

Üriner İnkontinansın Cerrahi Tedavisini Kabullemeye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Etkili Olabilir Mi?

Fadime ERTURAL¹  Yeliz SÜRME² 

¹Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, Kayseri, Türkiye

Makale Bilgisi	ÖZET
Makale Geçmişi Geliş: 20.02.2023 Kabul: 15.07.2023 Yayın: 25.04.2025 Anahtar Kelimeler İdrar Kaçırma, Ameliyatla Tedavi, Pender Sağlığı Geliştirme Modeli.	Üriner inkontinans kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan bir rahatsızlıktır. Üriner inkontinans yaşla birlikte artsa da yaşlanma sürecinin bir parçası değildir. Üriner inkontinansın en yaygın görülen şekli ise stres üriner inkontinanstır. Stres üriner inkontinans için medikal, konservatif ve cerrahi gibi farklı tedavi seçenekleri vardır. Bunların arasında altın standart tedavi cerrahidir. Üriner inkontinansda konservatif tedavi stratejileri başarısız olduğunda cerrahi tedavi standart yaklaşımdır. Konservatif tedavi ile başarı oranının düşük olduğu cerrahi tedavi ile başarı oranının arttığı bilinmektedir. Bununla birlikte ağrı, bilinmeyen korkusu, daha önceki olumsuz deneyimler ve yüksek anksiyete düzeyi gibi durumlar hastaların cerrahi tedaviyi reddetmesine sebep olmaktadır. Bu doğrultuda tedaviye karar verme sürecinde hemşireler, hastaların cerrahi girişime ilişkin duygularını anlatmasına olanak tanımalı, gerekli bilgilendirme ve eğitimleri vermelidirler. Planlanan eğitimlerin Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alarak verilmesinin hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda bu olgu sunumunda üriner inkontinans cerrahi tedavisini kabullenmede Penderin Sağlığı Geliştirme Modeli'nin etkili olduğu belirlenmiştir.

Could Pender's Model Be Effective in Accepting Surgical Treatment of Urinary Incontinence?

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 20.02.2023 Accepted: 15.07.2023 Published: 25.04.2025 Keywords Urinary Incontinence, Surgical Treatment, Pender Health Promotion Model.	Urinary incontinence is common in women and significantly reduces their quality of life. Although urinary incontinence increases with age, it is not process agin. The most common form of urinary incontinence is stress urinary incontinence. There are different treatment options for stress urinary incontinence, such as medical, conservative, and surgical. Among them, the gold standard treatment is surgery. Surgical treatment is the standard approach when conservative treatment strategies fail in urinary incontinence. The success rate is known to be low with conservative treatment and high with surgical treatment. However, conditions such as pain, fear of the unknown, previous negative experiences and increased anxiety levels cause patients to refuse surgical treatment. In this direction, during the decision-making process for treatment, nurses should allow patients to express their feelings about the surgical intervention and provide necessary information and training. It is known that the planned training based on Pender's Health Promotion Model have positive effects patients. Accordingly this case report determined that the Penderin Health Promotion Model was effective in accepting surgicaltreatment for urinary incontinence.

To cite this article

Ertural, F. & Sürme, Y. (2025). Üriner inkontinans cerrahi tedavisini kabullenmede Pender'in sağlığı geliştirme modeli etkili olabilir mi?, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 176-189.
<https://doi.org/10.51123/jgehes.2024.169>

*Sorumlu Yazar: Fadime ERTURAL, fdmaltinkaya@gmail.com



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

GİRİŞ

Uluslararası Kontinans Derneği'nin yapmış olduğu tanıma göre üriner inkontinans; objektif olarak tanımlanabilen, kişide sosyal ve hijyenik yönden problemlere neden olan istemsiz idrar kaçırmasıdır (Haylen ve ark., 2010). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmekte olup her yaştaki kadınları etkileyebilmektedir (Chen ve Tzeng, 2009). Üriner inkontinansın görülme sıklığı yaşla birlikte artış gösterse de bu durum yaşlanma sürecinin doğal bir parçası değildir (Özcan ve Kapucu, 2014). Üriner inkontinansın en yaygın görülen şekli stres üriner inkontinanstır (Yıldız ve ark., 2009). Stres üriner inkontinans efor, fiziksel zorlama, hapsirme veya öksürme gibi karın içi basıncı artıran durumlarda istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır (Bostancı ve ark., 2014; Haylen ve ark., 2010). Konu ile ilgili yeterli çalışma olmaması ve hastaların çoğunun bu konuda konuşmaktan çekinmesi nedeniyle stres üriner inkontinans insidansı tam olarak bilinmemektedir (Dundar ve ark., 2008). İdrar kaçırma; hastada hijyen eksikliğine, basınç yaralarına, cilt sorunlarına, tekrar eden idrar yolu enfeksiyonlarına, düşme riskinde artışa, sosyal izolasyona, psikolojik sorunlara, özgüven, benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Yavuz, 2008). Stres üriner inkontinansın medikal, konservatif ve cerrahi gibi farklı tedavi seçenekleri vardır. Stres üriner inkontinansın tedavisinde cerrahi tedavi altın standart olarak kabul edilmektedir (Ulmsten ve ark., 1996; Yalcin ve Eris Yalcin, 2021). Stres üriner inkontinansın çok şiddetli olduğu durumlarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Konservatif tedavi ile başarı oranının düşük (Yıldız ve ark., 2009), cerrahi tedavi ile ise yüksek olduğu belirtilmektedir (Sayharman ve ark., 2001).

Cerrahi girişim hastada hem fizyolojik hem psikolojik açıdan sorunlara sebep olan bir deneyimdir. Kaygı ve korku genel olarak bireylerin hastalık karşısında gösterdiği en belirgin tepkidir. Bu tepkiler cerrahi tedavi düşünülen hastalarda daha yoğun görünmektedir. Cerrahi müdahalenin büyük ya da küçük olmasıyla doğrudan ilgili olmaksızın hastada psikolojik boyutta bir travmaya yol açabilmektedir. Anksiyete ise bu psikolojik travma sonucu en yaygın görülen sorundur. Cerrahi girişim öncesi hastanın anksiyete düzeyi, yapılacak işlemler hakkındaki bilgi eksikliğinden, hastanın kişisel özelliklerinden, yapılacak cerrahi girişimin türünden, daha önce deneyimlediği anestezi ve cerrahi girişimlerden etkilenebilmektedir. Hastada anksiyeteye yol açan durumlar arasında ağrı ve bilgi eksikliğinden kaynaklı oluşan korku da yer almaktadır (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Ağrı, bilinmeyen korkusu, daha önceki olumsuz deneyimleri ve yüksek anksiyete düzeyi gibi durumlar hastaların cerrahi tedaviyi reddetmesine sebep olmaktadır (Kalaca, 1994). Bu doğrultuda tedaviye karar verme sürecinde hemşireler, hastaların cerrahi girişime ilişkin duygularını anlatmasına olanak tanımalı, gerekli bilgilendirme ve eğitimleri vermelidirler (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Planlanan eğitimlerin de Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alarak verilmesinin hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Erbay Dallı ve ark., 2020; Goodarzi-Khoigani ve ark., 2018; Kilpatrick ve ark., 2020).

Hemşirelik modellerinin farklı vakalarda/farklı hastalıklarda kullanılmasına ve olumlu sonuçlar alınmasına ilişkin pek çok örnek bulunmaktadır (Dündar ve Gerçek, 2020; Güner ve Kavlak, 2015; Khodaveisi ve ark., 2017). Hemşirelikte kullanılan model ve kuramlar, hasta bilgilerinin bütüncül bir bakış açısıyla analizine, sınıflandırılmasına ve değerlendirilmesine izin vermektedir. Bu model ve kuramlar aynı zamanda hemşirelik bilgi ve uygulamalarının da gelişmesine katkı sağlamaktadır (Cirban Ekrem ve Ünsal Atan, 2020; Dündar ve Gerçek, 2020). Hemşireliğin önemli kuramcılarından birisi olan Nola Pender 1980 yılında Sağlığı Geliştirme Modeli'ni geliştirmiştir. Sağlığı Geliştirme Modeli 1987 ve 1996 yıllarında güncellenmiştir. Pender geliştirdiği Sağlığı Geliştirme Modeli ile bireyin geçmiş deneyimleri ve kendisi ile ilgili oluşan algıları değerlendirilmektedir. Bu model sağlıklı bir yaşam biçimi davranışları kazandırılması için hastaları bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlamıştır (Kaya ve ark., 2018).

Bu olgu sunumunda, üriner inkontinansı olan bir kadına Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitimin cerrahi korkusunu azaltma ve üriner inkontinansa yönelik cerrahi tedaviyi kabullenme üzerindeki etkililiğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ'NİN KAVRAMLARI

Pender'in sağlığı geliştirme modelinin kavramları, kişisel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri, davranış çıktısı başlıkları ile incelenmektedir (Şekil 1).

Kişisel Özellikler ve Deneyimler

Her bireyin kendine özgü kişisel özellikleri ve deneyimler olup, bu faktörler bireyin davranışlarını etkilemektedir (Cirban Ekrem ve Ünsal Atan, 2021; Kılınç ve Kartal, 2019).

Kişisel özellikler, biyolojik (kilo, boy, yaş, fiziksel yetenek, cinsiyet), sosyokültürel (eğitim, kültürel yapı, etnik grup, sosyoekonomik durum, statü) ve psikolojik (öz motivasyon, öz saygı, bireysel yetenek algısı, kişide sağlığın anlamı, motivasyon) faktörlerinden oluşmaktadır (Kaya ve ark., 2018). Bireysel özelliklerin yanında kişinin daha önce geçirmiş olduğu başka bir ameliyat deneyimi de davranışlarını etkilemektedir (Erbay Dallı ve ark., 2020). Yapılan araştırma sonuçlarına göre bir önceki davranışın başarılı olup olmaması yani deneyimler bir sonraki davranışı %75 oranında etkilemektedir (Ersin ve Bahar, 2012).

Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkileri

Bu kapsamda aşağıda yer alan algılar bulunmaktadır.

Yarar Algısı: Birey, kazanması beklenen sağlık davranışının sağlığı üzerindeki olumlu taraflarını algıladığı zaman bu davranışı başlatma ve sürdürme kararını rahatlıkla verebilmektedir (Başgöl, 2015).

Zarar Algısı: Birey yeni bir davranışı başlatma ve devam ettirme sürecinde kültürel, psikolojik ve kişisel kaynaklı birçok engelle karşılaşabilmektedir. Davranışla alakalı oluşan olumsuz düşünce ve duygular, davranış gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (Başgöl, 2015; Erbay Dallı ve ark., 2020).

Öz-etkililik Algısı: Bireyin sağlığı geliştirmede veya sağlığı ile ilgili sorunları çözmede etkili olma gücü, kişinin bunu yapabileceğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Birey, istenen davranış değişikliğinin önündeki algılanan engellerin üstesinden gelmek için kendini yeterli hissetmeye ihtiyaç duymaktadır (Kaya ve ark., 2018).

Aktiviteye Bağlı Duygu Durumu: İstendik davranışın oluşmasında doğrudan veya dolaylı olarak öz yeterliği etkileyen istendik davranışlara yönelik olumlu ya da olumsuz duygulardır. Davranışla ilgili olarak bireyde oluşan bu duygular, bireyin davranışının sürdürülebilirliğini etkilemektedir (Başgöl, 2015). Olumlu duygu ve tutumlar bir davranış ile ilişkilendirildiği zaman niyetlenme ve eyleme geçme olasılığı artmaktadır. Birey davranışı hakkında olumlu duygular hissedip olumlu bir bakış açısına sahip olursa, bu davranışı başlatması ve sürdürmesi daha kolay olacaktır (Kaya ve ark., 2018).

Kişilerarası Etkileşim: Bireyin davranışla ilgili olarak çevresindeki kişilerden aldığı destektir (Erbay Dallı ve ark., 2020). Aile, akranlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları kişilerarası ilişkileri etkileyen birincil kaynaklardır (Kılınç ve Kartal, 2019).

Durumsal Etkiler: Aktiviteye bağlı duygu durumu, davranışı kolaylaştıran veya engelleyen herhangi bir duruma ilişkin kişisel algıları ve bilişleri oluşturmaktadır (Kılınç ve Kartal, 2019). Bireyin davranış oluşumunu içinde yaşadığı çevre etkileri kapsar (Kaya ve ark., 2018).

Davranış Çıktısı

Bireyin, istenen sağlık davranışını gerçekleştirmesi ve harekete geçme sürecidir (Cirban Ekrem ve Ünsal Atan, 2021).

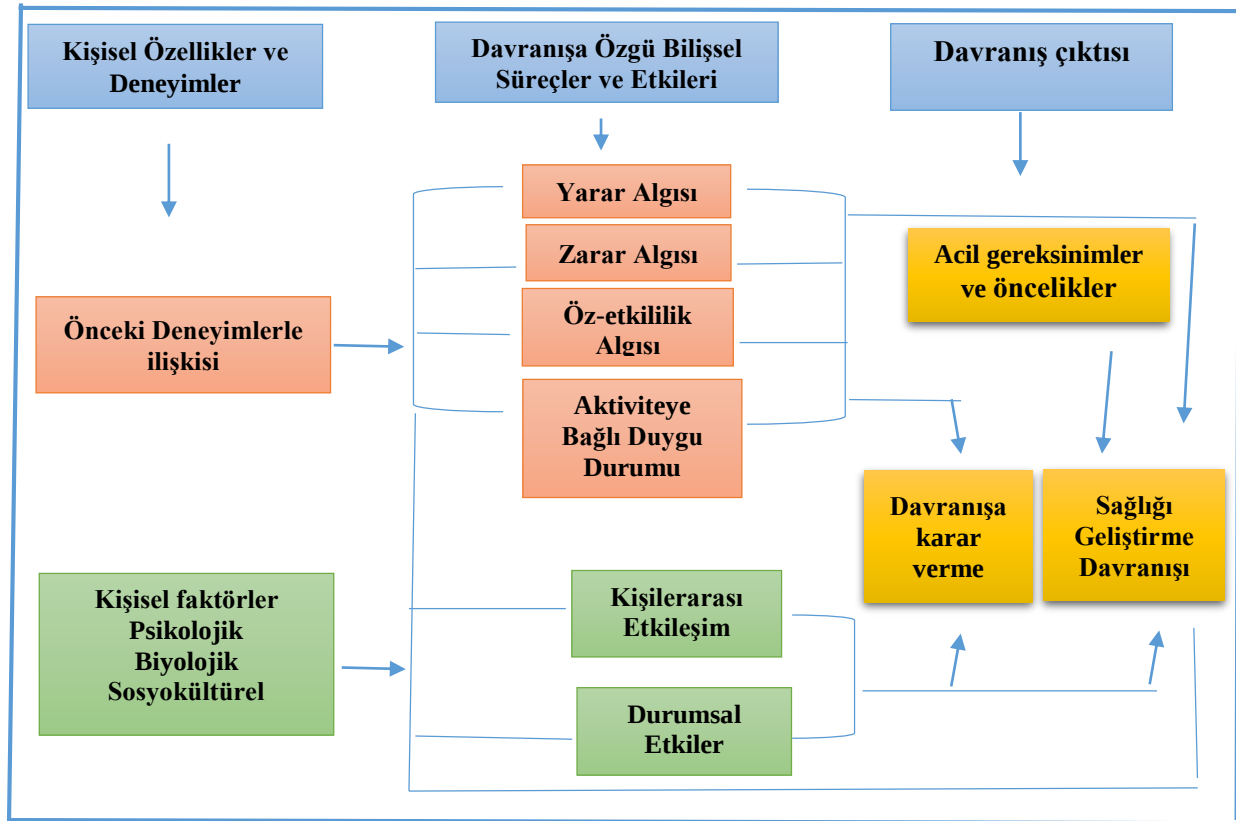
Davranışa Karar Verme: Davranışla ilgili planlama, davranışla ilgili niyet kavramını içerir. Bu plana bağlılık, önemli bir tercih ortaya çıkmadığı sürece bireyde yeni davranışların oluşmasına yol açar (Erbay Dallı ve ark., 2020).

Acil Gereksinimler ve Öncelikler: Bireylerin alternatif davranışlarda kendi tercihlerini kullanabilmeleridir. Etkinliğe karar vermeden önce, planlanan davranış için bu seçenekler tartışılarak “fayda ve zarar” kavramları belirlenmektedir (Başgöl, 2015).

Sağlığı Geliştirme Davranışı: Bireyin istenilen davranışı göstermesi ve bu davranışı bir yaşam tarzı haline getirmesidir (Cirban Ekrem ve Ünsal Atan, 2021).

Şekil 1

Pender'in Sağlığı geliştirme modeli.



OLGU SUNUMU

H.A. 60 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı ve dört çocuk sahibidir. Eşini 10 yıl önce kaybetmiş ve yalnız yaşamaktadır. Toplam altı gebelik geçirmiş olup dört canlı doğumu vardır. Her birinin ağırlığı 4 kilonun üzerinde olan çocuklarını vajinal doğum ile dünyaya getirmiştir. H.A'nın boyu 170 santimetre (cm) kilosu ise 85 kilogram (kg) (beden kitle indeksi: 29,41) olup fazla kiloludur. Yaklaşık on yıl önce menopoza girmiş son iki yılda kronik pelvik ağrısı, sık idrar yolu enfeksiyonu şikâyetleri mevcuttur. Biri yirmi yıl diğeri on yıl önce olmak üzere iki defa cerrahi girişim geçirmiş olup, parsiyel mastektomi uygulanmıştır. Yaklaşık dört yıldır üriner inkontinans şikâyeti vardır. Merdiven inme-çıkma, öksürme, hapşırma sırasında idrar kaçırmaktadır. Olgu bir saat ara ile az miktarda idrara çıkma ihtiyacı hissetmektedir. Tuvalet çıkma hissi geldiği anda asla tuvaletini tutamamaktadır ve bu yüzden dışarı çıkmak istememektedir. Dışarı çıkmak zorunda kaldığında gideceği yerlerde tuvalet bulunmasına dikkat ederek tuvalet bulunmayan yerlere gidememektedir. Uzun yolculuklardan kaçındığı için uzakta bulunan kardeşlerini ziyarete gidememektedir. Başkalarına kötü koktuğunu düşünmektedir. Kendini bakımlı ve temiz hissetmemektedir. Geceleri saat başı tuvalet kalktığı için uykusuz kalmaktadır. Günde ortalama 2-2,5 litre (lt) su içmektedir. Olgunun günde birkaç bardak çay/kahve tüketimi alışkanlığı bulunmakta iken konservatif tedaviye başlamasıyla birlikte günde sadece bir bardak çay içmektedir. Olgu sigara kullanmamaktadır. Olgu idrar kaçırma şikâyetinden dolayı birçok aktiviteden mahrum kaldığını artık kalmak istemediğini, akrabalarına gitmek istediğini, dışarı çıkıp kaygılanmadan gezmek istediğini belirtmektedir. Olgu başlangıçta doktora giderken çok utandığı ifade etmektedir. İdrar kaçırmının yaşlanmanın bir gereği olduğunu düşündüğünden ve etrafında benzer rahatsızlıkta kimse bulunmadığından bu şikâyetini kimseye söyleyememiştir. İki yıldır konservatif tedavi görmesine rağmen şikâyetlerinde azalma görülmemiştir. İlaç tedavisi olarak alfa adrenerejik reseptör agonistler (Nörefedrine: 50-100 mg, günde iki defa) ve östrojen tedavisi görmüştür. Olgu diyet tedavisiyle yaklaşık beş kilo vermiştir. Ek olarak pelvik taban egzersizleri (PTE), sıvı alımının kısıtlanması, mesane eğitimi, idrarı geldiği zaman idrarını tutmaya çalışarak geç tuvalet çıkma, iki saatte bir tuvalet çıkarak zamanlı idrara çıkma olmak üzere davranışsal tedavileri uygulamaya çalışmıştır. Son doktor kontrolünde laboratuvar tetkiklerinin normal düzeyde olduğu ve yapılan tüm konservatif tedaviye rağmen şikâyetlerin azalmadığı görülmüştür. Olguya cerrahi tedavi önerisinde bulunulmuştur. Olgu, ameliyat olması gerektiğini duyduğu anda çok heyecanlandığını, kendi ifadesiyle *"kalbinin çıkacak gibi olduğunu"* belirtmektedir. Çünkü daha önceki ameliyatlarında çok ağırlı bir dönem geçirdiğini ve yaklaşık olarak on gün ihtiyaçlarını karşılamak için çocuklarına ihtiyaç duyduğunu, o dönemde yanında çocuklarının olduğu ve kendisine yardım ettiğini ifade etmektedir. Şimdi ise yalnız olduğunu ve kimseye rahatsızlık vermek istemediğini, yük olmak istemediğini belirtmektedir. Bunun yanında daha önce geçirmiş olduğu bir cerrahi girişim sonrası enfeksiyon geliştiğini, iki hafta enfeksiyon tedavisi gördüğünü ve bu nedenle yeni bir cerrahi girişiminden korktuğunu söylemiştir. Bu doğrultuda olguya Durumluluk Anksiyete Ölçeği (Spielberg Durumluluk Kaygı Ölçeği) (STAI-S) kullanılarak anksiyete değerlendirilmesi ve Cerrahi Korku Ölçeği kullanılarak korku değerlendirilmesi yapılmıştır. Durumluluk anksiyete puanı 68 bulunup anksiyete seviyesinin yüksek olduğu ve cerrahi korku ölçeğiyle de korku düzeyi 48 puan bulunup korku düzeyinin de yüksek olduğu saptanmıştır. Cerrahi korku ölçeğinde ameliyat korkusu, ameliyat sonrası ağrı korkusu, ameliyattan sonra iyileşemeyeceği korkusu ve ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağı korkusu ile ilgili sorulara tam puan vermiştir. Bunun üzerine H.A görüşmeden üç gün sonra doktorunu arayarak üriner inkontinans sorununun ilaçla ve uyguladığı diğer tedavilerle geçmediği gibi cerrahi tedavinin de işe yaramayacağını idrar kaçırmının yaşlılıktan dolayı olduğunu söyleyerek cerrahi tedaviyi reddettiğini belirtmiştir.

Kimlik bilgilerinin gizli tutularak olgu sunumu yapılacağına dair H.A'dan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ'NE GÖRE OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kişisel Özellikler ve Deneyimler

Biyolojik Faktörler: Olgu 60 yaşında, boyu 170 cm kilosu 85 kg, altı gebelik dört canlı doğum (vajinal doğum), kronik bir hastalığı yok, alkol ve sigara kullanımı yok. Postmenopozal dönemde olan olgunun kronik pelvik ağrı ve sık idrar yolu enfeksiyonu şikâyetleri bulunmaktadır. Olgu geceleri saat başı tuvalete kalktığını ifade etmekte günlük ortalama 2-2,5 lt su ve bir bardak çay tüketmektedir.

Psikolojik Faktörler: Olgunun psikolojik faktörlerinde bakıldığında; üriner inkontinansına bağlı sosyal aktivitelere katılamadığı, sosyal izolasyon yaşadığı, dışarı çıkmak istemediği görülmektedir. Diğer yandan artık gezmek istediğini belirtmesi bu durumun değişmesini istediğini göstermektedir. Başkalarına koktuğunu düşünmesi, kendini temiz ve bakımlı hissetmemesi, üriner inkontinansına bağlı benlik saygısının düşük olduğuna ve stres yaşadığına işaret etmektedir. Cerrahi tedavi önerildikten sonra olgunun durumluluk anksiyete ölçek puanı 68 ve cerrahi korku ölçek puanı 48 olarak saptanmıştır. Bu durum, olgunun yüksek anksiyete ve korku yaşadığını göstermektedir. Olgu içinde bulunduğu bu durumdan kurtulmak istiyor fakat daha önce yaşadığı olumsuz cerrahi deneyimlerden dolayı korkuyor. Bunun yanında kendisine uygulanan konservatif tedavilerden yarar görmemiş olması, bu durumu yaşlılığa bağlı kaçınılmaz bir durum olarak görmesine neden olmuştur.

Sosyokültürel Faktörler: Ev hanımı ve dört çocuk sahibi olan olgu eşini on yıl önce kaybetmiş ve yalnız yaşamaktadır. Eşinin emekli maaşı ile geçimini sağlamaktadır. Üriner inkontinans sebebiyle sosyal ilişkiler yok denecek kadar azalmıştır. Üriner inkontinansın yaşla birlikte gelişen doğal bir süreç olarak algılamasının kültürel kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Olgunun üriner inkontinans ve tedavisine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmektedir.

Deneyimler: Olgunun dört yıldır üriner inkontinans şikâyeti bulunmaktadır. İki yıldır buna yönelik konservatif tedavi görmesine rağmen şikâyetleri devam etmektedir. Olguya biri yirmi yıl, diğeri on yıl önce olmak üzere iki cerrahi girişim uygulanmıştır. İkinci cerrahi girişimden sonra komplikasyon gelişmesi (enfeksiyon) nedeniyle ek tedavi görmüştür.

Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkileri

Yarar Algısı: Olgu, üriner inkontinans'ı yaşlılığa bağlı gelişen kaçınılmaz bir durum olarak düşünmesine rağmen doktora gidip çözüm arayışına girmiş olması ve bu durumdan kurtulmak istediğini belirtmesi soruna çözüm bulmak istediğini göstermektedir.

Olgu idrara çıkma hissi geldiği anda asla tuvaletini tutamadığını bu yüzden dışarı çıkmak istemediğini belirtmiştir. Çıkmak zorunda kaldığında gideceği yerlerde tuvalet bulunmasına dikkat ettiği ve tuvalet bulunmayan yerlere gidemediğini de eklemiştir. Bunların yanında uzun yolculuklardan kaçındığı bu yüzden uzakta bulunan kardeşlerini ziyarete gidemediğini, geceleri saat başı tuvalete kalktığını ve uykusuz kaldığını, kendini bakımlı ve temiz hissetmediğini ifade etmiştir. Tüm bunlar olgunun üriner inkontinansın sebep olduğu olumsuzlukların yaşamını zorlaştırdığının farkında olduğunu göstermektedir.

Olgu idrar kaçırma şikâyetinden dolayı birçok aktiviteden mahrum kaldığını, artık kalmak istemediğini ve akrabalarına gitmek istediğini belirtmiştir. Ek olarak dışarı çıkıp kaygılanmadan gezmek istediğini ve acaba başkalarına kokuyor muyum diye artık düşünmek istemediğini ifade etmiştir. Tüm bu ifadeleri ise olgunun idrar kaçırma şikâyetinden kurtulmak istediğini

göstermektedir.

Zarar Algısı: Olgunun dört yıldır üriner inkontinans şikâyetinin olması ve iki yıldır konservatif tedaviye rağmen şikâyetlerinin geçmemesi olguda üriner inkontinansın yaşla birlikte görülen kaçınılmaz bir son olduğu algısını güçlendirmektedir. Konservatif tedavi gibi cerrahi tedavinin de işe yaramayacağı düşüncesi olgunun cerrahi tedaviyi reddetmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Olgu daha önce deneyimlediği cerrahi girişimlerde çok ağırlı bir dönem geçirmiş olup belli bir süre günlük yaşam aktivitelerini karşılamak için başkalarına ihtiyaç duymuştur. Bu konuda o dönemler yanında olan çocukları yardımcı olmuştur. Şimdi ise olgunun evli olan çocuklarına yük olacağını düşünmesi ile sosyal destek göremeyeceği korkusu ve cerrahi sonrası deneyimlediği enfeksiyon da cerrahi tedaviyi reddetmesinin diğer bir zarar algısı olduğu düşünülmektedir.

Öz-etkililik Algısı: Olgunun öz-etkililik algısı düşüktür. Olgunun üriner inkontinans şikâyetinden kurtulmak istemesine rağmen daha önce uyguladığı konservatif tedavisinde başarısız olması üriner inkontinansın yaşla birlikte oluşan doğal bir süreç olduğu algısını güçlendirdiği için cerrahi tedaviyle de üriner inkontinansı kontrol altına alamayacağı inancı gelişmiştir.

Aktiviteye Bağlı Duygu Durumu: Olgu üriner inkontinansından kurtulmak istemesine rağmen cerrahi tedaviden korkmaktadır. Cerrahi tedavi uygulanması gerektiğini duyduğu anda kalbinin çarptığını belirtmesi ve yapılan Durumluluk Anksiyete Ölçeği ile Cerrahi Korku Ölçeği'nden yüksek bir puan alması ne kadar çok kaygı duyduğunun ve korktuğunun göstergesidir.

Kişilerarası Etkileşim: Olgu cerrahi tedavi sonrası bakıma ihtiyacı olacağından çocuklarına yük olmak istememektedir. Bu konuda çocukları ile iletişime geçilip sosyal destek konusunda eğitim düzenlenmiştir. Cerrahi girişim sonrası aile ve yakınların desteğinin önemi vurgulanmıştır. Olgunun idrar kaçırmadan dolayı başkalarının kendisinin idrar koktuğunu hissedeceği düşüncesinin kişilerarası ilişkisini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Olgunun kendisi ve çocuklarının üriner inkontinansı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı belirlenmiştir. Olguya cerrahi tedavi hakkında sağlık kuruluşu tarafından yeteri kadar eğitim verilmediği görülmüştür.

Durumsal Etkiler: Olgunun evde yalnız yaşaması ve cerrahi girişim sonrası bakımını sağlayacak sosyal desteğinin olmaması cerrahi tedaviyi istememesine neden olmaktadır. Çevresinde idrar kaçırma şikâyeti olan birilerinin olmaması, cerrahi tedavi sürecinde bir rol modelin bulunmaması da olgunun cerrahi tedaviyi reddetmesinde etkili olduğu düşünülmemektedir.

Davranış Çıktısı

Davranış Karar Verme: Olgunun, öz-etkililik ve yarar algısını attırmaya ve cerrahi tedavi ile yaşadığı anksiyeteyi azaltmaya yönelik üç hafta boyunca haftada iki defa olmak üzere 45 dakikalık eğitimler düzenlenmiştir. Eğitim içeriğinde üriner inkontinans ne olduğu, oluşumda rol oynayan faktörlerin neler olduğu, üriner inkontinansın yaşlanma ile oluşan kaçınılmaz bir son olmadığı ve her yaşta görülebileceğine yer verildi. Üriner inkontinansın, mesane fonksiyonları ve üriner desteğin azalması ya da üretranın kapanma fonksiyonunun bozulması gibi durumlarda oluştuğu anlatılmıştır. Üriner inkontinansın tedavi seçeneklerinin neler olduğuna da eğitim içeriğinde yer verildi. İlk uygulanan konservatif tedaviler olup başarısız olduğu durumlarda en uygun tedavi yöntemin cerrahi tedavi yöntemleri olduğu ve minimal cerrahi girişimleri anlatıldı. Cerrahi tedavi sonrası normal bir birey gibi istediği süre boyunca idrarını tutabileceği ve cerrahi tedavi sonuçları hakkında eğitimler düzenlendi. Eğitimlerde şu anda yaşadığı pelvik ağrı, konstipasyon ve sık idrar yolu enfeksiyonu şikâyetlerinin nedeninin üriner inkontinansa bağlı

olduğu belirtildi. Bunlar dışında üriner inkontinansın sebep olabileceği diğer olumsuzluklar hakkında bilgilere ve üriner inkontinansın sebep olduğu sosyal izolasyonun yol açacağı psikolojik sorunlara da eğitimde yer verildi. Yapılan eğitimlerin birinde çocuklarının da katılımı sağlanarak cerrahi girişim sonrası sosyal desteğin önemi anlatıldı. Çocuklarının olguya her zaman yanında olacaklarını asla yük olmadıklarını belirtmeleri ile sosyal destek sağlandı.

Olguya her cerrahi girişimin tipinin birbirinden farklı olduğu ve bu cerrahi girişiminin de diğer deneyimlediği cerrahi girişimlerinden farklı olacağı anlatıldı. Cerrahi sonra ağrı yönetimi hakkında eğitimler verilerek ağrının süresi ve şiddeti ile üriner inkontinansın olumsuzluklarını karşılaştırması sağlandı. Yarar algısının zarar algısından daha güçlü olduğunu algılamasını sağlamak amaçlandı. Cerrahi sonrası yara enfeksiyonu önleme yöntemlerine ek olarak cerrahi tedavi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve bu komplikasyonları önleme yöntemleri hakkında eğitim düzenlendi.

Motivasyonu sağlamak ve artırmak için eğitimlerin birinde üriner inkontinansı olup cerrahi tedavi geçiren bir kişiyle iletişim kurmasına yardımcı olarak sorularını cevaplaması sağlanmıştır. Eğitimler sessiz sakin bir ev ortamında düzenlenmiş olup, olgunun hemşireye güveni sağlanmıştır. Yapılan eğitimlerle ilgili bir broşür hazırlanarak olguya verilmiştir. Yapılan üçüncü eğitimin sonunda olgu ameliyat olmak istediğini ve ertesi günü doktora gidip ameliyat için gün almak istediğini belirtti.

Acil Gerekşinimler ve Öncelikler: Cerrahi tedavi seçeneği hakkında olgunun algıladığı yarar ve zarar algısı hakkında konuşulması sağlanmıştır.

Sağlığı Geliştirme Davranışı: Düzenli eğitimler sonucu olgunun, cerrahi girişim için aldığı ret kararından vazgeçmesi ve doktora giderek ameliyat günü için randevu alması sağlanmıştır. Devamında cerrahi girişim gerçekleşmiştir. Olgunun, ameliyat günü cerrahi girişimden hemen önce ikinci kez durumluluk anksiyetesi ve cerrahi korkusu değerlendirilmiştir. Durumluluk anksiyete puanı 28 ve korku düzeyi de 13 bulunup anksiyete ve korku düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Cerrahi girişim öncesi anksiyete ve korku düzeyinin önemli oranda azalması yapılan eğitimlerin başarılı olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA

Üriner inkontinans kadınlarda sık görülen ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşüren bir rahatsızlıktır (Bostancı ve ark., 2014). Üriner inkontinanslı hastalara uygulanan tedavilerle tekrar kontinansı sağlamak amaçlanmaktadır. Üriner inkontinans için uygulanabilecek tedaviler davranış terapisi, ilaç tedavisi ile cerrahi tedavidir (Özcan ve Kapucu, 2014). Yaşam tarzı değişiklikleri, fizik tedavi ve planlı idrara çıkma rejimleri gibi konservatif tedavi stratejileri başarısız olduğunda cerrahi tedavi standart yaklaşımdır (Bostancı ve ark., 2014). Cerrahi tedavideki amaç bozulmuş anatominin düzeltilip tekrardan normal üriner fonksiyonu sağlamaktır (Dundar ve ark., 2008). Ağrı, bilinmeyen korkusu, daha önceki olumsuz cerrahi deneyimleri ve yüksek anksiyete düzeyi gibi durumlar hastaların cerrahi tedaviyi reddetmesine neden olabilmektedir (Kalaca, 1994). Üriner inkontinansı olan kadınların Roy Uyum Modeli'ne göre deneyimlerinin incelendiği nitel bir çalışma; kadınların inkontinans sorununa uyum sağlayamadığını göstermektedir. Er Güner ve Şen'in (2022) yaptığı bu çalışmada üriner inkontinansla tedavi seçenekleri için stratejiler geliştirirken kadınların uyum sağlayamadığı gerçeğinin dikkate alınması önerilmektedir (Er Güneri ve Şen, 2022). Bu çalışmadaki olgunun da konservatif tedaviye rağmen şikayetlerinin geçmemesi, benlik saygısının azalması ve sosyal izolasyon yaşaması üriner inkontinans sorununa uyum sağlayamadığını göstermektedir. Planlanan eğitimlerin Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alarak verilmesinin hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Erbay Dalli ve ark., 2020;

Kilpatrick ve ark., 2020; Goodarzi-Khoigani ve ark., 2018). Bu olgu sunumunda üriner inkontinansı olan bir kadına Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre temellenmiş cerrahi tedavi kararına yönelik eğitim düzenlenmiş ve olumlu yönde etkili olduğu belirlenmiştir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli birbirinden farklı birçok hastalık ve semptom yönetiminde de kullanılmıştır (Goodarzi-Khoigani ve ark., 2018; Kilpatrick ve ark., 2020; Cirban Ekrem ve Ünsal Atan, 2021; Erbay Dallı ve ark., 2020; Kılınç ve Kartal, 2019). Kateter yöntemi ile aort kapağı yerleştirilen hastalarda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin kullanımı ile verilen eğitimlerin hastalara olumlu etkileri olabileceği, yaşam şekli değişikliklerini benimsemesi ve kardiyak rehabilitasyona uyum sağlaması açısından destek sağlayabileceği belirtilmiştir (Erbay Dallı ve ark., 2020). Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre kadınlara verilen planlı eğitimlerin meme ve rahim ağzı kanseri erken tanı davranışlarını artırdığı saptanmıştır (Kilpatrick ve ark., 2020). Gebelere Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda beslenme eğitiminin verildiği randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunda yer alan gebelerin düzenli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının düzeldiği belirlenmiştir (Goodarzi-Khoigani ve ark., 2018). Akut miyokard infarktüsü geçirmiş genç erişkinlere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temelli uygulanan hemşirelik bakımı ile geçirdikleri hastalığın ciddiyetini algılayarak olumlu davranışlar kazanabilecekleri ve streslerinin azaltılabileceği belirtilmiştir (Kılınç ve Kartal, 2019). Aşırı aktif mesaneli kadınların tedavisinde Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı sağlıklı yaşam tarzı davranış eğitiminin kadınlarda aşırı aktif mesane semptomlarını azalttığı, yaşam kalitelerini iyileştirdiği, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını değiştirdiği ve psikolojik semptomlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Çayır ve Kızılkaya, 2022). Üriner inkontinansı olan kadınlarda yapılan bir başka çalışmada ise teorik bir davranışsal değerlendirme ve müdahale modeli olarak Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli önerilmektedir (Inácio ve ark., 2021). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı bir vaka raporunda, üriner inkontinans semptomlarının yönetilebildiği görülmüştür (Ekrem ve Atan, 2021). Bu olgu sunumunda da Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temelli eğitimlerin etkili olduğu görülmüştür. Bunun yanında bu olgu sunumu Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre temellenmiş eğitimlerin üriner inkontinanslı bireylerin tedavisinde, davranışsal tedavilerin dışında cerrahi tedaviye karar verme süreçlerinde de olumlu etkileri olabileceğini göstermektedir. Bu çalışma sonucu sadece üriner inkontinanslı hastaların değil diğer alanlardaki hastaların da cerrahiye kabullenme sürecinde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi tedavi seçenekleri üriner inkontinans tedavisinde etkili olan yöntemlerdir. Yapılacak cerrahi girişime yönelik bilgi eksikliği ve anksiyete nedeniyle hastalar cerrahi tedaviyi reddedebilmektedir. Yapılan eğitimlerle anksiyete düzeyi düşürülebilmektedir. Hemşirelikte kullanılan teori ve modellerin hasta eğitimlerinde kullanılmasıyla hasta memnuniyeti ile eğitimin kalitesi arttırılmaktadır. Sağlığı Geliştirme Modeli bireyin olumlu sağlık davranışı kazanmasına katkı sağlayan bir modeldir. Bu olgu sunumunda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitimlerin üriner inkontinanslı hastada anksiyete düzeyini düşürerek cerrahi tedaviye karar verme sürecinde olumlu katkısı olduğu bulunmuştur. Bu olgu sunumu doğrultusunda cerrahi hemşirelerine hastaların anksiyete düzeyini azaltabilmek ve hastalara cerrahi tedaviye karar verme sürecinde yardımcı olabilmek için Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ni kullanarak eğitimler hazırlamaları önerilmektedir.

SINIRLILIKLAR

Bu araştırmanın sınırlılıkları içerisinde bakım verilen sadece tek bir olgu ile sınırlı kalması yer almaktadır.

Etik Onay

Çalışmanın, hazırlık, bilgi sunumu, literatür tarama, yazım olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel ve etik kurallara uygun davranılmıştır. Makale içerisinde yer alan şekiller yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Çalışma kapsamında kullanılan tüm veri ve bilgilerde kaynak gösterimine dikkat edilmiş ve çalışma Commite on Publication Ethics (COPE)'in tüm şartlarına uygun ve Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi gözetilerek yapılmıştır. Olgu sunumunda, hasta verilerinin eğitim, araştırma ve yayın amacıyla kullanılması için aydınlatılmış onam alınmıştır.

Finansal Destek

Finansal destek yoktur.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Yazarlık Katkıları

Tasarım: F.E., Y.S., Veri Toplama veya veri girişi yapma: F.E., Analiz ve yorum: F.E., Y.S., Literatür tarama: F.E., Yazma: F.E.

KAYNAKLAR

- Başgöl, Ş. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunu önleme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 57-65. <https://doi.org/10.17681/hsp.45119>
- Bostancı, M. S., Albayrak, M., & Özden, S. (2014). Komplike olmayan stres üriner inkontinans tedavisinde cerrahi yaklaşımlar. *Sakarya Medical Journal*, 4(1), 53-59. <https://doi.org/10.5505/sakaryamj.2013.31644>
- Cayır, G., & Kizilkaya Beji, N. (2022). The effect of a counseling and training program on the treatment of women with overactive bladder. *Psychology, Health & Medicine*, 27(8), 1726-1738. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1916962>
- Chen, S. Y., & Tzeng, Y. L. (2009). Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. *Journal of Nursing Research*, 17(2), 83-92. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181a53e7e>
- Cirban Ekrem, E., & Ünsal Atan, Ş. (2021). Üriner inkontinanslı bir olgunun Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre incelenmesi: Olgu sunumu. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 152-156. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.910100>
- Dundar, Ö., Kınık, C., Muhcu, M., Ateş, F., Ergür, A. R., Müngen, E., & Atay M. V. (2008). Üriner stres inkontinans tedavisinde kullanılan cerrahi tedavi yöntemlerinin tedavi etkinliğinin karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 39(3), 101-110. <https://dergipark.org.tr/en/pub/zktipb/issue/22068/236927>
- Dündar, T., & Gerçek, E. (2020). Hemşirelikte etkileşim kuramının postpartum dönemde kullanımı: Bir olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 67-72. <https://dergipark.org.tr/en/pub/eghehemsire/issue/53702/624960>
- Er Güneri, S., & Şen, S. (2022). The adaptation states of women with urinary incontinence according to the Roy Adaptation Model: A qualitative study. *Neurourology and urodynamics*, 41(6), 1423-1430. <https://doi.org/10.1002/nau.24977>
- Erbay Dallı, Ö., Özer, S., & Aykar, F. Ş. (2020). Kateter yöntemi ile aort kapağı yerleştirilen bir olguda Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin kullanımı. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(26), 149-154. <https://doi.org/10.5543/khd.2020.05924>
- Ersin, F., & Bahar, Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1), 28-38. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/4609>
- Goodarzi-Khoigani, M., Baghiani Moghadam, M., Nadjarzadeh, A., Mardanian, F., Fallahzadeh, H., & Mazloomi-Mahmoodabad, S. (2018). Impact of nutrition education in improving dietary pattern during pregnancy based on Pender's Health Promotion Model: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1), 18-25. <https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR.198.16>
- Güner, Ö., & Kavlak, O. (2015). Neuman Sistemler Modeline göre endometriyum kanserli hastanın bakımı: Olgu sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 94-102. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2015.15010>
- Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4-20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>
- Inácio, A. L. R., Costa de Jesus, C. A., Pinho, D. L. M., & Assis, G. M. (2021). Propuesta teórica para tratar los aspectos conductuales de la incontinencia urinaria. *Journal of Wound Care*, 30(LatAm sup 1), 6-10. https://doi.org/10.12968/jowc.2021.30.LatAm_sup_1.6
- Kalaca, Ç. (1994). Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesi [Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi]. https://www.ttb.org.tr/eweb/aclik_grevleri/tez.pdf
- Kaya, A., Tutar Güven, Ş., & İşler Dalgıç, A. (2018). Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitimin Türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(3), 195-201. <https://doi.org/10.5222/head.2018.195>

- Kayahan, M., & Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120. <https://www.alpha-psychiatry.com/Content/files/sayilar/140/113-120.pdf>
- Khodaveisi, M., Omid, A., Farokhi, S., & Soltanian, A. R. (2017). The effect of Pender's Health Promotion Model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(2), 165-174. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385239/>
- Kılınç, E., & Kartal, A. (2019). Akut Miyokard İnfarktüsü geçirmiş genç erişkin bireye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temelli hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 219-230. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-64999>
- Kilpatrick, K. A., Paton, P., Subbarayan, S., Stewart, C., Abraha, I., Cruz-Jentoft, A. J., O'Mahony, D., Cherubini, A., & Soiza, R. L. (2020). Non-pharmacological, non-surgical interventions for urinary incontinence in older persons: A systematic review of systematic reviews. The SENATOR project ONTOP series. *Maturitas*, 133, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.12.010>
- Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner inkontinans olan geriatric hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 101-109. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7854/103390>
- Sayharman, A. A., Barçın, G., Sayharman, S. E., Ünal, O., & Kuyumcuoğlu, U. (2001). Stres üriner inkontinans operasyonlarının başarı oranlarının değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 12(2), 66-69. https://jag.journalagent.com/scie/pdfs/KEAH_12_2_66_69.pdf
- Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P., & Varhos, G. (1996). An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 7(2), 81-86. <https://doi.org/10.1007/BF01902378>
- Yalcin, Y., & Eris Yalcin, S. (2020). Stres üriner inkontinansın tedavisinde tension-free vajinal tape (TVT) ve transobturator tape (TOT) yöntemlerinin başarı ve komplikasyon oranlarının karşılaştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(3), 267-272. <https://doi.org/10.17343/sdutfd.593764>
- Yavuz, B. B. (2008). Üriner inkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi*, 15(2), 65-73. http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2008-02/2008-15-2-065-073.pdf
- Yıldız, E., Sarsan, N., & Ardıç, A. (2009). Kadınlarda stres üriner inkontinans ve konservatif tedavi yaklaşımları. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 12(1), 42-50. https://www.jpms.org/uploads/pdf_PMJ_331.pdf

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Urinary incontinence, according to the definition of the International Continence Association, is involuntary urinary incontinence that can be shown objectively and causes social and hygienic problems in the person (Haylen ve ark., 2010). Urinary incontinence is more common in women than men and can affect women of all ages (Chen ve Tzeng, 2009). Although the incidence of urinary incontinence increases with age, this is not a natural part of the aging process (Özcan ve Kapucu, 2014). The most common form of urinary incontinence is stress urinary incontinence (Yıldız ve ark., 2009). Stress urinary incontinence is defined as the involuntary leakage of urine in situations that increase intra-abdominal pressure such as exertion, physical exertion, sneezing or coughing (Bostancı ve ark., 2014; Haylen ve ark., 2010). Urinary Incontinence causes loss of hygiene in the patient, pressure sores, skin problems in neighboring areas, recurrent urinary tract infections, social isolation, psychological distress, loss of self-confidence and self-esteem, an increase in the risk of falling due to the haste to reach the toilet and a decrease in the quality of life (Yavuz, 2008). Urinary incontinence has different treatment options include medical, conservative, and surgical. Among them, the gold standard treatment is surgery (Ulmsten ve ark., 1996; Yalcin ve Eris Yalcin, 2021). In cases where stress urinary incontinence is very severe, surgical treatment is preferred. It is stated that the success rate is low with conservative treatment (Yıldız ve ark., 2009) and high with surgical treatment (Sayharman ve ark., 2001). Conditions such as pain, fear of the unknown, previous negative experiences, and high level of anxiety cause patients to refuse surgical treatment (Kalaca, 1994). In this direction, providing the necessary information and training is necessary by allowing nurses to explain their feelings about the surgical intervention to the patients during the decision-making process (Kayahan ve Sertbaş, 2007). It is stated that the planned trainings are based on Pender's Health Promotion Model and positively affects patients (Erbay Dallı ve ark., 2020; Goodarzi-Khoigani ve ark., 2018; Kilpatrick ve ark., 2020). In this case report, a woman with urinary incontinence was conducted to examine the effectiveness of training organized according to Pender's Health Promotion Model in reducing patient anxiety and fear of surgery and accepting surgical treatment for urinary incontinence.

Method: A case was evaluated using the Health Promotion model developed by Pender. The patients and their relatives were informed about the purpose of the study, and their consent was obtained. Despite all the conservative treatment, the patient had previously applied, her complaints did not decrease. Therefore, surgical treatment was recommended for the case. Anxiety assessment was performed using the state anxiety scale (Spielberg State Anxiety Inventory) (STAI-S), and fear assessment was performed using the surgical fear scale. It was determined that the state anxiety score was 68 and the level of anxiety was high, and the fear level was found to be 48 on the surgical fear scale, and the level of fear was also high. The case initially refused surgical treatment. The training was planned using Pender's Health Promotion Model for the patient's acceptance of the surgical treatment of urinary incontinence. Training for 45 minutes was organized twice a week for three weeks to increase the patient's self-efficacy and benefit perception and reduce the anxiety experienced by surgical treatment. In order to provide and increase motivation, in one of the trainings, a person with urinary incontinence and undergoing surgical treatment was helped to communicate and answer his questions. The training was held in a quiet home environment, and the patient's confidence in the nurse was ensured. A brochure about the training was prepared and given to the case.

Results: As a result of the regular training given according to Pender's Health Promotion Model, the patient was made to give up on the refusal decision for surgical intervention, and the patient was allowed to go to the doctor and get an appointment for the day of surgery. Subsequently, surgical intervention was performed, and after the patient was admitted to the ward on the day of surgery, a second re-state anxiety scale (Spielberg State Anxiety Inventory) (STAI-S) was used to evaluate anxiety and fear with the surgical fear scale just before the surgery. The state anxiety score was 28, and the fear level was 13, and it was determined that the anxiety and fear levels decreased. The fact that anxiety and fear decreased so much before the surgical intervention shows that the trainings were successful.

Conclusion and Suggestions: Surgical treatment options are an effective method for treating urinary incontinence. However, due to the anxiety experienced, patients may refuse surgical treatment. Anxiety levels can be reduced with training. Using the theories and models used in nursing in patient education increases patient satisfaction and the quality of education. The Health Promotion Model is a model that contributes to the individual's gaining positive health behavior. In this case report, it was found that the training given according to Pender's Health Promotion Model positively contributed to the decision-making process for surgical treatment by reducing the anxiety level of the patient with urinary incontinence. In line with this case report, it is recommended that surgical nurses prepare training using Pender's Health Promotion Model to reduce patient's anxiety levels and assist patients in the decision-making process for surgical treatment.