hazırlanan egzersiz günlüğü ve eğitim kitapçığı da verilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümde inmeli hastalara Sağlık İnanç Modeli'ne göre evde uygulanan pelvik taban kas egzersizi girişiminin hasta bakım sonuçlarına ve bakım veren yüküne etkisini inceleyen bulgular verilmiştir.

4.1. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinans Verileri Üzerine Etkisi

Tablo 7. Deney ve Kontrol Grubunun Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	15.35±4.19	6.80±4.87	3.924	0.000
Kontrol	14.00±3.27	14.44±4.18	0.519	0.604
U	142.50	40.50		
p	0.271	0.000		

Tablo 7’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu ön test toplam puan ortalaması deney grubu için 15.35±4.19; kontrol grubu için 14.00±3.27’dir. Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu toplam puan ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu son test toplam puan ortalaması deney grubu için 6.80±4.87; kontrol grubu için 14.44±4.18’dir. Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu toplam puan ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun Uluslararası İnkontinans Sorulama Formu ön-test toplam puanı 15.35±4.19 iken son-test toplam puanı 6.80±4.87’dir. Deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun İnkontinans Sorulama Formu ön-test toplam puanı 14.00 ± 3.27 iken son-test toplam puanı 14.44 ± 4.18 'tür. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubunun Mesane Günlüğü Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Günlük Sıvı Tüketim Miktarı (ml)				
Deney	1442.30±497.10	1509.40±674.62	0.056	0.955
Kontrol	1691.94±819.13	1660.72±897.94	0.196	0.845
U	150.50	165.50		
p	0.388	0.672		
Günlük Tuvalete Çıkma Sayısı				
Deney	7.39±4.29	6.75±2.21	1.046	0.296
Kontrol	8.23±3.81	6.93±3.11	1.285	0.199
U	154.00	174.50		
p	0.447	0.872		
Haftalık Şiddetli İdrar Yapma İsteği Sayısı				
Deney	11.40±11.50	9.75±15.29	0.701	0.484
Kontrol	8.00±8.52	8.50±10.47	0.490	0.624
U	145.50	173.00		
p	0.308	0.835		
Haftalık İdrar Kaçırma Sayısı				
Deney	19.15±16.47	9.95±12.50	2.225	0.026
Kontrol	13.66±11.89	10.94±8.12	0.995	0.320
U	145.50	140.50		
p	0.312	0.247		

Tablo 8’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin mesane günlüğüne ait ön test ve son test ortalamaları verilmiştir.

Günlük sıvı tüketimi miktarı ön test ortalaması deney grubu için 1442.30 ± 497.10 ; kontrol grubu için 1691.94 ± 819.13 ’dür. Günlük sıvı tüketimi miktarı ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Günlük sıvı tüketimi miktarı son test ortalaması deney grubu için 1509.40 ± 674.62 ; kontrol grubu için 1660.72 ± 897.94 'tür. Günlük sıvı tüketimi miktarı ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Grupların kendi içlerinde ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun günlük sıvı tüketimi miktarı ön-test ortalaması 1442.30 ± 497.10 iken son-test ortalaması 1509.40 ± 674.62 'dir. Deney grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Kontrol grubunun günlük sıvı tüketimi miktarı ön-test ortalaması 1691.94 ± 819.13 iken son-test ortalaması 1660.72 ± 897.94 'tür. Kontrol grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Günlük tuvalete çıkma sayısı ön test ortalaması deney grubu için 7.39 ± 4.29 ; kontrol grubu için 8.23 ± 3.81 'dir. Günlük tuvalete çıkma sayısı ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Günlük tuvalete çıkma sayısı son test ortalaması deney grubu için 6.75 ± 2.21 ; kontrol grubu için 6.93 ± 3.11 'dir. Günlük tuvalete çıkma sayısı ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Grupların kendi içlerinde ortalamalar karşılaştırıldığında, deney grubunun günlük tuvalete çıkma sayısı ön-test ortalaması 7.39 ± 4.29 iken son-test ortalaması 6.75 ± 2.21 'dir. Deney grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Kontrol grubunun günlük tuvalete çıkma sayısı ön-test ortalaması 8.23 ± 3.81 iken son-test ortalaması 6.93 ± 3.11 'dir. Kontrol grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$).

Haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı ön test ortalaması deney grubu için 11.40 ± 11.50 ; kontrol grubu için 8.00 ± 8.52 'dir. Haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı son test ortalaması deney grubu için 9.75 ± 15.29 ; kontrol grubu için 8.50 ± 10.47 'dir. Haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı

ortalamları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Grupların kendi içlerinde ortalamları karşılaştırıldığında, deney grubunun haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı ön-test 11.40 ± 11.50 iken son-test 9.75 ± 15.29 'dur. Deney grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Kontrol grubunun haftalık şiddetli idrar yapma isteği sayısı ön-test ortalaması 8.00 ± 8.52 iken son-test ortalaması 8.50 ± 10.47 'dir. Kontrol grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Haftalık idrar kaçırma sayısı ön test ortalaması deney grubu için 19.15 ± 16.47 ; kontrol grubu için 13.66 ± 11.89 'dur. Haftalık idrar kaçırma sayı ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Haftalık idrar kaçırma sayısı son test ortalaması deney grubu için 9.95 ± 12.50 ; kontrol grubu için 10.94 ± 8.12 'dir. Haftalık idrar kaçırma sayısı ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Grupların kendi içlerindeki ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun haftalık idrar kaçırma sayısı ön-test ortalaması 19.15 ± 16.47 iken son-test ortalaması 9.95 ± 12.50 'dir. Deney grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun haftalık idrar kaçırma sayısı ön-test ortalaması 13.66 ± 11.89 iken son-test ortalaması 10.94 ± 8.12 'dir. Kontrol grubunun ön test ortalaması ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

4.2. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Ped Testi Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Ped Testi Ölçümlerinin Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	114.20±117.78	64.40±111.99	2.035	0.042
Kontrol	89.33±114.91	118.33±136.20	0.240	0.811
U	148.00	104.00		
p	0.349	0.026		

Tablo 9’da deney ve kontrol grubundaki hastaların ped testi ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Ped testi ön test toplam puan ortalaması deney grubu için 114.20±117.78; kontrol grubu için 89.33±114.91’dir. Ped testi toplam puan ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Ped testi son test toplam puan ortalaması deney grubu için 64.40±111.99; kontrol grubu için 118.33±136.20’dir. Ped testi toplam puan ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun ped testi ön-test toplam puanı 114.20±117.78 iken son-test toplam puanı 64.40±111.99’dur. Deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun ped testi ön-test toplam puanı 89.33±114.91 iken son-test toplam puanı 118.33±136.20’dir. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

4.3. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi Verileri Üzerine Etkisi

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	52.85±18.26	89.30±18.98	3.922	0.000
Kontrol	52.11±16.50	54.33±17.39	0.595	0.552
U	167.50	37.00		
p	0.714	0.000		

Tablo 10’da deney ve kontrol grubundaki hastaların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği ön test toplam puan ortalaması deney grubu için 52.85±18.26; kontrol grubu için 52.11±16.50’dir. İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları açısından ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği son test toplam puan ortalaması deney grubu için 89.30±18.98; kontrol grubu için 54.33±17.39’dir. İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalamaları açısından son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ön-test toplam puanı 52.85±18.26 iken son-test toplam puanı 89.30±18.98’dir. Deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ön-test toplam puanı 52.11±16.50 iken son-test toplam puanı 54.33±17.39’dur. Kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Davranışların Sınırlanması Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	19.90±7.01	33.45±5.23	3.791	0.000
Kontrol	19.16±5.64	18.55±4.61	0.131	0.896
U	168.50	6.00		
p	0.736	0.000		

Tablo 11’de deney ve kontrol grubundaki hastaların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği davranışların sınırlanması alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği ***davranışların sınırlanması alt boyutu*** ön test puan ortalaması deney grubu için 19.90±7.01; kontrol grubu için 19.16±5.64 olup ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği ***davranışların sınırlanması alt boyutu*** son test toplam puan ortalaması deney grubu için 33.45±5.23; kontrol grubu için 18.55±4.61 olup son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ***davranışların sınırlanması alt boyutu*** ön-test puanı 19.90±7.01 iken son-test toplam puanı 33.45±5.23 olup deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği ***davranışların sınırlanması alt boyutu*** ön-test toplam puanı 19.16±5.64 iken son-test toplam puanı 18.55±4.61 olup kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Psikososyal Etkilenme Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	23.35±10.66	36.80±8.98	3.922	0.000
Kontrol	23.05±9.76	25.77±10.04	1.637	0.102
U	176.50	71.00		
p	0.918	0.001		

Tablo 12’de deney ve kontrol grubundaki hastaların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği psikolojik etkilenme alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği **psikososyal etkilenme alt boyutu** ön test puan ortalaması deney grubu için 23.35±10.66; kontrol grubu için 23.05±9.76 olup ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği **psikososyal etkilenme alt boyutu** son test toplam puan ortalaması deney grubu için 36.80±8.98; kontrol grubu için 25.77±10.04 olup son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği **psikososyal etkilenme alt boyutu** ön-test puanı 23.35±10.66 iken son-test toplam puanı 36.80±8.98 olup deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği **psikososyal etkilenme alt boyutu** ön-test toplam puanı 23.05±9.76 iken son-test toplam puanı 25.77±10.04 olup kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunun İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal İzolasyon Alt Boyutu Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	9.60±4.64	19.05±5.89	3.925	0.000
Kontrol	9.88±4.30	10.00±4.62	0.000	1.000
U	168.50	44.50		
p	0.733	0.000		

Tablo 13’de deney ve kontrol grubundaki hastaların inkontinans yaşam kalitesi ölçeği sosyal yaşamı sınırlama alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği *sosyal yaşamı sınırlama alt boyutu* ön test puan ortalaması deney grubu için 9.60±4.64; kontrol grubu için 9.88±4.30 olup ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği *sosyal yaşamı sınırlama alt boyutu* son test toplam puan ortalaması deney grubu için 19.05±5.89; kontrol grubu için 10.00±4.62 olup son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği *sosyal yaşamı sınırlama alt boyutu* ön-test puanı 9.60±4.64 iken son-test toplam puanı 19.05±5.89 olup deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<.05$).

Kontrol grubunun inkontinans yaşam kalitesi ölçeği *sosyal yaşamı sınırlama alt boyutu* ön-test toplam puanı 9.88±4.30 iken son-test toplam puanı 10.00±4.62 olup kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

4.4.Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Öz-Etkililik Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi

Tablo 14. Deney Grubunun Broome Pelvik Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği ve Alt Boyutlarının Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İzlemler Ölçek	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Etkililik Beklentisi Alt Boyutu	45.21±14.11	71.75±18.15	3.865	0.000
Sonuç Beklentisi Alt Boyutu	14.05±11.52	53.16±29.99	3.704	0.000
Toplam Puan	33.02±12.64	64.47±20.60	3.920	0.000

Tablo 14’de deney grubundaki hastaların Broome pelvik taban egzersizleri öz-etkililik ölçeği toplam puan, etkililik beklentisi ve sonuç beklentisi alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir.

Deney grubunda Broome pelvik taban egzersizleri öz-etkililik ölçeği toplam puanı ön test için 33.02±12.64; son test için 64.47±20.60 olup iki ölçüm toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

Broome pelvik taban egzersizleri öz-etkililik ölçeği **etkililik beklentisi alt boyut** puan ortalamaları ön test için 45.21±14.11; son test için 71.75±18.15 olup iki ölçüm toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

Broome pelvik taban egzersizleri öz-etkililik ölçeği **sonuç beklentisi alt boyut** puan ortalamaları ön test için 14.05±11.52; son test için 53.16±29.99 olup iki ölçüm toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

4.5.Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü Verileri Üzerine Etkisi

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Bakım Verme Yükü Ölçeği Ön Test-Son Test Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

İzlemler Grup	Ön test	Son test	Z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Deney	34.64±21.28	28.71±16.42	1.749	0.080
Kontrol	31.21±17.44	31.00±20.65	0.094	0.925
U	92.00	98.00		
p	0.783	1.000		

Tablo 15’de deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım veren yükü ölçeği ön test ve son test toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Bakım verme yükü ölçeği ön test puan ortalaması deney grubu için 34.64±21.28; kontrol grubu için 31.21±17.44 olup ilk izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Bakım verme yükü ölçeği son test toplam puan ortalaması deney grubu için 28.71±16.42; kontrol grubu için 31.00±20.65 olup son izlemde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Grupların kendi içlerinde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun bakım verme yükü ölçeği ön-test puanı 34.64±21.28 iken son-test toplam puanı 28.71±16.42 olup deney grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Kontrol grubunun bakım verme yükü ölçeği ön-test toplam puanı 31.21±17.44 iken son-test toplam puanı 31.00±20.65 olup kontrol grubunun ön test puan ortalaması ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Tablo 16. Çalışma değişkenleri arasındaki ilişki

	1	2	3	4	5
1. Yaşam Kalitesi	1.00				
2. Girişim	0.794*	1.00			
3. ICIQ-SF toplam puanı	-0.755*	-0.764*	1.00		
4. Bakım veren yükü ölçeği	-0.195	-0.252	0.265	1.00	
5. Haftalık idrar kaçırma sıklığı	-0.200	-0.202	0.423*	-0.023	1.00

* $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı

** Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu

Tablo 16'da yaşam kalitesi ile girişim, uluslararası inkontinans sorgulama formu, bakım veren yükü ve haftalık idrar kaçırma sıklığı arasındaki ilişki verilmiştir.

Yaşam kalitesi ile girişim arasında güçlü düzeyde, pozitif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki ($p < 0.01$), ICIQ-SF toplam puanı arasında güçlü düzeyde, negatif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.01$).

Tablo 17. Çalışmanın Yaşam Kalitesi Düzeyindeki Değişimi Yordama Düzeyi

Değişken	Model 1					Model 2					Model 3				
	B	SH	β	t	p	B	SH	β	t	p	B	SH	β	t	p
Yapılan Girişim*	34.228	5.134	0.743	6.667	0.000						14.891	7.056	0.368	2.111	0.046
ICIQ-SF toplam puanı						-8.994	1.378	-0.736	6.528	0.000	-1.752	0.681	-0.480	2.575	0.017
Bakım veren yükü ölçeği											-0.030	0.210	-0.017	0.141	0.889
Haftalık idrar kaçırma sıklığı											0.116	0.176	0.082	0.659	0.517
Ped testi											-0.026	0.018	-0.178	1.459	0.159
R	0.743					0.736					0.839				
R ²	0.552					0.542					0.704				
F	44.444					42.619					10.448				
p	0.000					0.000					0.000				
DW (1.5-2.5)	1.930					2.073					2.121				

* Analizde Deney grubu “1”, kontrol grubu”0” olarak kodlanmıştır.

Tablo 17’de girişim, ICIQ-SF, bakım veren yükü ölçeği, haftalık idrar kaçırma sıklığı ve ped testinin yaşam kalitesini düzeyindeki değişimi yordama düzeyleri çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analizde modelleme yapılmış ve üç model oluşturulmuş olup her model için F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Model 1’in istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$) ve girişimin yaşam kalitesi düzeyindeki artışın %55.20’sini ($R^2=0.552$) açıkladığı, girişim yapmanın yaşam kalitesini 0.743 ($\beta=0.743$) kat arttırdığı bulunmuştur. Model 2’nin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$) ve ICIQ-SF toplam puanının yaşam kalitesi düzeyindeki artışın %54.20’sini ($R^2=0.542$) açıklandığı ve ICIQ-SF toplam puanın azalmasının yaşam kalitesini 0.736 ($\beta=-0.736$) kat arttırdığı bulunmuştur. Model 3’de bir bütün olarak tüm değişkenlerin birbiri ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$) saptanmıştır. Girişim, ICIQ-SF toplam puanının, bakım veren yükü ölçeği, haftalık idrar kaçırma sıklığı ve ped testinin yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %70.40’nı ($R^2=0.704$) açıklandığı bulunmuştur. Anlamlı şekilde etkileyen en önemli değişkenin sırayla ICIQ-SF ($\beta= 0.480$) ve girişim ($\beta= 0.368$) olduğu saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Sağlık İnanç Modeli temel alınarak hazırlanan pelvik taban kas egzersizi girişimleri inme sonrası üriner inkontinansı olan hastalarda uygulanmıştır. Yapılan girişimlerin üriner inkontinans sayısı, idrar kaçırma miktarı, inkontinansa bağlı yaşam kalitesi, egzersizleri uygulamadaki öz etkililik durumları ve bakım verenlerin yükü üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Üriner İnkontinans Verileri Üzerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların idrar kaçırma sayısı, idrar kaçırma miktarı ve günlük yaşam üzerindeki etkilerini değerlendiren Uluslararası İnkontinans Sorulama Kısa Formu (ICIQ-SF) ön test toplam puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 7). Deney grubunda SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonra ICIQ-SF son test toplam puan ortalamasının azaldığı ve bu azalmanın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=.000$, Tablo 7). Gruplar arasında, ICIQ-SF son-test toplam puan ortalamasının üç ay sonra deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 7). Bu sonuçlara göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında *üriner inkontinans sayı ortalaması* kontrol grubuna göre daha düşüktür” **H1 hipotezi** doğrulanmaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların mesane günlükleri değerlendirildiğinde haftalık idrar kaçırma sayısı ön test ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 8). Deney grubunda SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonra mesane günlüğündeki idrar kaçırma sayısı son test ortalamasının azaldığı ve bu azalmanın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 8). Kontrol grubunda ön test ile son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$). Bu sonuca göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında *mesane günlüğündeki idrar kaçırma sayı ortalaması* kontrol grbuna göre daha düşüktür” **H1a hipotezi** doğrulanmamaktadır. Bununla birlikte, mesane günlüğünde gruplar arasında günlük sıvı alım miktarı ve tuvalete çıkma sayısı ön test-son test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamış olması ($p>.05$, Tablo 8) idrar kaçırma sayısındaki azalmanın SİM'e dayalı evde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliğine bağlı olduğunu düşündürmektedir.

PTKE'leri stres inkontinans tedavisinde pelvik taban kontraksiyonun güçlenmesini ve/veya zamanlamasını arttırmayı ve urge inkontinans yönetiminde detrüsör kontraksiyonunu inhibe etmeyi amaçlar (Dumoulin ve ark. 2005). Bu egzersizlerinin bilişsel durumu iyi olan inme hastalarında Üİ'ı azalttığına dair güçlü kanıtlar vardır. İnmeden sonra stres, urge ve mikst tip Üİ olan 24 kadın hastada pelvik taban kas egzersizlerinin Üİ üzerindeki etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada sonucunda, deney grubunda kontrol grubuna göre günlük işeme sıklığında azalma bulunurken ($p=0.028$), idrar kaçırma epizodlarında farklılık saptamamış olup bulgularımızla farklılık göstermektedir (Tibaek ve ark. 2005). İnmeli 31 kadın hastalarda altı hafta jimnastik topu üzerinde uygulatılan PTKE'nin etkinliğinin incelendiği başka bir çalışmada, egzersizlerin deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre üriner inkontinans semptomlarını azaltmada etkili olduğu belirtilmiş olup çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Shin ve ark. 2016). Middaugh ve arkadaşlarının (2002) tek gruplu ön test-son test tasarımlı yarı deneysel çalışmasında inme sonrası kronik Üİ'lı (en az 8 ay boyunca haftada ortalama 1.6 ila 7.5 arasında Üİ) olan dört erkek hastaya manometrik biyofeedbackle eğitimi ve sonrasında evde uygulattılan PTKE'leri, sonucunda kontinans elde edildiği ve sürdürüldüğü bildirilmiştir (Middaugh, Whitehead, Burgio ve Engel 2002). Bulgularımıza benzer olarak McClurg ve arkadaşları (2008) nörolojik sorunu hastalarda dokuz hafta boyunca uyguladığı PTKE'nin sonucunda günlük idrar kaçırma epizodlarında ve idrar yapma sıklığında azalma sağlamıştır (McClurg ve ark. 2008). Liao ve arkadaşları (2006) PTKE programına katılan hastaların Üİ ve egzersizlerle ilgili bilgilerinin artmasının Üİ'in şiddetinin azalması yönünde pozitif etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Liao ve ark. 2006). Başka bir çalışmada, kadınlara üç ay PTKE'lerinin uygulanmasından sonra inkontinans şiddetinde önemli derecede azalma olduğu bildirilmiştir (Hassan Hussein, Mohamed ve Rashad El-nemer 2015). Bu çalışmada da inmeli hastalara SİM'e dayalı uygulanan hemşirelik girişimleri ile Üİ'a yönelik duyarlılık algısının ve PTKE'leri için yararlılık algısının artırıldığı bunun sonucunda da egzersiz programının uygulanarak Üİ semptomlarının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür.

5.2. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Ped Testi Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların idrar kaçırma miktarının değerlendirildiği 24 saatlik ped testinin ön test toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>.05$,

Tablo 9). Yapılan çalışmalarda 24 saatlik ped testi değerlerine göre inkontinansın sınıflandırılması hafif (1.3-20 gr/ 24 s), orta (21-74 gr/ 24 s) ve ciddi (> 75 gr / 24 s) olarak kabul edilmiştir (O’Sullivan, Karantanis, Stevermuer, Allen ve Moore 2006; Karantanis ve ark. 2005; Krhut ve ark. 2014; Dumoulin, Morin, Mayrand, Tousignant ve Abrahamowicz 2017). Çalışmamızda hem deney hem de kontrol grubundaki hastalarda ciddi inkontinansının olduğu görülmüştür. Deney grubunda SİM’e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonra ped testinin son test toplam puan ortalamasının yaklaşık %57 oranında azaldığı ve bu azalmanın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 9). Gruplar arasında, ped testinin son test toplam puan ortalamasının üç ay sonra deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 9). Kontrol grubunda ise son test toplam puan ortalamasının arttığı görülmüştür ($p>.05$, Tablo 9). Önceki bulgumuzda gruplarda sıvı alımı ve tuvalete çıkma sıklıklarının değişmediği göz önünde bulundurulduğunda herhangi bir tedavi almayan inme hastalarının Üİ semptomlarının zamanla kötüleşebileceği düşünülmeyle birlikte PTKE’lerinin etkinliğini de göstermektedir. Bu sonuçlara göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **ped testi puanı (gr)** kontrol grubuna göre daha düşüktür” **H2 hipotezi** kabul edilmiştir. Bulgularımızla benzer olarak, Tibaek ve arkadaşları (2005) üriner inkontinans semptomları olan inmeli kadınlara pelvik taban kasları eğitimi uyguladıktan sonra ped testinde %75 azalma (Tibaek ve ark. 2005) ve McClurg ve arkadaşları (2008) nörolojik sorunu olan Üİ’li hastalarda PTKE’nden sonra ped testi ağırlığında %41 oranında azalma olduğunu bildirmiştir (McClurg ve ark. 2008). Ped testinde %50’den fazla azalma olan hastalar iyileşme göstermiş olarak kabul edilebilir (Kılıçarslan, Vuruşkan ve Doğan 2007). Üİ’nin sık tekrar etmesi ve pelvik taban kaslarının kontrol edilememesi gibi faktörler hastaların PTKE’ni uygulamaları ve motive olmalarında kilit bir rol oynamaktadır (Gillard ve Shamley 2010). Bu çalışmada ciddi düzeyde inkontinansı olan hastalara SİM’e dayalı oluşturulan hemşirelik girişimlerinde Üİ ile ilgili bilgi verilmesi, PTKE’lerinin potansiyel yararları hakkında farkındalık yaratılarak uygulatılmasının bu soruna yönelik ciddiye ve duyarlılık algılarını arttığı söylenebilir.

5.3. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi Verileri Üzerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testinde İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 10). Üİ semptomlarının orta ya da şiddetli olması (Bilgiç Çelik ve Kızılkaya Beji 2012) ya da miks tip ve fazla miktarda

idrar kaçırmaya yaşam kalitesini azaltmaktadır (Guzelsoy ve ark. 2014; Park ve Kang 2014; Senra ve Pereira 2015; Özengin, İnal, Çankaya ve Bakar 2017). Yapılan bir çalışmada, Üİ'si olan bireylerin çoğunluğunda inkontinans tipine bakılmaksızın sıklığı ve şiddetinden dolayı yaşam kalitesi, cinsel işlevselliğin ve sosyoekonomik durumun olumsuz etkilendiği ve ped vb. materyal kullanma ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır (Temml, Haidinger, Schmidbauer, Schatzl ve Madersbacher 2000). Kargar Jahromi ve arkadaşlarının (2014) İran'da bir yaşlı bakım merkezinde kalan üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda PTKE'lerini iki ay uyguladığı çalışmada; deney grubundaki kadınların kontrol grubundakilere göre idrar kaçırmaya sıklığında ve idrar kaçırmaya miktarında önemli bir şekilde azalma olduğu, yaşam kalitelerinde önemli artışın olduğu saptanmıştır (Kargar Jahromi, Talebizadeh ve Mirzaei 2014). Benzer olarak başka bir çalışmada inkontinans tipin, sıklığı ve miktarı ile İYKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede önemli bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Demirel 2012). Literatürdeki sonuçlarla benzer olarak bulgularımızda hastaların başlangıçta ciddi inkontinansı olduğu saptanmış olup bunun yaşam kalitelerini önemli derecede azalttığı görülmüştür. SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte girişim grubunda İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının önemli derecede arttığı ve bu artışın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=.000$, Tablo 10). Gruplar arasında, son test toplam puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 10). Kontrol grubunda ise ön test ile son test toplam puan ortalamasının neredeyse hiç değişmediği görülmüştür ($p>.05$, Tablo 10). Bu sonuçlara göre, "Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında ***İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) toplam puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir" **H3 hipotezi** doğrulanmaktadır. Shahali ve arkadaşlarının (2010) Üİ olan kadınlarda İYKÖ toplam puanının başlangıçta 53.15 ± 23.77 'den 12 hafta süresince PTKE'leri uyguladıktan sonra bu puanın 77.82 ± 16.20 'ye yükseldiğini saptamış olup yaşam kalitesinde önemli bir artış elde etmişlerdir (Shahali, Kashanian, Azari ve Salehi 2010). Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesinin yükselmesiyle, SİM'e dayalı evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin hastaların Üİ'nin önemini ve tedavi edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçlarına yönelik ciddiyet algılarının ve PTKE'lerine yönelik yarar algılarının artırılmasıyla Üİ'nin olumsuz etkilerinin azaltılıp yaşam kalitesinin yükselttiği düşünülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testinde İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği *davranışların sınırlanması alt boyutu* puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 11). Hastaların Üİ nedeniyle nem, koku, ped kullanma, iç çamaşırını sık olarak değişme, sıvı alımını azaltma ve özel kıyafetler kullanma en çok şikayet ettikleri sorunlardır (Charalambous ve Trantafylidis 2009). Demirel'in çalışmasında, Üİ'nin miks tip, günde bir kez ve fazla miktarda olması, gün içinde çok sık iç çamaşırı değiştirme ve gece miksiyon sıklığının yaşlıların davranışlarını sınırlayarak yaşam kalitesini daha fazla düşürdüğü belirtilmiştir (Demirel 2012). Ayrıca başka bir çalışmada Üİ olan inme hastası bir katılımcının "...*kötü, çok kötü. Bir yere gidemiyorum... Korku var bende çıktım mı yine idrar kaçırdım diye bir yere çıkamıyorum. Pazarıma hiçbir şeye gidemiyorum. Bir yere gidemiyorum...*" ifadesiyle Üİ'nin yaşamındaki sınırlamasından bahsedilmiştir (Arkan ve ark. 2018). Bunlarla birlikte, Üİ'yi yönetebilmek için ped kullanmak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yılmaz, Muslu ve Özcan 2014). Çalışmamızın başlangıçta hastaların çoğunluğunda urge ve mikst tip Üİ'nin olduğu ve baş etmek sürekli ped kullandıkları ya da iç çamaşırı değiştirdikleri belirlenmiştir. Bu durum, hastaların günlük yaşamlarında davranışlarını sınırladığı ve bu nedenle yaşam kalitelerinin düştüğünü açıkça göstermektedir. Deney grubunda SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte davranışları sınırlama alt boyut puan ortalamasının arttığı ve bu artışın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 11). Gruplar arasında, bu alt boyutun son test puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha neredeyse iki kat yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 11). Bu sonuçlara göre "Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İYKÖ davranışların sınırlanması alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir" **H3a hipotezi** doğrulanmaktadır. Shin ve arkadaşları (2016) inmeli kadın hastalarda PTKE'nin etkinliğinin incelendiği çalışmada egzersiz grubundaki kadınların kontrol grubuna göre günlük yaşam aktivitelerindeki sıkıntılarda belirgin bir azalma olduğu belirtilmiş olup bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Shin ve ark. 2016). Benzer şekilde, Castro ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada, pelvik taban kas egzersiz grubundaki hastaların, tedavi almayan gruba göre, İYKÖ puanlarında belirgin bir iyileşme olduğu saptanmıştır (Castro ve ark. 2008). Zengin'nin (2008) PTKE'lerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelediği çalışmada hastaların egzersizlerden sonra yaşam kalitelerinin arttığını saptamıştır (Zengin 2008). Yine başka bir çalışmada, inkontinansı olan kadınlarda PTKE'lerinin 12 hafta uygulanmasından sonra yaşam kalitesinde önemli derece artış

olduğu bildirilmiştir (Shahali ve ark. 2010). Sari ve Khorshid (2009), Türk kadınlarında sekiz haftalık pelvik taban kas eğitiminin İYKÖ puanını yükselttiğini saptamıştır. Bu çalışmada, SİM'e dayalı uygulanan hemşirelik girişimlerinde hastalara anlatılan Üİ'nin günlük yaşam üzerindeki olumsuz etkilerinin ciddiyet algılarını, devamlılığında ortaya çıkabilecek potansiyel sağlık sorunlarının duyarlılık ve tehdit algılarını ve PTKE'leriyle elde edilecek yararlı sonuçların açıklanmasının da yarar algısını arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testinde İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği **psikososyal etkilenme alt boyutu** puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 12). Literatürde, inkontinansa eşlik eden depresyon prevalansı %6 ile 43 arasında değiştiği belirtilmektedir (Avery ve Stocks 2016). Demir ve Kızılkaya Beji'nin (2015) Üİ olan bireylerde yaptığı çalışmada, bireylerin çoğunluğunun bu sorundan dolayı orta ve yüksek düzeyde rahatsız duyduğu, utandığı, ev işlerini yapabilmeye olumsuz etkilendikleri ve yoğun hüsrana duygusu yaşadıkları saptanmıştır (Demir ve Kızılkaya Beji 2015). Üİ olan inme hastaların deneyimlerini inceleyen çalışmada (2018) bir katılımcının "*Korktum. Uzun süre idrar kaçırma devam ederse halim ne olacak dedim, korktum... Yani her an bir suç işleyeceğim gibi bir durum oluyor...*" ifadesiyle yaşadığı psikolojik etkilenmeyi anlatmıştır (Arkan, Beser ve Ozturk 2018). Ayrıca, hastalar utanma duygusu yaşamaları nedeniyle tedavi için sağlık kuruluşuna başvuramamaktadır (Yılmaz ve ark. 2014). Üİ sorunuyla baş edebilmek için hastalar, evden çıkmadan önce tuvalete gitme, çantalarında giysi bulundurma, mesane pedi kullanma, sıvı alımını kısıtlaması, tuvalet olmayan yere gitmeme, sıvı miktarını azaltma, ağır bir nesne kaldırmama, perine ya da ayaklarını sıcak tutma gibi önlemler almak zorunda kalmaktadır. Bu tür yöntemlere başvurma hastaların Üİ nedeniyle stres yaşadıkları ve buna karşı gösterdikleri duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler olduğu görülmektedir (Ertem 2009; Bilgiç Çelik ve Kızılkaya Beji 2012). Bu semptomun şiddeti arttıkça bireyler baş etme stratejisi olarak daha fazla inkar ve dikkati başka yöne çektikleri bildirilmektedir (Senra ve Pereira 2015). Ayrıca, aşırı aktif mesaneden dolayı hem kadın hem erkeklerde uyku kalitesinde ve stres ve depresyon gibi psikolojik etkiler meydana gelmektedir. (Charalambous ve Trantafylidis 2009). Çalışmamızda da başlangıçta benzer olarak hastaların bu semptomdan psikolojik olarak olumsuz çok fazla etkilendiklerinden dolayı yaşam kalitelerinin düşük olduğu görülmüştür. Deney grubunda SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte psikolojik etkilenme alt boyut puan ortalamasının arttığı ve bu artışın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 12). Gruplar arasında, bu

alt boyutun son test puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .005$, Tablo 12). Bu sonuçlara göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında **İYKÖ psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksektir” **H3b hipotezi** doğrulanmaktadır. Tibaek ve arkadaşları (2007) inmeden sonra Üİ olan kadınlara PTKE’lerini üç ay uygulayıp tamamladıktan altı ay sonra gibi uzun vadedeki sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunda duygusal sorunlardan dolayı rol sınırlamaları ve inkontinansın etkisinde azalmaya doğru bir eğilim olduğu saptanmış olup bulgularımızla paralellik göstermektedir (Tibaek ve ark. 2007). Benzer şekilde, Polat’ın (2017) randomize kontrollü çalışmasında girişim grubundaki kadınlara altı hafta uygulanan PTKE’leri sonucunda mental sağlık puanlarında iyileşme yönünde anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (Polat 2017). PTKE’lerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğinin incelendiği başka bir çalışmada, psikososyal etkilenme yönünden deney grubundaki hastaların egzersizden sonra yaşam kalitesinin artarken, kontrol grubundakilerin yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (Sarı 2007). Bu çalışmada, SİM’e dayalı uygulanan hemşirelik girişimlerinin, deney grubundaki hastaların psikososyal etkilenme boyutunda farkındalıklarını arttırarak PTKE’lerinin bu yaşanan sıkıntıları azaltmasındaki yararlık algılarını arttırdığı söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testinde İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği **sosyal izolasyon alt boyutu** puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 13). İdrar kontrolünün kaybedilmesi yaşamın sosyal, psikolojik, mesleki, fiziksel ve cinsel yönleri üzerindeki birçok etkisi olup yaşam kalitesinin düştüğünün bir göstergesidir (Edwards ve ark. 2006). Çalışmamızdaki bu bulgu hastaların Üİ semptomu nedeniyle sosyal yaşamlarının sınırlandığı ve yaşam kalitelerinin çok düştüğü açıkça göstermektedir. Bulgularımıza benzer olarak Edwards ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2006) inkontinanslı hastaların yaşam kalitesi, refah düzeyleri, emosyonel iyilik durumlarının, toplumsal ve ev ile ilişkili rollerine yeniden entegre olma memnuniyetlerinin düşük olduğu belirtilmiştir (Edwards ve ark. 2006). Demir ve Kızılkaya Beji’nin (2015) Üİ’i olan bireylerde yaptığı çalışmada, bu sorun nedeniyle yarım saatten fazla yolculuk yapamadığı, sosyal ve eğlence amaçlı etkinliklerine katılmadıkları saptanmıştır (Demir ve Kızılkaya Beji 2015). Deney grubunda SİM’e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte sosyal izolasyon alt boyut puan ortalamasının önemli derecede arttığı ve bu artışın kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = .000$, Tablo 13). Gruplar

arasında, bu alt boyutun son test puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 13). Bu sonuçlara göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrasında ***İYKÖ sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalaması*** kontrol grubuna göre daha yüksektir” **H3c hipotezi** doğrulanmaktadır. Bulgularımızla benzer olarak Kashanian ve arkadaşları çalışmasında (2011) Üİ olan kadınlarda üç ay uyguladığı PTKE’nin semptomun şiddetini azaltmasıyla sosyal aktivitelere katılma kapasitelerinde önemli bir artış olduğu belirtmişlerdir (Kashanian, Ali, Nazemi ve Bahasadri 2011). Başka bir çalışmada, Üİ’den dolayı çok fazla sosyal yaşamları sınırlanan ve yaşam kaliteleri çok düşük olan kadınların PTKE’lerini üç ay uyguladıktan sonra Üİ’nin önemli derecede azaldığı ve buna bağlı olarak da sosyal yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Fitz ve ark. 2012). Benzer olarak Sarı’nın çalışmasında (2007) deney grubundaki hastaların PTKE’lerinden sonra kontrol grubuna göre sosyal izolasyonun daha çok azaldığı bildirilmiştir (Sarı 2007). Hassan Hussein ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) PTKE’lerini üç ay uyguladıktan sonra deney grubundaki kadınların ev işlerini yapabilmede, eğlence aktivitelerine katılabilme, yarım saatten fazla yolculuk yapabilme, ev dışındaki sosyal aktivitelere katılabilme ve duygusal durumlarında oldukça iyileşme olduğu saptanmış olup bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Hassan Hussein ve ark. 2015). Çalışmalar sonucunda Üİ’nin bireylerdeki olumsuz etkileri nedeniyle sosyal yaşamları kısıtlamaya ve zamanla toplumdan izole olmaya başladıkları açıkça görülmektedir. PTKE’nin Üİ semptomları üzerindeki olumlu etkileri sayesinde bireylerin özgürleştikleri söylenebilir. Bu çalışmada, SİM’e dayalı evde uygulanan hemşirelik girişimlerinde Üİ’nin sosyal yaşam üzerindeki olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilmesinin ve PTKE’lerinin bu sorunları azaltabileceğine ilişkin yarar algısının algısını arttırarak motivasyonlarını yükselttiği düşünülebilir.

5.4. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Öz-Etkililik Ölçüm Verileri Üzerine Etkisi

Deney grubundaki hastaların ön testinde Broome PMSES ölçeği toplam puan ortalamalarının düşük olduğu (33.02 ± 12.64) belirlenmiştir. SİM’e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte ölçek toplam puan ortalamasının iki kat arttığı (64.47 ± 20.60) ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 14). Bu sonuca göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası ***Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES) toplam puan ortalaması*** ilk ölçüme göre daha yüksektir” **H4 hipotezi** doğrulanmaktadır.

Bulgularımızla benzer olarak Sacomori ve arkadaşları çalışmasında (2015) üriner inkontinansı olan kadınlarda eve temellendirilmiş pelvik taban kas egzersizi programı sonunda öz etkililik puanlarının yükseldiğini belirtmiştir (Sacomori, Berghmans, Mesters, de Bie ve Cardoso 2015). Messer ve arkadaşları (2007) kadınlara bir yıllık uygulattığı pelvik taban kas egzersizi programında öz etkililik puanlarının yüksek olduğunu fakat zamanla orta derecede düştüğünü saptamış olup davranış değişikliğinin sürdürülebilir olması için öz etkililiğin önemini vurgulamışlardır (Messer ve ark. 2007). SİM, üriner inkontinansı olan hastaların iyileşmek için girişimler aramaları ve bunlara uyum sağlamaları gerektiği hipotezini ileri sürmektedir (Chiarelli ve Cockburn 1999). Bu nedenle, öz etkililik düzeyi, hastanın PTKE gibi yeni bir davranışa uyum yeteneğini göstermektedir (Wilson 2015). Bir pelvik taban egzersiz programının etkinliği, bireylerin pelvik kaslarını kontrakte edebilme yeteneklerinin farkında olması, kendine özgü eğitim programının olması ve tedaviyi sürdürme ve tamamlama motivasyonunun olması gibi üç faktöre bağlıdır. Genellikle pelvik taban egzersizlerini uygulamanın etkinliği kısa vadelidir. Egzersizi uzun vadede yapması için tedaviye uyumun olması gerekmektedir. Bu da bireyin egzersizleri yapmada kendine güvenmesi, günlük engeller ya da güçlüklerle rağmen egzersizleri yapmayı hatırlamasıdır (Medrano Sánchez ve ark. 2013). Çalışmamızda evde uygulanan pelvik taban egzersizlerinin üç aylık sürede yapılması ve uyumun sağlanmasında; telefon görüşmelerinin yapılması ve egzersizlerin bir günlüğe işlenmesinin hastaların egzersizleri uygulamasına engel olan unutkanlık sorununa hatırlatıcı ve motivasyonlarını arttırarak öz etkililik düzeylerinin arttırılmasında yararlı olduğu düşünülebilir.

Deney grubundaki hastaların ön testinde Broome PMSES ölçeği **etkililik beklentisi alt boyut** puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu (45.21 ± 14.11) belirlenmiştir. SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte alt boyut puan ortalamasının arttığı (71.75 ± 18.15) ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 14). Bu sonuca göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği **etkililik beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksektir” **H4a hipotezi** doğrulanmaktadır. Sousa ve arkadaşlarının (2015) sekiz haftalık bir protokolle PTKE'lerinin etkinliğini incelediği çalışmada Broome PMSES etkililik beklenti alt boyutunun 46.25 ± 48.1 'den 75.71 ± 17.9 'a yükseldiği saptanmış olup bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Sousa ve ark. 2015). Hastalara, Üİ'nin olumsuz sonuçlarının olduğuna ve herhangi bir iyileştirici programın kendileri için çok önemli olduğuna inanmaları sağlanmalıdır

(yarar algısı). Ayrıca, öz etkililiğin arttırılmasında sağlık çalışanlarının egzersizlerin yararlılığı hakkında inandırıcı bilgi kaynağı olması, kendilerine özel bir programın sunulması ve egzersiz programının ilerlemesinin değerlendirilmesinin etkili olacağı belirtilmektedir (Chiarelli ve Cockburn 1999). Bu çalışmada, hemşirelik girişimlerinde Üİ semptomu nedeniyle yaşanabilecek olumsuzlukların anlatılması, egzersiz programının ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleriyle değerlendirilmesinin hastaların engel algılarının azalmasında, motivasyonunun ve öz etkililik düzeylerinin arttırılmasında yararlı olduğu düşünülebilir.

Deney grubundaki hastaların ön testinde Broome PMSES ölçeği **sonuç beklentisi alt boyut** puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu (14.05 ± 11.52) belirlenmiştir. SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonraki son testte alt boyut puan ortalamasının arttığı (53.16 ± 29.99) ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=.000$, Tablo 15). Bu sonuca göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği **sonuç beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksektir” **H4b hipotezi** doğrulanmaktadır. Sousa ve arkadaşlarının (2015) sekiz haftalık bir protokolle PTKÉ'lerinin etkinliğini incelediği çalışmada Broome PMSES sonuç beklentisi alt boyutunun 57.85 ± 32.2 'den 75.36 ± 15.0 'a yükseldiği saptanmış olup bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Sousa ve ark. 2015). Hastalara ve egzersizlerin potansiyel faydalarının risklerden çok daha fazla olacağının belirtilmesiyle yarar algılarının artması sonucunda programa uyumları sağlanabilir (Gillard ve Shamley 2010; Gristwood 2011). SİM'e göre yarar algısının altında, sağlığı geliştirici davranışın hastalığı önleyeceği ya da iyileştireceği inancıyla harekete geçme motivasyonunun oluşacağı fakat kişinin davranışa yönelik algıladığı engel yararından fazlaysa uygulamaya geçiremeyeceği belirtilmektedir (Champion ve Skinner 2008). Yapılan çalışmalarda, Üİ'nin sonuçları hakkında bilgi verilmemesi, PTKÉ'lerinin yararlığının bilinmemesi ya da yararlığı hakkında inandırıcı bilgi kaynağının olmaması, egzersizleri yapabilecek durumda olduklarına inanmamaları ve hatırlama zorluğu engel olması nedeniyle uygulamaya geçiremedikleri belirtilmiştir (Gillard ve Shamley 2010). Bu çalışmada, pelvik taban kas egzersizlerinin hemşirelik girişimi ile hastaların evlerinde öğretilmesi, uygulatılması ve sürekli değerlendirilmesinin ve Üİ semptomu üzerindeki yararlarının anlatılmasının, egzersizlerin kendileri için olumlu olacağı inancını arttırdığı ve öz etkililik algılarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

5.5. Sağlık İnanç Modeli Temel Alınarak Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bakım Verme Yükü Verileri Üzerine Etkisi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım verenlerinin, Bakım Verme Yükü Ölçeği ön test toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 15). Deney grubunda SİM'e dayalı evde pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanmasından üç ay sonra Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının azaldığı fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 15). Gruplar arasında, ölçeğin son-test toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 15). Bu sonuçlara göre “Deney grubuna evde uygulanan pelvik taban kas egzersizleri sonrası *bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puan ortalaması* kontrol grubuna göre düşüktür” **H5 hipotezi** doğrulanmamaktadır.

Bakım verme, bakım veren birey açısından fiziksel, duygusal ya da maddi destek vermeyi gerektiren çok boyutlu bir deneyimdir (İnci ve ark. 2017). Literatürde bakım verenlerin özelliklerinin incelendiği çalışmalarda, bakım verenlerin çoğunlukla 50-70 yaş aralığında, eşi ya da birinci derece akrabası ve kadın olduğu belirtilmektedir (Rittman, Hinojosa ve Findley 2009; Nir ve ark. 2009; Akdemir ve ark. 2011; Mollaoglu ve ark. 2011; Aşiret ve Kapucu 2012; Peyrovi, Mohammad-Saeid, Farahani-Nia ve Hoseini 2012; Yıldırım, Engin ve Başkaya 2013; Günel 2014; Şirzai, Ünsal Delialioğlu, Sarı ve Özel 2015; Zachariou ve Filiponi 2016; Pai ve Tsai 2016; Byun ve ark. 2016). Yapılan çalışmalarda inmeli hastaya günlük verilen bakım süresi arttıkça bakım yükünün de arttırdığı belirtilmiş olup bu sürenin genellikle 4-36 saat arasında değiştiği bildirilmiştir (Can ve Ünal 2008; Rittman ve ark. 2009; Aşiret ve Kapucu 2013). Yapılan bu çalışmalar ile bulgularımız, inmeli ya da Üİ olan yaşlı hastalara bakım verenlerin özellikleri açısından benzerlik göstermesine rağmen bakım yüküleri açısından farklılık göstermekte olup çalışmamızda bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım güçlüğü yaşamadığı bulunmuştur. Şirzai ve arkadaşlarının çalışmasında, bakım verenlerin hastalık giderlerini karşılamakta zorlandıkları, yarısından fazlasının gündüz saatlerinde hem psikolojik hem de fiziksel destek verdiği, bakımda en çok zorlandıkları alanların hasta transferi, hastanın kaldırılması, iletişim, kişisel bakım ve mesane bakımının yükü arttırdığı saptanmıştır (Şirzai ve ark. 2015). Arkan ve arkadaşlarının çalışmasında Üİ olan inmeli bir katılımcının “...kocam zavallı mahvoldu benimle. Çok mahvoldu. O olmasaydı ben ölüyordum. Allah razı olsun ondan...” ifadesiyle bakım vereninin yaşadığı güçlük belirtilmiştir (Arkan ve ark. 2018). Bununla birlikte Üİ olan yaşlı bireylere bakım verenlerin yükünü incelediği bir çalışmada,

inkontinansın sürekli bakım ve temizlik gerektirdiğinden dolayı bakım yüklerinin çok fazla olduğu bu nedenle hastalarına fazla zaman ayırmak zorunda kaldıkları ve başka bir işte çalışmadıkları belirlenmiştir (Zachariou ve Filiponi 2016). Yapılan başka bir çalışmada, bakım verenler inkontinansın bakımına alışmakta çok zorluk çektiklerini ve sürekli tekrar ederek hastaları kaldırarak bezlerini ve yatak örtülerini değiştirme, idrarın kokusu ve çevreyi kirletmesinden dolayı tüm odayı temizleme gibi ek sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, enfeksiyon, deri bütünlüğü, hastanın rahatı, hastaneye yatış, tıbbi masrafların olmaması için hastalarının sağlığına dikkat etmek zorunda oldukları bu nedenle sürekli olarak tuvalete götürme, temizlik, konforlarını sürdürme çabaları ve ped maliyetinin yüklerini daha da arttırdığı saptanmıştır (Tseng ve ark. 2015). Benzer şekilde, Tamanini ve arkadaşlarının Üİ olan yaşlı bireylerin bakım verenlerinin Üİ'ı olmayanlara göre bakım verme yükünün 1.96 kat daha arttırdığı saptanmıştır (Tamanini, Santos, Lebrao, Duarte ve Laurenti 2011). Başka bir çalışmada, Üİ olan hastaya bakım verenlerin rol değişikliği, uyku sorunları, ekonomik yetersizlik, insan ilişkilerinin azalması ve sosyal izolasyon yaşadıkları bildirilmiştir (Gotoh, Matsukawa ve Yoshikawa 2009). Fakat, ülkemizde yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin yükünün Mollaoğlu ve arkadaşları (2011) orta düzeyde (33.02 ± 15.92) (Mollaoğlu ve ark. 2011), İnci'nin çalışmasında düşük düzeyde (20.37 ± 16.54) (İnci 2006), Şirzai'nin çalışmasında orta düzeyde (29.74 ± 15.29) (Şirzai ve ark. 2015) ve Yıldırım ve arkadaşları da (2013) orta düzeyde (39.36 ± 13.83) olduğunu saptamıştır (Yıldırım ve ark. 2013). Bu çalışmaların sonucunda hastaların bağımlılık düzeylerinin yüksek bulunmasına rağmen, bakım yükünün yüksek olmayışının nedeni toplumumuzun gelenek, görenek ve değer yargıları açısından yaşlı ya da hasta olan aile üyelerine evde bakım vermenin doğal karşılanması, rol ya da görev olarak algılanmasından dolayı bunu yük olarak değil yardım etme olarak algılamının olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada bakım verenlerde, hemşirelik girişimlerinden öncesi ve sonrasında bakım yükünün aynı, orta düzeyde olmasının nedeninin toplumumuzun kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ile girişim arasında güçlü düzeyde, pozitif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki, ICIQ-SF toplam puanı arasında güçlü düzeyde, negatif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 16). Pelvik taban kas egzersizi girişiminin hastaların yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %55.20'sini, ICIQ-SF toplam puanının yaşam kalitesi düzeyindeki artışın %54.20'sini, tüm değişkenler açısından bakıldığında girişim, ICIQ-SF toplam puanının, bakım veren yükü ölçeği, haftalık idrar kaçırma sıklığı ve ped testinin

yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %70.40'nı açıkladığı görülmektedir (Tablo 17). Literatür incelendiğinde Üİ olan inmeli hastalara PTKE'lerinin yaşam kalitesi değişimin yüzde kaçını etkilediğine dair bir bilgiye rastlanılamamıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda yapılan girişimin Üİ semptomlarını azaltması ve hastaların yaşam kalitesini artırması konusunda iyi bir sonuç elde edildiği düşünülmektedir. Elde edilen bu bulgu SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin etkinliğini ortaya koyan önemli bir sonuçtur. Hemşirelik girişimlerinin hastalarının kendi evlerinde bire bir uygulanması ve eğitime bakım verenlerin dahil edilmesi, tekrarlı ev ziyaretlerinin yapılması, motivasyonun artırılması için eğitim kitapçığının kullanılması ve görsel sunum yapılması, egzersizlerin sürekliliği için hatırlatıcı olarak egzersiz günlüğü kullanılması, telefon görüşmelerinin yapılması ve bakım verenlerin desteleyici olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçeği boyutunda çalışmanın gücü 0.99 ve etki büyüklüğü (f^2) 1.20 olarak belirlenmiştir. ICIQ-SF boyutunda ise çalışmanın gücü 0.98 ve etki büyüklüğü (f^2) 1.17 olarak saptanmıştır (Tablo 6). Güç çalışmanın istatistiksel anlamlılığını gösterirken, etki büyüklüğü ise uygulama/klinik anlamlılığı hakkında bilgi vermektedir (Cohen 1988). Bu çalışmada etki büyüklüğü ve güç regresyon analizine göre hesaplanmış olup, hem yaşam kalitesi ölçeği hem de ICIQ-SF boyutunda çalışma güçlü olarak belirlenmiştir. Cohen (1988) etki büyüklüklerini (f^2) $0.02 \geq f^2 < 0.15$ değeri küçük, $0.15 \geq f^2 < 0.35$ değeri orta, $0.35 \geq$ ise geniş etki olarak sınıflamaktadır. Aynı zamanda, etki büyüklüğünün sosyoloji, ekonomi ve psikofizik alanında küçük, fakat kişilik, klinik ve sosyal psikolojide çok büyük olabileceği belirtilmiştir (Cohen 1988). Bu çalışmada, bu değerler göz önüne alındığında her iki boyutta çalışmanın geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmektedir.

Literatürde inmeli hastalarda Üİ semptomuna yönelik PTKE'lerinin etkinliğinin incelendiği çalışmalarda, girişimin yaşam kalitesi ya da semptomların yaşam kalitesini etkilemedeki güç ve etki büyüklüklerinin verilmediği görülmektedir (Tibaek ve ark 2005; Shin ve ark. 2016). Bu nedenle bulgular literatürle tartışılamamıştır. Ancak bu sonuçlar girişimin uygulanabilir ve etkin bir çalışma olduğunu ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar doğrultusunda araştırmacılar tarafından sunulan öneriler yer almaktadır.

6.1. Sonuçlar

Deney grubunda yer alan hastaların **üriner inkontinans sıklığı puanı** kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların üriner inkontinans sıklığını azaltmada etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **ped testi puanı** kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların günlük kaçırılan idrar miktarının azalmasında etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) toplam puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **İYKÖ davranışların sınırlanması alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların davranışlarını sınırlamasının azalıp yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **İYKÖ psikososyal etkilenme alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların psikososyal olarak daha iyi hale gelip yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **İYKÖ sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalaması** kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların sosyal yaşamlarını daha aktif hale getirerek yaşam kalitesinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES) toplam puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde öğretilen PTKE'lerini uygulama hastaların özetkililiklerinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES) etkililik beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerine yönelik hastaların etkililik beklentisinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda yer alan hastaların **Broome Pelvik Kas Taban Egzersizleri Öz-Etkililik Ölçeği (Broome PMSES) sonuç beklentisi alt boyutu puan ortalaması** ilk ölçüme göre daha yüksek bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerine yönelik hastaların sonuç beklentisinin yükselmesinde etkili olduğu,

Deney grubunda ve kontrol grubunda yer alan hastaların **bakım vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puan ortalamasının** düşük olduğu bulunmuştur. SİM'e göre evde uygulanan PTKE'lerinin hastaların bakım verenlerinin yükünde farklılık yapmadığı,

SİM'e göre evde uygulanan PTKE'leri girişimi ile yaşam kalitesi arasında iyi düzeyde, pozitif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki, ICIQ-SF toplam puanı ile yaşam kalitesi arasında iyi düzeyde, negatif yönde, ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu,

Pelvik taban kas egzersizi girişiminin hastaların yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %55.20'sini, ICIQ-SF toplam puanının yaşam kalitesi düzeyindeki artışın %54.20'sini, tüm değişkenler açısından bakıldığında girişim, ICIQ-SF toplam puanının, bakım veren yükü ölçeği, haftalık idrar kaçırma sıklığı ve ped testinin yaşam kalitesi düzeyindeki değişimin %70.40'nı açıkladığı,

SİM'e göre evde uygulanan PTKE'leri girişiminin hem yaşam kalitesi hem de ICIQ-SF boyutunda güçlü ve geniş düzeyde bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu çalışmada yapılan girişimler sonucunda hastaların inme sonrası üriner inkontinans ve yönetimine ilişkin duyarlılık ve ciddiye algılarında artma, PTKE'lerin benimsenmesi ve uygulamasına yönelik yarar algısı, sağlık motivasyonu ve özetkililik algılarında artma, egzersizleri uygulamasına engel olan algılarında azalma olduğu saptanmıştır. Bu girişim programının inme sonrası üriner inkontinansı olan hastalara uygulanması ile bu soruna yönelik farkındalığın artırılıp yaşanan sorunlar azaltılabilir. Çalışmamız bu yönüyle literatüre katkı sağlar niteliktedir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmacılara yönelik öneriler şu şekilde sunulmuştur:

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Üriner inkontinansın koruma ya da iyileştirilmesine yönelik girişimlerin inme ünitesindeki hastanın yaşamsal değerlerinin stabilize olduğu süreçten itibaren başlatılması,

Hemşirelerin sosyal bilişsel öğrenme teorilerine dayandırılmış modelleri rehber olarak inme ünitesindeki yatış süreci, taburculuk ve sonrasında ev ziyaretleriyle devam eden girişimlerin sürekliliğini sağlamaları,

Üriner inkontinansa yönelik yapılacak girişimlere hastanın motivasyonunda ve eyleme geçmesinde önemli yeri olan bakım verenlerin de dahil edilmesi,

Çalışmada kullanılan inme sonrası üriner inkontinansa yönelik geliştirilen kitapçık ya da video gibi bilgi kaynaklarının hastaların başvurduğu ilgili poliklinik, servis ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında hemşirelerin kullanılması,

Hastaların yapılacak girişimlere yönelik özetkililik düzeylerinin geliştirilmesinde bakım girişime ait günlüklerin, telefon danışmanlığı, ev ziyareti ile hatırlatıcıların kullanılması,

Evde bakım hizmetlerinin düzenli ev ziyaretleriyle üriner inkontinansa yönelik girişimleri hastanın kendi ortamında sürdürmeleri ve bakım verenlerin sürece dahil edilmesi önerilebilir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Sağlık İnanç Modeli bileşenleri kapsamında inmeli hastaların üriner inkontinansa yönelik sağlık inançlarını gösterecek ölçekler geliştirilmesi,

İnmeli hastalara üriner inkontinansın azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik girişimsel çalışmalara devam edilmesi,

İnmeli hastaların ve bakım verenlerin üriner inkontinans yönetim sürecindeki deneyimlerinin incelendiği kalitatif çalışmaların yapılması,

İnmeli hastalara üriner inkontinansa yönelik web tabanlı ve destek grup eğitimlerinin uygulanması ve etkilerinin incelendiği çalışmaların yapılması,

Üriner inkontinansın hastalara ve bakım verenlerine getirdiği bakım maliyetinin incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abrams P, Andersson KE, Birdier L, Brubaker L ve ark. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 2010; 29: 213-40.
- Ada L, Dorsch S, Canning CG. Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2006; 52(4): 241-248.
- Adams HP, Bendixen B, Kappelle L, Biller J et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 1993; 24(1): 35-41.
- Akçalı A, Altındağ Ö, Aydeniz A, Koca İ ve ark. İskemik inmeli hastalarda inkontinans, ihmal sendromu ve emosyonel durumun lateralizasyon ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2010; 16(1): 01-05.
- Akdemir N, Yurtsever S, Kapucu S. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011; 38(1):57–65.
- Akgün S, Rao C, Yardim N, Basara B.B. et al. Estimating mortality and causes of death in Turkey: methods, results and policy implications. *European journal of public health*, 2007; 17(6): 593-599.
- Akyol AD. Reliability and validity of Turkish version of quality of life index in stroke patients. *Ann Nurs Pract*, 2015; 2(2): 1–6.
- Arkan G, Beser A, Ozturk V. Experiences related to urinary incontinence of stroke patients: A qualitative descriptive study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2018; 50(1): 1-6.
- Arnao V, Acciarresi M, Cittadini E, Caso, V. Stroke incidence, prevalence and mortality in women worldwide. *International Journal of Stroke*, 2016; 11(3): 287–301.
- Aslan E. Huzurevinde yaşayan üriner şikayetleri olan kadınlarda mesane eğitimi ve kegel egzersizlerinin etkinliği. *Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul*, 2005.
- Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012; 2: 73–80.
- Aşiret GD, Kapucu S. Burden of Caregivers of Stroke Patients. *Türk Nöroloji Dergisi*, 2013; 19(1): 5–10.

- Avery JC, Stocks N. Urinary incontinence, depression and psychological factors-A review of population studies. *European Medical Journal*, 2016; January: 58–67.
- Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C et al. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 2004; 23(4): 322–330.
- Aybek Z, Şahiner T, Oğuzhanoglu A, Tuncay L. Detrusor hyperreflexia in stroke. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 1998; 28: 681-684.
- Erkan Ayyıldız, H. Kadınlardaki üriner inkontinans tedavisinde konservatif tedavi yöntemleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2006; 14(56), 207–219.
- Balcı B, Ertekin Ö, Kara B, Yaka E. Akut inme hastalarında hastane içi rehabilitasyon programının etkileri. *Journal of Neurological Sciences*, 2011, 28(2): 142-154.
- Bardak AN, Ersoy S, Akcan Z, Kaya B ve ark. Yatarak rehabilite edilen inmeli hastaların fonksiyonel sonuçları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2008; 54(1): 17-21.
- Barrett JA. Bladder and bowel problems after stroke. *Reviews in clinical gerontology*, 2002; 12(3): 253-267.
- Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman, M et al. Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 2017; 135(10): e146-e603.
- Bilgiç Çelik, D, Kızılkaya Beji N. Pelvik taban fonksiyon bozuklukları ve yaşam kalitesi. *İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012; 20(1): 69-79.
- Bone I, Fuller GN. Neurology in practice: Cerebrovascular disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2001, 70(suppl 1): i1-i2.
- Booth J, Kumlien S, Zang Y, Gustafsson B et al. Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross- cultural comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 2009; 18(7): 1049-1058.
- Borello-France DF, Downey PA, Zyczynski HM, Rause CR. Continence and quality-of-life outcomes 6 months following an intensive pelvic-floor muscle exercise program for female stress urinary incontinence: a randomized trial comparing low-and high-frequency maintenance exercise. *Physical therapy*, 2008; 88(12), 1545–1553.
- Bovim MR, Askim T, Lydersen S, Fjærtøft H et al. Complications in the first week after stroke: a 10-year comparison. *BMC Neurology*, 2016; 16(133): 2–9.

- Brittain K, Perry S, Peet S, Shaw C et al. Prevalence and impact of urinary symptoms among community-dwelling stroke survivors. *Stroke*, 2000, 31(4): 886-891.
- Brittain KR, Peet SM, Castleden CM. Stroke and incontinence. *Stroke*, 1998, 29(6): 524-528.
- Brittain KR, Peet SM, Potter JF, Castleden CM. Prevalence and management of urinary incontinence in stroke survivors. *Age and ageing*, 1999; 28(6): 509-511.
- Broome BA, Shelton. Development and testing of a scale to measure self-efficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 1999; 19(4): 258-68.
- Broström S, Lose G. Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women—what is the evidence?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2008; 87(4): 384–402.
- Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E, Gößwald A. Prevalence of stroke in adults aged 40–79 years in Germany. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2013; 56(5–6): 656–660.
- Bustamante A, García-Berrocoso T, Rodriguez N, Llombart V et al. Ischemic stroke outcome: A review of the influence of post-stroke complications within the different scenarios of stroke care. *European Journal of Internal Medicine*, 2016; 29: 9-21.
- Buurman MBR, Lagro-Janssen ALM. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2013; 27(2): 406-413.
- Byun E, Riegel B, Sommers M, Tkacs N et al. Caregiving immediately after stroke: A study of uncertainty in caregivers of older adults. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2016; 48(6): 343-351.
- Can ÖS, Ünal N. Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2008; 6(4): 6-13.
- Cangöl E, Aslan E, Yalçın, Onay. Kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013; 10(3): 49-57.
- Castro RA, Arruda RM, Zanetti MRD, Santos PD et al. Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence. *Clinics*, 2008; 63(4): 465-472.
- Cetinel B, Demirkesen O, Tarcan T, Yalcin O et al. Hidden female urinary incontinence in urology and obstetrics and gynecology outpatient clinics in Turkey: what are the determinants of bothersome urinary incontinence and help-seeking behavior?. *International Urogynecology Journal*, 2007; 18(6): 659-664.

- Ceylan A, Erdem AB, Çavuş UY, Büyükcam F. Epidemiological study of the patients diagnosed as ischemic stroke in the emergency department. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 2014; 13(1): 10-14.
- Champion VL, Skinner, CS. The health belief model. *Health behavior and Health education Theory, Research and Practice*, 2008; 4: 45-65.
- Charalambous S, Trantafylidis A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelviperrineology*, 2009; 28(28): 51-53.
- Chaves F. Pelvic floor dysfunction and urinary incontinence: A comparison of pelvic floor exercise with electrical stimulation to pelvic floor exercise alone. University of New Mexico School of Medicine, 2015.
- Chen RL, Balami JS, Esiri MM, Chen LK et al. Ischemic stroke in the elderly: an overview of evidence. *Nature Reviews Neurology*, 2010; 6(5): 256-265.
- Chen SY. The development and testing of the pelvic floor muscle exercise self-efficacy scale. *Journal of Nursing Research*, 2004; 12(4): 257-266.
- Chen S, Chien S, Huang L. Women's perceived barriers to performing a pelvic floor muscle exercise: A qualitative approach. *Cheng Ching Med J*, 2008; 4(3): 14-22.
- Chen YC, Liao YM, Kuo HC. Lower urinary tract dysfunction in stroke patients. *Taiwan Urol Assoc J*, 2007; 18: 147-150.
- Chiarelli P, Cockburn J. The development of a physiotherapy continence promotion program using a customer focus. *Australian Journal of Physiotherapy*, 1999, 45(2): 111-119.
- Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Women's knowledge, practises, and intentions regarding correct pelvic floor exercises. *Neurourology and urodynamics*, 2003; 22(3): 246-249.
- Cimete G. Evde Bakım Hemşireliği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2008; 6(4): 47-53.
- Civelek GM, Atalay A, Turhan N. Medical complications experienced by first-time ischemic stroke patients during inpatient, tertiary level stroke rehabilitation. *J Phys Ther Sci*, 2016; 28: 382-391.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second edition. United States of America, Lawrence Erlbaum Associates, 1988. (ET: 01.12.2017) URL: file:///C:/Users/garkan/Downloads/Jacob Cohen-Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences-Routledge (1988).pdf
- Cowman S, Royston M, Hickey A, Horgan F et al. Stroke and nursing home care: a national survey of nursing homes. *BMC Geriatrics*, 2010, 10(4), 1-6.

- Çavuş FÖ. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.
- Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z ve ark. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2013; 5(3): 9–12.
- Çetinel B, Özkan B, Can G. ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması. *Türk Üroloji Dergisi*, 2004; 30(3): 332–338.
- Dalvandi A. Exploring life after stroke: experiences of stroke survivors, their family caregivers and experts in an Iranian context. Dept of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, 2011.
- Dawani HA, Hamdan-mansour AM, Ajlouni MT. Users' perception and satisfaction of current situation of home health care services in Jordan. *Health*, 2014; 6: 549-558.
- Demir S, Kızılkaya Beji N. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015; 23(1): 23-31.
- Demir Avcı Y, Gözüm S, Özer Z. İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: Sistematiik Derleme. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2016; 10(3), 164–174.
- Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009; 16(3): 35–40.
- Demirci Şahin A, Üstü Y, Işık D. Serebrovasküler hastalıklarda önlenebilen risk faktörlerinin yönetimi. *Ankara Medical Journal*, 2015; 15(2):106–113.
- Demirel T. 65 yaş ve üzeri kadınlarda üriner-fekal inkontinansın yaygınlığı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2012.
- Di Rosa M, Lamura G. The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2016; 28(1): 89–97.
- Dinc A, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. *International Urogynecology Journal*, 2009; 20(10): 1223-1231.
- Divani AA, Majidi S, Barrett AM, Noorbaloochi S, Luft AR. Consequences of stroke in community-dwelling elderly: the health and retirement study 1998-2008. *Stroke*, 2011; 42(7): 1821-1825.

- Dolman M, Chase J. Comparison between the Health Belief Model and Subjective Expected Utility Theory: predicting incontinence prevention behaviour in postpartum women. *Journal of evaluation in clinical practice*, 1996; 2(3): 217-222.
- Doshi VS, Say JH, Young SHY, Doraisamy P. Complications in stroke patients: a study carried out at the Rehabilitation Medicine Service, Changi General Hospital. *Singapore Med J*, 2003; 44(12): 643-52.
- Dumoulin C, Hay-Smith J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; CD005654(1).
- Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioral therapy. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2005; 12(3): 66-76.
- Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*, 2007; 38(10): 2745-2751.
- Dumoulin C, Morin M, Mayrand MH, Tousignant M et al. Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 2017; 18(1): 544.
- Edwards DF, Hahn M, Dromerick A. Post stroke urinary loss, incontinence and life satisfaction: When does post- stroke urinary loss become incontinence?. *Neurourology and urodynamics*, 2006; 25(1): 39-45.
- Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2011; 45-48.
- Ergün O, Armağan A, Soyupek S, Oksay T ve ark Üretral hipermobilitiyi de?erlendirmede Q tip test ve POP-Q evreleme sisteminin karşılaştırılması. *Türk Üroloji Dergisi*, 2010; 36(4): 387-393.
- Ertem G. Üriner inkontinanslı hastaların hastalığıyla başa çıkma yollarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009; 6(1): 177-187.
- Esparza-Del Villar OA, Montañez-alvarado P, Gutiérrez-vega M, Carrillo-saucedo IC et al. Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC Public Health*, 2017; 17(229): 1-9.
- Eyigör S. İnmeli hastalarda genel rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi ve son durum de?erlendirmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2007; 53(Özel sayı 1): 19-25.

- Fattah A. Effectiveness of pelvic floor muscles strengthening for incontinence patients following incomplete spinal cord injury. Department of Physiotherapy, Bangladesh Health Professions Institute, PhD Thesis, CRP, 2012.
- Fan HL, Chan SS, Law TS, Cheung RY, Chung TK. Pelvic floor muscle training improves quality of life of women with urinary incontinence: a prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2013; 53(3): 298-304.
- Figueiredo EM, Gontijo R, Vaz CT, Baracho E et al. The results of a 24-h pad test in Brazilian women. *International Urogynecology Journal*, 2012; 23(6): 785-789.
- Fitz FF, Fonseca Costa T, Yamamoto DM, Magalhães Resende AP et al. Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*, 2012; 58(2): 155–159.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 1975; 12(3): 189-198.
- Gelber DA, Good DC, Laven LJ, Verhulst SJ. Causes of urinary incontinence after acute hemispheric stroke. *Stroke*, 1993; 24(3): 378-382.
- Gillard S, Shamley D. Factors motivating women to commence and adhere to pelvic floor muscle exercises following a perineal tear at delivery: The influence of experience. *J Assoc Chartered Physiother Womens Health*, 2010; 106: 5-18.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley & Sons, 2008.
- Gomes J, Wachsman AM. Types of Strokes. In: *Handbook of Clinical Nutrition and Stroke*. Humana Press, 2013, p. 15-31.
- Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *Neurourology and Urodynamics*, 2009; 28(6): 492-496.
- Greenwood N, Mackenzie A, Wilson N, Cloud G. Managing uncertainty in life after stroke: a qualitative study of the experiences of established and new informal carers in the first 3 months after discharge. *International Journal of Nursing Studies*, 2009; 46(8): 1122-1133.
- Gristwood J. Applying the health belief model to physical activity engagement among older adults. *Illuminare: A Student Journal in Recreation, Parks, and Tourism Studies*, 2011; 9(1): 60–71.
- Guzelsoy M, Demirci H, Coban S, Gungor BB et al. Impact of urinary incontinence on quality of life among residents living in Turkey. *Urology Journal*, 2014; 11(2): 1447-51.

- Günel A. İnmeli bireylere bakım verenlerde sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, 2014.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R ve ark. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(4): 273-281.
- Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E, Schuurmans M. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 2011; 85(1): 14-25.
- Haghighi HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassafiani M. Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of The Neurological Sciences*, 2013; 328: 87-91.
- Hamidon BB, Raymond AA. Risk factors and complications of acute ischaemic stroke patients at Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia (HUKM). *Medical Journal of Malaysia*, 2003; 58(4): 499-505.
- Hussein MAH, Mohamed HE, Rashad El-nemer, AM. Pelvic floor muscle training program for Egyptian women with neglected urinary incontinence. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2015, 5(5), 92-102.
- Hayder D, Schnepf W. Experiencing and managing urinary incontinence: A qualitative study. *Western Journal of Nursing Research*, 2010; 32(4): 480-496.
- Herr-Wilbert IS, Imhof L, Hund-Georgiadis M, Wilbert DM. Assessment- guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 2010; 35(6): 248-253.
- Hirschhorn AD, Kolt GS, Brooks AJ. Barriers and enablers to the provision and receipt of preoperative pelvic floor muscle training for men having radical prostatectomy: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2013; 13(1): 305.
- Hisar KM, Erdoğan H. Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 2014; 24: 138-142.
- Homma Y, Batista J, Bauer S, Griffiths D et al. Urodynamics. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. Health Publication Ltd; 2002. p. 317-372. https://www.ics.org/Publications/ICI_2/chapters/Chap07.pdf
- Huang H, Kuo Y, Wang S, Wang C et al. Structural Factors Affecting Health Examination Behavioral Intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2016; 13(4): 395.

- Işık O, Kandemir A, Akif ME, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016, 19(2), 171–186.
- İlgün S. Üriner inkontinansı olan hastalarda biyofeedback ile yapılan pelvik taban kas egzersizinin inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, 2011.
- İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(4): 85–95.
- İnci FH, Kartal A, Koştı N. İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüküne yönelik kanıta dayalı uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 2017; 3(1): 46–51.
- Janz K, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly, 1984, 11(1): 1-47.
- Johnston KC, Li JY, Lyden PD, Hanson SK et al. Medical and neurological complications of ischemic stroke: experience from the RANTTAS trial. Stroke, 1998, 29: 447-453.
- Kadojić D, Dikanović M, Bitunjac M, Vuletić V et al. Epidemiology of stroke. Periodicum Biologorum, 2012; 114(3): 253-257.
- Kappelle LJ, Van Der Worp HB. Treatment or prevention of complications of acute ischemic stroke. Current Neurology and Neuroscience Reports, 2004; 4(1): 36-41.
- Kapucu S, Türkan K, Fesci H. Yatağı bağımlı inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009; 16(3): 17-31.
- Karadakovan A. Aslan Eti F. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Adana, Nobel Kitabevi: Birinci baskı, 2010.
- Karaman D, Kara D, Atar NY. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneğı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 4(3): 347–359.
- Karaman S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeğı geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2014.
- Karan A. Ürojenekolojide fizik tedavi ve rehabilitasyon. Birinci baskı. İstanbul, Nobel tıp kitapçıları, 2016; 35-47.

- Karantanis E, Allen W, Stevermuer TL, Simons AM et al. The repeatability of the 24-hour pad test. *International Urogynecology Journal*, 2005; 16(1): 63-68.
- Karantanis E, Fynes M, Moore KH, Stanton SL. Comparison of the ICIQ-SF and 24-hour pad test with other measures for evaluating the severity of urodynamic stress incontinence. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 2004; 15(2): 111-116.
- Kargar Jahromi M, Talebizadeh M, Mirzaei M. The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self-esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013. *Global Journal of Health Science*, 2015; 7(2): 71–79.
- Kashanian M, Ali SS, Nazemi M, Bahasadri S. Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women “comparison between them: a randomized trial”. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2011; 159(1): 218-223.
- Kaya S. Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda mesane eğitimi ile birlikte pelvik taban kas eğitiminin etkinliğinin araştırılması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.
- Keilman LJ. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2005; 32(3): 699-722.
- Keskinoğlu P, Uçku R, Yener G. Yeniden Düzenlenmiş Standadize Mini Mental Test'in Toplumda Yaşayan Yaşlılarda Uygulanan Ön Test Sonuçları. *Journal of Neurological Sciences*, 2008, 25(1), 18–24.
- Keskinoğlu P, Uçku R, Yener G, Yaka E ve ark. Reliability and validity of revised Turkish version of Mini Mental State Examination (rMMSE-T) in communitydwelling educated and uneducated elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2009. DOI: 10.1002/gps.2252
- Keşanlı Elüstü H. Stres inkontinanslı olgularda pelvik taban kas egzersizlerine ek olarak uygulanan vajinal kon'un etkinliği. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2013.
- Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of urinary incontinence. *American Academy of Family Physicians*, 2013; 87(8): 543–550.
- Kılıçarslan H, Vuruşkan H, Doğan HS. Kadınlarda tüm stres üriner inkontinans tedavisinde otolog rektus fasyası kullanılarak yapılan pubovajinal sling. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 33(1): 11–14.

- Klinedinst NJ, Dunbar SB, Clark PC. Stroke survivor and informal caregiver perceptions of post-stroke depressive symptoms. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 2012; 44(2): 72-81.
- Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT et al. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. *International urogynecology journal*, 2011; 22(1): 17-22.
- Koç A. İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. *Gulhane Medical Journal*, 2012; 54(3): 1-7.
- Koçak T. Nörojenik işeme bozuklukları. *Klinik gelişim*, 2008; 21(3): 65–70.
- Kolominsky-Rabas PL, Hilz MJ, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Impact of urinary incontinence after stroke: Results from a prospective population- based stroke register. *Neurourology and Urodynamics*, 2003, 22(4): 322-327.
- Kovindha A, Wattanapan P, Dejpratham P, Permsirivanich W et al. Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: A multi-centre study. *Journal of rehabilitation medicine*, 2009; 41(6): 489-491.
- Krhut J, Zachoval R, Smith PP, Rosier PFW et al. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. *Neurourology and urodynamics*, 2014; 33(5): 507-510.
- Kuei CH, Liao CH, Kuo HC. Urodynamic characteristics of voiding dysfunction in patients with a cerebrovascular accident. *Urological Science*, 2013; 24(1): 21-23.
- Van Kuijk AA, Van Der Linde, H, Van Limbeek, J. Urinary incontinence in stroke patients after admission to a postacute inpatient rehabilitation program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2001; 82(10): 1407-1411.
- Kulaksızoğlu H, Akand M, Çakmakçı E, Gül M et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training on symptoms and uroflowmetry parameters in female patients with overactive bladder. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2015; 45(2): 449-453.
- Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, 2010; 9(1): 105-118.
- Kuo HC, Chen SL, Chou CL, Chuang YC et al. Clinical guidelines for the diagnosis and management of neurogenic lower urinary tract dysfunction. *Tzu Chi Medical Journal*, 2014; 26(3): 103-113.
- Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N et al. Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry. *BMC Geriatrics*, 2013; 13(33), 2–9.

- Kuyumcu ME, Yeşil Y, Cankurtaran M. İç Hastalıkları Pratiğinde Önemsenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans. İç Hastalıkları Dergisi, 2011; 18: 91–99.
- Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J et al. Medical complications after stroke: A multicenter study. Stroke, 2000; 31(6): 1223-1229.
- Lee SH, Lee JG, Min GE, Lee HL et al. Usefulness of total bladder capacity and post-void residual urine volume as a predictor of detrusor overactivity with impaired contractility in stroke patients. Experimental and therapeutic medicine, 2012; 4(6): 1112-1116.
- Li WJ, Oh SJ. Management of lower urinary tract dysfunction in patients with neurological disorders. Korean Journal of Urology, 2012; 53(9): 583-592.
- Liao YM, Dougherty MC, Liou YS, Tseng IJ. Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: an experimental study. International journal of nursing studies, 2006; 43(1): 29-37.
- Lin JH, Hsieh CL, Lo SK, Chai HM, Liao LR. Preliminary study of the effect of low-intensity home-based physical therapy in chronic stroke patients. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 2004; 20(1): 18-22.
- Lucas MG, BedretdinovaD, Bosch JLHR, Burkhard F et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology, 2015. http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
- Marinkovic SP, Badlani G. Voiding and sexual dysfunction after cerebrovascular accidents. The Journal of Urology, 2001; 165(2): 359-370.
- McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, Dean S et al. Scoping Review of Adherence Promotion Theories in Pelvic Floor Muscle Training–2011 ICS State-of-the-Science Seminar Research Paper I of IV. Neurourology and urodynamics, 2015; 34(7): 606-614.
- McClurg D, Lowe-Strong A, RG A. The benefits of pelvic floor muscle training in people with multiple sclerosis and lower urinary tract dysfunction. Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health, 2008; 103: 21-8.
- Medrano Sánchez EM, Suárez Serrano CM, De la Casa Almeida M, Díaz Mohedo E et al. Spanish version of the broome pelvic muscle self-efficacy scale: Validity and reliability. Physical Therapy, 2013; 93(12): 1696-1706.
- Mehdi Z, Birns J, Bhalla A. Post- stroke urinary incontinence. International journal of clinical practice, 2013; 67(11): 1128-1137.
- Mehdi Z, Patel M. Management of Post-Stroke Complications. (A. Bhalla & J. Birns, Ed.), Interventional Cardiology Clinics (C. 5), Springer International Publishing, 2016.

- Meng NH, Lo SF, Chou LW, Yang PY et al. Incomplete bladder emptying in patients with stroke: is detrusor external sphincter dyssynergia a potential cause?. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*, 2010; 91(7): 1105-1109.
- Messer KL, Hines SH, Raghunathan TE, Seng JS et al. Self-efficacy as a predictor to PFMT adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial. *Health Education & Behavior*, 2007; 34(6): 942-952.
- Middaugh SJ, Whitehead WE, Burgio KL, Engel BT. Biofeedback in treatment of urinary incontinence in stroke patients. *Biofeedback and Self-Regulation*, 2002; 14(1): 3–19.
- Mollaoglu M, Ozkan-Tuncay F, Kars-Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011; 4(3):125–130.
- Moore KH. Ürojinekoloji: Kanıta dayalı klinik yaklaşım. Çeviri Editörü: Karatepe A. İstanbul, Nobel tıp kitabevleri, 2011; 53-75.
- Nager CW, Kraus SR, Kenton K, Sirls L et al. Urodynamics, the supine empty bladder stress test, and incontinence severity. *Neurourology and Urodynamics*, 2010; 29(7): 1306-1311.
- Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003; 7(1): 33-38.
- Ng SC, Lin TL, Chang SJ, Tai HL et al. Nursing intervention to enhance efficacy of home practice of pelvic floor muscle exercises in treating mixed urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 2008; 19(5): 637-642.
- Nguyen K, Hunter KF, Wagg A. Knowledge and understanding of urinary incontinence. *Canadian Family Physician*, 2013; 59(7): e330-e337.
- Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2009; 41(2): 92-105.
- O’Sullivan R, Karantanis E, Stevermuer TL, Allen W et al. Definition of mild, moderate and severe incontinence on the 24- hour pad test. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2004; 111(8): 859-862.
- Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Baran E ve ark. Stres üriner inkontinansı olan kadınlarda pelvik taban kas egzersizleri ve vajinal tampon eğitiminin inkontinans şiddeti, pelvik taban kas

kuvveti ve endurasi üzerine etkileri: vaka serisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2016; 3(1): 118-119.

Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. Online Journal of Public Health Informatics, 2012; 4(3), e9.

Ovbiagele B, Nguyen-Huynh MN. Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. Neurotherapeutics, 2011; 8(3): 319-329.

Ozturk Y, Demir C, Gursoy K, Koselerli R. Analysis of stroke statistics in Turkey. Value in Health, 2015; 18(7): A402.

Önder T, Anuk T, Kahramanca Ş, Yıldırım AC. Evde bakım hizmetinden yararlanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 2015; 42(3): 342-345.

Öz B, Koca B, Ölmez N, Memiş A. İnmeli Hastalarda Rehabilitasyon Sonrası Fonksiyonel ve Mental İyileşme ile İlişkili Faktörler. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2008, 54: 84-88.

Özcan H, Kızılkaya Beji, N. Üriner inkontinanslı hastaların değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parameter: Yaşam kalitesi. Göztepe Tıp Dergisi, 2014; 29(4): 236-238.

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

Özengin N, İnal B, Çankaya H, Bakar Y. Stres üriner inkontinanslı kadınlarda kaçırılan idrar miktarı yaşam kalitesini etkiler mi? Retrospektif Çalışma. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 2017; 22(2): 107-113.

Özerdoğan NÖ, Kızılkaya Beji N. Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinans prevalansı, risk faktörleri, yaşam kalitesine etkisi. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 51(XIII): 37-50.

Öztürk Y, Soy D, Öztürk M, Mutluay B et al. İnmeden bir yıl sonraki yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlığın değerlendirilmesi. Düşünen Adam, 2002; 15 (2): 117-21.

Pai HC, Tsai YC. The effect of cognitive appraisal on quality of life of providers of home care for patients with stroke. Journal of Neuroscience Nursing, 2016; 48(1): E2-E11.

Pal M. Pelvic floor exercises—A clinical study. Asian Journal of Medical Sciences, 2014; 5(3): 95-98.

- Palmer MH. Use of health behavior change theories to guide urinary incontinence research. *Nursing Research*, 2004; 53(Supplement): 49-S55.
- Park E, Kang K. Incontinence-Quality of Life (IQOL) among women with urinary incontinence. *Healthcare and Nursing*, 2014; 72: 77-80.
- Patel M, Coshall C, Lawrence E, Rudd G, Wolfe CD. Recovery from poststroke urinary incontinence: associated factors and impact on outcome. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001; 49(9): 1229-1233.
- Patel M, Coshall C, Rudd G, Wolfe CD. Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke. *Stroke*, 2001; 32(1): 122-127.
- Patrick D, Martin M, Bushnell D, Yalcin I. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the Incontinence Quality of Life instrument (I-QOL). *Urology*, 1999; 53(1): 71-76.
- Pendlebury ST, Giles MF, Rothwell PM. Epidemiology, risk factors, pathophysiology and causes of transient ischemic attacks and stroke Epidemiology. In: *History 2004*, p. 1-10.
- Peyrovi H, Mohammad-Saeid D, Farahani-Nia M, Hoseini F. The relationship between perceived life changes and depression in caregivers of stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2012; 44(6): 329-336.
- Pilcher M, MacArthur J. Patient experiences of bladder problems following stroke. *Nursing Standard*, 2012; 26(36): 39-46.
- Polat B. Pelvik Taban Kas Zayıflığı Olan Kadınlarda Pelvik Taban Eğitiminin Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2017.
- Price N, Dawood R, Jackson SR. Pelvic floor exercise for urinary incontinence: a systematic literature review. *Maturitas*, 2010; 67(4): 309-315.
- Quartly E, Hallam T, Kilbreath S, Refshauge K. Strength and endurance of the pelvic floor muscles in continent women: an observational study. *Physiotherapy*, 2010; 96(4): 311-316.
- Redfors P. Long-term post-stroke outcome. Ineko AB, Gothenburg, Sweden, 2014. URL: <http://hdl.handle.net/2077/36739%0APrinted>
- Renjen P, Beg MA, Ahmad K. Epidemiological study of incidence and risk factors of Ischemic stroke subtypes according to Trial of ORG 10172 in acute stroke treatment criteria: A 3 years, hospital-based study. *International Journal of Medicine and Public Health*, 2015; 5(1), 50.

- Rittman M, Hinojosa MS, Findley K. Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2009; 41(1): 39-52.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 1988; 15(2): 175-183.
- Rotar M, Blagus R, Jeromel M, Skrbe, M et al. Stroke patients who regain urinary continence in the first week after acute first- ever stroke have better prognosis than patients with persistent lower urinary tract dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 2011; 30(7): 1315-1318.
- Sacomori C, Berghmans B, Mesters, de Bie R et al. Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 2015; 61(4): 190-198.
- Sacomori C, Cardoso FL, Porto IP, Negri NB. The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2013; 17(4): 336-342.
- Sacomori C, Cardoso FL, Sperandio FF. Teaching pelvic floor muscle exercises to women in a primary care setting: Participants' adherence and acceptance. *J Yoga Phys Ther*, 2012; 2(4), 2–5.
- Sampane-donkor E. A Study of Stroke in Southern Ghana : Epidemiology , Quality of Life and Community Perceptions. University of Iceland, The degree of Philosophiae Doctor University of Iceland Faculty of Medicine School of Health Sciences, October 2014.
- Sarı D. Pelvik taban kas egzersizinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir, 2007.
- Sarı D, Khorshid L. The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2009; 36(4): 429-435.
- Savaş S, Akkuş S, Cinevre Soyupek F, Ilgün E et al. Impact of delayed initiation to stroke rehabilitation on functional outcomes and medical complications. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2007; 53(2): 45–49.
- Sayan A. Günümüzde evde bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004; 7(3): 91–96.
- Segedi L, Segedi D, Parezanovic I. Quality of life in women with urinary incontinence. *Medicinski Glasnik*, 2011; 8(2): 237–242.

- Senra C, Pereira MG. Quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*, 2015; 61(2): 178–183.
- Shahali S, Kashanian M, Azari A, Salehi R. Effects of pelvic floor muscle exercises on quality of life outcomes in women with stress urinary incontinence. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 2010; 24(3): 159-162.
- Shin DC, Shin SH, Lee MM, Lee KJ et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in female stroke patients: a randomized, controlled and blinded trial. *Clinical Rehabilitation*, 2016; 30(3): 259-267.
- Sidhartha JM, Purma AR, Reddy LVPK, Sagar NK et al. Risk factors for medical complications of acute hemorrhagic stroke. *Journal of Acute Disease*, 2015; 4(3): 222-225.
- Siegel AL. Pelvic floor muscle training in males: practical applications. *Urology*, 2014; 84(1): 1-7.
- Sinclair A, Ramsay IN. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 2011; 13(3): 143-148.
- Sousa M, Viana R, Viana S, Da Roza T et al. Effects of a Pelvic Floor Muscle Training in Nulliparous Athletes with Urinary Incontinence: Biomechanical Models Protocol. In: *Computational and Experimental Biomedical Sciences: Methods and Applications*. Springer, Cham, 2015. p. 83-90.
- Soyuer F, Ünal D, Öztürk A. İnme hastalarında yaş ve cinsiyetin fonksiyonel yetersizlik üzerine olan etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007; 14(2): 91–94.
- St John W, Wallis M, Griffiths S, McKenzie S. Daily- Living Management of Urinary Incontinence: A Synthesis of the Literature. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2010; 37(1): 80-90.
- Stroke Association. State of the nation stroke statistics. Stroke association resource sheet, 2017. URL: <https://doi.org/10.2307/j.ctt80ggr>
- Sunay DA. (2009). Birinci basamakta üriner inkontinansa yaklaşım. *Ulusal Bilinçle Güncel Üroloji*, Antalya. (ET: 10.08.2016) URL: http://www.turkiyesru.org/esruDATA/userfiles/file/Didem_Sunay.pdf
- Şirzai H, Ünsal Delialioğlu S, Sarı İF, Özel S. İnme ve bakım verme yükü. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 2015; 18(3): 162–169.

- Tamanini JNT, Santos JLF, Lebrao ML, Duarte YAO et al. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourology and Urodynamics*, 2011; 30(7): 1281-1285.
- Teasell R, Foley N, Salter K, Hussein N et al. Medical Complications Post Stroke, 2013, ss. 1–98. URL: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter17_Medical-Complications_FINAL_16ed.pdf. (ET: 12 Aralık 2014).
- Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourology and Urodynamics*, 2000; 19(3): 259–71.
- Thom DH. The epidemiology and evaluation of urinary incontinence. *Advance Studies in Medicine*, 2004; 4(2A): S81–S87.
- Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. 2008, Cochrane Database of Systematic Reviews, (1).
- Tibaek S, Gard G, Jensen R. Pelvic floor muscle training is effective in women with urinary incontinence after stroke: A randomised, controlled and blinded study. *Neurourology and Urodynamics*, 2005; 24(4): 348–357.
- Tibaek S, Gard G, Jensen R. Is there a long-lasting effect of pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence after ischemic stroke?. *International Urogynecology Journal*, 2007; 18(3): 281-287.
- Topçu S, Oğuz S. Self-efficacy and quality of life after stroke İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 2017; 14(2): 1388-1396.
- Truelsen T, Krarup LH, Iversen HK, Mensah GA et al. Causes of death data in the global burden of disease estimates for ischemic and hemorrhagic stroke. *Neuroepidemiology*, 2015; 45(3): 152-160.
- Tseng CN, Huang GS, Yu PJ, Lou MF. A qualitative study of family caregiver experiences of managing incontinence in stroke survivors. *PloS one*, 2015; 10(6), 1–12.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2152603> (ET: 3 Aralık 2017).
- Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2007; 53(Özel sayı): 1–3.
- Üçer H, Keten HS, Kuş C, Kuran MY ve ark. 60 Yaş ve üzeri bireylerin inme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 2016; 22(3): 136–140.

- Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML et al. Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology*, 1996; 47(1): 67-71.
- Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2000; 14(2): 335-354.
- Williams MP, Srikanth V, Bird M, Thrift AG. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke-a longitudinal population-based study. *Age and Ageing*, 2012; 41(3): 371-376.
- Wilson J. Evaluating web-based pelvic floor muscle education for pregnant women. The University of Notre Dame Australia, Doctor of Philosophy, 2015. URL: <https://researchonline.nd.edu.au/theses/120/>
- World Health Organization (1978). Cerebrovascular disorders: A clinical and research classification. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37194/1/WHO-OFFSET43.pdf> (ET: 23 December 2014).
- World Health Organization (2006). Global burden of neurological disorders estimates and projections. İçinde *Neurological disorders public health challenges* (ss. 27–39). URL: http://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_2_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf?ua=1 (ET: 23 December 2014).
- Yalın H. inme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2011.
- Yıldırım Sarıcı D. Üriner inkontinans tedavisinde pelvik taban egzersizleri nöromodülasyon-biofeedback için evde egzersiz eğitim uygulaması kısa dönem sonuçları. Uzmanlık tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
- Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013; 50(2): 169-174.
- Yılmaz E, Muslu A, Özcan E. Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt*, 2014; 2(2): 1–14.
- Yiğit S. Evde bakım hizmetlerinde müşteri memnuniyeti. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 2004.

- Zachariou A, Filiponi M. Investigation of the factors affecting the burden on caregivers of elderly patients with urinary incontinence: A cross-sectional study in Greece. *Hellenic Urology*, 2016, 28(3), 45–54.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980; 20(6): 649-655.
- Zengin N. İdrar kaçırın kadınlarda hemşirelik eğitimi ve davranışsal tedavinin konfor, pelvik taban kas egzersizi uygulaması öz-etkililik algısı ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2008.
- Zhang AY, Strauss GJ, Siminoff LA. Effects of Combined Pelvic Floor Muscle Exercise and a Support Group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients. *Oncology Nursing Forum*, 2007; 34(1): 47–53.

8. EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: () Erkek () Kadın (doğum sayısı:.....)
3. Medeni Durumunuz : () Evli () Bekar () Diğer
4. Öğrenim Durumunuz : () Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
5. Meslek: () Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest Meslek () Ev Hanımı () Emekli
6. Gelir Durumu: () Gelir-giderden fazla () Gelir-gidere eşit () Gelir-giderden az
7. Sosyal Güvenceniz : () SGK () Özel Sigorta () Yok
8. Aile Tipi: () Çekirdek aile () Geniş aile
9. Evde Yaşadığı Kişiler: () Eş () Eş ve çocuklar () Çocuklar () Yalnız () Diğer
10. Hastalığı (inme) Geçirme Zamanı: (ay)
11. İnme tipi: () İskemik () Trombotik () Embolik () İnme ile karotis tıkanması
12. Lezyonun lokalizasyonu: () Sağ () Sol () İki taraflı
13. İdrar kaçırma tipi: () Stres () Sıkışma () Miks () Fonksiyonel
14. İdrar kaçırmada koruyucu materyal kullanımı: () Yok () Ped () Kateter Diğer (.....)
15. Mini Mental test puanı:
16. Ped testi (24 saatlik): Girişim öncesigr Girişim sonrasıgr
17. Ürodinami test sonucu:
18. Kilo: Boy: BKİ:
19. Bakım vereni: () Eş () Çocuk () Bakıcı () Diğer akraba
20. Bakım verenin yaşı:
21. Bakım verenin cinsiyeti: () Kadın () Erkek
22. Bakım vericinin eğitim durumu: () OYD () OY () İlköğretim () Lise () Üniversite
23. Bakım vericinin mesleği: () Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest Meslek () Ev hanımı
24. Bakıcının günlük bakım verdiği süre:

EK 2. Eğitimli ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test

DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

(5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Eğitim: _____ yıl
Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan: _____

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz? _____
2. Hangi mevsimdeyiz? _____
3. Hangi aydayız? _____
4. Bu gün ayın kaçı? _____
5. Hangi gündeiz? _____
6. Hangi ülkede yaşıyoruz? _____
7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? _____
8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir? _____
9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? _____
10. Şu an bu binada kaçinci kattasınız? _____

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan
Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85) _____

12. "Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin.
Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin. (Masa, Bayrak, Elbise) ...

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan) _____

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan) _____

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

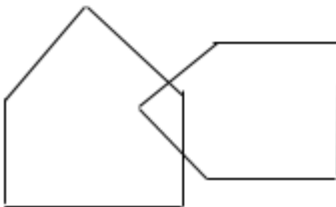
"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",
(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan) _____

17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

18. Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle yazın (1 puan) _____

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)



DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (eğitimsizlerde)

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Eğitim: 0. OYD 1. OY 2. yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?
2. Bu gün haftanın hangi günündeyiz?
3. Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?
4. Hangi aydayız?
5. Hangi mevsimdeyiz?
6. Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?
7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?
8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?
9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?
10. Şu an bu binada kaçınca kattasınız?

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra Tekrarlayın(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan.....
Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

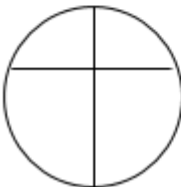
DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan (Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)
HATIRLAMA (Toplam puan 3).....

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan).....
15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan).....
16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",
(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan).....
17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın)
(1 puan).....
18. Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan).....
19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan).....



EK 3. Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF)

ULUSLARARASI İNKONTINANS SORGULAMA FORMU (INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT FORM -ICIQ-SF)

Birçok kişi bazı zamanlarda idrar kaçıır. Kişinin kaç kez 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 1-Kadın 2-Erkek

3-Ne sıklıkta idrar kaçıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyiniz)

Hiçbir zaman	0
Haftada bir veya daha seyrek gibi	1
Haftada iki veya üç kez	2
Günde bir kez gibi	3
Günde birkaç kez	4
Her zaman	5

4-Size göre ne kadar idrar kaçıyorsunuz bilmek istiyoruz.

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

Hiç	0
Az miktarda	2
Orta derecede	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

6- Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz? (Lütfen size uyan seçenekleri işaretleyiniz)

Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum	
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum (sıkışıklık hissi ile birlikte)	
Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum	
Uyurken kaçıyorum	
Hareket halinde iken (eğilmek, uzanmak) ya da spor yaparken kaçıyorum	
İşeme bitirip giyinirken idrar kaçıyorum	
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum	
Her zaman kaçıyorum	
Diğer	

EK 4. Mesane Günlüğü

MESANE (İSEME) GÜNLÜĞÜ (7 günlük)

ZAMAN	1. GÜN				2. GÜN				3. GÜN				4. GÜN				5. GÜN				6. GÜN				7. GÜN			
	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma	İçtiği Sıvı Miktarı (bardak)	Tuvalette gıtme sayısı	Şiddetli İdrar Hissi	İdrar Kaçırma
7.00																												
8.00																												
9.00																												
10.00																												
11.00																												
12.00																												
13.00																												
14.00																												
15.00																												
16.00																												
17.00																												
18.00																												
19.00																												
20.00																												
21.00																												
22.00																												
23.00																												
24.00																												
1.00																												
2.00																												
3.00																												
4.00																												
5.00																												
6.00																												

EK 5. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (I-QOL)

İNKONTİNANS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (I-QOL)

Yönerge

Aşağıda her durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

1. Çok fazla 2. Oldukça 3. Orta düzeyde 4. Biraz 5. Hiç

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

EK 6. Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği

TÜRKÇE BROOME PELVİK KASI ÖZ ETKİLİLİK SKALASI



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

EK 7. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

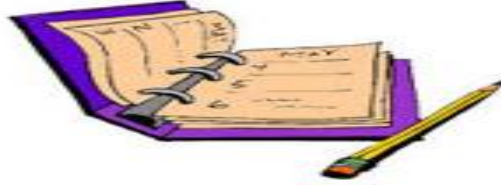
BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oldukça sık” ve “hemen her zaman” olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça Sık	Hemen her zaman
1- Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2- Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3- Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4- Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5- Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6- Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7- Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
9- Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10- Yakınınla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11- Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12- Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13- Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14- Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15- Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16- Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17- Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18- Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19- Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20- Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21- Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22- Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0- Hiç	1- Biraz	2- Orta	3- Oldukça	4- Aşırı

EK 8. Pelvik Taban Kas Egzersizi Günlüğü

PELVİK TABAN KAS EGZERSİZ GÜNLÜĞÜ



Adı Soyadı:
Telefon Numarası:



1. HAFTA
10 kez, 5 saniye sık ve 10 saniye gevseme

Egzersiz	1.gün	2.gün	3. gün	4.gün
Sabah				
Öğle				
Akşam				
	5.gün	6.gün	7.gün	
Sabah				
Öğle				
Akşam				

2. HAFTA
10 kez, 10 saniye sık ve 20 saniye gevseme

Egzersiz	1.gün	2.gün	3. gün	4.gün
Sabah				
Öğle				
Akşam				
	5.gün	6.gün	7.gün	
Sabah				
Öğle				
Akşam				

14

3. HAFTA

20 kez, 10 saniye sık ve 20 saniye gevseme

Egzersiz	1.gün	2.gün	3. gün	4.gün
Sabah				
Öğle				
Akşam				
	5.gün	6.gün	7.gün	
Sabah				
Öğle				
Akşam				

4. HAFTA

20 kez, 10 saniye sık ve 20 saniye gevseme

Egzersiz	1.gün	2.gün	3. gün	4.gün
Sabah				
Öğle				
Akşam				
	5.gün	6.gün	7.gün	
Sabah				
Öğle				
Akşam				

15

EK 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Araştırmacının Beyanı

İnme sonrası idrar kaçırma sorunu ortaya çıkan hastalarda evde hemşirelik bakımı kapsamında uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin hasta bakım sonuçlarına ve bakım verenlerin yüküne olan etkisini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yürütülen bir doktora tezi için kullanılacak olup bilimsel amaçlar dışında kesinlikle kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup değerlendirdikten sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Gülcihan Arkan tarafından size evde hemşirelik bakımı uygulanacaktır. Bu bakım toplamda 3 ev ziyareti yapılarak pelvik taban kas egzersizlerinin için hemşirelik bakımı ve eğitimi verilecektir.

Ayrıca ev ziyaretleri sırasında; sosyo-demografik bilgilerinizin belirlenmesi için “Sosyo Demografik Özellikler Bilgi Formu”nda yer alan ifadeleri doldurmanız idrar kaçırma sıklığınızı değerlendirmek için “Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu”, yaşam kalitenizin belirlenmesi için “İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği”, pelvik taban kas egzersizlerini uygulamadaki öz etkinliğinizi belirlemek için “Broome Pelvik Taban Kas Egzersizi Öz-Etkililik Ölçeği”, “Mini Mental Test”, “Mesane Günlüğü (7 günlük)” ve “Egzersiz Günlüğü (çalışma süresince)” nde yer alan ifadeleri yanıtlamanız gerekmektedir. Daha sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Urolog Uzm. Dr. Ozan BOZKURT tarafından ürodinami testiniz yapılacaktır. Evde de egzersizler öncesi ve sonrasında bir günlük ped testiniz yapılacaktır. Bakım vericilerinize de “Bakım Verme Yükü Ölçeği” uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Ayrıca, sizden ya da sosyal güvencenizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmenize rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

Sayın Gülcihan Arkan tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Gülcihan Arkan’ın 05536025232 (cep) no’lu telefonunda ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Bakım Vereni:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

EK 10. Kurum İzinleri



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : 82010743/
KONU : Gülcihan ARKAN

27.02.2014 *002418

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 20.02.2014 tarih, 311 sayılı yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği doktora programı öğrencisi Gülcihan ARKAN'ın "İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" isimli çalışmasını (Perşembe günü 13.30-16.00) Nöroloji Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef Meral BEŞİRLİ
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI : 82010743/
KONU : Tez Çalışması

25.04.2014 *004902

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 28.03.2014 tarih, 561 sayılı yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Gülcihan ARKAN'ın "İnmeli Hastalarda Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" başlıklı tez çalışması için Hastanemiz Nöroloji Anabilim Dalı İnme Polikliniğinde araştırmalar yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim


Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef Meral BEŞİRLİ
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 1955 - 26978
KONU: Çalışma Hk.

18.12.2015

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 1894 sayılı ve 02.12.2015 tarihli yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim görevlisi Gülcihan ARKAN'ın Prof.Dr.Ayşe BEŞER'in danışmanlığında "İnmeli Hastalara Sağlık İnanc Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" isimli çalışmayı Nöroloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK 11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzinleri

← → Güvenli | https://webmail.deu.edu.tr/kail/src/webmail.php ☆

Kota kullaniminiz
85.7% of
1,049.2M
85.7%

Klasörler
Son Güncelleme:
Sal, 11:07 pm
(E-posta Kontrolü Yap)

- **Gelen Kutusu** (113)
Drafts
Sent
Trash
Archive
Spam

Görüntülenen Klasör: **Gelen Kutusu** Oturumu
Mesaj Yaz Adresler Klasörler Seçenekler Ara Yardım Takvim Squirr

Mesaj Listesi | Okunmamış | Sil Önceki | Sonraki İlet | Eklenti Olarak İlet | Cevap Yaz | Tümüne Cevap

Konu: Re: Yeniden Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test
Gönderen: "Pembe Keskinoglu" <pembe.keskinoglu@gmail.com>
Tarih: 9 Eylül 2014, Salı, 1:51 pm
Alıcı: "gulcihan" <gulcihan.arkan@deu.edu.tr>
Öncelik: Normal
Seçenekler: Tüm Başlıkları Göster | Yazdırılabilir Şekilde Göster | Bunu dosya olarak indir

Her iki testi kullanabilirsiniz. Uygulama klavuzları ve testlere ulaşmadıysanız size gönderebilirim.
Doç.Dr. Pembe Keskinoglu

3 Eylül 2014 13:54 tarihinde gulcihan <gulcihan.arkan@deu.edu.tr> yazdı:

> Merhaba Hocam,
>
> Ben DEÜ Halk Sağlığı Hemşireliği ABD doktora programı öğrencisi Gülcihan
> ARKAN. Hocam, tez çalışmam için tarafınızca revize edilmiş "Yeniden
> Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test" ini kullanabilmek üzere izninizi
> istiyorum. Görüşmek üzere. Saygılarımla.
>
>
> Öğr. Gör. Gülcihan ARKAN
>
> Dokuz Eylül Üniversitesi
> Hemşirelik Fakültesi
> Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
>
>
> Gülcihan ARKAN, RN, MSc
> Dokuz Eylül University
> Faculty of Nursing
> Public Health Nursing Department
>
>

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

Gelen Kutusu 1

Gereksiz E-posta 40

Taslaqlar

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 90

Arşiv

Conversation History

Re: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Hakkında

hemel@pau.edu.tr
21.9.2014 (Paz), 18:55
Siz

merhaba Gülcihan Hanım inmeli Hastalara Sağlık İnanc Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüğüne Etkisi isimli doktora tezinizde "BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ" ni kullanabilirsiniz. Kolay gelsin

Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi
Denizli Sağlık Yüksekokulu
Denizli/TÜRKİYE

Yanıtla

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

- Gelen Kutusu 1
- Gereksiz E-posta 40
- Taslaqlar
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 90
- Arşiv
- Conversation History

RE: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanılması hakkında

nebahat
4.9.2014 (Per), 12:19
Siz ❷

Merhaba,
İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni tezinizde kullanabilirsiniz. Ölçeğin kullanımı ile ilgili herhangi bir sorun yaşarsanız benimle iletişime kurabilirsiniz.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan
Eskişehir Osmangazi Üniv. Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Böl. Bşk

From: gülcihan arkan [mailto:gulcihan.48@hotmail.com]
Sent: Wednesday, September 03, 2014 12:07 PM
To: nozerdogan@ogu.edu.tr
Subject: İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğinin kullanılması hakkında

Merhaba Hocam,
Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Doktora programı öğrencisi Gülcihan ARKAN. Hocam, doktora tezimde kullanılmak üzere 2003 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği" ni kullanabilmek için izninizi istiyorum.
Görüşmek üzere. Saygılarımla...

Öğr. Gör. Gülcihan ARKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

- Gelen Kutusu 1
- Gereksiz E-posta 40
- Taslaqlar
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 90
- Arşiv
- Conversation History

İlt: Broome Pelvik Kası Öz Etklilik Skalası hakkında

neriman zengin
21.9.2014 (Paz), 18:24
Siz ❷

NERİMAN TEZ.pdf
2 MB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Gülcihan ARKAN "Broome Pelvik Kası Öz Etklilik Skalası " doktora tezinizde kullanabilirsiniz. Size Doktora tezimi ek dosyada gönderiyorum. Ölçek ve değerlendirmesi hakkında ayrıntılı bilgilere ulaşabilirsiniz.
kullanımı rahat ve kolay bir ölçek. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

*Neriman Zengin, Associate Professor
Istanbul University
Faculty of Health Science
Department of Midwifery
Phone +90 212 414 15 00 /40142
Fax: 0212 415 15 15*

19 Eylül 2014 16:02 Cuma tarihinde gülcihan arkan <gulcihan.48@hotmail.com> şöyle yazdı:

Sayın Hocam,
Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Doktora programı öğrencisi Gülcihan ARKAN. Hocam, sizde uygun görürseniz Prof. Dr. Ayşe BEŞER'in danışmanlığı ile çalışmayı planladığımız "İnmeli Hastalara Sağlık İnancı Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" isimli doktora tezimde kullanılmak üzere 2008 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Broome Pelvik Kası Öz Etklilik Skalası " nı kullanabilmek için izninizi istiyorum.
İlginiz ve emeğiniz için teşekkür ederim.

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | ...

↑ ↓ X Geri al

^ Klasörler

Gelen Kutusu 1

Gereksiz E-posta 40

Taslaklar

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 90

Arşiv

Conversation History

Re: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formunun kullanım izni hakkında

BÇ

Bülent Çetinel

3.9.2014 (Çar), 13:23

Siz

Yanıtla

İzleme bayrağı.

Memnuniyetle
Kolay gelsin
Bülent

iPhone'umdan gönderildi

3 Eyl 2014 tarihinde 13:21 saatinde, "gülcihan arkan" <gulcihan.48@hotmail.com> şunları yazdı:

Merhaba Hocam,
Ben Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Gülcihan ARKAN. Hocam, doktora tez çalışmamda kullanılmak üzere 2004 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "**Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu**" kullanmak için izninizi istiyorum.
Görüşmek üzere. Saygılarımla...

Öğr. Gör. Gülcihan ARKAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

EK 12. Ölçümde Kullanılan Cihazların Kalibrasyon Formları

	TÜRKAK TÜRK AKREDİTASYON KURUMU TURKISH ACCREDITATION AGENCY <i>tarafından akredite edilmiş</i>		 TS EN ISO/IEC 17025 AB-0118-K
	BATIMET KALİBRASYON LABORATUVAR SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ. 5748 Sokak No:39/1-2-3 Çamdibi - Bornova / İZMİR		
Kalibrasyon Sertifikası <i>Calibration Certificate</i>			
Cihazın Sahibi / Adresi <i>Customer / Address</i>	: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ BALÇOVA-İZMİR		
İstek Numarası <i>Order No</i>	: 041612		
Makine / Cihaz <i>Instrument / Device</i>	: HASSAS TERAZİ		
İmalatçı <i>Manufacturer</i>	: SİNBÖ		
Tip <i>Type</i>	: SKS 4513		
Seri Numarası <i>Serial Number</i>	: -		
Kalibrasyon Tarihi <i>Date of Calibration</i>	: 13.04.2016		
Sertifika Sayfa Sayısı <i>Number of pages of the certificate</i>	: 4		
Bu kalibrasyon sertifikası, Uluslararası Birimler Sisteminde (SI) tanımlanmış birimleri realize eden ulusal ölçüm standartlarına izlenebilirliği belgeler. <i>This calibration certificate documents the traceability to national standards which realize the unit of measurement according to the International System of Units (SI)</i> Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kalibrasyon sertifikalarının tanınması konusunda Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) ve Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği (ILAC) ile karşılıklı tanıma antlaşmasını imzalamıştır. <i>The Turkish Accreditation Agency (TÜRKAK) is signatory to the multilateral agreements of the European co-operation for the Accreditation (EA) and of the International Laboratory Accreditation (ILAC) for the Mutual recognition of calibration certificates.</i> Ölçüm sonuçları, genişletilmiş ölçüm belirsizlikleri ve kalibrasyon metodları bu sertifikanın tamamlayıcı kısmı olan takip eden sayfalarda verilmiştir. <i>The measurements, the uncertainties with confidence probability and calibration methods are given on the following pages which are part of this certificate.</i>			
Mühür <i>Seal</i>	Tarih <i>Date</i>	Kalibrasyonu Yapan <i>Calibrated by</i>	Laboratuvar Müdürü <i>Head of Calibration Laboratory</i>
	14.04.2016	 Halil YILMAZ	 Ayhan ALTAS
Bu sertifika laboratuvarın izni olmadan kısmen kopyalanıp çoğaltılamaz. İmzasız ve mühürlü sertifikalar geçersizdir. <i>This certificate shall not be reproduced other than in full except with the permission of the laboratory. Calibration certificates without signature and seal are not valid.</i> 5748 Sokak No:39/1-2-3 MTK Sitesi Çamdibi - Bornova / İZMİR - Tel: 0232 431 00 40 Fax: 0232 431 00 16, http://www.batimet.com.tr, info@batimet.com.tr			



TÜRKAK
TÜRK AKREDİTASYON KURUMU
TURKISH ACCREDITATION AGENCY
tarafından akredite edilmiş

BATIMET
KALİBRASYON LABORATUVAR
SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.

5748 Sokak No:39/1-2-3 Çamdibi - Bornova / İZMİR

Kalibrasyon Sertifikası
Calibration Certificate



AB-0118-K
041605904
04.16

Cihazın Sahibi / Adresi : DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
Customer / Address BALÇOVA-İZMİR

İstek Numarası : 041612
Order No

Makine / Cihaz : TERAZİ
Instrument / Device

İmalatçı : BEURER
Manufacturer

Tip : GS 10
Type

Seri Numarası : -
Serial Number

Kalibrasyon Tarihi : 13.04.2016
Date of Calibration

Sertifika Sayfa Sayısı : 4
Number of pages of the certificate

Bu kalibrasyon sertifikası, Uluslararası Birimler Sisteminde (SI) tanımlanmış birimleri realize eden ulusal ölçüm standartlarına izlenebilirliği belgeler.
This calibration certificate documents the traceability to national standards which realize the unit of measurement according to the International System of Units (SI)

Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kalibrasyon sertifikalarının tanınması konusunda Avrupa Akreditasyon Birliği (EA) ve Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon Birliği (ILAC) ile karşılıklı tanıma antlaşmasını imzalamıştır.
The Turkish Accreditation Agency (TÜRKAK) is signatory to the multilateral agreements of the European co-operation for the Accreditation (EA) and of the International Laboratory Accreditation (ILAC) for the Mutual recognition of calibration certificates.

Ölçüm sonuçları, genişletilmiş ölçüm belirsizlikleri ve kalibrasyon metodları bu sertifikanın tamamlayıcı kısmı olan takip eden sayfalarda verilmiştir.
The measurements, the uncertainties with confidence probability and calibration methods are given on the following pages which are part of this certificate.

Mühür
Seal



Tarih
Date

14.04.2016

Kalibrasyonu Yapan
Calibrated by

Halil YILMAZ

Laboratuvar Müdürü
Head of Calibration Laboratory

Ayhan ALTAS

Bu sertifika laboratuvarın izni olmadan kısmen kopyalanıp çoğaltılamaz. İmzasız ve mühürsüz sertifikalar geçersizdir.
This certificate shall not be reproduced other than in full except with the permission of the laboratory. Calibration certificates without signature and seal are not valid.

5748 Sokak No:39/1-2-3 MTK Sitesi Çamdibi - Bornova / İZMİR - Tel: 0232 431 00 40 Fax: 0232 431 00 16,
<http://www.batimet.com.tr>, info@batimet.com.tr



BATIMET
KALİBRASYON LABORATUVAR
SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.

BATIMET
041605905
04.16.

Kalibrasyon Sertifikası
Calibration Certificate

Cihazın Sahibi / Adresi : DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
Customer / Address BALÇOVA-İZMİR

İstek Numarası : 041612
Order No

Makine / Cihaz : TANSİYON ALETİ
Instrument / Device

İmalatçı : OMRON
Manufacturer

Tip : M2 ECO
Type

Seri Numarası : 20151102434VG
Serial Number

Kalibrasyon Tarihi : 13.04.2016
Date of Calibration

Sertifika Sayfa Sayısı : 3
Number of pages of the certificate

Bu kalibrasyon sertifikası, Uluslararası Birimler Sisteminde (SI) tanımlanmış birimleri realize eden ulusal ölçüm standartlarına izlenebilirliği belgeler.
This calibration certificate documents the traceability to national standards which realize the unit of measurement according to the International System of Units (SI)

Ölçüm sonuçları, genişletilmiş ölçüm belirsizlikleri ve kalibrasyon metodları bu sertifikanın tamamlayıcı kısmı olan takip eden sayfalarda verilmiştir.
The measurements, the uncertainties with confidence probability and calibration methods are given on the following pages which are part of this certificate.

Mühür
Seal

Tarih
Date

Kalibrasyonu Yapan
Calibrated by

Laboratuvar Müdürü
Head of Calibration Laboratory



14.04.2016

Halil YILMAZ

Ayhan ALTAS

Bu sertifika laboratuvarın izni olmadan kısmen kopyalanıp çoğaltılamaz. İmzasız ve mühürlü sertifikalar geçersizdir.
This certificate shall not be reproduced other than in full except with the permission of the laboratory. Calibration certificates without signature and seal are not valid.

5748 Sokak No:39/1-2-3 MTK Sitesi Çamdibi - Bornova / İZMİR - Tel: 0232 431 00 40 Fax: 0232 431 00 16,
<http://www.batimet.com.tr>, info@batimet.com.tr

Ek 13. Eğitim Kitapçığı



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI

İDRAR KAÇIRMASI OLAN İNME HASTALARI VE BAKIM VERENLERİ İÇİN REHBER

Yazar

Öğr. Gör. Gülçihan ARKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışmanlar

Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

ISBN : 978-975-441-461-5

Yayın No : 09.1800.0000.000/DL.016.002.824

1. Baskı

İsteme Adresi : Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İnciraltı 35340 / İzmir
Tel: 0(232) 412 47 51 Fax: 0(232) 412 47 98
e-posta : gulcihan.48@gmail.com

Baskı Yeri : Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası

Baskı Tarihi : 28.04.2016

Baskı Adedi : 250

Baskı Yeri Adresi : Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası
DEÜ Tınaztepe Kampüsü 35390 Buca - İzmir
Tel : 0(232) 301 93 00 - Fax : 0(232) 301 93 13

Kitaptaki yazıların bilim, sağlık ve dil bakımından sorumluluğu yazarlarına aittir.

Kitapta yayımlanan yazılar kaynak gösterilmeden kullanılamaz. Bütün yayın hakları saklıdır.

© Tüm Hakları Saklıdır.

ÖNSÖZ

Çağımızda, inme/serebrovasküler olaylar dünya genelindeki ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada ve özürlülük yapma açısından birinci sırada yer almaktadır.

İnmeden sonra hayatta kalan hastalarda hem fiziksel hem de zihinsel birçok sorun ortaya çıkmakta ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engellemektedir. İnme sonrasında meydana gelen sorunlar arasında idrar kaçırma yaygın olarak görülmektedir. Bu sorun hem inmeli hastalar hem de bakım verenlerinin üzerinde fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkilere neden olmaktadır.

Bu kitap, size ve bakım verenlerinize inme, immenin neden olduğu idrar kaçırma ve bu soruna yönelik evde uygulayabileceğiniz davranışsal tedavi olan pelvik taban kas egzersizleri hakkında bilgi vermek amacıyla düzenlenmiştir. Bu bilgiler ışığında inme hastalığını tanımanız ve idrar sorunun ortadan kaldırılması ya da en aza indirgenerek yaşam kalitenizin artması hedeflenmektedir.

Öğr. Gör. Gülçihan ARKAN

İÇİNDEKİLER

	Konular	Sayfa No
Bölüm 1	Beynimiz Nasıl Çalışır?	
1.1.	İnsan beyin yapısı nasıldır?	
1.2.	Beyin yarımküreleri ve lobları	
Bölüm 2	İnme (Strok, Felç)	
2.1.	İnme nasıl meydana gelir?	
2.2.	Kaç çeşit inme vardır?	
2.2.1.	İskemik (tıkayıcı) inme	
2.2.2.	Hemorajik (kanamalı) inme	
2.2.3.	Geçici iskemik atak (GİA) nedir?	
Bölüm 3	İnmenin Belirtileri ve Etkileri	
3.1.	İnmenin alarm belirtileri nelerdir?	
3.2.	İnmeden sonra birey nasıl etkilenir?	
3.2.1.	İnme sonrası beyin nasıl etkilenir?	
3.2.1.1.	İnmenin fiziksel etkileri	
3.2.1.2.	İletişim üzerindeki etkileri	
3.2.1.3.	İnmenin bilişsel etkileri	
3.3.	İnme sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörler	
Bölüm 4	İnme Risk Faktörleri	
4.1.	Değiştirilebilir risk faktörleri	
4.2.	Değiştirilemeyen risk faktörleri	
Bölüm 5	İnme Sonrası İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans) Sorunu	
5.1.	Üriner sistemin yapısı	
5.1.1.	Mesane (idrar kesesi) yapısı	
5.1.2.	İdrar borularının (üreterlerin) yapısı	
5.1.3.	İdrar yolu (üretra)	
5.2.	İnmeden sonra idrar kaçırma (Üriner İnkontinans)	
5.3.	İnmeden sonra ortaya çıkan idrar kaçırma tipleri	
5.4.	İdrar kaçırmanın hastalar üzerindeki etkileri	
5.4.1.	İdrar kaçırmanın fizyolojik etkileri	

5.4.2.	İdrar kaçırmanın psikolojik etkileri
5.4.3.	İdrar kaçırmanın sosyal ve ekonomik etkileri
5.5.	Bakım verenler üzerindeki etkisi
Bölüm 6	Pelvik Taban Kasları ve Egzersizleri
6.1.	İdrar Kaçırmaya Yönelik Tedaviler
6.2.	Pelvik taban kasları
6.3.	Pelvik taban kas egzersizleri (Kegel Egzersizleri)
6.4.	Pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması
6.5.	İşeme günlüğü
Bölüm 7	Kaynaklar

BÖLÜM 1

BEYNİMİZ NASIL ÇALIŞIR?

İnme geçiren bireyler, beyin normalde nasıl çalıştığını, fonksiyonlarının neler olduğunu ve inmenin beyni nasıl etkilediğini bilmelidirler. Bunun için öncelikle beyin yapımızı

Merkezi sinir sisteminin en önemli kısmı olan beyin, kafatası kemikleri içinde, kütlesi yetişkinlerde ortalama olarak 1300-1400 gram, yüzeyi ise ortalama olarak 2000-2100 cm² olan bir organımızdır.



Beyin, vücut ağırlığımızın yaklaşık %2'si kadar olmasına karşın, vücut enerjisinin %20 ile %25'ini kullanır. Sinir (nöron) ve glial hücreler olmak üzere iki tür hücrenin bulunduğu beyin, yaklaşık bir trilyon hücreden oluşur.

öğrenelim.

1.1. İnsan beyin yapısı nasıldır?

6

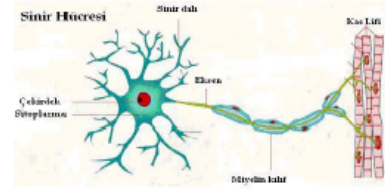
Beyin, vücudumuzun çok komplike bir organıdır. Diğer organlarımıza sürekli olarak sinyal ve mesaj gönderebildiği özel hücre ağı vardır. Beyin, yapabileceğimiz her şeyi kontrol eder.

Beyin *nöron (sinir hücresi)* adı verilen özel hücrelerle doludur.

Nöronlar sinir sistemi ve beyin fonksiyonlarının ana unsurlarıdır. Beyindeki iletişim, bu sinir hücreleri arasında elektriksel ve kimyasal sinyallerle oluşur.

Nöronlar düzenli olarak çalışabilmek ve hayatta kalabilmek için sürekli olarak **oksijen ve glikoza** ihtiyaç duyarlar.

Beyin dört atar damar tarafından beslenir. Her bir kan damarı beyin belli bölgelerine oksijen ve glikoz sağlar.

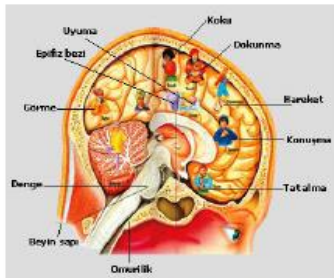


Kaynak: <http://www.halkindabilmigindir2016.com/sinir-hucresi-noron-nedir-12765.aspx>

7

Beyin bir kontrol merkezidir. Bizim tüm fiziksel, mental ve duygusal fonksiyonlarımızı yönetir. Bu fonksiyonlar;

- ❖ Hareket- motor fonksiyonlar ve hareket koordinasyonu
- ❖ Algı- aklımızdaki bilgileri nasıl yorumladığımız
- ❖ Hissetmek- dokunmak, görmek
- ❖ Bilişsellik- düşünme, hatırlama, anlama, planlama, problemin nedeni ve çözümleri
- ❖ İletişim- konuşma ve anlama
- ❖ Kişilik- duygular ve davranışlardır.

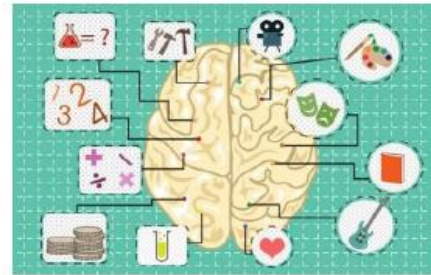


Kaynak: <http://www.vucutalektirgi.com/06.html>

8

1.2. Beyin yarımküreleri ve lobları

Beyin iki bölümden oluşmaktadır. Bunlar sağ ve sol yarım küre (hemisfer) olarak adlandırılır. Her yarımküre de kendi içinde farklı kontrol fonksiyonları olan bölgelere ayrılır. Beynin sağ tarafı başka sol tarafı başka fonksiyonları kontrol eder. Bazı fonksiyonlar beyin her iki alanı tarafından kontrol edilir.



Kaynak: www.dusunmeyicograziyoruz.org

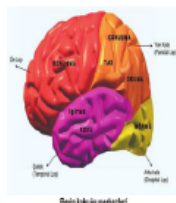
9

Beynimizin sağ ve sol yarım küreleri de **lob** olarak adlandırılan dört farklı alana ayrılmaktadır. Bu bölümlerin her biri fonksiyonlarımız için farklı görevlendirilmiştir. **İnme bu lobları çok farklı şekilde etkileyebilir.**

Beynin sol yarım küresinin kontrolleri:
 Vücudun sağ tarafını kontrol etme
 Matematiksel düşünme
 Dil öğrenme becerisi
 Sözlü dil kullanma
 Parçalı, sıralı düzenleme
 Çözümsel, analitik
 Mantıksal, Rasyonel
 İsimleri hatırlama
 Problemleri parçalara ayırarak çözme
 Çizgisel düşünme
 İşitsel, yazmayı ve konuşmayı tercih etme
 Konuşulan talimatları takip etme
 Doğru/yanlış, çoktan seçmeli ve eşleştirmeli testleri tercih etme
 Az risk alma
 Ayrıntılara bakma
 Somut düşünme
 Bir şey için bir müddet düşünme

Beynin sağ yarım küresinin kontrolleri:
 Vücudun sol tarafını kontrol etme
 Bütünsel, Sezgisel
 Kendiliğinden, anında olan
 Yaratıcı/duyarlı, hassas
 Duygularıyla hareket etme
 Bütüne bakarak problem çözme
 Görsel, resim yapma/çizme ve dokunulacak nesneleri tercih etme
 Yazılı veya kamıtlanmış talimatları takip etme
 Yazılı sınavları tercih etme
 Çok risk alma (az kontrol ile)
 Benzer özelliklere bakma
 Rasgele ve açık uçlu düşünme
 Soyut düşünme
 Müzikal yetenekler
 Eşzamanlı düşünme
 Jest, mimik, duygular ve vücut dili ile yorumlama
 Yön bulabilme becerisi

10

Beynin ön üst tarafında yardımcı ön lob (frontal) ve şakak lobu (temporal) bulunmaktadır. Bu loblar kimin ne zaman ne yapacağına karar vererek beyin için planlar yapar. Beynin üst ön bölgesiyle planlama, organizasyon, karar alma, eleştirme ve değerlendirme yapabilirsiniz.	 Beynin ortasında iki tane sağda ve solda yan (parietel) lob vardır. Sol yan lob dil (istenilen kelimeleri bulma, kelimelerin ne anlama geldiği) ve konuşma (dilin ve boğazın kas hareketleri) ve sağ taraftaki kol ve bacak hareketlerinden sorumludur. Sağ yan lob ise sol taraftaki kol ve bacakların hareketleri ve uzaysal düşünce (adres bulmanızı sağlar, araba sürerken ne zaman nerede olduğunuzu) bölümüdür. Kaynak: http://webders.net/sinir-sistemini_ve_duyu_organlari-ders-20-363p2.html
---	---

11

BÖLÜM 2

İNME (STROK, FELÇ)

2.1. İnme nasıl meydana gelir?

Beynin fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için oksijen ve glikoza ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaç kalpten beyne giden arterlerin (atardamar) kan akımı ile sağlanmaktadır.



Kaynak: <http://www.alicivalek.com/karotis-arter-hastaligi>

İnme, travma dışı nedenlerle, beyni kanlandıran arterlerde yırtılma ya da bir pıhtı nedeniyle arterlerin tıkanması ile beyin kan akımının aniden durması nedeniyle meydana gelen beyin hasarıdır. Beyne giden kan durduğu zaman beyin hücreleri için gerekli olan oksijen alınamaz ve beyin hücreleri zarar görür.

Beynin etkilenen bölgesindeki sinir hücreleri (nöronlar) ve fonksiyon kontrolü zarar görür. Eğer kan akışı birkaç dakika içinde düzelmezse zarar gören sinir hücreleri (nöronlar)

12

ölmeye başlar. Sinir hücreleri öldükten sonra yenilenmez ve tekrar iyileşmez.

İnme dünya çapında 33 milyon kişide görülmektedir. Her yıl 16.9 milyon kişi inme olayını ilk defa yaşamakta ve 6.7 milyon kişi inme nedeniyle ölmektedir. İnme dünya geneli olarak kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni ve sakatlık ve işgücü kaybının birinci nedenidir. Amerika'da her yıl yaklaşık 795 bin kişi ilk kez inme tanısı almakta ve 185 bin kişide tekrar inme yaşamaktadır. İngiltere'de kardiyovasküler hastalıklar ikinci ölüm nedenidir ve tüm ölümlerin %26'ı inmeden dolayı meydana gelmektedir.

Türkiye'de serebrovasküler hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar yeterli düzeyde değildir. 2002-2004 yılları arasında yapılan çalışma sonuçlarına göre serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır.

13

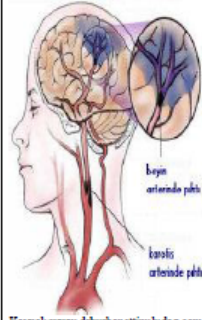
2.2. Kaç çeşit inme vardır?

İnme iki şekilde meydana gelir:

1. İskemik inme (tıkayıcı) 2. Hemorajik inme (kanama)

2.2.1. İskemik (tıkayıcı) İnme

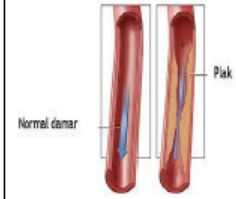
İskemik inme tüm inmelerin yaklaşık %87'sinden sorumludur ve hasta popülasyonunun içerisinde en çok görülen inme nedenidir. İskemik inmeye beyin damarının kendisinde damar sertliğine bağlı bir tıkanıklık oluşması, kalpte ya da daha büyük damarlarda oluşan bir pıhtının beyin damarlarına doğru ilerleyip daha küçük damarları tıkaması neden olmaktadır. Bu nedenle beyne giden kan akımını engellenmektedir.



Kaynak: www.drturhansevimludag.com

14

Pıhtı; plak, kolesterol, hücrelerin atık ürünleri, kalsiyum, kan pıhtılaştırıcı materyaller, bir arterin (atardamar) iç tabakalarındaki düzensizlikler damarın sertleşmesinde (ateroskleroz) önemli rol oynar. Oluşan pıhtılar arterlerin düzensiz iç yüzeylerinde birikerek büyürler. Arterlerde zamanla daralma meydana gelir.



Kaynak: <http://drugurukna.com/periferik-arter-hastaligi/>

15

2.2.2. Hemorajik (kanamalı) inme

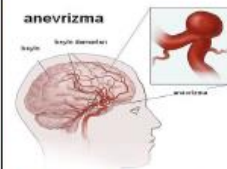
Beyin hasarının ana nedeni kanın beynin kendi içindeki ya da beynin yakın çevresindeki bir damar duvarından boşluğa sızmasıdır. Hemorajik inme, iskemik inmeye göre daha az sıklıkta görülür. Tüm inme olaylarının %13'ü kadardır, fakat daha ölümcüldür.

Kafatası içinde meydana gelen ani kanama beyinde yer kaplayan bir lezyon ve basınç oluşturur ve uzun sürmesi hasarlara neden olur.

Kanama genellikle iyi tedavi edilmemiş hipertansiyonla ilişkilidir.



Kaynak: <http://www.beynensaglik.com/inye/in-meyi-anlamak-icin-gorui-rubor?pg=7>



Kaynak: <http://dtkadromurk.net/sayfalar/1070-anevrizma.html>

16

Hemorajik inmenin iki tipi vardır:

1. Beyin içinde olan kanama
2. Beyin zarları arasına olan kanama

Beyin içindeki kanama, beynin derinliklerindeki küçük bir arterin (atardamarın) yırtılması ve beynin belli bir bölümü üzerinde doğrudan basınç oluşmasıyla meydana gelir. En yaygın nedeni uzun zamandır devam eden yüksek kan basıncı (hipertansiyon) nedeniyle beyindeki küçük arterlerin zarar görmesidir.

Yıllarca yüksek basıncın beyindeki küçük arterlerin duvarlarına vurması damarların zayıflamasına ve çatlamasına neden olur.

Beyin içindeki kanamayı önlemenin en iyi yolu kan basıncını düzenli olarak kontrol ettirmektir.



Kaynak: <http://dtkadromurk.net/sayfalar/747-trav-matik-yaralanmalar.html>

17

Beyin zarları arasında olan kanama, beyin tabanındaki büyük bir arterin yırtılmasıdır. Bu genellikle ani, şiddetli baş ağrısı, ense sertliği, bulantı ve kusma ve uykulama ile sonuçlanır.

Bu kanamanın çoğu bir damarın balonlaşması (anevrizma) ve bunun yırtılmasından dolayıdır.

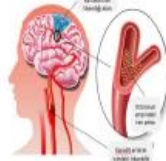
Anevrizma da, bir arter duvarı dışı doğru balonlaşır ve zayıf hale gelir. Bu balonlaşma arter duvarının incelmeye ve muhtemelen yırtılmasına neden olmaktadır.



Kaynak: <http://dekadromurk.net/kyfilar/47.unv-matik-yaralanmalar.html>

2.3.3. Geçici iskemik atak (GIA) nedir?

- Bir arter sadece geçici olarak tıkanır.
- Semptomlar birkaç dakika ya da bir saat kadar sürer.
- Beynin bir bölümüne kan akışının geçici olarak durması nedeniyle meydana gelir.
- Genellikle inmeden önce meydana gelir ve inme ile aynı semptomları vardır.
- İnmeden farkı beyin dokusunda kalıcı hasarın (infarktın) olmamasıdır.



Gelecekte inme yaşanmasını önlemek için geçici iskemik atak ciddiye alınmalı ve erkenden tedavi başlanmalıdır !!!!!!!!!!!!!

Kaynak: <http://unluysanin.com/gecici-iskemik-atak-belirtileri-ve-teravisi/>

18

BÖLÜM 3

İNMENİN BELİRTİLERİ ve ETKİLERİ

3.1. İnmenin alarm belirtileri nelerdir?

	Aniden vücudun ya da yüzün bir bölümünde kas güçsüzlüğü ya da uyuşma
	Aniden bilişsel durumda açıklanamayan değişiklik
	Aniden tek ya da iki gözde görme zorluğu
	Aniden konuşamama ya da konuşmanın anlaşılmasının güçleşmesi
	Aniden nedeni belli olmayan ani ve şiddetli baş ağrısı
	Aniden sersemlik ya da kararsızlık
	Aniden yürümede sorun olması, baş dönmesi ya da denge kaybı

Kaynak: http://www.dartmouth.hitchcock.org/documents/stroke_guide.pdf

19

3.2. İnmeden sonra birey nasıl etkilenir?

İnmenin hayatta kalan pek çok kişi üzerinde olumsuz etkileri olabilir. İnme genellikle kişilerin kırılgan, hassas, usanmış ya da aşırı hızlı hissetmesine neden olabilir. Bu şiddetli duygusal etkiler inme geçiren bireyin yaşam kalitesini ve iyileşme sürecini etkileyebilir.

İnmenin etkisi:

- ❖ Beyindeki hasarın *nerede* meydana geldiğine
- ❖ Hasarın *ne kadar büyük* olduğuna
- ❖ Etkilenen beyin bölgelerine oksijen ve besinlerin sağlanmasında *ana damar dışında herhangi bir yardımcı damarın olup olmadığına*
- ❖ İnme tarafından *etkilenen fonksiyonların beynin sağlıklı bölgeleri tarafından hızlıca devralınmasına* bağlıdır.

Örneğin, hafif bir inme küçük miktarda beyin hasarına neden olur. Hastanın etkilenen fonksiyonları kolayca iyileşebilir. Şiddetli bir inme çok büyük hasarlara neden olacağından iyileşme uzun sürebilir.

20

3.2.1. İnme sonrası beyin nasıl etkilenir?

İnme olayı beyin sol tarafında meydana gelmişse vücudun sağ tarafındaki fonksiyonlarda, sağ tarafında ise sol tarafındaki fonksiyonlarda bozulmalar görülmektedir. Pıhtı ile tıkanan alanın (infarktüsün) bulunduğu yere bağlı olarak yutma güçlükleri, görme sorunları, kafa karışıklığı ve baş dönmesi gibi semptomlar ortaya çıkabilir.



Kaynak: https://en.wikipedia.org/wiki/Cerebral_hemisphere

Haritayı anlama sorunu yaşar,
Yakın zamanı hatırlama gibi hafıza problemi vardır,
Zayıf yargılama ya da dürtüsel davranışlar gösterir.

Okuma, konuşma, düşünme ya da aritmetik yapmada sorun yaşar,
Bir işi bitirmek için talimatların tekrarlanmasına ihtiyaç duyar,
Genel kavramların anlamada sorun vardır.

21

3.2.1.1. İnmenin fiziksel etkileri:

İnmenin hafif ya da şiddetli şekilde fiziksel ve ruhsal etkileri olabilir. Bunlar inmenin büyüklüğüne ve yerine bağlıdır. İnmeden sonra günlük yaşamsal aktiviteleri uygulamakta zorluklar yaşanabilir.

- ❖ *Vücudun tamamı ya bir bölümü felç nedeniyle hareket kaybı,*
- ❖ *Vücudun tamamı ya bir bölümünde duyu kaybı ya da hissizlik olabilir,*
- ❖ *Vücudun tamamı ya bir bölümü fark edilemeyebilir,*
- ❖ *Yürüme, oturma, banyo yapma, tuvalet kullanma, elbise giyme gibi hareketlerde sorunlar yaşanabilir,*
- ❖ *Ağrı, yorgunluk, görme kaybı meydana gelebilir,*
- ❖ *Yutma bozuklukları,*
- ❖ *Denge sağlamada güçlükler*
- ❖ *Çevresel kontrolün azalması*
- ❖ *İnme nedeniyle barsak ve mesane kontrolünün azalması*
- ❖ *Cinsellik geçici olarak etkilenebilir.*

22

3.2.1.3. İnmenin bilişsel etkileri:

İnme beynin kontrol ettiği davranışların bir bölümüne zarar verirse ortaya bilişsel sorunlar çıkabilir. Bu değişimler ayrıca vücudun inmeye verdiği tepki de olabilir. Bunlar;

- *Bilindik nesneleri tanıyamama ya da onların nasıl kullanıldığını anlama yeteneğinin kaybı*
- *Mesafeler, şekiller ve yönler hakkında karara varmada zorlanma*
- *Bir şeyleri hatırlamada güçlük yaşama*
- *Yeni bilgileri öğrenmede zorluk*
- *Yavaş ve temkinli davranma*
- *Görevleri planlama, organize etme ve başlatmada sorun yaşama*
- *Mevcut yeteneklerin ve sınırlamaları tanımada sorun yaşama*
- *Beden imajı ile ilgili sorunlardır*

24

3.2.1.2. İletişim üzerindeki etkileri:

Sol yarımküredeki inmeden sonra genellikle hastalar diğer insanları anlamada ve kendilerini anlatmakta güçlük yaşayabilirler. Hastaların çene ve yüz kasları düzgün çalışmadığı için konuştukları çok net ve açık değildir.

- *Konuşamama, konuşulanı anlamada yetersizlik (afazi)*
- *Yazma yeteneğinin kaybı*
- *Peltek konuşma*
- *Bilgilerin anlamlandırılmasında zorluklar*



Kaynak: <http://ozelagitimsitesi.gen.tr/afazi-nedir.html> Kaynak: <http://itawc.com/about-aphasia/>

23

Duyusal Etkileri:
-Duyuların kontrolünün kaybedilmesi (bir nedeni olmaksızın kolaylıkla ağlama gibi)
-Depresyon
-Anksiyete
-Kızgınlık
-Hayal kırıklığı
-Bencilik
-Özsaygının kaybedilmesi

Kişisel ve Sosyal Etkileri:
-Sakarlık
-Uyumsuz davranışlar
-İzolasyon (çevreyle iletişimin azalması)
-Ailesel sorunlar
-Mahremiyetin kaybı
-Rollerde değişiklik
-İlişkilerde değişiklik
-İş ve kariyer sorunları
-Finansal endişeler

3.3. İnme sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörler

İnmeden sonra ilk 3-4 ayda iyileşme çok hızlı bir şekilde olur. Bu iyileşme süreci birkaç yıl kadar devam edebilir. İyileşmeyi etkileyen faktörler:



25

Alkol ya da madde kullanılması:

Günde iki ya da daha fazla (10-15 gr dan fazla) alkol alımı kan basıncı, kalp beyin sağlığı için iyi değildir. Örneğin şarap şişelerinde belirtilen alkol oranı genellikle %12 - %15 arasında değişir; bu da 100 ml. (yaklaşık bir su bardağı) şarap içtiğinizde 12 gr. alkol almış olmanızdır.



Kaynak: <http://blog.radikal.com.tr/yasam/alkol-zinhar-yasak-recezesiz-ilac-ne-mumkun-sartli-tahliye-ne-sarti-ki-23620>

Madde kullanımına bağlı her tipte inme görülebilmektedir. Amfetamin ve psikostimülan ilaçlar sıklıkla damar iltihabına (vaskülit) yol açarak inmeye neden olurlar. Kokain genelde kanamalı inmeye neden olmakta, sonucunda beyin hasarı meydana gelmektedir.



Kaynak: <http://gsk.org/kategori/saglik/cilt-ve-deri-hastaliklari>

Kilo verilmesi:

Fazla kilolu olmak kalbin çalışmasını zorlaştırır ve yüksek kan basıncı, diyabet ve kalp hastalıkları ihtimalini artırır. Günde en az 30 dakika egzersiz yapmak ve kalori alımını azaltmak kilo vermenize yardımcı olacaktır. BKİ indeksinizi hesaplamaları için doktor ya da hemşirenizden yardım isteyiniz. Beden kitle indeksi boyunuzun kilonuz ile ilişkisini değerlendirir.

30

- ✓ Kalp atışı ve nefesi arttırmak için düzenli egzersiz yapılması,
- ✓ Kafein, hayvansal yağ, şeker ve işlenmiş gıdaların alımının çok azaltılması,
- ✓ Bol miktarda meyve, sebze, lifli gıdaların tüketilmesi,
- ✓ Tütün ürünlerinin tüketiminin bırakılması



Kaynak: <http://homework.com/walldan/explaining-physical-activity/>

Sigaranın bırakılması: Sigara kullanılması inme riskini % 50 oranında artırmaktadır. Sigara zamanla kan damarlarının duvarlarına zarar verir (aterosklerozis) ve gittikçe inme, kalp krizi ve diğer hastalıkların riskini artırır. Günde en fazla bir tane sigara içilebilir daha fazlası inme için bir risktir. Sigarayı bırakmak hiçbir zaman geç değildir. Sigarayı bıraktıktan sonra inme riski zamanla önemli ölçüde azalacaktır.



Kaynak: <http://www.cdc.gov/tobacco/disabilityandhealth/smoking-in-adults.html>

31

BÖLÜM 5

İNME SONRASI İDRAR KAÇIRMA (ÜRİNER İNKONTİNANS) SORUNU

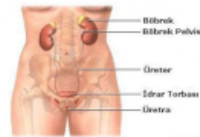
5.1. Üriner sistemin yapısı

Normalde bir yetişkin idrar kesesinde 500 -600 ml (yarım litre) idrar tutulabilir. İnsanlar, idrar kesesinin yarısı (250-300 mililitre) dolduğu zaman acilen idrarı boşaltma isteği duyarlar. Mesanesi normal çalışan bir kişi bu idrarını mesane tamamen dolana kadar 1 ya da 2 saat tutabilir. Genelde gündüz 3 ya da 6 defa, gece de bir ya da iki kez idrara çıkılabilir.

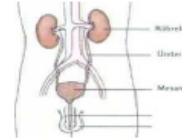
Mesane fonksiyonlarının normal olabilmesi için sinir sistemi ile alt üriner sistem arasında koordinasyonun (bağlantının) iyi çalışması gerekmektedir. Alt üriner sistem idrar kesesi (mesane), idrar yolu (üretra) ve iç ve dış sfinkterlerden (büzülen kaslar) oluşmaktadır.

İdrar kesesindeki, idrar vücut dışına üretra denilen küçük bir yolla atılır (üretra erkekte penis içinde seyredir penis ucundan açılır, kadında daha kısadır ve vajenin hemen yukarısına açılır).

Sfinkterler de, üretra boyunca idrarın geçmesi izin veren ve açılıp kapanabilen kaslardır.



Kaynak: <http://www.saglikhalkinda.net/ozarilar/cocuklarda-bobrek-ve-idrar-yolu-tasi-hastaliklari-nemsi-ve-teravisi.html>



Kaynak: <http://www.urolojikanakara.com/tr/icerik/26/medir>

32

Seker hastalığının kontrol altına alınması:

Diyabet, yüksek kan basıncının, yüksek kolesterolün ve obezitenin oluşmasına katkı sağladığı için inme riskini artırmaktadır. Kontrol altına alınmayan diyabet kan damarlarının yüzeyine zarar verir ve inme ve kalp krizi riskini artırabilir.

Diyet değişimleri, kilo kontrolü, ilaç tedavileri ve insülinin kontrol altında tutulması inme riskini azaltabilir.

HgA1c % 7'nin aşağısında olmalıdır.



Kaynak: <https://www.cinnalife.com/diabetes-management>

Stres düzeyinin azaltılması:

Fazla stres, kan basıncında ani yükselmelere neden olur. Kan basıncındaki artış beyin kanaması, hatta beyin damar tıkanıklığının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynar. Bu nedenle, stresin kontrol altına alınması gereklidir.



Kaynak: <http://goodbyedeadbod.com/index.php/tag/no-stress/>

33

5.1.1. Mesanenin (idrar kesesi) yapısı:

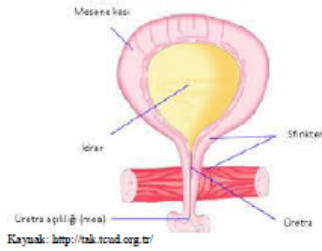
Mesanenin görevi idrar depolamaktır.

Böbrekler kandaki atılması gereken maddeleri ve suyu atmak üzere normalde günde 1,5-2 lt ye yakın idrar oluştururlar. Oluşan idrar böbreklerden mesaneye üreter (idrar boruları) denilen iki dar tüp ile taşınırlar.

Mesane doldukça gerilir ve normalde yaklaşık yarım litre kadar idrar depolar. Bu hacmin yarısına yaklaşıncaya idrar yaparak mesaneyi boşaltma isteği duyulmaya başlanır.

İdrar yapma olayı, sfinkter denen ve mesane tabanında dairesel yerleşen kaslar tarafından kontrol edilir ki bu sfinkter normalde idrar akımını durdurur, idrar kaçmasını engelleyen bir yapıdır.

Sfinkter, balonun ucundaki bir bağ gibi genelde kapalıdır, böylece idrar kaçırma engellenir. Sfinkteri gevşettiğimizde mesane çıkımı açılır ve aynı zamanda mesane duvarındaki kas kasılır ve idrarı dışarı iter. İdrarın tümü boşaldığında, sfinkter yeniden kapanır ve mesane duvarındaki kas kasılması biter ve gevşer.



Kaynak: <http://tak.tcu.edu.tr/>

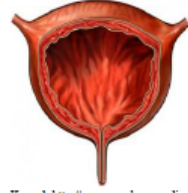
34

Mesane duvarı 3 tabakadan oluşur;

İç tabaka: İç tabaka mesanenin yüzeyini kaplar, mesane idrarla dolduğunda yüzeydeki değişici epitel hücreleri genilir ve mesane boşaltıldığında büzülür.

Orta tabaka: Orta tabaka kas dokusundan oluşur. Mesanenin boşaltılması sırasında mesane kası idrarın dışarı atılmasını sağlar.

Dış tabaka: Dış tabaka mesaneyi saran yağ, fibröz tabaka ve kan damarlarından oluşur.



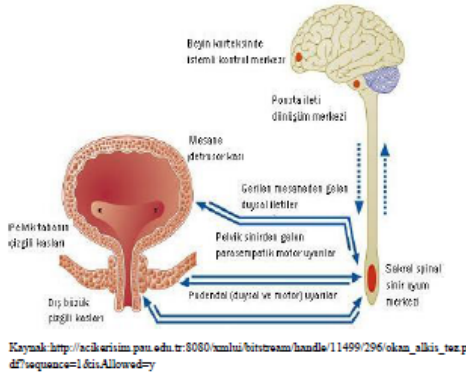
Kaynak: <http://www.aswhepomedicalcenter.com/bladder-cancer/>

Mesane, mesane boynu, üretra aktivitesi ve üretral sfinkterin, mesanenin dolumu ve boşaltımının koordineli bir şekilde gerçekleşmesinde düz ve çizgili kas kontrol mekanizması işlev görmektedir.

İşeme refleksinde bu kasların, mesane dolum sırasında tamamen "kapalı" ya da boşaltım sırasında "açık" hale gelmesi sinirler aracılığıyla olmaktadır.

Mesane idrar belli bir seviyeye ulaştığı zaman (ortalama 300 cc) zaman mesane kası (detrüsör) beyin pontin işeme merkezine sinyal gönderir. Sonra pontin işeme merkezi sfinkterlerin (üretrayı kapatan pelvik taban kasları) açılmasını ve idrarın dışarı çıkmasını sağlar. Daha sonra bu kaslar tekrar geri kapanır.

35



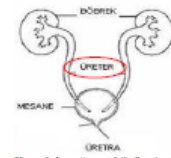
Kaynak: http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/handle/bitstream/handle/11499/296/okun_alkis_tan_p df?sequence=1&isAllowed=y

İşeme ihtiyacı ön (frontal) lob tarafından engellenir ya da kontrol edilir, bu nedenle ön lobtaki işeme merkezi zamanı gelinceye kadar işemeyi engelleyerek pontin işeme merkezine bilgi sağlar.

36

5.1.2. İdrar borularının (üreterlerin) yapısı:

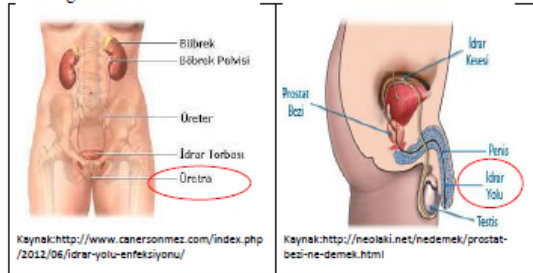
Böbreğin süzdüğü idrarı mesaneye taşıyan boru sistemidir. Her böbrekten bir tane üreter çıkar. İdrar boruları yaklaşık 25-35 cm uzunluğunda, kas ve zar yapılı, 0.2-0.8 cm genişliğindedir.



Kaynak: <http://www.bilgileritesi.com/coc uktu-ıdrar-yolu-enfeksiyonu.html>

5.1.3. İdrar yolu (üretra):

İdrarı mesaneden vücut dışına ulaştıran iki ucu açık tüp biçimindeki kanaldır. Kadın ve erkekte farklılıklar göstermektedir. Üretra erkekte 18-20 cm, kadında ise 4 cm uzunluğundadır.



Kaynak: <http://www.canersonmez.com/index.php/2012/06/ıdrar-yolu-enfeksiyonu/>

Kaynak: <http://neolaki.net/nedemek/prostat-bezi-ne-demek.html>

37

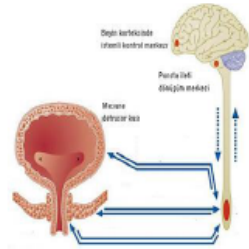
5.2. İnmeden sonra idrar kaçırma (Üriner İnkontinans)

İnmeden sonra pek çok hasta mesane kontrolünü kaybedebilir fakat bu sorun 8 hafta içinde düzelebilir ya da kalıcı hale gelebilir.

İdrar kaçırma inme hastalarının hastaneye kabulden sonra üçte birinden daha fazlasını etkileyen ve bir yıl sonra bile hastaların dörtte birinde devam eden inmenin yaygın bir sekolidir. İnmeden sonra hayatta kalanlarda idrar kaçırma, infarktın (beyin hasarının) ya da kanamanın büyüklüğüne ya da inmenin diğer etkileri ile ilişkili olarak hastaların %32 ile %79'unu etkilemektedir.

İnme sonrasında idrar kaçırmanın ortaya çıkmasında etkilenen beyin dokusu alanı (enfarktüs) büyüklüğünün önemli bir yeri vardır. Özellikle çapı 40 mm'den daha büyük olan doku hasarı işeme-sinir yollarında doğrudan hasar oluşturabilir.

Ayrıca, orta beyin, beyin kabuğu ve beyin kabuğu altında kalan bölgede beyin ön lobunda meydana gelen doku hasarlarında idrar kaçırma olasılığı büyük ölçüde artmaktadır. Bunun yanı sıra, pontin işeme merkezi ve beyin üst merkezleri arasındaki yollarda meydana gelen hasarlar işeme kontrolünü bozabilir.



Kaynak: http://eic.oxfordjournals.org/doi/10.1093/brain/114.99/296/okan_alikis_tuz.pdf?sequence=1&isAllowed=y

38

Taşma tipi idrar kaçırma:

Mesane tam olarak boşalamaz.

Normal boşalamayan, hissiyatı azalmış ve aşırı dolan mesanelerde kapasiteyi aşan idrarın taşması şeklinde kaçırma oluşur.

Genellikle idrar yaparken duraklama, sıkışma hissi olmadan damla damla gelmesi, zayıf idrar çıkışı ve sık idrara çıkma ile karakterizedir.

Prostat büyümesi, mesane çıkışı ve üretra da oluşan darlıklar veya mesane sarkması gibi anatomik engeller, şeker hastalığı veya omurga hasarına bağlı mesane kasının yeterince kasılmaması nedeniyle taşma tipi idrar kaçırma meydana gelebilir.

Stres tipi idrar kaçırma

Doğrudan inme nedeni olmayabilir. Sfinkterler zayıflamış ve fonksiyonları etkisizleşmiştir.

Öksürme, gülme, eğilme gibi karın için basıncın arttığı durumlarda istemsizce idrar kaçırma meydana gelir.

Stres tipi idrar kaçırma, genellikle inmeden önce mevcuttur. İnmeden sonra inkontinans şiddetlenebilir.



Kaynak: <http://www.leonaporta.com/en/conditions/female-urology/female-urinary-incontinence/>



<http://www.mdfnction.com/forums/urinary-incontinence-discussions/general-support/10457736-what-type-are-you-jokingly-7-types-of-incontinence>

40

İnme sonrası idrar kaçırma neden olan diğer faktörler:

- Yaş,
- İnmenin şiddeti,
- Diyabetis Mellitus (şeker hastalığı),
- Motor, duyuşal, bilişsel, depresyon ve duyarsızlık ya da dal fonksiyon bozuklukları,
- Normal mesane fonksiyonuna rağmen İletişim, bilişsel ve hareket zorlukları,
- Uzun süre hastanede kalma,
- Taburculuk sonrasındaki koşullar,
- Hastanın hareket yeteneğinin azalmasıdır.

5.3. İnmeden sonra ortaya çıkan idrar kaçırma tipleri

İnmeden sonra idrar kaçırma aşırı aktif bir mesane veya zayıf sfinkter kasları (idrar tutmayı sağlayan pelvik taban kas mekanizmasının zayıflığı) nedeniyle meydana gelmektedir.

Sıkışma tipi idrar kaçırma:

Sıkışma inkontinansı, sıkışma olmadan önce ya da istemsiz olarak ve aniden gelen sıkışma hissi ile idrar kaçırma sorunudur.

Bir anda şiddetli idrar yapma isteği ortaya çıkar ve kişi tuvalete yetişemeyebilir.

Bazen de hiç uyarı olmadan idrar kaçağı oluşur. Az miktarda olabileceği gibi tüm mesane de boşalabilir.



Kaynak: <http://65doctor.com/health/overactive-bladder>

39

Fonksiyonel inkontinans (idrar kaçırma)

İletişim, bilişsel ve hareket zorlukları normal mesaneye rağmen idrar kaçırma neden olabilir. Fonksiyonel üriner inkontinans, hareket bozuklukları ve tuvalete ulaşmayı zorlaştıran çevresel engeller gibi fonksiyonel bozukluklardan dolayı kontinansın sürdürülme yeteneğinin azalmasıdır.



Kaynak: <https://pinaboy.com/tr/takerlek-takerlekli-sindalye-159291/>

Üriner inkontinans farkındalığının bozulması;

Sızdırmadan önce mesane sinyallerini fark etme yeteneğinin azalması, olası sızıntıyı fark edememe ya da her iki durumun da birlikte görülmesidir.

Üriner inkontinansın geçici nedenleri;

İlaçlar, idrar yolu enfeksiyonları, fekal sıkışma ve deliryum gibi geri dönüşümlü nedenler olabilir.

Miks tip idrar kaçırma;

İki ya da daha fazla tip inkontinansın birlikte olmasıdır. Genellikle sıkışma ve stres tipi inkontinans bir arada görülür.

41

5.4. İdrar kaçırmanın hastalar üzerindeki etkileri



5.4.1. İdrar kaçırmanın fizyolojik etkileri:

Hastaların uyku düzenlerinin bozulması, günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanması, fiziksel rahatsızlık, lokal komplikasyonlar (deri döküntüleri ya da enfeksiyonları), idrar yolu enfeksiyonları, fonksiyonel iyileşmenin gecikmesi, düşme riskinin artması, cinsel aktiviteden kaçınma ve yaşam kalitesinin düşmesi olarak açıklanmıştır.

42

BÖLÜM 6

İDRAR KAÇIRMAYA YÖNELİK TEDAVİLER, PELVİK TABAN KASLARI ve EGZERSİZLERİ

6.1. İdrar kaçırma yönelik tedaviler

İnme sonrası idrar kaçırmanın tedavisine yönelik destekleyici cihazlar ve davranışsal terapiler, ilaç ve cerrahi girişimler kullanılmaktadır. Sağlık Politikası ve Araştırma Rehberleri ve Uluslararası İnkontinans Danışma Ajansı idrar kaçırma tedavisine ilaç ve cerrahi müdahalelerin çok az yapılması, bunun yerine davranışsal yönetimlerin öncelikli tercih edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu davranışsal yönetimleri; isteğe ya da planlanmış boşaltım, mesane eğitimi, yeniden boşaltım alışkanlığı, pelvik taban kas egzersizleridir (PTKE). Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda idrar kaçırma tedavisinde davranışsal tedavi olan pelvik taban kas egzersizlerinin etkinliği kanıtlanmıştır. Bu nedenle, bu bölümde pelvik taban kasları ve egzersizleri hakkında bilgi verilecektir.

44

5.4.2. İdrar kaçırmanın psikolojik etkileri:

Hastalar sürekli idrar kaçırma endişesi, utanma ve suçluluk duygusu, ayrılanma korkusu, benlik saygısında azalma, sinirlilik, anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar.

5.4.3. İdrar kaçırmanın sosyal ve ekonomik etkileri:

İdrar kaçırma nedeniyle inme hastaları sosyal aktivitelerden ve boş zamanlarda herhangi bir etkinlikten kaçınma, seyahat edememe, sosyal izolasyon, kişiler arası ilişkilerin bozulması gibi sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca, hastaların idrar kaçırma ile baş etmek için özellikle ped kullanımı, hastanelerde görüntüleme tetkikleri, cerrahi girişimler, cihazlar, acil servis ve poliklinik muayenelerinin ekonomileri üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır.

5.5. Bakım verenler üzerindeki etkisi:

İnmeli hastaların bakım verenlerinin aile desteğinde yetersizlik, hastayı yalnız bırakamama nedeniyle sosyal etkinliklere katılamama, bakımda hata yapma korkusu, hastaya bakım vermede isteksizlik, uykusuzluk, fiziksel engeli olan hastaların tuvalete ulaştırılmasının, gün boyunca bezlerinin değiştirilmesinin bakım verenler için yorgunluk, öfke, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, intihar ve meslek hayatının kesintiye uğraması gibi biyopsikososyal sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

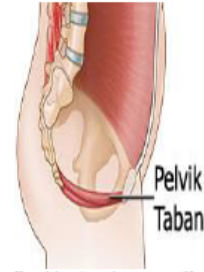
43

6.2. Pelvik taban kasları

Pelvik taban kasları idrar kesesi, rahim, barsaklar ve diğer karın için organları destekleyen ve taşıyan yapılardır.

Pelvik taban leğen kemiğinin ön kısmı ve kuyruk sokumu kemiği arasında bir hamak gibi asılı duran kas tabakalarıdır. Bu destekleyici kas tabakalarına pelvik tabanı adı verilir.

Pelvik taban kasları, istemli çalışan kaslardır. Yani İstedigimizi de sıkır istedigimizi de gevşetebiliriz !!!!!!!!!!!!!



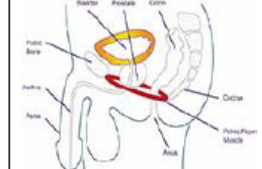
Kaynak: <http://www.basurum.com/65-Raktovaz%20ve%20Pelvik%20Taban>

Kadınlardaki pelvik taban kasları



Kaynak: <http://www.florence.com.tr/kadinbaskali-klari-dogum/urojinekoloji.html>

Erkeklerdeki pelvik taban kasları



Kaynak: <http://www.bladderbowel.gov.au/assets/documents/FactSheet/Turkish/05PelvicFloorMenTurkish.pdf>

45

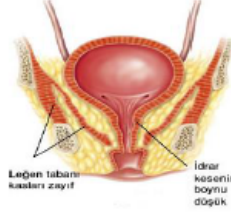
Pelvik taban kaslarının görevleri:

- 1- Pelvik taban kasları; karın alt kısmında ve pelvis içindeki mesane, üretra (idrar kanalı), rahim, barsak gibi organların yerlerinde durmalarını sağlar.
- 2- İdrar yolu dış ağzının ve makatın etrafını sararak idrar ve dışkı kontrolünü sağlar.
- 3- İdrar ve dışkı yapma isteği geldiğinde bu isteği mesane (idrar torbası) ve kalın bağırsağa iletilmesini sağlar.
- 4- Uygun ortam olduğunda kaslar tamamen gevşeyerek, idrar ve dışkılamanın kolaylıkla yapılmasını sağlar.

Bu kaslar yaş, hastalık ya da hormonal değişimler gibi sebeplerden zayıflayabilir.

Pelvik taban kasları zayıf ise pelvik tabanı düzgün çalışmayabilir.

Pelvik taban zayıf ise kişi öksürürken, gülerken, ağır bir şeyler taşırken ve zıplarken idrar kaçırmasına neden olur.



46

Pelvik taban kasları zayıflarsa hangi sorunlar ortaya çıkabilir?

- ✓ Fiziksel hareket, öksürme, hıçırma, gülme gibi durumlarda istemsizce idrar kaçırma
- ✓ Güçlü bir idrar yapma isteği ile birlikte idrarı tutamama
- ✓ İdrar yaptıktan sonra damla damla idrar gelmesi
- ✓ İdrar çıkışını durduramama ya da yavaşlatamama
- ✓ Bağırsak hareketleri ya da gaz çıkışının kontrolünün azalması
- ✓ İdrar torbası, bağırsak, rahim gibi pelvik organlarının dışarı sarkması
- ✓ Cinsel fonksiyonlarda aktifliği sürdürmemesi gibi sorunlar yaşanabilir.



Kaynak: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/urologic-disease/urinary-incontinence-women/Pages/ez.aspx>

47

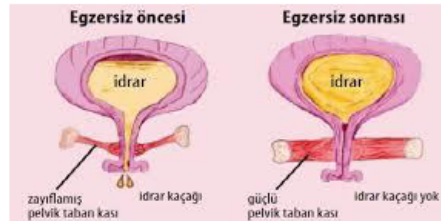
6.3. Pelvik taban kas egzersizleri (Kegel Egzersizleri)

İdrar kaçırmanın tedavisinde kullanılan pelvik taban kaslarını güçlendirme egzersizleri olarak bilinen pelvik taban kas egzersizleri ilk kez 1951 yılında Arnold Kegel tarafından bulunmuştur. Bu nedenle Kegel egzersizleri olarak da bilinirler.

Bu egzersizlerinin amacı; yıpranmış ve güçsüz düşmüş olan ve bundan dolayı idrarın istemsiz olarak ve uygunsuz bir zamanda boşalmasına neden olan pelvik taban kas gruplarının güçlenmesini ve işlevlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır.

Pelvik taban egzersizleri bu kasları güçlendirerek:

- 1) Perine kaslarının kuvvetinin ve pelvik organ desteğinin iyileştirilmesi
- 2) İdrar kaçırmadan korunma ve idrar kesesi kontrolünün geri kazanılması sağlar.



Kaynak: <http://www.kacirmayazadimlar.kuhbu.com/egzersiz-onceleri-sonra>

48

Pelvik Taban Egzersizlerinin Avantajları

- ✓ Egzersizler basittir.
- ✓ Her pozisyonda ve kolayca uygulanabilir.
- ✓ Çok fazla zaman ve enerji harcanmaz.
- ✓ Güvenilirdir, yan etkileri yoktur.
- ✓ Başarı oranı yüksektir ve ilaç cerrahi v.s gerektirmeden tedavi imkanı sağlar.

Pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli ve yoğun bir şekilde yapılması kasların güçlenmesine yardım eder. Böylece kaslar sağlam ve destekleyici hale gelir. İdrar kaçırma şikayeti olan pek çok insan bu egzersizler sayesinde iyileşmiştir.

Pelvik Tabanı Kaslarının Tespit Edilmesi

İlk yapılması gereken, hangi kasları eğitmeniz gerektiğini ortaya çıkarmaktır!!!!!!

1. Uyluk ve kalça kaslarınız gevşemiş şekilde oturur veya uzanır. Karın ya da midenizi sıkıya çalışmayın. Nefesinizi tutmayın normal bir şekilde nefes almaya devam edin. Pelvis tabanı kaslarınızın yukarı çekilmesini bir el aynası ile izlemek yararlı olabilir.
2. Gaz çıkarmayı durdurmayı deniyormuşçasına, makatın etrafındaki kasları sıkın. Şimdi bu kası gevşetin. Kaslarınızdaki hareketleri hissetmelisiniz. Doğru kasları bulduğunuzdan emin olana kadar birkaç kez sıkın ve rahat bırakın. Kalça kaslarınızı sıkınamaya gayret edin. Eğer sandalyede oturuyorsanız makat çevresindeki derinin sıkıştığını ve yukarı kalkarak sandalyeden uzaklaştığını fark edeceksiniz.

49

- İdrar yapmak için tuvalete gittiğinizde, idrar akışını durdurmayı deneyin ve yeniden başlayın. Bunu yaparken pelvik taban kaslarınızı kullanıyorsunuz. Fakat haftada sadece bir kez yapın. Çünkü, idrar akışını bundan daha sık durdurup başlatırsanız, idrar torbanız olması gereken şekilde boşalmayabilir.
- Bir aynanın karşısında yan dönerek çıplak olarak durun. Pelvis tabanı kaslarınızı güçlü bir şekilde içe çektiğinizde, erkeklik organınızın içe çekildiğini ve testis torbasının yukarı kalktığını göreceksiniz (Erkekler için).
- Ayrıca, testisin arkasındaki cilde dokunarak doğru kasları kullanıp kullanmadığınızı kontrol edebilirsiniz. Pelvik kaslarınızı sıkıldığınız zaman parmaklarınızın altında yukarı doğru kalktığını hissedeceksiniz. Eğer kaslar aşağı doğru iniyorsa muhtemelen egzersizleri doğru bir şekilde yapmıyorsunuz demektir (Erkekler için).
- Eğer doğru kasların olup olmadığında emin değilseniz kadınlar vajinaya (döl yoluna) parmaklarını koyabilirler. Egzersiz yaparken parmaklarınızın hafifçe sıkıştığını hissedeceksiniz (Kadınlar için).

Pelvik taban kas egzersizlerini yaparken yanlış kasları kullanabilirsiniz. Bu nedenle kalçanızı sıkmayın, bacaklarınızı birbirine birleştirip sıkımayın ve nefesinizi tutmayın!!!!

6.4. Pelvik taban kas egzersizlerinin uygulanması

Egzersizler çok zaman almaz, sizi yormaz ve pratiktir. Başladıktan **sonra en az üç ay devam** etmelisiniz. Egzersizlerin birkaç hafta sonra yararını görmeye başlayacaksınız. Fakat üç ay sonra kasların çok iyi geliştiğini göreceksiniz!!!!

50

Egzersizlerin oturarak ya da ayakta yapılma şekli:



Kaynak: http://raisingchildren.net.au/articles/pelvic_floor_care_pip.html

Egzersizlerin vatarak yapılma şekli:



Kaynak: <http://www.saglikocagim.net/kegel-egzersizi-nasil-yapilir/>



Kaynak: <http://www.health.harvard.edu/blog/best-recommend-kegel-and-other-treatments-for-incontinence-women-201409177436>

52

Egzersizler nasıl yapılır?

1. HAFTA

- Öncelikle doğru pelvik taban kaslarını bulmalısınız. Bağırsaklarınızdan gaz çıkışını durduruyormuş gibi ve aynı zamanda idrar çıkışını da durdurmaya çalıştığınızı hayal edin. Makat ve idrar çıkışının olduğu bölgedeki kasların kasıldığını ve yukarı doğru hareket ettiğini hissedin.
- Egzersizleri ayakta, oturarak ya da ayakta yapabilirsiniz.
- Bacak ve kalça kaslarını rahat bırakın, karnınızı içeri çekmeyin ve rahat nefes alıp verin.
- Dizlerinizi birbirinden biraz ayırın. Pelvik kaslarınızı yavaşça sıkın ve olabildiğince sert bir şekilde kasları yukarı çekin. Olabildiğince yukarı kaldırın ve sıkın.
- Kas gücü oluşuncaya kadar her defasında 10 kez sıkın, 5 saniye tutun ve sonra 10 saniye dinlendirin.**
- Sıkma ve gevşetmeyi tekrar yapmalısınız. **SIK, TUT VE GEVŞET!**



51

2.HAFTA

Günde 3 defa yapılacak!!!

Her defasında 10 kez tekrarlanacak!!!

- Öncelikle doğru pelvik taban kaslarını bulmalısınız. Bağırsaklarınızdan gaz çıkışını durduruyormuş gibi ve aynı zamanda idrar çıkışını da durdurmaya çalıştığınızı hayal edin. Makat ve idrar çıkışının olduğu bölgedeki kasların kasıldığını ve yukarı doğru hareket ettiğini hissedin.
- Egzersizleri ayakta, oturarak ya da ayakta yapabilirsiniz.
- Bacak ve kalça kaslarını rahat bırakın, karnınızı içeri çekmeyin ve rahat nefes alıp verin.
- Dizlerinizi birbirinden biraz ayırın. Pelvik kaslarınızı yavaşça sıkın ve olabildiğince sert bir şekilde kasları yukarı çekin. Olabildiğince yukarı kaldırın ve sıkın.
- Kas gücü oluşuncaya kadar her defasında 10 kez sıkın, 10 saniye tutun ve sonra 20 saniye dinlendirin.**
- Sıkma ve gevşetmeyi tekrar yapmalısınız. **SIK, TUT VE GEVŞET.**



53

3.-12. HAFTALAR
Günde 3 defa yapılacak!!!
Her defasında 20 kez tekrarlanacak!!!

1. Öncelikle doğru pelvik taban kaslarını bulmalısınız. Bağırsaklarınızdan gaz çıkışı durduruyormuş gibi ve aynı zamanda idrar çıkışı da durdurmaya çalıştığınızı hayal edin. Makat ve idrar çıkışının olduğu bölgedeki kasların kasıldığını ve yukarı doğru hareket ettiğini hissedin.
2. Egzersizleri ayakta, oturarak ya da ayakta yapabilirsiniz.
3. Bacak ve kalça kaslarını rahat bırakın, karınızı içeri çekmeyin ve rahat nefes alıp verin.
4. Dizlerinizi birbirinden biraz ayırın. Pelvik kaslarınızı yavaşça sıkın ve olabildiğince sert bir şekilde kasları yukarı çekin. Olabildiğince yukarı kaldırın ve sıkın.
5. **Kas gücü oluşuncaya kadar her defasında 20 kez sıkın, 10 saniye tutun ve sonra 20 saniye dinlendirin.**
6. Sıkma ve gevşetmeyi tekrar yapmalısınız. SIK, TUT VE GEVŞET.



54

Egzersizle ilgili ip uçları

- ✓ Egzersizleri normal günlük aktiviteleriniz gibi alışkanlık haline getiriniz. Örneğin, bulaşık yıkarken, televizyon izlerken, gazete okurken yapmaya çalışın.
- ✓ Eğer doğru kasa egzersiz yapıp yapmadığınızdan emin değilseniz vajina (kadın için) ya da makatınıza (erkek için) parmağınızı koyun ve sıkın. Parmağınızın pelvik taban kasları tarafından sıkıştırıldığını hissetmelisiniz. Egzersizi yapabilirsiniz.
- ✓ Öksürken, hapşururken, gülerken ya da eğildiğinizde idrar kaçıracağınızı hissettiğiniz zaman pelvik taban kaslarını sıkın ve yukarı kaldırın. Böylelikle gittikçe kaslarınızın kontrolü artacaktır.
- ✓ Günde 6-8 bardak su için, fakat kafeinden (çay, kahve, kola, karbonatlı içecekler, çikolata, alkol, baharatlı yiyecekler, narenciye suları...) uzak durmalısınız. Su en iyisidir!
- ✓ Kabızlık durumunda idrar torbası üzerine basınç artacağı için idrar kaçırma üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bunda dolayı beslenmede meyve, sebze ve yüksek lifli yiyecekler alınmalıdır.
- ✓ Her ihtimale karşı tualete gitmeyi alışkanlık haline getirmeyin. Sadece mesanenizi dolu hissettiğinizde tualete gidin.
- ✓ Kilonuzu düzenli olarak kontrol edin. Çünkü fazla kilolar pelvik taban kaslarınız üzerinde bir yük oluşturabilir.
- ✓ Sigara içmeyiniz! Çünkü öksürüğe neden olur ve öksürükte pelvik kasları üzerinde basınç yapar ve idrar kaçırma neden olur.
- ✓ Astım, bronşit gibi öksürüğe neden hastalıklarınız varsa doktorunuzla görüşüp tedavi olmalısınız.

56

Hastaların egzersizleri uygulaması ve devam ettirmesi çok önemlidir. İyileşme çok kısa bir sürede olmayacak biraz zaman alacaktır. Hastaların sabır göstermesi gerekmektedir. Her hasta iyileşme olduğunu göreceksiniz fakat gerçek değişim için 3 ay geçmesi gereklidir !!!!!

Egzersizle ilgili yardımcı bilgiler

- Kaslarınızı daha güçlü hale getirmek için egzersizlere zaman ayırmalısınız. Kegel egzersizlerinin en güzel yanı bu egzersizleri istediğimiz zaman yapabiliyor olmanızdır.
- Birkaç haftada iyileşmenin olması mümkün değildir. Bunun için sabırla egzersizleri yapmaya devam etmelisiniz
- İsterseniz birileri size egzersiz yapmanızı hatırlatabilir ama buna her zaman ihtiyaç bile duymayabilirsiniz.
- Egzersizler için özel araç gerece ihtiyacınız yok.
- Egzersizleri sabah yataktan kalkmadan, televizyon izlerken, öğlen yemeğinde, akşam yemeğinde ve yatma zamanında yapabilirsiniz.
- Bazen egzersizleri hatırlayabilmek için buzdolabının üzerine, banyo aynasına küçük notlar yapıştırabilirsiniz.
- Eğer aniden idrar yapma isteği olursa pelvik taban kas egzersizlerini uygulayın. İdrar yapma isteği geçene kadar sakince bekleyin sonra yavaşça tualete gidin. Yürürken acele etmeyin çünkü hızlı yürürken idrar kaçırabilirsiniz.
- Pelvik taban egzersizleri hem kadınlara hem de erkeklerle yardımcı olur.
- Eşleriniz ile birlikte bu egzersizle yapabilirsiniz.
- Egzersizleri ne kadar çok yaparsanız kaslarınız çok güçlü hale gelecektir.

55

- ✓ Ağır eşya kaldırmaktan uzak durmalısınız. Eğer ağır bir şey kaldırmak zorunda kalırsanız aynı zamanda pelvik taban kaslarınız sıkılaşmaya çalışın. Bu idrar kaçırmasını önleyecektir.
- ✓ İleride mesane kontrolünüzü geri alsanız bile pelvik taban kaslarınızı unutmayın. Sürekli olarak günde birkaç dakika pelvik taban kas egzersizlerinizi yapın.

Unutmayın ! her nerede bu egzersizleri yaparsanız yapın hiç kimse bunu farketmeyecek.

57

KAYNAKLAR

- American Heart Association. (2015). Heart disease and stroke statistics-at-a-glance. http://www.heart.org/jdc/groups/ahamach-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_470704.pdf Son erişim tarihi: 02 Ağustos 2015.
- American Stoke Association. Caregiver Guide to Stroke. http://strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/ForFamilyCaregivers/CaringforYourself/Caregiver-Guide_UCM_457471_Article.jsp#. Son erişim tarihi: 02 Ağustos 2015.
- American Stoke Association. Understanding Stroke Risk. http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Stroke-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp. Son erişim tarihi: 20 Temmuz 2015.
- An Australian Government Initiative. Erkekler İçin Pelvis Tabam Kas Eğitimi. <http://www.bladderbowel.gov.au/assets/doc/Factsheets/Turkish/05PelvicFloorMenTurkish.pdf> Son erişim tarihi: 10 Temmuz 2015.
- An Australian Government Initiative. Pelvic Floor Muscle Training for women. <http://www.bladderbowel.gov.au/assets/doc/Factsheets/English/06PelvicFloorWomenEnglish.pdf>. Son erişim tarihi: 10 Temmuz 2015.
- Aşkar N. Alt Üriner Sistem ve Pelvik Taban Fonksiyonel Anatomisi. http://www.tajev.org/files/tajev2011/kurslar/urojinekoloji-kursu/Niyazi_Askar_Alt_Uriner_Sistem_Ve_Pelvik_Taban_Fonksiyonel_Anatomisi.pdf. Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2015.

58

- hitchcock.org/documents/stroke_guide.pdf Son erişim tarihi: 18 Temmuz 2015.
- Demirci Şahin, A., Üstü, Y. ve Işık D. (2015). Serebrovasküler Hastalıklarda Önlenebilir Risk Faktörlerinin Yönetimi. Ankara Medical Journal, 15(2):106-113.
- Dumoulin, C., Komer-Bitsensky, N. and Tannenbaum C. (2007). Urinary incontinence after stroke: Identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. Stroke, 38:2745-2751.
- Dumoulin, C., Komer-Bitsensky, N. and Tannenbaum, C. (2005). Urinary incontinence after stroke: Does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioural therapy. Topics in Stroke Rehabilitation, 12: 66-76.
- Erkan Ayyıldız H. İdrar Kaçımada Davranışsal Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/ankara_h_a_e.pdf. Son erişim tarihi: 15 Temmuz 2015.
- Gelber, D.A., Good, D.C., Laven, L.J. et al. (1993). Causes of urinary incontinence after acute hemispheric stroke. Stroke, 24:378-382.
- Heart and Stroke Foundation. Tips and Tools for Everyday Living: A Guide for Stroke Caregivers. http://www.heartandstroke.on.ca/atf/cf/%7B33C6FA68-B56B-4760-ABC6-D85B2D02EE71%7D/Final_%20TipsAndTools_eng.pdf. Son erişim tarihi: 18 Temmuz 2015.

60

- http://www.tajev.org/files/tajev2011/kurslar/urojinekoloji-kursu/Niyazi_Askar_Alt_Uriner_Sistem_Ve_Pelvik_Taban_Fonksiyonel_Anatomisi.pdf. Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2015.
- Avrupa Üroloji Derneği. İdrar Kaçırmanın Kişisel Yönetimi. (2014). http://patients.uroweb.org/fileadmin/files/turkish/UI/03_Idrar_kacirmanın_kişisel_yönetimi.pdf. Son erişim tarihi: 5 Temmuz 2015.
- Barrett, J.A. (2002). Bladder and bowel problems after stroke. Reviews in Clinical Gerontology, 12:253-267.
- Bedir S. Alt Üriner Sistemin Yapısı ve İşleyişi. http://www.uroturk.org.tr/urolojihemsireligi/pdf/ankara/s_b.pdf. Son erişim tarihi: 12 Temmuz 2015.
- Berkshire MedicalCenter. (2013). Stroke: Your Guide to Treatment and Recovery. <http://www.berkshirehealthsystems.org/documents/Stroke%20Program/Stroke%20Patient%20Education%20Booklet%202013.pdf>. Son erişim tarihi: 12 Temmuz 2015.
- Bladder and Bowel Foundation. Pelvic Floor Exercises for Women. http://www.nhs.uk/planners/pregnancyandplanner/documents/bandfpelvic_floor_women.pdf. Son erişim tarihi: 17 Temmuz 2015.
- Brittain, K.R., Peet, S.M. and Castleden, C.M. (1998). Stroke and incontinence. Stroke, 29:524-528.
- Dartmouth- Hitchcock Medikal Center. (2008). Learning About Stroke: A Guide for Patients and Families. http://www.dartmouthhitchcock.org/documents/stroke_guide.pdf. Son erişim tarihi: 18 Temmuz 2015.

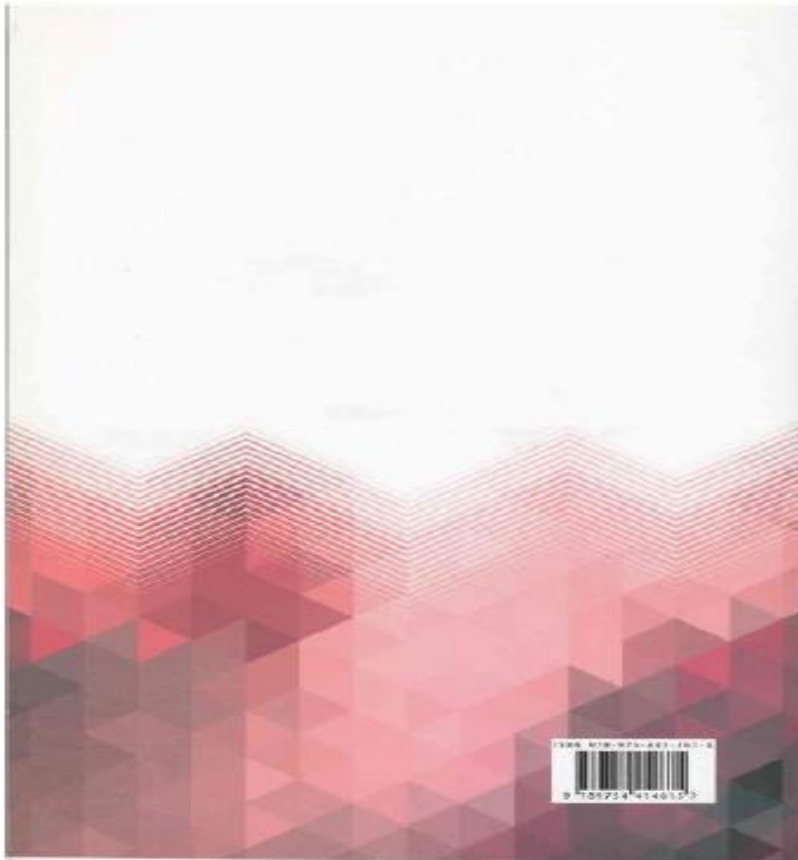
59

- International Urogynecological Association. Pelvic Floor Exercises. <http://www.iuga.org/?page=patientinfo>. Son erişim tarihi: 20 Temmuz 2015.
- İnan M. Boşaltım Sistemi Fizyolojisi. http://drn Mehmetinan.net/download/fizyolojiders_notlar%C4%B1/Bo%C5%9Falt%C4%B1m%20Sistemi%20Fizyolojisi.pdf. Son erişim tarihi: 12 Ağustos 2015.
- Kegel Exercises for Men. http://urology.ucla.edu/workfiles/Prostate_Cancer/Kegel_Exercises_for_Men.pdf. Son erişim tarihi: 23 Temmuz 2015.
- Kulaksızoğlu, H., Akand, M., Çakmakçı, E. ve ark. (2015). Effectiveness of pelvic floor muscle training on symptoms and uroflowmetry parameters in female patients with overactive bladder. Turk J Med Sci, 45: 449-453.
- Kuyumcu, M.E., Yeşil, Y. ve Cankuratan M. (2011). İç hastalıkları pratiğinde önemsenmeyen bir hastalık: Üriner inkontinans. İç Hastalıkları Dergisi, 18: 91-99.
- Martin R. (2014). Patient Education Among Stroke Survivor Patients. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80854/Martin_Ruth.pdf?sequence=1. Son erişim tarihi: 05 Ağustos 2015.
- Mehdi, Z., Bims, J. and Bhalla, A. (2013). Post-stroke urinary incontinence. International Journal of Clinical Practice, 67:1128-1137.
- Nergiz Y. Üriner Sistem Histolojisi. <http://www.dicle.edu.tr/Contents/1d80e515-ad43-4735-82ed-3ea89fae679c.pdf>.
- North Hills Hospital. Stroke Education. <http://northhillshospital.com/util/documents/stroke-education.pdf>. Son erişim tarihi: 18 Temmuz 2015.

61

- [education-booklet.pdf](#). Son erişim tarihi: 14 Temmuz 2015.
- Özcan, M. and Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinans olan geriyatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1(2):101-109.
- Pelvic floor muscle exercises. http://prostatecanceruk.org/media/975926/pelvic_floor_exercises-ifm.pdf. Son erişim tarihi: 10 Temmuz 2015.
- Penn State Milton S. Hershey Medical Center. Stroke Patient and Family Guide. http://www.pennstatehershey.org/c/document_library/get_file?folderId=14302&name=DLFE-6847.pdf. Son erişim tarihi: 19 Ağustos 2015.
- Physiotherapy New Zealand. Pelvic Floor Exercise Guide. <http://physiotherapy.org.nz/assets/Your-health/PNZGuidePelvicFloorv5visual.pdf>. Son erişim tarihi: 18 Ağustos 2015.
- Staack A. Management of Neurogenic Bladder Disorders. <https://www.ataxia.org/events/2011-Presentations/Sunday/Management-of-Neurogenic-Bladder.pdf>. Son erişim tarihi: 22 Temmuz 2015.
- Stroke Association. (2015). State of the nation stroke statistics. https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/stroke_statistics_2015.pdf. Son erişim tarihi: 15 Temmuz 2015.
- Stroke Care at University of Mississippi Health Care. Patient Education. https://www.ummchealth.com/uploadedfiles/umhccom/health_care_services/neurosciences/adult/stroke/str

- oke%20book(1).pdf. Son erişim tarihi: 28 Ağustos 2015.
- Stroke Recovery Association. A Guide for Stroke Survivors, Families, & Caregivers. 2014. <http://strokecoverybc.ca/wp-content/uploads/Updated-2014-Stroke-Information-Booklet.pdf>. Son erişim tarihi: 06 Temmuz 2015.
- The British Association of Urological Surgeons. Pelvic Floor Exercises in Men. http://www.baus.org.uk/userfiles/pages/files/Patients/Leaflets/PFX_male14.pdf. Son erişim tarihi: 03 Ağustos 2015.
- Tuna, M. (2010). İmmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü. Marmara Üniversitesi Yüksek lisans tezi.
- Tunn R. Pelvik taban jimnastiği: Aktif bir hayata giden yolunuz. http://www.gpruesselsheim.de/00_Infomaterial_und_PDFs/Flyer/A5_Brosch%C3%BCre_BeBo_T%C3%BCrkisch_kontinenz.pdf. Son erişim tarihi: 13 Ağustos 2015.
- Tülek, Z., Memiş, S. (2007). İnme bakımında 2015 yılı hedefleri: Avrupa inme stratejileri (Helsinki konferansı). Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi, 13: 67-73.
- Uludağ Üniversitesi Üroloji AD. Pelvik Taban Egzersizleri. <http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-315-11.pdf>. Son erişim tarihi: 24 Ağustos 2015.



Ek 14. Ped Testi Bilgi Formu

PED TESTİ NEDİR?

Ped testi, sizin bir günlük idrar kaçırma miktarınızın ölçülebilmesinde bize yardımcı olacaktır. Bu test, pelvik taban kas egzersizlerine başlamadan önce ve üç aylık egzersiz programını tamamladıktan sonra toplam iki defa yapılacaktır. Bir gün boyunca biriktirilen pedler hassas terazi ile tartılarak sonuç elde edilecektir.

TEST NASIL YAPILACAK?

- 24 saat boyunca (gece ve gündüz) örneğin sabah 8'den diğer sabah 8'e kadar ped kullanılması ve **idrar kaçırma sonucu ıslanan bezler** biriktirilmelidir.
- Pedin olduğu bir gün boyunca normal günlük aktivitelerine devam edilmelidir.
- Pedler **her dört saatte** bir değiştirilmelidir.
- Gün içinde idrar ya da dışkı (büyük abdest) yapmak istendiğinde tuvalete gitmelidir. Test durdurmayı kontrol edemediğiniz durumlarda kaçırdığınız idrar miktarını ölçmek için yapılmaktadır.
- ıslanan ya da iki saatte bir değiştirilen pedler su geçirmez **kilitli poşet içinde** saklanmalıdır.
- Ped ıslaklığının buharlaşmaması için poşetin kilidinin tam olarak kapatıldığından emin olunmalıdır.

EK 15. Etik Kurul İzinleri

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

onu: Karar hk.- 684

284

11.04.2013

Sayın Prof.Dr.Ayşe BEŞER,

Kurulumuz tarafından 10.04.2014 tarih ve 1431-GOA protokol numaralı 2014/14-25 karar numarası ile görüşülen “İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/14-25	Tarih: 10.04.2014
	Prof.Dr.Ayşe BEŞER'in sorumlusu olduğu "İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verilerinin Yüküne Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☒	H ☐	*Toplantıda bulunmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılanadı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	katılanadı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

* Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK çalışmada yardımcı araştırmacı olduğundan dosya görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 856

19.12.2014

Sayın Prof.Dr.Ayşe BEŞER,

Kurulumuz tarafından 18.12.2014 tarih ve 1431-GOA protokol numaralı 2014/37-34 karar numarası ile görüşülen “İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/37-34	Tarih: 18.12.2014
	Prof.Dr.Ayşe BEŞER'in sorumlusu olduğu "İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 11.12.2014 tarihli dilekçeye ilişkin olarak; -Prof.Dr.Selmin Gülbahar ve Uzm.Dr.Ozan Bozkurt'un çalışmaya dahil edilmesi uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu Önvural</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ş.Reyhan Uçku</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>N.Şahin</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece Böber</i>
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Hüseyin Baskın</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	*Toplantıda bulunmadı
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Bilgin Cömert</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge Kıray</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda Seren</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>M. Erhan Özkul</i>

* Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK çalışmada yardımcı araştırmacı olduğundan dosya görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ACLI GİRİŞİM
Nermin ÇAVGA
Fakülte Sekreteri

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.

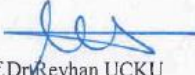
16.10.2015

Sayı: 783

Sayın Prof.Dr.Ayşe BEŞER,

Kurulumuz tarafından 15.10.2015 tarih ve 1431-GOA protokol numaralı 2015/23-31 karar numarası ile görüşülen " İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi " konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yard.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

	Karar No:2015/23-31	Tarih: 15.10.2014
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr.Ayşe BEŞER'in sorumlusu olduğu "İnneli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 13.10.2015 tarihli dilekçeye ilişkin olarak; -Çalışmanın örneklem dahil edilme ve dışlanma kriterlerinde değişiklik yapılması, veri toplama araçlarına yeni mesane ve egzersiz günlüğünün eklenmesi, ev ziyaretleri sayılarının azaltılması ve pelvik taban egzersizlerinin Fiziyatrist uzmanı tarafından belirlenmesi ile ilgili protokol değişikliği incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☒	H ☐	*Toplantıda bulunmadı
Prof.Dr.Sevine ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı

* Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK çalışmada yardımcı araştırmacı olduğundan dosya görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

EK 16. Araştırmacının Özgeçmişi

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyad Gülcihan ARKAN
Doğum Yeri Milas
İletişim Adresi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
E-posta Adresi gulcihan.48@gmail.com
Telefon numarası 02324124774

EĞİTİM DURUMU

Tarih **Eğitim** **Üniversite** **Alan**

Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Doktora	2012-Devam ediyor
Gaziantep Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2009-2011
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu	Ebelik	Lisans	2002-2006

Doktora Tez: İnmeli Hastalara Sağlık İnanç Modeline Göre Evde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Hasta Bakım Sonuçlarına ve Bakım Verenlerin Yüküne Etkisi Tez

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Yüksek Lisans Tez: Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuk İşçilerin Çalışma Koşulları ve İstismara Bakışı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

ADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Tarih **Çalıştığı Kurum** **Görevi**

Şubat 2014- Devam ediyor	Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Öğretim Görevlisi
Kasım 2012- Ocak 2014	Çankırı Karatekin Üniversitesi	Öğretim Görevlisi
Eylül 2010-Eylül 2012	Bilecik Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
Temmuz 2009- Eylül 2010	Gaziantep/İslahiye	İslahiye Devlet Hastanesi
Temmuz 2007- Temmuz 2009	Gaziantep	70.Yıl AÇSAP Merkezi
Şubat 2007- Temmuz 2007	Kahramanmaraş	Çok yaşar Köyü Sağlık Evi
Eylül 2006- Kasım 2006	Manisa/Salihli	Yeşilova Köyü Sağlık Ocağı

UZMANLIK ALANI

Uzmanlık Alanları
Halk Sağlığı, Evde Bakım, İşçi Sağlığı, Ana Çocuk Sağlığı

YAYINLAR

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

ARKAN GÜLCİHAN, BESER AYŞE, ÖZTÜRK VESİLE. (2018). Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study. <i>Journal of Neuroscience Nursing</i> , 50 (1), 1-5 DOI: 10.1097/JNN.0000000000000336
ÖZTÜRK HANEY MERYEM, SARIGÖL ÖRDİN YAPRAK, ARKAN GÜLCİHAN (2017). Skin Cancer-Sun Knowledge and Sun Protection Behaviors of Liver Transplant Recipients in Turkey. <i>Journal of cancer education</i> , Doi: 10.1007/s13187-017-1279-3. (Yayın No: 3597829)
BESER AYŞE, BAĞAR ZUHAL, ARKAN GÜLCİHAN, ÇAL AYŞE, YESİLTEPE AKGÜN (2017). Examination of nursing students' attitudes towards environmental problems. <i>Progress in Health Sciences</i> , 7(1), 137-144. Doi: 10.5604/01.3001.0010.1866 (Yayın No: 3670797)
ÖZTÜRK HANEY MERYEM, BAĞAR ZUHAL, BESER AYŞE, ARKAN GÜLCİHAN, CENGİZ BURCU (2016). Psychometric Testing of the Turkish Version of the Skin Cancer and Sun Knowledge Scale in Nursing Students. <i>Journal of Cancer Education</i> , Doi: 10.1007/s13187-016-1041-2 (Yayın No: 3057321)
ARKAN GÜLCİHAN, SOHBET RABİA (2014). Industrial Working Conditions and the Treatment of Child Workers in Turkey. <i>Workplace Health Safety</i> , 62(11), 453-459. Doi: 10.3928/21650799-20140902-05 (Yayın No: 1707967)

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

ARKAN GÜLCİHAN, SARIGÖL ÖRDİN YAPRAK, ÖZTÜRK HANEY MERYEM (2017). The relationship between nursing students' burnout levels and their professional values. <i>Uluslararası Hemşirelik Uygulamalarında Etik Kongresi</i> . (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 3638588)
ÖZTÜRK HANEY MERYEM, ÖRDİN S. YAPRAK, ARKAN GÜLCİHAN (2016). Skin Cancer Prevention Knowledge and Behavior of Organ Transplant Recipients From Healthy Population. 2 European Transplant Allied Healthcare Professionals Meeting (Yayın No: 3058695)
BESER AYŞE, ARKAN GÜLCİHAN, ÖZTÜRK VESİLE (2016). Experiences of Stroke Patients Regarding Urinary Incontinence According to the Health Belief. 6th World Nursing and Healthcare Conference (Yayın No: 3058968)
ARKAN GÜLCİHAN, BESER AYŞE, ÖZTÜRK VESİLE, ÖZTÜRK HANEY MERYEM (2016). Stroke Self Efficacy Questionnaire A Study of Validity and Reliability. 2nd International Home Care Congress (Yayın No: 3058825)
Sohbet, R., Arkan, G. Gaziantep 75. Yıl Kadın Doğum Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bakış Açıları, 9. Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2010, Muğla, Poster bildiri
Sohbet, R., Arkan, G., Vural, T. Birinci Basamağa Başvuran Kadınların Çocuk İstisminin Bakışı, 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2011, Gaziantep, Poster Bildiri p-481

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler :

ARKAN GÜLCİHAN (2017). Uriner İnkontinans Olan İmmü Hastalarda Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Etkinliği. <i>Pelvik Rehabilitasyon Kongresi</i> , 1(1), 1-80. (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 3670749)
ARKAN GÜLCİHAN, BESER AYŞE, ÖZTÜRK VESİLE (2015). SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE İNME HASTALARIN URİNER İNKONTİNANSA İLİSKİN DENEYİMLERİ. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Yayın No: 1708440)
BAĞAR ZUHAL, BESER AYŞE, GÖRDES AYDOĞDU NİHAL, ARKAN GÜLCİHAN, GURKAN KUBRA PINAR, CENGİZ BURCU (2015). AIDS HASTALARINA TOPLUMUN KÜLTÜREL BAKIŞI NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Yayın No: 1708473)
BESER AYŞE, BAĞAR ZUHAL, ÖZTÜRK HANEY MERYEM, GÖRDES AYDOĞDU NİHAL, GURKAN KUBRA PINAR, ARKAN GÜLCİHAN, CENGİZ BURCU (2015). Tüberküloz Hastalarına Toplumun Kültürel Yaklaşımı Niteliksel Bir Çalışma. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Yayın No: 1708516)
BESER AYŞE, KÜÇÜKGÜÇLÜ ÖZLEM, BAĞAR ZUHAL, GÖRDES AYDOĞDU NİHAL, ÖZTÜRK HANEY MERYEM, ARKAN GÜLCİHAN, ÇALOĞLU AYŞE (2014). Yaşlıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ile Yaşlılara İlişkin Beklentilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Yayın No: 1708376)
BESER AYŞE, BAĞAR ZUHAL, ARKAN GÜLCİHAN, ÇALOĞLU AYŞE, YESİLTEPE AKGÜN (2014). Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Çevre Sorunlarına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı

Kongresi (Yayın No:1708238)
ÖZTÜRK HANEY MERYEM, BAHAR ZUHAL BESER AYSE, ARKAN GULCIHAN, CENGİZ BURCU (2014). Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeğinin Türk Genç Yetişkinlerde Kullanımı Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Yayın No:1708349)
Sohbet, R., Arkan, G., Karaboğa, Z. Yöremizde 0-24 Ay Arası Bebeklerin Aşılama ve Hastalık Özellikleri, V. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 2009, Gaziantep, Poster Bildiri
Sohbet, R., Arkan, G., Karaboğa, Z. Annelerin İshalli Hastalığa Bakışı ve Uygulamaları, V. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 2009, Gaziantep, Poster Bildiri
Sohbet, R., Arkan, G., Yaman, H. Sağlık Personelinin Çocuk İstismarına Bakışı, V. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 2009, Gaziantep, Poster Bildiri
Sohbet, R., Arkan, G., Vural, T. Birinci Basamağa Başvuran Kadınların Çocuk İstismarına Bakışı, V. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 2009, Gaziantep, Poster Bildiri
Arkan, G., Sohbet, R. Kadın Doğum Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bakış Açıları, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010, İzmir, Poster Bildiri p-189
Sohbet, R., Arkan, G., Karabaş, S. Gaziantep Verem Savaş Dispanserinde 2000-2010 Yılları Arasına İzlenen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010, İzmir, Poster Bildiri P-125
Arkan, G., Sohbet, R. Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuk İşçilerin Çalışma Koşulları ve İstismara Bakışı, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2011, Trabzon, Poster Bildiri P-187
Sohbet, R., Arkan, G., Demir, N., Gültekin, Y., Anıut, F. Öğrencilerin Enerji Tasarrufu Konusundaki Bilgi Düzeyi, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2011, Trabzon, Poster Bildiri P-410
Sohbet, R., Arkan, G., Özdemir, M., Fırat, Ç., Eşin, K. Öğrencilerin Aile Sağlık Birimi ve Aile Sağlık Elemanı Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2011, Trabzon, Poster Bildiri P-314
Sohbet, R., Arkan, G., Demir, Y., Esen, O., Çakmak H., Güven, O. İlköğretimde Öğrencilerin Bilgisayar ve Cep Telefonu Kullanma Alışkanlıklarının İncelenmesi, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2011, Trabzon, Poster Bildiri P-001
ARKAN G., Karabaş S. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 15-49 yaş kadınların Acil kontraseptif Yöntemlerini Bilme Durumlarının İncelenmesi. Sözel Bildiri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi Bildiri Kitabı. 2013; 104.
Arkan G., Karabaş S. Annelerin Doğum Şekillerine Göre Postnatal Konfor Özellikleri. Poster Bildiri, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2013; 518, Antalya.

Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar:

İdrar Kaçırması Olan İmmü Hastaları ve Bakım Verenleri İçin Rehber (2016), ARKAN GULCIHAN, Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 63, ISBN:978-975-441-461-5, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 3058367)
--

Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler:

Evde Bakım, Bölüm adı:(İmmü Hastalarda Uriner İnkontinans ve Evde Bakımı) (2017), ARKAN GULCIHAN, BESER AYSE, Akademi Basın ve Yayıncılık, Editör:BAHAR Zuhale, BESER Ayşe, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 462, ISBN:9786058210608, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 3670649)

ÖDÜLLER

Arkan, G., Sohbet, R. Kadın Doğum Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bakış Açıları, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010, **Poster Teşvik Ödülü**

BESER AYSE, ARKAN GULCIHAN, ÖZTÜRK VESİLE (2016). Experiences of Stroke Patients Regarding Urinary Incontinence According to the Health Belief. 6th World Nursing and Healthcare Conference (Yayın No:3058968), **Best Poster Award**, 6th World Nursing and Healthcare Conference, İNGİLTERE, 2016

EDİTÖRLÜK

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (Alan endeksleri), Dergi, Yayın Kurulu Üyeligi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi (Alan endeksleri), Dergi, Yayın Kurulu Üyeligi, Dokuz Eylül Üniversitesi

ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN İNME Lİ HASTALAR İÇİN HEMŞİRELERİN EVDE BAKIMDAKİ SORUMLULUKLARI

Öğr. Gör. Gülcihan ARKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe BEŞER

Kaç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu

Özet

Serebrovasküler hastalıklar dünyadaki ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Ayrıca, hayatta kalan hastaların merkezi sinir sistemleri üzerinde kalıcı hasarlar bırakmakta, bu yüzden hastaları başkalarının bakımına bağımlı hale getirmekte ve günlük yaşam aktivitelerinde sınırlı bırakmaktadır. Hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra rehabilitasyonu, bağımsız olmaları ve yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Özellikle, inmeden sonra yüksek prevalansla görülen ürinerinkontinans sorunu hastaların ve bakım verenlerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Evde bakım hemşirelerine inmeden sonra ürinerinkontinansın ortaya çıkma nedenleri, hasta ve bakım verenler üzerindeki etkileri, evde bakımda yapılabilecek uygulamalar hakkında çalışmalar yapılmasını önerilmektedir. Bu çalışmada, ürinerinkontinanslı olan inmeli hastaların evde bakımına ışık tutmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: İnme, üriner, inkontinans, evde bakım

İnme, vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın 24 saat ya da daha uzun sürerek serebral fonksiyonlar üzerinde focal ya da global bozulmaya yol açan hızlı başlangıçlı ve bulguların hızla yerleştiği klinik bir durumdur (Koç, 2012; Balci vd., 2011; Hafsteinsdottir vd., 2011; Bardak vd., 2008; Soyuer vd., 2007; Utku, 2007). Dünyada morbiditenin birinci, mortalitenin ise ikinci en çok görülen nedenidir. Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre 2004 yılında en çok görülen hastalık sıralamasında ikinci sırada olan serebrovasküler hastalıkların, 2030 yılında da

aynı sırada devam etmesi beklenmektedir (Tuna, 2010; Tülek ve Memiş, 2007). Sağlıklı kaybedilen yıl sayısı (Disability Adjusted Life Years) (DALY) hesaplamalarında serebrovasküler hastalıklar Türkiye'de %5.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Yine toplam ölümler içinde %15 sıklığı ile ikinci sıradadır (Öztürk, 2009).

İnme geçirenlerin %30'u hayatını kaybetmekte ve hayatta kalanların da merkezi sinir sisteminde kalıcı hasarlar meydana gelmektedir. Bundan dolayı hemipleji ve hemiparezi gibi motor kayıplar, bellek kaybı, duyu kaybı, spastisite, yorgunluk,

mesane-barsak problemleri, yutma güçlüğü, beslenme bozukluğu, tonüs bozuklukları, kognitif bozukluk, afazi (iletişim bozuklukları), dizartri (konuşma güçlüğü), apraksi (daha önce öğrenilen davranışların yapılamaması), aktivite kısıtlamaları, deri bütünlüğünde bozulma, derin ventrombozu, sosyal izolasyon, algılama güçlüğü, unutkanlık, motivasyon azlığı, anksiyete, depresyon gibi hem fiziksel hem de zihinsel sorunlar ortaya çıkmaktadır (Haghgoo vd., 2013; Topçu ve Bölüktaş, 2012; Karadavran ve Aslan, 2010; Eygör, 2007; Ada vd., 2006; Lin vd., 2004).

14 | Sağlıkla / Aralık 2015

168

İnme sonrasında meydana gelen bu rahatsızlıklar arasında üreterinkontinans %20-25 arası prevalansla yaygın olarak görülen bir sorundur. Hastaların hastaneleri taburculuk sırasında %25-28'inde inmeden birkaç ay sonra %12-19'unda üreterinkontinans mevcut olduğu belirtilmiştir (Picher ve MacArthur, 2012; Herrington vd., 2010; Thomas vd., 2008; Patel vd., 2001; Brittain vd., 2000).



İnme sonrasında üreterinkontinansın ortaya çıkmasında etkili olan birçok etyolojik faktör vardır. Serebral enfarktüs, serebral ödem ya da frontal lobun zarar görmesinden dolayı nöromişiyon yollarında doğrudan hasar meydana gelmesi, inmenin şiddeti, iletişim, bilişsel ve davranışsal bozulma, sadece inmeden doğrudan etkilenmeyip aynı zamanda daha önceden var olan bir sorun nedeniyle şiddetlenebilen stres inkontinansı, ilaçlar, idrar yolu enfeksiyonları, fekal sıkışma, deliryum, uzun süre hastanede kalma, taburculuk koşulları, yaş, diyabet ve önceden var olan diğer komorbid hastalıklar bu faktörlerden bazılarıdır (Mehdi vd., 2013; Quartly vd., 2010; Dumoulin vd., 2005; Brittain vd., 1998; Gelber vd., 1993; Nakayama vd., 1997).



Üreterinkontinans hem inmeli hastalarda hem de bakım vericilerinde uyku, günlük yaşam aktivitelerinin sınırlanması, yorgunluk ve uykusuzluk gibi fiziksel rahatsızlık, fonksiyonel iyileşmenin gecikmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, hastayı yalnız bırakamama, bakımda hata yapma korkusu, sosyal etkinliklere katılamama, kişiler arası ilişkilerin bozulması, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, intihar düşünceleri, meslek hayatının kesintiye uğraması, hastaya bakım vermede isteksizlik, bağırsak yönetimi için bakım vermede isteksizlik gibi fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz etkileri vardır (Picher ve MacArthur, 2012; Kapucu vd., 2009; Brittain vd., 2000; Tibaek vd., 2007).

Ortaya çıkan bu sorunların hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü ve bakım ihtiyacını artırdığı bununla ilişkili olarak hastalara bakım verenlerin de yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu sebeple hastaneden üreterinkontinansla taburcu olan hastaların erken dönemde rehabilitasyon programlarına alınması üreterinkontinans prevalansının azalması ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin artması üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Thomas vd., 2008; Kujik vd., 2001). İnme sonrası üreterinkontinansın

rehabilitasyonunda destekleyici cihazlar, davranışsal terapiler, farmakolojik ve cerrahi girişimler kullanılmaktadır. Sağlık Politikası ve Araştırma Rehberleri ve Uluslararası İnkontinans Danışma Ajansına göre, üreterinkontinans tedavisine invaziv müdahalelerin çok az yapılması, bunun yerine davranışsal yönetimlerin öncelikle tercih edilmesi gerekmektedir (Fattah, 2012; Dumoulin vd., 2005). Davranışsal yöntemler; isteğe ya da planlanmış boşaltım (işeme), mesane eğitimi, yeniden boşaltım alışkanlığı (bireyselleştirilmiş tuvalet programı), pelvik taban kas egzersizleridir (Thomas vd., 2008). Bu müdahaleler konusunda hastaya ve bakım verene en yakın kaynak hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşirelerin evde bakım yoluyla inmeli hastaların kontinansının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını desteklemeleri gerekmektedir (Akdemir vd., 2011; Manious ve Gill, 1998). Hemşireler, bu doğrultuda nörolojik ya da fonksiyonel iyileşmenin ilk 1-3 ay içinde olduğunu göz önünde bulundurarak evde bakımda uygulayacağı girişimlere koruyucu davranışsal yöntemleri de (planlanmış boşaltım, mesane eğitimi, bireyselleştirilmiş tuvalet programı, pelvik taban kas egzersizleri) dâhil etmeli ve bakım planını buna uygun hazırlamalıdır. Ayrıca, inmeli hastaların bakım ve iyileşme süreci uzun olduğu için, hemşireler, aile üyelerini ve bakım vericileri de eğitmelidir. Bu kapsamda ailelere ve bakım vericilere hastanın emosyonel ve fiziksel durumuyla ilgili eğitim verilmeli, hastalıkla baş edebilmeleri için gerekli destek ve danışmanlığı sağlamalıdır (Fadıloğlu, 2013). İnmeli hastalara evde bakım ve rehberlik hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında bireylerin bu konudaki sağlık inançlarının da belirlenmesi de önemlidir. Dolayısıyla verilecek hizmetin etkinliği açısından bu konu da göz önünde bulundurulmalıdır.



KAYNAKLAR

- Ada, L., Dorsch, S., & Canning, C.G. (2006). Strengthening interventions in creases trengthand improve activity after stroke: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*, 52, 241-248.
- Akdemir N., Bostanoğlu H., Yurtsever S., Kutlutürk, S., Kapucu, S. ve Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 36 (1), 57-65.
- Balci, E., Gurlevik, Ö., Gun, I., & Gunay, O. (2012). The effects of stress urinary in continence on the quality of life of Turkish women in there productive age group. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 42, 845-851.
- Bardak AN., Ersoy S., Akcan Z., Kaya, B., Dere, Ç., Uysal, E. ve Pakar, N. (2008). Yatarak rehabilite edilen inme hastalarının fonksiyonel sonuçları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54 (1), 17-21.
- Brittain, K.R., Peet, S.M., & Castleden, C.M. (1998) Stroke and in continence. *Stroke*, 29, 524-528.
- Brittain, K.R., Perry, S.I., Peet, S.M., Shaw, C., Dallosso, H., Assassa, R. et al. (2000). Prevalence and impact of urinary symptoms among community-dwelling stroke survivors. *Stroke*, 31, 886-891.
- Dumoulin, C., Korner-Bitensky, N., & Tannenbaum, C. (2005). Urinary in continence after stroke: does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioural therapy. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 12, 66-76.
- Eyigör, S. (2007). İnme hastalarında genel rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi ve son durum değerlendirilmesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53, 19-25.
- Fadıloğlu, Ç. (2013). Evde bakıma ait genel konular. In: Fadıloğlu Ç., Ertürk G., Seruzaun Aykar F. Evde Sağlık ve Bakım, Birinci Baskı, Ankara, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım, 3-55.
- Fattah, A. (2012) Effectiveness of pelvic floor muscles strengthening for incontinence patients following in complete spinal cord injury. Available from URL: <http://library.crp-bangladesh.org/8080/handle/123456789/111>. Accessed 12 December 2014.
- Geiber, D.A., Good, D.C., Laven, L.J., & Verhulst S.J. (1993). Causes of urinary in continence after a cute hemispheric stroke. *Stroke*, 24, 378-382.
- Hafsteinsdóttir, T.B., Vergunst, M., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their care givers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85, 14-25.
- Haghighi, H.A., Pazuki, E.S., Hosseini, A.S., & Rassafiani M. (2013). Depression, activities of daily living and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328 (1-2), 87-91.
- Herr-Wilbert, I.S., Imhof, L., Hund-Georgiadis, M., & Wilbert, D.M. (2010). Assessment-guided therapy of urinary in continence after stroke. *Rehabilitation Nursing*, 35(6), 248-253.
- Kapucu, S., Kutlu Türkkan, S. & Fesci, H. (2009). Yatağa bağımlı inme- li hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16 (3), 17-31.
- Karadöküven, A., & Aslan Eti, F. (2010). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* Birinci baskı, Adana: Nobel Kitabevi.
- Koc, A. (2012). İnme'de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, doi: 10.5435/gulhane.25410
- Kujk, A.A., Linde, H., & Limbeek, J. (2001). Urinary Incontinence in Stroke Patients After Admission to a Postacute Inpatient Rehabilitation Program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1407-1411.
- Lin, J.H., Hsieh, C.L., Lo, S.K., Chai, H.M., & Liao, L.R. (2004). Preliminary study of the effect of low-intensity home-based physical therapy in chronic stroke patients. *Journal of Medical Sciences*, 20, 18-23.
- Manious, A.G., & Gill, J.M. (1998). The importance of continuity of care in the like lihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 88 (10), 1539-1542.
- Mehdi, Z., Birns, I., & Bhalla, A. (2013). Post-stroke urinary in continence. *International Journal of Clinical Practice*, 67, 1128-1137.
- Nakayama, H., Jørgensen, H.S., Pedersen, P.M., Raaschou, H.O., & Olsen, T.S. (1997). Prevalence and risk factors of incontinence after stroke. *Stroke*, 28, 58-62.
- Öztürk, S. (2009). Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri- Dünya ve Türkiye perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 13(1), 51-58.
- Patel, M., Coshall, C., Rudd, A.G., & Wolfe C.D. (2001). Natural history and effects on 2-year out comes of urinary in continence after stroke. *Stroke*, 32 (1), 122-127.
- Pilcher, M., & MacArthur, J. (2012). Patient experiences of bladder problems following stroke. *Nursing Standard*, 26, 39-46.
- Quarty, E., Hallam, T., Kilbreath, S., & Refshauge, K. (2010). Strength and endurance of the pelvic floor muscles in continent women: An observational study. *Physiotherapy*, 96, 311-316.
- Soyuer, F., Ünalın, D. ve Öztürk, A. (2007). İnme hastalarında yaş ve cinsiyetin fonksiyonel yetersizlik üzerine olan etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2), 91-94.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı; Birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik 2010-2014 Stratejik Planı ve Eylem Planı Başkanlığı, Ankara.
- Thomas, L.H., Cross, S., Barrett, J., French, B., Leathley, M., Sutton, C.J., & Watkins, C. (2008). Treatment of urinary in continence after stroke in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No: CD004462.
- Tibæk, S., Gard, G., & Jensen, R. (2007). Is there a long-lasting effect of pelvic floor muscle training in women with urinary in continence after is chemic stroke? A 6-month follow-up study. *International Urogynecology Journal*, 18, 281-287.
- Topçu, S. ve Bölükbaş, R.P. (2012). İnme hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29 (3), 159-164.
- Tuna, M., (2010). İnmei hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolü. Marmara Üniversitesi, Yüksek lisans tezi.
- Tülek, Z. ve Memiş, S. (2007). İnme bakımında 2015 yılı hedefleri: Avrupa inme stratejileri (Helsinki) konsensus konferansı. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 13 (3), 67-73.
- Utku, U. (2007). İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(Özel Sayı 1), 1-3.
- World Health Organization. (2008). Global burden of neurological disorders estimates and projections (Chapter 2), http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (Erişim Tarihi: 16 Mayıs 2013).

Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study

Gulcihan Arkan, Ayse Beser, Vesile Ozturk

ABSTRACT

Introduction: Poststroke urinary incontinence is quite a common problem, with a prevalence ranging from 32% to 79%. Urinary incontinence after a stroke event has negative physiological, psychological, and economic effects, which lead to lifestyle changes for both inpatients and their caregivers. Nurses play an important role in preventing and improving incontinence, understanding the experiences of individuals experiencing incontinence, providing healthcare for them, and implementing behavioral therapy methods. The aim of this study was to determine the experience related to urinary incontinence of stroke patients. **Methods:** In this qualitative descriptive study, using semistructured interviews, 15 participants with urinary incontinence after stroke selected through purposeful sampling were interviewed. Data were collected with a semistructured interview form prepared within the framework of the Health Belief Model. All data were analyzed using content analysis. **Results:** Three main themes were identified with content analysis techniques: "perception of urinary incontinence," "effects of urinary incontinence," and "management of urinary incontinence." The respondents explained that urinary incontinence adversely affected both them and their caregivers. They experienced many daily life and psychological problems because of urinary incontinence. In addition, they made several changes to management urinary incontinence such as limiting fluid intake, changing underwear frequently, using waterproof mattress protectors, applying traditional practice, and taking the medicine. **Conclusions:** This study revealed that stroke patients needed help and support for urinary incontinence management. Nurses should provide information about management and urinary incontinence after stroke.

Keywords: Health Belief Model, qualitative research, stroke, urinary incontinence

Stroke-related cerebral infarction, cerebral edema, and frontal lobe damage result in disruption of the neuromicturition pathways. As a result, detrusor hyperreflexia/hyporeflexia, functional incontinence, stress incontinence, and small bladder capacity can occur.¹⁻⁵ Urinary incontinence (UI) after stroke

is a common problem, with a prevalence ranging from 32% to 79% of patients. Of those, 25% to 28% experience UI upon discharge from the hospital,⁶⁻¹³ and approximately 15% experience UI 1 year after discharge.¹⁴

UI after stroke has negative physiological, psychological, and economic effects, which lead to lifestyle changes for patients and their caregivers. These include limitation of activities of daily living, decline in quality of life, skin rash or infection, delayed functional recovery, an increased risk of falls, social isolation, decreased self-esteem, depression, and avoidance of sexual intercourse.^{9,15-20} Thomas and colleagues¹² reported that behavioral management methods used for the treatment of UI after stroke are timed voiding, voiding on demand, bladder training, revoiding habits, and pelvic floor muscle exercises (PFMEs).

Nurses play an important role in improving patients' UI by understanding the experiences of individuals experiencing UI, providing healthcare, and implementing behavioral therapy methods.²¹ Managing the incontinent patient is an integral component of nursing practice and can be a challenging and rewarding aspect of nursing care.²² Conducting qualitative research is suitable for investigating and understanding patients' UI-related experiences.²³ However, the number of studies

Questions or comments about this article may be directed to Gulcihan Arkan, MSc RN, at gulcihan.48@gmail.com. She is a Lecturer, Faculty of Nursing, Public Health Nursing Department, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey.

Ayşe Beser, PhD FAAN, is Professor, Faculty of Nursing, Public Health Nursing Department, Koc University, Istanbul, Turkey.

Vesile Ozturk, PhD, is Professor, Faculty of Medicine, Neurology Department, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey.

The first author has contributed to planning, implementing, making analysis of the study, and writing of the article. The second author has contributed to planning, analysis of the study, and writing of the article. The third author has contributed to writing of the article.

This study was presented as a poster at the 6th World Nursing and Healthcare Conference on August 15-17, 2016, in London, United Kingdom, and was awarded the best poster presentation.

The authors declare no conflicts of interest.

Copyright © 2017 American Association of Neuroscience Nurses

DOI: 10.1097/JNN.0000000000000336

that investigate stroke patients' experiences with UI is limited. The aim of this study was to contribute to nursing practice by facilitating a better understanding of patients' UI experiences after stroke.

Methods

Study Design and Participants

This study was based on a qualitative descriptive design using semistructured interviews. Criterion sampling, a purposive sampling method, was used to recruit a sample of 15 participants who were receiving treatment in the stroke outpatient clinic at a university hospital. No a priori sample size was determined; participants were recruited and interviewed until data saturation was reached. Inclusion criteria were volunteering to participate in the study, being 18 years or older, being able to understand and speak Turkish, and reporting UI after stroke. Those having a significant comorbid disease (excluding hypertension, diabetes, and hyperlipidemia) or communication disorder were excluded from the study.

Ethical Considerations

Ethical approval (no. 1707-GOA) was obtained from the ethics committee for noninterventional research of Dokuz Eylul University, and all the participants signed an informed consent form.

Data Collection

Interviews were conducted at participants' homes between October and November 2014. Data were collected through face-to-face interviews using open-ended questions. During the interview, probing questions were asked to obtain explanations and clarifications.²⁴ The length of the interviews ranged from 20 to 64 minutes. The interviews were conducted in a quiet, private environment and were audio-recorded. A semistructured interview guide was prepared (evaluated and revised by 3 qualitative research experts) according to qualitative research methods. The guide was also based on the Health Belief Model (HBM), which aided in understanding patients' perceptions of susceptibility to UI, severity of symptoms, perceived benefits of behavioral treatment, self-efficacy, and perceived barriers to recovery (Table 1).²⁵

Data Analysis

Data were independently analyzed by 2 researchers using an inductive approach. The audio-recorded material was transcribed verbatim. All data were coded and then grouped into categories, which were compared to identify emerging themes and subthemes and illustrated with examples from interviews. The main themes and subthemes were identified and compared with the patients' statements and their answers to the

Call-out here.

study questions. At the end of each example of a participant's statement, abbreviations were given in brackets indicating the sequence of the interview, the interviewee's age, and the time elapsed after their stroke diagnosis.²⁶

Rigorousness of the Study

Researchers used the assessment criteria of Lincoln and Guba,²⁷ who provided 4 criteria for establishing trustworthiness in qualitative research: credibility, transferability, dependability, and confirmability. To aid in establishing credibility, interviews were conducted in a quiet, private environment and were audio-recorded while the researcher took notes. Two experienced researchers created categories and subcategories to organize data and descriptions of findings. Two people (G.A. and an independent researcher) analyzed the data, and the second author (A.B.) reviewed the content analysis. For transferability, the researchers used detailed descriptions of findings and purposeful sampling. We clearly defined the sampling selection criteria and data collection methods and provided detailed information about all stages of the research. The data obtained from interviews were associated with themes, which were compared with the participants' statements. For dependability, the data were consistent, because most participants gave the same answers to the same questions. For confirmability, an expert qualitative researcher reviewed all stages of the study and confirmed that the conclusions, comments, and recommendations of the study reflected the data collected.²⁷

TABLE 1. Open-ended Questions

What problems have you experienced since you suffered a stroke?
How has the problem of urinary incontinence affected your life?
How has the problem of urinary incontinence affected the life of your caregivers?
What did you do to improve urinary incontinence?

Results

The mean (SD) age of the participants was 67.93 ± 1.23 years. Of all the study participants, 13.3% lived alone and 46.7% received a stroke diagnosis within the previous 12 months. All patients reported having not received information about UI. Analysis of the participants' UI management strategies after stroke identified 3 main themes: perceptions of UI, effects of UI, and management of UI (Fig 1).

Perceptions of UI

All the participants explained that they did not know that UI could be caused by a stroke. They thought that UI was caused by other chronic disease treatments, previous experiences related to voiding, limitation of movement, or excessive fluid intake. One participant stated, "I wondered if it was the water? I did reduce drinking, but my UI symptoms didn't improve. I never thought the UI might be associated with the stroke. What caused the incontinence? Why did it not happen before my stroke?"

Effects of UI

We identified 3 subthemes regarding effects of UI: effects on daily life, psychological effects, and effects on caregivers.

Effects on Daily Life

All the participants indicated that they did not feel comfortable at any time or place because of UI. They also reported that they could not perform activities they had previously, could not perform prayers, could not go out, and had to make plans before going somewhere. As one stated, "UI is bad, too bad. I cannot go anywhere because I am afraid that I might leak urine when I am out.... I cannot go to the bazaar or any other place."

Psychological Effects

All the participants stated that they experienced psychological distress because of UI. Worries included

being dependent on others, being unable to find a toilet, fear of being blamed, and being diapered or having their perineal area cleaned by the caregiver, which could result in feelings of embarrassment. One man stated, "I am afraid. What will I do if this leaking persists.... I feel as if I committed a crime or I'm going to be criticized by others."

Effect on Family Life

All the participants stated that diaper wearing adversely affected their families physically, psychologically, and financially. Transporting a physically disabled patient to and from the toilet and changing diapers several times a day are exhausting for caregivers. One woman stated, "My husband is unhappy and complains about my condition. It is rather difficult for my husband to clean me. It is interfering with his life. He is doing his best to help, but it is rather difficult." Another woman stated, "The left side of my body cannot move.... My husband supports me from this side and always helps me to go to the toilet.... My poor husband! He has become exhausted. Terribly exhausted. God bless him."

Management of UI

This theme revealed that participants had no knowledge about management of UI, yet they developed a variety of coping strategies. The management theme was composed of 3 subthemes: implementation of behavioral treatment methods, lifestyle changes, and treatment methods.

Implementation of Behavioral Therapy

Methods

Behavioral treatment methods such as timed voiding, voiding on demand, bladder training, revoiding habits, and PPMEs have an important place in the management of UI among stroke patients.¹² However, 14 participants emphasized that they did not know these methods. One man stated, "...I have no idea...I have never heard of any exercise, nor did I search for it."

FIGURE 1 Themes and Subthemes for the Experience of Stroke Patients With Urinary Incontinence



Nobody has told me about it.” Only 1 participant had heard about PFMEs from a friend and actually performed PFMEs. The other participants stated that they had neither heard of nor been trained to use behavioral treatment methods. One woman stated: “When I told a friend I leaked urine she recommended these exercises.... I contracted and then relaxed the pelvic floor muscles.” She found the exercises useful. She stated: “...I’ve been performing these exercises since last month.... I used to leak urine four times a day but now only twice. So, it helps.”

Lifestyle Changes

All participants stated that they made several lifestyle changes to manage their UI, including finding out the locations of toilets, limiting fluid intake, changing underwear frequently, using waterproof mattress protectors, having spare clothes in their bags, and using absorbent products to contain urinary leakage. One participant stated, “I try to prepare as much as possible. For example, I went to the toilet even at the last moment before I left home to come here, so not to have an urge. Also, I do not drink too much water or something....” Another stated, “...there is a mattress protector, just in case. Also, I’ve learned to press the elevator’s stop button with one hand and change my underwear with the other hand.”

Treatment Methods

One of the participants stated that she used traditional practice to improve UI but had no benefits. “I drank parsley tea. I put the parsley pulp on a piece of cloth and placed it over my perineal area. But it did not help at all.” Others presented to urology clinics and were treated with medication. One stated, “I went to a public hospital. They gave me pills. I’m very comfortable with it. I have no leaks at all thanks to this medicine. Now, I went and got the medicine for the second time. However, when I stopped taking the medication, her UI continued....”

Discussion

A gap in the literature exists related to stroke patients’ experiences with UI. We found that participants have significant experiences in management, quality of life, and perceptions due to UI. It is important to note that the participants in our study did not think that UI was associated with stroke. Rather, participants thought that their UI might have been caused by excessive fluid intake, the kinds of fluids they drank, and even their previous urination habits. We found that the main reason for these misconceptions was that participants were not informed about the relationship between stroke and UI at any point during the treatment process or

during or after discharge, and thus they had no idea about the cause of the problem. None of the participants reported having received information about UI, so it is not surprising that they attributed their UI to factors other than stroke. Similarly, White and colleagues²⁶ reported that patients were not properly informed about UI during hospitalization or at discharge. When assessed according to the HBM, this lack of knowledge represents a significant barrier to developing protective behaviors toward UI.

Participants also reported that both they and their families experience psychological, physiological, and social problems related to the participants’ UI. Consistent with findings from previous studies, respondents reported a wide range of negative responses to UI. Some patients felt embarrassment and social isolation, whereas others experienced challenges in their work and travel. Many felt obligated to determine the location of the toilet in advance, and many experienced disturbed sleep patterns. Some patients experienced decline in the quality of their personal relationships and difficulties with intimacy and physical proximity.^{19,28} Some patients experienced depression,^{28,29} and some patients felt that they must hide their problem from other people around them.¹⁹ Urinary incontinence can control all aspects of a patient’s life, resulting in significant biopsychosocial problems. Moreover, according to our study participants, the lives of their caregivers were also negatively affected. This is consistent with other reports that caregivers have physical, psychological, social, and economic difficulties resulting from UI.³⁰ Providing care to dependent individuals at home can negatively affect caregivers and increase the risk for subsequent burnout.

All the participants stated that they might implement behavioral therapy if they believed it would be useful. According to the HBM, if patients believe in the efficacy of an intervention, its usefulness is likely to increase. However, during the interviews, we identified that poor willpower, perceived weakness, lack of recall, and poor knowledge were barriers to performing behavioral therapies. Therefore, these results suggest that being informed about behavioral therapies may be sufficient to promote the self-efficacy required to actively engage in UI management.

It is significant to note that 1 patient in this study refused any intervention focused on her perineal area, which might have been associated with her cultural beliefs. In Turkish culture, health professionals might face obstacles performing interventions in places considered intimate parts of the body.³¹ In the HBM, cues to instigate action, such as bodily events, environmental events, or media publicity, are considered the mechanisms that trigger behavioral changes.³² These factors can contribute to motivation in the management

of UI. Instead, participants stated that they made life-style changes or resorted to traditional practice or medical treatments to manage their UI. Similar to our findings, another study indicated that patients used pads, changed clothes often, limited their fluid intake, went to the toilet before leaving the house, or lost weight to manage their UI.¹⁹ The use of parsley tea was also noteworthy. In Turkish society, individuals tend to use traditional treatment methods first when a disease occurs. We concluded that the patients in this study used traditional treatments because of cultural influences. Within the context of this study, we assert that patients wanted remedies for their UI, which suggests that they were highly motivated to learn techniques to manage their UI.

Study Limitations

The qualitative research we conducted cannot be generalized to all patients who experience UI after stroke because only a small purposive sample size was used in the study. Researchers also experienced difficulty with transportation to the homes of participants for qualitative interviews. Another limitation was that interviews should have been conducted with their caregivers.

Conclusion

The study revealed that all the participants experienced physiological, psychological, and social problems because of UI after stroke and that they needed help and support. Participants tried to develop various UI management methods on their own. However, they became unsuccessful because they were not provided adequate information about and support for behavioral therapies used for the treatment of UI after stroke. Therefore, nurses should educate patients about UI as soon as the patient's condition in the stroke unit is stabilized and should continue education at discharge and after discharge during home visits. In addition, pamphlets about UI and behavioral therapy treatments should be handed out, or videos should be shown to patients during outpatient visits. Home care services under the responsibility of hospitals should be provided through regular home visits. This process should include caregivers, who play an important role in motivating patients to take continued actions. Caregivers can encourage patients to implement the behavioral therapies, which may improve UI symptoms. Caregivers should also be aware of the negative effects that UI after stroke can have on their lives. In consideration of these results, it is also recommended that future qualitative studies conduct interviews not only with patients but also with their caregivers.

Acknowledgments

The authors would like to extend their thanks to all the patients who agreed to participate in the research and to Asst. Assoc. Prof. Yaprak Sarıgöl Ördin for her invaluable contributions.

References

- Mehdi Z, Birns J, Bhalla A. Post-stroke urinary incontinence. *Int J Clin Pract*. 2013;67:1128–1137.
- Quarley E, Hallam T, Kilbreath S, Reishauge K. Strength and endurance of the pelvic floor muscles in continent women: an observational study. *Physiotherapy*. 2010;96(4):311–316.
- Turhan N, Atalay A, Atabek HK. Impact of stroke etiology, lesion location and aging on post-stroke urinary incontinence as a predictor of functional recovery. *Int J Rehabil Res*. 2006;29(4):335–338.
- Dumoulin C, Komer-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioral therapy. *Top Stroke Rehabil*. 2005;12(3):66–76.
- Kuei CH, Liao CH, Kuo HC. Urodynamic characteristics of voiding dysfunction in patients with a cerebrovascular accident. *Urol Sci*. 2013;24:21–23.
- Cai W, Wang J, Wang L, Wang J, Guo L. Prevalence and risk factors of urinary incontinence for post-stroke inpatients in southern china. *Neurosci Urodyn*. 2015;34:231–235.
- Leandro TA, Araujo TL, Cavalcante TF, et al. Urinary incontinence nursing diagnoses in patients with stroke. *Rev Esc De Enferm USP*. 2015;49(6):923–930.
- Teasell R, Foley N, Salter K, et al. Medical complication post stroke. Available at: http://www.ebrst.com/sites/default/files/Chapter17_Medical-Complications_FINAL_16ed.pdf. Accessed September 8, 2015.
- Pichler M, MacArthur J. Patient experiences of bladder problems following stroke. *Nurs Stand*. 2012;26:39–46.
- Williams MP, Srikanth V, Bird M, Thrift AG. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke—a longitudinal population-based study. *Age Ageing*. 2012;41:371–376.
- Herr-Wilbert IS, Imhof L, Hund-Georgiadis M, Wilbert DM. Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke. *Rehabil Nurs*. 2010;35:248–253.
- Thomas LH, Cross S, Barrett J, et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;23(1):CD004462.
- Brittain KR, Perry SI, Peet SM, et al. Prevalence and impact of urinary symptoms among community-dwelling stroke survivors. *Stroke*. 2000;31:886–891.
- Hankey GJ. Potential new risk factors for ischemic stroke: what is their potential? *Stroke*. 2006;37:2181–2188.
- Kowalska J, Bojko E, Szczepanska-Giencich J, Rymaszewska J, Rozek-Piechum K. Occurrence of depressive symptoms among older adults after a stroke in the nursing home facility. *Rehabil Nurs*. 2016;41:112–119.
- Siu JY. The illness experiences of women with overactive bladder in Hong Kong. *Qual Health Res*. 2014;24(6):801–810.
- Nguyen K, Hunter KF, Wagg A. Knowledge and understanding of urinary incontinence. *Can Fam Physician*. 2013;59:330–337.
- Fatah A. Effectiveness of pelvic floor muscles strengthening for incontinence patients following incomplete spinal cord injury. Available at: <http://library.crp-bangladesh.org/8080/handle/123456789/11>. Accessed July 10, 2015.

19. St John W, Wallis M, Griffiths S, McKenzie S. Daily-living management of urinary incontinence: a synthesis of the literature. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37:80–90.
20. Segedi LM, Segedi D, Il? KP. Quality of life in women with urinary incontinence. *Med Glas (Zeniko).* 2011;8:237–242.
21. Wells M. The role of the nurse in urinary incontinence. *Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:335–353.
22. Sharaf AY, El SebaiNA, Ewieda SM, et al. The impact of nursing interventions on the control of urinary incontinence among women. *Am J Sci.* 2010;6(10):1256–1271.
23. Zhang AY, Strauss GJ, Siminoff LA. Effects of combined pelvic floor muscle exercise and a support group on urinary incontinence and quality of life of postprostatectomy patients. *Oncol Nurs Forum.* 2007;34(1):47–53.
24. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* 2000;23:334–340.
25. Palmer MH. Use of health behavior change theories to guide urinary incontinence research. *Nurs Res.* 2004;53(6 suppl): 49–55.
26. White JH, Patterson K, Jordan L, Magin P, Attia J, Sturm JW. The experience of urinary incontinence in stroke survivors: a follow-up qualitative study. *Can J Occup Ther.* 2014;81:124–134.
27. Lincoln SY, Guba GE. *Naturalistic Inquiry.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985. Available at: <http://books.google.com>. Accessed July 10, 2015.
28. Sinclair AJ, Ramsey LN. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstet Gynaecol.* 2011;13:143–148.
29. Avery JC, Stocks NP, Duggan P, et al. Identifying the quality of life effects of urinary incontinence with depression in an Australian population. *BMC Urol.* 2013;13:11.
30. Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, Funahashi Y, Kato M, Hatori R. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. *NeuroUrol Urodyn.* 2009; 28:492–496.
31. Tanrıverdi G, Bayat M, Sevig U, Birkok C. Evaluation of the effect of cultural characteristics on use of health care services using the “Giger and Davidhizar’s Transcultural Assessment Model”: a sample from a village in eastern Turkey. *DEUHFED.* 2011;4(1):19–24.
32. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education; theory, research, and practice. Available at: [http://www.sanjeshp.ir/phd/phd_91/Pages/References/health%20education%0and%20promotion/\(Karen_Glanz,_Barbara_K._Rimer,_K._Viswanath\)_Health%20BookFi.or.pdf](http://www.sanjeshp.ir/phd/phd_91/Pages/References/health%20education%0and%20promotion/(Karen_Glanz,_Barbara_K._Rimer,_K._Viswanath)_Health%20BookFi.or.pdf). Accessed July 5, 2015.



EVDE BAKIM

PROF. DR. ZUHAL BAHAR

PROF. DR. AYŞE BEŞER



Bu kitap 5846 sayılı yasanın hükümlerine göre kısmen ya da tamamen basılamaz, teksir, fotokopi, dijital ya da başka bir teknikte çoğaltılamaz. Her hakkı saklıdır. Anlaşmalı olarak Akademi Basın ve Yayıncılık'a aittir.

Akademi Basın ve Yayıncılık

adına Yazı İşleri Müdürü : Yunus GÜZEL

Sayfa Düzeni : Süleyman BİCAN

Dizgi : Ahmet SONER

Baskı ve Cilt : Deren Matbaacılık

Basıldığı Yıl : 2017

ISBN : 978-605-82106-0-8

Kültür Bakanlığı
Yayıncı Sertifika No:
15512

1. Baskı, İstanbul,

YAYINEVİ ve İSTEME ADRESİ:

AKADEMİ BASIN VE YAYINCILIK

Perpa Ticaret Merkezi B-Blok Kat: 6 No: 626
34380 Şişli / İstanbul

Tel & Faks: (0.212) 210 88 88

www.akademibasın.com

akademibasın@gmail.com



BÖLÜM 13

İNME Lİ HASTALARDA ÜRİNER İNKONTİNANS VE EVDE BAKIMI

Gülcihan ARKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ayşe BEŞER

İzmir Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi