T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİYLE VERİLEN DANIŞMANLIK ve EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ ve CİNSEL SAĞLIĞA ETKİSİ

Fatma SOYLU ÇAKMAK

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ümran OSKAY

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Fatma SOYLU ÇAKMAK tarafından, **Prof. Dr. Ümran OSKAY** danışmanlığında hazırlanan **"İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİYLE VERİLEN DANIŞMANLIK ve EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL SAĞLIĞA ETKİSİ "** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **20/01/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr. Ümran OSKAY İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Ergül ASLAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Fatma SOYLU ÇAKMAK

(İmza)

Anneme, Babama, Eşime ve Çocuklarıma ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

İNTERSTİSYEL SİSTİT / AĞRILI MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİYLE VERİLEN DANIŞMANLIK ve EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ ve CİNSEL SAĞLIĞA ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez aşaması süresince bilgisiyle ve tecrübesiyle yoluma ışık tutan, desteğini her zaman hissettiğim, ilgisi ve sabrıyla beni hiç yalnız bırakmayan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ümran OSKAY'a,

Doktora eğitimim boyunca kişisel ve akademik gelişimim için bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ergül ASLAN'a, Prof. Dr. Gülay RATFİSCH'e ve Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ'a,

Çalışmamın uygulama aşamasında her türlü desteği sağladıkları için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Funda GÜNGÖR UĞURLUCAN 'a, Doç. Dr. Cenk YAŞA'ya, Hemşire Gökşen AYVACIKLI ve Hemşire Aslı ALTIN'a, bölümde görevli tüm personele, çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm kadınlara ve ailelerine,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, beni her zaman destekleyen ve bana güç veren annem Emine SOYLU ve babam Mehmet SOYLU' ya,

Varlıklarıyla beni onurlandıran çocuklarım Burak BAYBOĞA ve Emre BAYBOĞA'ya,

Doktora eğitimim süresince ilgisini ve desteğini her zaman hissettiğim değerli eşim İlhan ÇAKMAK'a teşekkür ederim.

Ocak 2023 Fatma SOYLU ÇAKMAK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....ii
BEYAN.....iii
BÜTÇE DESTEKLERİ.....v
TEŞEKKÜR.....vi
İÇİNDEKİLER.....vii
ŞEKİL LİSTESİ.....xi
TABLO LİSTESİ.....xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....xiii
ÖZET.....xv
ABSTRACT.....xvii
1. GİRİŞ.....1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....3
2.1. İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu.....3
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi.....3
2.1.2. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....5
2.1.3. Epidemiyoloji.....6
2.1.4. İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu ile Birlikte Sık Görülen Şikayet ve Hastalıklar.....7
2.1.5. Teşhis Yöntemleri.....8
2.1.5.1. Ayrıntılı tıbbi geçmiş.....9
2.1.5.2. Fiziksel muayene.....9
2.1.5.3. İdrar tetkikleri.....10
2.1.5.4. Ürodinamik testler.....10
2.1.5.5. Görüntüleme yöntemleri.....10
2.1.5.6. Sistoskopi.....10
2.1.5.7. Semptom günlükleri.....10
2.1.5.8. Klinik semptom sorgulama formları.....11

2.1.6. Tedavi Yöntemleri……11
2.1.6.1.Davranışsal/Farmakolojik Olmayan Tedavi……..12
2.1.6.2.Oral İlaç Tedavisi……..13
2.1.6.3.İntravezikal Tedaviler……14
2.1.6.4. Farklı Tedavi Prosedürleri……15
2.1.6.5.Cerrahi Tedavi……...15
2.2. İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromunun Kadın Sağlığına Etkileri…….15
2.2.1. Yaşam Kalitesine Etkisi…….16
2.2.2. Cinsel Sağlığa Etkisi……..17
2.3. İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromunda Hemşirelik Yaklaşımı…….19
2.3.1. Hasta Eğitimi……20
2.3.1.1.Diyetin Düzenlenmesi……...20
2.3.1.2.Mesane Eğitimi…….21
2.3.1.3.Yaşam Tarzı Değişiklikleri……...21
2.3.2.Alevlenme Döneminde Yaklaşım ve Semptom Yönetimi…….22
2.3.3.Ağrı ile Başetme ……..23
2.4. Watson İnsan Bakım Modeli…….24
2.4.1.Watson İBM'nin Yapısını Oluşturan Kavramlar……..25
2.4.2.Watson İBM'nin Hemşirelik Araştırma ve Uygulamalarında Kullanılması……28
2.4.3. Watson İBM'de Bakım Sürecinin Planlanması……29
2.4.4.Watson İBM'nin İS/AMS Hastalarının Eğitim ve Danışmanlık Sürecinde Kullanılması……..30
3.YÖNTEM……...322
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü…….32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri……32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……...33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……33
3.4.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması…….33
3.4.2. Örneklem Özellikleri……...35
3.4.3. Randomizasyon……...35
3.5. Araştırmanın Değişkenleri…….35

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri……35

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri……..36

3.6. Veri Toplama Araçları……...36

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu…….36

3.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form…….36

3.6.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği……..38

3.6.4. Beck Depresyon Envanteri……39

3.6.5. Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form……40

3.6.6. McGill Ağrı Anketi-Kısa Form……41

3.6.7. Standardize Mini Mental Test……...41

3.7. Araştırmanın Uygulanması……42

3.7.1. Eğitim Grubu ile Yapılan Uygulamalar……42

3.7.2. Kontrol Grubu ile Yapılan Uygulamalar……...46

3.7.3. Araştırma Akış Şeması……..47

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi……...48

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri……..48

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri…….49

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları……49

4. BULGULAR……50

4.1 Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik/Jinekolojik, Mevcut Hastalık/Sağlık Özgeçmişi Verilerine İlişkin Bulgular…….51

4.2. İS/AMS Hastalığına İlişkin Bulgular……..57

4.3. Watson İBM İle Verilen Eğitimin Kadınların Yaşam Kalitesi, Cinsel Sağlık, Depresyon Belirtileri, İnkontinans Bulguları Ve Ağrı Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular…….63

5. TARTIŞMA..... 73

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik-Jinekolojik Ve Sağlık Özgeçmişi/Mevcut Hastalık İle İşeme Özellikleri Verilerine İlişkin Bulgularının Tartışılması……..74

5.2. İS/AMS Hastalığı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması……78

5.3. Watson İBM İle Verilen Eğitim Ve Danışmanlığın Kadınların Yaşam Kalitesi, Cinsel Sağlık, Depresyon Belirtileri, İnkontinans ve Ağrı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması……..82

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 87
KAYNAKLAR 90
EKLER 112
EK-1: Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu……112
EK-2: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form……117
EK-3: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği……120
EK-4: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği İzin Yazısı……..125
EK-5: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form……..126
EK-6: Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form İzin Yazısı……127
EK-7: BECK Depresyon Envanteri……128
EK-8: BECK Depresyon Envanteri İzin Yazısı……..131
EK-9: McGill Ağrı Anketi-Kısa Form……133
EK-10: McGill Ağrı Anketi-Kısa Form İzin Yazısı……133
EK-11: Standardize Mini Mental Test……134
EK-12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu……135
EK-13: İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromlu Kadınlara Yönelik Eğitim Kitapçığı……137
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 154
ETİK KURUL İZİN YAZISI 155
KURUM İZNİ YAZILARI 157
ÖZGEÇMİŞ 162

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Araştırmanın Consort Akış Diyagramı……34
Şekil 3.2: Araştırma Akış Şeması…….....47

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1: Watson İBM İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri……..…….26

Tablo 3.1: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyut Puan Tablosu…….....39

Tablo 3.2: Watson İBM İyileştirme Süreçleri ve İS/AMS'li Kadınlar İçin Hemşirelik Yaklaşımları……..44

Tablo 3.3: Watson İBM İyileştirme Süreçleri Doğrultusunda Verilen Eğitim……...….45

Tablo 4.1: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik ve Alışkanlık Verilerinin Karşılaştırılması…….....52

Tablo 4.2: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Verilerinin Karşılaştırılması……..…..54

Tablo 4.3: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Mevcut Hastalık ve Sağlık Özgeçmişi Verilerinin Karşılaştırılması…….55

Tablo 4.4: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İdrar Yapma Özellikleri Verilerinin Karşılaştırılması……56

Tablo 4.5: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS Özellikleri Verilerinin Karşılaştırılması……....58

Tablo 4.6: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çocukluk Çağının ve Ailede İS/AMS Benzeri Şikayet Verilerinin Karşılaştırılması……60

Tablo 4.7: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS'yi Etkileyen Durumlarına İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması……..61

Tablo 4.8: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS İle Birlikte Görülen Şikayet ve Hastalık Verilerinin Karşılaştırılması……62

Tablo 4.9: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği-KF Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……64

Tablo 4.10: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……67

Tablo 4.11: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular……..69

Tablo 4.12: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form Skorlarının Karşılaştırılması……70

Tablo 4.13: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası McGill Ağrı Anketi-Kısa Form Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması……..71

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
AAM	**:** Aşırı Aktif Mesane
AMS	**:** Ağrılı Mesane Sendromu
AUA	: American Urulogical Association
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BSO	: Bilateral Salfingo Ooferektomi
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
CUA	: Canadian Urological Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAU	: European Association of Urulogy
ESSIC	: International Society for the Study of Bladder Pain Syndrome
IC	: Interstitial Cystitis
ICI	: International Consultation on Incontinence
ICIQ-SF	: International Consultation on Incontinence Questionnaire
ICS	: International Continence Society
İBM	**:** İnsan Bakım Modeli
İBS	**:** İritabl Bağırsak Sendromu
İS	**:** İnterstisyel Sistit
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KF	: Kısa Form
KCİÖ	: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği
KPA	: Kronik Pelvik Ağrı
MAA	: McGill Ağrı Anketi
MAS	: Mesane Ağrı Sendromu
NIDDK	: National Institute of Diyabetes and Digestive and Kidney Diseases

NSAID : Non Steroidal Anti Inflamatory Drugs

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RICE : RAND Interstitial Cystitis Epidemiology

SLE : Sistemik Lupus Eritamotozus

SMMT : Standardize Mini Mental Test

SPSS : Statistical Package for Social Science for Windows

SUFU : Society for Urodynamics and Female Urology

TAH : Total Abdominal Histerektomi

Üİ : Üriner İnkontinans

VAS : Vizuel Analog Skalası

YKÖ : Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÖZET

DOKTORA TEZİ

İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİYLE VERİLEN DANIŞMANLIK ve EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL SAĞLIĞA ETKİSİ

Fatma SOYLU ÇAKMAK

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Prof. Dr. Ümran OSKAY

Çakmak, F.S.(2023). İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu Olan Kadınlarda Watson İnsan Bakım Modeliyle Verilen Danışmanlık ve Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Sağlığa Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu kadın sağlığında özellikle yaşam kalitesi ve cinsel sağlığı etkilerken, tedavinin birinci basamağında hastalıkla ilgili bilgi ve danışmanlığı içeren hasta eğitimi yer alır.

Randomize kontrollü deneysel tipte ve ön test-son test kontrol gruplu olarak tasarlanan bu çalışma; İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu teşhis edilen kadınlarda Watson İnsan Bakım Modeliyle verilen danışmanlık ve eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel sağlığa etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinin ürojinekoloji bölümünde teşhis alan hastalarla Ekim 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya 30 eğitim ve 28 kontrol grubu olmak üzere 58 hasta dahil edildi. Eğitim grubuna araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı materyal ile Watson İnsan Bakım Modeli'ne dayalı eğitim ve danışmanlık verildi. Kontrol grubu ile eğitim içermeyen rutin değerlendirme yapıldı. Araştırma verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği ve McGill Ağrı Anketi- Kısa Formu ile elde edildi.

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik/jinekolojik, mevcut hastalık/sağlık özgeçmişi, idrar yapma, teşhis ve şikayetlere ilişkin özellikler, şikayetlerini etkileyen durumlar, hastalıkla birlikte görülen şikayet ve hastalıklar, aile ile çocukluk çağı özelliklerine ilişkin verileri benzer bulundu($p>0,05$). Kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel sağlık puanları oldukça düşük, depresyon belirti puanları hafif düzeyde; inkontinans ve ağrı bulguları ise bu grupla yapılan çalışmalarla uyumlu bulundu. Watson İnsan Bakım Modeli ile eğitim ve danışmanlık verilen grubun yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve çevresel-TR boyutlarının iyileştiği; depresyon belirtilerinin azaldığı ve ağrı puanlarının düştüğü belirlendi(**$p\leq0,05$**).

Sonuç olarak teşhis ve tedavide güçlükler yaşayan İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromlu kadınlara teşhisi takiben Watson İnsan Bakım Modeli ile verilen eğitimin kadınlarda yaşam kalitesini genel sağlık, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve çevresel-TR boyutlarında iyileşme sağladığı; depresyon puanlarını düşürdüğü ve genel olarak ağrıyı azalttığı belirlendi.

Ocak 2023 , (181sayfa.)

Anahtar kelimeler: Ağrılı Mesane Sendromu, kadın cinsel sağlığı, hemşirelik bakımı, İnterstisyel Sistit, Watson İnsan Bakım Modeli, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF COUNSELING AND TRAINING ON QUALITY OF LIFE AND SEXUAL HEALTH IN WATSON HUMAN CARE MODEL IN WOMEN WITH INTERSTITIAL CYSTITIS/ PAINFUL BLADDER SYNDROME

Fatma SOYLU CAKMAK

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Women's Health and Disease Nursing

Women's Health and Diseases Nursing Program

Supervisor : Prof. Dr. Umran OSKAY

Cakmak, F.S.(2023). The Effect of Counseling and Training on Quality of Life and Sexual Health in Watson Human Care Model in Women with Interstitial Cystitis / Painful Bladder Syndrome. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Education, Women Health and Diseases Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

While Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome affects especially quality of life and sexual health in women's health, the first step of treatment includes patient education including information and counseling about the disease.

This study, which was designed as a randomized controlled experimental type with a pretest-posttest control group, was planned to determine the effect of counseling and education given with the Watson Human Care Model on quality of life and sexual health in women diagnosed with Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. The study was conducted between October 2019 and May 2022 with patients diagnosed in the urogynecology department of a university hospital in Istanbul. The study included 58 patients, 30 in the education group and 28 in the control group. The training group received training and counseling based on the Watson Human Care Model with written material prepared by the researcher. The control group underwent routine evaluation without training. Data were obtained with the Sociodemographic Information Form, World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form, Female Sexual Function Scale, International Incontinence Questionnaire-Short Form, Beck Depression Scale and McGill Pain Questionnaire-Short Form.

Socio-demographic, obstetric/gynecologic, current disease/health history, characteristics related to urination, diagnosis and complaints, conditions affecting complaints, complaints and diseases associated with the disease, family and childhood characteristics of the women in the training and control groups were similar ($p>0.05$). Quality of life and sexual health scores were quite low, depression symptom scores were mild, and incontinence and pain findings were compatible with the studies conducted with this group. It was determined that general health, physical health, environmental health and environmental-TR dimensions of quality of life improved; depression symptoms decreased and pain scores decreased in the group given education and counseling with the Watson Human Care Model (**$p\leq0.05$**).

As a result, it was determined that the training provided with the Watson Human Care Model following the diagnosis of women with Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome, who had difficulties in diagnosis and treatment, improved the quality of life of women in general health, physical health, environmental health and environmental-TR dimensions; decreased depression scores and reduced pain in general.

January 2023, (181 pages).

Keywords: Interstitial cystitis, nursing care, painful bladder syndrome, quality of life, Watson Human Care Model, women's sexual health,

1. GİRİŞ

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu(İS/AMS) idrarda acil sıkışma, sık idrara çıkma, gece idrar yapma ihtiyacı, mesanede aşırı duyarlılık ve rahatsızlık hissi ile birlikte mesane ağrısı ortak belirtileriyle karakterize, heterojen bir klinik sendromdur(Van de Merwe ve diğ. 2008; Tirlapur ve diğ. 2016; Clemens, 2022).

Etyolojisinde mast hücre aktivasyonu, artmış üretelyum geçirgenliği, mesane ürotelyal hücre çoğalmasının inhibisyonu, enfeksiyon, üriner toksik ajanlar, genetik bozukluklar, otoimmün mekanizmalar, nörobiyolojik/pelvik organ çapraz duyarlılığı ve hipoksi gibi birçok teori öne sürülmektedir(Demirkesen ve Doğan, 2016).

Hastalığın ilk tanılanmasından bu yana patogenezi üzerine yapılan çalışmalarda daha çok mesane ya da pelvise odaklanılmıştır. Yapılan çalışmalar hastalığın pek çok mesane dışı sendrom ile birliktelik gösterebileceğini ve fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, İrritable Barsak Sendromu(İBS), alerji, astım, vulvodini, disparoni, baş ağrısı, sırt ağrıları, depresyon, anksiyete, migren gibi hastalıkların bu hasta grubunda daha sık olduğunu bildirmektedir(Patnaik ve diğ. 2017; Vignoli, 2018).

İS/AMS morbidite oranı kadınlarda ve yaşlı hastalarda daha yüksek insidans ve prevalans gösterdiği; 3-8 milyon kadın ve 1-4 milyon erkekte olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, tanı koymak için objektif belirteçlerin bulunmaması nedeniyle gerçek bir insidans oranını belirlemek zordur(Daniels ve diğ. 2018; Lee ve diğ. 2018).

Mesane ağrısı ve idrara çıkma semptomları hastaların birincil kaygılarıdır. Yetersiz uyku, kronik yorgunluk, günlük hayatın ve aktivitelerin ertelenmesi, cinsel sağlıkla ilgili sorunlar her hasta için klinik tabloyu oluşturmaktadır(Nickel ve diğ. 2017; Rolston ve diğ. 2019). Vajinal ilişki sırasında ağrı ve orgazm bozukluğu gibi seksüel disfonksiyon belirtileri(Peters ve diğ. 2007b; Yoon ve Yoon, 2010; Gardella ve diğ. 2011; Lee ve diğ. 2015); fiziksel ve duygusal yetersizlik hissi(Katz ve diğ. 2017); menstrüasyon sırasında semptomlarda artış; suprapubik bölge, üretra, vulva, vajina, rektum, alt karın ve sırtta ağrı(Warren ve diğ. 2008), tüm vücudu etkileyen ağrı ve rahatsızlık hissi(Tripp ve diğ. 2012) hastalar tarafından ifade edilen belirti ve bulgulardır.

Teşhis koyulamaması, tedavi edilemez olduğuna inanılması ve beklenen tedavi sonuçlarına ulaşılamaması hastalarda hoşnutsuzluk, depresyon ve anksiyeteye yol açar. Ortaya

çıkan stres İS/AMS'li bireylerde sosyal izolasyon, seksüel disfonksiyon, uyku bozukluğu, iş ve okul yaşamında aksamalara neden olur ve yaşam kalitesi azalır (Nickel ve diğ. 2007; Lusty ve diğ. 2018; Meijlink, 2022).

İS/AMS'de başlangıç tedavisi semptomların şiddeti, klinik uygulamalar ve hastaların tercihi temel alınarak planlanır. Tedavi ve yönetimin birinci basamağında hasta eğitimi, öz bakım/davranış değişikliği, manuel fizik tedavi teknikleri, stres yönetimi ve ağrı yönetimi yer almaktadır(Malde ve diğ. 2018; Pape ve diğ. 2019; Clemens, 2022). İS/AMS'li hastaların takip ve tedavi sürecinde multidisipliner yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir ve bu ekipte hemşire hasta ile birlikte anahtar roldedir(Gupta ve diğ. 2015).

İS/AMS hastaları ile yapılan çalışmalarda hemşirelik bakımını içeren çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Hastalığın teşhis ve tedavisindeki karışıklığın hasta takip ve bakımına yansıdığı düşünüldüğünde bu anlaşılabilir bir durumdur. Kronik bir hastalık olarak İS/AMS teşhis ve tedavisi kadar hemşirelik yaklaşımları açısından da ilgi bekleyen bir alandır. Hastalar kendi yaşam kaliteleri için ulaşmak istedikleri hedefleri belirlemede ve planlamada aktif bir şekilde yer almalıdır. Hasta ve hemşirenin karşılıklı paylaşım içerisinde olduğu ve hastanın sürece bütüncül olarak katıldığı bir modeli ile bakımın sunulması önemlidir.

Watson İnsan Bakım Modeli (İBM); hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreç olarak tanımlamıştır. Model güven ve ilişki kurma yoluyla temel değerlerin paylaşımı, sağlığı geliştirme ve hastalığı önleme, bütüncül-alternatif destek yaklaşımları, öğretme-öğrenme, bireyin otonomisi- özerkliği ve özgür iradesi, karar vermek için bilimsel problem çözme, duygusal ve manevi gereksinimlerin uyumu aşamalarını kapsamaktadır. Akıl-beden-ruh kavramlarını ilişkilendirerek bütüncül bir desteğe önem verir (Aktürk 2016).

Watson'un dikkatli dinleme, göz teması kurma, bireyi/hastayı rahatlatma, birey/hasta sorumluluğu alma, dürüstlük, dokunma, duyarlılık, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, bireye/hastaya adı ile seslenme, birey merkezli olma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma olarak belirlediği bakım davranışları (Özkan ve Okumuş, 2012) bireyin bakımında hemşire-hasta iletişimini güçlendiren, güvenli ve saygın bir ortam sağlayan yönleriyle, insan odaklı ve bütüncül bir yol gösterir.

Bu araştırma İS/AMS olan kadınlarda Watson İBM ile verilecek danışmanlık ve eğitimin yaşam kalitesi ve cinsel sağlığa etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

"İdrar kesesinde esrarengiz ağrılar ve gizemli ülserler ilk olarak on dokuzuncu yüzyılın başlarında tıbbi yayınlarda ortaya çıkmıştır. O dönemde yaygın olan ve kadınların nevroz ve histeriye daha yatkın olduğunu iddia eden Freud teorileri, ürogenital ağrılı birçok kadının psikosomatik ve histerik olarak reddedilmesine yol açmıştır. İS/AMS gibi bir mesane hastalığının ağrı, acil ve sık idrara çıkma durumu normal bir kişiyi bile endişeli, stresli, depresif ve münzevi hale getirir. Bu nedenle, Guy Hunner'ın tam olarak ifade ettiği gibi tüm hastalar için tedavinin önemli bir kısmı empati ve anlayıştır"(Meijlink, 2018).

2.1. İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU

Hastalık son 20 yılda AMS, İS, Mesane Ağrı Sendromu(MAS), Aşırı Duyarlı Mesane Sendromu isimleriyle yeni bir bakış açısı ve yaklaşım ile izlenmektedir. Artık mesane hastalığı olarak değil, mesane ile ilişkili semptomlarla kendini göstererek ayırt edilen bir dizi kronik ağrı sendromundan biri olarak kabul edilmektedir. Bu son yirmi yılda isimlendirme, tanımlama, tanı ve tedavi algoritmasını standartlaştırma konusunda dünya çapında çaba gösterilmektedir(Nordling ve diğ., 2012; Malde ve diğ., 2018; Meijlink, 2022).

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

19. yüzyılın başlarından itibaren İS'ye benzer bir durumun modern tıp belgelerinde yer aldığı bildirilmesine rağmen(Cho,2017); ilk olarak 1915 yılında Hunner ve Baltimore mesane ülserli vakalardan bahsetmiş; 1918'de ise daha sonra Hunner ülseri olarak adlandırılan mesanenin zor ülseri terimi tanımlanmıştır (Meijlink, 2018).

Mesanede ülser olması ayırıcı tanısı ile birlikte ülser olmayan hastalara da rastlandığı için tanı koyma sıkıntısı yaşanınca, Diyabet, Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Ulusal Enstitüsü(NIDDK) tarafından İS teşhisi için birtakım kriterlerde konsensus oluşturulmuş, kriterleri test etmek için yapılan pilot çalışmalardan sonra, 1988 yılında NIDDK'nın takip atölyesinde gözden geçirilmiştir. NIDDK'nın İS kriterlerine göre sistoskopik incelemede glomerulasyon ya da klasik Hunner ülseri olmalı ve ayrıca mesane ilişkili ağrı ya da ani idrara sıkışma hissi olmalıdır. Glomerulasyonlar diffüz, mesanenin en az 3 kadranında ve her

kadranda en az 10 glomerulasyon olmalı ve sistoskop yolu boyunca olmamalıdır. NIDDK'nın ayrıca dışlanma kriterleri ile birlikte yayınladığı çalışmasının temel ve klinik araştırma amaçları için yeterli olduğu, ancak klinisyenler için bir tanı aracı olarak tasarlanmadığı ve tanı koymak için kısıtlayıcı olduğu düşünülmektedir(Hanno,1999).

2002 yılında International Continence Society(ICS) alt üriner sistem hastalıklarının terminolojisini standartlaştırma çalışmaları sırasında, ağrılı bir mesane sendromu olarak adlandırılan İS'yi "kanıtlanmış idrar yolu enfeksiyonu veya diğer patolojilerin olmadığı durumlarda, gündüz ve gece sık idrara çıkma gibi semptomların eşlik ettiği mesanede doluluk hissi ile ilişkili suprapubik ağrı şikayeti" olarak tanımlamıştır. ICS, İS'yi "tipik sistoskopik ve histolojik özelliklerle teyit gerektiren spesifik bir teşhis" olarak ayırmıştır. Bu tanım, öncelikle ağrıyı suprapubik bir bölgeyle sınırladığı ve ağrının mesane doluluğu ile ilişkisini zorunlu kıldığı için hastaların % 36'sının kaçırılmasına neden olacaktır(Cho, 2017).

2003 yılında Japonya'da İS konulu uluslararası bir toplantıdan sonra 23 Avrupalı ürolog, İS'nin ne olduğu ve nasıl değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerektiği konusunda Avrupa İnterstisyel Sistit Çalışma Topluluğu(ESSIC) çalışmalarına başlamışlardır. 2008 yılında ESSIC tarafından yapılan tanıma göre İS/AMS, altı aydan uzun süren pelvik ağrı, basınç ve rahatsızlık hissiyle birlikte, idrar aciliyeti veya sık idrara çıkma gibi en az bir alt üriner semptom belirtisinin olması ve bu semptomlara yol açabilecek diğer nedenlerin dışlanmasıdır(Nordling ve diğ. 2012; Tirlapur ve diğ., 2016). İS/AMS ismi yerine MAS ismi de ESSIC'in önerileri arasındadır. AUA'ya göre ise İS/AMS enfeksiyon veya diğer tanımlanabilir nedenler olmaksızın, altı haftadan daha uzun süre alt üriner sistem semptomlarıyla ilişkili mesaneye bağlı olarak görülen hoş olmayan ağrı, basınç ve rahatsızlık duygusudur(Tirlapur ve diğ. 2016). Hastalığın isimlendirilmesi, tanımlanması, etyopatogenez, teşhis ve tedavi konusunda konsensüs sağlama konusunda son yıllarda bazı ülkelerde ulusal ve birbiri ile aynı olmayan uluslararası rehberler yayınlanmaktadır. Japonya, Tayvan ve Kore kendi rehberlerinde hastalığı genellikle mesane ağrısı olan veya olmayan, idrar sıklığı ile ilişkili olan mesane aşırı duyarlılığı olarak Aşırı Duyarlı Mesane olarak adlandırmaktadır(Homma ve diğ. 2019).

Bu rehberlerin tümü İS/AMS'nin mesanenin dolması sırasında algılanan hoş olmayan his (ağrı, basınç, rahatsızlık) olarak tanımlamakta hemfikirdir. Ağrının süresi en az 4-6 haftadan 6 aya kadar değişir. Ancak tanı ve tedavisi konusunda dünya çapında kanıta dayalı bir fikir birliği bulunmamaktadır. Örneğin mesanenin dolum sırasında ağrının artması her zaman mevcut değildir ve bu nedenle kılavuzların çoğunun tanımlarının dışında bırakılmıştır(Malde ve diğ. 2018; Pape ve diğ., 2019).

2.1.2. Etiyoloji ve Patofizyoloji

İS/AMS'nin etyopatogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak hastalığın etiyolojisinde rol oynadığı düşünülen ve araştırılan konular arasında enfeksiyon, epitelyal ve ürotelyal disfonksiyon, mast hücre aktivasyonu ve nörolojik faktörler, otoimmünite, antiproliferatif faktör ve pelvik organ çapraz duyarlılığı, üriner toksik ajanlar, hipoksi etiyolojik nedenler arasında gösterilmektedir. 1990'da önerilen etiyolojiler arasında endokrinolojik rahatsızlıklar ve psikiyatrik hastalık da yer almaktayken, psikiyatrik hastalığın bugün listenin dışında olması rahatlatıcıdır. Ancak bugün İS/AMS etiyolojisinin 1990'da inanılandan daha karmaşık olduğu düşünülmektedir(Nordling ve diğ. 2018; Karamık ve Ölçücü, 2019). Etiyoloji çalışmalarında bu hastalarda; artmış sinir büyüme faktörü (Chen ve diğ. 2016a), çocukluk çağı travması(Chiu ve diğ. 2017), çocukluk çağı cinsel istismarı ve fiziksel travmatizasyon(Mayson ve Teichman, 2009), üriner platelet düzeyinin yüksek olduğu(Kispert ve diğ. 2017) gibi farklı iddialar da bulunmaktadır.

Hastalığın kanıtlanmış tek fenotipi Hunner lezyonudur. Yapılan son çalışmalarda Hunner lezyonunun geçerli bir fenotip olduğu, kendi başına bir hastalık olarak kabul edilebileceği, prognozu ve tedavi sonuçlarının farklı olması nedeniyle Hunner lezyonlu tipin İS/AMS'den ayrılması gerektiği bildirilmektedir(Fall ve diğ. 2020). Son histolojik ve genomik analizlerde Hunner lezyonlu İS/AMS'nin immün yanıtlar ve enfeksiyöz hastalıkta yer alan biyolojik süreçlerle ilişkili olarak, epitelyal soyulma ve infiltre B hücrelerinin sık klonal genişlemesi ile karakterize edilen ayrı bir enflamatuar bozukluk olduğu, Hunner lezyonları olmayan İS/AMS'nin ise birkaç histolojik değişikliğe sahip, enflamatuar olmayan bir bozukluk ve potansiyel olarak sistemik nörofizyolojik/endokrin anormalliklerle ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur(Akiyama, 2020).

Hunner lezyonları olan ve olmayan hastalar arasında demografik, klinik ve üriner belirtiler ile tedavi yanıtlarında önemli farklılıklar olduğu; bunların iki farklı klinik fenotipi temsil edebilecekleri öne sürülmektedir(Whitmore ve diğ., 2019). Hunner lezyonları olan İS/AMS'li hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, erkeklere göre kadınlarda daha yüksek prevalansa sahip olduğu, daha çok mesane merkezli semptomlara sahip oldukları, idrara çıkma ve gece idrara çıkma sıklığının daha yüksek olduğu, daha düşük mesane kapasitesine sahip oldukları(Logadottir ve diğ., 2012; Doiron ve diğ., 2016; Crescenze ve diğ., 2019; Fall ve diğ., 2020) bildirilmiştir. Sistoskopide glomerulasyon ve/veya Hunner lezyonu olan hastaların daha şiddetli semptomatoloji yaşadığı(Acar ve Tarcan, 2019); subjektif semptom farklılıklarıyla birlikte ürodinamik parametrelerinin de farklılık gösterdiği(Ahn ve diğ., 2018)

bulunmuştur. Hastaların Hunner lezyonlarının varlığını veya yokluğunu belirlemek için sistoskopi gerektiren Hunner tipi İS veya AMS tanısına göre farklı şekilde tedavi edilmesi, klinik çalışmaların Hunner tipi İS ve AMS için sonuçlarının ayrı ayrı analiz edilmek üzere tasarlanması önerilmektedir(Malde ve diğ., 2018; Homma ve diğ., 2019).

Hunner lezyonu olmayan hastalarda ise komorbid ağrı ve migren, fibromiyalji olma olasılığı daha yüksektir. İki grup arasında ağrı skorları, yaşam kalitesi ve depresyon açısından farklılık yoktur(Lai ve diğ., 2021) ancak semptom süresi açısından fark olduğunu gösteren çalışmalar vardır(Porru ve diğ., 2017).

2.1.3. Epidemiyoloji

Finlandiya'da 1975 yılında yapılan ilk epidemiyoloji çalışması, yaklaşık bir milyonluk bir nüfusu kapsadığı için en önemli çalışmalardan birisi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada hastalığın kadınlarda görülme sıklığı her 10.000 kişide 1.81 iken, her iki cinsiyetteki prevalans 10.000'de 1.06 olarak bulunmuştur(Oravista, 1975). İS/AMS ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalardan bir diğeri RICE(RAND Interstitial Cystitis Epidemiology) çalışmasıdır. 2007-2009 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaşından büyük kadınlar arasında yapılan bu çalışmada 3,3 ila 7,9 milyon Amerikalı kadının İS/AMS ile ilişkili mesane semptomlarına sahip olduğu(%2,7-6,5); bu kadınların sadece %9,7'sinin İS/AMS tanısı aldığı tespit edilmiştir(Berry ve diğ., 2011; Konkle ve diğ., 2012). 18-71 yaş arasındaki kadınlarla yapılan diğer prevalans çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde 184,583 kadına mektup yoluyla ulaşılan çalışmada 60:100.000(Curhan ve diğ., 1999); Finlandiya'da 1.331 kadınla yapılan çalışmada 450:100.000(Leppilahti ve diğ., 2002); Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.218 kadınla yapılan çalışmada 575:100.000(Rosenberg ve Hazzard, 2005); Avusturya'da 981 kadınla yapılan çalışmada 306:100.000(Temml ve diğ., 2007); Japonya'da 32.074 kadınla yapılan çalışmada 265:100.000(Inoue ve diğ., 2009); Güney Kore'de 2300 kadınla yapılan çalışmada 261:100.000(Choe ve diğ., 2011) olarak bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalardaki bu sonuçlar, yaygınlık açısından çok önemli farklılıkları temsil etmekten ziyade, bir İS/AMS vakasını tanımlamak için kullanılan çeşitli yöntemler ve bunların sınırlı güvenilirliğini; çoğu çalışmanın varsayımsal tahminlerle sona erdiğini; İS/AMS'den muzdarip milyonlarca hastanın hala bir tanı arayışında olduğunu göstermektedir(Nasta, 2018).

İS/AMS'nin kadınlarda erkeklere daha fazla görüldüğü(Ito ve diğ., 2000; Clemens ve diğ., 2005; He ve diğ., 2015; Lee ve diğ., 2018), alevlenme dönemlerinin(Clemens ve diğ.,

2019) ve ağrı deneyiminin(Windgassen ve diğ., 2022) kadınlarda erkeklerden daha fazla yaşandığı bildirilmektedir. İS/AMS'nin genç ve üreme çağındaki kadınlarda daha çok görüldüğü düşünülürken, son zamanlarda yapılan çalışmalarda her yaşta ortaya çıktığı(Richter ve diğ., 2009; Konkle ve diğ., 2012; Lee ve diğ., 2018); ancak semptomların yaş dağılımına göre değişiklik gösterdiği(Mc Lennan, 2014) ve prevalansın yaşla birlikte arttığı(Lifford ve Curhan, 2009; Kim ve Heitkemper, 2009) ifade edilmektedir. Hastalığın genetik geçişi kanıtlanmasa da, birinci derece akrabalarda normal popülasyona göre 17 kat daha yüksek prevalans gösterdiği bildirilmektedir(Warren ve diğ., 2004).

İS/AMS 30 yaşından küçüklerde gündüz idrara sık çıkma ve dizüri; 30 ila 50 yaşları arasında noktürinin baskın olduğu şikayetlerle başlayıp gündüz idrara sık çıkma ve dizüri ile ilerler. Disparoni ve vulva ağrısı genç yaş grubunda daha yüksek görülürken daha düşük oranlarda bu yaş grubunda da görülür. 60 yaş ve üstü için en sık görülen semptom noktüridir(Raisbahrami ve diğ., 2011). Hastalığın semptomları görünürde bir neden olmadan veya bazen ameliyattan sonra; örneğin bir histerektomi veya herhangi bir jinekolojik/pelvik ameliyatı takiben, doğumdan sonra veya mesanenin bakteriyel bir enfeksiyonu veya tekrarlayan enfeksiyonlardan sonra başlayabilir. Doğum eyleminin kendisi İS/AMS için risk faktörü değildir, sezeryan doğumun da İS/AMS üzerinde nedensel bir etkisi olmadığı bildirilmektedir. Başlangıç çok yavaş olabilir, yıllar içinde artabilir veya ani ve şiddetli olabilir. Bazı hastaların çocuklukta veya ergenlikte mesane problemleri yaşadıkları, ağrı veya hassasiyet gelişmesinden önce de sık tuvalete gitme ihtiyacı duydukları, çocuklukta tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları(İYE) ve ergenlikte acil idara çıkmanın İS/AMS tanısı ile en güçlü ilişkili semptomlar olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir(Peters ve diğ., 2008; Chang ve diğ., 2018; Meijlink, 2022). Yapılan çalışmalarda ırk ve etnik kökene göre tarif edilmiş olan bir göreceli prevalans farklılığı olmadığı, düşük sosyoekonomik geliri olanlarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir(Clemens ve diğ., 2007).

2.1.4. İS/AMS ile Birlikte Sık Görülen Şikayet ve Hastalıklar

İS/AMS'nin otoimmün bazı hastalıklar ile uyumlu olduğu, özellikle orta yaşlı kadınlar için otoimmün hastalık geliştirme olasılığını artırdığı düşünülmektedir. İS/AMS'ye eşlik ettiği düşünülen hastalıklar Endometriyozis, İritable Barsak Sendromu(İBS), Fibromiyalji, Kronik Yorgunluk, Sistemik Lupus Eritamatozus(SLE), allerjiler, migren ve kronik baş ağrısı, depresyon ve anksiyete ile astımdır. Bunların dışında Crohn Hastalığı, Romatoid Artrit,

Haşimato Tiroiditi, Ankilozan Spondilit ve Vulvodini de İS/AMS ile ilişkili hastalıklar olarak düşünülmektedir(Vignoli,2018; Yueh ve diğ., 2021; Meijlink, 2022).

Migren ve depresyon belirtileri İS/AMS semptomlarından daha erken ortaya çıkma eğiliminde iken, fibromiyalji ve kronik yorgunluk semptomları daha sonra ortaya çıkmaktadır(Clemens ve diğ., 2012). İS/AMS hastalarında eşlik eden hastalıkların varlığı uyku bozukluğu, ağrı, cinsel sağlık, depresyon durumlarına da etki eder(Nickel ve diğ., 2010). Hastalığın depresyon ile birlikte kronik ağrı durumu, halsizlik ve inflamatuar bozuklukları olan ileri yaş kadınlarda daha fazla ortaya çıktığı da iddia edilmektedir(Cepeda ve diğ., 2019). 12 yıllık kohort çalışmasında İBS'nin İS/AMS riskini artırdığı gösterilmiştir. İBS tanısından İS/AMS tanısına kadar geçen sürenin 5,35 ± 3,18 yıl olduğu, İBS ve İS/AMS'nin ortak bir patofizyolojisinin mümkün olduğu düşünülmektedir(Chang ve diğ., 2021). SLE'li hastalarda İS/AMS gelişimi insidansı 2,26 oranında daha yüksektir ve yaş ile birlikte oransal olarak artmaktadır(Wen ve diğ., 2019).

Kronik pelvik ağrısı(KPA) olan kadınlarda endometriyozis %70, İS/AMS %50 ağrı nedeni olarak bildirilmektedir(Collings ve diğ., 2019). Endometriyozis ile birlikte İS/AMS şikayeti olan hasta sayısının oldukça fazla olduğu(Cheng ve diğ., 2012; Tirlapur ve diğ., 2013; Surrey ve diğ., 2018; Collings ve diğ., 2019); endometriyozis teşhisini takip eden 3 yıl içerisinde İS/AMS gelişme olasılığının 4,43 kat fazla bulunduğu(Wu ve diğ., 2017) bildirilmektedir. Endometriyozis olmasına bakılmaksızın KPA nedeniyle araştırma amaçlı laparoskopi ve endometriyozis tedavisi gören İS/AMS hastalarının tedavi sonrası %50'ye yakını 12. ayda şikayetlerinin azaldığını bildirmiştir(Collings ve diğ., 2019).

İS/AMS'ye eşlik eden hastalıklar dışında hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, kardiyak aritmiler, demir eksikliği anemisi, periferik vasküler bozukluklar, inme, iskemik kalp hastalığı, hiperlipidemi, hepatit B veya C, Parkinson, romatoid artrit, ankilozan spondilit, pulmoner dolaşım bozuklukları, kronik akciğer hastalığı, diyabet, hipotiroidizm, böbrek yetmezliği, sıvı ve elektrolit bozuklukları, karaciğer hastalıkları, peptik ülserler, depresif bozukluklar, psikozlar, metastazsız solid tümör, alkol kötüye kullanımı ve ilaç kötüye kullanımı gibi çoklu komorbidite prevalansı(Keller ve diğ., 2012a; Keller ve diğ., 2012b; Chung ve diğ., 2014a); nispeten daha yüksek metabolik sendrom sıklığı(Peng ve diğ., 2020), pelvik inflamatuar hastalık(Chung ve diğ., 2015), dismenore(Chung ve diğ., 2014b) de İS/AMS olmayanlara göre yüksektir. İS/AMS hastalarında mesane kanseri ve üst üriner sistemi kanseri riskinin de İS/AMS olmayanlara göre daha yüksek potansiyel riske sahip olduğu düşünülmektedir(Keller ve diğ., 2012c; Wu ve diğ., 2018).

2.1.5. Teşhis Yöntemleri

2003 yılı ve sonrasında yapılan çalışmalarla İS/AMS'ye yaklaşım; sadece tanım olarak değil, tıbbi geçmiş, fizik muayene, laboratuvar testleri, semptom değerlendirmesi, ürodinami, maksimum mesane kapasitesinin değerlendirilmesi, sistoskopi için öneriler (teknik, inceleme, sınıflandırma) ve morfoloji (biyopsi tekniği ve sayısı, biyopsi işleme, mast hücre sayımı) gibi hastanın değerlendirilmesi için kullanılacak yöntemlerde de etkili olmuştur(Van de Merwe, 2018). İS/AMS'nin erken teşhisi hastalığın daha şiddetli bir evrimine geçişini engellemesi ve mümkün olan tedavi yaklaşımına en kısa sürede başlamayı mümkün kılması açısından önemlidir(Porru ve diğ., 2017).

İS/AMS teşhisi için önerilen tanı yöntemleri şunlardır:

***2.1.5.1. Ayrıntılı Tıbbi Geçmiş*:** İS/AMS tanısı suprapubik ağrı ile birlikte basınç ve rahatsızlık hissi, gece ve gündüz sık idrara çıkma durumunun en az birinin olması gerekmektedir. Klinik bulguları olan hastadan tam bir klinik öykü alınıp muayene edildikten sonra İS/AMS ile karışabilecek hastalıklar dışlanır ve eşlik eden hastalıklar sorgulanır(Acar ve Tarcan, 2015). Pelvik veya jinekolojik cerrahi, İYE, ürolojik hastalık veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü, romatizmal, sistemik, otoimmün hastalıkları, diğer kronik ağrı durumları veya diğer kronik hastalıklar olup olmadığı sorgulanır. Hastaya; alevlenmeleri tetikleyen belirli bir şey var mı, cinsel ilişkide ağrı oluyor mu, belirli yiyecek, içecek veya ilaçlarla semptomlarda kötüleşme veya alevlenme oluyor mu, mesane dolumu ile artan ağrı var mı, idrar yaptıktan hemen sonra ağrı hissediyor mu, adet döneminde ağrı artıyor mu, gece idrar yapmak için kalkmak zorunda kalıyor mu soruları sorulur ve cevapları dosyasına kaydedilir(Meijlink, 2022). Mesanenin dolum fazının erken evresinde rahatsızlık ve disparoni ile birlikte cinsel semptomlar İS/AMS için spesifik değildir, ancak değerlendirilmelidir. Kahve, alkol, turunçgiller, domates, gazlı içecekler ve baharatlı yiyecekler gibi tetikleyiciler de gıda günlükleri olsun veya olmasın ele alınır(Özkürkçügil ve diğ., 2016; Pape ve diğ., 2019).

2.1.5.2. Fiziksel Muayene: İnspeksiyon ile vulvada ağrı lokalizasyonunda vulvar/vestibüler hastalıklar (vulvitis, dermatit) dışlanmalıdır. Fizik muayenede alt karın palpasyonu ile mesane doluluğu ve hassasiyetine bakılmalı, ayakta kifoz, skar, herni ve yatarken kalça abduksiyon/ adduksiyonu ile duyarlılığı artmış alanlar tespit edilmelidir. Hastalarda vajinal muayene çok önemlidir ve vulvada ağrı lokalizasyonu, vajinal palpasyon ile mesane, üretra, pelvik tabanın levator ve adduktor kaslarının hassasiyeti değerlendirilmelidir. Hassasiyet az, orta ve şiddetli olarak derecelendirilmelidir(Acar ve Tarcan, 2015). Teşhis koyabilmek için pelvik ağrının

diğer nedenlerinin anlaşılması önemlidir. İS/AMS'li kadınlarda pelvik taban disfonksiyonu belirtisi olarak muayene sırasında bu hastaların % 87'sinde levator ağrısı (Peters ve diğ., 2007a) ve %15-20'sinde detrüsör hiper aktivitesi olduğu(Vignoli,2018) görülmektedir.

***2.1.5.3. İdrar Tetkikleri*:** Rutin idrar tahlili ve idrar kültürü bakteriyel enfeksiyon veya bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek için yapılır. Normal idrar testleri ile tespit edilemeyen üreaplazma, klamidya ve candida gibi organizmaların varlığını kontrol etmek için idrar, kan veya sürüntü testleri gerekebilir. Malign kanserli hücrelerin varlığını kontrol etmek için idrar sitoloji testleri yapılır(Meijlink, 2022).

2.1.5.4. Ürodinamik Testler: Bu testler tanı konulmasına yardımcı olmaktan ziyade, hastanın semptomlarına benzer ya da aynı şikayetlere yol açabilecek diğer patolojileri ekarte etmek için yapılır. Eğer hastada ağrıyla beraber veya daha ön planda olmak üzere idrar kaçırma, aşırı aktif mesane(AAM) bulguları, işeme zorluğu gibi sorunlar varsa(Koçak ve Tarcan, 2018; Meijlink,2022) ya da hastalığın semptomları birinci basamak tedaviye yanıt vermiyorsa bu hastalarda ürodinami önerilmektedir.

2.1.5.5. Görüntüleme Yöntemleri: İdrar yaptıktan sonra mesanede ne kadar idrar kaldığını (rezidüel idrar) görmek için ultrason taraması yapılabilir(Meijlink, 2022). İS/AMS'li hastaların Pelvik MR'larında pelvik taban hipertonisitesi olduğu görülmüştür. Bu durum, kısalmış levator, artmış posterior puborektalis açıları ve azalmış puborektal mesafeler olarak kendini göstermektedir(Ackerman ve diğ., 2015). Mesane duvarının kontraslı MR'ı ile pelvik hipersensitivite ve İS/AMS'nin Hunner lezyonlarının objektif olarak ayırılabileceği ve tanısal bir araç potansiyelinin olduğu(Tyagi ve diğ., 2018; Ogawa ve diğ., 2019) bildirilmiştir.

2.1.5.6. Sistoskopi: Lokal anestezi kullanılarak ofis sistoskopisi yapılabileceği; hidrodistansiyon olmadan minimal dolum ve hidrodistansiyonlu genel veya spinal anestezi altında sistoskopinin tanıdan şüphe edildiğinde düşünülmesi gerektiği; komplike olmayan durumlarda tanı koymak için bu testlere gerekli olmadığı bildirilmektedir(Clemens ve diğ., 2022; Meijlink, 2022).

***2.1.5.7. Semptom Günlükleri*:** Tedavinin etkilerini ölçmek için başlangıçtaki semptom ve ağrı seviyeleri ile işeme özelliklerinin kayıt altına alınması önemlidir. Hastanın oral yolla aldığı ve işeme yoluyla çıkardığı miktarı içeren 3 günlük bir idrar günlüğü ilk değerlendirme için yararlıdır. İS/AMS'li hastalar çoğunlukla küçük hacimlerde işemektedir. Bu durum depolama semptomlarının ciddiyetini belirlemek için yararlıdır. Sabah ilk idrara çıkma, mesanenin işlevsel kapasitesi için faydalı bir rehberdir. Günlük işeme sıklığında hastanın su içme

alışkanlıkları ve terleme durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Mesane günlüğü aynı zamanda davranış stratejilerini ve gerektiğinde farmakolojik tedaviyi güçlendirmek için de kullanılabilir. (Tirlapur, 2016; Clemens ve diğ., 2022; Meijlink, 2022).

***2.1.5.8. Klinik Semptom Sorgulama Formları*:** Bu formlar hastalığın şiddetine göre hastaları sınıflandırmada ve tedavinin etkinliğini değerlendirmede kullanılırlar. Wisconsin Üniversitesi İS Skalası (University of Wisconsin IC Scale), O'Leary-Sant İS Semptom İndeksi(ICSI) ve O'Leary- Sant İS Problem İndeksi(ICPI) ve Pelvik Ağrı ve Sıkışma/Sıklık Skalası(Pelvic Pain and Urgency/Frequency Scale-PUF Scale) İS/AMS tanısında kullanılan yayınlanmış semptom sorgulama formlarıdır(Acar ve Tarcan, 2015). Bu soru formlarının hiçbiri tek bir tanı göstergesi olarak hizmet etmek için yeterli spesifikliğe sahip değildir(Pape ve diğ., 2019).

2.1.6. Tedavi Yöntemleri

İS/AMS kontrol edilebilen ancak tam olarak tedavi edilemeyen, multifaktöriyel etiyopatogenezli, patofizyolojik bir muamma olması nedeniyle hastaya özel fenotipe yönelik multimodal terapi en umut verici tedavi stratejisidir. Her hasta geçmişi, semptomları ve fiziksel muayenesi açısından benzersiz bir karmaşıklık sunmaktadır(Dellis ve Papatsoris, 2018; Giusto ve diğ., 2018; Colemeadow ve diğ., 2020). Şimdiye kadar 180'den fazla tedavinin denendiği, bu tedavilerin hiçbirinin bütün hastalarda işe yaramadığı, tedavinin bu nedenle bireysel olduğu(Meijlink, 2018) düşünülmektedir.

İS/AMS için optimal terapi, klinik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtlarla birlikte uygulamalardan elde edilen hasta deneyimini de içermelidir(Lusty ve diğ., 2018). Tedaviye karar verirken hasta için riskler, potansiyel faydalar ve alternatifler hakkında hasta bilgilendirildikten sonra ortak kararla verilmelidir(Clemens ve diğ., 2022). Tedavi basamaklarının düşük başarı oranları, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Tedaviye başlanırken, çeşitli tedavi basamaklarının olduğu ve kombinasyon tedavilerinin gerekebileceği hastalara anlatılmalıdır(Mertoğlu ve diğ. 2018). Daha invaziv prosedürlere geçişin ne zaman önerilmesi gerektiği açık değildir ve yerleşik bir tedavi protokolü mevcut değildir(Dellis ve Papatsoris, 2018). Çoğu hasta 2 ila 7 yıldır semptomlardan muzdariptir ve tanı konmadan önce birkaç sağlık kuruluşunu ziyaret etmiştir. Tedavi başarısı genellikle hastaya bağlıdır. Uzun süredir acı çeken hastalara karşı şefkatli ve anlayışlı olmak son derece yararlıdır. Hastalar hastalığın doğasını anladıkça ve gerçekçi, hedefe yönelik bir tedavi planı geliştirdikçe faydalar da ortaya çıkacaktır(Panzera, 2007).

Hasta ile yapılacak ilk görüşmede sorulması gereken bazı sorular tedavi planının oluşturulmasında faydalı olacaktır. Hastaları en çok rahatsız eden semptom ve bu semptomun rahatsız edici düzeyinin tespiti ile hastaya etkisini belirlemek önemlidir(Cox, 2016; Meijlink, 2022). Tedavi stratejileri geleneksel olarak, İS/AMS semptomlarının çoğunun ortaya çıktığı, birincil son organ ve ağrı kaynağı olarak kabul edilen mesaneye odaklanmıştır. Optimal yaklaşım, sadece mesaneyi değil, aynı zamanda ağrı bozukluğundan sorumlu diğer bileşenleri de tedavi etmeye yönelik kombine bir tedavidir(Cervigni ve Natale, 2014). Genel olarak kılavuzlar, multimodal bir yaklaşımla tedavinin kişiselleştirilmesi, daha konservatif seçeneklerden başlayıp daha sonra daha invazif ve kombine tedavilere doğru ilerleyen bir yaklaşımı önermektedir(Garzon ve diğ. 2020).

İS/AMS'nin heterojen klinik sendrom özelliği ile hastalar benzer mesane/pelvik ağrı semptomları ve sık idrara çıkma ile ilişkili basınç/rahatsızlık ile başvursa da alt gruplar veya fenotiplerinin olması nedeniyle 2022 rehberlerinde tedavi protokolünde güncellemeye gidilmiştir. Daha önce birinci basamaktan altıncı basamağa ilerleyen tedavi aşamaları son AUA rehberinde 5'e indirilmiştir. Bu aşamalar davranışsal/farmakolojik olmayan tedavi, oral ilaçlar, mesane instilasyonları, bir takım tedavi prosedürleri ve cerrahi tedavi olarak sınıflandırılmaktadır. Bu yaklaşım, İS/AMS için klinik yaklaşımın bireyselleştirilmesi ve her hastanın benzersiz özelliklerine dayalı olması gerektiğini desteklemektedir. Eşzamanlı, çok modlu tedaviler sunulabilir. Tedavinin etkinliği periyodik olarak yeniden değerlendirilmeli ve etkisiz tedaviler durdurulmalı, çoklu tedavi yaklaşımlarından sonra herhangi bir iyileşme olmazsa İS/AMS tanısı yeniden gözden geçirilmelidir(Clemens ve diğ., 2022). AUA tarafından önerilen bu 5 basamaklı tedavi seçenekleri şunlardır:

2.1.6.1.Davranışsal/Farmakolojik Olmayan Tedavi: Bu aşamada hasta eğitimi, özbakım ve davranış değişikliği, stres yönetimi, manuel fizik tedavi teknikleri ile multi modal ağrı yönetimi yer almaktadır(Clemens ve diğ., 2022).

Hasta eğitiminde öncelikle hastalara, negatif bulgulara rağmen çok spesifik bir hastalık tanısına sahip oldukları ve hastalığın semptomlarının yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilediği anlatılmalıdır. Hastalığın sürekli ve dinamik yönetimi gerekmektedir. Hedef tıbbi durumlarını iyileştirmektir, ancak hastanın çözümün bir parçası olması gerekir. Başlangıçtan itibaren olumlu bir bakış açısı ile tedavi sürecine başlanmalıdır. Eğitim materyalleri, web siteleri ve destek grupları aracılığıyla durumları hakkında daha fazla bilgi edinen hastalar semptomlarını daha iyi anlayabildiği, bu konuda yalnız olmadığını fark ettiği görülmektedir. Semptom kontrolünün sağlanabildiği ancak etkili tedaviyi belirlemek için çoklu terapötik

seçeneklerin denenmesini gerektiği ve hastalığın semptom alevlenmeleri ve remisyonlar içerdiği konusunda bilgi verilmelidir. Eğitimde özellikle mesane eğitimi, semptom yönetimi ve diyetin planlanmasını yer almalıdır(Clemens, 2022; Meijlink, 2022; Nickel, 2022).

Klinik deneyim ve sınırlı sayıda literatür, belirli davranışları değiştirmenin bazı İS/AMS hastalarında semptomları iyileştirebileceği öneriler sunmaktadır. Hastaların semptomlarını kötüleştiren belirli davranışların farkına varması ve bunlardan kaçınması, hastalıkla başa çıkma tekniklerini geliştirmek ve stresin neden olduğu semptom alevlenmelerini yönetmek için hastaların stres yönetimini uygulamaya teşvik edilmesi önerilmektedir(Clemens ve diğ., 2022; Meijlink, 2022).

Manuel fizik tedavi teknikleri pelvik taban hassasiyeti ile başvuran hastalara uygun şekilde eğitilmiş klinisyenler tarafından uygulanmalı, pelvik taban güçlendirme egzersizlerinden (örn. Kegel egzersizleri) hastalar kaçınmalıdır. Hunner lezyonlu İS/AMS'nin tedavisinin mesaneye odaklanması gerektiği, Hunner lezyonu olmayan İS/AMS'li hastaların büyük çoğunluğunun, birincil tedavi olarak pelvik taban kaslarının yönetimine ihtiyacı olduğu, gerektiğinde mesaneye yönelik tedaviler ve çeşitli diğer bölgesel/sistemik semptomları yönetmek için multidisipliner bir ekip ile tamamlanması gerektiği düşünülmektedir(Han ve diğ., 2018; Clemens ve diğ., 2022).

Ağrı yönetimi tedavi algoritmasının her adımında öncelikli bir husustur. Ağrının tedavisi doğrudan ele alınmalıdır. Bazı durumlarda bir anestezi/ağrı merkezine sevk, hastanın devam eden sendrom tedavisi ile bağlantılı olarak uygun bir erken adım olabilir(Hanno, 2018). Hastayla yapılan görüşmelerde, yalnızca eşlik eden ağrı bozukluklarını değil, aynı zamanda çevresel tetikleyicileri ve ağrılarını güçlendiren unsurları da yönetmenin önemi vurgulanmalıdır(Butrick, 2012). Çaresizlik duygularını azaltmak ve hastanın kontrol hissini arttırmak, düşük ruh halinin hastanın ağrı deneyimi üzerindeki etkisini sınırlamanın önemli yollarıdır(Crawford ve diğ., 2019). Ağrı yönetimi, yaşam kalitesine olan etkisi nedeniyle sürekli olarak değerlendirilmeli; yetersiz ağrı yönetimi durumunda multidisipliner bir yaklaşım düşünülmeli ve hasta uygun şekilde sevk edilmelidir(Clemens ve diğ,. 2022).

Hastalardan alınan geri bildirimlerde diyet yönetimi ve fizik tedavi, sıcak ve soğuk, meditasyon ve gevşeme, akupunktur, stres azaltma, egzersiz ve uyku hijyeni, ağrı yönetiminin yararlı olduğu; teşhisten hemen sonra uygulanan bu yöntemlerin özellikle yakın zamanda teşhis edilen hastaların tedavisinde iyi sonuç verdiği bildirilmektedir(O'hare ve diğ., 2013).

2.1.6.2.Oral İlaç Tedavisi: Konservatif tedavi başarısız ya da başarılı olma olasılığı düşük olduğunda veya semptomlar şiddetli olduğunda tedaviye oral ilaç tedavisi ile devam edilir. Oral

tedavi antidepresanlar, anti-inflamatuar ilaçlar (kortikosteroidler dahil), antispazmodikler ve antikolinerjikler, antikonvülsanlar, histamin reseptör antagonistleri, bağışıklık bastırıcı ilaçlar, ağrı kesiciler (analjezikler), pentosan polisülfat sodyum (PPS), prostaglandinlerden bir veya daha fazlasından oluşabilir(Imamura, 2019; Clemens ve diğ., 2022; Meijlink, 2022).

Farmakolojik tedaviler, birçok patogenez teorisine hitap etmektedir. Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAID'ler) gibi analjezikler, ağrının ana semptomunu hedefler. Antidepresanlar genellikle kronik durumlarda ağrıyı yönetmek için kullanılır. Antibiyotiklerin mesane iltihabının belirteçlerini azaltarak ağrıyı azalttığı bilinmektedir. Steroidlerin antiinflamatuar etkisi olduğu bilinmektedir(Imamura ve diğ., 2019).

2.1.6.3.İntravezikal Tedaviler: Bu tedaviler, ilacın damlatma yoluyla doğrudan mesaneye veya mesane duvarına uygulandığı mesane bazlı ağrı tedavileridir. Bir takım avantajlar sağladığı için İS/AMS için standart tedavi olarak kabul edilmiştir. Bu avantajlar mesanede daha yüksek bir ilaç konsantrasyonu sağlanması, sistemik yan etkilerin daha az olması, etkinliği etkileyebilecek oral ilaçların neden olduğu ilaç-ilaç etkileşimlerinin daha az görülmesi ve doğrudan ürotelyum kusurunu onarmasıdır. Ancak bu avantajları yanında alınan yanıtların kısa süreli olması, enfeksiyon riski, ağrılı ve maliyetli olması gibi dezavantajlara da sahiptir. İS/AMS tedavisinde etkili olan intravezikal ilaçlar çeşitli antibiyotikler, bazı kortikosteroidler, heparin, hyaluronik asit gibi heparinoidler, kondroitin sülfat ve pentosan polisülfat(PPS), dimetilsülfoksit (DMSO) ve botulinum toxinA (BoNT -A)'dır(Meng ve diğ., 2018; Nickel ve diğ., 2022).

Hyaluronik asit tedavisinin kısa süreli takipte semptomları azalttığı(Kılınç, 2017; Akbay ve diğ., 2019); hyaluronik asit ile birlikte kondroitin sülfat tedavisinin gündüz ve gece işeme sıklığını azaltıp cinsel işlev üzerinde düzelme sağladığı(Arslan ve diğ., 2019) ve yaşam kalitesini artırdığı(Cervigni ve diğ., 2016); hastaların evde kendisinin uygulayabildiği intravezikal hyaluronik asit tedavisinin hastaların hastane ziyaretlerini azalttığı(Kitchen ve diğ., 2019) bildirilmektedir. PPS tedavisinin ise İS/AMS hastalarında idrar sıklığını, aciliyet semptomlarını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği bildirilmektedir(Zhang ve diğ., 2016; Kasyan ve diğ., 2021).

2.1.6.4. Farklı Tedavi Prosedürleri: Kısa süreli, düşük basınçlı hidrodistansiyon ile anestezi altında sistoskopi bir tedavi olarak uygulanabilir. Hunner lezyonları mevcutsa, fulgurasyon (lazer veya elektrokoter ile) ve/veya triamsinolon enjeksiyonu yapılmalıdır. Diğer tedaviler semptomlar ve yaşam kalitesi üzerinde yeterli iyileşme sağlamadıysa intradetrusor onabotulinumtoksin A uygulanabilir. Tedavi sonrası aralıklı kendi kendine kateterizasyon

gerekli olabileceğinden hastaların kabul etmeye istekli olması önemlidir. Tedavilerin yeterli semptom kontrolü sağlamadığı durumlarda nöromodülasyon denemesi yapılabilir ya da bir sinir stimülasyonu denemesi başarılı olursa, kalıcı bir implante nörostimülasyon cihazı kullanılabilir(Clemens ve diğ. 2022).

2.1.6.5.Cerrahi Tedavi: Hastalığın tedavisindeki son adım, genellikle mesanenin fonksiyonel kapasitesini artırmayı veya idrar akışını değiştirmeyi amaçlayan bir tür cerrahi müdahaledir. Bazı İS/AMS hastalarında mesane sorunlarının çok fazla olması cerrahi tedaviyi tek seçenek olarak bırakır ancak cerrahi tedavi başka komplikasyonlara yol açabileceğinden durum hafife alınmamalıdır. Bu süreçte doğru hasta seçimi önemlidir. Sistektomili veya sistektomisiz üriner diversiyon seçilmiş hastalarda iyi sonuçlarla son çare olarak kullanılmıştır(Ueda ve diğ., 2018; Clemens ve diğ., 2022; Meijlink, 2022). Sistektomi yapılan hastalarda iyileşme oranları daha yüksek(Osman ve diğ., 2020); ağrının kalıcılığı ve nüksün nadiren görüldüğü ve cinsel aktiviteye ağrısız devam ettikleri(Mateau ve diğ., 2018) bildirilmiştir. Hunner lezyonları olan hastalar dışında, başlangıç tedavisi tipik olarak cerrahi olmamalıdır(Clemens ve diğ., 2022). Ameliyat ve idrar kesesinin çıkarılmasını takiben ara sıra ortaya çıkabilecek sorunlardan biri "hayalet ağrı"dır. Eski, hastalıklı mesane gittiğinde bile ağrı hissedilmeye devam edebilir(Meijlink, 2022).

Tedavide bunların dışında Hiperbarik Oksijen Tedavisi ile Hunner lezyonlu ve Hunner lezyonu olmayan İS/AMS'lerde iyileşme sağlandığı(Wenzler ve diğ., 2017); Hunner lezyonlu hastalarda endoskopik ablasyonun ağrıyı azalttığı ve işeme semptomlarını iyileştirdiği(Ko ve diğ., 2017)bildirilmektedir.

İS/AMS'li kadınlarda tamamlayıcı tedavilerin etkinliğini değerlendirmek için yeterince güçlü randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır(Pang ve Ali, 2015; Verghese ve diğ., 2016). Biyolojik temelli uygulama olarak nutrasötik gıda takviyeleri, Arjinin, Quersetin, probiyotikler, bitkisel tedavinin önerildiği, zihin-beden müdahalesi olarak biyofeedback ve yoganın yer aldığı, manüplatif ve vücut temelli yaklaşım olarak ise masajın uygulanabildiği görülmektedir. Enerji terapisi olarak Qigong ve Thai Chi; bütünleyici tedavi olarak ise geleneksel Çin tıbbı ve akupunktur yer almaktadır. Her tedavi hastaların sadece bir kısmına fayda sağlar(Pang ve Ali, 2015).

2.2. İS/AMS'NİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

İS/AMS'de hastalar sadece semptomlarla değil, hastalığın hayatı üzerindeki sonuçlarıyla da başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Sık ve acil idrara çıkma ihtiyacı nedeniyle

çalışmayı, seyahat etmeyi, arkadaşlarını ziyaret etmeyi veya alışverişe çıkmayı ertelemekte veya vazgeçmektedir(Meijlink, 2022). İS/AMS yaşayan kadınlar için bu durum acının kendisi ve bir süre sonra her şey için tüm motivasyonunu kaybettiği ve hiçbir şey yapamadığı iç karartıcı olarak değerlendirilmektedir(Abraham ve diğ., 2009). İS/AMS'li kadınların öykülerinde hastalıkları nedeniyle özellikle etkilenen alanlar genel olarak yaşam kalitesi ve cinsel sağlıktır. İS/AMS'li kadınların yaşam kalitesinde bozulmayı odaklanma güçlüğü, açık hava ve sosyal aktivitelere katılamama, uykuya dalma güçlüğü, su alımını kendi kendine kısıtlama, fiziksel şikayetler ve cinsel aktivite korkusu ile ifade ettikleri görülmektedir(Chen ve diğ., 2020).

2.2.1. Yaşam Kalitesine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) yaşam kalitesini "kişinin kendi amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılaması" olarak tanımlamıştır(Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak kullanılan bir terimdir. Hastaların yaşam kalitesinden yola çıkarak hazırlanan tedavi seçenekleri, hastaları çok daha fazla tatmin edecektir. Bu çerçevede, hasta elde edeceği iyilik durumunu, varacağı sonucu bilecek ve tedavi onun bireysel gereksinimlerine yanıt verecektir. Sağlıkta yaşam kalitesi, sağ kalımdan sonra hasta takibinde ikinci önemli değerlendirme ölçütüdür(Aydemir, 2014). Yaşam kalitesinin incelenmesinde ortak bir standart veya göstergeler sistemi bulunmamakla birlikte, cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri gibi objektif ve sübjektif göstergeler araştırmalarda incelenmektedir(Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

İS/AMS'li kadınların yaşam kalitesinde fiziksel olarak hissedilen yorgunluk, stres, depresyon ve anksiyete(Di Giacomo ve diğ., 2019); sık ve acil idrara çıkma(Rothrock ve diğ., 2001) ile uykusuzluk etkili olmaktadır. Yaşam kalitesi; İS/AMS'den muzdarip hastaların tedavisinde en önemli klinik başarı ölçütüdür. Ancak tedavilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri oldukça değişkendir. Klinik olarak İS/AMS teşhisinin konulmasının, hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin genel ve semptoma özgü yaşam kalitesi ölçütlerinde iyileşmeler sağladığı bildirilmektedir(Volpe ve diğ. 2020).

İS/AMS hastalarında en sık göz ardı edilen durum fiziksel yorgunluktur. Yorgunluk psikosomatik olarak reddedilmekte veya önemsiz kabul edilmekle birlikte, aynı zamanda hastanın ailesi ve çevresi tarafından da yanlış anlaşılmaktadır. Bu durum hasta için çok

sempatik olmayan bir ortam yaratabilir ve durumla baş etmeyi çok daha zor hale getirebilir. Yorgunluğun nedenleri uyku bozukluğu, ilaçlar, fiziksel hastalıklar, psikolojik bozukluklar olabilir. Depresyon yorgunluğa neden olabilir, ancak kronik yorgunluğun kendisi de depresyona neden olabilir. Yorgunluk sadece hastayı değil tüm aileyi etkiler ve çocuklar da dahil olmak üzere ailedeki herkesin hayatının sekteye uğramasına neden olabilir. Hastanın ev işlerini yürütmesini, herhangi bir rutini sürdürmesini, aile için normal bir ortam yaratmasını, normal bir sosyal yaşam sürmesini veya normal bir ilişki yaşamasını engelleyebilir(Warren, 2014; Laden ve diğ., 2021; Meijlink, 2022).

İS/AMS tanısından önce ve sonra anksiyete veya depresif bozukluk olasılığı önemli ölçüde artmıştır. Yaşam kalitesi, artan semptom şiddeti ve birlikte ortaya çıkan psikolojik zorluklarla daha da kötüleşir(Michael ve diğ., 2000; McKernan ve diğ., 2017). Hastalıkla başa çıkma konusunda yetersiz olan hastalarda depresif belirtilerin daha yüksek ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu(Rothrock ve diğ., 2003); İS/AMS'li hastalarının anksiyete ve depresyon gelişme riski altında olduğu(Chuang ve diğ., 2015); hastaların sıklıkla çeşitli ruh sağlığı bozuklukları ve olumsuz kişilik özellikleri sergilediği ve kadınlarda depresyon, anksiyete ve panik bozukluklara yol açarken yaşam kalitelerini de etkilediği bulunmuştur(Chung ve diğ., 2014a; Chen ve diğ., 2016b; McKernan ve diğ., 2017). Bir yıllık yapılan takipte depresyon teşhisi konma riskinin bu hastalarda daha yüksek olduğu(Keller ve diğ., 2012a); toplum temelli bir çalışmada örneklemin üçte birinden fazlasının olası bir depresyon tanısına sahip olduğu ve yarısından fazlasının yakın zamanda panik atak bildirdiği bulunmuştur(Watkins ve diğ., 2011). İS/AMS hastalarında noktüri yerine uyku bozukluğunun hastanın yaşamını daha fazla etkilediği görülmektedir(Nickel ve diğ., 2009). Ağrıyı izleyen noktüri kötü uyku kalitesinin en önemli öngörücüsüdür. Uykusuzluk çeken bu hastalar yatakta yatar, uyanık kalırlar ve uyku ile ilgili kaygıları artar(Panzera, 2009). Uyku sorunu İS/AMS'nin bir semptomu gibi algılanabilir ancak bu sorun tedavi edildiğinde ağrı ve depresyonun azaldığı görülmüştür. Uyku bozukluğunun İS/AMS hastalarında depresyon bulgularından bağımsız olarak yaşam kalitesine etki ettiği bildirilmektedir(Troxel ve diğ., 2014).

2.2.2. Cinsel Sağlığa Etkisi

İS/AMS'nin kadın sağlığını etkilerken cinsel işlev bozukluğuna neden olabildiği(Nickel ve diğ., 2008); hastaların sıradan sosyal ilişkileri sürdürme, cinsel yakınlık ve ailevi ilişkiler üzerindeki etkisini çok şiddetli yaşadıkları görülmektedir(Windgassen ve diğ., 2022). İS/AMS'li kadınların %67,2'sinde pelvik ağrı vardır ve teşhis konulduktan sonra seks yapma

arzularında ve orgazm sıklığında önemli bir düşüş olmuştur(Peters ve diğ., 2007b). Alt üriner sistem sorunları olan kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğunun en fazla İS/AMS'li kadınlarda ortaya çıktığı(Sacco ve diğ. 2012); sağlıklı kadınlar ve kronik hastalığı olan kadınlarla karşılaştırıldığında İS/AMS'li kadınların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(KCİÖ) skorlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Cinsel işlev bozukluğu olan bu kadınlarda depresyon, anksiyete, kişilik özellikleri, stres, genel ağrı, idrar şiddeti gibi psikososyal faktörler ile genital ağrının etkili olduğu(Rolston ve diğ., 2019; Agrawal ve diğ., 2020); İS/AMS'li kadın hastalarda tedaviye rehberlik ederken cinsel işlev bozukluğu alanının dikkate alınması gerektiği (Liu ve diğ. 2014) bildirilmektedir.

İS/AMS'li kadınlar arasında cinsel işlev bozukluğu semptomları arasında derin disparoni (cinsel ilişki sırasında veya sonrasında derin veya yanıcı ağrı), cinsel ilişkiden sonra pelvik ağrı ve azalmış cinsel istek ve orgazm sıklığı yer alır(Peters ve diğ., 2007b; Whitmore ve diğ., 2007; Gardella ve diğ., 2011). Hastalarda disparoni %49-%90 arasında görülmekte; hastalar ilişkiden sonraki günler boyunca ağrı yaşamaktadır. Disparoni kadınların cinsel sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Bu nedenle cinsel ilişkiden kaçındıkları, hastalıklarının cinsel ilişkilerini olumsuz etkilediğini düşündükleri ve ilişkiye tahammül edemedikleri de tespit edilmiştir. Disparoniye neden olarak cinsel ilişki sırasında üretra ve/veya mesanenin mekanik tahrişi, üriner sistem ve üreme sistemleri embriyolojik olarak ilişkisi ve pelvik taban ve mesanenin ortak sinir yollarını paylaşmasına bağlı ortak semptomların ortaya çıkması gösterilmektedir(Whitmore ve diğ., 2007).

Cinsel işlev bozukluğunda çeşitli oral ve intravezikal tedaviler kullanılmaktadır. Bu tedavilerle birlikte seks terapisi de önerilmektedir. Hastaların cinsel sağlığına katkıda bulunacak davranışsal terapi seçenekleri; stres yönetimi, ilişki danışmanlığı, cinsel ilişki için planlanan zamanlama, koitus öncesi veya sonrası banyo, cinsel pozisyonları değiştirme, koital olmayan cinsel alternatifler, cinsel ve suprapubik bölgelere uygulanan pre ve postkoital buz paketi, vajinal dilatatörler olabilir(Wehbe ve diğ., 2010; Meijlink, 2022). İS/AMS'li kadınların eşleri ile yapılan bir çalışmada eşlerin de seksüel istek, cinsel ilişki memnuniyeti, total memnuniyet ve prematür ejekülasyon skorlarının olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir(Sarıkaya ve diğ., 2022). Bu nedenle partnerler arasındaki iletişimi iki yönlü geliştirmek çok önemlidir. Hastaların bu sorunu partnerleriyle tartışabilmeleri ve gerekirse bir seks terapisti yardımıyla veya cinsel eğitimle ilişki danışmanlığı ile birlikte çözüm bulmaya çalışmaları önemlidir. Hastalar bu samimi ve utanç verici konuyu doktorlarına iletmeyi

kendileri açısından zor veya imkansız bulabilir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bu konuyu dile getirmesi önemlidir.

2.3. İS/AMS'DE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

İS/AMS semptomları nedeniyle kadın doğum servislerine başvuran kadınların bakım, teşhis ve tedavisinin birçok yönü hemşire tarafından sürdürülmektedir. Testlerin uygulanması, konservatif tedavi yöntemlerinin hastaya anlatılması ve takibi, bakımın planlanması ve takibi kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde hemşire tarafından yürütülür(Macmullen ve diğ., 2016). Hastaların hastalıklarının süresiz devam edeceğine inandıkları, bu nedenle başlangıçta endişeli olabilecekleri görülmektedir. Hemşire bazen gözyaşları, öfke ve hayal kırıklığı gibi tepkilerle karşılaşabilir (Cox, 2018; Garba ve diğ., 2021). Hastaların bir kısmının haftalar veya aylar içinde kendiliğinden düzelebileceği, İS/AMS'nin ilerleyici ve malign olmayan bir durum olduğu ve birçok tedavi seçeneği olduğu konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Tedavi stratejisi planlanırken hastalara hastalığın kronik seyri, uzun süreli tedavi ihtiyacı, tedavi ile iyileşmenin zorluklarının olduğu anlatılmalıdır. Hastalar, semptom yönetimine katılımlarının başarılı tedavinin önemli bir bileşeni olduğunu anlamalı, semptom tetikleyicilerini tanımlanmalı ve tedavi sürecinde sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde olmalıdır(Butrick, 2012; Koçak ve diğ. 2020).

İS/AMS hastalığında hemşirelik yaklaşımı hastanın hastalığı hakkında yeterli ve anlaşılabilir düzeyde eğitildiği hasta eğitimi, alevlenme dönemlerinde yaklaşım ve semptom yönetimi ile ağrı yönetimi konusunda hastanın desteklenmesini içerir(Özbaş ve Uğraş, 2012; Çakmak ve Oskay, 2022).

2.3.1. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, hasta bakımında son derece önemli bir erken adımdır. Sağlık çalışanları tarafından yürütülen nitelikli hasta eğitimi, uzun süreli bakım alan hastaların yaşam kalitesini ve bakım kalitesini yükseltir; tıbbi, kişisel ve sosyal maliyeti azaltır; tedaviye uyumu artırır. Hasta eğitimi, akut hastalıklarda pek çok yarar sağlar, ancak kronik hastalıkların tedavisinde daha önemlidir(Ulupınar, 2016). İS/AMS'li hastalar için başarılı olan yönetim kişiselleştirilmiş tedavi planı ve sık bakım içermelidir. Hastaları İS/AMS ve tedavi seçenekleri konusunda eğitmek, hastayı hastalığının kontrolünü ele geçirme konusunda güçlendirmek için hayati önem taşır. Hasta eğitimi, hastalığın uzun süreli remisyonu ve başarılı sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir(Martin ve diğ., 2015). Tanı konulduktan sonra normal mesane işlevi,

İS/AMS'nin kronik doğası ve yönetim için gerçekçi beklentiler konusunda tüm kılavuzlar hasta eğitimini önermektedir(Malde ve diğ., 2018; Clemens ve diğ., 2022; Nickel ve diğ., 2022). Bilgilendirilmiş hastaların neden spesifik bir tedavi aldıklarını ve bu tedavinin neyi başarmayı amaçladığını çok daha iyi anlayacakları; tedaviye başlamadan önce verilecek standart bir tavsiye ve desteğin hastaların yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu düşünülmektedir(Bosch, 2014; Meijlink, 2022).

İS/AMS hastaları için verilecek eğitimin özellikleri şunlar olmalıdır:

1.Tedavinin kişiselleştirilmesi ve hasta beklentilerinin yönetimini vurgulayan bir yaklaşım içermelidir.

2.Planlanan eğitim davranışsal müdahaleleri içerip aşamalı olarak uygulandıkça semptomların bir miktar çözülmesini veya iyileştirilmesini sağlamalıdır.

3.Hastanın her aşamada planlara katılımı sağlanmalıdır.

4.Hasta ile yapılacak görüşme mümkünse rahat, semptomlarını ve bu semptomların hayatına etkisini anlatabildiği stres azaltıcı bir etkiye sahip bir ortamda yapılmalıdır(Meijlink, 2022).

5.İS/AMS'li tüm hastalar için etkili olan tek bir tedavinin olmadığı ve semptom kontrolünü elde etmek için kombinasyon terapileriyle birlikte çoklu denemelerin gerekli olabileceği vurgulanmalıdır(Hanno ve diğ., 2015; Syed ve Ilchak, 2017).

Hasta eğitiminde mesanenin işlevi ve hastalığın doğasına ilişkin özellikler, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgiler, diyetin düzenlenmesi, mesane eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri, alevlenme durumunda yaklaşım ve ağrı yönetimi için öneriler yer almalıdır.

***2.3.1.1.Diyetin Düzenlenmesi*:** Hastalık hakkında bilgilendirmeden sonra semptom yönetimi için başlangıçta diyet değişiklikleri veya kısıtlamaları uygulanmalıdır. İS/AMS semptomlarına neden olan veya semptomları şiddetlendiren çeşitli gıdalar olduğu anlaşılmıştır. Hastaların %90'dan fazlası çok çeşitli yiyeceğe karşı hassasiyet bildirmektedir(Bassaly ve diğ., 2011). Diyet ve semptom alevlenmesi arasında birkaç patolojik mekanizma(mesane epitel disfonksiyonu, organların diğerleri ile arasında çapraz etkileşim) sorumlu tutulmaktadır(Friedlander ve diğ., 2012). Bazı hastalar için, rahatsız edici yiyeceği yedikten sonraki saatler içinde semptomlar alevlenir. Hastalar 1 ila 2 hafta boyunca kısıtlı bir eliminasyon diyeti denemeye teşvik edilebilir; bu diyet rahatsız edici tüm gıdalardan kaçınmayı içerir. Hastaya yiyecekleri yavaşça diyete teker teker eklemeye başlaması ve İS/AMS semptomlarını dikkatlice takip etmesi önerilir. Bir belirti alevlenmesi meydana gelirse, genellikle rahatsız edici yiyeceği yedikten sonraki 1 gün içinde gerçekleşir(Panzera, 2007). En sık bildirilen ve en rahatsız edici yiyecekler kahve, çay, soda, alkollü içecekler, turunçgiller ve

meyve suları, yapay tatlandırıcılar ve acı biber olduğu(Shorter ve diğ., 2007) ve eşlik eden hastalıkları ve semptomları da şiddetlendirdiği belirtilmektedir(Friedlander ve diğ., 2012). Bazı hastalar sadece yiyecek ve içecekler değil, bazı ilaçların ve vitaminlerin de(antibiyotikler, c vitamini gibi) mesane semptomlarını artırdığını bildirmektedir. Kısa süreli tedaviler için hastanın durumu idare etmesi beklenebilir ancak uzun süreli tedavilerde değişikliğe gidilmesi gerekebilir(Meijlink, 2022).

Diyetin takibinde hastanın diyeti uygulama aşamasında yiyecek ve içecek alımını aşırı kısıtlayıp yetersiz beslenme sorunu yaşaması konusunda dikkatli olunmalıdır(Gordon ve diğ., 2015). Diyetin aşırı kısıtlayıcı olmasından ziyade hastanın diyetinde yer alan gıdalara karşı dikkatli olarak rahatsız edici olanlardan uzak durması önerilir.

***2.3.1.2.Mesane Eğitimi*:** Zamanlanmış işeme veya mesanenin yeniden eğitilmesi gibi davranış değişiklikleri, idrar sıklığı ve aciliyeti olan ancak ağrısı olmayan hastalar için yararlı olabilir. Mesane eğitimi protokolü, bir idrara çıkma hissini bastırarak hatta azaltarak; dürtü olduğunda idrar yapmak yerine "saatine göre" idrara çıkmayı öğrenmeyi içerir. Bu gün boyunca kullanılır ancak uyurken kullanılmaz. Mesanenin yeniden eğitilmesi, hastanın boşluklar arasındaki aralıkları uzatmasını gerektirir, hastanın durumuna göre başlangıç süresi kademeli olarak arttırılır. Tedavinin başarısında hastanın uyumu ve motivasyonu en önemli faktördür(Panzera, 2007; Kaya, 2013; Uğurlucan, 2019).

Mesane eğitimi için derin ve yavaş nefes almak; pelvik kas kontraksiyonu veya perineal basınç uygulamak eğitim için kullanılan yöntemlerdir. Bu eğitimin etkilerini görmek için üriner günlük kullanılması gerekmektedir. Üriner günlükler; bu süreç içerisinde inkontinans durumunu, gece idrara çıkmayı, kişinin mental durumu ile hatırlama yeteneği ile talimatları yerine getirip getirmediğini gösterir(Uğurlucan, 2019).

Mesane eğitimi; tek başına, başka bir tedavi ile karşılaştırılarak veya kombine edilerek ve farmakolojik tedavinin faydasını artırmak için kullanılmaktadır. Yan etkisi olmayan ve İS/AMS'li hastalarda semptomların önemli ölçüde azalmasını destekleyen bir uygulamadır. Ancak özellikle alevlenme dönemlerinde ağrı ve basınç hissi nedeniyle hastaların bu eğitime bağlı kalmaları güçleşebilir. Bunun için özellikle bu dönemlerde bir üriner günlük ile birlikte semptom günlüğünün de kullanılması takip açısından yararlı olacaktır.

***2.3.1.3.Yaşam Tarzı Değişiklikleri*:** Hastaların semptomlarını kötüleştiren belirli davranışların farkına varması ve bunlardan kaçınmaları yaşam tarzı değişikliği için ilk adım olmalıdır(Clemens ve diğ., 2022). Yorgunluk, uykusuzluk ve depresyon çıkmazına giren

hastanın günlük rutinini çok iyi planlaması gerekir. Gerekirse hayatını yeniden planlamalı, baş edebileceğinden daha fazlasını çevresindeki insanlara vadetmemeli, hayır diyebilmelidir. Gün içerisinde dinlenme molaları iyi gelecektir. Fiziksel egzersiz konusunda kendisini zorlamaması gerektiği ve enerjisinin iyi olduğu durumlarda sonuna kadar tüketmemesi tavsiye edilir(Meijlink, 2022).

İS/AMS'li hastaların rahat ve bol kıyafetler giymesi, bel ve karın bölgesine baskı yapan kemer veya giysilerden kaçınmaları tavsiye edilmelidir. Naylon yerine pamuklu ve beyaz iç çamaşırı, pamuklu kıyafetler giymeye teşvik edilmelidir. Bel ağrısını hafifletmek için alçak topuklu ayakkabı veya terlik giyilmesi de önerilmektedir(Panzera, 2007; Clemens ve diğ., 2022). Sabunlar, pudralar, şampuanlar, saç kremleri, duş jeli, özel spreyler, deterjanlar ve yumuşatıcılar, deodorantlı tamponlar ve hatta mini pedlerin sırtındaki yapışkan gibi potansiyel tahriş edici maddelere özellikle dikkat edilmelidir(Meijlink, 2022).

2.3.2.Alevlenme Döneminde Yaklaşım ve Semptom Yönetimi

İS/AMS kronik bir hastalık olmakla birlikte, sıklığı ve süresi hastadan hastaya değişen şikayetlerin olduğu alevlenme dönemlerinin olduğu belirtilmektedir. Alevlenmeler tüketilen bir yiyecek ya da içecek; mesane enfeksiyonu veya gastrointestinal sistemle ilgili problemler ve bazı aktivitelerle tetiklenmektedir. Kadınların yaşamını etkileyen bu hastalığın özellikle alevlenme dönemlerinde tetikleyici bazı faktörler kadınlara özgüdür. Yüksek topuklu ayakkabı/bot giymek, saç boyaları, parfümler, hava değişiklikleri, aşırı fiziksel efor ve karın çalıştıran egzersizler tetikleyici faktör olarak daha çok kadın popülasyonu tarafından bildirilen özelliklerdir. Bu alevlenme durumunun genellikle akşam ortaya çıktığı da kadınlar tarafından bildirilmiştir(Lai ve diğ., 2019).

Hastalığın öngörülemeyen doğası nedeniyle beklenmedik anda şikayetlerin başlayacağı korkusu kişiyi zayıf duruma düşürmektedir(Kanter ve diğ. 2016). Hastaların özellikle alevlenme dönemlerinde hayatlarını durdurma düzeyinde semptomlardan etkilendikleri ve sürekli semptomlarını düşündükleri(Sutcliffe ve diğ., 2014); eğitimlerini tamamlamakta güçlük çektikleri, işlerini bıraktıkları veya kaybettikleri, ilişkilerde gerginlik ve kaygı yaşadıkları da yapılan araştırmalarda bildirilmektedir(Suttclife ve diğ., 2015).

Alevlenme dönemlerinde hastaların kendi kendilerine bazı yöntemleri deneyerek alevlenme sürecini yönettikleri görülmektedir. Bu dönemlerde evde basit stratejiler uygulanabilir. Hastalara bu dönemde tetikleyicilerden uzaklaşmaları ve özellikle sigara içmemeleri önerilir. Alevlenme dönemlerinde hastalar tarafından en sık uygulanan yöntemlerin

sık sık ilave su veya sıvı almaktır. Zorunlu sıvı diürezinin ve pasif mesane distansiyonunun alevlenmeler için tedavi edici olduğu; su ve sıvı miktarını artırmanın mesane hidrodistansiyonunu takiben bazı İS/AMS hastalarında gözlemlenen ağrıdaki kısa süreli iyileşme ile tutarlı olduğu bildirilmektedir. Sıvıyı artırmanın diyete bağlı tahriş edici maddeyi de ortamdan uzaklaştırması da bu yöntemin alternatif bir sonucudur. Doğrudan perine veya ağrı bölgesine soğuk bir paket veya sıcak su torbası yerleştirmek, sıcak oturma banyosu yapmak, dizleri göğse doğru yerleştirmek (fetal pozisyon), bacakları açarak uzanmak veya çömelme pozisyonunu almak, meditasyon, imgeleme, pelvik taban kaslarını gevşetmeye yardımcı egzersizler şikayetleri azaltmaya yardımcı olabilir(Panzera, 2007; Lai ve diğ., 2019; Clemens ve diğ., 2022).

İS/AMS hastalarının özellikle alevlenme dönemlerinde tetikleyiciler ve kullandığı nonfarmakolojik yöntemler var ise mutlaka dosyada kayıt altına alınmalıdır. Bunun için hastalara bir semptom günlüğü tutmaları önerilebilir. Hastanın kendisi için keşfettiği iyileştirici bir şey dikkate alınmalı ve izlenmelidir. Tedavinin başarısız olduğu durumlar da bir sonraki aşamanın planlanması için kaydedilmelidir(Cox, 2018).

2.3.3.Ağrı ile Başetme

Hemşirenin İS/AMS hastasına vereceği eğitimin içeriğinde farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrı yönetimi yer almalıdır. Bu yöntemler gerek tek başına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması durumunda, ağrının giderilmesinde ya da şiddetinin azaltılmasında etkili olacaktır. Bu yöntemler periferal uygulama olarak sıcak uygulama, soğuk uygulama, masaj ve terapötik dokunma; duyusal faktörlerle oluşturdukları değişiklik yoluyla etki gösteren kognitif-davranışsal teknikler, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, müzik, hayal kurma; bilişsel davranış tekniği olarak bireyin dikkatini ağrıdan başka şeylere yönelterek, ağrıya dayanmasını sağlamak amacıyla bilişsel eğitim yapılır. Bireyde olumlu düşünce ve davranışlar geliştirilerek ağrı algısı değiştirilir, ağrıyı kontrol yeteneği artırılmaya çalışılır(Özveren, 2011).

İS/AMS hastalarında ağrıyı azaltmak için akupunktur, masaj, gevşeme ve stres azaltma gibi alternatif tedaviler tek başına ya da geleneksel tedavi yöntemlerini tamamlayacak şekilde uygulandığı, masaj ve psikoterapinin rahatlamayı ve stresi azaltmayı desteklediği bildirilmiştir. Pelvik taban kas sistemindeki gerilimi en aza indirmeye yönelik hafif bir egzersiz programı ile düşük etkili aerobik, yürüyüş, yoga, yüzme ve pelvik taban kas egzersizleri fiziksel ve psikolojik olarak daha iyi hissettirecektir(Panzera, 2007).

İS/AMS'li hastanın ağrı kontrolünde kullanılan bazı ilaçlar (opioidler, antidepresanlar gibi) yan etki olarak kabızlık gelişmesine etki edebilir. Pelvik taban disfonksiyonu ve İBS komorbiditesi kabızlık ile ilişkilendirilebilir. Hastaların bu durumdan kaçınması gerekmektedir. Bu amaçla, yeterli sıvı alımı ve egzersiz yapmaları hastalara önerilmelidir(Özbaş ve Uğraş, 2012; Meijlink, 2022).

2.4 WATSON İNSAN BAKIM MODELİ

Jean Watson insan ve hemşirelik paradigmaları üzerinde yoğunlaşan modelini 1975-1979 yılları arasında geliştirmiş ve 1979'da "Bakım Bilimi ve Felsefesi" kitabında yayınlamış(Watson, 2015); 1985'te kuram revize edilmiştir(Liu ve Wang, 2018). Bu model; zihnin, bedenin ve ruhun uyumunu, bireyin güçlü-zayıf yönlerini ve tepkilerini içeren davranışlarını bilmeyi gerektirmektedir. Teori, baskın fiziksel dünya görüşünün ötesine geçer ve subjektif, özneler arası ve içsel anlama, temelde yatan iyileşme süreçlerine ve deneyimleyen kişinin yaşam dünyasına açılır(Watson, 2015). Watson'un İnsan Bakım Modeli (İBM) hemşirelikteki ampirik bilme, etik bilme, estetik bilme yollarını bilmeyi ve uygulamayı gerektirmektedir(Ozan ve Okumuş, 2013).İBM, Watson tarafından çeşitli zamanlarda "kişilerarası bakım kuramı", "bakım kuramı", "bakım modeli", ve "kişilerarası bakım bilimi" gibi farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Kurama "bakım-iyileştirme modeli" olarak atıf yapılsa da Watson çalışmalarını "bir kuram, dünya görüşü, felsefe ve disiplinlerarası bir bakım ve iyileşme paradigması" olarak tanımlamıştır (Özkan, 2012).

Kuramın bakım bilimi hakkındaki varsayımları şunlardır:

1.Bakım sadece kişilerarası süreçlerde etkili bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir ve bireylerin belirli gereksinimlerinin karşılanmasında memnuniyet oluşturan terapotik iyileştirme süreçlerinden oluşur.

2.Etkili bir bakım sağlığı, bireyi ve aileyi geliştirir, bireyi sadece "o" olarak değil, bir varlık olarak kabul eder.

3.Bakım çevresi bireyin şu anda ve durumda "ne olduğu değil", aynı zamanda "ne olabileceğine" verdiği yanıttır.

4.Bakım tedaviden daha fazla sağlık odaklıdır; bakım uygulamaları insan davranışları ile biyolojiyi birleştirdiğinden bakım bilimi tedavi bilimlerinin bütünleyicisidir ve bakım uygulamaları hemşireliğin odağıdır(Özkan, 2012).

Watson hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileştiği profesyonel bir süreç olarak tanımlamaktadır. Model sadece bireyin değil hemşirelerin de deneyiminin önemli olduğunu, insanın bütünlüğünden ödün vermeden zihin, beden ve ruhtan oluşan özgün boyutların varlığını kabul eder. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması bireyin sağlıklı olduğunu ifade eder(Uran ve diğ., 2015; Korhan, 2019).

2.4.1. Watson İBM'nin Yapısını Oluşturan Kavramlar

Watson'a göre bakım sürecinin temel aşamaları; iyileştirici faktörler, iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu/bakım anı ve bakım iyileştirme bilincidir. İyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici rolü açısından bir rehber olarak değerlendirilmektedir. Watson bu süreçleri hemşireliğin özü; hemşirelik bilim, sanat ve bakımının birleştiği nokta olarak tanımlamaktadır. İyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri Tablo 2.1'de yer alan on aşamadan oluşmaktadır(Ozan ve Okumuş, 2013).

Watson İBM bireyin iyileştirme süreçlerine, verilen bakıma ve bakımdaki etkin kişilerarası etkileşime odaklanmaktadır. Bireyin tümüyle olumsuz duygulardan arındırılması temel amaçtır. Tüm bu bileşenler doğrultusunda modelde iyileşme süreci; bireyin değerlerine, bireye duyarlı olmaya, yardım etmeye, sevgi, şefkat duygularının karşılıklı iletişimin özünü oluşturmasına temellenmektedir. Hemşirenin hastanın elini tutması, iletişimde sürekli göz kontağı halinde olması gibi basit gibi görünen ancak bireyin onurunu korumaya odaklanmış eylemleri öğrenmek uzun soluklu bir süreçtir. Bu bakış açısı ile araştırma kapsamına alınan çalışmalar incelendiğinde; sonuçların bireyin öznelliğini destekler yönde olduğu görülmektedir(Korhan, 2019).

Kişilerarası bakım ilişkisi insan bakım ilişkisinin özel bir türü olup; hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş davranışları ve tepkileri kapsamaktadır. Temelinde benlik, varoluşsal alan ve kişiler arası iletişim yer almaktadır. Bireyin kendi varoluşsal alanını tanımlayıp kendini ifade etmesi, deneyimlerini paylaşması, inanç, hedef ve beklentilerini ifade etmesi beklenmektedir(Uran ve diğ., 2015).

Bakım durumu/bakım anı hemşire ve bireyin bir araya gelerek bakımı oluşturduğu durumdur. Birey geçmiş yaşam öyküsüne, şimdiki durumuna ve geleceğe dayanarak kendine özgü bir alanda hemşire ile bir araya gelir. Bakım anında bakım alan ve bakım veren arasında insan insana iletişim ve etkileşim olmaktadır. Bakım anı kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için bir fırsattır(Ozan ve Okumuş, 2013; Uran ve diğ. 2015).

Tablo 2.1: Watson İBM İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri

İyileştirici Faktör	İyileştirme Süreci(Hemşirelik Girişimi)
1. İnsancıllık-adanmışlık değerler sistemi	İnsancıllık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye sevgiyle ve şefkatle yaklaşma
2. İnanç-umut	Bireye inanç ve umudu aşılama
3. Duyarlılık	Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma
4. Yardım-güven ilişkisi	Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme
5. Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içtenlikle dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama
6. Problem çözme	Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma
7. Öğretme-öğrenme	Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama
8. İyileşme çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre oluşturma
9. Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma
10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma	Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, sezgi, efsane vb. şeylerin rolleri

Watson bakım iyileştirme bilincini açıklarken bakım-iyileştirme-sevgi kavramlarını kullanmıştır. Bakım ve iyileşme bilincinde birey ve hemşire arasındaki sevginin önemli olduğu vurgulanmaktadır(Ozan ve Okumuş, 2013). Watson İBM merhamet, yeterlilik, bağlılık, savunuculuk, saygı, araştırma, bireysellik, besleyicilik, cömertlik aracılığıyla hastalar, aileleri ve hemşireler için şefkatli ve iyileştirici bir ortamı teşvik etmektedir. Hemşireliğin, insanlığa değer vermenin sürdürülmesinde ve dünyada şefkat, sevgi, şifa ve barış arasında yeni bağlantılar kurulmasında kritik bir rolü vardır(Watson, 2015).

Watson kavramlar dışında kuramında sık kullandığı, kuramı anlamayı kolaylaştıran otantik ilişki ve iyileştirici çevre kavramlarını da tanımlamıştır. Otantik ilişki; doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu bir ilişkiyi tanımlamaktadır. Watson birey ve hemşire arasındaki

ilişkinin otantik bir ilişki olması gerektiğini belirtmektedir. Bu ilişki bireyin duygularının ve düşüncelerinin anlaşılmasını kolaylaştırır, kadın ve hemşire arasında özel bir bağ oluşmasını sağlar(Ozan ve Okumuş, 2013).

İyileştirici çevre; fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre olarak tanımlanmaktadır. Tedavi merkezleri iyileştirici bir çevre olarak düzenlenmelidir. Kadın kendisini fiziksel, duygusal ve manevi olarak rahat hissettiği bir ortamda karşılanmalıdır. Fiziksel çevre, temiz, güvenilir, konforlu olmalıdır. Hemşire hasta için oluşturduğu özel bir çevrede (sessiz, temiz, güzel kokan, huzurlu, müzikli) onunla bir araya gelmelidir. Manevi çevre, hastaların inançları doğrultusunda yapmak istediği bir şey varsa (dua, ibadet etmek, meditasyon gibi kendisini rahatlatan eylemler) izin verilmeli ve uygun ortam sağlanmalıdır. Güven ve ilişki kurma yoluyla temel değerlerin paylaşımı, sağlığı geliştirme ve hastalığı önleme, bütüncül-alternatif destek yaklaşımları, öğretme-öğrenme, bireyin otonomisi- özerkliği ve özgür iradesi, karar vermek için bilimsel problem çözme, duygusal ve manevi gereksinimlerin uyumu aşamalarını kapsamaktadır(Aktürk, 2016).

Hemşirelik bakımında sevgi, en önemli iyileşme kaynağıdır. Hemşirelik bakımındaki sevgi, hemşireliği girişimsel işlemlere odaklı bir meslek olmaktan kurtarmaktadır. Hemşirelik insandan-insana bakım verme sürecidir. Bu nedenler İBM'ni diğer hemşirelik kuramlarından ayırmakta ve bütüncül bakış açısı sunmaktadır(Ozan ve Okumuş, 2013). Ayrıca İBM bireyin konfor alanının nasıl sağlanacağına, şefkat ve empatinin nasıl sunulacağına dair bilgileri de içermektedir(Uran ve diğ., 2015; Zuhur ve Özpancar, 2017).

Watson İBM bireyin bakımında hemşire-hasta iletişimini güçlendiren, güvenli ve saygın bir ortam sağlayan yönleriyle, insan odaklı ve bütüncül bir yol gösterir. Hemşire, otantik caritas (sevgi dolu) mevcudiyet ve şefkat anına odaklanma yoluyla bir başkasının ruhunun içsel durumunu tanımaya, doğru bir şekilde tespit etmeye ve onunla bağlantı kurmaya çalışır. Eylemler, kelimeler, davranışlar, biliş, beden dili, duygular, sezgi, düşünce, duyular, enerji alanı hepsi birlikte kişilerarası bakım bağlantısına katkıda bulunur. Hemşirenin bu kişilerarası ruhtan ruha düzeyde bir başkasıyla bağlantı kurma yeteneği, hareketler, jestler, yüz ifadeleri, prosedürler, bilgiler, dokunma, ses, sözlü ifadeler ve diğer bilimsel, teknik, estetik ve insan iletişim araçlarıyla hemşirelik insan sanatına/eylemlerine veya bilinçli bakım-iyileştirme yöntemlerine çevrilir(Watson, 2015). Hemşire ve birey için yaşanan deneyimlerin önemli olduğu, iki farklı birey olarak kişilerarası bir ilişki kurduklarını ve birbirlerinden öğrendiklerini belirtir. Hemşireliği teknoloji temelli sağlık bakım sistemlerinin ötesine taşıyarak bağımsız hemşirelik uygulamalarının önemli ve değerli olduğunu vurgular. Her gelişim düzeyindeki

bireye uygun olması ile hemşirelerin tüm rollerine ve uzmanlıklarına, kurumların işleyiş modellerine uyarlanabilir(Özkan ve Okumuş, 2012).

2.4.2. Watson İBM'nin Hemşirelik Araştırma ve Uygulamalarında Kullanılması

Hemşirelik araştırmaları ve uygulamalarının hemşirelik teori ve modelleri doğrultusunda planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir. Literatüre bakıldığında Watson İBM'nin kullanıldığı araştırmalarda bakım algısı ve bakım davranışı, hastalık süreci deneyimleri, merhamet, maneviyat-yaşam kalitesi, stres yönetimi, öz bakım- nonfarmakolojik yöntemler, ağrı yönetimi ve iş memnuniyeti ile ilişkili konuların ele alındığı bulunmuştur(Korhan, 2019).

Model son yıllarda obstetrik ve jinekoloji alanında klinik hemşirelik üzerinde derin bir etkisi olan hastaların bakımının planlanmasında kullanılmaktadır. Obstetrik ve jinekolojik hastaların semptomlarından şikayet ederken genellikle utangaç, çekingen ve endişeli olduğu bilinmektedir. Watson İBM kullanılarak verilen bakımda kadınların içsel ihtiyaçlarının da karşılandığı, hastanın sağlık çalışanlarının çalışmalarını da daha iyi anladığı bildirilmektedir(Yang ve Gao, 2019).

İnfertilite tedavisinin başarısızlıkla sonuçlandığı durumlarda kadınların anksiyete, yalnızlık, korku, baş edememe, tükenmişlik gibi olumsuz duygularını azaltma ve bu duygularla baş etmelerini sağlamada etkili olacağı(Özkan ve Okumuş, 2012; Ozan ve Okumuş, 2013; Ozan ve Okumuş, 2017) ve tüp bebek merkezlerinde çalışan hemşirelere de iyi bir rehberlik sağlayacağı(Ozan ve Okumuş, 2017); tıbbi düşük sonrası kadınların depresyon, stres ve anksiyete düzeylerini azaltmak için önerildiği(Aktürk ve Erci, 2019) görülmektedir. Bir gebe okulu eğitimcileri ve emzirme hemşirelerine verilen Watson İBM'ye temellendirilmiş emzirme eğitiminin katılımcıların farkındalığını arttırdığı(Durmazoğlu ve diğ., 2020), jinekolojik kanser tanısı alan kadınlarda modele temellendirilmiş hemşirelik bakımının kadınların kemoterapi semptomlarından bazılarını yönetmelerini sağladığı, umut ve yaşamda anlam düzeylerini arttırdığı(Teskereci, 2016); refleksoloji uygulamasının kemoterapi sürecinde jinekolojik kanser hastalarında anksiyete ve depresyonu azalttığı, hastaların genel yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal, bilişsel, duygusal ve rol fonksiyonlarını arttırdığı(Türkcü, 2019) bulunmuştur.

Watson İBM ile çalışan sağlık çalışanlarının kendilerine ve birbirlerine bakmak ve hasta bakımını teşvik etmek için bir şefkat bilinci bulduğu(Wei ve Watson, 2019) düşünülmektedir. Uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kalp yetmezliğinde modelin kullanılmasının hastalığın ortaya çıkardığı ciddi semptomlar sonucunda gelişen birçok olumsuz duygunun azaltılmasında

ya da bu duygularla baş etmenin sağlanmasında etkili ve uygulanması kolay bir model olduğu(Uran ve diğ., 2015); kanserli hastalarda semptom yönetimi ve yaşam tutum profillerini geliştirmek amacıyla kullanıldığında yaşamın anlamını arttırıp semptom düzeylerini azalttığı(Aktürk, 2016); palyatif bakım hastalarında Watson İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne ve anksiyeteyi azalttığı, yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini artırdığı(Seven, 2018) bildirilmiştir.

Watson İBM'nin kişi merkezli, saygılı, güvenilir, duyarlı, dürüst ve erişilebilir bakım sağlamada hemşirelere rehberlik edeceği ve aynı zamanda demanslı bireylerin bakıcıları üzerindeki yükü azaltacağı, olumsuz duygu ve sorunlarla baş etme güçlerini artıracağı ve yaşam kalitelerini artıracağı(Şentürk ve diğ., 2017); fibromiyalji hastalarının bakım sürecini yönetmede etkili bir model olacağı(Otu ve Karagözoğlu, 2021); model ile verilen bakımın bireylerin bütüncül olarak ele alınmasını sağladığı, birey memnuniyetini ve güvenliğini arttırdığı(Erbay ve diğ. 2018) düşünülmektedir.

2.4.3. Watson İBM'de Bakım Sürecinin Planlanması

Watson İBM'nde önerilen kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri aşağıda yer almaktadır:

1. İşitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Müzik, doğa sesi, melodi, ilahi şarkılar gibi.
2. Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Işık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar.
3. Soluk alıp-verme gibi solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Aromaterapi, temiz havayı içine çekme.
4. Dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Akupresür (bedenin belli noktalarına bası uygulayarak manipüle edilmesi tekniği), beden terapileri, dokunma, refleksoloji (ayaklardaki refleks noktalarının uyarılmasıyla çeşitli iç organlarda cevap elde etme tekniği) ve terapötik masaj.
5. Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Diyetin düzenlenmesi ile besinlerle doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan destekleyici maddelerin alınması.
6. Ruhsal-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Akıl ve hayal etmenin önemine odaklanma.
7. Kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı: Temel deri bakımı, masaj, hareket, dans, yoga.
8. Fiziksel, psikolojik ve terapötik yapıya odaklanan bir yöntem olarak, bakım bilincinin kullanımı(Özkan, 2012).

Bu kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri İS/AMS hastasına verilecek eğitim ve danışmanlıkta yer alması planlanan konularda yol gösterici olmuştur.

2.4.4.Watson İBM'nin İS/AMS Hastalarının Eğitim ve Danışmanlık Sürecinde Kullanılması

Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın tedavi basamaklarıyla beraber hastanın özyönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle hastanın güçlendirilmesini hedefleyen planlı bir süreci kapsar. Etkili ve sürdürülebilir bir hastalık yönetimi ile hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması ve yaşam kalitesinin arttırılması sağlanabilmektedir. Hemşire, kronik hastalığı olan bireyin tanımlanmış sorunlarına yönelik bütüncül bakım planlayarak, danışmanlık, rehabilitasyon ve bireye özgü eğitim planlamalarını yaparak hastalıklarını yönetmede etkin rol alır. Uzun süreli bakım gerektiren ve kronik rahatsızlıkları olan bireylerin ihtiyaçlarının farklılık göstermesi, bu bireylere verilecek bakımında bireye özgü olmasını gerektirmektedir(Zuhur ve Özpancar, 2017).

İS/AMS hastalarının yaşadığı zorlu süreçte hemşirenin hasta ile kuracağı iletişimin sürdürülebilir olması önemlidir. Hastalığın teşhisinden önce yaşadığı ağrılı ve acılı dönem, teşhisten sonra tedavi olma beklentisi hastaları bazen hayal kırıklığına uğratır. Hasta hemşire ile görüşmeye başladığında çoğunlukla ümidini tamamen kaybetmiş, tükenmiş ve yıpranmıştır. Kronik bir hastalığın takip ve tedavi sürecinde insan odaklı yaklaşım hastaya yalnız olmadığı hissini verecektir. İS/AMS hastasının ihtiyaç duyduğu güven ortamının şefkat ile sürdürülebilmesi için İBM yol gösterici ve sistematik bir araç olmuştur. İS/AMS'lu hastalara Watson İBM ile verilecek danışmanlık ve eğitim, iyileştirme süreçleri doğrultusunda yapılandırılarak uygulanmıştır. Hastalıkla ilgili bilgileri tanıtarak hastalara durumlarını ve hastalığın prognozunu tam olarak anlamalarını sağlayabilirler. Hastalığın etkisini anlamak, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilir ve hastalar aktif tedavi ve iyi bakım yoluyla daha iyi iyileşme ve pozitif yönde güven elde edebilir. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmek, bireyin içgörüsünü geliştirebilir ve makul müdahale önlemlerini formüle etmek için temel sağlayabilir.

Hastalarla iletişim kurmadan önce sessiz, rahat ve gizli bir ortam sağlamak, iletişimi akılcı bir şekilde kullanmak beceriler, sözlü olmayan iletişime dikkat etme ve empatik dinleme, olumlu duyguları onaylama ve teşvik etme, olumsuz duygularla empati kurma iletişimin etkinliğini artırabilir. Psikolojik ihtiyaçların karşılanması olumsuz duyguları hafifletir. Hastalar tedavi alırken hemşirelerin yardımıyla rahat bir fiziksel ve zihinsel duruma ulaşmayı umarlar. Hastaların ihtiyaç duyduğu rahatlığın dört ana yönü fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal rahatlıktır. Bakım, insanlara yaşam koşullarını ve yöntemlerini iyileştirmelerine yardımcı olmaktır. İnsani bakım davranışının uygulanması, bir yandan hemşireler ve hastalar arasındaki

ilişkide boşluğu kapatabilir, diğer yandan hemşirelerin "hasta merkezli" hemşirelik kavramını geliştirebilir, diğer yandan hemşirelik becerilerinin gelişimini teşvik edebilir(Yang ve Gao, 2019).

Watson İBM insan odaklıdır, insanların inançlarına bağlılığını vurgular, hastaların bireyselliğine saygı duyar, iletişim becerileri, kişiler arası etkileşimler gibi insani bakım sürecini vurgular(Liu ve Wang, 2018).

Bu araştırmada İBM'nin seçilmesinin nedeni tıbbi odaklı değil insan odaklı olması, insanın bütünlüğünden ödün vermeden zihin-beden-ruh'tan oluşan özgün boyutlarını kabul etmesidir. Her hastaya uyan bir hemşirelik bakım planıyla değil kişiye özel ve birey ile birlikte tanılamayı yaparak bakım ihtiyacını belirleyerek danışmanlık ve eğitimi yürütmektir. Bu şekilde İS/AMS'li hastaların kendi yaşam kaliteleri için ulaşmak istedikleri hedefleri belirlemesi, planda aktif bir şekilde yer almaları, Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlıkta hastanın da sürece katılması amaçlanmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Araştırma İS/AMS olan kadınlarda Watson İBM ile verilen danışmanlık ve eğitim programının yaşam kalitesi ve cinsel sağlığa etkisini belirlemek amacıyla planlanmış; randomize kontrollü deneysel tipte ve ön test-son test kontrol gruplu olarak tasarlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın kısa vadeli amaçları;

- İS/AMS'li kadınlarda yaşam kalitesi düzeyini belirlemek,
- İS/AMS'li kadınlarda cinsel sağlık düzeyini belirlemek,
- İS/AMS'li kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel sağlığın iyileştirilmesine yönelik Watson İBM ile verilecek eğitim ve danışmanlığın etkisini belirlemek,
- İS/AMS'li kadınların yaşam kalitesinin artırılması ve cinsel sağlığının iyileştirilmesine yönelik Watson İBM ile hazırlanan hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamaktır.

Araştırmanın uzun vadeli amaçları;

- İS/AMS'lu hastaların bakımı, yaşam kalitesi, cinsel sağlığı ve eğitimi konusunda yapılacak çalışmalara katkıda bulunmak,
- Gerek bilimsel toplantı ve yayınlar aracılığıyla, gerekse görsel medya ve sosyal iletişim araçları ile İS/AMS konusunda toplumsal farkındalığı artırmaktır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H_1: Watson İBM ile verilen danışmanlık ve eğitimin İS/AMS'li kadınların yaşam kalitesine olumlu yönde etkisi vardır.

H_2: Watson İBM ile danışmanlık ve eğitimin İS/AMS'li kadınlarda cinsel sağlığa olumlu yönde etkisi vardır.

H_3: Watson İBM ile verilen danışmanlık ve eğitimin İS'AMS'li kadınlarda üriner ağrıyı azaltmada olumlu yönde etkisi vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı'nda Ekim 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı Ekim 1995'te faaliyetlerine ünite şeklinde başlamıştır. 2011 yılında bilim dalı olarak Yüksek Öğrenim Kurumu tarafından kabul edilmiş, 2012 yılında ise Avrupa Ürojinekoloji Derneği tarafından 5 yıllık süre ile akredite edilmiştir. Ürojinekoloji Bilim Dalı; bünyesinde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları alanında 2'si öğretim üyesi olmak üzere uzman hekimler, alanında uzmanlaşmış hemşireler ve yardımcı personel ile birlikte muayene, tanı ve tedavi hizmeti sunmaya devam etmektedir. Ürojinekoloji konusunda hazırlanmış birçok kitapçık ve broşürle hastalar bilgilendirilmekte ve eğitilmektedir.

3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

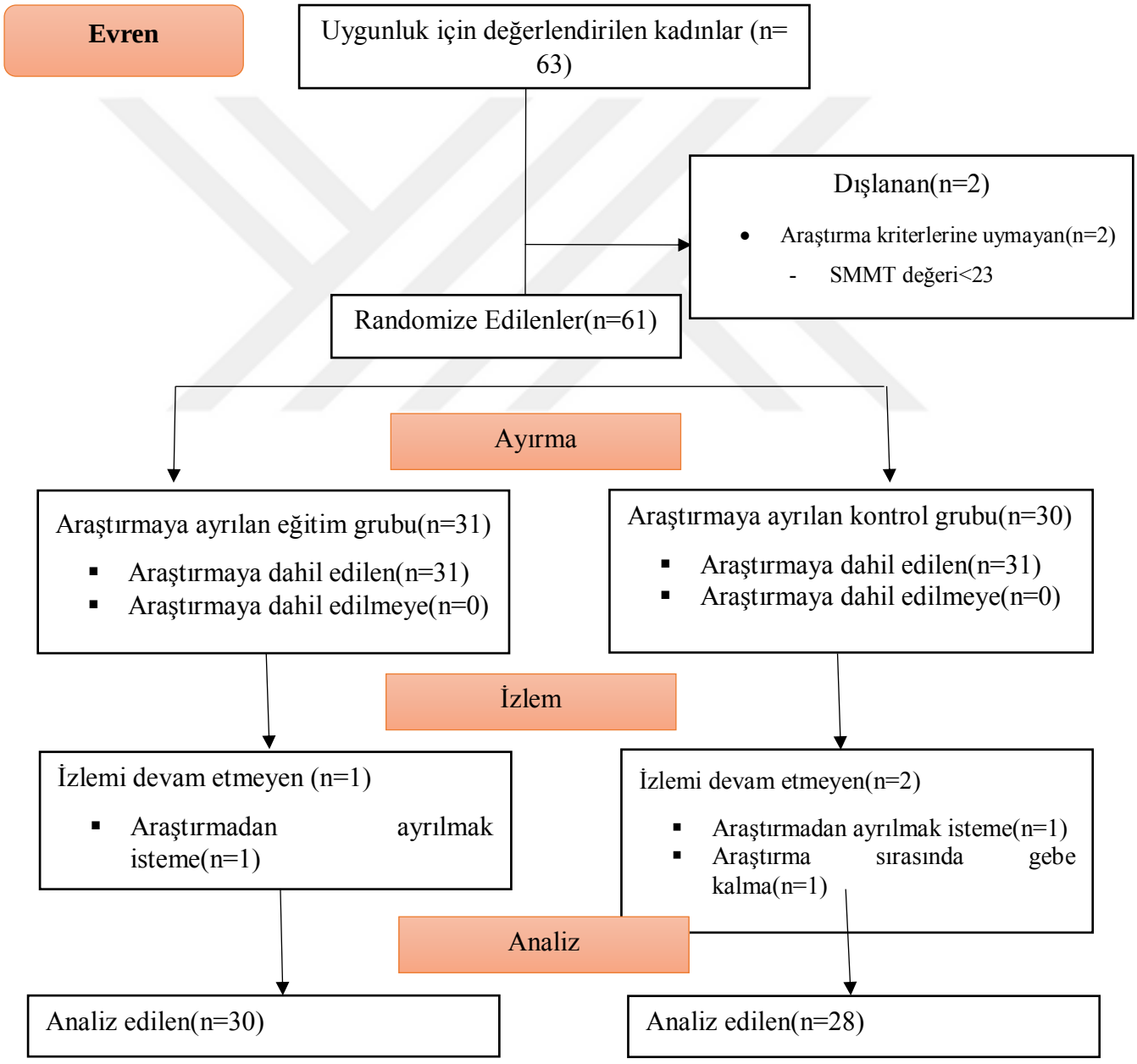
Araştırma evrenini Ekim 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı'na İS/AMS şikayetleri nedeniyle başvuran 18 yaşının üzerindeki kadınlar oluşturmaktadır. Bu tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar eğitim ve kontrol grubuna dahil edildi.

3.4.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem sayısının hesaplanmasında cinsel sağlığı ölçmek için kullanılan KCİÖ ile power analizi yapılmıştır. Literatürde Watson İBM ve KCİÖ ile yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gardella ve diğ. (2011) tarafından İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmada KCİÖ skoru 13.43±9.84 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları esas alınarak; KCİÖ ölçeği puan ortalamaları dikkate alındığında en az %10'luk bir artış saptamak için %5 alfa güvenirlik düzeyi ve % 95 güç ile örneklem sayısı her grup için minimum kadın sayısı 19 olmak üzere toplam 38 kadın olarak hesaplandı. Ancak deneysel araştırmalarda örneklem sayısının en az 30 olması, sonucun güvenirliğini artırmak ve çalışma esnasında kadınların herhangi bir nedenle araştırmadan ayrılabileceği varsayılarak araştırma seçim kriterlerine uyan eğitim ve kontrol grubu için ayrı ayrı en az 30, toplam 60 kadının araştırmaya dahil edilmesine karar verildi.

Örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için araştırmanın uygulandığı sürede toplam 63 kadın ile görüşme yapıldı. Bunlardan 2'si örneklem kabul kriterlerine uymadıkları için (Standardize Mini Mental Test puanları 14 ve 15 bulunduğu için) çalışma dışı bırakıldı. Örneklem kabul kriterlerine uyan 61 kadın (Cinsel danışmanlık grubu: 31, Kontrol grubu: 30) çalışmaya dahil edildi. Araştırma süresince eğitim grubunda 1 ve kontrol grubunda 1 kadının çalışmadan ayrılmak istemesi, kontrol grubunda 1 kadının gebe kalması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. CONSORT 2010 akış diyagramı Şekil 3.1'de gösterilmiştir.

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3.1 Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı

3.4.2. Örneklem Özellikleri

Eğitim grubu: Eğitim kitapçığıyla birlikte araştırmacı tarafından eğitim ve danışmanlık verilen İS/AMS'li kadınlar eğitim grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Eğitim ve danışmanlık verilmeyen İS/AMS'li kadınlar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Örneklem kabul kriterleri:

1. 18 yaşından büyük olma
2. İS/AMS şikayetleri nedeniyle başvurmuş olma
3. Sözel iletişim kurabilme

Örneklem dışlanma kriterleri

1. Araştırma sürecindeki takibi bırakan kadınlar
2. Gebe olma veya araştırma sırasında gebe kalma
3. 65 yaşın üzerinde olanlardan Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 23'ün altında olması

65 yaşın üzerinde olan kadınların araştırmaya katılması için SMMT uygulanmıştır. SMMT puanı 23'ün altında olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4.3. Randomizasyon

İS/AMS'li kadınlar gruplara randomizasyon yöntemi ile dahil edildi. Randomizasyon yöntemi olarak basit rastgele sayılar tablosu kullanıldı. Kadınlara başvuru sırasına göre 1'den 70'e kadar numaralar verilip, www.random.org bilgisayar modülü kullanılarak numaraların gruplara ataması yapıldı. Müdahale gerektiren bir çalışma olması nedeniyle araştırmacı gruplara kör edilemeyip, çalışma tek kör olarak yürütüldü (gruplara dahil edilen kadınlar ilk görüşme bitinceye kadar hangi grupta olduklarını öğrenmemişlerdir). Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların birbirileri ile iletişime geçmelerini önlemek için tek tek görüşmeye alındı. Eğitim ve kontrol grubunu oluşturan sayılar şu şekildedir;

Eğitim grubu: 2, 3, 4, 6, 8, 13, 15, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 31, 34, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 45, 46, 50, 51, 52, 54, 55, 61, 64, 70.

Kontrol grubu: 1, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 23, 28, 29, 32, 33, 35, 36, 40, 44, 47, 48, 49, 53, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69.

3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

İS/AMS'li kadınların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form(DSÖYKÖ-KF), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(KCİÖ), Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form(ICIQ-SF), Beck Depresyon Envanteri(BDE) ve McGill Ağrı Anketi- Kısa Form(McGill-KF) puanlarıdır.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

İS/AMS'li kadınların tanıtıcı özellikleri ile İS/AMS hastalığına ilişkin durumlarıdır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada gerekli verileri toplamak için kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

- Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu (EK-1)
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form(EK-2)
- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(EK-4)
- Beck Depresyon Envanteri(EK-6)
- Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form(EK-8)
- McGill Ağrı Anketi- Kısa Form(EK-10)
- Standardize Mini Mental Test(EK-12)

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan(Peters ve diğ. 2008; İngber ve diğ. 2008; Keller ve diğ. 2012a; Parsons ve diğ. 2015; Chuang ve diğ. 2015; Katz ve diğ. 2017) İS/AMS'lu hastaların sosyodemografik verilerini ölçen 13 soru(2 açık uçlu ve 11 kapalı uçlu soru); mevcut sağlık ve kronik hastalık durumu ile ilaç kullanımı durumunu sorgulayan 3 kapalı uçlu soru; obstetrik ve jinekolojik 7 soru(1 açık uçlu ve 6 kapalı uçlu soru); İS/AMS hastalığının geçmiş ve mevcut durumu ile risk faktörlerine ilişkin verileri sorgulayan 19 soru(1 açık uçlu ve 18 kapalı uçlu soru); idrar yapma ile ilgili mevcut durumu sorgulayan 7 kapalı uçlu soru olmak üzere toplam 49 sorudan oluşmaktadır(EK-1).

3.6.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

DSÖ'nün 1980 yılında yaşam kalitesini tanımlamaya başlamasıyla çeşitli ülkelerden merkezlerin katkısıyla oluşturulan DSÖYKÖ-100 ölçeğinin içinden seçilmiş genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı olmak üzere dört alandan oluşan DSÖYKÖ-KF genel yaşam kalitesi ve genel sağlık alanından iki madde dahil olmak üzere

toplam 26 soru içermektedir. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilir(The Whoqol Group, 1998; Skevington ve diğ., 2004).

DSÖYKÖ-KF'un Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Eser ve diğ. (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formu geçerlik çalışmaları sırasında bir ulusal sorunun eklenmesiyle toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Ölçekte 1. soru genel yaşam kalitesi algısını, 2. soru genel sağlık durumu algısını ölçmeye yöneliktir. Diğer sorular alanlarına göre içerikleriyle birlikte şu şekildedir:

1. Fiziksel Sağlık Alanı (FSA): Ağrı ve rahatsızlık, ilaç ve tedavi bağımlılığı, hareketlilik, dinçlik ve yorgunluk, uyku ve dinlenme, günlük işlerin yapılması, çalışabilme gücü(Soru 3,4,10,15,16,17,18).
2. Psikolojik Sağlık Alanı (PSA): Olumlu duygular, benlik saygısı, düşünme- öğrenme-bellek, dış görünüş, dikkatini toplama, olumsuz duygular(Soru 5,6,7,11,19,26).
3. Sosyal İlişkiler Alanı (SİA): Diğer insanlarla ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam(Soru 20,21,22).
4. Çevresel Alan (ÇA): Fiziksel güvenlik ve emniyet, fiziksel çevre, maddi kaynaklar, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, ev ortamı, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşılabilirlik ve nitelik, ulaşım(Soru 8,9,12,13,14,23,24,25).
5. Kültüre Standardize Alan (KSA): Sosyal baskı(Soru 27).

DSÖYKÖ-KF 5'li likert tipinde bir ölçektir. Sorular cevaplanırken son 15 gün dikkate alınır. 27 sorudan 4 'ü(3,4,26 ve 27. sorular) olumsuz içeriklidir ve ters puanları alınarak hesaplamaya dahil edilir. Puan yükseldikçe, yaşam kalitesi yükselmektedir.

DSÖYKÖ-KF hesaplamasında puanların 100'lük sisteme dönüştürmek için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$\textit{Toplam skor} = \frac{\textit{Hastanın ham skoru} - \textit{Parametrenin en düşük skoru}}{\textit{o alt parametrenin skor aralığı}} * 100 = 100\text{'lük puan}$$

Bu formüle göre, 6 maddeli ruhsal sağlık alanında 20 puan almış bir hastanın puanının 100'lük sistemde karşılığı aşağıdaki gibi hesaplanır:

$[(20 - 6)/(30 - 6)] * 100 = 58{,}33$(İnan, 2020).

Ölçeğin bireylerin öznel görüşlerini yansıttığı unutulmamalıdır. Diğer taraftan bu ölçek, diğer benzeri ölçekler gibi bir toplam puana sahip değildir. Yani bütün alanların puanı toplanıp

tek bir yaşam kalitesi puanı ortaya konamaz. Her bir alanın puanı kendi başına önem taşımaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach's Alfa değerleri (ulusal soru dahil edildiğinde) 0.49 ile 0.78 değerleri arasında bulunmuştur(Eser ve diğ. 1999). Bu çalışmanın Cronbach's alfa katsayıları ise 0,38 ile 0,77 arasında bulunmuştur(EK-2).

3.6.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Rosen ve diğ. (2000) tarafından kadınlardaki cinsel uyarımın kısa geri bildirim ölçümünü yapabilmek; diğer ilgili cinsel fonksiyon alanlarına ait ölçümleri sağlamak ve geçerli kılmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik analizi Aygin ve Aslan(2005) tarafından yapılmıştır.

Cinsel istek veya ilgi sıklığı ve seviyesi 1. ve 2. sorularda; uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumu 3-6. sorularda; lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda; orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumu 11-13. sorularda; doyum, eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda; ağrı veya rahatsızlık vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda ele alınıp değerlendirilmektedir.

Ölçek maddeleri puanlanırken; 1 ve 2. sorularda 5-1 arasında puanlanır. 3-7; 9-11; 13-16. arasındaki sorularda ilk cevap 0 puan alırken devamında 5-1 arasında puanlanır. 8, 10, 12 ve 17-19 arasındaki sorular 0-5 arasında puanlanır. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95 en düşük ham puan ise 4'tür. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2'dir. Ölçeğin kesme puanı 26,55'tir. Puanı 26,55 ve altında olanlarda kadın cinsel işlev bozukluğu olduğu kabul edilir ve ölçekten alınan yüksek puan daha iyi cinsel fonksiyon anlamına gelmektedir(Aygin, 2005; Wiegel ve diğ., 2005).

Rosen ve diğ. (2000) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's Alfa güvenirlik katsayısı değerleri 6 alt boyut için ayrı ayrı değerlendirilmiş ve tüm alt boyutlarda 0,82'den yüksek bulunmuştur. Tüm alt boyutların toplamının Cronbah's Alfa katsayısı ise 0,97'dir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı 0,95'tir(Aygin ve Aslan, 2005). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbah's Alfa katsayısı değeri alt boyutlar ve toplam puan için 0,87 ile 0,89 arasında bulunmuştur(EK-3). Ölçek puanlaması ve faktör yükleri Tablo 3.1'de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyut Puan Tablosu

Boyut	Soru	Skor Aralığı	Katsayı	Minimum Skor	Maksimum Skor
Cinsel İstek	1,2	1-5	0.6	1.2	6
Uyarılma	3,4,5,6,	0-5	0.3	0	6
Lubrikasyon	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6
Orgazm	11,12,13	0-5	0.4	0	6
Doyum	14,15,16	0(veya 1)-5	0.4	0.8	6
Ağrı	17,18,19	0-5	0.4	0	6

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin kullanımı için Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Prof. Dr. Dilek Aygin' den e-mail yoluyla izin alındı(EK-4).

3.6.4. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri(BDE), duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerden oluşan, depresif belirtilerin düzey ve şiddet değişimini ölçmek, depresyon yönünden riski belirlemek amacıyla Aaron T. Beck ve diğerleri tarafından orjinali 1961'de, ikincisi 1978'de geliştirilen 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir(Beck ve diğ., 1961; Ünsal,2019).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışması Hisli(1988) tarafından yapılmıştır. BDE'nin amacı depresyon tanısı koymak değildir. Ölçekteki maddeler depresyonun belirtilerine ilişkindir, depresyonun etiyolojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duyguları, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve libidoda azalmadır. Ölçek maddeleri her biri 0'dan 3'e kadar değişen skorlara sahiptir. "0" numaralı seçenek depresif belirtilerin olmadığını; 1, 2 ve 3 numaralı seçenekler ise depresif belirtinin yoğunluğunu gösterecek şekilde hazırlanmıştır. Bireylerden şimdiki durumları dahil son bir haftayı kapsayacak şekilde durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi seçmeleri istenir. Puanlama bu skorların toplamı ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63, en düşük puan 0'dır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında kesme puanı 17, Cronbach's Alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Puan aralıkları doğrultusunda ölçek; 1-9 arası normal, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta düzeyde depresyon, 30-65 arası şiddetli depresyon biçiminde

değerlendirilmektedir(Hisli, 1989). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı 0.87 olarak hesaplanmıştır(EK-5).

Beck Depresyon Envanteri'nin kullanımı için ölçeğin geçerlik güvenirliğini yapan Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin'den e-mail ile izin alındı(EK-6).

3.6.5. Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form

Uluslar Arası İnkontinans Sorguma Formu-Kısa Form(ICIQ-SF) araştırma ve klinik uygulamada üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, sıklığını ve şiddetini değerlendiren bir ankettir. İnkontinans araştırmaları, prevalans çalışmaları, klinik deneyler veya yaşam kalitesine ilişkin çalışmalarda hastayı ve semptomlarını takip etmek için ICIQ danışma Kurulu tarafından tasarlanmış ve 1999'da kullanıma sunulmuştur. Avery ve diğ. (2004) tarafından geçerlik ve güvenirliği test edilmiş, Çetinel ve diğ. (2004) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. ICIQ-SF kadın-erkek, genç-yaşlı, bütün gruplarda kolaylıkla uygulanabilir.

Ölçeğin dört boyutu mevcuttur. Birinci boyutta idrar kaçırmanın ne kadar sıklıkla olduğu, ikinci boyutta idrar kaçırmanın miktarı, üçüncü boyutta idrar kaçırmanın günlük yaşama etkisi ve dördüncü boyutta idrar kaçırmaya neden olan durumlar sorgulanmaktadır. Değerlendirmede ilk üç boyut puanlanır. İdrara çıkma sıklığını sorgulayan birinci boyut sorusu 0-5 arası, idrar kaçırma miktarını sorgulayan ikinci boyut sorusu 0-6 arası; bu şikâyetlerin hastanın yaşam kalitesine olan etkisinin sorgulandığı üçüncü boyut sorusu ise 0-10 arasında skorlanmaktadır. Puanlanmayan dördüncü boyuta verilen yanıtlar bireyin yakınmalarına temellenen idrar kaçırma tipinin belirlenmesinde kullanılır. Puanlamada, boyut puanlarının ayrı ayrı toplanması yerine tek bir puanın belirlenmesi yönündedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişir; düşük puan idrar kaçırmanın yaşam kalitesini az etkilediğini, yüksek puan ise çok etkilediğini gösterir. ICIQ-SF skoru için 6 ve üzeri alınan puanın rahatsızlık veren idrar kaçırmayı belirleyen en uygun kesme noktası olduğu belirlenmiştir. Klovning ve diğ. (2009) alınan puanlara göre inkontinans şikayetlerini; 1-5 arasında hafif, 6-12 arasında orta, 13-18 arasında şiddetli ve 19-21 arasında çok şiddetli olarak sınıflandırmışlardır.

Ölçeğin Cronbach's Alfa katsayısı Çetinel ve diğ. (2004) tarafından 0.71olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach's Alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur(EK-7).

Uluslar Arası İnkontinans Sorguma Formu-Kısa Form'u kullanmak için Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Prof. Dr. Bülent Çetinel'den e-mail yoluyla izin alındı(EK-8).

3.6.6. McGill Ağrı Anketi-Kısa Form

McGill Ağrı Anketi-Kısa Formu (MAA-KF) Melzack(1987) tarafından ağrıyı değerlendirmek için geliştirilmiş bir ankettir. Anket ağrının duyusal özelliği, şiddeti ve etkisi hakkında bilgi vermektedir.

Ölçeğin birinci bölümü duyusal ağrı (11 madde) ve algısal ağrı (4 madde) olmak üzere iki alt anket ile ağrının farklı yönlerini inceleyen toplam 15 madde içerir. Her madde 4 puanlık likert tipi anketle 0-3 (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli) arasında puanlanarak değerlendirilir ve madde puanlarının toplamı ağrı skorunu verir. Bu bölümden duyusal ağrı, algısal ağrı ve toplam ağrı skoru(duyusal+algısal ağrı) olmak üzere 3 ağrı skoru elde edilir. Duyusal ağrı skoru 0-33, algısal ağrı skoru 0-12, toplam ağrı skoru ise 0-45 arasındadır. Puanın artması ağrının da arttığını göstermektedir. İkinci bölümde bireyin şu andaki ağrı şiddetini değerlendirmek için bir görsel skala yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise hastanın ağrısının şiddetini belirlemek amacıyla "ağrı yok" ve "dayanılmaz ağrı" arasında değişen altı kelime yer alır. Ölçümün yapılacağı zamanda hissedilen ağrı şiddeti bu bölümde "0" ağrı yok, "1" hafif ağrı, "2" rahatsız edici, "3" sıkıntı verici, "4" berbat ve "5" dayanılmaz ağrı olarak tanımlanmaktadır.

Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yakut ve diğ. (2007) tarafından yapılmış, Türkçe versiyonu geçerli ve güvenilir bulunmuştur. MAA-KF kronik ağrıyla ilgili çalışmalarda kullanılan, güçlü psikometrik özellikleri olan çok boyutlu bir ağrı ölçeğidir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı değeri duyusal ağrı soruları için 0,86; algısal ağrı soruları için 0,71 ve toplam sorular için 0,86 bulunmuştur. Bu çalışmada ise MAA-KF Cronbach's Alpha iç tutarlılık kat sayıları duyusal ağrı için 0,78; algısal ağrı için 0,79 ve toplam ağrı için 0,85 olarak bulunmuştur(EK-9).

McGill Ağrı Anketi-Kısa Form' un kullanımı için anketin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Prof. Dr. Yavuz Yakut'tan e-mail yoluyla izin alındı(EK-10).

3.6.7. Standardize Mini Mental Test

Standardize Mini Mental Test(SMMT) Folstein ve diğ. (1975) tarafından kognitif bozuklukların derecelendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Molloy ve Standish(1997) tarafından uygulama farklılıklarının giderildiği standardize uygulama kılavuzu eşliğinde kullanılmaya başlanmıştır. SMMT test yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış ve 11 maddeden oluşmaktadır. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen SMMT'de her doğru yanıta bir puan verilmektedir SMMT için 23/24 puanları demans için sınır puan kabul edilmekle birlikte; SMMT skorunun 18–23

puan arası hafif evre, 10–17 puan arası orta evre ve 10 puan ve daha az ise ciddi demans olarak değerlendirilmektedir(Manav ve diğ., 2018).

Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan eğitimli popülasyon için geliştirilmiş olan SMMT testinin en az beş yıl eğitim almış olan Türk popülasyonu için hafif demans tanısında geçerlik ve güvenirliği Güngen ve diğ. (2002) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin eşik değerinin 23/24 olduğu, bu değerin 0.91 duyarlık, 0.95 özgüllükte olduğu ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Pearson katsayısı: 0.99, Kappa: 0.92)(EK-11).

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın uygulanmasına başlamadan önce etik onay ve izinler alındı. Araştırmanın etik izni için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.09.2019 tarih ve 133418 sayılı yazı ile etik kurul onayı alındı(EK-14). Araştırmanın İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı'nda yürütülebilmesi için İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu'nun 03.10.2019 tarih ve 200621 sayılı yazısı ile kurum izni alındı(EK-15).

Araştırmanın uygulama aşaması Ekim 2019-Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmanın amacı ve içeriği ile ilgili kadınlara bilgi verilmesi ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu(EK-12) okutulup imzalatılması ile uygulama başladı. Görüşme için güven dolu ve mahremiyetin sağlandığı bir ortam hazırlandı, sadece hasta ve araştırmacının olduğu kapalı bir ortamda görüşmeler gerçekleştirildi.

Araştırma süresince eğitim ve kontrol grubundaki tüm kadınlara İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı'nda İS/AMS tanı ve tedavi protokolleri ile hastalara yönelik bilgilendirmeler rutin olarak klinik personeli tarafından uygulandı.

3.7.1. Eğitim Grubu ile Yapılan Uygulamalar

İS/AMS şikayetleri olan kadınlara eğitim ve danışmanlık verilmesi amacıyla Watson İBM'ne dayalı hemşirelik yaklaşımı(Tablo 3.2) ve bir eğitim programı (Tablo 3.3) ile eğitim kitapçığı (EK-13) hazırlandı ve uygulandı(Şekil 3.2). Araştırma boyunca toplam 13 görüşme yapıldı.

İlk görüşme (Ürojinekoloji bölümünde-yüz yüze): Eğitim grubundaki kadınlar ile ilk görüşmede Ürojinekoloji bölümündeki uygun bir odada mahremiyet sağlanarak görüşme yapıldı. Kadınlarla tanışıldı. Araştırmanın amacı, yöntemi ve süreci hakkında bilgi verildi ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam'ları alındı. Sosyo-demografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu,

DSÖYKÖ-KF, KCİÖ, ICIQ-SF, BDE ve MAA-KF uygulandı. Ölçekler doldurulurken Watson İBM'ne göre görüşme süreci yönetildi. İS/AMS için araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı üzerinden bilgilendirme yapıldı. Kadınlara araştırmacıya ulaşabilecekleri iletişim bilgileri verildi ve kadınlardan da izinleri alınarak iletişim bilgileri alındı. Görüşmeler ortalama 50 dakika ile 1,5 saat arasında sürdü.

İkinci-üçüncü-…-on ikinci görüşme(telefon görüşmesi): İkinci-üçüncü-…-on ikinci izlemler eğitim verildikten 1 hafta sonra başladı ve 7 günlük aralar ile gerçekleştirildi. Bu görüşmeler sırasında son 7 gün içerisinde genel durumunun nasıl olduğu, ağrısının/alevlenmelerin olup olmadığı, şikayetlerini artıracak günlük yaşam aktivitesi olup olmadığı konuşuldu. Hastadan alınan bilgiler doğrultusunda görüşme sürdürüldü. Görüşmeler 15-30 dakika arasında gerçekleşti. Haftalık görüşmelerde Watson İBM' nin duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, duygu ve hislerin ifadesi, problem çözme, öğretme-öğrenme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım ve güçlere olanak sağlama süreçleri kullanıldı. Bu model ile yapılacak girişimin amacı hemşireliğin özünü oluşturan bakımın temelde sevgi ve güven ortamında verilmesinin sağlanmasıdır. Böylece birey kendi sağlığına bütüncül yaklaşımın farkına varacak ve sağlık ekibine olan güveni de sürdürülecektir. Haftalık izlemlerde tedavi ve takip sürecine hastanın dahil edilmesi ve semptomları konusunda farkındalık oluşması amaçlandı.

On üçüncü(son) görüşme(Yüz yüze ya da telefon ile): Son görüşme eğitim verildikten 3 ay sonra gerçekleştirildi. Görüşmeler için hastanın hastanede olduğu durumlarda yüz yüze, hastaneye gelemediği durumlarda telefonla konuşarak ya da çevrimiçi görüntülü olarak yapıldı. Eğitim ve danışmanlık süreci değerlendirildi. Kadınların kendi bakımını takip etmesi için İS/AMS ile ilgili durumunu ne kadar tanımladığı ve ne kadar güçlendiği gözlendi. DSÖYKÖ-KF, KCİÖ, ICIQ-SF, BDE ve MAA-KF son test olarak tekrar uygulandı. Görüş ve öneriler alınarak görüşme sonlandırıldı.

Tablo 3.2. Watson İBM İyileştirme Süreçleri ve İS/AMS'li Kadınlar İçin Hemşirelik Yaklaşımları

Süreç No	İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Yaklaşımları
1.Süreç	İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi: İnsancıllık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye, sevgiyle, şefkatle yaklaşma	Bireyi, sosyo-demografik bilgi ve hastalık öykü formu ile tanımlama, kişisel öyküsünü alma ve değerlendirme, kişisel değerlerini netleştirme. Bireye adıyla hitap edildi, ılımlı ve sevgi dolu yaklaşıldı. Olduğu gibi kabul edildiği mesajı verildi. Bulunduğu ortamda rahat hissetmesi sağlandı.
2.Süreç	İnanç-Umut: İnanç ve umudu aşılama ve karşısındakini onurlandırma	Hasta için bakım ilişkisinin anlamını kavrama, İS/AMS ile ilgili durumunu tanımlama, hastaya bakım vermek için kendini değerlendirme ve hazırlık yapma, hastaya empati yapma, umut etmesi ve inanç geliştirmesi için hastayı güçlendirme. Göz teması kurularak iletişim başlatıldı ve sürdürüldü. İnançları hakkında bilgi alınarak desteklendi.
3.Süreç	Duyarlılık: Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma	Hastanın manevi gereksinimlerine ve ruhsal bakımına katılma, geçmiş deneyimlerinden yararlanma, semptom yönetiminde farklı yolları bulma, hastaya karşı duyarlılığı artırma. Alevlenme dönemlerini kayıt altına alması önerildi. Haftalık görüşmelerde geri bildirim alındı.
4.Süreç	Yardım-güven ilişkisi: Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme	Hastanın özel alanına girebilme, İS/AMS deneyiminden anlam bulmasına yardımcı olmak için bakım ilişkisi kurma, en iyi bakım şekilleri ile bireyi kabul edip, onaylayıp, bakımını sürdürebilmeyi sağlama. Hastaların kaygılarını aktarmasına yardım eden stratejileri kullanma, kendini toparlaması ve öz iyileşmesi için yardımcı olabilme. Haftalık görüşmelerde yeterli süre tanıyarak kendisini ifade etmesine fırsat verildi.
5.Süreç	Duygu ve hislerin ifadesi: İnsanların öykülerini dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların kabul edilmesi ve desteklenmesi	Hastanın kaygılarını ifade etmesini sağlayabilme, hastaların ağrı çektiğinde ne hissettiğini göstermelerine yardımcı olma, kişisel ve kültürel olarak ağrı hakkındaki gelenekleri anlama, öyküsündeki gizli desenleri ortaya çıkarma ve kendi sağlık probleminin derin anlamını anlaması için kullanabilme. Şikayetlerini tetikleyen etkenler konusunda öz farkındalığını artırması konusunda destek olundu.
6.Süreç	Problem çözme: Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma	Hastaların eşsizliğini anlama, İS/AMS'nun hastanın günlük yaşam şeklini ve rollerini nasıl etkilediğini anlama, İBM'ni hastanın durumuna uyarlayabilme, yaşadığı durumu önceki deneyimlerimle karşılaştırabilme, ele alınması gereken önemli konuları belirleme, hastanın sorunlarını çözmesine yardım edebilme, uygun iyileştirme yöntemlerini belirleme. Soru sorma konusunda yetersiz hisseden kadınlar cesaretlendirildi.
7.Süreç	Öğretme-öğrenme: Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama	Hastanın kendi deneyimlerini anlayabilmesini sağlama, kendi seçimlerinin ve sonuçlarının farkında olması, bilme yollarını belirleme ve öz-bakım ve iyileşmesini artıracak şekilde paylaşabilmesi, hastanın gereksindiği bilgi ve beceriyi kazandırabilme ve öz-yeterliğini geliştirme. Aile içi rollerini gözden geçirip aile üyelerinden yardım almaları ve kendilerini ifade etmeleri önerildi.
8.Süreç	İyileşme çevresi: Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturma	Hastanın rahatını sağlamak ve sürdürmek, çevre, sesler ve kokuların hasta için ne anlama geldiğini ifade etmesi, bu duruma iyileştirme yöntemlerini dâhil edebilme. Kendisine zaman ayıracağı çevre oluşturması konuşuldu. Gevşeme metnini kullanması önerildi.
9.Süreç	Gereksinimlere yardım: Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma	Hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek, yaşamındaki destekleri belirleme, destekleri onun bakımıyla ilgisini saptamak. Hastaya uygun olan bakım/iyileştirme tarzlarını saptama ve onurlandırabilme, onurlu bir bakımın uygulamanın anlamını kavrama.Temel ihtiyaçları tespit edilip uyku, gevşeme ve iyileşme önerilerinde bulunuldu.
10.Süreç	Güçlere olanak sağlama: Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin verme	Hastanın kendisi için geleceği nasıl gördüğünü sorgulama, hastanın deneyimlerinden anlam bulabilmesi için gerekenleri yapabilme, hasta ve araştırmacı için bu durumdan çıkartılacak yaşam derslerini saptama, hasta için uygun olan ruhsal bakımı belirleme. İyileşme sürecinin devam edeceği, umudunu kaybetmemesi ve yalnız olmadığı anlatıldı.

Tablo 3.3. Watson İBM İyileştirme Süreçleri Doğrultusunda Verilen Eğitim

Görüşme	Eğitimin Amacı ve İçeriği	Watson İBM İyileştirme Süreçleri Rehberliğinde Uygulamalar	Süre
1. Görüşme (Yüz yüze)	*Tanışma ve Ön Testin Uygulanması *Eğitimin Verilmesi *Hastalığı hakkında bilgi durumunun değerlendirilmesi *Durumu ile ilgili endişe ve duygularını ifade etmesinin sağlanması *Otantik ilişkinin başlatılması *Sevgiye dayalı ilişki kurulması *Hastanın bakım sürecine dahil edilmesi	*İS/AMS eğitim kitapçığı üzerinden hastalık hakkında bilgilendirme, kişisel hijyen ve bakım, diyet ve mesane eğitiminin yer alacağı hasta eğitimi verildi. Haftalık yapılacak görüşme konusunda bilgilendirildi. *Hasta ile görüşmede ilgili, içten ve anlayışlı bir tutum ile görüşüldü. Kişisel öykü alındı(İS-1). *Hasta ile empati geliştirerek araştırmacı kendini eğitime hazırladı(İS-2). *Görüşme için güven dolu ve mahremiyetin sağlandığı bir ortam hazırlandı (İS-8). *Yardım edici ilişkiyi başlatmak için hastanın kaygılarını aktarmasına izin verildi (İS-4). *Hastanın öyküsü dinlenerek olumlu-olumsuz duygularını ifade etmesi sağlandı. Hastalığı hakkında soru sorması, düşüncelerini ifade etmesi konusunda cesaretlendirildi. (İS-5). *Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemleri kullanıldı. Ele alınması gereken önemli konular belirlendi, hastanın sorunlarını çözmesine yardım edildi, uygun iyileştirme yöntemleri belirlendi(İS-6). *Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, araştırmacı kendisine ve bireylere duyarlı olmayı amaçladı. Hastanın geçmiş deneyimlerinden yararlanarak semptom yönetiminde farklı yollar bulmak amaçlandı (İS-3). *Fiziksel ve ruhsal benlik için bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturuldu, ortam görüşmeye ve eğitime uygun hale getirildi (İS-8). *Hastanın kendisi için geleceği nasıl gördüğü sorgulandı, kendi deneyimlerinden anlam bulabilmesi ve bu durumdan çıkartılacak yaşam derslerini saptaması için ruhsal bakım verildi (İS-10).	1 saat
2-12. Görüşme (Telefonda haftalık görüşme)	*Otantik ve sevgiye dayalı ilişkinin sürdürülmesi *Hastalık ve bakım farkındalığı oluşturma *Problem çözme sürecine dahil olduğunun fark edilmesinin sağlanması	*Telefonda kendini rahat ifade etmesi için nazik ve içten ses tonu ile konuşma başlatıldı. Düşüncelerini ve deneyimlerini paylaşması için yeterli zaman tanındı (İS-4). *İlk görüşmede verilen bilgilerin yeterince anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edildi. Soru sorması ve kendi hedefleri ile ilgili katılımı için cesaretlendirildi (İS-8). *Bireysel gereksinimlere ve bireye özgü öğrenme ve öğretme süreci uygulandı (İS-7). *Hastanın destek sistemlerini anlayarak uygun bakım tarzı belirlendi ve onurlu bir bakım alması sağlandı (İS-9).	15-30 dakika
13. Görüşme (Telefonda veya yüz yüze)	*Eğitimin değerlendirilmesi ve sürecin sonlandırılması	*Eğitimin sonunda kişinin özgüvenine katkı sağlayıp sağlamadığı anlaşılmaya çalışıldı. Umudunu kaybetmeden kendisi için planlar yapması desteklendi. Diğer katılımcılarla isterse iletişim kurabileceği, destek ortamı sağlanabileceği bilgisi verildi (İS-10).	1 saat

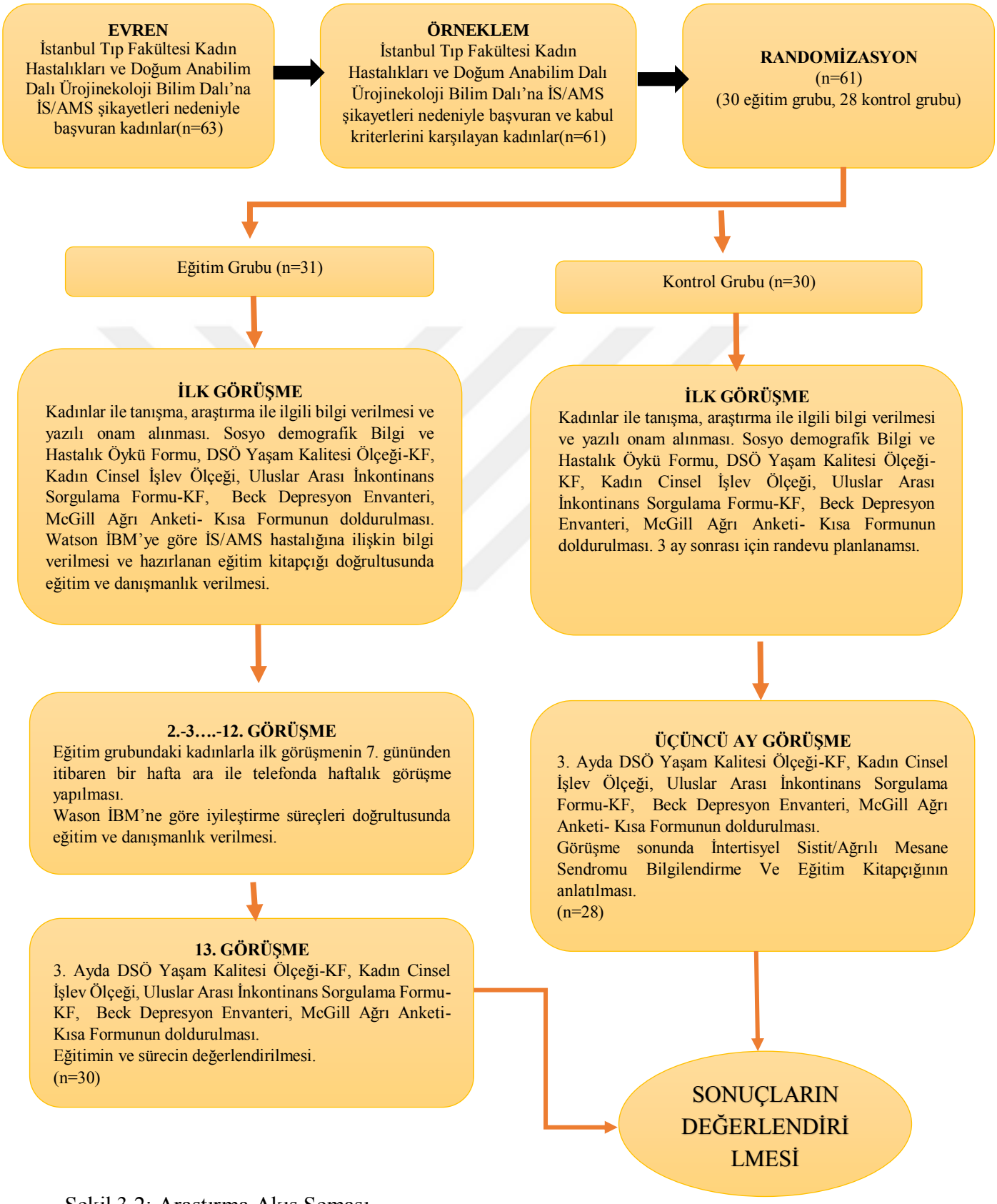
İS: İyileştirme Süreci

3.7.2. Kontrol Grubu ile Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubundaki kadınlarla toplam 2 görüşme yapıldı. Kadınlar ile ilk görüşme Ürojinekoloji bölümündeki uygun bir odada mahremiyet sağlanarak yapıldı. İlk örüşmede kadınlar ile tanışıldı. Araştırmanın amacı, yöntemi ve süreci hakkında bilgi verildi. Araştırma sırasında toplanan bilgilerin gizli kalacağı açıklandı ve bilgilendirilmiş gönüllü onamları alındı. Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu, DSÖYKÖ-KF, KCİÖ, ICIQ-SF, BDE ve MAA-KF uygulandı. Araştırmacıya ulaşabilecekleri iletişim bilgileri verildi ve kadınlardan da izinleri alınarak iletişim bilgileri alındı. Görüşmeler ortalama 50 dakika ile 1,5 saat arasında sürdü. 3. Ay görüşme için randevu tarihi verilerek ilk görüşme sonlandırıldı. Kontrol grubundaki kadınlarla 3. Ay görüşme randevuları doğrultusunda yüzyüze ya da telefon ile görüşülerek yapıldı. , DSÖYKÖ-KF, KCİÖ, ICIQ-SF, BDE ve MAA-KF son test olarak tekrar doldurudu. Son testi uyguladıktan sonra bu gruba da eğitim materyali ile eğitim ve danışmanlık verildi; kitapçık anlatıldı ve görüşme sonlandırıldı. Telefonla yapılan görüşmelerden sonra kitapçık posta yoluyla kadınlara ulaştırıldı.

3.7.3. Araştırma Akış Şeması

Araştırma akış şeması Şekil 3.2'de verilmiştir.



Şekil 3.2: Araştırma Akış Şeması

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analiz edilmesi için öncelikle Excell programı kullanılarak veri seti oluşturuldu. Hazırlanan veri seti SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 26.0) paket programına aktarılarak değerlendirildi.

Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma olarak hesaplandı. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığını hesaplamak için çarpıklık ve basıklık katsayısı(Skewness-Kurtosis), histogram yöntemi yanında Shapiro Wilk ve Kolmogrov-Simirnov normallik testleri birlikte kullanıldı. Normallik analizlerinin sonucunda deney ve kontrol grubu verilerinin bazı testlerde yaklaşık normal dağıldığı belirlendi ancak grupların 30'dan küçük olması nedeniyle analizler yapılırken parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verildi.

Tanımlayıcı verilerde grupların birbiri ile karşılaştırılmasında sürekli değişkenlerin analizi için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerin analizi için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ve sonrası; kontrol grubundaki kadınların ise ilk görüşme ve 3. Ay görüşme DSÖYKÖ-KF, KCİÖ, ICIQ-SF, BDE ve MAA-KF ortalamalarının grup içinde karşılaştırılması için Wilcoxon Signed Rank testi kullanıldı. Gruplar arasındaki anlamlılık düzeyi için Mann-Whitney U test kullanıldı. Sonuçlar %95 güven düzeyinde ve anlamlılık 0.05 olarak değerlendirildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı(EK-12). Etik kurul onayının ardından çalışmanın yapıldığı İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Yönetim Kurulu'ndan kurum izni alındı (EK-13). Çalışmanın yürütüldüğü İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı'nda görevli tüm personel çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve iş birliği sağlanarak çalışma yürütüldü. Kadınlardan araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamaları içeren şekilde Helsinki Bildirgesi'ne göre bilgilendirilmiş gönüllü onam formu hazırlanarak eğitim ve kontrol grubundan yazılı onay alındı (EK-14).

3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırmanın randomize kontrollü deneysel tipte ve ön test-son test kontrol gruplu bir çalışma olması, İS/AMS hastalığı için eğitim ve danışmanlık programının bir modele dayalı olarak oluşturulması, danışmanlık verilirken yazılı materyal kullanılması araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

İS/AMS'li kadınlarla ilgili hasta eğitiminin değerlendirildiği örnek bir araştırmanın literatürde yer almaması, araştırmanın yürütüldüğü dönemde ortaya çıkan pandemi nedeniyle yüz yüze görüşmelerin kısıtlanması, eğitim grubundaki kadınlarla her ay yapılması planlanan görüşmeler için yüz yüze görüşme yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

İS/AMS teşhisi koyulan kadınlara Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın cinsel sağlık ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla çalışmaya dahil edilen 58 vakadan(eğitim grubunda 30, kontrol grubunda 28) istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular, aşağıda belirtilen üç başlık halinde ele alındı. Bunlar;

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik/Jinekolojik Ve Mevcut Hastalık/Sağlık Özgeçmişi, İdrar Yapma Özellikleri Verilerine İlişkin Bulgular

4.2. İS/AMS Hastalığı Verilerine İlişkin Bulgular

4.3. Watson İBM İle Verilen Eğitimin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, Ve McGill Ağrı Anketi- Kısa Form Sonuçlarına Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.1 KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK/JİNEKOLOJİK, MEVCUT HASTALIK/SAĞLIK ÖZGEÇMİŞİ ve İDRAR YAPMA VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde İS/AMS teşhisi koyulan kadınlara ait sosyo-demografik özellikler, alışkanlıklar, obstetrik/jinekolojik özgeçmişi, mevcut hastalık/sağlık özgeçmişi ve idrar yapma özelliklerine ilişkin bulgulara ve bu bulguların gruplar arasında karşılaştırılmasına ilişkin verilere yer verildi.

Kadınların gruplara göre sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik ve Alışkanlık Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		Z*MWU* p
Yaş Ort±Ss	46,90±10,13		47,54±10,16		47,21±10,06		-0,023 0,981
Eğitim Yılı Ort±Ss	7,00±4,25		7,14±5,37		7,07±4,78		-0,169 0,866
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2 p**
Medeni Durum							
Evli	28	93,3	25	89,3	53	91,4	χ^2= 0,301*
Bekar	2	6,7	3	10,7	5	8,6	p=0,665
Eğitim Süresi							
8 Yıl Altı	22	73,3	17	60,7	39	67,2	χ^2=1,047
8 Yıl Üstü	8	26,7	11	39,3	19	32,8	p= 0,306
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	6	20	10	35,7	16	27,6	χ^2=1,790
Çalışmıyor	24	80	18	64,3	42	72,4	p= 0,181
Sosyal Güvence							
Var	27	90	25	89,3	52	89,7	χ^2=0,008*
Yok	3	10	3	10,7	6	10,3	p= 1,000
Aile Yapısı							
Çekirdek Aile	26	86,7	25	89,3	51	87,9	χ^2=0,094*
Geniş Aile	4	13,3	3	10,7	7	12,1	p= 1,000
Aylık Gelir							
Gelir Giderden Düşük	16	53,3	13	46,4	29	50	χ^2=1,237** p= 0,662
Gelir Gidere Eşit	13	43,3	12	42,9	25	43,1	
Gelir Giderden Yüksek	1	3,3	3	10,7	4	6,9	
Sigara Kullanımı							
Evet	5	16,7	6	21,4	11	19	χ^2=0,214
Hayır	25	83,3	22	78,6	47	81	p= 0,644
Çay Tüketimi							
Evet	28	93,3	25	89,3	53	91,4	χ^2=0,301*
Hayır	2	6,7	3	10,7	5	8,6	p= 0,665
Türk Kahvesi Tüketimi							
Evet	13	43,3	16	57,1	29	50,0	χ^2=1,105
Hayır	17	56,7	12	42,9	29	50,0	p= 0,293
							Z*MWU* P***
Sigara(Gün/Adet) Ort±Ss	(n=5) 9,80±6,41		(n=6) 9,83±5,60		(n=11) 9,82±5,67		0,000 1,000
Çay (Gün/Bardak) Ort±Ss	(n=28) 4,36±2,57		(n=25) 4,80±2,81		(n=53) 4,57±2,67		-0,567 0,571
Türk Kahvesi (Gün/Fincan) Ort±Ss	(n=13) 1,15±1,14		(n=16) 1,75±2,29		(n=29) 1,48±1,86		-0,620 0,535

ZMWU=MannWhitney U Testi χ^2=Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi **Fisher-Freeman-Halton Exact Testi

Anlamlılık Düzeyi p≤0,05 ***Sigara, çay ve Türk kahvesi tüketen kadınlar için analiz edilmiştir.

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, aile yapısı, gelir durumu ile sigara, çay ve kahve alışkanlıkları verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı($p>0,05$).

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 47,21±10,06 bulundu. Kadınların %67,2'sinin(n=39) 8 yıl ve altında ilk ve orta öğretim düzeyinde eğitim aldığı belirlendi. Toplam eğitim alınan yıl ortalaması 7,07±4,78 olarak bulundu(Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan kadınların %91,4'ünün(n=53) evli olduğu; %72,4'ünün(n=42) çalışmadığı; %89,7'sinin(n=52) sosyal güvence sahibi olduğu; %87,9'unun(n=51) çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %50'sinin(29) gelir düzeyi giderlerinden düşüktü(Tablo 4.1).

Kadınların %19'u(n=11) sigara kullandığını bildirdi. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların günlük içtiği sigara miktarının ortalaması 9,82±5,67 adetti(Tablo 4.1).

Kadınların %91,4'ü(n=53) çay tüketiyordu. Çay tüketen kadınların günlük çay tüketimi ortalaması 4,57±2,67 bardak olarak bulundu. Kadınların %50'si(n=29) Türk kahvesi içtiğini belirtti. Türk kahvesi içen kadınların günlük kahve tüketimi 1,48±1,86 fincan olarak bulundu(Tablo 4.1).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, aile yapısı, gelir durumu ile sigara, çay ve Türk kahvesi alışkanlıkları benzerdir.

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan kadınların obstetrik/jinekolojik verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.2: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		Z_{MWU} p
Gebelik Sayısı Ort±Ss	3,50±3,03		3,86±2,64		3,67±2,83		-0,693 0,488
Doğum Sayısı Ort±Ss	2,47±2,22		2,82±2,26		2,64±2,23		-0,869 0,385
Düşük/ Küretaj Sayısı Ort±Ss	1,33±1,84		1,04±1,10		1,19±1,52		-0,319 0,750
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2 p**
Gebelik							
Evet	27	90	28	100	55	94,8	χ^2=2,953*
Hayır	3	10	0	0	3	5,2	p= 0,238
Canlı Doğum							
Evet	26	86,7	27	96,4	53	91,4	χ^2=1,752*
Hayır	4	13,3	1	3,6	5	8,6	p= 0,354
Sezeryan İle Doğum							
Evet	9	30,0	12	42,9	21	36,2	χ^2=1,037
Hayır	21	70,0	16	57,1	37	63,8	p= 0,309
Düşük/Kürtaj							
Evet	18	60,0	17	60,7	35	60,3	χ^2=0,003
Hayır	12	40,0	11	39,3	23	39,7	p= 0,956
Jinekolojik Operasyon							
Evet	12	40	7	25	19	32,8	χ^2=1,479
Hayır	18	60	21	75	39	67,2	p= 0,224
TAH+BSO							
Evet	5	16,7	3	10,7	8	13,8	χ^2=0,432*
Hayır	25	83,3	25	89,3	50	86,2	p= 0,707

Z_{MWU}= MannWhitney U Testi χ^2= Ki-kare Testi * Fisher's Exact Testi

Anlamlılık Düzeyi p≤0,05 TAH+BSO: Total Abdominal Histerektomi+Bilateral Salfingoooferoktomi

Eğitim ve kontrol grubu arasında gebe kalma, canlı doğum yapma, sezeryan ile doğum yapma, düşük/küretaj öyküsü, jinekolojik ameliyat geçirme ve TAH+BSO ameliyatı olma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(p>0,05).

Eğitim grubunun gebelik sayısı ortalaması 3,50±3,03; doğum sayısı ortalaması 2,47±2,22; düşük/kürtaj sayısı ortalaması 1,33±0,54 olarak bulundu. Kontrol grubunun gebelik sayısı ortalaması 3,86±2,64; doğum sayısı ortalaması 2,82±2,26; düşük/kürtaj sayısı ortalaması 1,39±0,49 olarak bulundu(Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan İS/AMS'li kadınların %94,8'inin(n=55) gebe kaldığı, %91,4'ünün(n=53) canlı doğum yaptığı ve %36,2'sinin(n=21) sezeryan ile doğum yaptığı bulundu. Kadınların %60,3'ünün(n=35) düşük/kürtaj öyküsü vardı. Kadınların %32,8'inin(n=19) en az bir jinekolojik ameliyat geçirdiği ve %13,8'inin(n=8) TAH+BSO ameliyatı olduğu bulundu(Tablo 4.2).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar obstetrik ve jinekolojik veriler yönünden benzerdir.

Tablo 4.3'te mevcut hastalık ve sağlık özgeçmişlerine ilişkin veriler ve bunların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.3: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Mevcut Hastalık ve Sağlık Özgeçmişi Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Kronik Hastalık							
Var	19	63,3	17	60,7	36	62,1	χ^2=0,042
Yok	11	36,7	11	39,3	22	37,9	p= 0,837
Kardiyovasküler Hastalıklar							
Var	12	40	9	32,1	21	36,2	χ^2=0,387
Yok	18	60	19	67,9	37	63,8	p= 0,534
Tip 2 Diyabet							
Var	4	13,3	4	14,3	8	13,8	χ^2=0,011*
Yok	26	86,7	24	85,7	50	86,2	p= 1,000
Tiroid Bozuklukları							
Var	5	16,7	3	10,7	8	13,8	χ^2=0,432*
Yok	25	83,3	25	89,3	50	86,2	p= 0,707
Mide Problemleri							
Var	4	13,3	3	10,7	7	12,1	χ^2=0,094*
Yok	26	86,7	25	89,3	51	87,9	p= 1,000
Kronik Hastalık İçin İlaç Kullanımı							
Var	22	73,3	18	64,3	40	69	χ^2=0,554
Yok	8	26,7	10	35,7	18	31	p= 0,457
Geçirilmiş Böbrek Hastalığı							
Var	12	40	9	32,1	21	36,2	χ^2=0,387
Yok	18	60	19	67,9	37	63,8	p= 0,534

χ^2=Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında kronik hastalık, kardiyovasküler hastalık, Tip 2 Diyabet, Tiroid bozuklukları, mide problemleri, ilaç kullanma ve böbrek hastalığı öyküsü verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(p>0,05).

Kadınların %62,1'inde(n=36) en az bir kronik hastalık vardı. Kronik hastalık olarak %36,2'sinde(n=21) kardiyovasküler hastalık ve geçirilmiş en az bir böbrek hastalığı, %13,8'inde(n=8) diyabet ve tiroid bozukluğu ile %12,1'inde(n=7) mide rahatsızlıkları olduğu bulundu. Kronik hastalık durumuna uygun olarak kadınların %69'unun(n=40) sürekli kullandığı bir ilaç vardı(Tablo 4.3).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar mevcut hastalık ve sağlık özgeçmişi verileri yönünden benzerdir.

Tablo 4.4'de kadınların işeme alışkanlıklarına ilişkin bulgular ve bulguların gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin verilerin dağılımına yer verildi.

Tablo 4.4: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İdrar Yapma Özellikleri Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Günlük İdrar Yapma Sayısı							
3-5 arası	3	10,0	8	28,6	11	19,0	χ^2=3,250
6 ve üzeri	27	90,0	20	71,4	47	81,0	p= 0,071
Gece İdrara Çıkma							
Var	24	80	21	75	45	77,6	χ^2 =0,208
Yok	6	20	7	25	13	22,4	p= 0,648
Gece İdrara Çıkma Sıklığı							
2 veya daha fazla	20	66,7	16	57,1	36	62,1	χ^2=0,558
0-1 kez	10	33,3	12	42,9	22	37,9	p= 0,455
İdrar Yapmadan Önce, Yaparken ve Yaptıktan Sonra Ağrı							
Var	30	100	26	92,9	56	96,6	χ^2=2,219*
Yok	0	0	2	7,1	2	3,4	p= 0,229
İdrar Yaparken Ağrı Hissetme Sıklığı							
Var	26	86,7	24	85,7	50	86,2	χ^2 =0,011*
Yok	4	13,3	4	14,3	8	13,8	p= 1,000
İdrar Yaptıktan Sonra Çıkma İsteği							
Var	20	66,7	19	67,9	39	67,2	χ^2 =0,009
Yok	10	33,3	9	32,1	19	32,8	p= 0,923
İdrar Kesesinde Ağrı Hissetme							
Var	22	73,3	23	82,1	45	77,6	χ^2 =0,646
Yok	8	26,7	5	17,9	13	22,4	p= 0,421
İdrar Kesesinde Baskı/Basınç Hissetme							
Var	21	70,0	19	67,9	40	69,0	χ^2 =0,031
Yok	9	30,0	9	32,1	18	31,0	p= 0,860
İdrar Yolu Enfeksiyonu(İYE)							
Var	22	73,3	18	64,3	40	69	χ^2=0,554
Yok	8	26,7	10	35,7	18	31	p= 0,457
1 Yılda Geçirilen İYE							
0-2 Kez	15	50,0	15	53,6	30	51,7	χ^2=0,074
3 ve Üzeri	15	50,0	13	46,4	28	48,3	p= 0,786

χ^2 =Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05 İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında günlük idrar yapma sayısı, gece idrara çıkma ve sıklığı, idrar yapmadan önce, yaparken ve yaptıktan sonra ağrı, idrar yaparken ağrı, idrar yaptıktan sonra tekrar idrara çıkma isteği, idrar kesesinde ağrı, idrar kesesinde baskı ve basınç hissetme, İYE geçirme ve bir yılda geçirilen İYE sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0,05).

Kadınların %81'inin(n=47) günlük idrar yapma sayısının 6 ve üzerinde olduğu bulundu. Kadınların %77,6'sı(n=45) gece en az bir kez idrara çıktığını, %62,1'i(n=36) 2 kez veya daha fazla gece idrara çıktığını bildirdi(Tablo 4.4).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %96,6'sı(n=56) idrar yapmadan önce, yaparken ve yaptıktan sonra ağrı hissettiklerini bildirdi. Kadınların %86,2'sinin(n=50) idrar yaparken ağrı hissettiği, %77,6'sının(n=45) idrar kesesinde ağrı hissettiği bulundu. Araştırmaya katılan kadınların %67,2'si(n=39) idrar yaptıktan sonra tekrar idrara çıkma isteği duyduğunu bildirdi. İdrar kesesinde baskı/basınç hissettiğini bildiren kadınların oranı %69(n=40) olarak bulundu(Tablo 4.4).

Kadınların %69'unun(n=40) bir yıl içerisinde en az bir kez İYE geçirdiği, bir yıl içerisinde 3 veya daha fazla İYE geçirme oranı %48,3(n=28) olarak bulundu(Tablo 4.4).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar işeme ile ilgili özellik verileri yönünden benzerdir.

4.2. İS/AMS HASTALIĞINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde İS/AMS teşhis ve şikayetlerine ilişkin özellikler, İS/AMS şikayetlerini etkileyen durumlara ilişkin özellikler, İS/AMS ile birlikte görülen şikayet ve hastalıklarla ilgili özellikler, aile ve çocukluk çağı özelliklerine ilişkin bulgular ile bu bulguların gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin verilere yer verildi.

Kadınların gruplara göre İS/AMS hastalığına ilişkin verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4.5: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS Özellikleri Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		Z_{MWU} p
İS/AMS Teşhis Zamanı(Ay) Ort±Ss	19,97±22,55		37,82±60,08		28,59±45,27		-0,047 0,963
	Eğitim(n=30) n	%	Kontrol(n=28) n	%	Toplam(58) n	%	χ^2 p
İS/AMS Hakkında Bilgiye Ulaşma							
Ulaşmış	10	33,3	7	25	17	29,3	χ^2=0,485
Ulaşmamış	20	66,7	21	75	41	70,7	p= 0,486
İS/AMS İçin İlaç Kullanma							
Var	12	40	18	64,3	30	51,7	χ^2=3,421
Yok	18	60	10	35,7	28	48,3	p= 0,064
İS/AMS Şikayet Sıklığı							
Her gün	19	63,3	11	39,3	30	51,7	χ^2=3,681**
Haftada 1-2	2	6,7	5	17,9	7	12,1	p= 0,158
Ayda 1-2	9	30,0	12	42,9	21	36,2	
Şikayet Azaltma Yöntemi Kullanma***							
Evet	16	53,3	19	67,9	35	60,3	χ^2=1,277
Hayır	14	46,7	9	32,1	23	39,7	p= 0,259
Lokal Sıcak Uygulama							
Evet	11	36,7	15	53,6	26	44,8	χ^2=1,673
Hayır	19	63,3	13	46,4	32	55,2	p= 0,196
Bitkisel Çaylar/Takviyeler							
Evet	8	26,7	4	14,3	12	20,7	χ^2=1,353
Hayır	22	73,3	24	85,7	46	79,3	p= 0,245
Su Miktarını Artırma							
Evet	2	6,7	2	7,1	4	6,9	χ^2=0,005*
Hayır	28	93,3	26	92,9	54	93,1	p= 1,000

Z_{MWU}= MannWhitney U Testi χ^2= Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi **Fisher-Freeman-Halton Exact Testi
Anlamlılık düzeyi p≤0,05 ***Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında İS/AMS teşhis zamanı, İS/AMS hakkında bilgiye ulaşma, İS/AMS tedavisi için ilaç kullanma, hastalıkla ilgili şikayetlerinin sıklığı, şikayetlerini azaltmak için herhangi bir yönteme başvurma, lokal sıcak uygulama, bitkisel çaylar/takviyeler ve su miktarını artırma verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0,05).

Kadınların İS/AMS hastalığının teşhis edilme zamanı ortalaması 28,59±45,27 ay olarak bulundu. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %70,7'sinin(n=41) hastalık hakkında herhangi bir bilgiye ulaşmadığı bulundu(Tablo 4.5). Hastalık ile ilgili bilgiye ulaşan %29,3(n=17) oranındaki kadınların %23,5'i(n=4) sağlık çalışanlarından, %52,9'u(n=9) internetten ya da sosyal çevresinden, %23,5'i(n=4) hem sağlık çalışanlarından hem de internet ve sosyal çevresinden bilgiye ulaştığını bildirdi.

İS/AMS'li kadınların %51,7'si(n=30) İS/AMS için verilen herhangi bir ilacı kullandığını ve hastalıkla ilgili şikayetlerini her gün yaşadığını bildirdi. Kadınların %60,3'ünün(n=35) şikayetlerini azaltmak için herhangi bir yönteme başvurduğu, %44,8'inin(n=26) şikayetlerini azaltmak için genital bölgeye ve ayaklarına sıcak uygulama yaptığı, %20,7'sinin(n=12) çeşitli bitkisel çaylar ve takviye ürünler kullandığı, %6,9'unun(n=4) su tüketim miktarını artırdığı bulundu(Tablo 4.5).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar İS/AMS ile ilgili veriler yönünden benzerdir.

Tablo 4.6'da eğitim ve kontrol grubundaki kadınların çocukluk çağında kabızlık, idrar yolu enfeksiyonu, idrarda yanma/ağrı ve yatak ıslatma şikayetlerinin olup olmadığı ve ailede idrar yolu ile ilgili problemi olma durumu ile verilerin dağılımı ve gruplar arasındaki karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.6: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların Çocukluk Çağının ve Ailede İS/AMS Benzeri Şikayet Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Çocuklukta Kabızlık							
Var	8	26,7	8	28,6	16	27,6	χ^2= 0,026
Yok	22	73,3	20	71,4	42	72,4	p= 0,871
Çocuklukta İYE Benzeri Şikayet							
Var	4	13,3	5	17,9	9	15,5	χ^2= 0,226*
Yok	26	86,7	23	82,1	49	84,5	p= 0,726
Çocuklukta İdrarda Yanma/Ağrı							
Var	3	10	4	14,3	7	12,1	χ^2= 0,251*
Yok	27	90	24	85,7	51	87,9	p= 0,701
Çocuklukta Yatak Islatma							
Var	5	16,7	4	14,3	9	15,5	χ^2= 0,063*
Yok	25	83,3	24	85,7	49	84,5	p= 1,000
Ailede İS/AMS Benzeri Şikayet Öyküsü							
Var	6	20	9	32,1	15	25,9	χ^2= 1,114
Yok	24	80	19	67,9	43	74,1	p= 0,291
İS/AMS Benzeri Şikayetler-Anne							
Var	2	6,7	5	17,9	7	12,1	χ^2= 1,709*
Yok	28	93,3	23	82,1	51	87,9	p= 0,246
İS/AMS Benzeri Şikayetler-Kardeş							
Var	4	13,3	5	17,9	9	15,5	χ^2= 0,226*
Yok	26	86,7	23	82,1	49	84,5	p= 0,726

χ^2= Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında çocuklukta kabızlık, İYE geçirme, idrarda yanma/ağrı ve yatak ıslatma öyküsü; ailede İS/AMS benzeri şikayetler olması verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(p>0,05). Kadınların %27,6'sında(n=16) çocuklukta kabızlık öyküsü, %15,5'inde(n=9) çocuklukta İYE öyküsü, %12,1'inde çocuklukta idrar yaparken yanma/ağrı öyküsü ve %15,5'inde(n=9) çocuklukta yatak ıslatma öyküsü vardı. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar %25,9'unda(n=15) İS/AMS benzeri şikayetler olduğunu, %12,1'inde(n=7) annede, %15,5'inde(n=9) kardeşlerde bu şikayetlerin ortaya çıktığını bildirdi(Tablo 4.6).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar çocukluk çağı ve ailede İS/AMS benzeri şikayetlere ilişkin veriler yönünden benzerdir.

Kadınların gruplara göre İS/AMS şikayetlerini etkileyen durumlarla ilişkin verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS'yi Etkileyen Durumlarına İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Kabız/İshal Olma							
Var	20	66,7	23	82,1	43	74,1	χ^2=1,809
Yok	10	33,3	5	17,9	15	25,9	p= 0,179
Defekasyon Sırasında Ağrı							
Var	13	43,3	11	39,3	11	19,0	χ^2=0,098
Yok	17	56,7	17	60,7	34	58,6	p= 0,754
Uykusuzluk Çekme							
Var	21	70,0	17	60,7	38	65,5	χ^2=0,553
Yok	9	30,0	11	39,3	20	34,5	p= 0,457
Uyanınca Yorgun Hissetme							
Var	2	73,3	26	92,9	48	82,8	χ^2=3,870
Yok	8	26,7	2	7,1	10	17,2	p= 0,14
Stresli Olma							
Var	26	86,7	21	75,0	47	81,0	χ^2=1,283
Yok	4	13,3	7	25,0	11	19,0	p= 0,257
Baş Ağrısı							
Var	22	73,3	20	71,4	17	72,4	χ^2=0,026
Yok	8	26,7	8	28,6	16	27,6	p= 0,871
Cinsel İlişki Sıklığı							
Haftada Birkaç Kez	5	16,7	11	39,3	16	27,6	χ^2=4,016
Ayda Birkaç Kez/Nadiren	14	46,7	11	39,3	25	43,1	p= 0,134
Hiç	11	36,7	6	21,4	17	29,3	
Cinsel İlişkide Ağrı/Yanma**							
Var	18	94,7	18	81,8	36	87,8	
Yok	1	5,3	4	18,2	5	12,2	χ^2=1,589* p= 0,350
Cinsel İlişki Sonrası Ağrı/Yanma**							
Var	14	73,7	11	50,0	25	61,0	χ^2= 2,403
Yok	5	26,3	11	50,0	16	39,0	p= 0,121

χ^2= Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05 ** Cinsel ilişki yaşayan toplam 41 hasta için hesaplanmıştır.

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında kabız ya da ishal olma durumu, defekasyon sırasında ağrı yaşama, uykusuzluk çekme, uyanınca yorgun hissetme, stresli olma, baş ağrısı, cinsel ilişki sıklığı, cinsel ilişki sırasına ve sonrasında ağrı/yanma verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(p>0,05).

Araştırmaya katılan kadınların %46,6'sı(n=27) çoğunlukla ya da her zaman kabız ya da ishal olduğunu; %19'u(n=11) defekasyon sırasında ağrı hissettiğini bildirdi. Kadınların %46,6'sının(n=27) çoğunlukla ya da her zaman uykusuzluk çektiği, %63,8'inin(n=37) uyanınca yorgun hissettiği bulundu. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %69'u(n=40) kendisini genel olarak stresli olarak tanımladı ve %29,3'ü(n=17) çoğunlukla ya da her zaman baş ağrısı şikayeti yaşadığını bildirdi(Tablo 4.7).

Kadınların %29,3'ünün(n=17) cinsel ilişki yaşamadığı bulunurken, cinsel ilişki yaşayan kadınların %61'i(n=25) ilişki sırasında, %46,3'ü(n=19) cinsel ilişki sonrasında ağrı/yanma şikayeti yaşadığını belirtti(Tablo 4.7).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar İS/AMS'yi etkileyen durumlar ile ilgili veriler yönünden benzerdir.

Tablo 4.8'de eğitim ve kontrol grubundaki kadınların İS/AMS hastalığı ile birlikte görülen şikayet ve hastalık verilerinin dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.8: Eğitim ve Kontrol Grubundaki Kadınların İS/AMS İle Birlikte Görülen Şikayet ve Hastalık Verilerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim (n=30)		Kontrol (n=28)		Toplam (n=58)		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Eşlik Eden Şikayet ve Hastalık							
Evet	26	86,7	23	82,1	49	84,5	χ^2=0,226*
Hayır	4	13,3	5	17,9	9	15,5	p= 0,726
Allerjik Hastalıklar							
Evet	8	26,7	9	32,1	17	29,3	χ^2=0,210
Hayır	22	73,3	19	67,9	41	70,7	p= 0,647
Kronik Yorgunluk Şikayeti							
Evet	21	70	20	71,4	41	70,7	χ^2=0,014
Hayır	9	30	8	28,6	17	29,3	p= 0,905
Fibromiyaljiye İlişkin Şikayetler							
Evet	16	53,3	17	60,7	33	56,9	χ^2=0,322
Hayır	14	46,7	11	39,3	25	43,1	p= 0,571
İrritable Barsak Sendromu							
Evet	3	10	4	14,3	7	12,1	χ^2=0,251*
Hayır	27	90	24	85,7	51	87,9	p= 0,701
Endometriyozis							
Evet	1	3,3	2	7,1	3	5,2	χ^2=0,429*
Hayır	29	96,7	26	92,9	55	94,8	p= 0,605
Astım							
Evet	5	16,7	5	17,9	10	17,2	χ^2=0,014*
Hayır	25	83,3	23	82,1	48	82,8	p= 1,000
Migren/Kronik Baş Ağrısı							
Evet	13	43,3	12	42,9	25	43,1	χ^2=0,001
Hayır	17	56,7	16	57,1	33	56,9	p= 0,971

χ^2= Ki-kare Testi *Fisher's Exact Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında İS/AMS ile birlikte görülen şikayet ve hastalıkların olup olmadığı, alerjik hastalıklar, kronik yorgunluk şikayeti, fibromiyalji benzeri şikayetler, irritable barsak sendromu, endometriyozis, astım ve kronik baş ağrısı/migren verileri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(p>0,05).Kadınların %84,5'i(n=49) kendisinde İS/AMS ile birlikte alerjik hastalıklar, kronik yorgunluk şikayeti, fibromiyalji

benzeri şikayetler, irritable barsak sendromu, endometriyozis, astım, kronik baş ağrısı/migrenden en az birinin olduğunu bildirdi. Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %12,1'inde(n=7) İBS ve %5,2'sinde(n=3) Endometriyozis teşhisi vardı(Tablo 4.8).

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınlar İS/AMS ile birlikte görülen şikayet ve hastalıklarla ilgili veriler yönünden benzerdir.

4.3. WATSON İBM İLE VERİLEN EĞİTİMİN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ, CİNSEL SAĞLIK, DEPRESYON BELİRTİLERİ, İNKONTİNANS BULGULARI VE AĞRI DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde eğitim ve kontrol grubunda yer alan kadınlarda Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın kadınların yaşam kalitesi, cinsel sağlık, inkontinans, depresyon belirtileri ve ağrı üzerine etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.9'da kadınların Watson İBM ile verilen eğitimin öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.9: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği-KF Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=28)		Eğitim Grubu (İG/ÜAG)		Kontrol Grubu (İG/ÜAG)		Eğitim/Kontrol (İG)		Eğitim/Kontrol (ÜAG)	
	Watson İBM ile Eğitim Öncesi İG Ort±Ss	Watson İBM ile Eğitim Sonrası ÜAG Ort±Ss	İG Ort±Ss	ÜAG Ort±Ss	[a]Z	p	[a]Z	p	ZMWU	p	ZMWU	p
Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi	32,50±25,12	47,08±25,57	38,83±24,37	36,16±25,76	-2,347	**0,019**	-0,261	0,794	-0,993	0,321	-1,510	0,131
Fiziksel Sağlık	55,59±22,63	65,23±24,13	62,75±16,93	56,88±21,64	-2,031	**0,042**	-1,117	0,264	-1,310	0,190	-1,482	0,138
Sosyal Sağlık	55,27±20,81	57,77±17,76	63,98±13,99	59,52±18,66	-0,784	0,433	-1,424	0,154	-1,812	0,070	-0,789	0,430
Ruhsal Sağlık	56,25±22,49	62,22±24,12	61,75±20,60	56,10±20,55	-1,707	0,088	-1,647	0,100	-1,107	0,268	-1,193	0,233
Çevresel Sağlık	57,81±15,19	64,68±16,78	62,61±12,13	63,05±11,69	-2,270	**0,023**	-0,115	0,909	-1,374	0,169	-0,234	0,815
Çevresel TR	59,35±14,54	66,66±16,40	63,69±11,80	64,28±12,39	-2,548	**0,011**	-0,350	0,726	-1,203	0,229	-0,710	0,478

[a]*Z: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi* [a]ZMWU= Mann Whitney U Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05 İG: İlk Görüşme ÜAG: Üçüncü Ay Görüşme

Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile değerlendirildiğinde; eğitim grubundaki kadınların Watson İBM eğitimi öncesi ve sonrasında değerlendirilen genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanı, fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve çevresel-TR, ölçek toplam puan ve ölçek toplam puan-TR boyutlarında grup içinde anlamlı bir fark bulundu(Tablo 4.9; $p \leq 0,05$). Eğitim ve kontrol grubunun ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme İG ve ÜAG puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.9; $p > 0,05$).

Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 32,50±25,12 iken eğitim sonrasında anlamlı bir şekilde artış göstererek 47,08±25,57 olarak belirlendi(Tablo 4.9, [a]Z=2,347, **p=0,01**). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 38,84±24,37; üçüncü ayda yapılan görüşmede genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 36,16±25,76 olduğu, iki görüşme genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanları arasında fark olmadığı görüldü(Tablo 4.9, [a]Z=-0,261, p=0,79).

Fiziksel sağlık alt boyutu ile yapılan değerlendirmede eğitim grubunun eğitim öncesi fiziksel sağlık puan ortalamasının 55,59±22,63; eğitim sonrası ise anlamlı bir şekilde artış gösterdiği ve 65,23±24,13 olduğu bulundu8(Tablo 4.9, [a]Z=-2,031; **p=0,042**). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme fiziksel sağlık puan ortalaması 62,75±16,93; üçüncü ay puan ortalaması 56,88±21,64 olduğu ve fiziksel sağlık puanları karşılaştırıldığında iki görüşme arasında fark olmadığı görüldü(Tablo 4.9, [a]Z= -1,117; p=0,26).

Kadınların sosyal sağlık alt boyutu ile yapılan değerlendirmesinde; eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi sosyal sağlık puan ortalaması 55,27±20,81; eğitim sonrası sosyal sağlık puan ortalaması kısmi bir artışla 57,77±17,76 olarak bulundu. Eğitim öncesi ve sonrası puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi(Tablo 4.9, [a]Z=-0,784; p=0,43). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme sosyal sağlık puan ortalaması 63,98±13,99; üçüncü ayda yapılan görüşmede sosyal sağlık puan ortalaması düşerek 59,52±18,66 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların iki görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.9, [a]Z=-1,424; p=0,15).

Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ruhsal sağlık puan ortalaması 56,25±22,49; eğitim sonrası ruhsal sağlık puan ortalaması kısmi bir artışla 62,22±24,12 olarak bulundu. Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ruhsal sağlık puanları karşılaştırıldığında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.9, [a]Z=-1,707; p=0,08). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme ruhsal

sağlık puan ortalaması 61,75±20,60; üçüncü ayda yapılan görüşmede ruhsal sağlık puan ortalaması düşüş göstererek 56,10±20,55 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların iki görüşme ruhsal sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 4.9, [a]Z=-1,647; p=0,10).

Araştırmaya katılan kadınların yaşam kalitesi çevresel sağlık alt boyutu ile değerlendirildiğinde; eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi çevresel sağlık puan ortalaması 57,81±15,19; eğitim sonrası çevresel sağlık puan ortalaması artış göstererek 64,68±16,78 olarak bulundu. Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü(Tablo 4.9, [a]Z=-2,270; **p=0,02**). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme çevresel sağlık puan ortalaması 62,61±12,13; üçüncü ayda yapılan görüşmede çevresel sağlık puan ortalaması kısmi bir artışla 63,05±11,69 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme ve üçüncü ay görüşmesi puanları karşılaştırıldığında iki görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.9, [a]Z=-0,115; p=0,90).

Kadınların çevresel-TR alt boyutu ile yapılan değerlendirmesinde; eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi çevresel-TR puan ortalaması 59,35±14,54; eğitim sonrası artış göstererek 66,66±16,40 olarak bulundu. Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı(Tablo 4.9, [a]Z=-2,548; **p=0,01**). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme çevresel-TR puan ortalaması 63,69±11,80; üçüncü ayda yapılan görüşmede çevresel-TR puan ortalaması kısmi bir artışla 64,28±12,39 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme ve üçüncü ay görüşmesi çevresel-TR puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü(Tablo 4.9, [a]Z=-0,350; p=0,72).

Tablo 4.10'da kadınların Watson İBM ile verilen eğitimin öncesi ve sonrasında kadın cinsel işlev ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.10: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=28)		Eğitim Grubu (İG/ÜAG)		Kontrol Grubu (İG/ÜAG)		Eğitim/Kontrol (İG)		Eğitim/Kontrol (ÜAG)	
	Watson İBM ile Eğitim Öncesi İG Ort±Ss	Watson İBM ile Eğitim Sonrası ÜAG Ort±Ss	İG Ort±Ss	ÜAG Ort±Ss	[a]Z	p	[a]Z	p	ZMWU	p	ZMWU	p
Cinsel İstek	2,20±1,21	2,50±1,40	2,35±1,18	2,50±1,15	-1,160	0,246	-0,782	0,434	-0,585	0,558	-0,058	0,954
Uyarılma	1,71±1,88	1,71±1,88	2,26±2,04	2,26±2,04	0,000	1,000	0,000	1,000	-0,974	0,330	-0,974	0,330
Lubrikasyon	2,34±2,48	2,65±2,29	2,68±2,36	2,53±2,20	-0,087	0,930	-0,611	0,541	-0,484	0,628	-0,223	0,824
Orgazm	1,93±2,06	2,00±2,03	2,47±2,26	2,54±1,99	-0,830	0,406	-0,569	0,570	-1,112	0,266	-0,922	0,357
Doyum	1,96±1,96	2,57±2,18	2,64±2,34	3,17±2,28	-1,513	0,130	-1,545	0,122	-1,296	0,195	-1,064	0,288
Ağrı	1,70±1,85	1,74±1,74	2,07±2,02	1,85±1,71	-0,546	0,585	-1,011	0,312	-0,684	0,494	-0,357	0,721
KCİÖ Toplam	11,85±9,92	13,18±9,54	14,49±10,89	14,87±9,87	-0,213	0,831	-0,162	0,871	-0,926	0,354	-0,948	0,343

[a]Z: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ZMWU= Mann Whitney U Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05

İG: İlk Görüşme ÜAG: Üçüncü Ay Görüşme KCİÖ: Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Eğitim ve kontrol grubundaki kadınların Watson İBM ile verilen eğitim öncesi ve sonrası KCİÖ puanları incelendiğinde ölçek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Eğitim verilen grupta uyarılma boyutu dışında diğer boyutlarda puanların yükseldiği eğitim öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu($p>0,05$). Kontrol grubunda lubrikasyon ve ağrı boyutunda puanların kısmen düştüğü; uyarılma boyutunda değişmediği; cinsel istek, orgazm ve doyum boyutlarında kısmi artış olduğu; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu($p>0,05$).

KCİÖ ham skor puanının değerlendirmesinde; eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi ham skor puan ortalaması 11,85±9,92, eğitim sonrası ham skor puan ortalaması 13,18±9,54 olarak bulundu. Eğitim grubunun eğitim öncesi ve sonrası KCİÖ ham skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu(Tablo 4.10, $^{a}Z=-0,213$; $p=0,831$). Kontrol grubundaki kadınların KCİÖ ham skor puan ortalamaları ise ilk görüşmede 14,49±10,89, üçüncü ay görüşmesinde ise 14,87±9,87 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların da KCİÖ ham skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.10, $^{a}Z=-0,162$; $p=0,871$). Eğitim ve kontrol grubunun ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme KCİÖ ham skor puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.10, İlk görüşme: $Z_{MWU}=-0,926$; $p=0,354$; Üçüncü ay görüşme: $Z_{MWU}=-0,948$; $p=0,343$).

Tablo 4.11'de kadınların Watson İBM ile verilen eğitimin öncesi ve sonrasında Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.11: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

	Eğitim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=28)		Eğitim Grubu (İG/ÜAG)		Kontrol Grubu (İG/ÜAG)		Eğitim/Kontrol (İG)		Eğitim/Kontrol (ÜAG)	
	Watson İBM ile Eğitim Öncesi İG Ort±Ss	Watson İBM ile Eğitim Sonrası ÜAG Ort±Ss	İG Ort±Ss	ÜAG Ort±Ss	[a]Z	p	[a]Z	p	Z*MWU*	p	Z*MWU*	p
Beck Depresyon Envanteri	12,86±9,38	9,46±7,06	11,17±7,57	11,07±6,62	-2,033	**0,042**	-0,107	0,915	-0,530	0,596	-0,936	0,350

[a]Z: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ZMWU= Mann Whitney U Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05 İG: İlk Görüşme ÜAG: Üçüncü Ay Görüşme

Araştırmaya katılan kadınların BDE puanları incelendiğinde; eğitim grubundaki kadınların Watson İBM ile verilen eğitim öncesi puanı 12,86±9,38 iken, eğitim sonrası puanı 9,46±7,06 olarak düşüş gösterdi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu(Tablo 4.11, [a]Z=-2,033; **p=0,042**). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme puanı 11,17±7,57, üçüncü ay görüşme puanı ise 11,07±6,62 olarak bulundu ve BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu(Tablo 4.11, [a]Z=-0,107; p=0,915).

Eğitim ve kontrol grubunun ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme BDE puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(Tablo 4.11, İlk görüşme: ZMWU=-0,530;p=0,596; Üçüncü ay görüşme: ZMWU=-0,936; p=0,35).

Tablo 4.12'de kadınların Watson İBM ile verilen eğitimin öncesi ve sonrasında Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-KF puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.12: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form Skorlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=28)		Eğitim Grubu (İG/ÜAG)		Kontrol Grubu (İG/ÜAG)		Eğitim/Kontrol (İG)		Eğitim/Kontrol (ÜAG)	
	Watson İBM ile Eğitim Öncesi İG Ort±Ss	Watson İBM ile Eğitim Sonrası ÜAG Ort±Ss	İlk Görüşme Ort±Ss	Üçüncü Ay Görüşme Ort±Ss	[a]Z	p	[a]Z	p	ZMWU	p	ZMWU	p
Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu-KF	4,63±6,69	2,93±5,87	6,14±6,83	4,75±6,01	-1,779	0,075	-2,109	**0,035**	-1,234	0,217	-1,570	0,117

[a] Z: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ZMWU= Mann Whitney U Testi Anlamlılık düzeyi p≤0, İG: İlk Görüşme ÜAG: Üçüncü Ay Görüşme

Araştırmaya katılan kadınların inkontinans durumları ele alındığında; Watson İBM ile eğitim verilen gruptaki kadınların idrar kaçırmanın günlük yaşamını ne kadar etkilediğini değerlendirdiği toplam puanı eğitim öncesi 4,63±6,69 iken, eğitim sonrası 2,93±5,87 olarak düşüş gösterdi. Ancak toplam puanları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark yoktu(Tablo 4.12, [a]Z=-1,779; p=0,075). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme toplam puanı 6,14±6,83 ve üçüncü ay görüşme toplam puanı 4,75±6,01 olarak bulundu ve toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı(Tablo 4.12, [a]Z=-2,109; **p=0,035**). Eğitim ve kontrol grubunun ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.12, İG ZMWU=-1,234; p=0,217; ÜAG ZMWU=-1,570; p=0,117). Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesinde %70'i(n=21) 8 ve altında(rahatsız etmeyen Üİ) iken; eğitim sonrası bu oran %80(n=24)'e yükselmiştir. Kontrol grubunda ise ilk görüşmede %64,3(n=18) iken, üçüncü görüşmede %67,9(n=19)1 yükselmiştir. Gruplar arasında İG ve ÜAG'de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p>0,05).

Tablo 4.13'de kadınların Watson İBM ile verilen eğitimin öncesi ve sonrasında McGill Ağrı Anketi-Kısa Form puanlarının karşılaştırmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.13: Kadınların Watson İBM Öncesi ve Sonrası McGill Ağrı Anketi-Kısa Form Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=28)		Eğitim Grubu (İG/ÜAG)		Kontrol Grubu (İG/ÜAG)		Eğitim/Kontrol (İG)		Eğitim/Kontrol (ÜAG)	
McGill Ağrı Ölçeği- KF Alt Boyutları	**Watson İBM ile Eğitim Öncesi İG Ort±Ss**	**Watson İBM ile Eğitim Sonrası ÜAG Ort±Ss**	**İG Ort±Ss**	**ÜAG Ort±Ss**	**[a]Z**	**p**	**[a]Z**	**p**	**ZMWU**	**p**	**ZMWU**	**p**
Duyusal Ağrı	15,37±7,20	9,77±8,85	14,25±8,03	10,14±8,51	-3,612	**0,000**	-2,046	**0,041**	-0,499	0,618	-0,281	0,779
Algısal Ağrı	5,80±4,29	3,27±3,69	5,29±3,26	3,54±3,69	-2,967	**0,003**	-2,431	**0,015**	-0,714	0,475	-0,423	0,672
Toplam Puan (Duyusal+ Algısal Ağrı)	21,17±10,76	13,03±12,34	19,54±10,19	13,68±11,28	-3,645	**0,000**	-2,235	**0,025**	-0,545	0,586	-0,445	0,657
Mevcut Ağrı	3,93±0,98	2,73±1,63	3,68±1,30	2,93±1,72	-3,355	**0,001**	-1,829	0,067	-0,585	0,559	-0,532	0,595
Ölçek Toplam Puanı	25,10±11,32	15,77±13,58	23,21±10,97	16,61±12,54	-3,891	**0,000**	-2,160	**0,031**	-0,537	0,591	-0,468	0,640

[a]Z: Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ZMWU= Mann Whitney U Testi Anlamlılık düzeyi p≤0,05 İG: İlk Görüşme ÜAG: Üçüncü Ay Görüşme

Araştırmaya katılan kadınların ağrıları değerlendirildiğinde; eğitim grubundaki kadınların Watson İBM ile verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası MAA-KF duyusal ağrı, algısal ağrı, duyusal+aalgısal ağrı, mevcut ağrı ve toplam ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı($p \leq 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme MAA-KF puanları arasında ise mevcut ağrı puanı dışında diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu($p \leq 0,05$).

Eğitim grubundaki kadınların eğitim öncesi toplam ağrı puanı 25,10±11,32 iken eğitim sonrasında 15,76±13,58 puan olarak düşüş gösterdi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı(Tablo 4.13, $^{a}Z=-3,891$; $p=0,00$). Kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme toplam ağrı puanı 23,21±10,97 puandan 16,60±12,54 puan olarak düşüş gösterdi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı(Tablo 4.13, $^{a}Z=-2,160$; $p=0,031$).

Eğitim ve kontrol gruplarının ilk görüşme ve üçüncü ay görüşme toplam ağrı puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı(Tablo 4.13, İlk görüşme: ZMWU=-0,537; $p=0,591$; Üçüncü ay görüşme: ZMWU=-0,468; $p=0,640$).

5. TARTIŞMA

İS/AMS teşhisi koyulan kadınlara Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın cinsel sağlık ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde üç bölümde tartışılmıştır:

5.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Obstetrik/Jinekolojik, Sağlık Özgeçmişi/Mevcut Hastalık Ve İdrar Yapma Özellikleri Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. İS/AMS Hastalığı Özellikleri Verilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Watson İBM İle Verilen Eğitim Ve Danışmanlığın Kadınların Yaşam Kalitesi, Cinsel Sağlık, Depresyon Belirtileri, İnkontinans Bulguları ve Ağrı Bulguları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesine İlişkin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bulguların Tartışılması

5.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK, OBSTETRİK-JİNEKOLOJİK VE SAĞLIK ÖZGEÇMİŞİ/MEVCUT HASTALIK İLE İDRAR YAPMA ÖZELLİKLERİ VERİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik, sağlık özgeçmişi/mevcut hastalık ile idrar yapma özellikleri verilerine ilişkin bulgular tartışılacaktır. İS/AMS teşhisi koyulan kadınların sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik ve sağlık özgeçmişi/mevcut hastalık verilerine ilişkin bulguları benzerdir(Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4; p>0,05). Bu benzerlik eğitim ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilir olması ve sonuçların güvenirliği açısından önemlidir.

Bu çalışmada eğitim grubundaki kadınların yaş ortalaması 46,90±10,13; kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 47,54±10,16 olarak bulundu(Tablo 4.1, p>0,05).

İS/AMS her yaş grubunun hastalığıdır. Ancak İS/AMS semptomlarının psikososyal etkisi nedeniyle yaşın önemli bir faktör olduğu, genç bireylerde İS/AMS tanısını takiben psikolojik komorbiditeler ve uykusuzluk gelişme riskinin arttığı, yaşam kalitesinin önemli ölçüde azaldığı ve hastalığın erken evrelerinde depresyon için daha yüksek risk altında oldukları bildirilmektedir(McKernan ve ark, 2017). Hastalık her yaşta görülmekle birlikte 40'lı yaşlarda teşhis edilme sıklığı fazladır. Hastalığın semptomları 20 yaş altında %52, 30 yaş altında %81 ortaya çıkmaktadır(Parsons ve ark, 2015). Her ne kadar semptomlar erken yaşlarda görülmeye başlasa da, hastalığın teşhis edilmesinin getirdiği güçlükler ve etyolojisindeki karmaşa İS/AMS'yi 30'lu yaşlarda teşhis edilmeye başlayan, 40'lı yaşlarda teşhisi artan ve 50'li yaşlarda devam eden bir hastalık olarak karşımıza çıkarmaktadır. Literatürde İS/AMS'li kadınlar ile yapılan çalışmalarda yaş ortalamasının 39.6± 12.8(Lusty ve diğ. 2018) ile 55(Akbay ve diğ. 2019) arasında değiştiği; hastaların çoğunlukla 40'lı yaşlarda olduğu görülmektedir(Parsons, 2015; Katz ve diğ. 2017; Aydoğan, 2017; Gülpınar ve diğ. 2017, Kocatürk ve diğ. 2020). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması ile ilgili elde edilen bulgular literatür verileriyle benzerdir.

Türkiye'de İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda sosyodemografik verilerde yer alan medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailenin gelir durumuna ilişkin verilere ulaşılamadığından Üİ, KPA ve AAM şikayetleri olan kadınlarla yapılan çalışmalar incelendi ve bu çalışmanın verilerine ilişkin bulguların tartışılmasında kullanıldı.

Bu çalışmada kadınların %91,4'ü evli bulundu(Tablo 4.1). Tripp ve diğ.nin(2016) 190 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmada kadınların %59,6'sının; Katz ve diğ.nin(2017) çalışmasında ise %62,7'sinin evli olduğu bildirilmiştir. Bozkurt ve Nazik(2021) ile Amanak ve

Sevil'in(2020) Üİ olan kadınlarla yaptıkları çalışmalarında kadınların %78,2'sinin ve %91,1'inin evli olduğu bildirilmiştir. Ertaş'ın(2019) ve Tüfekçi'nin(2019) AAM problemi olan kadınlarla yaptıkları çalışmalarında %80,6'sının ve %64,3'ünün evli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki medeni durum ile ilgili veriler literatürdeki verilerin çoğunluğundan yüksektir.

Bu çalışmada kadınların %67,2'sinin eğitim düzeyi 8 yıl ve altında; %32,8'inin lise ve üzerindeydi(Tablo 4.1). Crawford ve diğ. nin(2019) çalışmasında İS/AMS'li 135 kadının sadece %2,2'sinin lise düzeyinden düşük eğitim aldığı; Katz ve diğ.nin(2017) çalışmasında ise eğitim düzeyi en az lise olanların %19,4 olduğu görülmektedir. Türkiye'de KPA, Üİ ve AAM'li kadınlarla yapılan çalışmalarda ise kadınların çoğunluğunun 8 yıl altında eğitim aldığı görülmektedir(Ertaş, 2019; Tüfekçi, 2019; Amanak ve Sevil, 2020; Demirtaş, 2020; Bozkurt ve Nazik, 2021). Bu çalışmanın eğitim düzeyi Türkiye'deki gruplarla benzer, uluslararası çalışmaların eğitim düzeyi verilerinden düşük olarak bulunmuştur.

Bu çalışmaya katılan kadınların %27,6'sının herhangi bir işte çalıştığı ve %50'sinin gelirlerinin giderlerinden düşük olduğu bulundu(Tablo 4.1). Literatürde İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların neredeyse yarıya yakınının çalıştığı görülmektedir(Tripp ve diğ. 2016; Katz ve diğ. 2017). Türkiye'de KPA, Üİ ve AAM'li kadınlarla yapılan çalışmalarda ise kadınların çalışma oranı ve aile gelir durumunun bu çalışma ile benzer olduğu görülmektedir(Ertaş, 2019; Amanak ve Sevil, 2020; Demirtaş, 2020; Bozkurt ve Nazik, 2021). Bu çalışmadaki kadınların çalışma durumunun Türkiye'deki gruplarla benzer olduğu, yurtdışındaki çalışmalara göre düşük olduğu; aile gelir durumunun ise Türkiye'deki çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Kadınların çalışma oranının düşük olmasında yaş ortalamasının ülkemizdeki çalışma hayatı için kısmen yüksek olmasının etkisi olduğu göz önüne alınmalıdır.

Sigara, kahve ve çay İS/AMS şikayetlerini etkileyen değişkenlerdir. Özellikle çay ve kahve diüretik etkisiyle sık idrara çıkmaya neden olur. Çay, kahve ve sigara tüketiminin İS/AMS şikayetlerini artırdığı ve kafein tüketiminin yaşam kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir(Shorter ve diğ., 2007; Tettamanti ve diğ., 2011; Wang ve diğ. 2021).

Bu çalışmada kadınların %19'nun sigara kullandığı, eğitim ve kontrol grubunun bir günde içtiği sigara ortalaması 9,82±5,67 olarak benzer bulundu(Tablo 4.1). Lin ve diğ.nin (2021) çalışmasında İS/AMS'li kadınların sigara içme oranının %18,6; Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre 45-54 yaş grubundaki kadınlarda sigara içme oranının ise %18,4(TÜİK, 2019) ve bu çalışma ile benzer olduğu görüldü. Sigara içmek Uluslararası Ürojinekoloji Derneği ve diğer dernekler tarafından İS/AMS semptomlarını şiddetlendiren bir

faktör olarak tanımlanmıştır. Tettamani ve diğ.nin(2011) çalışmasında sigara içenlerin içmeyenlere kıyasla %49 daha yüksek İS/AMS şikayeti oranına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan kadınlar İS/AMS semptom yönetimi için sigara kullanmayı bırakma konusunda daha fazla desteklenmelidir.

İS/AMS'nin günde 2 bardaktan fazla çay tüketen kadınlarda çay içmeyenlere kıyasla %74 daha fazla şikayete neden olduğu ve düşük çay tüketimi ile İS/AMS arasında pozitif ilişki bulunduğu; kahve tüketiminin İS/AMS bulguları ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir(Tettamani ve diğ. 2011).

Bu çalışmada İS/AMS'li kadınların %91,4'ünün çay tükettiği; günlük çay tüketimi ortalamasının eğitim grubunda 4,36±2,57 bardak; kontrol grubunda 4,80±2,81 bardak olduğu bulundu. Çay tüketimi ve günlük çay miktarı ortalaması her iki grup için benzerdi(Tablo 4.1). Demirtaş'ın(2020) Türkiye'de yaptığı çalışmada kadınların %67,1'inin; Tettamanti ve diğ.nin(2011) çalışmasında ise kadınların %11,1'inin günde 3 ve üzerinde çay içtiği görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %50'sinin Türk kahvesi tükettiği; günlük kahve tüketiminin eğitim grubunda günde 1,15±1,14; kontrol grubunda 1,75±2,29 fincan ve grupların kahve tüketiminin benzer olduğu bulundu(Tablo 4.1). Türk kahvesi tüketimi ile ilgili yapılan bir araştırmada katılan kadınların %54,8'inin Türk kahvesi tükettiği(Sonbay, 2021); Tettamani ve diğ.nin(2011) çalışmasında ise İS/AMS'li kadınların %28,9'unun günde 1-2 kahve tükettiği görülmektedir. Bu çalışmada kadınların çay tüketimi literatürdeki çalışmalardan yüksektir. Kahve tüketimi ise Sonbay'ın(2021) çalışması ile benzer, Tettamani ve diğ.nin(2011) çalışmasından yüksektir.

Türk toplumunda sıcak içecek olarak çay ve kahve en çok tüketilen içeceklerdir. Hatta Türk kahvesi bir içecekten daha çok kültürel bir paylaşımdır. Kahve ve çay tüketiminin uluslararası literatürden kısmen yüksek olması bu alışkanlıklar ile açıklanabilir.

Bu çalışmada doğum sayısı ortalaması eğitim grubunda 2,47±2,22; kontrol grubunda ise 2,82±2,26 olarak bulundu. Kadınların %36,2'sinin en az bir kez sezeryan ile doğum yaptığı ve %60,3'ünün en az bir düşük/kürtaj öyküsü olduğu belirlendi. Grupların doğum sayısı ortalaması ile düşük/kürtaj ve sezeryanla doğum öyküsü benzerdi(Tablo 4.2). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2019) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 raporuna göre Türkiye'deki 40-49 yaş arasında şehirde yaşayan kadınların doğum ortalaması 2,6'dır. 35-49 yaş arasındaki kadınlarda sezeryanla doğum oranı ise % 63,5; spontan ve isteyerek düşük oranı ise %18,6'dır. İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda aynı yaş grubundaki kadınların

doğum sayısı ortalamasının 1,5(Peters ve diğ. 2008) ve sezeryanla doğum oranının %22,72(Zargham ve diğ. 2020) olduğu; kadınların %76'sının düşük öyküsü bulunduğu(Theoharides ve diğ. 2021) görülmektedir. Bu çalışma Türkiye verileri ile karşılaştırıldığında kadınların doğum sayısının benzer; sezeryan ortalamasının aynı yaş grubundaki kadınlara göre düşük; düşük/kürtaj oranının ise yüksek olduğu görüldü. İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalara göre ise bu çalışmadaki kadınların doğum sayısı düşük, sezeryanla doğum oranı yüksek ve düşük/kürtaj oranı benzerdir.

Çalışmadaki kadınların %32,8'inin jinekolojik bir ameliyat geçirdiği ve %13,8'inin TAH+BSO ameliyatı olduğu bulundu(Tablo 4.2). Peters ve diğ.nin(2008) çalışmasında kadınların %31'inin bir kez pelvik cerrahi geçirdiği, %58'inin pelvik cerrahi sonrasında İS/AMS hastalığının teşhis edildiği bildirilmiştir. İngber ve diğ.nin(2007) 215 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında jinekolojik ameliyat geçirenlerin kontrol grubundan daha yüksek prevalansa sahip olduğu; Sacco ve diğ.nin(2012) 188 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında %10,1'inin histerektomi ameliyatı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada jinekolojik ameliyat geçirme ve histerektomi ameliyatı olma oranı diğer araştırmalardaki İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerdir.

Bu çalışmada kadınların %62,1'inde teşhis edilmiş herhangi bir kronik hastalık, %36,2'sinde kardiyovasküler hastalık, %36,2'sinde geçirilmiş bir böbrek hastalığı, %13,8'inde Tip 2 Diyabet, %13,8'in tiroid bozuklukları ile %12,1'inde gastrit ve benzeri mide problemleri olduğu bulundu. Kadınların %60,3'ü kronik hastalıkları için ilaç kullandığını bildirdi(Tablo 4.3). Keller ve diğ.nin(2012a) 9269 İS/AMS'li hasta ile yaptığı prevalans çalışmasında bu hastalarda bu çalışmaya benzer şekilde hipertansiyon, diyabet, böbrek hastalıkları ve tiroid bozuklukları ve gastrit gibi kronik hastalıkların görülme sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur. Peng ve diğ.nin(2020) 287 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında kadınların nispeten daha yüksek hipertansiyon ve Tip 2 Diyabet oranına sahip olduğu belirtilmiştir. Lin ve diğ.nin(2021) 86 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında kadınların %33,72'sinin hipertansiyon, diyabet ve çeşitli karaciğer/böbrek hastalığı olduğu bildirilmektedir. Demirtaş'ın(2020) çoğunluğu 40-49 yaş aralığında kadınlarla yaptığı çalışmasında %29,7 oranında kronik hastalık olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçları da hipertansiyon ve diyabet gibi yaygın görülen hastalıkların literatüre benzer şekilde İS/AMS'li hastalarda daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır.

İS/AMS ile ilgili uluslararası rehberlerde hastalığın tanımı mesanede ve mesanenin dolması sırasında ağrı, baskı, rahatsızlık gibi hoş olmayan bir his ile gündüz ve gece sıklığında

artış gibi semptomların varlığı olarak yapılmaktadır ve bu semptomların en az birinin olması ile tanı koyulmaktadır(Özkürkçügil ve diğ. 2016; Marcu ve diğ. 2018). Bu çalışmada kadınların %81'inin bir günde 6 ve üzerinde idrara çıktığı, % 22,4'ünün 2 ve üzerinde gece idrara çıktığı bulundu(Tablo 4.4). Literatürdeki İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda idrara çıkma sıklığının yüksek olduğu, hastaların büyük bir kısmının gece idrara çıktığı(Rothrock ve diğ. 2001, Morales-Solchaga ve diğ.2019) ve bu çalışmada kadınların gündüz ve gece idrara çıkma oranları benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %96'sının idrar yapmadan önce, yaparken ve yaptıktan sonra suprapubik ağrı şikayeti olduğu, %77,6'sının idrar kesesi üzerinde ağrı ve %69'unun idrar kesesi üzerinde baskı/basınç hissettiği bulundu(Tablo 4.4). İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların mesane doldukça artan ve/veya boşaldıkça azalan ağrıları ile idrar yaparken ağrı şikayeti olduğu bildirilmektedir(Warren ve diğ. 2011, Parsons ve diğ. 2015, Morales-Solchaga ve diğ. 2019) Bu çalışmada kadınların mesane ve idrar yapma ile ilişkili ağrı, baskı ve basınç yaşama durumlarının benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadınların %69'u İYE enfeksiyonu geçirdiğini, %48,3'ü ise 3 ve daha fazla İYE geçirdiğini bildirdi(Tablo 4.4). Crawford ve diğ.nin(2021) 226 İS/AMS'li kadınla çalışmasında kadınların %65,5'i İYE bildirmiştir. Bu çalışmada İS/AMS'li kadınların İYE geçirme oranı literatüre ile benzer bulunmuştur.

5.2. İS/AMS HASTALIĞI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde kadınların İS/AMS hastalığına ilişkin teşhis ve özellikleri; aile ve çocukluk çağı özellikleri; İS/AMS şikayetlerini etkileyen durumlar ile İS/AMS ile birlikte görülen şikayetler ve hastalıklara ilişkin bulgular tartışılacaktır. İS/AMS teşhisi koyulan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların hastalık teşhis ve özellikleri, aile ve çocukluk çağı özellikleri; şikayetlerini etkileyen durumlar ile ilgili verileri ve birlikte görülen şikayetler ve hastalıklara ilişkin verilerine ilişkin bulguları benzerdir(Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7 ve Tablo 4.8; $p>0,05$). İS/AMS hastalığına ilişkin bulguların benzer olması eğitim ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilir olması ve sonuçların güvenirliği açısından önemlidir.

Bu çalışmada kadınların İS/AMS hastalığının teşhis edilmesinden itibaren geçen süre eğitim grubunda 20,75±23,13 ay; kontrol grubunda ise 37,82±60,08 ay olarak, ortalama 2-3 yıl civarında bulundu(Tablo 4.5). Literatürde İS/AMS'li kadınlarla yapılan çalışmalarda hastalığın teşhis edilmesinden itibaren geçen süre 7-11 yıl arasında değişmektedir(Suskind ve diğ. 2014;

Tripp ve diğ. 2016; Katz ve diğ. 2017). Literatürdeki çalışmalarda hastalığın teşhisinden itibaren geçen sürenin daha uzun olması hastalığın daha erken teşhis edildiğini göstermektedir. Bu çalışmadaki kadınların hastalık tanı süresinin yaş ortalamasının benzer gruplara göre kısa olmasına rağmen, tanıya ve tedaviye daha geç ulaştıkları yönünde değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada kadınların %29,3'ünün hastalık hakkında bilgi sahibi olduğu, hastalık ile ilgili bilgisi olan kadınların %23,5'inin sağlık çalışanlarından, %52,9'unun internetten ya da sosyal çevresinden, %23,5'inin hem sağlık çalışanlarından hem de internet ve sosyal çevresinden bilgiye ulaştığı bulundu(Tablo 4.5). Kirkham ve Swainston'un(2022) yaş ortalaması 46 olan ve ortalama 9 yıl önce İS/AMS teşhisi koyulan 20 kadınla yaptığı fenomenolojik bir çalışmada hastaların genellikle hastalıkla ilgili kendi kendilerine sorun çözmeyi seçtikleri, ihtiyaç duydukları bilgiyi sağlık profesyonellerinden ziyade çoğunlukla internet aramalarından ve çevrimiçi destek gruplarından elde ettikleri bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları da bu hasta grubunun da tedavi arayışlarının daha çok internet ve sosyal medyadan sağlandığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada İS/AMS'li kadınların %51,7'sine hastalık için oral ilaç tedavisi düzenlendiği bulundu(Tablo 4.5). Literatürde İS/AMS'li hastalarla yapılan çalışmalarda ilaç kullanma durumu değişse de hastaların çoğunluğunun ilaç tedavisi aldığı görülmektedir(Crawford ve diğ. 2019; Garba ve diğ. 2021; Tholemeier ve diğ. 2022). İS/AMS hastalığı için rehberlerde önerilen birinci basamak tedavinin bir parçası olan oral ilaç tedavisinin bu çalışmadaki kadınlar için de tercih edilen bir tedavi yöntemi ve literatürdeki çalışmalara benzer olduğu görülmektedir.

İS/AMS hastalığında en yaygın şikayet mesanenin dolması ve boşalmasıyla ilgili ağrı, basınç ve idrarda yanma şikayetidir ve bu semptomlar alevlenmelerle seyreder. Alevlenme dönemlerindeki şikayetler ve semptomlar zamanla artarak ağrı döngüleri şeklinde ortaya çıkabilir. Bu döngüler 3-14 gün sürebilir(Parsons ve diğ. 2015; Cervigni ve diğ, 2018). Bu çalışmada kadınların %50'si hastalıkla ilgili şikayetleri her gün yaşadığını bildirdi(Tablo 4.5). Suskind ve diğ. nin(2014) çalışmasında kadınların %11,7'sinin her zaman İS/AMS ile ilgili şikayetleri olduğunu bildirmiştir. Hastalığın semptomları olan idrarda yanma ve ağrı şikayetlerinin bu çalışmada görülme sıklığının literatüre göre yüksek olması hastaların teşhis ve tedavi sürecinde olup remisyonda olmadıkları dönemle ilgili olabileceği yönünde değerlendirilebilir.

Bu çalışmada kadınların %60,3'ü şikayetlerini azaltmak için en az bir yönteme başvurdukları belirlendi. Kadınların şikayetlerini azaltmak için en sık bildirdikleri yöntemler %44,8 oranıyla perine bölgesine lokal sıcak uygulama, %20,7 oranıyla bitkisel

çaylar/takviyeler almaktı. Su miktarını artırmak ise %6,9 oranıyla en az tercih ettikleri yöntem olduğu görüldü. Kadınların 39,7'si ise şikayetlerini azaltmak için herhangi bir yönteme başvurmamıştı(Tablo 4.5). Peters ve diğ.nin(2008) çalışmasında İS/AMS'li kadınların %34,6'sı şikayetleri ile başetmek için sıcak uyguladıklarını, %10,3'ü ise hiçbir şey yapmadıklarını bildirmiştir. Lai ve diğ.nin(2019) çalışmasında İS/AMS'li hastaların şikayetlerinin alevlenme dönemlerinde en çok başvurdukları yöntemlerin ilave su veya sıvı içmek (%74,5), dinlenmek (%56,9), karın veya perine bölgesine sıcak veya soğuk uygulama yapmak(%47,1), sıkı bir diyet yapmak(%41,2) ile meditasyon, görselleştirme ve hipnoz gibi gevşeme teknikleri (%25,5) kullanmak olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kadınların çoğu şikayetlerini azaltmak için bir yöntem kullanmakla birlikte, literatürdeki çalışmalara göre başvurdukları yöntemlerin daha az olduğu, özellikle ilave su ve sıvı tüketmeyi daha az tercih ettikleri görülmektedir. Bu çalışmanın şikayetleri azaltmak için herhangi bir yönteme başvurma sonuçları İS/AMS'li kadınların özellikle alevlenme dönemleri ve başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirmeye gereksinimi olduğu yönündedir.

Bu çalışmada kadınların %27,6'sı çocuklukta kabızlık şikayeti, %15,5'i İYE benzeri şikayetleri ve yatak ıslatma öyküsü; %12,1'i idrarda yanma/ağrı olduğunu bildirdi(Tablo 4.6). Peters ve diğ.nin(2008) 87 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında kadınların üçte birinde çocukluk döneminde kabızlık, %28,9'u İYE öyküsü olduğu, %20'sinde idrar yaparken ağrı olduğu ve %14.3'ünün yatak ıslatma durumu yaşadığı belirtilmiştir. Parsons ve diğ.nin(2015) çalışmasındaki kadınların %21'i İS/AMS şikayetlerinin 10 yaşından önce, %11'i ise 11-17 yaşları arasında başladığını ifade etmiştir. Bu çalışmadaki kadınların çocukluk çağında yaşadıkları idrar ve kabızlık problemi verileri literatürdeki diğer çalışmalar ile benzer olduğu görülmektedir. İS/AMS hastalığı her yaş grubunda görülmekle birlikte bazı hastalarda çocuklukta ve ergenlikte mesane problemleri yaşandığı; idrar yaparken ağrı/yanma şikayetleri başlamadan önce sık idrara gittikleri bildirilmektedir(Meijlink,2022). Çocuklukta tekrarlayan İYE ve ergenlikte acil idara çıkma İS/AMS tanısı ile en güçlü şekilde ilişkili semptomlar olarak ortaya çıktığı(Peters ve diğ., 2009) ve hasta öyküsü alınırken değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

İS/AMS'nin genetik geçişi kanıtlanmasa da, birinci derece akrabalarda normal popülasyona göre daha yüksek prevalans gösterdiği bildirilmektedir(Warren ve diğ., 2004). Bu çalışmada kadınların %25,9'u ailede birinci derecede akrabasında idrar yolu ile ilgili benzer şikayetlerin var olduğu bildirdi. Kadınların %12,1'inde annede, %15,5'inde kardeşlerde benzer şikayetler vardı(Tablo 4.6). Parsons ve diğ.nin(2015) çalışmasında birinci derece kadın akrabasında mesane semptomları olanların oranı %51 olarak bulunmuştur. Lin ve diğ.nin(2021)

86 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmasında aile öyküsü oranı 22,09 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmanın ailede İS/AMS benzeri şikayetlerin olma durumu ile ilgili sonuçları literatür ile uyumludur ve genetik arka planın önemli bir rolü olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlıdır.

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınların %74,1'i kabız olduğunu bildirdi(Tablo 4.7). Kabızlık bulgusu İS/AMS'li hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden birisidir(Wang ve diğ. 2021). Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun kabızlık şikayeti bildirmesi literatür verileri ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %65,5'inin uykusuzluk çektiği ve %82,8'inin uyanınca kendisini yorgun hissettiği bulundu(Tablo 4.7). Literatürde İS/AMS'li hastalarla yapılan çalışmalar hastaların büyük bir kısmının uykusuzluk şikayeti olduğu ve hastalığın semptomlarının artmasının uykusuzluğu artırdığı(Panzera, 2009; Chuang ve diğ. 2015) yönündedir. Bu çalışmada kadınların uyku problemi yaşama durumları literatür ile benzerdir. Bu çalışmanın sonuçları da gece idrara çıkma ve hastalığa özgü semptomlarla birlikte uykusuzluğun yorgun uyanma şikayetlerini de artırabildiğini ortaya koymaktadır.

Stres İS/AMS'nin patofizyolojisinde önemli bir rol oynamakta ve şikayetlerin artmasına neden olmaktadır(Yang ve diğ. 2021). Bu çalışmada kadınların %81'i kendisini stresli olarak tanımladı(Tablo 4.7). Kadınların yüksek oranda kendilerini stresli olarak bildirmesinin; hastalığa özgü semptomların belirlenmesi ve tedavi sürecinin planlanması açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan eğitim ve kontrol grubundaki kadınların %91,4'ü evli olmasına rağmen kadınların sadece %71,7'si cinsel yönden aktif olduğunu bildirdi. Kadınların çoğunluğunun ilişki sırasında ve yarısından fazlasının ise ilişki sonrasında ağrı ve yanma yaşadığı bulundu(Tablo 4.7). Bogart ve diğ.nin(2011) çalışmasında İS/AMS'li kadınların bir kısmının cinsel ilişkiye ilgi duymadığı ve cinsel olarak isteksiz olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu kadınlarda cinsel ilişkiyi etkileyen en önemli etkenin ilişki sırasında yaşadıkları ağrı olduğu ve çoğunluğunun ilişki sırasında ve sonrasında ağrı yaşadığı; cinsel ilişkinin hastalıkla ilgili semptomlarını alevlendirdiğini düşündükleri(Peters ve diğ.2008; Parsons ve diğ.2015) bulunmuştur. Bu çalışmada İS/AMS'li kadınların ilişki sırasında ve sonrasında yaşadıkları ağrı ile ilgili bulguları literatür ile benzerdir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar; İS/AMS'li kadınların yaşadığı semptomların ilişki sırasında ve sonrasında ağrıyı artırdığı ve kadınların cinsel olarak isteksiz olmasına yol açtığı yönündedir.

İS/AMS otoimmün bazı hastalıklar ile uyumludur ve özellikle orta yaşlı kadınlar için otoimmün hastalık geliştirme olasılığını artırmaktadır. Özellikle otoimmün şikayetlerle birlikte

seyreden kronik yorgunluk, fibromiyalji benzeri şikayetler, migren ve kronik baş ağrısı, alerjik hastalıklar ve astım, İBS ve endometriyozis İS/AMS ile birlikte teşhis edilen ve ürolojik olmayan durumlardır(Nickel ve diğ.2014; Wu ve diğ. 2017; Crawford ve diğ. 2021; Laden ve diğ. 2021). Bu çalışmada ise eğitim ve kontrol grubundaki kadınların büyük bir kısmında İS/AMS'ye eşlik eden bu şikayetlerden herhangi birinin olduğu ve şikayetlerinin bir kısmının teşhis edilip tedavi edildiği bulundu. Eğitim ve kontrol grubu İS/AMS ile birlikte görülen bu şikayet ve hastalıklar yönünden benzerdir(Tablo 4.8).

5.3. WATSON İBM İLE VERİLEN EĞİTİM VE DANIŞMANLIĞIN KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ, CİNSEL SAĞLIK, DEPRESYON BELİRTİLERİ, İNKONTİNANS VE AĞRI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Eğitim ve kontrol grubu ile yapılan ilk görüşmede yaşam kalitesi, cinsel sağlık, depresyon belirtileri, inkontinans ve ağrı bulguları benzer olarak bulundu($p>0,05$). Bu benzerlik grupların karşılaştırılabilir olması, sonuçların güvenirliği ve Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın üçüncü ayda değerlendirilecek yaşam kalitesi, cinsel sağlık, depresyon belirtileri, inkontinans ve ağrı bulguları sonuçlarına etki etmemesi açısından önemlidir.

İS/AMS'li kadınlarla yapılan bu çalışmada eğitim ve kontrol grubundaki kadınların DSÖYKÖ alt boyutlarında ilk görüşme puanları genel olarak düşük bulundu(Tablo 4.9). Literatürde İS/AMS'li hastaların yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin İS/AMS olmayanlara göre daha düşük olduğu(Suskind ve diğ. 2012, Peng ve diğ, 2020, Volpe ve diğ. 2021; Ko ve diğ. 2022) görülmektedir. İS/AMS'li kadınlarda hastalığın semptomlarının şiddeti arttıkça fiziksel, sosyal ve mental sağlıkta daha fazla bozulma olmaktadır(Rothrock ve diğ. 2002). Ağrı ve noktürinin fiziksel yaşam kalitesindeki düşüşle ilişkili semptomlar olduğu düşünülmektedir(El Khoudary ve diğ. 2009).

Bu çalışmada Watson İBM ile eğitim verildikten sonra, eğitim grubunda DSÖYKÖ genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanı ile fiziksel sağlık, çevresel sağlık ve çevresel sağlık-TR puanlarının eğitim öncesine göre yükseldiği ve puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu(Tablo 4.9, **$p\leq0,05$**) bulundu. Sosyal sağlık ve ruhsal sağlık boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi(Tablo 4.9, $p>0,05$). Kontrol grubunda ise üçüncü ayda DSÖYKÖ alt boyutlarından fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve sosyal sağlık puanları düşüş olmasına rağmen ilk görüşme ile üçüncü ay puanları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Grupların üçüncü ay görüşme yaşam kalitesi alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark yoktu(Tablo 4.9, p>0,05). Yaşam kalitesi; İS/AMS'li hastaların tedavilerinin etkileri ne kadar değişken olsa da tedavi etkinliğini değerlendirmek için önemli bir başarı ölçütüdür(Volpe ve diğ. 2020). Kirkham ve Swainston'un(2021) çalışmasında hastalığın teşhisini takiben yapılacak bilgilendirmenin hastalıkla başa çıkma ve yaşam kalitesini iyileştireceği belirtilmektedir. Bu çalışmada da araştırmacı tarafından Watson İBM rehberliğinde hazırlanıp uygulanan eğitim ve danışmanlık; genel sağlık ve yaşam kalitesi ile fiziksel ve çevresel boyutlar üzerinde olumlu etki sağladığı görülmektedir.

Watson İBM ile eğitim verilen grupta DSÖYKÖ'nin ruhsal ve sosyal sağlık boyutlarında eğitim sonrasında istatistiksel olarak fark bulunmaması; İS/AMS' nin kadınlar üzerindeki ruhsal ve sosyal etkisinin iyileşmesi için tedavi ve takip sürecinde ekip çalışmasının gerektiği; çevrimiçi eğitim ve danışmanlık gruplarının oluşturularak sürece dahil edilmesinin tedavide etkinliğe katkı sağlayacağı yönünde düşünülmektedir.

Bu çalışmada İS/AMS'li kadınların KCİÖ ile yapılan cinsel sağlık değerlendirmesinde eğitim grubu ilk görüşme toplam puanı 11,85±9,92; kontrol grubunun ilk görüşme toplam puanı 14,49±10,89 ve 26,55 olan ölçek kesim puanından düşük ve birbirine benzer olduğu olduğu belirlendi(Tablo 4.10; p>0,05). Yapılan çalışmalarda İS/AMS'li kadınların cinsel sağlığı çoğunlukla KCİÖ ile değerlendirildiği görülmektedir. Nickel ve diğ.nin(2010) yaş ortalaması 49,7 olan 207 İS/AMS'li kadınla çalışmasında sadece İS/AMS olan grupta 19.89; Agrawal ve diğ.nin(2020) yaş ortalaması 41±5.25 olan 32 İS/AMS'li kadın ile yaptığı çalışmada 18.67±4.53 olarak bulunmuştur. Schrepf ve diğ.nin(2014) 58 İS/AMS'li kadınla çalışmasında KCİÖ puanı 16,5 iken sağlıklı kontrol grubunda 25,3 olduğu; Gardella ve diğ.nin(2011) 47 İS/AMS'li kadınla çalışmasında KCİÖ puanı 13.43±9.84 iken sağlıklı kontrol grubunda ise 25.87±8.38 olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın ilk görüşme KCİÖ toplam puanları literatürdeki çalışmalar ile benzer; bu yaş grubundaki sağlıklı kadınların KCİÖ puanlarından oldukça düşüktür. Bu çalışmada Watson İBM ile eğitim verilen grupta eğitim sonrası KCİÖ toplam puanının bir miktar yükseldiği, kontrol grubunda ise değişiklik olmadığı; grupların üçüncü ay puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu(Tablo 4.10; p>0,05).

Cinsel sağlık İS/AMS'li kadınlarda en çok etkilenen alanlardandır. Özellikle ilişki sırasında ve ilişkiden sonra hissedilen ağrının kadınların cinsel ilişkiden kaçınmasına neden olduğu; ağrı nedeniyle cinsel ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini düşündükleri ve ilişkiye tahammül edemedikleri(Whitmore ve diğ. 2007; Rolston ve diğ. 2019) belirlenmiştir. Bu kadınların yaşadığı cinsel sorunların; hastalığın semptomları, ağrı ve yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu(Liu ve diğ. 2014) bildirilmektedir.

Watson İBM ile verilen eğitimin İS/AMS'li kadınların cinsel sağlığına yeterince etkili olmadığı görülmektedir. Kadınların cinsel sağlığına ilişkin elde edilen bulgulara pek çok faktörün katkıda bulunabileceği ve bu değerlendirmenin yapıldığı dönemde cinsel sağlığa etki edebilecek tedavilerin dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Bulunan sonuçlar doğrultusunda; cinsel sağlığın desteklenmesi için partner ile birlikte etkin danışmanlık sunulması ve ilgili bölümlere yönlendirilmesi yönündedir.

Araştırmaya katılan kadınların BDE puanları eğitim grubunda eğitim öncesi 12,86±9,38; kontrol grubundaki kadınlarda ise BDE ilk görüşme puanı 11,17±7,57 olduğu; her iki grubun BDE puanlarının hafif düzeyde depresyon belirtileri ile uyumlu olduğu görüldü(Tablo 4.11).

İS/AMS'li kadınlarda depresyon belirtilerinin BDE ile değerlendirildiği çalışmalarda alınan sonuçların hafif ya da orta düzeyde depresyon belirtileri ile uyumlu olduğu görüldü. Anderson ve Walsh'un(1998) yaş ortalaması 46,5 olan 40 İS/AMS'li kadınla çalışmasında BDE puanı 15,7±10,06; Goldstein ve diğ.nin(2008) yaş ortalaması 45,9 olan 41 İS/AMS'li kadınla çalışmasında 14,6±9,2; Crawford ve diğ.nin(2021) 226 İS/AMS'li kadın ile çalışmasında 16.77±11.19 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ilk görüşme BDE puanları diğer çalışmalara göre biraz daha düşük bulundu. Bu sonuç hastaların İS/AMS ile ilgili tedaviye başlamalarının kendilerini daha iyi hissetmesine neden olmalarıyla açıklanabilir.

Watson İBM ile eğitim verilen grupta eğitim sonrasında BDE puanının 9,46±7,06'ya düştüğü; ilk görüşme ile üçüncü ay görüşme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu(Tablo 4.11, **p≤0,05**). Kontrol grubunda ise üçüncü ay görüşme puanında değişiklik olmadı ve hafif depresyon düzeyinde kaldı(Tablo 4.11, p>0,05). Grupların üçüncü ay görüşmesinde eğitim grubunda BDE puanı düşmesine rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu(Tablo 4.11, p>0,05).

Bu çalışmada İS/AMS'li kadınlara Watson İBM'nin iyileştirici faktörlerinin rehberliğinde yapılan görüşmeler ile verilen eğitim ve danışmanlık DSÖYKÖ ruhsal sağlık boyutuna etki etmese de; depresyon belirti puanlarını iyileştirmede olumlu katkı sağlamıştır. Genel olarak bu çalışmanın BDE puanları literatürdeki çalışmalara ve ölçek değerlendirme puan ortalamalarına göre daha düşüktür. Bunun sebebi İS/AMS hastalarının tanılanması güç olan bu hastalığın tedavisine devam edebildikleri için kendilerini daha iyi hissetmeleriyle açıklanabilir.

Bu çalışmada Watson İBM ile eğitim verilen gruptaki kadınların eğitim öncesi ICIQ-SF toplam puanı 4,63±6,69 ve hafif düzeyde inkontinans şikayetlerinin olduğu; kontrol grubundaki kadınların ilk görüşme toplam puanı 6,14±6,83 ve orta düzeyde inkontinans şikayetlerinin

olduğu bulundu(Tablo 4.12). İS/AMS'li kadınların inkontinans şikayetlerinin yaşamlarını etkileme durumlarını belirlemek için ICIQ-SF kullanılarak yapılan bir çalışmada 26 İS/AMS'li hastanın puanları ortalaması 6.3±5.7 bulunmuştur ve bu çalışmanın ICQ-SF toplam puanları ile benzerdir(Lai ve diğ. 2014).

Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubunun üçüncü ay ICIQ-SF toplam puanının 2,93±5,87'e düştüğü ve inkontinans şikayetinin bu grupta yine hafif düzeyde etki etmeye devam ettiği görüldü(Tablo 4.12, p>0,05). Üçüncü ayda kontrol grubunda ICIQ-SF toplam puanının 4,75±6,01'e düştüğü, inkontinans şikayetinin orta düzeyden hafif düzeye gerilediği; bu gruptaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı farka neden olduğu görüldü(Tablo 4.12, **p≤0,05**). Kontrol grubunda üçüncü ayda ortaya çıkan düşüşün ve istatistiksel olarak anlamlı farkın nedeninin grubun ilk görüşme puanının yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada inkontinans şikayetlerinin azalmasında Watson İBM ile verilen eğitimin tek başına etkili olmadığı, inkontinans şikayetlerini azaltan etkinin İS/AMS tedavisinde kullanılan farmakolojik tedaviden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların McGillAA-KF ölçeği ile yapılan ağrı değerlendirmesinde iki ayrı puan ile değerlendirme yapıldı. Toplam ağrı puanı ilk görüşmede eğitim grubunda 21,17±10,76; kontrol grubunda 19,54±10,19 olarak bulundu. Görüşmenin yapıldığı andaki ağrıyı değerlendiren mevcut ağrı puanı ise eğitim grubunda 3,93±0,98 ve "berbat" olarak; kontrol grubunda ise 3,68±1,30 ve "berbat" olarak benzer bulundu(Tablo 4.13, p>0,05).

İS/AMS'li hastaların ağrı değerlendirilmesinde McGillAA-KF ile ağrının değerlendirildiği çalışmalarda; Tripp ve diğ.nin(2016) 190 İS/AMS'li kadınla yaptığı çalışmada McGillAA-KF puanı 19.39±10.61; Cervigni ve diğ.nin(2018) çalışmasında ağrı puanı 17.6±4.3; Crawford ve diğ.nin(2021) 226 İS/AMS'li kadınla çalışmasında kadınların toplam ağrı puanları 16.77±11.19 olarak bildirilmektedir ve ağrı puanları bu çalışma ile benzerdir.

Watson İBM ile eğitim verilen grubun eğitim sonrası toplam ağrı puanı ve mevcut ağrı puanının her ikisinde düşüş görüldü. Mevcut ağrı puanı ilk görüşmede "berbat" ile ifade edilirken, üçüncü ayda "sıkıntı verici" düzeye düştü(Tablo 4.13, **p≤0,05**). Kontrol grubunda da üçüncü ay görüşmesinde toplam ağrı puanında düşüş görüldü ve istatistiksel olarak fark bulundu(Tablo 4.13, **p≤0,05**). Ancak kontrol grubunun üçüncü mevcut ağrı puanında istatistiksel olarak fark bulunmadı(Tablo 4.13, p>0,05).

Bu çalışmada eğitim ve kontrol grubunun her ikisinde birden üçüncü ay görüşmesinde ağrı puanlarının azalması; hastalara bu süreç içerisinde eğitimle birlikte ilaç tedavisi, fizik tedavi ve ağrı tedavisi yöntemlerinin de yer aldığı kombine tedavi uygulanmasının bir sonucu

olarak değerlendirilebilir. Literatürde eğitim ve danışmanlık verilerek ağrının değerlendirildiği çalışmaların olmaması farklı bir yorum yapmayı olanaksız kılmaktadır.

Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li hastaların yaşam kalitesi, cinsel sağlık, depresyon belirtileri, inkontinans durumu ve ağrı bulgularına etkisinin değerlendirilebilmesinin; bu konuda yapılacak çalışmaların artması ile daha sağlıklı olacağı yönündedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İS/AMS teşhis edilen kadınlarda Watson İBM ile verilen eğitimin kadınların yaşam kalitesi ve cinsel sağlığa etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma, randomize kontrollü deneysel tipte ve ön test-son test kontrol gruplu araştırma niteliğindedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde ifade edilebilir:

- Watson İBM ile eğitim verilen kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında sosyo-demografik ve obstetrik/jinekolojik özellikler, sağlık özgeçmişi/mevcut hastalık durumu, idrar yapma özellikleri ve İS/AMS hastalığı özellikleri verilerine ilişkin bulgular yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu($p>0,05$).
- Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubu ile kontrol grubunun ilk görüşmede DSÖYKÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken($p>0,05$), üçüncü ayda Watson İBM ile eğitim verilen grupta genel sağlık ve yaşam kalitesi toplam puanı, fiziksel sağlık puanı, çevresel sağlık puanı ve çevresel sağlık-TR puanında artış olduğu belirlendi($p\leq$**0,05**). Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li kadınların genel olarak yaşam kalitesi ve sağlık ile fiziksel ve çevresel alanlarda yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görüldü.
- Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubu ile kontrol grubunun ilk görüşmede KCİÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı($p>0,05$), üçüncü ayda da her iki grupta KCİÖ puanlarında herhangi bir farkın bulunmadığı belirlendi($p>0,05$). Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li kadınların cinsel sağlığına etkisi olmadığı görüldü.
- Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubu ile kontrol grubunun ilk görüşmede BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı($p>0,05$), üçüncü ayda ise Watson İBM ile eğitim verilen grupta BDE puanının düşüş gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü($p\leq$**0,05**). Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li kadınların depresyon belirtilerini azaltarak kadınların ruh sağlığına olumlu etkisi olduğu görüldü.
- Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubu ile kontrol grubunun ilk görüşmede ICIQ-SF puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı($p>0,05$), üçüncü ayda eğitim grubunda ICIQ-SF puanında her hangi bir fark

bulunmazken(p>0,05), kontrol grubunda düşüş olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü(p≤**0,05**). Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li kadınların inkontinans şikayetlerini azaltmaya etkisi olmadığı görüldü.

- Watson İBM ile eğitim ve danışmanlık verilen eğitim grubu ile kontrol grubunun ilk görüşmede McGillAA-KF ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı(p>0,05), üçüncü ayda ise her iki grupta toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü(p≤0,05). Mevcut ağrı puanı ise sadece Watson İBM ile eğitim verilen grupta istatistiksel olarak anlamlı bulunurken(p≤0,05), kontrol grubunda anlamlı fark bulunmadı(p>0,05). Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın İS/AMS'li kadınların üriner ağrı şikayetini azalttığı görüldü.
- Çalışmanın sonucunda İS/AMS teşhis edilen kadınlarda Watson İBM verilen eğitimin kadınların yaşam kalitesinin artmasına; ağrı ve depresyon belirtilerinin azalmasına katkıda bulunduğu belirlendi.

Bu çalışmada belirlenen hipotezler yukarıdaki sonuçlar doğrultusunda sınanmıştır.

İS/AMS teşhis edilen kadınlara Watson İBM ile verilen eğitim ve danışmanlığın;

- İS/AMS'li kadınların yaşam kalitesine olumlu yönde etkisi vardır(**H_1 hipotezi doğrulanmıştır**).
- İS/AMS'li kadınlarda cinsel sağlığa etkisi yoktur(**H_2 hipotezi doğrulanmamıştır**).
- İS/AMS'li kadınlarda üriner ağrıyı azaltmada olumlu yönde etkisi vardır**(H_3 hipotezi doğrulanmıştır**).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- İS/AMS'de hastalığın teşhisini takiben hastaya eğitim ve danışmanlık verilmesinin rutin protokollerde yer alması ve bu sürece hastanın etkin olarak dahil edilmesi önerilir.
- Hasta eğitiminde hastalık hakkında bilgilendirme ile birlikte özellikle semptom takibi ve yönetimi ile alevlenme dönemlerinde kendi kendine bakım uygulamaları konusunda hastayı destekleyici paylaşımların olması önerilir.
- Hasta takibine yaşam kalitesi ve cinsel sağlığı destekleyici uygulamaların dahil edilmesi önerilir.
- Watson İBM ile verilecek eğitim ve danışmanlık hemşire-hasta iletişimini ve hastanın tedavi sürecinde aktif olma sürecini desteklemektedir. Modelin İS/AMS'li hastaların takip ve tedavisinde tüm sağlık profesyonelleri tarafından aktif olarak kullanılması bakım sürecini kolaylaştıracak ve hasta memnuniyetini artıracaktır.

- İS/AMS'nin az bilinen bir hastalık olması nedeniyle kadın doğum ve üroloji bölümünde çalışan sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitim programları oluşturulması önerilir.
- Hastalar ve toplum için farkındalık oluşturulması için sağlık profesyonelleri tarafından İS/AMS hastalığı konusunda eğitici içerikli bilgilendirici web siteleri ve sosyal medya sayfalarının oluşturulması ve bu sitelerin etkin yönetilmesi önerilmektedir.
- İS/AMS hastalarına verilecek hasta eğitiminin hastaların yaşam kalitesi, cinsel sağlık ve diğer semptomlara etkinliğinin değerlendirileceği deneysel çalışmaların daha büyük hasta gruplarıyla ve çok merkezli olarak yapılması önerilir.
- Hemşirelerin yönetiminde hasta destek gruplarının oluşturulması önerilir.
- İS/AMS'li hastalarla ilgili planlanacak çalışmalarda daha uzun izlemle planlama yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Abraham, L., Arbuckle, R., Bonner, N., Crook, T., Humphrey, L., Mills, I., ... & van de Merwe, J. P., 2009, How do patients describe their symptoms of interstitial cystitis/painful bladder syndrome (IC/PBS)? Qualitative interviews with patients to support the development of a patient-reported symptom-based screener for IC/PBS, *Value health*, 12, A310.

Acar, Ö., & Tarcan, T., 2019. Cystoscopic evaluation and clinical phenotyping in interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Journal of the Turkish German gynecological association,* 20 (2), 117-22. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0102.

Acar, Ö., ve Tarcan, T., 2015, Kronik pelvik ağrı sınıflaması ve mesane ağrısı sendromunda epidemiyoloji, etyoloji ve patogenez, *ÜCD Güncelleme Serileri*, 4(3), 7-12.

Ackerman, A. L., Lee, U. J., Jellison, F. C., Tan, N., Patel, M., Raman, S. S., & Rodriguez, L. V., 2015, MRI suggests increased tonicity of the levator ani in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *International urogynecology journal*, *27*(1), 77-83. doi: 10.1007/s00192-015-2794-6.

Agrawal, A., Tripathy, S., & Kumar, D., 2020, Sexual dysfunction in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A case-control study, *Indian journal of urology: IJU: Journal of the urological society of India,* 36 (3), 212. doi: 0.4103/iju.IJU_145_20.

Ahn, S. T., Jeong, H. G., Park, T. Y., Kim, J. W., Park, H. S., Moon, D. G., ... & Oh, M. M., 2018. Differences in urodynamic parameters according to the presence of a Hunner lesion in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *International neurourology journal*, 22 (Suppl 1), S55-61. doi: 10.5213/inj.1835044.522.

Akbay, E., Çayan, S., Kılınç, C., Bozlu, M., Tek, M., & Efesoy, O., 2019, The short-term efficacy of intravesical instillation of hyaluronic acid treatment for bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Turkish journal of urology*, 45 (2), 129. doi: 10.5152/tud.2018.35920.

Akiyama, Y., 2020. Update on the pathophysiology of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Current bladder dysfunction reports*, 15 (1), 1-8. doi.org/10.1007/s11884-019-00569-w.

Aktürk, Ü., & Erci, B., 2019, The effect of Watson's care model on anxiety, depression, and stress in Turkish women, *Nursing science quarterly*, 32 (2), 127-134. doi.org/10.1177/0894318419826.

Aktürk, Ü., 2016, *Kemoterapi alan hastalara Watson insan bakim modeline göre verilen bakimin yaşamin anlami ve semptom yönetimine etkisi,* Tez (Doktora), İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Amanak, K., & Sevil, Ü., 2020, Üriner inkontinansı olan ve olmayan kadınların yaşam doyumu ve sosyal kaygı düzeylerinin karşılaştırılması, *Düzce üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi,* 10(2), 217-222, doi: 10.33631/duzcesbed.552334.

Anderson, V. N., & Walsh, J. E., 1998, Women with interstitial cystitis: Uncertainty and psychosocial adjustment, *Journal of gender, culture and health*, 3(1), 51-57, doi: 10.1023/A:1023298215795.

Arslan, B., Gönültaş, S., Gökmen, E., Özman, O., Avci, M. A., & Özdemir, E., 2019, Outcomes of intravesical chondroitin-sulfate and combined hyaluronic-acid/chondroitin-sulfate therapy on female sexual function in bladder pain syndrome, *International urogynecology journal*, 30 (11), 1857-1862. doi.org/10.1007/s00192-019-04036-2.

Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P., 2004, ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence, N*eurourology and urodynamics: official journal of the international continence society*, 23(4), 322-330, doi:10.1002/nau.20041.

Aydemir, Ö., 2014, Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, *Türk nöroloji dergisi*, 20(1), 5-9, doi:10.4274/tnd.s3.

Aydoğan, T.B., 2017, *İnterstisyel sistit etiyolojisinde mikrobiyolojik araştirmanin yeri*, Tez (Uzmanlık), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı.

Aygin, D., 2005, *Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi,* Tez (Doktora), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aygin, D., Aslan, F., 2005, Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçeye uyarlaması, *Türkiye klinikleri tıp bilimleri dergisi,* 25 (3), 393-399.

Bassaly, R., Downes, K., & Hart, S., 2011, Dietary consumption triggers in interstitial cystitis/bladder pain syndrome patients, *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, 17 (1), 36-39. doi: 10.1097/SPV.0b013e3182044b5c.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of general psychiatry*, 4 (6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

Beckett, M. K., Elliott, M. N., Clemens, J. Q., Ewing, B., & Berry, S. H., 2014, Consequences of interstitial cystitis/bladder pain symptoms on women's work participation and income: results from a national household sample, *The journal of urology*, 191(1), 83-88, doi: 10.1016/j.juro.2013.07.018.

Berry, S. H., Elliott, M. N., Suttorp, M., Bogart, L. M., Stoto, M. A., Eggers, P., ... & Clemens, J. Q., 2011, Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/interstitial cystitis among adult females in the United States, *The Journal of urology*, 186 (2), 540-544. doi.org/10.1016/j.juro.2011.03.132.

Bogart, L. M., Suttorp, M. J., Elliott, M. N., Clemens, J. Q., & Berry, S. H., 2011, Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Urology*, 77(3), 576-580, doi:10.1016/j.urology.2010.10.016.

Bosch, P. C., 2014, Examination of the significant placebo effect in the treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urology*, 84 (2), 321-326. doi.org/10.1016/j.urology.2014.04.011.

Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B., 2016, Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademik araştırmalar ve çalışmalar dergisi,* 8 (15), 137-150. doi.org/10.20990/kilisiibfakademik.266011.

Bozkurt, M., & Nazik, E., 2021, Determination of the comfort level and self-care agency of the women with urinary incontinence, *Journal of contemporary medicine*, 11(2), 185-190, doi: 10.16899/jcm.759720.

Butrick, C. W., 2012, Interstitial cystitis/bladder pain syndrome: management of the pain disorder: a urogynecology perspective, *Urologic clinics*, 39 (3), 377-387. doi.org/10.1016/j.ucl.2012.06.007.

Çakmak, F.S. ve Oskay, Ü., 2022, Kadınlarda interstisyel sistit/ağrılı mesane sendromu ve hemşirelik yaklaşımı, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(3), 147-152, doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1132491.

Cepeda, M. S., Reps, J., Sena, A. G., & Ochs-Ross, R., 2019, Risk factors for interstitial cystitis in the general population and in individuals with depression, *International neurourology journal*, 23 (1), 40-45. doi: 10.5213/inj.1836182.091.

Cervigni, M., & Natale, F., 2014, Gynecological disorders in bladder pain syndrome/interstitial cystitis patients, *International journal of urology*, 21, 85-88. doi.org/10.1111/iju.12379 .

Cervigni, M., Onesti, E., Ceccanti, M., Gori, M. C., Tartaglia, G., Campagna, G., ... & Inghilleri, M., 2018, Repetitive transcranial magnetic stimulation for chronic neuropathic pain in patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Neurourology and urodynamics*, 37(8), 2678-2687, doi: 10.1002/nau.23718.

Cervigni, M., Sommariva, M., Tenaglia, R., Porru, D., Ostardo, E., Giammò, A., ... & Pappagallo, G. L., 2016, A randomized, open-label, multicenter study of the efficacy and safety of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate versus dimethyl sulfoxide in women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Neurourology and urodynamics*, 36 (4), 1178-1186. doi: 10.1002/nau.23091.

Chang, K. M., Lee, M. H., Lin, H. H., Wu, S. L., & Wu, H. C., 2018, Will cesarean section increase the risk of interstitial cystitis/painful bladder syndrome?, *Neurourology and urodynamics*, 37 (8), 2638-2644. doi.org/10.1002/nau.23704.

Chang, K. M., Lee, M. H., Lin, H. H., Wu, S. L., & Wu, H. C., 2021, Does irritable bowel syndrome increase the risk of interstitial cystitis/bladder pain syndrome? A cohort study of long term follow-up, *International urogynecology journal*, 32 (5), 1307-1312. doi.org/10.1007/s00192-021-04711-3.

Chen, H. C., Liu, C. Y., Liao, C. H., & Tsao, L. I., 2020, Self-perception of symptoms, medical help seeking, and self-help strategies of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *LUTS:Lower urinary tract symptoms*, 12 (3), 183-189, doi: 10.1111/luts.12300.

Chen, W. C., Lee, M. H., & Wu, H. C., 2016b, Relationship among symptoms, mood, and personality traits in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urological science*, 23 (3), 147-151. doi.org/10.1016/j.urols.2016.05.003.

Chen, W., Ye, DY., Han, DJ., Fu, GQ., Zeng, X., Lin, W., & Liang, Y., 2016a, Elevated level of nerve growth factor in the bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a meta-analysis, *SpringerPlus,* 5 (1072), 1-6, doi:10.1186/s40064-016-2719-y.

Cheng, C., Rosamilia, A., & Healey, M. 2012, Diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome in women with chronic pelvic pain: a prospective observational study. *International urogynecology journal*, 23(10), 1361-1366, doi:10.1007/s00192-012-1711-5.

Chiu, C. D., Lee, M. H., Chen, W. C., Ho, H. L., & Wu, H. C., 2017, Childhood trauma perpetrated by close others, psychiatric dysfunction, and urological symptoms in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Journal of psychosomatic research*, 93, 90-95. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.014.

Cho, S. T., 2017, Is urethral pain syndrome really part of bladder pain syndrome?, *Urogenital tract infection*, 12 (1), 22-27. doi.org/10.14777/uti.2017.12.01.22.

Choe, J. H., Son, H., Song, Y. S., Kim, J. C., Lee, J. Z., & Lee, K. S., 2011, Prevalence of painful bladder syndrome/interstitial cystitis-like symptoms in women: a population-based study in Korea, *World journal of urology,* 29 (1), 103-108. doi.org/10.1007/s00345-010-0536-4.

Chuang, Y. C., Weng, S. F., Hsu, Y. W., Huang, C. L. C., & Wu, M. P., 2015, Increased risks of healthcare-seeking behaviors of anxiety, depression and insomnia among patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a nationwide population-based study, *International urology and nephrology*, 47 (2), 275-281. doi: 10.1007/s11255-014-0908-6.

Chung, K. H., Liu, S. P., Lin, H. C., & Chung, S. D., 2014a, Bladder pain syndrome/interstitial cystitis is associated with anxiety disorder *Neurourology and urodynamics*, 33 (1), 101-105. doi.org/10.1002/nau.22382.

Chung, S. D., Chang, C. H., Hung, P. H., Chung, C. J., Muo, C. H., & Huang, C. Y., 2015, Correlation between bladder pain syndrome/interstitial cystitis and pelvic inflammatory disease, *Medicine*, 94 (46). doi: 10.1097/MD.0000000000001878.

Chung, S. D., Liu, S. P., Lin, H. C., & Kang, J. H., 2014b, Association of dysmenorrhea with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a case–control study, *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 93 (9), 921-925. doi: 10.1111/aogs.12437.

Clemens, J. Q., Elliott, M. N., Suttorp, M., & Berry, S. H., 2012, Temporal ordering of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and non-bladder conditions, *Urology*, 80 (6), 1227-1232. doi:10.1016/j.urology.2012.06.059.

Clemens, J. Q., Erickson, D. R., Varela, N. P., & Lai, H. H., 2022, Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *The journal of urology,* 208 (1), 34-42. doi.org/10.1097/JU.0000000000002756

Clemens, J. Q., Link, C. L., Eggers, P. W., Kusek, J. W., Nyberg, L. M., McKinlay, J. B., & BACH Survey Investigators., 2007, Prevalence of painful bladder symptoms and effect on quality of life in black, Hispanic and white men and women, *The Journal of urology*, 177 (4), 1390-1394. doi:10.1016/j.juro.2006.11.084.

Clemens, J. Q., Meenan, R. T., Rosetti, M. C. O. K., Gao, S. Y., & Calhoun, E. A., 2005, Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population, *The Journal of urology*, 173 (1), 98-102. doi: 10.1097/01.ju.0000146114.53828.82.

Clemens, J. Q., Mullins, C., Ackerman, A. L., Bavendam, T., van Bokhoven, A., Ellingson, B. M., ... & Landis, J. R., 2019, Urologic chronic pelvic pain syndrome: insights from the MAPP Research Network, *Nature reviews urology*, 16 (3), 187-200. doi:10.1038/s41585-018-0135-5.

Colemeadow, J., Sahai, A., & Malde, S., 2020, Clinical management of bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a review on current recommendations and emerging treatment options, *Research and reports in urology*, 12, 331. doi: 10.2147/RRU.S238746.

Collings, R., Healey, M., Dior, U., Erwin, R., Rosamilia, A., & Cheng, C., 2019, Effect of investigative laparoscopy on bladder pain syndrome: a prospective cohort trial, *International urogynecology journal*, 31 (8), 1583-1591. doi.org/10.1007/s00192-019-04023-7.

Cox, A., 2018, Management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Canadian urological association journal*, 12 (6 Suppl 3), S157. doi: 10.5489/cuaj.5324.

Cox, A., Golda, N., Nadeau, G., Nickel, J. C., Carr, L., Corcos, J., & Teichman, J., 2016, CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Canadian urological association journal*, 10 (5-6), E136. doi: 10.5489/cuaj.3786.

Crawford, A., Muere, A., Tripp, D. A., Nickel, J. C., Doiron, R. C., Moldwin, R., & Katz, L., 2021, The chicken or the egg: Longitudinal changes in pain and catastrophizing in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, C*anadian urological association journal*, 15(10), 326, doi: 10.5489/cuaj.7106.

Crawford, A., Tripp, D. A., Nickel, J. C., Carr, L., Moldwin, R., Katz, L., & Muere, A., 2019, Depression and helplessness impact interstitial cystitis/bladder pain syndrome pain over time, *Canadian urological association journal*, 13 (10), 328. doi: 10.5489/cuaj.5703.

Crescenze, I. M., Gupta, P., Adams, G., Oldendorf, A., Stoffel, J. T., Romo, P. G. B., ... & Cameron, A. P., 2019, Advanced management of patients with ulcerative interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urology,* 133, 78-83, doi.org/10.1016/j.urology.2019.07.036.

Curhan, G. C., Speizer, F. E., Hunter, D. J., Curhan, S. G., & Stampfer, M. J., 1999, Epidemiology of interstitial cystitis: a population based study, *The Journal of urology*, 161 (2), 549-552. doi.org/10.1016/S0022-5347(01)61947-5.

Çetinel, B., Özkan, B., & Can, G., 2004, ICIQ-SF Türkçe versiyonu validasyon (geçerlilik) çalışması, Türk üroloji dergisi, 30(3), 332-338.

Daniels, A. M., Schulte, A. R., & Herndon, C. M., 2018, Interstitial cystitis: an update on the disease process and treatment, *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 32 (1), 49-58. doi.org/10.1080/15360288.2018.1476433.

Dellis, A. E., & Papatsoris, A. G., 2018, Bridging pharmacotherapy and minimally invasive surgery in interstitial cystitis/bladder pain syndrome treatment, *Expert opinion on pharmacotherapy*, 19 (12), 1369-1373. doi.org/10.1080/14656566.2018.1505865.

Demirkesen, O., ve Doğan, Ç., 2016, *Mesane ağrı sendromu,* Kronik pelvik, ağrı,In, Oral, E., Usta, A.T., (ed.), 12, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, Türkiye, ISBN: 978-975-277, 135.

Di Giacomo, D., Ranieri, J., Nasta, L., Moscato, S., Guerra, F., & Passafiume, D., 2019, Psychological distress in ,nterstitial cystitis/bladder pain syndrome: A cross-sectional study on emotional patterns, *Mediterranean journal of clinical psychology*, 7 (2). doi: 10.6092/2282-1619/2019.7.2135.

Doiron, R. C., Tolls, V., Irvine-Bird, K., Kelly, K. L., & Nickel, J. C., 2016, Clinical phenotyping does not differentiate Hunner lesion subtype of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a relook at the role of cystoscopy, *The Journal of urology*, 196 (4), 1136-1140. doi: 10.1016/j.juro.2016.04.067.

Durmazoğlu, G., Özlem, Ç. E. Ç. E., Toksoy, S. Y., Okumuş, H., & Tokat, M. A., 2021, Gebe okulu eğitimcileri ve emzirme hemşirelerine verilen Watson'ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiş emzirme eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi, *Pamukkale tıp dergisi*, 14 (1), 79-88. doi.org/10.31362/patd.758760.

El Khoudary, S. R., Talbott, E. O., Bromberger, J. T., Chang, C. C. H., Songer, T. J., & Davis, E. L., 2009, Severity of interstitial cystitis symptoms and quality of life in female patients, *Journal of women's health*, 18(9), 1361-1368, doi: 10.1089=jwh.2008.1270.

Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadıloğlu, Ç., & Aykar, F. Ş., 2018, Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Kardiyovasküler hemşirelik dergisi*, 9 (19), 82-88. doi: 10.5543/khd.2018.41275.

Ertaş, B., 2019, *18-49 yaş arası kadınlarda aşırı aktif mesane sendromu üzerine etkili faktörler ve yaşam kalitesi*, Tez(Yüksek lisans), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E., 1999, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri, *Psikiyatri psikoloji psikofarmakoloji (3P) dergisi*, 7 (Suppl 2), 23-40.

Fall, M., Nordling, J., Cervigni, M., Dinis Oliveira, P., Fariello, J., Hanno, P., ... & Zaitcev, A., 2020, Hunner lesion disease differs in diagnosis, treatment and outcome from bladder pain syndrome: an ESSIC working group report, *Scandinavian journal of urology*, 54 (2), 91-98. doi.org/10.1080/21681805.2020.1730948.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R., 1975, " Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198, doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

Friedlander, J. I., Shorter, B., & Moldwin, R. M., 2012, Diet and its role in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS) and comorbid conditions, *BJU international*, 109 (11), 1584-1591. doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10860.x.

Garba, K., Avery, M., Yusuh, M., Abdelwahab, O., Harris, S., Birch, B. R., & Lwaleed, B. A., 2021, The relationship between illness perception and worsening of interstitial cystitis/painful bladder syndrome symptoms: A cross-sectional study, *Neurourology and Urodynamics,* 40(8), 2020-2025, doi:10.1002/nau.24787.

Gardella, B., Porru, D., Nappi, R. E., Daccò, M. D., Chiesa, A., & Spinillo, A., 2011, Interstitial cystitis is associated with vulvodynia and sexual dysfunction—a case-control study, *The journal of sexual medicine*, 8 (6), 1726-1734. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02251.x.

Garzon, S., Laganà, A. S., Casarin, J., Raffaelli, R., Cromi, A., Sturla, D., ... & Ghezzi, F., 2020, An update on treatment options for interstitial cystitis, *Menopause review/przegląd menopauzalny*, 19 (1), 35-43. doi.org/10.5114/pm.2020.95334.

Giusto, L. L., Zahner, P. M., & Shoskes, D. A., 2018, An evaluation of the pharmacotherapy for interstitial cystitis, *Expert opinion on pharmacotherapy*, 19 (10), 1097-1108. doi.org/10.1080/14656566.2018.1491968.

Goldstein, H. B., Safaeian, P., Garrod, K., Finamore, P. S., Kellogg-Spadt, S., & Whitmore, K. E., 2008, Depression, abuse and its relationship to interstitial cystitis, *International urogynecology journal,* 19(12), 1683-1686, doi.org/10.1007/s00192-008-0712-x.

Gordon, B., Shorter, B., Sarcona, A., & Moldwin, R. M., 2015, Nutritional considerations for patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 9 (115), 1372-1375. doi: 10.1016/j.jand.2015.03.021.

Gülpınar, Ö., Esen, B., Kayış, A., Gökçe, M. İ., & Süer, E., 2017, Clinical comparison of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate therapies in the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Neurourology and urodynamics*, 37(1), 257-262, doi: 10.1002/nau.23284.

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., & Engin, F., 2002, Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk psikiyatri dergisi*, 13 (4), 273-281.

Gupta, P., Gaines, N., Sirls, L. T., & Peters, K. M., 2015, A multidisciplinary approach to the evaluation and management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: an ideal model of care, *Translational andrology and urology*, 4 (6), 611. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2015.10.10.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019, *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hakimi, Z., Houbiers, J., Pedersini, R., & Vietri, J., 2017, The burden of bladder pain in five European countries: a cross-sectional study, *Urology*, 99, 84-91, doi.org/10.1016/j.urology.2016.08.038.

Han, E., Nguyen, L., Sirls, L., & Peters, K., 2018, Current best practice management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Therapeutic advances in urology*, 10 (7), 197-211. doi.org/10.1177/1756287218761574.

Hanno, P. M., Landis, J. R., Matthews-Cook, Y. V. O. N. N. E., Kusek, J., & Nyberg, L. J., 1999, The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study, *The journal of urology*, 161 (2), 553-557. doi.org/10.1016/S0022-5347(01)61948-7.

Hanno, P.M., 2015, Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment, *The journal of urology*, 193, 1545-1553, doi:10.1016/j.juro.2015.01.086.

Hanno, P.M., 2018, *Intra vezical therapy of inrterstitial cystitis,* Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 20, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 95-100.

He, Q., Yang, Y., Xia, M., Li, G. Z., Zhang, N., Wu, S. L., ... & Shen, H., 2015, Sex differences in risk factors for interstitial cystitis/painful bladder syndrome in patients with lower urinary tract symptoms in C hina, *Surgical practice*, 19 (2), 69-74. doi.org/10.1111/1744-1633.12113.

Hisli, N., 1988, Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma, *Psikoloji dergisi,* 6 (22), 118-126.

Hisli, N., 1989, Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği, *Psikoloji dergisi,* 7 (23), 3-13.

Homma, Y., Akiyama, Y., Niimi, A., Nomiya, A., & Igawa, Y., 2019, Classification, characterization, and sub-grouping of interstitial cystitis, *Current bladder dysfunction reports*, 14 (4), 294-300. doi.org/10.1007/s11884-019-00542-7.

Imamura, M., Scott N.W., Ogah, J.A., Ford, A.A., Wallace, S.A., Dubos, Y.A., Brazzelli, M., 2019, Interventions for treating people with symptoms of bladder pain syndrome: a networkmeta-analysis (protocol), *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 5, doi: 10.1002/14651858.CD013325.

İnan, F.Ç., 2020, *Diyabet hastalarında yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun Rasch analizi ve diyabet ağirlik derecesiyle ilişkisi*, Tez (Doktora), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Ingber, M. S., Peters, K. M., Killinger, K. A., Carrico, D. J., Ibrahim, I. A., & Diokno, A. C., 2007, Dilemmas in diagnosing pelvic pain: multiple pelvic surgeries common in women with interstitial cystitis, *International urogynecology journal*, 19 (3), 341-345. doi.org/10.1007/s00192-007-0453-2.

Inoue, Y., Mita, K., Kakehashi, M., Kato, M., & Usui, T., 2009, Prevalence of painful bladder syndrome (PBS) symptoms in adult women in the general population in Japan, *Neurourology and urodynamics: Official journal of the international continence society*, 28 (3), 214-218. doi.org/10.1002/nau.20638.

Ito, T., Miki, M., & Yamada, T., 2000, Interstitial cystitis in Japan, *BJU international*, 86 (6), 634-637. doi.org/10.1046/j.1464-410X.2000.00855.x.

Kanter, G., Volpe, K. A., Dunivan, G. C., Cichowski, S. B., Jeppson, P. C., Rogers, R. G., & Komesu, Y. M., 2016, Important role of physicians in addressing psychological aspects of interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): a qualitative analysis, *International urogynecology journal*, 28 (2), 249-256. doi.org/10.1007/s00192-016-3109-2.

Karamık, K., Ölçücü, M.T., 2019, *Mesane ağrı sendromu*, Ürolojide temel yaklaşım ve yönetim, In: Kabay, Ş., Özlülerden, Y., Çelen, S., Günseren, K.Ö., Başer, A., (ed.), 28, Akademisyen Kitabevi, Ankara, Türkiye, ISBN 9786052586488, 281-289.

Kasyan, G., Kupriyanov, Y., Karasev, A., Baibarin, K., & Pushkar, D., 2021, Safety and efficacy of pentosan polysulfate in patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a multicenter, double–blind, placebo–controlled, randomized study, *Central European Journal of Urology*, 74(2), 201-207, doi: 10.5173/ceju.2021.0340.R1.

Katz, L., Tripp, D. A., Carr, L. K., Mayer, R., Moldwin, R. M., & Nickel, J. C., 2017, Understanding pain and coping in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *BJU international*, 120 (2), 286-292. doi.org/10.1111/bju.13874.

Kaya, S., 2013, *Üriner inkontinans semptomu olan kadınlarda mesane eğitimi ile birlikte pelvik taban kas eğitiminin etkinliğinin araştırılması,* Tez (Doktora), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Keller, J. J., Chen, Y. K., & Lin, H. C., 2012a, Comorbidities of bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a population-based study, *BJU international*, 110 (11c), E903-E909. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.11539.x.

Keller, J. J., Liu, S. P., & Lin, H. C., 2012b, Increased risk of depressive disorder following diagnosis with bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Neurourology and urodynamics*, 32 (5), 467-471. doi.org/10.1002/nau.22316.

Keller, J., Chiou, H. Y., & Lin, H. C., 2012c, Increased risk of bladder cancer following diagnosis with bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Neurourology and urodynamics*, 32 (1), 58-62. doi: 10.1002/nau.22283.

Kılınç, C., 2017, *Mesane ağrısı sendromunda intravezikal hyalüronik asit tedavisi etkinliği,* Tez (Uzmanlık), Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Kim, J. I., & Heitkemper, M. M., 2009, Interstitial Cystitis/painful bladder syndrome: prevalence estimates, quality of life and depression among older adult korean women, *Korean journal of women health nursing*, 15 (4), 381-386. doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.4.381.

Kirkham, A., & Swainston, K., 2022, Women's experiences of interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Western journal of nursing research*, 44(2), 125-132, doi: 10.1177/0193945921990730.

Kispert, S. E., Marentette, J., Campian, E. C., Isbell, T. S., Kuenzel, H., & McHowat, J., 2017, Cigarette smoke-induced urothelial cell damage: potential role of platelet-activating factor, *Physiological reports*, 5 (5), e13177. doi.org/10.14814/phy2.13177.

Kitchen, M., Thursby, H., Taylor, M., Willard, S., & Mistry-Pain, T., 2019, Self-administered intravesical hyaluronic acid improves symptoms and quality of life in a patient-centred approach to bladder pain syndrome management, *Journal of endoluminal endourology*, 2 (4), e1-e9. doi:10.22374/jeleu.v2i4.69.

Klovning, A., Avery, K., Sandvik, H., & Hunskaar, S., 2009, Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: the ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index, *Neurourology and urodynamics: official journal of the international continence society*, 28 (5), 411-415. doi.org/10.1002/nau.20674.

Ko, K. J., Chung, H., Suh, Y. S., Lee, S. W., Kim, T. H., & Lee, K. S., 2017, Therapeutic effects of endoscopic ablation in patients with Hunner type interstitial cystitis, *BJU international*, 121 (4), 659-666. doi:10.1111/bju.14097.

Ko, K. J., Lim, J., Yu, J., Kang, D., Cho, J., & Lee, K. S., 2022, The impact of Hunner lesion-type interstitial cystitis/bladder pain syndrome on health-related quality of life and the effects of transurethral ablation, *Quality of life research*, 31(11), 3221-3228, doi: 10.1007/s11136-022-03183-2.

Koçak, T., Acar, Ö., Tarhan, F., Tefik, T., Oktar, T.M., Tarcan, T., 2020, Bladder pain syndrome (interstitial cystitis) consensus 2019: the report of the Turkish continence society bladder pain syndrome/interstitial cystitis working group, *Journal of urological surgery,* 7(4), 251-262, doi: 10.4274/jus.galenos.2020.0006.

Koçak, T., ve Tarcan, T., 2018, mesane ağrısı sendromunda kısa bir güncelleme, *İşlevsel üroloji ve kadın ürolojisi bülteni,* 3, 3-5.

Kocatürk, H., Atasoy, N., Bedir, F., Altay, M. S., Demirdöğen, Ş. O., Koç, E., & Yilmaz, S., 2021, Questionnaire-guided evaluation of the effectiveness of long-term intravesical 0.2% chondroitin sulfate therapy in interstitial cystitis, *International urogynecology journal*, 32(5), 1293-1298, doi:10.1007/s00192-020-04245-0.

Konkle, K. S., Berry, S. H., Elliott, M. N., Hilton, L., Suttorp, M. J., Clauw, D. J., & Clemens, J. Q., 2012, Comparison of an interstitial cystitis/bladder pain syndrome clinical cohort with symptomatic community women from the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology study, *The Journal of urology*, 187 (2), 508-512. doi:10.1016/j.juro.2011.10.040.

Korhan, E. A., 2019, Watson'un insan bakim modeli: bir sistematik derleme, *Sakarya üniversitesi holistik sağlık dergisi*, 2 (2), 46-68.

Kurth, A. E., Krist, A. H., Borsky, A. E., Baumann, L. C., Curry, S. J., Davidson, K. W., ... & Weinstein, R., 2018, US Preventive Services Task Force methods to communicate and disseminate clinical preventive services recommendations, *American journal of preventive medicine, 54(1),* S81-S87, /doi:10.1016/j.amepre.2017.07.004.

Laden, B. F., Bresee, C., De Hoedt, A., Dallas, K. B., Scharfenberg, A., Saxena, R., ... & Anger, J. T., 2021, Comorbidities in a nationwide, heterogenous population of veterans with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urology*, 156, 37-43, doi: 10.1016/j.urology.2021.04.015.

Lai, H. H., Newcomb, C., Harte, S., Appleby, D., Ackerman, A. L., Anger, J. T., ... & MAPP Research Network., 2021, Comparison of deep phenotyping features of UCPPS with and without Hunner lesion: A MAPP-II Research Network Study, *Neurourology and urodynamics*, 40 (3), 810-818. doi:10.1002/nau.24623.

Lai, H. H., Vetter, J., Jain, S., Gereau IV, R. W., & Andriole, G. L., 2014, The overlap and distinction of self-reported symptoms between interstitial cystitis/bladder pain syndrome and overactive bladder: a questionnaire based analysis, *The journal of urology*, 192(6), 1679-1686, doi: 10.1016/j.juro.2014.05.102.

Lai, H. H., Vetter, J., Song, J., Andriole, G. L., Colditz, G. A., & Sutcliffe, S., 2019, Management of symptom flares and patient-reported flare triggers in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS)—findings from one site of the MAPP research network, *Urology*, 126, 24-33. doi.org/10.1016/j.urology.2019.01.012.

Lee, M. H., Chang, K. M., & Tsai, W. C., 2018, Morbidity rate and medical utilization in interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *International urogynecology journal*, 29 (7), 1045-1050. doi.org/10.1007/s00192-018-3574-x

Lee, M. H., Chen, W. C., Chiu, C. D., & Wu, H. C., 2015, Dyspareunia and chronic pelvic pain in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urological science*, 26 (3), 206-209. doi.org/10.1016/j.urols.2015.07.004.

Leppilahti, M., Tammela, T. L., Huhtala, H., & Auvinen, A., 2002, Prevalence of symptoms related to interstitial cystitis in women: a population based study in Finland, *The Journal of urology*, 168 (1), 139-143. doi.org/10.1016/S0022-5347(05)64847-1.

Lifford, K. L., & Curhan, G. C., 2009, Prevalence of painful bladder syndrome in older women, *Urology*, 73 (3), 494-498. doi:10.1016/j.urology.2008.01.053.

Lin, K. B. S., Wu, M. P., Lin, Y. K., Yen, Y. C., Chuang, Y. C., & Chin, H. Y., 2021, Lifestyle and behavioral modifications made by patients with interstitial cystitis, *Scientific reports*, 11(1), 1-8, doi.org/10.1038/s41598-021-82676-5.

Liu, B., Su, M., Zhan, H., Yang, F., Li, W., & Zhou, X., 2014, Adding a sexual dysfunction domain to UPOINT system improves association with symptoms in women with interstitial cystitis and bladder pain syndrome, *Urology*, 84 (6), 1308-1313, doi.org/10.1016/j.urology.2014.08.018.

Liu, S., ve Wang, J., 2018, Research on Watson' theory of human nature care and its application status, *Advances in social science, education and humanities research,* 184, 624-626, http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0 [Ziyaret tarihi: 24.04.2021].

Logadottir, Y., Fall, M., Kåbjörn-Gustafsson, C., & Peeker, R., 2012, Clinical characteristics differ considerably between phenotypes of bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 46 (5), 365-370, doi: 10.3109/00365599.2012.689008.

Lusty, A., Kavaler, E., Zakariasen, K., Tolls, V., & Nickel, J. C., 2018, Treatment effectiveness in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Do patient perceptions align with efficacy-based guidelines?, *Canadian urological association journal*, 12 (1), E1, doi: 10.5489/cuaj.4505.

MacMullen, N. J., Dulski, L. A., Martin, P. B., & Blobaum, P., 2016, Nursing care of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Nursing for women's health*, 20 (2), 168-180, doi.org/10.1016/j.nwh.2016.01.006.

Malde, S., Palmisani, S., Al-Kaisy, A., & Sahai, A., 2018, Guideline of guidelines: bladder pain syndrome. *BJU international*, 122 (5), 729-743, doi.org/10.1111/bju.14399.

Manav, A.İ., Bozdoğan Yeşilot, S., Yeşil Demirci, P., & Öztunç, G., 2018, Huzurevinde yaşayan yaşlıların bilişsel işlev düzeyi, depresyon ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, *Psikiyatri hemşireliği dergisi*, 9 (3), 153-160, doi: 10.14744/phd.2018.26817.

Marcu, I., Campian, E. C., & Tu, F. F., 2018, Interstitial cystitis/bladder pain syndrome:In seminars in reproductive medicine, 36(02), 123-135, *Thieme medical publishers,* doi: 10.1055/s-0038-1676089.

Martin, E., Sheaves, C., & Childers, K., 2015, Underlying mechanisms and optimal treatment for interstitial cystitis: a brief overview, *Urologic mursing*, 35 (3), 111-117, doi:10.7257/1053-816X.2015.35.3.111.

Mateu Arrom, L., Gutiérrez Ruiz, C., Mayordomo Ferrer, O., Martínez Barea, V., Palou Redorta, J., & Errando Smet, C., 2018, Long-term follow-up after cystectomy for bladder pain syndrome: pain status, sexual function and quality of life, *World journal of urology*, 37 (8), 1597-1603. doi.org/10.1007/s00345-018-2554-6.

Mayson, B. E., & Teichman, J. M., 2009, The relationship between sexual abuse and interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Current urology reports*, 10 (6), 441-447, doi.org/10.1007/s11934-009-0070-3.

McKernan, L. C., Walsh, C. G., Reynolds, W. S., Crofford, L. J., Dmochowski, R. R., & Williams, D. A., 2017, Psychosocial co-morbidities in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): a systematic review, *Neurourology and urodynamics*, 37 (3), 926-941, doi:10.1002/nau.23421.

McLennan, M. T., 2014, Interstitial cystitis: epidemiology, pathophysiology, and clinical presentation, *Obstetrics and gynecology clinics*, 41 (3), 385-395, doi.org/10.1016/j.ogc.2014.05.004.

Meijlink, J., 2018, *Historical perspectives,* Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 2, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 3-10.

Meijlink, J.M., 2022, *Interstitial cystitis/bladder pain syndrome interstitial cystitis, bladder pain syndrome, hypersensitive bladder, hunner lesion disease chronic pelvic pain, associated disorders an overview of diagnosis & treatment*, international painful bladder foundation, Rotterdam, Netherlands, ISBN 90-810327-1-2.

Melzack, R., 1987, The short-form McGill pain questionnaire, *Pain*, 30 (2), 191-197, doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8.

Meng, E., Hsu, Y. C., & Chuang, Y. C., 2018, Advances in intravesical therapy for bladder pain syndrome (BPS)/interstitial cystitis (IC). *LUTS: Lower urinary tract symptoms*, 10 (1), 3-11, doi: 10.1111/luts.12214.

Mertoğlu, O., Budak, S., Yücel, C., Kısa, E, & Kocaoğlu, Z., 2018, İnterstisyel sistit/ağrılı mesane sendromunda tedavi yönetimi, *Jinekoloji-obstetrik ve neonatoloji tıp dergisi*, 15 (2), 66-69.

Michael, Y. L., Kawachi, I., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., & Curhan, G. C., 2000, Quality of life among women with interstitial cystitis. The Journal of urology, 164 (2), 423-427, doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67376-4.

Molloy, D. W., & Standish, T. I., 1997, A guide to the standardized Mini-Mental State Examination, *International psychogeriatrics*, 9(S1), 87-94, doi: 10.1017/s1041610297004754.

Morales-Solchaga, G., Zubiaur-Libano, C., Peri-Cusi, L., Adot-Zurbano, J. M., Arlandis-Guzman, S., Franco-de Castro, A., & Castillejo, C., 2019, Bladder pain syndrome: prevalence and routine clinical practice in women attending functional urology and urodynamics units in Spain, *Actas urológicas Españolas (English Edition)*, 43(2), 62-70, doi: 10.1016/j.acuroe.2019.01.006.

Nasta, L., 2018, *The prevalence of bladder pain syndrome/ınterstitial cystitis in Italy: The importance of a national registry*, Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 5, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 27-32.

Nickel, J. C., 2022, Managing Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome in the Female: Clinical Recipes for Success. *Canadian Urological Association Journal*, 16(12), 393-8, doi: 10.5489/cuaj.8055.

Nickel, J. C., Irvine-Bird, K., Jianbo, L., & Shoskes, D. A., 2014, Phenotype-directed management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Urology*, 84(1), 175-179, doi: 10.1016/j.urology.2014.03.001.

Nickel, J. C., Parsons, C. L., Forrest, J., Kaufman, D., Evans, R., Chen, A., ... & Xiao, X., 2008, Improvement in sexual functioning in patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *The mournal of sexual medicine*, 5 (2), 394-399, doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00686.x.

Nickel, J. C., Payne, C. K., Forrest, J., Parsons, C. L., Wan, G. J., & Xiao, X., 2009, The relationship among symptoms, sleep disturbances and quality of life in patients with interstitial cystitis, *The journal of urology*, 181 (6), 2555-2561, doi:10.1016/j.juro.2009.02.030.

Nickel, J. C., Tripp, D. A., Beiko, D., Tolls, V., Herschorn, S., Carr, L. K., ... & Golda, N., 2017, The interstitial cystitis/bladder pain syndrome clinical picture: a perspective from patient life experience, *Urology practice*, 5 (4), 286-292, doi: 10.1016/j.urpr.2017.06.005.

Nickel, J. C., Tripp, D. A., Pontari, M., Moldwin, R., Mayer, R., Carr, L. K., ... & Nordling, J., 2010, Interstitial cystitis/painful bladder syndrome and associated medical conditions with an emphasis on irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome, *The Journal of urology*, 184 (4), 1358-1363, doi.org/10.1016/j.juro.2010.06.005.

Nickel, J. C., Tripp, D., Teal, V., Propert, K. J., Burks, D., Foster, H. E., ... & Interstitial Cystitis Collaborative Trials Group., 2007, Sexual function is a determinant of poor quality of life for women with treatment refractory interstitial cystitis, *The Journal of urology*, 177 (5), 1832-1836. doi.org/10.1016/j.juro.2007.01.060.

Nordling, J., Fall, M., & Hanno, P., 2012, Global concepts of bladder pain syndrome (interstitial cystitis), *World journal of urology*, 30 (4), 457-464, doi.org/10.1007/s00345-011-0785-x.

Nordling, J., Staskin, D., Yoshimura, N., 2018, *Etiology: Etiological and pathogenic theories of ınterstitial cystitis/bladder pain syndrome,* Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 7, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 37-40.

O'Hare, P. G., Hoffmann, A. R., Allen, P., Gordon, B., Salin, L., & Whitmore, K., 2013, Interstitial cystitis patients' use and rating of complementary and alternative medicine therapies, *International urogynecology journal*, 24 (6), 977-982, doi: 10.1007/s00192-012-1966-x.

Ogawa, T., Tyagi, P., Ishizuka, O., Ueda, T., Chancellor, M. B., Chermansky, C. J., & Yoshimura, N., 2019, Recent Developments in Imaging in BPS/IC, *Current bladder dysfunction reports*, 14 (4), 301-307, doi.org/10.1007/s11884-019-00556-1.

Oravista, K.J., 1975, Epidemiology of interstitial cystitis, *Ann. Chir. Gynaecol. Fenn*., 64(2), 75-7, PMID: 1137336.

Osman, N. I., Bratt, D. G., Downey, A. P., Esperto, F., Inman, R. D., & Chapple, C. R., 2020, A systematic review of surgical interventions for the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis, *European Urology Focus*, 7 (4), 877-885, doi.org/10.1016/j.euf.2020.02.014.

Otu, M., & Karagözoğlu, Ş., 2021, Fibromiyalji hastalarına Watson'ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı, *Turkiye klinikleri hemşirelik bilimleri dergisi*, 13 (3), 745-750, doi: 10.5336/nurses.2020-80133.

Ozan, Y. D., & Okumuş, H., 2017, Effects of nursing care based on watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: A randomized controlled trial. *Journal of caring sciences*, 6 (2), 95, doi:10.15171/jcs.2017.010.

Ozan, Y. D., ve Okumuş, H., 2013, Tedavi sonucu başarisiz olan infertil kadinlarin watson'in insan bakim kuramina göre hemşirelik bakimi, A*nadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 16(3), 190-198.

Özbaş, A., & Altun Uğraş, G., 2012, İntertisiyel sistit/ağrılı mesane sendromunda semptom yönetimi ve hemşirenin rolü, *Florence Nightingale journal of nursing*, 20 (3), 227-232.

Özkan, İ. A., & Okumuş, H., 2012, Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 14 (2), 61-72.

Özkürkçügil, C., Yılmaz, H., Çiftçi, S., 2016, *Ağrılı mesane sendromu (interstisyel sistit),* Üroloji masaüstü başvuru kitabı, In: Tekgül, S., Türkeri, L., Esen, A., Alıcı, B. (ed), 3-C, İris Yayıncılık, Ankara, Türkiye, ISBN 978-605-4711-03-1, 113-118.

Özveren, H., 2011, Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler, *Hacettepe üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 18 (1), 83-92.

Pang, R., & Ali, A., 2015, The Chinese approach to complementary and alternative medicine treatment for interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Translational andrology and urology*, 4 (6), 653, doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2015.08.10.

Panzera, A. K., 2007, Interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Urologic nursing*, 27 (1), 13-19.

Panzera, A. K., 2009, *Sleep disruption and interstitial cystitis symptoms in women,* Thesis (PhD), Drexel University.

Pape, J., Falconi, G., De Mattos Lourenco, T. R., Doumouchtsis, S. K., & Betschart, C., 2019, Variations in bladder pain syndrome/interstitial cystitis (IC) definitions, pathogenesis, diagnostics and treatment: a systematic review and evaluation of national and international guidelines, *International urogynecology journal*, 30 (11), 1795-1805, doi.org/10.1007/s00192-019-03970-5.

Parsons, C. L., 2015, How does interstitial cystitis begin?, *Translational andrology and urology*, 4(6), 605, doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2015.11.02.

Patnaik, S. S., Laganà, A. S., Vitale, S. G., Butticè, S., Noventa, M., Gizzo, S., ... & Dandolu, V., 2017, Etiology, pathophysiology and biomarkers of interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Archives of gynecology and obstetrics*, 295 (6), 1341-1359. doi.org/10.1007/s00404-017-4364-2.

Peng, L., Di, X. P., He, S. X., Zeng, X., Shen, H., Zhu, H. L., & Luo, D. Y., 2020, Metabolic syndrome in women with and without interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *International Urogynecology Journal*, 32 (5), 1299-1306, doi.org/10.1007/s00192-020-04605-w.

Peters, K. M., Carrico, D. J., Ibrahim, I. A., & Diokno, A. C., 2008, Characterization of a clinical cohort of 87 women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Urology*, 71 (4), 634-640, doi.org/10.1016/j.urology.2007.11.013.

Peters, K. M., Carrico, D. J., Kalinowski, S. E., Ibrahim, I. A., & Diokno, A. C., 2007a, Prevalence of pelvic floor dysfunction in patients with interstitial cystitis. *Urology*, 70 (1), 16-18, doi:10.1016/j.urology.2007.02.067.

Peters, K. M., Killinger, K. A., & Ibrahim, I. A., 2009, Childhood symptoms and events in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Urology*, 73(2), 258-262, doi:10.1016/j.urology.2008.09.014.

Peters, K. M., Killinger, K. A., Carrico, D. J., Ibrahim, I. A., Diokno, A. C., & Graziottin, A., 2007b, Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case-control study, *Urology*, 70 (3), 543-547, doi.org/10.1016/j.urology.2007.04.037.

Porru, D., Bobbi, V., Di Franco, C., Viglio, A., Novario, M., Tinelli, C., ... & Rovereto, B., 2017, Clinical and histological findings in bladder pain syndrome/interstitial cystitis: The implication of time of symptoms, *Journal of clinical urology*, 11 (4), 248-253, doi.org/10.1177/2051415817747474.

Rais-Bahrami, S., Friedlander, J. I., Herati, A. S., Sadek, M. A., Ruzimovsky, M., & Moldwin, R. M., 2011, Symptom profile variability of interstitial cystitis/painful bladder syndrome by age, *BJU international*, 109 (9), 1356-1359, doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10481.x.

Richter, B., Hesse, U., Hansen, A. B., Horn, T., Mortensen, S. O., & Nordling, J., 2009, Bladder pain syndrome/interstitial cystitis in a Danish population: a study using the 2008 criteria of the European Society for the Study of Interstitial Cystitis, *BJU international*, 105 (5), 660-667, doi:10.1111/j.1464-410X.2009.08847.x.

Rolston, R., Stephens-Shields, A., Clemens, J.Q., Arbor, A., Krieger, J., Newcomb, C.,.. Rodriguez, L., 2019, Predictors of female sexual dysfunction in interstitial cystitis/bladder pain syndrome, other chronic pain conditions and healthy controls in the mapp research network, *The journal of urology,* 201(4S), 379,

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R., 2000, The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function, *Journal of sex & marital therapy*, 26 (2), 191-208, doi.org/10.1080/009262300278597.

Rosenberg, M. T., & Hazzard, M., 2005, Prevalence of interstitial cystitis symptoms in women: a population based study in the primary care office, *The Journal of urology*, 174 (6), 2231-2234. doi: 10.1097/01.ju.0000181203.82693.95.

Rothrock, N. E., Lutgendorf, S. K., & Kreder, K. J., 2003, Coping strategies in patients with interstitial cystitis: relationships with quality of life and depression, *The journal of urology*, 169 (1), 233-236, doi: 10.1097/01.ju.0000037669.20893.f7.

Rothrock, N. E., Lutgendorf, S. K., Hoffman, A., & Kreder, K. J., 2002, Depressive symptoms and quality of life in patients with interstitial cystitis, *The journal of urology*, 167(4), 1763-1767, doi: 10.1016/S0022-5347(05)65195-6.

Rothrock, N. E., Lutgendorf, S. K., Kreder, K. J., Ratliff, T., & Zimmerman, B., 2001, Stress and symptoms in patients with interstitial cystitis: a life stress model, *Urology*, 57 (3), 422-427, doi.org/10.1016/S0090-4295(00)00988-2.

Sacco, E., D'Addessi, A., Racioppi, M., Pinto, F., Totaro, A., & Bassi, P., 2012, Bladder pain syndrome associated with highest impact on sexual function among women with lower urinary tract symptoms, *International journal of gynecology & obstetrics*, 117 (2), 168-172, doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.12.015.

Sarıkaya, K., Şenocak, Ç., İbiş, M. A., Sadioğlu, F. E., Çiftci, M., & Bozkurt, Ö. F., 2022, The effect of bladder pain syndrome/interstitial cystitis on partner sexual functions, *Journal of istanbul faculty of medicine*, 85 (1), 110-116, doi.org/10.26650/IUITFD.948137.

Schrepf, A., O'Donnell, M., Luo, Y., Bradley, C. S., Kreder, K., Lutgendorf, S., & Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain (MAPP) Research Network, 2014, Inflammation and inflammatory control in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Associations with painful symptoms, *Pain*, 155(9), 1755-1761, doi:10.1016/j.pain.2014.05.029.

Şentürk, S.G., Küçükgüçlü, Ö., & Watson, J. (2017). Caring for caregivers of individuals with dementia: from the perspective of watson's theory of human caring, *Journal of hacettepe university faculty of nursing*, 4 (1), 62-72.

Seven, A., 2018, *Palyatif bakım hastalarında Watson'ın insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisi,* Tez (Doktora), Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Shorter, B., Lesser, M., Moldwin, R. M., & Kushner, L., 2007, Effect of comestibles on symptoms of interstitial cystitis, *The Journal of urology*, 178 (1), 145-152, doi.org/10.1016/j.juro.2007.03.020.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A., 2004, The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, *Quality of life research*, 13 (2), 299-310, doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.

Sonbay, G., 2021, *Ankara'da x, y, z kuşaklarının kahve tüketim alışkanlıklarının incelenmesi*, Tez(Yüksek lisans), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gastronomi ve Mutfak Sanatlari Anabilim Dali Tezli Yüksek Lisans Programı.

Surrey, E. S., Soliman, A. M., Johnson, S. J., Davis, M., Castelli-Haley, J., & Snabes, M. C. 2018, Risk of developing comorbidities among women with endometriosis: a retrospective matched cohort study, *Journal of women's health,* 27(9), 1114-1123, doi: 10.1089/jwh.2017.6432.

Suskind, A. M., Berry, S. H., Suttorp, M. J., Elliott, M. N., & Clemens, J. Q., 2014, Symptom persistence in a community cohort of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): 3-, 6-, 9-, and 12-month follow-up from the RICE cohort, *International urogynecology journal*, 25(12), 1639-1643, doi:10.1007/s00192-014-2420-z.

Suskind, A. M., Berry, S. H., Suttorp, M. J., Elliott, M. N., Hays, R. D., Ewing, B. A., & Clemens, J. Q., 2012, Health-related quality of life in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome and frequently associated comorbidities, *Quality of life research*, 22(7), 1537-1541, doi: 10.1007/s11136-012-0285-5.

Sutcliffe, S., Bradley, C. S., Clemens, J. Q., James, A. S., Konkle, K. S., Kreder, K. J., ... & Berry, S. H., 2015, Urological chronic pelvic pain syndrome flares and their impact: qualitative analysis in the MAPP network, *International urogynecology journal*, 26 (7), 1047-1060, doi:10.1007/s00192-015-2652-6.

Sutcliffe, S., Colditz, G. A., Goodman, M. S., Pakpahan, R., Vetter, J., Ness, T. J., ... & Lai, H. H., 2014, urological chronic pelvic pain syndrome symptom flares: characterisation of the full range of flares at two sites in the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain (MAPP) research network, *BJU international*, 114 (6), 916-925, doi:10.1111/bju.12778.

Syed, L. J., & Ilchak, D. L., 2017, Bladder pain syndrome in females, *The journal for nurse practitioners*, *13*(4), 291-295, doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.11.025.

Temml, C., Wehrberger, C., Riedl, C., Ponholzer, A., Marszalek, M., & Madersbacher, S., 2007, Prevalence and correlates for interstitial cystitis symptoms in women participating in a health screening project, *European urology*, 51 (3), 803-809, doi:10.1016/j.eururo.2006.08.028.

Teskereci, G., 2016, *Jinekolojik kanseri olan kadınlarda Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının semptom yönetimi, umudu destekleme ve yaşamda anlam bulmaya etkisinin incelenmesi,* Tez (Doktora), Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tettamanti, G., Nyman-Iliadou, A., Pedersen, N. L., Bellocco, R., Milsom, I., & Altman, D., 2011, Influence of smoking, coffee, and tea consumption on bladder pain syndrome in female twins, Urology, 77(6), 1313-1317, doi:10.1016/j.urology.2010.12.072.

The Whoqol Group, 1998, Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28 (3), 551-558.

Theoharides, P. C., Christodoulou, S., & Athanasiou, A., 2021, Spontaneous miscarriages in patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis-effect of stress on inflammation?, J*ournal of biological regulators and homeostatic agents*, 35(1), 5-10, doi: 10.23812/20-528-e.

Tholemeier, L. N., Bresee, C., De Hoedt, A. M., Barbour, K. E., Kim, J., Freedland, S. J., & Anger, J. T., 2022, Do medication prescription patterns follow guidelines in a cohort of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome?, *Neurourology and urodynamics*, doi: 10.1002/nau.24923.

Tirlapur, S. A., Kuhrt, K., Chaliha, C., Ball, E., Meads, C., & Khan, K. S. 2013, The 'evil twin syndrome'in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis, *International journal of surgery*, 11(3), 233-237, doi: 10.1016/j.ijsu.2013.02.003.

Tirlapur, S.A., Birch, J.V., Carberry, C.L., Khan, K.S., Latthe, P.M., Jha, S., Ward, K.L., Irving, A., 2016, Management of bladder pain syndrome, *BJOG*, Green-top guideline No.70, doi: 10.1111/1471-0528.14310.

Tripp, D. A., Nickel, J. C., FitzGerald, M. P., Mayer, R., Stechyson, N., & Hsieh, A., 2009, Sexual functioning, catastrophizing, depression, and pain, as predictors of quality of life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *Urology*, 73(5), 987-992, doi:10.1016/j.urology.2008.11.049.

Tripp, D. A., Nickel, J. C., Krsmanovic, A., Pontari, M., Moldwin, R., Mayer, R., ... & Nordling, J., 2016, Depression and catastrophizing predict suicidal ideation in tertiary care patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Canadian urological association journal*, 10(11-12), 383, doi: 10.5489/cuaj.3892.

Tripp, D. A., Nickel, J. C., Wong, J., Pontari, M., Moldwin, R., Mayer, R., ... & Nordling, J., 2012, Mapping of pain phenotypes in female patients with bladder pain syndrome/interstitial cystitis and controls, *European urology*, 62 (6), 1188-1194. doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.023.

Troxel, W. M., Booth, M., Buysse, D. J., Elliott, M. N., Suskind, A. M., Clemens, J. Q., & Berry, S. H., 2014, Sleep disturbances and nocturnal symptoms: relationships with quality of life in a population-based sample of women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Journal of clinical sleep medicine*, 10 (12), 1331-1337. doi.org/10.5664/jcsm.4292.

Tüfekçi, B., 2019, *Aşırı aktif mesane tanısı olan ve olmayan kadınların ağrı özellikleri yönünden karşılaştırılması*, Tez(Yüksek lisans), Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.

Türkcü, S.G., 2019, *Watson insan bakım modeline temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi,* Tez (Doktora), Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), 2019, Türkiye sağlık araştırması bireylerin tütün kullanma durumu (%), 2010-2019, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019 , [Ziyaret tarihi: 22 Aralık 2022].

Tyagi, P., Moon, C. H., Janicki, J., Kaufman, J., Chancellor, M., Yoshimura, N., Chermansky, C., 2018, Recent advances in imaging and understanding interstitial cystitis, *F1000Research*, 7, doi: 10.12688/f1000research.16096.1.

Ueda, T., Nordling, J., Peeker, R. & Fall, M. 2018, *Surgical therapy of bladder pain syndrome,* Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 33, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 145-148.

Uğurlucan, F.G., Demir, Ö., 2019, *Üriner İnkontinans, Tanı ve Tedavide Güncel Taklaşımlar*, Pelvik taban disfonksiyonu tanı, tedavi ve bakımda hemşirelere yönelik güncel yaklaşımlar, İçinde: Beji, N.K., çayır, G., (ed.), 8, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ISBN: 978-605-335-500-7, 119-139.

Ulupınar, S., 2016, Bakımda hasta eğitiminin önemi. *Hemşirelikte yönetim,* 2 (1), 34-39.

Ünsal, A., 2019, *Kadınlara uygulanan şiddet türlerinin depresyona etkisi,* Tez (Yüksek Lisans), İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uran, B.N.Ö., Özer, S., ve Yıldırım, Y., 2015, Watson insan bakım modeli uygulamasına bir örnek: kalp yetersizliği olgusu, T*ürk kardiyoloji derneği kardiyovasküler hemşirelik dergisi, 6(11), 183-198,* doi: 10.5543/khd.2015.017.

Van de Merwe, J. P., Nordling, J., Bouchelouche, P., Bouchelouche, K., Cervigni, M., Daha, L. K., ... & Wyndaele, J. J., 2008, Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal, *European urology*, 53 (1), 60-67. doi.org/10.1016/j.eururo.2007.09.019.

Van de Merwe, J.P., 2018, *Diagnosis of interstitial cystitis:a clinical, endoscopic and pathologic approach,* Bladder pain syndrome-an evolution, In: Hanno, P.M., Nordling, J., Staskin, D.R., Wein, A.J., Wyndaele, J.J. (ed.), 11, Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN 978-3-319-61449-6 , 57-62.

Verghese, T. S., Riordain, R. N., Champaneria, R., & Latthe, P. M., 2016, Complementary therapies for bladder pain syndrome: a systematic review, *International urogynecology journal*, 27 (8), 1127-1136. doi.org/10.1007/s00192-015-2886-3.

Vignoli, G., 2018, *Urodynamics for urogynecologists: A pocket guide for clinical practice,* Springer Nature, Cham, Switzerland, ISBN-978-3-319-74005-8.

Volpe, K. A., Cichowski, S. B., Komesu, Y. K., Rogers, R. G., Murata, A., & Murata, G., 2020, Female veterans with diagnoses of both chronic pelvic pain and overactive bladder; how do they compare to women diagnosed with interstitial cystitis?, *Female pelvic medicine & reconstrutirlactive surgery*, 26 (9), 591-593. doi: 10.1097/SPV.0000000000000597.

Volpe, K. A., Mandelbaum, R., Rodriguez, L. V., Özel, B. Z., Rolston, R., & Dancz, C. E., 2021, Does obtaining a diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome improve symptoms or quality of life? A cross-sectional questionnaire-based study, *Female pelvic medicine & reconstructive surgery,* 27(5), 328-333, doi: 10.1097/spv.0000000000000840.

Wang, J. W., Liu, J. C., Meng, L. F., Zhang, W., Liu, X. D., & Zhang, Y. G., 2021, Quality of life and related factors in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Journal of Peking university health sciences,* 53(4), 653-658, doi:10.19723/j.issn.1671-167x.2021.04.005.

Warren, J. W., 2014, Bladder pain syndrome/interstitial cystitis as a functional somatic syndrome, *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 510-515, doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.003.

Warren, J. W., Diggs, C., Horne, L., & Greenberg, P., 2011, Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: what do patients mean by "perceived" bladder pain?., *Urology*, 77(2), 309-312, doi:10.1016/j.urology.2010.08.030.

Warren, J. W., Jackson, T. L., Langenberg, P., Meyers, D. J., & Xu, J., 2004, Prevalence of interstitial cystitis in first-degree relatives of patients with interstitial cystitis, *Urology*, 63 (1), 17-21. doi.org/10.1016/j.urology.2003.08.027.

Warren, J. W., Langenberg, P., Greenberg, P., Diggs, C., Jacobs, S., & Wesselmann, U., 2008, Sites of pain from interstitial cystitis/painful bladder syndrome, *The journal of urology*, 180(4), 1373-1377. doi.org/10.1016/j.juro.2008.06.039.

Watkins, K. E., Eberhart, N., Hilton, L., Suttorp, M. J., Hepner, K. A., Clemens, J. Q., & Berry, S. H., 2011, Depressive disorders and panic attacks in women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a population-based sample, *General hospital psychiatry*, 33 (2), 143-149. doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.01.004.

Watson, J., 2015, *Jean Watson's theory of human caring,* Nursing theories & nursing practice, In: Smith, M.C., Parker, M.E., (ed.), 18, F. A. Davis Company, Philadelphia, United States of America, ISBN 978-0-8036-3312-4, 321-340.

Wehbe, S. A., Whitmore, K., & Kellogg-Spadt, S., 2010, Continuing medical education: urogenital complaints and female sexual dysfunction (Part 1)(CME), *The journal of sexual medicine*, 7 (5), 1704-1713. doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01769.x.

Wei, H., & Watson, J., 2019, Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study, *International journal of nursing sciences*, 6 (1), 17-23. doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001.

Wen, J. Y., Lo, T. S., Chuang, Y. C., Ho, C. H., Long, C. Y., Law, K. S., ... & Wu, M. P., 2019, Risks of interstitial cystitis among patients with systemic lupus erythematosus: A population-based cohort study, *International journal of urology*, 26 (9), 897-902. doi: 10.1111/iju.14065.

Wenzler, D. L., Gulli, F., Cooney, M., Chancellor, M. B., Gilleran, J., & Peters, K. M., 2017, Treatment of ulcerative compared to non-ulcerative interstitial cystitis with hyperbaric oxygen: a pilot study, *Therapeutic advances in urology*, 9 (12), 263-270. doi.org/10.1177/1756287217731009.

Whitmore, K. E., Fall, M., Sengiku, A., Tomoe, H., Logadottir, Y., & Kim, Y. H., 2019, Hunner lesion versus non-Hunner lesion interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *International journal of urology*, 26 (Suppl. 1), 26-34. doi: 10.1111/iju.13971.

Whitmore, K., Siegel, J. F., & Kellogg-Spadt, S., 2007, Sexual pain disorders: Interstitial cystitis/painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: A diagnosis to consider, *The journal of sexual medicine*, 4 (3), 720-727. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00497.x.

Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R., 2005, The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores, *Journal of sex & marital therapy*, 31 (1), 1-20. doi.org/10.1080/00926230590475206.

Windgassen, S. S., Sutherland, S., Finn, M. T., Bonnet, K. R., Schlundt, D. G., Reynolds, W. S., ... & McKernan, L. C., 2022, Gender differences in the experience of interstitial cystitis/bladder pain syndrome, *Frontiers in pain research*, 3. doi: 10.3389/fpain.2022.954967.

Wu, C. C., Chung, S. D., & Lin, H. C., 2017, Endometriosis increased the risk of bladder pain syndrome/interstitial cystitis: A population-based study, *Neurourology and Urodynamics*, 37(4), 1413-1418, doi: 10.1002/nau.23462.

Wu, M. P., Luo, H. L., Weng, S. F., Ho, C. H., Chancellor, M. B., & Chuang, Y. C., 2018, Risk of urinary tract carcinoma among subjects with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a nationwide population-based study, *BioMed research international*, 2018. doi.org/10.1155/2018/7495081.

Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., & Uygur, F., 2007, Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis, *Clinical rheumatology*, 26 (7), 1083-1087. doi.org/10.1007/s10067-006-0452-6.

Yang, G., & Gao, S., 2019, Research progress on the application of Watson's Human Caring Theory. *TMR aging,* 1 (1), 14-17. doi: 10.12032/aging2019-0815-001.

Yang, M. H., Huang, J. Y., Chen, S. L., & Wei, J. C. C., 2021, Association of interstitial cystitis/bladder pain syndrome with stress-related diseases: A nationwide population-based study, *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5669, doi:10.3390/jcm10235669.

Yoon, H. S., & Yoon, H., 2010, Correlations of interstitial cystitis/painful bladder syndrome with female sexual activity, *Korean journal of urology*, 51(1), 45-49. doi.org/10.4111/kju.2010.51.1.45.

Yueh, H. Z., Yang, M. H., Huang, J. Y., & Wei, J. C. C., 2021, Risk of autoimmune diseases in patients with interstitial cystitis/bladder pain syndrome: a nationwide population-based study in Taiwan, *Frontiers in medicine*, 8. doi: 10.3389/fmed.2021.747098.

Zargham, M., Mahmoodi, M., Mazdak, H., Tadayon, F., Mansori, M., Kazemi, M., ... & Saberi, N. (2020). Evaluation of Therapeutic Effect of Intratrigonal Injection of AbobotulinumtoxinA (Dysport) and Hydrodistention in Refractory Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Urology Journal, 18(02), 203-208, https://doi.org/10.22037/uj.v16i7.5879.

Zhang, W., Deng, X., Liu, C., & Wang, X., 2016, Intravesical treatment for interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a network meta-analysis, *International urogynecology journal*, 28 (4), 515-525. doi: 10.1007/s00192-016-3079-4.

Zuhur, Ş., & Özpancar, N., 2017, Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 19 (2), 57-74.

EKLER

EK-1 Sosyodemografik Bilgi Ve Hastalık Öykü Formu

EK-1 Sosyodemografik Bilgi ve Hastalık Öykü Formu

Tarih:

Anket No:

Demografik Bilgiler

1.Kaç yaşındasınız? .....

2.Eğitim Durumunuz

Toplam okuduğunuz yıl? ……..

En son bitirdiğiniz okul? ……

3.Medeni Durumunuz nedir?

1- Evli 2- Bekar

4.Çalışma Durumunuz nedir?

1- Çalışıyor 2- Çalışmıyor

5. Aylık gelir durumunuz nasıl?

1- Gelir giderden az 2- Gelir gidere eşit 3- Gelir giderden fazla

6.Sosyal güvenceniz var mı?

1- Evet 2- Hayır

7. Kiminle Yaşıyorsunuz?

1- Yalnız 2- Ailemle Birlikte 3- Eşimle birlikte 4- Eşim ve çocuklarımla birlikte

5- Ben ve çocuklarım 6- Eşim, çocuklarım ve aile yakınlarımla birlikte 7- Diğer

8. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

1. Yok 2.Var (açıklayınız)…….....

9. Sürekli yaşadığınız yer:

1- Köy-kırsal bölge 2- İlçe 3- Şehir

Alışkanlıklar

10.Çay içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise; günde kaç bardak içiyorsunuz? ……..Bardak/Gün

11.Kahve (Türk Kahvesi/ Filtre kahve) içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Türk Kahvesi Evet ise; günde kaç fincan içiyorsunuz? ……..Fincan /Gün

Filtre Kahve Evet ise; günde kaç fincan içiyorsunuz? ……..Fincan /Gün

12.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise; kaç yıldır içiyorsunuz? ……

Günde kaç tane? …….. Adet /Gün

13.Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır

Evet ise; kaç yıldır kullanıyorsunuz?

Haftada kaç kez ve ne kadar? ……kez ve ……bardak/şişe

Kronik Hastalık Özgeçmişi

14.Kronik bir hastalığınız var mı?

1- Evet 2- Hayır

Evet ise açıklayınız?.....

15. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise nelerdir?.....

16.Aşağıdaki hastalıklardan teşhis edilen bir hastalığınız var mı?

1- Evet 2- Hayır

Evet ise işaretleyiniz.

1- Allerjik hastalıklar 2- Kronik Yorgunluk 3- Fibromiyalji

4- İrritable Barsak Sendromu 5- Endometriyozis 7- Sistemik Lupus Eritamozus

8- Sjögren's Sendromu / Sicca sendromu 9- Astım 10- Kronik Baş ağrısı/Migren

Kadın Sağlığı Özgeçmişi

17. Gebelik sayınız.....

18. Düşük/Kürtaj

1. Var 2. Yok

Var (Sayı/Düşük veya Kürtaj)
……

19. Doğum sayınız.....

20. Doğum şekliniz (hangisi olduğunu yanına sayı ile belirtiniz).

1. Normal Doğum(…) 2. Müdahaleli Normal Doğum (…) 3. Sezeryan (…)

21. Kadın sağlığı konusunda herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise ne ameliyatı olduğunu
yazınız……

22. İdrar yolları enfeksiyonu geçirir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

Cevabınız Evet ise 23. Soruyu cevaplayınız. Cevabınız Hayır ise 24. Soruya geçiniz.

23. Bir yılda kaç kez idrar yolları enfeksiyonu geçirirsiniz?

1. Bir kez 2. İki kez 3. Üç kez ve daha fazla

İS/AMS Özgeçmişi

24.İS/AMS hastalığı teşhisiniz ne zaman koyuldu?

……

25.İS/AMS hastalığı hakkında yeterli bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise bu bilgiye nasıl ulaştınız?

1.Sağlık çalışanı 2.Sosyal çevre 3.İnternet

26.İS/AMS hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Evet ise ilacınızın
adı?……

27. İS/AMS ile ilgili şikayetleriniz hangi sıklıkla sizi rahatsız ediyor?

1.Haftada 1 kez

2.Ayda birkaç kez

3.Ayda 1 kez

4.Yılda birkaç kez

5.Diğer……

28. Şikayetlerinizi azaltmak için uyguladığınız bir yöntem varmı?

1.Evet 2.Hayır

Evet ise nelerdir?
……

İşeme Öyküsü

29. Günde kaç kez tuvalete gidiyorsunuz?

1. 3-5 kez 2. 6-10 kez 3. 11-20 kez 4. 20'den fazla

30. Gece idrara çıkıyor musunuz?

1. Evet 2.Hayır

Evet ise hangi sıklıkta çıkıyorsunuz?

1. 1 Kez 2. 2-3 3. 4 ve daha fazla

31. İdrarınızı yapmadan önce, yaparken ve yaptıktan sonra ağrınız oluyor mu?

1.Evet 2.Hayır

Evet ise hangi durumda ağrınız oluyor?

1.Yapmadan önce 2.Yaparken 3.Yaptıktan sonra 4.Hepsi

32. İdrarınızı yaparken ne sıklıkta ağrı hissedersiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

33. İdrarınızı yaptıktan hemen sonra tekrar idrara çıkma ihtiyacınız ne sıklıkta olur?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

34. İdrar kesenizde ne sıklıkta ağrı hissedersiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

35. İdrar kesenizde ne sıklıkta baskı/basınç hissedersiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

Risk Faktörleri ve Eşlik Eden Hastalık Bulguları Sorgulama

36. Çocukluğunuzda aşağıdakilerden herhangi biri konusunda şikayetiniz oldu mu?

1. Kabızlık Evet( ) Hayır( )

2. İdrar Yolu Enfeksiyonu Evet( ) Hayır( )

3. İdrar yaparken Yanma, Ağrı Evet( ) Hayır( )

4. Yatak Islatma Evet( ) Hayır( )

37. Ailenizde idrar yolları ile ilgili sorun yaşayan birey var mı?

1. Evet 2.Hayır

Evet ise Yakınlığı…… Sorun ne?.....

38. Daha önce herhangi bir böbrek hastalığı geçirdiniz mi?

1.Evet 2.Hayır

Evet ise ne zaman?.....

Hastalığın adı?.....

39. Kabız veya ishal olur musunuz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

40. Barsaklarınızı boşaltırken ağrınız olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

41. Uyandığınızda yorgunluk hisseder misiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

42. Uykusuzluk çeker misiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

43. Stresli misiniz?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

44. Baş ağrısı şikayetiniz olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

45. Ne sıklıkla cinsel ilişki yaşıyorsunuz?

1. Her gün 2. Haftada birkaç kez 3. Ayda birkaç kez 4. Nadiren 5. Hiç

46. Cinsel ilişki sırasında yanma ve ağrınız olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

47. Cinsel ilişki sonrasında yanma ve ağrınız olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

48. Adet olmadan önceki dönemde idrar keseniz üzerinde ağrınız olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

49. Adet olduğunuz dönemde idrar keseniz üzerinde ağrınız olur mu?

1.Hiç 2. Nadiren 3. Ara sıra 4. Çoğunlukla 5. Her zaman

EK-2 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

EK-2 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

Sayın katılımcı;

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızdaki diğer yönleri ile ilgili neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları yanıtlayınız.

Eğer bir soruya hangi yanıtı vereceğinizden emin değilseniz, lütfen size en uygun olan yanıtı seçiniz. Çoğu zaman ilk verdiğiniz yanıt en uygunu olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak dikkate alınız. Yaşamınızın son iki haftasını göz önünde bulundurmanızı istiyoruz.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız. Bu sorular **son iki hafta** içinde bir takım şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

Teşekkür ederiz.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük işlerinizi yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerini alma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

EK-3 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(KCİÖ)

EK-3 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği(KCİÖ)

Sayın katılımcı;

Bu anket **son dört haftada** süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır ve ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz ve her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz.

1.Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2.Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

□ Çok yüksek

□ Yüksek

□ Orta

□ Düşük

□ Çok düşük veya hiç

3.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok yüksek

□ Yüksek

□ Orta

□ Düşük

□ Çok düşük veya hiç

5.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok emindim

□ Emindim

□ Oldukça emindim

□ Az emindim

□ Çok az / hiç emin değildim

6.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok çok zor veya imkansızdı

□ Çok zordu

□ Zordu

□ Biraz zordu

□ Hiç zorluk çekmedim

9.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11.Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12.Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok çok zordu / imkansızdı

□ Çok zordu

□ Zordu

□ Biraz zordu

□ Hiç zorluk çekmedim

13.Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkardı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok tatminkardı

□ Genellikle tatminkardı

□ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

□ Genellikle tatminkar değildi

□ Hiç tatminkar değildi

14.Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok tatminkardı

□ Genellikle tatminkardı

□ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

□ Genellikle tatminkar değildi

□ Hiç tatminkar değildi

15.Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok tatminkardı

□ Genellikle tatminkardı

□ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

□ Genellikle tatminkar değildi

□ Hiç tatminkar değildi

16.Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok tatminkardı

□ Genellikle tatminkardı

□ Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi

□ Genellikle tatminkar değildi

□ Hiç tatminkar değildi

17.Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18.Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Hemen hemen her zaman

□ Çoğu zaman (15 günden fazla)

□ Bazen (15 günde)

□ Birkaç kez (15 günden az)

□ Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19.Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı/rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

□ Hiç cinsel aktivitede bulunmadım

□ Çok yüksek

□ Yüksek

□ Orta

□ Düşük

□ Çok düşük veya hiç

EK-4 Kadın Cinsel İşlev Ölçeği İzin Yazısı

EK-5 Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form

EK-5 Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruları **Son Dört Hafta Boyunca** ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek yanıtlayınız.

Teşekkür ederiz.

Ne sıklıkla idrar kaçırırsınız? (Bir kutuyu işaretleyin)

- Hiçbir zaman □ 0
- Haftada birden az □ 1
- Haftada iki veya üç kez □ 2
- Günde bir kez □ 3
- Günde bir kaç kez □ 4
- Her zaman □ 5

Genelde ne kadar idrar kaçırıyorsunuz? (Bir kutuyu işaretleyin)

- Hiç □ 0
- Az miktarda □ 2
- Orta derecede □ 4
- Çok miktarda □ 6

Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor? Lütfen 0 (hiç bir şekilde) ile 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız.

0…..…1…..…2…..…3…...4…...5…..…6…..…7…...8..…..9...….10

Hiçbir şekilde Çok fazla

ICI-Q skoru (Toplam skor 3+4+5)=…..

Hangi durumlarda idrar kaçırıyorsunuz? (Lütfen size uyanların tümünü işaretleyiniz)

□ Hiçbir zaman idrar kaçırmıyorum.

□ Tuvalete yetişemeden idrar kaçırıyorum.

□ Öksürürken veya hapşırırken idrar kaçırıyorum.

□ Uyurken idrar kaçırıyorum.

□ Hareket halinde iken ya da spor yaparken idrar kaçırıyorum.

□ İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçırıyorum.

□ Belirgin bir neden olmadan idrar kaçırıyorum.

□ Her zaman idrar kaçırıyorum.

EK-6 Uluslar Arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form İzin Yazısı

EK-7 BECK Depresyon Envanteri

EK-7 BECK Depresyon Envanteri

Sayın katılımcı,

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **Son bir hafta** içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

Teşekkür ederiz.

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil, geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlelerin yanındaki harfi daire içine alınız. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatlice okuyunuz.

1. a. Kendimi üzgün hissetmiyorum.

   b. Kendimi üzgün hissediyorum.

   c. Her daim üzgünüm ve kesinlikle bu ruh halinden kurtulamıyorum.

   d. O kadar üzgün ve mutsuzum ki, buna dayanamıyorum.

2. a. Geleceğe dair cesaretim kırıldı diyemem.

   b. Geleceğe dair cesaretim kırılmış hissediyorum.

   c. Geleceğe dair hiç bir beklentim yok.

   d. Geleceğin tamamen umutsuz olduğunu ve hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünüyorum.

3. a. Kendimi aciz hissetmiyorum.

   b. Ortalama bir insandan daha çok yenilgiye uğradığımı düşünüyorum.

   c. Geriye dönüp hayatıma şöyle bir baktığımda, tüm görebildiğim bir çok yenilgi.

   d. Başlı başına bir başarısızlık örneğiyim.

4. a. Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

   b. Eskiden zevk aldığım şeylerden şimdi daha az zevk alıyorum.

   c. Artık hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.

   d. Her şeyden sıkılıyorum ve hiç bir şey beni mutlu etmiyor.

5. a. Kendimi hiçbir şey için özellikle suçlu hissetmiyorum.

   b. Kimi zaman kendimi suçlu hissediyorum.

   c. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

   d. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. a. Hiçbir şekilde cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
   b. Cezalandırılıyor olabileceğimi düşünüyorum.
   c. Cezalandırılacağımı düşünüyorum.
   d. Cezalandırıldığımı düşünüyorum.
7. a. Kendi kendimi hayal kırıklığına uğrattığımı düşünmüyorum.
   b. Kendi kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
   c. Kendimden iğreniyorum.
   d. Kendimden nefret ediyorum.
8. a. Kimseden daha kötü olduğumu düşünmüyorum.
   b. Zayıflıklarım ve hatalarım için kendimi eleştiriyorum.
   c. Hatalarım için durmadan kendimi suçluyorum.
   d. Olan her kötü şey için kendimi suçluyorum.
9. a. Kendimi öldürmeye yönelik hiç bir düşüncem yok.
   b. Kendimi öldürmeye yönelik düşüncelerim var ama bunları asla gerçekleştirmem.
   c. Kendimi öldürmek istiyorum.
   d. Eğer fırsatım olsaydı kendimi öldürürdüm.
10. a. Her zamankinden daha fazla ağlamıyorum.
    b. Eskiye nazaran daha çok ağlıyorum.
    c. Şimdi durmadan ağlıyorum.
    d. Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. a. Her zaman olduğundan daha asabi değilim.
    b. Genelde olduğumdan biraz fazla asabiyim.
    c. Çoğu zaman daha asabi ve kızgınım.
    d. Şimdi her daim asabiyim.
12. a. Diğer insanlara karşı olan ilgimi kaybetmedim.
    b. Diğer insanlara karşı her zaman olduğumdan daha az ilgiliyim.
    c. Diğer insanlara karşı olan ilgimi büyük ölçüde kaybetmiş durumdayım.
    d. Diğer insanlara karşı olan ilgimi tamamıyla kaybetmiş durumdayım.

13. a. Her zaman verebildiğim gibi iyi kararlar verebiliyorum.
    b. Karar vermeyi eskisine nazaran daha çok erteliyorum.
    c. Karar vermekte eskiye nazaran daha çok zorlanıyorum.
    d. Artık hiç bir şekilde karar veremiyorum.
14. a. Her zaman olduğumdan daha kötü göründüğümü düşünmüyorum.
    b. Yaşlı ve itici göründüğümü düşünerek endişelenirim.
    c. Görünüşümde beni itici kılan kalıcı değişiklikler olduğunu düşünürüm.
    d. Çirkin göründüğümü düşünürüm.
15. a. Her zaman olduğu gibi çalışabiliyorum.
    b. Bir şeyi yapmaya başlamak her zaman olduğundan daha fazla çaba gerektiriyor.
    c. Herhangi bir şeyi yapmak için bile kendimi fazlasıyla zorlamam gerekiyor.
    d. Hiçbir şekilde çalışamıyorum.
16. a. Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
    b. Eskiden uyuyabildiğim gibi uyuyamıyorum.
    c. Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
    d. Her zamankinden çok daha önce uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
17. a. Her zamankinden daha fazla yorulmuyorum.
    b. Eskiye nazaran daha çabuk yoruluyorum.
    c. Neredeyse yaptığım her şey beni yoruyor.
    d. Hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum.
18. a. İştahım her zamankinden kötü değil.
    b. İştahım eskisi kadar iyi değil.
    c. İştahım bu aralar çok kötü.
    d. Artık hiç iştahım yok.
19. a. Son zamanlarda neredeyse hiç kilo kaybetmedim.
    b. 5 kilodan fazla kaybettim.
    c. 10 kilodan fazla kaybettim.
    d. 15 kilodan fazla kaybettim.

20. a. Sağlığım açısından her zamankinden daha tedirgin değilim.

b. Ağrı, sancı, mide bulantısı, kabızlık gibi fiziksel sıkıntılar çekmekten endişeleniyorum.

c. Fiziksel problemler yaşamaktan çok endişeleniyorum ve bunun dışında başka bir şeyler düşünmek çok zor oluyor.

d. Fiziksel problemlerim hakkında o kadar çok endişeleniyorum ki, başka hiçbir şey düşünemez oldum.

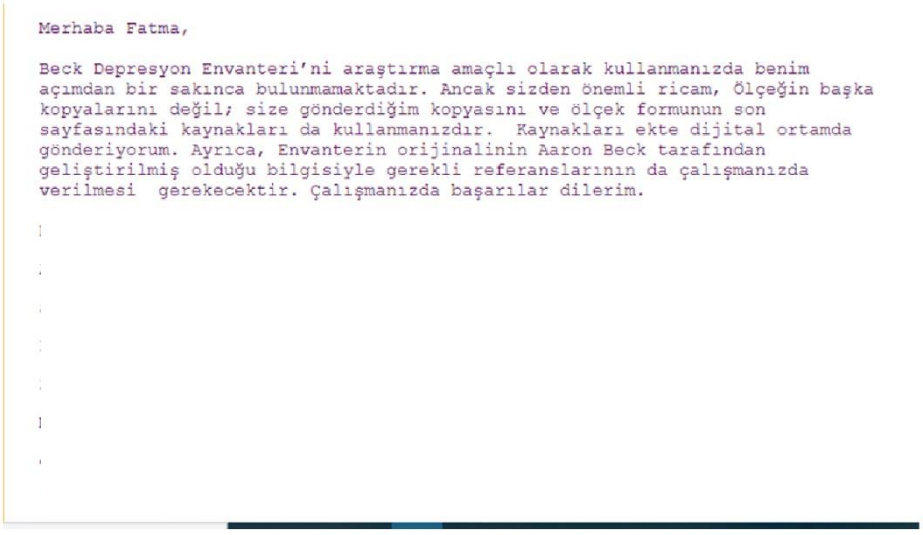
21. a. Cinsel ilişkiye olan ilgimde herhangi bir değişiklik hissetmiyorum.

b. Cinsel ilişkiye olan ilgim eskiye nazaran daha az.

c. Bu aralar cinsel ilişkiye olan ilgim çok az.

d. Cinsel ilişkiye olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-8 Beck Depresyon Envanteri İzin Yazısı



Merhaba Fatma,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

EK-9 McGill Ağrı Anketi-Kısa Form

EK-9 McGill Ağrı Anketi-Kısa Form

DURUM	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
	0	1	2	3
Zonklama				
Şimşek çarpar gibi				
Bıçak saplanır gibi				
Keskin				
Kramp tarzında				
Kemirici				
Sıcak-yanıcı				
Sancı verici				
Ezici				
Hassaslaştırıcı				
Yanıcı-parçalayıcı				
Yoran-takatsiz bırakan				
Hasta edici				
Korkutucu				
Cezalandırıcı-zalimce				
MEVCUT AĞRI: Aşağıdakilerden hangisi şu anki ağrınızı açıklar?				
Yok	**0 1 2 3 4 5**			**Dayanılmaz**

0 Ağrı Yok
1 Hafif
2 Rahatsız Edici
3 Sıkıntı verici
4 Berbat
5 Dayanılmaz

EK-10 McGill Ağrı Anketi İzin Yazısı

EK-11 Standardize Mini Mental Test

EK-11 Standardize Mini Mental Test

ORYANTASYON (Toplam 10 Puan)

Hangi yıl içindeyiz . . . . . .( )

Hangi mevsimdeyiz . . . . . ( )

Hangi aydayız . . . . . ( )

Bu gün ayın kaçı . . . . . ( )

Hangi gündeyiz . . . . . ( )

Hangi ülkede yaşıyoruz. . . . . ( )

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız. . . … ( )

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

Şu an bulunduğunuz bina neresidir . . . .( )

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

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

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

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. Her doğru işlem 1 puan.

(100, 93, 86, 79, 72, 65) . . . . . .( )

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise). . . . . ( )

LİSAN (Toplam puan 9)

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

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

"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan . . . . . ( )

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"

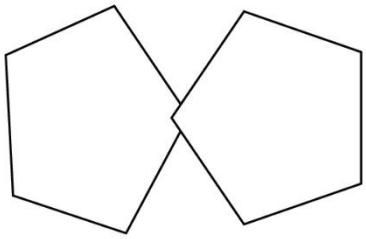
Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan . . . . ( )

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN". . . . . ( )

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

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



EK-12 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-12 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcı;

TC. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği doktora programında öğrenciyim.

"İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu Olan Kadınlarda Watson İnsan Bakım Modeliyle Verilen Danışmanlık ve Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Cinsel Sağlığa Etkisi" başlıklı bu çalışma doktora tez çalışmasıdır ve sadece bilimsel amaçla planlanmıştır.

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu kronik bir idrar kesesi problemidir. İdrarınızı yaparken, cinsel ilişki sırasında veya adet dönemlerinizde idrar kesenizde basınç hissi, ağrı ve yanma hissi; acilen veya sık idrara çıkma isteği bu hastalıkta görülen belirtilerdir. Bazen geceleri idrara çıkma hissi ile birlikte günde 40-50 defa idrara çıkma ihtiyacı oluşabilir. Bu araştırmada hastalığınız nedeniyle yaşadığınız ağrı, cinsel sağlık sorunlarınız, hastalığın yaşamınıza etkileri ve diğer şikayetlerinizin belirlenmesi ve amaçlanmıştır.

Araştırmaya katıldığınızda, ilk görüşmede sosyodemografik bilgi formunda sizinle ilgili tanıtıcı bilgiler, alışkanlıklarınız, hastalığınızla ilgili şikayetleriniz ile bu hastalığınızla birlikte sizi rahatsız edebilecek durumlara ilişkin sorular sorulacaktır. Ayrıca bu ilk görüşmede Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslar arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, McGill Ağrı Anketi- Kısa Formu ile araştırma için gerekli değerlendirmenin yapılması planlanmaktadır.

Araştırmada rastgele kura yöntemiyle belirlenecek 35 kişi deney grubunu, 35 kişi ise kontrol grubunu oluşturacaktır. Araştırmaya dahil olmanız durumunda ilk görüşmeden sonra yaklaşık 3 ay boyunca araştırma devam edecektir.

Deney grubundakilere ilk görüşmenin sonunda araştırmacı tarafından hazırlanan "İNTERTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM KİTAPÇIĞI" ile eğitim ve danışmanlık verilecek, her hafta pazartesi telefonla görüşülecek, ilk görüşmeden sonraki 1. Ve 2. Ayda yüzyüze veya online görüşme ile McGill Ağrı Anketi-Kısa Form ile Uluslar arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Formu doldurulacaktır. 3. Ayda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslar arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, McGill Ağrı Anketi- Kısa Formu son test olarak yüzyüze veya online görüşerek doldurulacak ve çalışma sonlandırılacaktır.

Kontrol grubundakilerle ilk görüşmede Sosyodemografik Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslar arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, McGill Ağrı Anketi- Kısa Formu ön test olarak yüzyüze görüşerek doldurulacaktır. Bu görüşmenin ardından 3 ay sonrası için randevu verilecektir. 3. Ayda Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form, Beck Depresyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Uluslar arası İnkontinans Sorgulama Formu-Kısa Form, McGill Ağrı Anketi- Kısa Formu yüzyüze veya online görüşerek doldurulacaktır. "İNTERTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM KİTAPÇIĞI" bu gruba da verilecek ve kontrol grubuna da danışmanlık verildikten sonra çalışma sonlandırılacaktır.

Anket formlarında yer alan her soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi yeterli ve önemlidir. Araştırma sorularına vermiş olduğunuz cevapları ve size ait bilgileri sadece araştırmayı yürüten kişi görebilecek ve sizinle ilgili elde edilen bu bilgilerin tamamı saklı tutulacaktır, sadece eğitim ve bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır.

Araştırma sırasında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Yol masrafı ve sigorta ödenekler mevcut değildir. Sizden numune (kan vs.) alınmayacaktır. Çalışma esnasında ilaç kullanılmayacağı için gönüllü katılımcılara herhangi bir zararı ve riski yoktur. Bu araştırmaya katılmanız tamamen sizin isteğiniz dahilinde olacaktır. Siz bilgilendirilmiş onam formunu imzalamakla bunu kabul etmiş olursunuz.

Bu araştırmaya katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında istediğiniz zaman, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmadan çekilme ve araştırmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Kamuoyuna açıklanmayacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilir. Ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla siz veya kanuni temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya kanuni temsilciniz zamanında bilgilendirileceksiniz. Araştırma, haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmeyen olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmeniz için temasa geçebileceğiniz araştırmacının adı ve telefon numarası size iletilecektir. Araştırmaya katılımınız sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler söz konusu olursa size açıklanacaktır.

Araştırmaya katılmanız için onayınız gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp, imzanızı atınız.

Katılımcı:	İsterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu ile ilgili yapılacak araştırma hakkındaki "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki" tüm açıklamaları okudum. Kullanılan anketler ve ölçekler hakkında araştırmacı tarafından bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu araştırmaya katılmam için bana maddi bir teklifte bulunulmadı ve benden maddi bir şey talep edilmedi. İstediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. **Adı, Soyadı:** **Adres ve Telefon:** **İmza/tarih:**
Araştırmacı :	

EK-13 İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromlu Kadınlara Yönelik Eğitim Kitapçığı

EK-13 İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMLU KADINLARA YÖNELİK EĞİTİM KİTAPÇIĞI

İNTERTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU

BİLGİLENDİRME VE EĞİTİM KİTAPÇIĞI



"Yalnız Değilsiniz"

HAZIRLAYAN

Fatma Soylu Çakmak

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi

DANIŞMAN

Prof.Dr. Ümran Oskay

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Bilim Dalı

İstanbul,2019

İÇİNDEKİLER

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu (İS/AMS) nedir? Sebepleri nelerdir?

En sık görülen belirtiler nelerdir?

İS/AMS kimlerde görülür?

İS/AMS nasıl teşhis edilir?

İS/AMS'nin tedavisi zor mu?

İS/AMS tedavi yöntemleri ve basamakları nelerdir?

Yaşam tarzı değişiklikleri neler olmalıdır?

Mesane eğitimi

Stres İle baş etme

Diyetin İS/AMS'ye etkisi ve düzenlenmesi

Ağrı yönetimi

Alevlenme durumu için öneriler

İS/AMS farkındalığı

Kaynaklar

Ekler

Ek:1 İşeme Günlüğü

Ek:2 Yiyecek ve Semptom Günlüğü

Ek:3 İs/Ams'lu Hastalar İçin Yaygın Olarak Rahatsız Eden Yiyecek Ve İçecekler

Ek:4 Nefes Ve Gevşeme Egzersizi Uygulama Metni

Ek:5 İs/Ams Hastaları İçin Önerilen Yoga Hareketleri

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu (İS/AMS) nedir? Sebepleri nelerdir?

İS/AMS idrar kesesi ve çevresindeki bölgede tekrarlayan ve rahatsızlık hissi veren ağrılı bir durumdur. Şikayetler bu bölgedeki rahatsızlıkla birlikte basınç, hassasiyet ve yoğun bir ağrı ile de görülür. Bu durum 6 aydan daha uzun süredir devam eder. Bu şikayetlerle birlikte enfeksiyon veya diğer böbrek ve mesane hastalıkları yoktur.

Belirtileri kişiden kişiye değişir. Aynı kişideki belirtiler de her zaman aynı olmayabilir. Her gün veya haftalık değiştiği gibi, bazı hastalarda aylarca hatta yıllarca sürebilir.

İS/AMS kronik bir idrar kesesi problemidir. Bazı belirtiler idrar yollarının bakteriyel enfeksiyonuna benzer. Ancak yapılan testlerde idrarda bakteriye rastlanmaz. Ayrıca şikayetler için antibiyotik

kullanmak da işe yaramaz. En çok kabul gören teoriye göre idrar kesesinin iç duvarını kaplayan astar yapının eksikliği bu şikayetlere neden olmaktadır. Bu astar tabaka idrar içerisindeki zararlı maddelerden idrar kesenizi korumaktadır. Bu tabakanın yetersizliği kronik iltihabi duruma sebep olmaktadır. Ayrıca bu hasta grubunun idrarında APF adı verilen proteinin varlığından söz bir edilir. Bu protein hasarlı idrar kesesi duvarının iyileşmesine engel olmaktadır.

Şikayetler azalıp artabilir, bazen kaybolabilir. Bazen de hep aynı şiddette olabilir. Tuvalete çok sık gidip orada vakit geçirmeyi isteyebilirsiniz.

Hastalığınız bakterilerden kaynaklanmaz. Antibiyotik tedavisi önerilmez.

En sık görülen belirtiler nelerdir?

- İdrar kesenizde basınç hissi, ağrı ve hoş olmayan bir his olur. İdrar keseniz dolduğunda veya boşaldığında ağrı değişir ancak dolu olduğunda şikayetiniz daha fazla olur.
- İdrar acilen çıkma ihtiyacı veya sık idrara çıkma isteği olur. Bu iki belirti birlikte de görülebilir.
- İdrarınızı boşalttıktan hemen sonra bile idrara çıkma isteğiniz olur.
- Karnınızın ve sırtınızın alt kısmında, leğen kemiğinizde ve idrar yolunuzda ağrı olur.
- Ağrı künt veya delici hissedilebilir. İşeme sırasında az veya bazen çok fazla yanma hissi olabilir.
- Şikayetler adet döneminde artabilir.
- Vajinal cinsel ilişki sırasında ağrı şikayeti olabilir.
- Günde 7-8 defadan fazla işeme ihtiyacı hissedebilirsiniz. İS/AMS'lu hastaların bazıları gece sık idrara çıkma dahil, günde 40-60 kez idrara çıkabilir.
- Vajina ve vulvada ağrı olabilir.

İS/AMS kimlerde görülür?

İS/AMS kadınlarda erkeklerden daha çok görülür. Genellikle ilk sorun 40'lı yaşlardan sonra ortaya çıkar. Daha erken yaşta da görülür. Hastaların bir kısmı bu şikayetlerinin çocukluktan beri olduğunu belirtmektedir.

İS/AMS'nun nedenleri ile ilgili birkaç fikir olmakla birlikte asıl olayın idrar kesenizle olduğu bilinmektedir. İdrar kesesinin kronik ağrılı bir durumudur.

İS/AMS nasıl teşhis edilir?

İS/AMS'nun henüz bir testi yoktur. Eğer sık sık idrar kesenizde ağrı ve acil işeme ihtiyacı şikayetiniz varsa ne olabileceği araştırılmalıdır. İdrar yolları enfeksiyonu, mesane kanseri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve böbrek taşı teşhisi dışlandıktan sonra teşhis için gerekli girişimlerde bulunulur.

Öncelikle özgeçmişiniz dikkatli bir şekilde ele alınır. Daha sonra fiziksel muayene yapılır. Teşhisin son aşamasında tetkikler yer alır.

Teşhis için yapılacak tetkikler şunlardır:

- İdrar tahlili ve İdrar kültürü
- İşeme sonrası rezidüel idrar miktarı,
- Sistoskopi,
- Mesane ve üretra biyopsisi,
- Mesane distansiyonu.

Sık idrara çıkma isteği idrar kesenizin kapasitesinin düşük olduğunu düşündürtse de, idrar kesesi kapasiteniz normal boyutta olabilir.

İS/AMS'nin tedavisi neden zor?

İS/AMS'de altta yatan neden net değildir ve bireylere göre farklılık gösterir. Aşağıda yer alan faktörlerden birkaç tanesi hastalığın ortaya çıkmasında etkili olabilir:

- Kronik bakteriyel enfeksiyonlar,
- Otoimmün durumlar,
- Allerjik reaksiyonlar ve aşırı mast hücre aktivasyonu (Histamin salınımına neden olur),
- Tahriş edici elementlere veya toksinlere maruz kalma,
- Gıda reaksiyonları,
- Psikosomatik(zihin-beden) faktörleri,
- Kronik iltihap,
- Mesane travması,
- Mesanenin GAG'sinin/proteroglikon tabakasının bozulması,
- Pelvik taban disfonksiyonu.

Tedavilerden sonuç alınamaması sizi hayal kırıklığı ve umutsuzluğa itebilir. Kendinizi bu konuda "tek başına" hissedebilirsiniz. Acı çekmeye devam ettikçe suçluluk hissedebilirsiniz.

İS/AMS ile acı çektiğiniz zamanlar egzersiz yapmakta zorlanırsınız ve hatta yatakta uzun saatler geçirmek isteyebilirsiniz. Olumsuz düşüncelerin yanı sıra sıkıntı ve depresyon da hissedebilirsiniz. Psikolojik belirtiler genellikle bu acının bir sonucudur ve İS/AMS psikolojik bir durum değildir.

Uzun dönemde hastalığın gidişatı belli değildir. Bazen belirtiler kendiliğinden veya yaşam alışkanlıklarının düzenlenmesi ile düzelir. Belirtilerde dalgalanmalar olur. Şiddetli vakalar daha az görülür ve uzman bakımı ve desteğe daha çok ihtiyaç vardır.

Bu hastalığı yönetmek için öncelikle durumun farkında olmanız gerekir. Yaşam tarzınız ile ilgili yapacağınız değişiklikler sizi rahatsız eden şikayetlerinizin kontrol altına alınmasına katkıda bulunabilir.

Artık hastalığınız ile ilgili yalnız değilsiniz. Hastalığınız ile ilgili şikayetleriniz ve yaşadığınız sıkıntıları bizimle paylaşmanız bizim için çok önemli. Özellikle tedavi girişimlerinin başarılı olması için işbirliği içinde olmalıyız.

İS/AMS tedavi yöntemleri ve basamakları nelerdir?

İS/AMS tedavi süreci altı basamaklı bir süreçtir. Tedavinin birinci basamağında genel gevşeme ve stres yönetimi, ağrı yönetimi, hasta eğitimi, yaşam tarzı ve davranış değişikliği yer alır.

Birinci basamaktan itibaren en kolay ve en az riskli yöntemlerle tedaviye başlanır. Şikayetlerle ilgili yavaşlama bulununcaya kadar bir üst tedavi basamağına geçilir. İS/AMS hastaları tedaviden fayda görür. Ancak şikayetler sıklıkla tekrarlayabilir ve ataklarla seyretmeye devam edebilir. Yaşam tarzınızla ilgili değişiklikler yeterli değilse bir sonraki tedavi aşamasına geçilir.

Tedavinin İkinci basamağında pelvik taban kaslarını rahatlatmak için fizik tedavi, ağızdan alınan veya idrar kesesi içine uygulanan ilaçlar ile ağrı yönetimi yer alır.

Tedavinin üçüncü basamağından itibaren sistoskopi, idrar kesesine yapılan ilaçlı ve cerrahi uygulamalar, teşhis ve tedaviyi birlikte içeren müdahaleler, fizik tedavinin farklı uygulamaları yer alır.

Ağrı yönetimi her basamaktaki tedavide önemlidir. Her bir basamak uygulandıktan sonra hastanın durumu değerlendirilir. Şikayetlerin azalma durumuna göre gerekirse bir üst basamaktaki tedavi ile devam edilir.

Yaşam tarzı değişiklikleri neler olmalıdır?

İS/AMS hastalarının yarısı kendi kendine bir rahatlama yolu bulup hayatlarını normale döndürebilir.

Tedavinin temelinde esas olarak belirtilerin kontrol edilmesi yer alır. Kişiye özel doğru tedavi bileşimini bulmak için denemek gerekir. Belirtileri yatıştırmak haftalar veya aylar alabilir.

Tedavinin ilk aşamasında alevlenmeleri tetikleyen durumları belirlemek ve önlemeye çalışmak yer alır. Belirtileri hafifletmek için yapacağınız yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır:

- Sıvı alımınız yeterli olmalıdır. İdrarınızın rengi açık sarı olmalıdır. Koyu sarı ve yoğun idrar tahriş edici özelliktedir.

- İdrarınızı daha uzun süre tutmayı deneyin. Örneğin her 30 dakikada bir işemeniz gerektiğini hissediyor ve düşünüyorsanız, bunu 45 dakikaya çıkartın. Bunun için size vereceğimiz İŞEME GÜNLÜĞÜ' nü kullanın ve işemenizi kayıt altına alın (EK-1).

- Stres bir tetikleyici olabilir. Stresinizi azaltmaya ve yönetmeye çalışın. Sizi rahatlatacak birşeyi 5 dakika yaparak buna başlayabilirsiniz. Gevşeme teknikleri, bir arkadaşınızla konuşmak veya meditasyon iyi gelebilir. Nefes ve gevşeme metnini kullanabilirsiniz (Ek-4).

- Çok sıkı olmayan kıyafetler giyin. Sıkı giysiler idrar kesenize baskı yapar. Kullandığınız iç çamaşırınızın pamuklu ve rahat olmasına özen gösterin.

- Sigara içiyorsanız bırakmaya çalışın. Sigara içmenin bazı kişilerde belirtileri tetiklediği düşünülmektedir.

- Tetikleyici yiyeceklerinizin neler olduğunu anlamaya çalışın (Ek-3). Bir yiyeceği tek seferde diyetinizden çıkarmak hemen işe yaramayabilir. Şikayetleriniz alevlendiğinde ne tükettiğinize dikkat edin. Bunu için size vereceğimiz YİYECEK VE BELİRTİLER GÜNLÜĞÜ' nü kullanın ve yiyeceklerinizi ve şikayetlerinizi kayıt altına alın (Ek-2)

- Düşük şiddetli egzersizler yapın (Yürüyüş, basit germe egzersizler).

- İS/AMS hastaları Kegel Egzersizi yapmaktan kaçınmalıdır.

Mesane eğitimi:

Ağrı şikayetiniz yeterince azalıp sizi rahatsız etmediğinde, mesane eğitimi teknikleri kullanarak idrara çıkma sıklığınızı azaltabilirsiniz. Yöntemler çeşitlilik gösterir, ancak temelde sizin bir program ile belirlenen zamanlarda idrar kesenizi boşaltmanız önemlidir. Programa uymak için gevşeme teknikleri ve dikkat dağıtıcılar kullanabilirsiniz. Yavaş yavaş, programlı boşluklar arasındaki süreyi uzatmaya çalışın. İşeme sürelerinin kaydedileceği bir günlük, ilerlemenin takip edilmesinde yardımcı olacaktır.

Stres ile baş etme:

İS/AMS nedeniyle yaşadığınız ağrı sizi engellediğinde, mümkün olduğunca stresi azaltmaya çalışın.

Stres tek başına İS/AMS'ye neden olmaz, ancak İS/AMS hastası iseniz stres şikayetlerinizin alevlenmesine neden olabilir. Stres fiziksel veya zihinsel olabilir. Her alevlenmenin sizi strese soktuğunu ve endişelenmenin de rahatsızlığınızı artırdığını unutmayın.

Stresi ve bunu nasıl en aza indirileceğini anlamak, stresle başetmenin ilk ve en iyi yoludur. Stresi etkisiz hale getirmek ağrı düzeyinizde önemli bir fark yaratabilir.

Stresle birlikte ortaya çıkan İS/AMS belirtileriyle başa çıkmak için 7 ipucunu uygulayın.

1. Sıcak bir banyo yapın. Mümkünse küvette uzun bir dinlenme stresi azaltır ve pelvik kaslarınızı gevşetir, pelvik taban ağrısını azaltır. Bu esnada tahriş edici banyo ürünleri kullanmayın.

2. Hareket edin. Hafif düzeyde egzersiz stresli olduğunuzda iyi gelebilir. Egzersiz, doğal ağrı kesiciler gibi olan endorfinleri serbest bırakır. Güçlü egzersizler negatif etki ederek belirtileri daha kötü hale getirebileceğinden idrar kesenize baskı yapmamaya dikkat edin. Uzun yürüyüşler bunun için en ideal olanlarından biridir.

Yüzme de en iyi egzersizlerden biridir. Çünkü suyun içerisinde idrar keseniz desteklenmiş hisseder. Havuza girerseniz çıkışta klordan tamamen arındığınızdan emin olun. Yoga, Pilates ve Tai Chi mükemmeldir çünkü aynı zamanda zihinsel stresi azaltırken sıkı olan pelvik kasları da gevşetebilirler.

3. Bir köpek veya kedi gibi evcil hayvan edinebilirsiniz. Araştırmalar düzenli olarak bir evcil hayvanla etkileşime giren insanların çok daha az stres yaşadığını göstermiştir.

4. Masaj yaptırın. Nazik bir masaj harika bir stres gidericidir. Ancak "Derin doku" masajı yaptırmaktan kaçının.

5. Manevi yönünüzü güçlendirmek için çabalayın. Araştırmalar dua ve meditasyonun İS/AMS stresiyle başa çıkmada yardımcı olduğunu bildirmektedir.

6. Kendinize zaman ayırın. Teknolojik aletleri zaman zaman kapatın. Stresinize neden olan günlük endişelerden uzaklaşmanıza yardımcı olacaksa, müzik dinleyebilirsiniz.

7. Bir danışmanla konuşun. İS/AMS hakkında fazla bir şey bilmese bile, stres yönetimi ve başa çıkma becerileri hakkında çok şey bileceklerdir.

Diyetin İS/AMS'ye etkisi ve düzenlenmesi:

Diyetinizde yapacağınız değişiklikler belirtilerin kontrol edilmesinde yardımcı olacaktır. Diyete bağlı değişiklikler herkes için aynı olmayabilir. İS/AMS'li hastaların kaçınması gereken besinler listesi maalesef biraz uzun ve korkutucudur (Ek-3). Şu anda bu hastalıkta özel bir diyet söz konusu değildir. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda İS/AMS dostu besinler ile beslenmenin yanında, sizi rahatsız ettiğini fark ettiğiniz yiyecek ve içeceklerden uzak durulması tavsiye edilmektedir.

İS/AMS ile beslenmeniz arasında bir ilişki olduğunu öğrendiğinizde gıdalardan kaynaklanan alevlenmelerden korkarak yemek yemenizi kısıtlayabilirsiniz. Ancak yeterli ve dengeli beslenmek; güçlü bir bağışıklık sistemi, iyi bir dolaşım, sağlıklı barsak hareketleri ve sinir sisteminin korunması için son derece önemlidir.

Beslenmenizdeki kısıtlamalar yemek yeme keyfinizi bozmasın. Mümkün oldukça taze sebze ve meyve tüketmeye çalışın. İşlenmiş gıdaların (konserveler, cipsler, şekerlemeler vs.) içerdiği bileşenlerden

herhangi biri alevlenmelere sebep olabilir. Ancak vazgeçemediğiniz bir yiyecek veya atıştırmalık için farklı markalar deneyebilirsiniz.

Öğününüzde olması gereken yitecekleri seçerken; sebzeler, meyveler, baklagiller, proteinler ve süt ürünleri olarak sınıflandırarak tüketebilirsiniz.

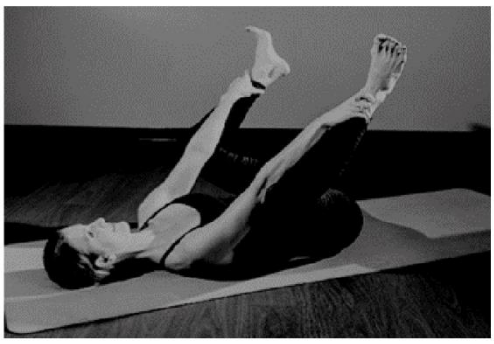
Ağrı ile baş etme: Pelvik tabanı gevşetme hareketleri, nefes ve derin gevşeme egzersizi

İS/AMS ağrısı sebebi henüz anlaşılamayan, altta yatan nedeninin henüz bilinmediği visseral bir ağrıdır. Bu ağrıya idrara çıkmada sıklık ve acil idrara çıkma ihtiyacı eşlik eder. Genetik veya çevresel nedenler, cinsel ilişki ve psikolojik nedenler de bu ağrıya etki eder.

İS/AMS hastaları için her gün önerilen germe hareketlerini yapmanız pelvik tabanınızdaki kaslarınızı gevşeterek sizi rahatlatacaktır. Bunun için size önereceğimiz hareketler şunlardır

1. Mutlu bebek hareketi(Şekil 1)

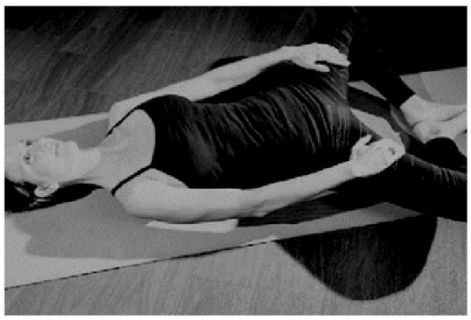
Doğrudan pelvik tabanı hedef alan gerilmelerden biri olan "mutlu bebek" pozisyonu sırt üstü yapılabilecek bir pozisyondur. Bu pozisyonda bacakları tutun ve yavaşça göğsünüze doğru geri çekin. Ayaklarınız birbirine yakın, dizlerinizin genişlemesi gerekir. Sırtınız yerde düz olmalıdır. Bu pozisyonda en az 60 saniye yavaş ve sakin nefes alıp verin. Germeyi artırmak ve bacaklarınızı açmak için dirseklerinizi kullanın. Ayrıca, pelvis tabanını bu gerilmede "bırakmaya" ve gevşemeye odaklanmalısınız. Karın kaslarınızın gevşemiş olduğundan emin olun. Germe sırasında, pelvik tabanınızın nasıl hissettiğini farkedin, bu germe hareketi ile belirtilerde ani bir değişiklik veya rahatlama olduğunu bile fark edebilirsiniz.



Şekil 1: Mutlu bebek hareketi

2. Kelebek hareketi(Şekil 2)

Sırtüstü yatarken dizlerinizi bükün ve ayak tabanlarınızı birleştirin. Bu pozisyonda üst iç uyluklarınızda bir gerginlik hissetmeniz gerekir. Bu zor veya acı verici ise, ağırlıklarını desteklemeye yardımcı olmak için bacaklarınızın altına bir yastık yerleştirebilir veya bir seferde bir bacakla başlayabilirsiniz. Her zaman olduğu gibi, bu esneme sırasında derin nefes alma ve rahatlama üzerine çalışmaya devam edin. Ayrıca, gerginliğin derinleşmesine yardımcı olmak için ayağınızın tabanı birbirine bastırılarak ve bacaklarınız üzerinde duran kollarla gerginliği artırabilirsiniz.



Şekil 2: Kelebek hareketi

3. Sandalye hareketi

Bu hareket ile iç uyluk ve bacak arkasındaki kaslarınız gerilir. Kollarınızla dayanacağınız bir yerden 2-3 adım uzakta durun ve üzerine eğilin. Ayaklarınızı omuz genişliğinizden biraz daha fazla açın. Sırtı ve dizleri düz tutun, kalçanızı yukarı doğru itmeye çalışın. 60 saniye bu pozisyonda kaldıktan sonra kalçanızı düz tutarak bir dizinizi hafifçe bükün, diğer bacaktaki gerilmeyi hissedin. Bunu her iki bacakta uygulayın.



Şekil 3: Sandalye hareketi

İS/AMS dostu germe hareketleri, pelvik tabanın gevşemesine yardımcı olabilir. Yoga hareketlerinden özellikle İS/AMS hastaları için önerilen hareketleri yapabilirsiniz. Yogadaki kedi hareketi karın ağrısını hafifletir ve kalça kaldırma hareketi göbek kasını tutmayı kontrol etmeyi öğrenirken kalça kasını güçlendirir(Chung ve ark, 2015).

Kedi duruşu

1.Yerde elleriniz ve dizleriniz üzerinde masa pozisyonunda durun. Dizlerinizin tam kalçalarınızın altına denk gelmesine, omuzlarınız ile el bileklerinizin aynı hizada ve yere paralel olmasına dikkat edin. Başınız tam merkezde olsun ve gözler ileri baksın.

2.Nefes vererek omurganızı tavana doğru yuvarlayın. Omuzlarınız ve dizleriniz yerinde kalsın. Başınızı yere doğru indirin ama çene göğsünüze yaklaşmasın.

3.Nefes verin ve tekrar masa pozisyonuna geçin. Bu hareket karın ağrısını hafifleten bir harekettir.





Köprü duruşu

1.Yere yatın ve gerekirse boynunuzu korumak için omuzlarınızın altına kalın katlanmış bir örtü yerleştirin. Dizlerinizi bükün ve ayaklarınızı yere koyun, topukları mümkün olduğunca kalça kemiklerine yakın tutun.

2. Nefes verin ve ayaklarınızı ve kollarınızı zemine aktif bir şekilde bastırarak, leğen kemiğini yukarı doğru itin, kalçaları sıkın (ancak sertleştirmeyin) ve yerden kaldırın. Uyluklarınızı ve ayaklarınızı paralel tutun.

3. 30 saniye ile 1 dakika arasında bu pozisyonda kalın. Omurgayı yavaşça yere doğru indirirken nefes verin. Anksiyete, halsizlik, sırt ağrısı, baş ağrısı ve uykusuzluğu azaltır.





Ağrının kontrolü için ilaç kullanma dışında kullanılan yöntemlerden biri de nefes ve derin gevşeme egzersizi ile zihni dinlendirerek dikkati başka yöne çekmedir.

Gevşeme bedeninizdeki gerilimden sistemli bir şekilde kurtulmaktır. Derinlemesine gevşediğinizde, motivasyonunuzu ve dikkatinizi yoğunlaştırmayı yitirmeyeceksiniz. Tam tersine bedeninizin neresinde en çok gerilim taşıdığınızın farkına varıp, bu kasları nasıl gevşetebileceğinizi öğreneceksiniz. Bu konuda uzman değilseniz öncelikle bunu sık tekrar etmeye çalışın. Bunun için ayıracağınız süre 10 dakika olabilir. Akışı sağlamak için size vereceğimiz "Nefes ve Gevşeme Egzersizi Uygulama Metni"ni kullanın(Ek-4).

Alevlenme Durumu İçin Öneriler

Şikayetlerinizin alevlendiği dönemlerde yapabileceklerinizin bazıları şunlardır:

a. Karın bölgesindeki ağrıyı ve basınç hissini hafifletmek için bir sıcak su torbasını idrar kesenizin üzerine yerleştirin. Bu sizi rahatlatabilir.

b. Kullandığınız herhangi bir ilaç varsa ilacınızı aldığınızdan emin olun.

c. Alevlenmeler sırasında kabak ve patates yiyin. Bunlar idrar kesenizi sakinleştirir.

d. Karabiberi böyle zamanlarda tüketmeyin.

e. Mümkün oldukça bol su için. Su vücudunuz için özellikle İS/AMS hastası iseniz en önemli şeydir. İdrar keseniz su ile ne kadar çok yıkanırsa kasılmalar ve diğer şikayetleriniz azalacaktır.

f. Papatya ve nane çayı tüketin. Her ikisinin de idrar keseniz üzerine yatıştırıcı etkisi vardır.

g. Hiçbir şey sizi rahatlatmıyorsa takibinizi yapan doktorunuzu mutlaka arayın.

UNUTMAYIN. İS/AMS İLE YAŞIYORSANIZ YALNIZ DEĞİLSİNİZ.

İS/AMS Farkındalığı

İS/AMS size verdiği rahatsızlıkla duygu durumunuzu bozan, kendinizi ifade etmenizi güçleştiren bir durumdur. Aile içi ilişkileriniz, sosyal hayatınız ve iş hayatınız bu durumdan olumsuz etkilenebilir.

İS/AMS bazılarımız için idare edilmesi kolay bir durumken, bazılarımız için ağrı ve rahatsızlık çok fazla olduğundan günlük işlerimizi yapamayacak kadar zor bir durum olabilir.

Durumunuzu sağlık profesyonelleri ile paylaşmanız dışında kendinizi ifade edebileceğiniz diğer ortamlarda da paylaşabilirsiniz. Özellikle şikayetlerinizin yoğun olduğu dönemlerde sizinle aynı sıkıntıyı yaşayanlarla yapacağınız paylaşımlar kendi başınıza kaldığınız hissinizi azaltacaktır. Farklı tecrübeleri ve bilgileri paylaşarak yaşamınızın geri kalanında bu hastalığın size getirdiği fiziksel, duygusal ve sosyal yükünüzü biraz hafifletebilirsiniz.

Ülkemizde henüz bir organizasyonu olmamakla birlikte EYLÜL ayı İS/AMS Farkındalık Ayı olarak bildirilmektedir. Sizlerin de desteği ve katılımıyla bu konuda toplumsal farkındalık oluşturabiliriz. Bunun için özellikle günümüzde yaygın bir şekilde kullandığımız internet ve sosyal paylaşım sitelerinden yararlanabiliriz.

Farkındalık için Facebook'da bir durum mesajı, Twitter'da bir paylaşım yapabilirsiniz. Yapacağınız şey her ne olursa olsun amaç bu konuda toplumun dikkatini çekerek İS/AMS'lu bireylere yardımcı olmaktır.

KAYNAKLAR:

1. Hanno, P. (2011) Interstitial Cystitis/ Painful Bladder Syndrome, National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, NIH Publication No. 11–3220,September 2011 www.urologic.niddk.nih.gov Erişim Tarihi: 29.01.2019
2. Chung K.J. et all (2015). Recommendations to the primary care practitioners and the patients for managing pelvic pain, especially in painful bladder syndrome for early and better prognosis. Review Article, Journal of Exercise Rehabilitation 2015;11(5):251-254.
3. Cozean, N. (2016). The full Pelvic Sanity IC Stretching Regimen is available in The Interstitial Cystitis Solution, ICA UPDATE.
4. Newson, L. (2016). Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome Synonyms: interstitial cystitis, painful. https://patient.info/doctor/interstitial-cystitispainful-bladder-syndrome-pro
5. Erişim Tarihi: 29.01.2019
6. Tirlapur, S.A. (2016). Management of Bladder Pain Syndrome. BJOG 2016; DOI:10.1111/1471-0528.14310.
7. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome Patient Guide (2016). www.UrologyHealth.org Erişim Tarihi: 29.01.2019
8. www.auanet.org/guidelines/interstitial-cystitits/bladder-pain-syndrome. Erişim tarihi: 29.01.2019

EKLER:

EK-1 İŞEME GÜNLÜĞÜ				
SAAT	ALINAN SIVI(ml)	BOŞALTILAN İDRAR MİKTARI(ml)	SIZAN İDRAR (Az, Orta, Çok)	ACİLİYET (Şiddetli, Orta, Hafif)
00.00				
01.00				
02.00				
03.00				
04.00				
05.00				
06.00				
07.00				
08.00				
09.00				
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				

EK-2 YİYECEK VE BELİRTİLER GÜNLÜĞÜ

Yediğiniz yiyecek hakkında mümkün oldukça yeterli bilgi içeren kayıt tuttuğunuzdan emin olun (porsiyon büyüklüğü, pişirme yöntemi).

İçine koyduğunuz tüm sıvılar ve baharatları belirtin.

Tabakta karışım varsa içeriğini belirtin.

Ayrıca, kaçırmış olabileceğiniz bir şey olup olmadığını görmek için gün içindeki aktivitelerinizi düşünün.

TARİH	SAAT	ALINAN YİYECEK	MİKTAR	HAZIRLAMA İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER	BELİRTİLER	İŞEME MİKTARI

Gece boyunca işemek için kaç defa uyandınız?.....

Belirtiler: İşeme sırasında ağrı, sık işeme ve acil işeme ihtiyacı.

İşeme Miktarı: Az, Orta, Çok fazla.

EK-3 İS/AMS'LU HASTALAR İÇİN YAYGIN OLARAK RAHATSIZ EDEN YİYECEK VE İÇECEKLER

ÇOK RAHATSIZ EDEN BESİNLER	DAHA AZ RAHATSIZ EDEN BESİNLER
SEBZE ve MEYVELER	
- Kızılcık Suyu - Greyfurt ve Greyfurt Suyu - Limon - Portakal ve Portakal Suyu - Ananas Suyu	- Kayısı - Kuru Erik - Muz - Armut - Yaban Mersini - Kuru Üzüm - Hurma - Kavun, Karpuz
- Acı Biber - Salatalık Turşusu - Lahana Turşusu - Domates ve Domates Ürünleri	- Avokado - Kuşkonmaz - Pancar - Brokoli - Brüksel Lahanası - Lahana - Havuç - Karnabahar - Kereviz - Salatalık - Patlıcan - Mantar - Bezelye - Patates - Turp - Bal Kabağı - Ispanak - Kabak - Şalgam
TAHILLAR	
	- Yulaf - Pirinç
PROTEİNLİ GIDALAR	
	- Dana Eti - Kuzu Eti - Yumurta - Fındık - Balık (Karides, Ton Balığı, Somon Balığı) - Fıstık Ezmesi - Tavuk ve Hindi
SÜT ÜRÜNLERİ	
	- Süt - Peynir
BAHARATLAR	
- Yabanturpu - Acı Biber - Salata Sosu - Sirke	
İÇECEKLER	
- Çay - Kahve - Bira - Şarap, Şampanya	- Taneli İçecekler - Su
DİĞER GIDALAR	
- Çikolata - Baharatlı Yiyecekler - Pizza	- Tuzlu Kraker - Patlamış Mısır
KATKI MADDELERİ	
- Monosodyum Glutamat - Yapay Tatlandırıcılar	

EK-4 NEFES ve GEVŞEME EGZERSİZİ UYGULAMA METNİ

Mümkünse sakin bir ortamda ve yalnız olarak yapmaya çalışın. Üzerinizde rahat giysiler olması önemlidir. Odanın havalandırılmış olmasını sağlayın. Uzanacağınız yere bir spor matı serebilirsiniz. Üzerinize ince bir battaniye örtün. İlk başlarda zemin sert gelebilir ancak zamanla buna alışacaksınız.

Uzandıktan sonra elleriniz iki yanınızda yerde ve parmaklarınızı açın. Yavaş yavaş gözlerinizi kapatın. Günlük yaşamla ilgili düşüncelerinizi zihninizden çıkartın.

Şimdi yavaşça sakin bir nefes alın ve nefesinizi tutabildiğiniz kadar içinizde tutun. Nefesinizi akciğerlerinizin tamamında hissedin. Nefesinizi yavaşça bırakın. Verdiğiniz nefes bedeninizi saran bütün rahatsızlığı da beraberinde alıp götürsün. Her nefes verişinizden kendinize "Rahatlamayı" hatırlatın. Birkaç kez rahat ve sakin nefes alıp verin. Nefesinizi bıraktığınız zaman neler hissettiğinizi fark edin. Gerginken nasıldınız?, Rahatken nasılsınız?, Aradaki farka dikkat edin. Her nefes verme ile birlikte gittikçe artan ve yoğunlaşan huzuru içinizde hissedin. Her nefes aldığınızda nefesinizi biraz daha uzun içinizde tutmaya çalışın ve verirken hissettiğiniz rahatlamayı fark edin. Nefesinizi kontrol yeteneğinizin verdiği hoş bir his vücudunuza yayılıyor. Gözleriniz kapalı tüm dikkatinizi vücudunuz üzerinde toplayın. Vücudunuzun herhangi bir yerinde gerginlik hissediyorsanız o bölgedeki kaslarınızı gevşetin. Rahatlayın. Şimdi daha rahat ve huzurlusunuz ama uyumayacaksınız.

Şimdi tüm vücudumuzu gevşeteceğiz. Ayaklarınızı birleştirin ve kollarınızı bedeninize yapıştırın. Normal nefes alıp vermeye devam ederken ayak parmaklarınızı kasın ve kasılı tutun, ayak tabanlarınızı kasın, baldır kaslarınızı kasın, dizlerinizi kasın, uyluk kaslarınızı kasın, kalça kaslarınızı kasın ve kasılı tutun. Derin bir nefes alın verin ve tekrar derin bir nefes alıp nefesinizi tutun, karın kaslarınızı kasın. Ellerinizi yumruk yapın, kollarınızı kasın, omuzlarınızı kulaklarınıza doğru çekip kasın, başınızı göğsünüze getirip kasın, yüzünüzü kasın. Bütün bedeninizi kasın ve tutun tutun tutun ve şimdi nefes verirken nefesinizle birlikte tüm vücudunuzu gevşetin. Bedenimizde ki bu gevşemenin derinleşmesi ve daha kalıcı olması için derin bir nefes alalım ve nefesi verirken "aum" seslerinin birleşmesi olan "ooommmm" sesini kullanarak nefesimizi verelim.

Şimdi vücudunuzu tekrar kollar ve bacaklar yana açık pozisyona getirin. Sizi sakinleştiren hoş bir durumu hayal edin. Bir deniz kıyısı, bir papatya ve ya buğday tarlası sakinleştirici hoş bir ortam olabilir. Hayaliniz o kadar canlı olsun ki içinde sesler, kokular, renkler ve duygular yer alsın. Şimdi bu sakinleştirici hayalimizin yanı sıra yüz, boyun, omuz, kol, sırt, bel, göğüs, karın ve bacak kaslarınızın gevşemiş, dinlenmiş olup-olmadığını kontrol edin. Bir süre hayalinizi devam ettirin ve kaslarınızı dinlendirin. Artık dinlenmiş ve sakinsiniz. Hazır olduğunuzda üçten bire doğru sayın ve doğrulup gözlerinizi açın.

Bu uygulamayı yaparken sakin ve sevdiğiniz bir müzik eşliğinde yapabilirsiniz. Kendinize verdiğiniz telkinlere odaklanarak derinlemesine gevşemeyi gerçekleştirebilirsiniz. Gevşemiş durumda 10-15 dakika kadar kaldıktan sonra normal aktivite düzeyinize dönebilirsiniz.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İNTERSTİSYEL SİSTİT/AĞRILI MESANE SENDROMU OLAN KADINLARDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİYLE VERİLEN DANIŞMANLIK ve EĞİTİMİN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL SAĞLIĞA ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%20	%18	%7	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%7
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
5	OZAN DURGUN, Yeter and OKUMUŞ, Hülya. "Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı", Atatürk Üniversitesi, 2013. Yayın	%1
6	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Fatma SOYLU ÇAKMAK

EK-14 Etik Kurul İzin Yazısı

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Fatma SOYLU ÇAKMAK

EK-16 Kurum İzni Yazısı

ÖZGEÇMİŞ