



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MULTİPLE SKLEROZLU KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZGÜL YAŞAR SOYAL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MULTİPLE SKLEROZLU KADINLARDA ÜRİNER
İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZGÜL YAŞAR SOYAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

SİVAS-2019

“Multiple Sklerozlu Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Nesrin NURAL



Üye(Danışman)

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU



Üye

Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN



ONAY

Bu tez çalışması 23.05.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Sayın Mukadder MOLLAOĞLU'na,

Tezin istatistiksel yorumuna katkı veren Yrd. Doç. Dr. Sayın Ziyet ÇINAR'a,

Bu zorlu süreçte yanımda olarak bana güç veren, desteğini esirgemeyen çok değerli çalışma arkadaşım Gülgün SEVİMLİGÜL'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bu süreci benimle birlikte yaşayan MS' li kadın hastalara,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresinde desteğini hep yanımda hissettiğim eşim Erdal SOYAL'a, oğlum Kerem Efe'ye ve canım aileme teşekkür ederim...

ÖZET

MULTİPLE SKLEROZLU KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANSIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Özgül YAŞAR SOYAL

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2019, 111 sayfa

Bu araştırma; MS'li kadın hastalarda görülen üriner inkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde ayakta tedavi gören üriner inkontinans sorunu olan 100 kadın MS hastası üzerinde yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında Multiple Skleroz Hasta Bilgi Formu (MSHBF), İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (22.0) programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistiklerin (frekans, yüzde, minimum, maksimum, ortalama, standart sapma) yanı sıra t student testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan MS'li kadınların yaş ortalaması 37.85±11.29 olarak bulunmuştur. Üriner İnkontinans tipleri olarak %50.0 sıkışma, %42.0 stres ve %8.0'nın da miks tip inkontinans yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların sadece %25.0'nın bu sorunu nedeniyle tedavi aldıkları ve %33'üne üriner inkontinans tedavisine yönelik eğitim verildiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan MS'li kadınların İŞİ ortalaması 3.80±3.69 olarak tespit edilmiştir. Şiddet indeksinin 3-6 puan arasında olması hastalarda genel olarak orta şiddete sahip bir üriner inkontinans sorunu olduğunu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan MS'li kadınların; İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği alt gruplarından; Davranışların Sınırlandırılması alt boyutu ortalaması 65.4 ± 24.4 ; Psikososyal Etkilenme boyutu ortalaması 79.0 ± 22.5 ; Sosyal İzolasyon alt boyutu ortalaması 72.2 ± 25.1 , İYKÖ toplam puan ortalaması 72.7 ± 22.9 olduğu belirlenmiştir. İnkontinans yaşam kalitesi algısının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır.

MS'li kadınların İnkontinans Şiddet İndeksi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları ile İnkontinans Şiddet İndeksi arasında negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak MS'li kadınlarda üriner inkontinans görülme oranı yüksek, yaşam kalitesi düşük ve üriner inkontinans şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda MS'li kadınlarla çalışan hemşireler, hastayı bir bütün olarak ele almalı, tüm günlük yaşam aktivitelerini ve genellikle göz ardı edilen üriner inkontinans bulgularını sorgulamalı, bu bulgu ile ilgili sorunları tanılamalı, sorunlara yönelik uygun hemşirelik sürecini, rehabilitasyonu başlatmalı ve değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Multiple Skleroz, Yaşam Kalitesi, Üriner İnkontinans

ABSTRACT

THE EFFECT OF URINARY INCONTINENCE ON LIFE QUALITY IN WOMEN WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Özgül YAŞAR SOYAL

Master Thesis

Department of Internal Diseases Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2019, 111 pages

This research; The aim of this study was to investigate the relationship between the severity of urinary incontinence and quality of life in women with MS.

This study was carried out on 100 female patients with MS who had urinary incontinence in outpatient clinic of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital Neurology Clinic.

Multiple Sclerosis Patient Information Form (MSHBF), Incontinence Severity Index (ISI), Incontinence Quality of Life Scale were used to collect the data. SPSS (22.0) program was used in the evaluation of data, descriptive statistics (frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation) as well as t student test, one-way analysis of variance (ANOVA) and pearson correlation test were applied.

The mean age of the women with MS was 37.85 ± 11.29 . The urinary incontinence rates were as follows: 50.0% compression, 42.0% stress and 0.0% mixed type incontinence. It was determined that only 25.0% of the patients were treated for this problem and 33% of them were given training for urinary incontinence treatment.

The average of women with MS was 3.80 ± 3.69 ; as determined. It was determined that there was a moderate severity of urinary incontinence in the patients with a severity index between 3-6 points.

Women with MS; Incontinence Quality of Life Scale subgroups; The limitation of Behaviors was 65.4 ± 24.4 ; The mean dimension of Psychosocial Impact was 79.0 ± 22.5 ; The mean value of social isolation subscale was 72.2 ± 25.1 and the mean total score was 72.7 ± 22.9 . It was found that the perception of incontinence quality of life was above average.

When the correlations between Incontinence Severity Index and Incontinence Quality of Life of women with MS were examined, it was determined that there was a negative correlation between Behavioral Limitation, Psychosocial Impression and Social Isolation subscales and Incontinence Severity Index.

In conclusion, the incidence of urinary incontinence in women with MS, high quality of life and the quality of urinary incontinence were found to be statistically significant. In line with these results, nurses working with women with MS should consider the patient as a whole, should question all activities of daily living and often ignored urinary incontinence findings, diagnose problems related to this finding, and initiate and evaluate appropriate nursing process, rehabilitation and rehabilitation.

Keywords: Multiple Sclerosis, Quality of Life, Urinary Incontinence

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar	xiii
ŞEKİLLER.....	xiv
KISALTMALAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Multiple Skleroz.....	4
2.1.1. Multiple Skleroz Tanımı	4
2.1.2. Multiple Skleroz Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Multiple Skleroz Bulguları.....	5
2.1.4. Multiple Skleroz Sınıflandırılması	7
2.1.4.1. Relapsing Remitting Multiple Skleroz (RRMS)	7
2.1.4.2. Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS)	8
2.1.4.3. Progresif Relapsing Multiple Skleroz (PRMS)	8
2.1.4.4. Primer Progresif Multiple Skleroz (PRMS)	8
2.1.4.5. Benign Multiple Skleroz	8
2.1.4.6. Marburg Varyantı	9
2.1.5. Multiple Skleroz Etiyolojisi	9
2.1.5.1. Genetik ve Moleküler Faktörler	9
2.1.5.2. Çevresel Faktörler	9
2.1.5.3. Kronik Serebrospinal Venöz Yetmezlik.....	10
2.1.5.4. Viral Enfeksiyon.....	10
2.1.5.5. Vitamin D Düzeyi	10
2.1.5.6. Hepatit B Aşısı	11
2.1.6. Multiple Skleroz Fiziopatolojisi	11
2.1.7. Multiple Sklerozda Tanı.....	12
2.1.8. Multiple Sklerozda Tedavi	14

2.2. Üriner İnkontinans Kavramı	16
2.2.1. Kontinans Mekanizması	16
2.2.2. Üriner İnkontinans	18
2.2.3. Üriner İnkontinans Tipleri	19
2.2.3.1. Stres Üriner İnkontinans	19
2.2.3.2. Sıkışma Üriner İnkontinans	19
2.2.3.3. Miks Üriner İnkontinans	20
2.2.4. Üriner İnkontinansın Belirti ve Bulguları	20
2.2.5. MS Hastalarında Üriner İnkontinans	21
2.2.6. Üriner İnkontinansın Korunması	23
2.2.7. Üriner İnkontinansın Tedavisi	24
2.2.7.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri	25
2.2.7.1.1. Mesane Yönetimi	25
2.2.7.1.2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri	25
2.2.7.1.3. Tutumsal Yaşam Tarzı Değişiklikleri	26
2.2.7.1.4. Elektriksel Stimülasyon	27
2.2.7.1.5. Biofeedback	27
2.2.7.1.6. Vajinal Konlar	27
2.2.7.1.7. Dijital Palpasyon	27
2.2.7.2. Farmakolojik Tedavi	27
2.2.7.3. Cerrahi Tedavi	28
2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı	29
2.4. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	29
2.4.1. Davranışsal Etki	29
2.4.2. Psikososyal Etkilenme	30
2.4.3. Sosyal İzolasyon	31
2.5. MS Hastalarında Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi	32
2.6. Multiple Sklerozun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Hemşirelik Bakımı	33
2.7. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Hemşirelik Bakımı	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Araştırmaya Alınacak Hasta Kriterleri	37
3.5. Araştırmanın Etik ve yasal Boyutu	36
3.6. Veri Toplama Araçları	37
3.6.1. MS Hasta Bilgi Formu	38

3.6.2. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ).....	38
3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ).....	39
3.7. Verilerin Toplanması ve Uygulanması	39
3.8. İstatistiksel Analiz.....	38
4. BULGULAR.....	39
4.1. MS’li Kadınlarda Demografik Özellikleri Dağılımı	39
4.2. MS’li Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı	43
4.3. MS’li kadınlarda Üriner İnkontinans Durumunun Değerlendirilmesi	42
4.4. İnkontinans Şiddet İndeksine Yönelik Bulgular	42
4.5. MS’li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi.....	43
4.6. Yaş ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkontinans Şiddet İndeksi.....	44
4.7. MS’li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi... ..	45
4.8. Üriner İnkontinans Durumu ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi.....	46
4.9. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğine Yönelik Bulgular	47
4.10. MS’li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi	50
4.11. Yaş ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği .	50
4.12. MS’li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi.....	51
4.13. Üriner İnkontinans Durumu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi.....	53
4.14. İnkontinans Şiddet İndeksi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi Pearson Korelasyon Testi	54
5. TARTIŞMA.....	57
5.1. MS’li Kadın Hastaların Üriner İnkontinans Durumu ve Şiddeti	57
5.2. MS’li Kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi	61
5.3. MS’li Kadınların İnkontinans Şiddet İndeksi ve Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi İlişkisi	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
6.1. Sonuçlar	67
6.2. Öneriler	71
7. KAYNAKLAR	70
EKLER	89
Ek-1. Hasta Bilgi Formu	89
Ek-2. İnkontinans Şiddet İndeksi(İŞİ).....	91
Ek-3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)	92

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	93
İZİNLER.....	94
Ek-5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu	94
Ek-6. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	95
Ek-7. Ölçek İzin Yazışmaları.....	97
ÖZGEÇMİŞ	98



TABLULAR

Sayfa No

Tablo 2.1. İnkotins ile Anamnez Tiplerinin Ayrıştırılması.....	21
Tablo 4.1. MS'li Kadınlarda Demografik Özellikleri Dağılımı	39
Tablo 4.2. MS'li Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı	41
Tablo 4.3. MS'li kadınlarda Üriner İnkotins Durumunun Değerlendirilmesi	42
Tablo 4.4. İnkotins Şiddet İndeksine Yönelik Bulgular.....	42
Tablo 4.5. MS'li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkotins Şiddet İndeksi İlişkisi	43
Tablo 4.6. Yaşa ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkotins Şiddet İndeksi.....	44
Tablo 4.7. MS'li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkotins Şiddet İndeksi İlişkisi... ..	45
Tablo 4.8. Üriner İnkotins Durumu ve İnkotins Şiddet İndeksi İlişkisi	46
Tablo 4.9. İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeğine Yönelik Bulgular	47
Tablo 4.10. MS'li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi	50
Tablo 4.11. Yaşa ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeği .	50
Tablo 4.12. MS'li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi	51
Tablo 4.13. Üriner İnkotins Durumu ve İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi	53
Tablo 4.14. İnkotins Şiddet İndeksi ve İnkotins Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi Pearson Korelasyon Testi.....	54

ŞEKİLLER

Sayfa No

- Şekil 2.1. İdrarın Depolanmasının Fizyolojisi**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
- Şekil 2.2. İşeme Fazı Süreci.....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
- Şekil 2.3. Üretranın Anatomisi (A: Çaprazdan Üretra, B: Mesane Boyuna Göre
Üretra).....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**



KISALTMALAR

ACTH	Adrenokortikosteroid Hormon
BOS	Beyin Omurilik Sıvında
CDMS	Klinik Açıdan Kesin Multiple Skleroz
EBV	Epstein-Barr
IgG	İmmünglobulin G
İŞİ	İnkontinans Şiddet İndeksi
İYKÖ	İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği
LSDMS	Laboratuvar Destekli Kesin Multiple Skleroz
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MRS	Manyetik Rezonans Spektroskopi
MS	Multiple Skleroz
PRMS	Primer Progresif Multiple Skleroz
RRMS	Relapsing Remitting Multiple Skleroz
SPMS	Sekonder Progresif Multiple Skleroz

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Merkezi sinir sistemindeki inflamasyon ve demiyelinizasyon süreçlerine bağlı aksonal hasar ile karakterize olan Multipl Skleroz (MS); kronik, ilerleyici, bireyin fiziksel, emosyonel, sosyal ve bilişsel işlevlerinde önemli sınırlılıklara neden olan bir hastalıktır (Etemadifar ve ark., 2006). MS’de merkezi sinir sistemi demiyelinizasyonu, birçok semptomun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu semptomlar arasında mesane problemleri önemli bir yer tutmaktadır (Yahia ve ark., 2011). MS tanısı alan hastaların büyük bir kısmında, mesanenin duyuşal, motor ve sfinkter fonksiyonları etkilenmekte ve sıklıkla ani idrara çıkma, sık idrara çıkma ve üriner inkontinans görülmektedir. Belirtilen bu problemler hastaların yaşamlarının herhangi bir döneminde görülmekte ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Duffany ve ark., 2011). Kronik bir hastalık olan Multipl Skleroz (MS); özellikle genç yaşta bireyleri etkileyen, bireylerde fonksiyonel işlevlerde azalma ya da değişimin yanı sıra psikolojik, sosyoekonomik sorunlara neden olarak yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileyen ilerleyici bir hastalıktır (Mollaoğlu ve ark., 2006; Smeltzer ve ark., 2007; Atagün ve ark., 2011; Duffany ve ark., 2011). Dünyada, MS’in görölme oranı Avrupa, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda’da yüksek (50-100/ 100 000); uzak doğu, Asya, Afrika ve Güney Amerika’da ise düşüktür (<5/100 000). Türkiye’ye komşu ülkelerde MS’in görölme oranı; Yunanistan’da 38.9/100 000, Bulgaristan’da 39.3/100 000 ve İran’da bu oran 35.4/100 000’dir (Georgiev ve ark., 1994; Milanov ve ark., 1997-1999; Piperidou ve ark., 2003; Etemadifar ve ark., 2006). İstanbul’un Maltepe ilçesinde yapılan çalışma sonucuna göre MS görölme oranı 101.4/100 000 olarak saptanmıştır (Türk Börü ve ark., 2006). Edirne bölgesinde yapılan çalışma sonucuna göre MS görölme sıklığı, 33.9/100 000 olarak belirlenmiştir (Çelik ve ark., 2011). Bu çalışmaların dışında Türkiye’deki görölme oranını belirleyecek kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun (TUİK) verilerine göre MS nedeni ile ölenlerin sayısı 2010 yılında 120, 2011 yılında 121, 2012 yılında 140, 2013 yılında 151, 2014 yılında 134’tür (TUİK 2015). Multipl Skleroz, 20-40 yaş aralığında ve kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir. Multiple Skleroz’da ölüm oranının az olmasına rağmen genç yaşta ortaya çıkması, üretken

yaştaki nüfusu etkilemesi, uzun süreli olması, hastalığının ilerlemesi ve özürölülüğe yol açması, bireylerin öz bakım ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi hastalığa verilen önemi daha da artırmaktadır (Mirza, 2002; Turner ve ark., 2009; Zwibel, 2009; Koçer ve ark., 2011; Yahia ve ark., 2011).

MS'de merkezi sinir sistemi demiyelinizasyonu, bir çok belirti ve bulgunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu belirti ve bulgular arasında; yorgunluk, seksüel sorunlar, bağırsak ve idrar sorunları, görme sorunları, bilişsel sorunlar, yürüme bozuklukları, ağrı, depresyon, uyusukluk, spastisite, konuşma ve yutma güçlüğü yer almaktadır (Gündüz ve ark., 2006). MS'te, hastalık süreci ve şiddeti öngörülememekte ve aktivite kısıtlılıkları, fiziksel yetersizlik düzeyleri, hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir (Buchanan ve ark., 2010; Kapucu ve ark., 2011).

MS, bireyin tıbbi durumunu ve sosyal durumunu önemli ölçüde etkilemektedir. MS tanısı alan hastaların büyük bir kısmında, yaşamlarının herhangi bir döneminde alt üriner sistem sorunları ve seksüel sorunlar görülmektedir (Turner ve ark., 2009). Beyaz cevherde görülen plaklar mesane fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır. Mesanenin duyuşsal, motor ve sfinkter fonksiyonları etkilenmekte ve sıklıkla ani idrara çıkma, sık idrara çıkma ve idrar kaçırma görülmektedir (Gündüz ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda MS'li hastalarda üriner inkontinans sıklığı %52 – 97 oranında olduğu bildirilirken, hastaların %5'inde ilk belirti olarak ortaya çıkmakta ve hastalık ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (Gulick, 2011; Hasio ve ark., 2012). Üriner inkontinans kişinin; sosyal, mesleki ve seksüel yaşamını olumsuz etkilemektedir (Bonniaud ve ark., 2008; Gulick, 2011; Moore ve ark., 2011; Hasio ve ark., 2012). Gündüz ve ark. (2006) yaptığı çalışmada hastaların çoğunda üriner sorunlar olduğu belirlenmiştir. Tarhan ve ark. (2007) vaka ve kontrol grubu kullanarak yaptığı çalışmada üriner inkontinansın yüksek olduğu hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastalığın süresi ve özürölülük durumunun da üriner sorunlar üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Gündüz ve ark. (2006) 30 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %77'sinde sık idrara gitme ve sıkışma, %60'ında da idrar kaçırma sorunu olduğu saptanmıştır. Mesane fonksiyon bozukluğu, hastanın yaşam kalitesini ve sosyal aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (Nortvedt ve ark., 2007; Patil ve ark., 2012). Yapılan başka bir çalışmada da spastisite ile hijyen, rahatlık, yürüyüş, güvenlik, bağırsak ve mesane fonksiyonları arasında da ilişki elde edilmiş, idrar yolları enfeksiyonu ya da kabızlık spastisitenin artmasına neden olduğu belirlenmiştir

(Walton, 2010). Murphy ve ark. (2012) 143 kadın hasta ile yaptığı çalışmada, kadınların %55.9'unun strese bağlı idrar inkontinansı yaşadıkları ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (Murphy ve ark., 2012).

Bu araştırma ile MS'li kadınlarda sık karşılaşılan üriner inkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi, çıkacak sonuçların MS'li hastalarla çalışan hemşirelere yol göstermesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. MS'li kadınlarda ortaya çıkan çeşitli sıkıntıların önlenmesinde ve hastaların günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesinde, hemşireler önemli roller üstlenmektedir (Tülek, 2016). Hemşirelerin özellikle üriner inkontinans yaşayan hastalarda, inkontinansın değerlendirilmesi, hastalığın ilerlemesini önlenmesi ve hastalık sürecinde etkin olarak görev alma sorumlulukları söz konusudur (Kaplan ve Demirci, 2010). Hemşireler yüklendikleri eğitici rolle birlikte üriner inkontinansın tedavi edilmesinde ve önlenmesinde eğitim verme görevini yüklenir ve böylelikle sağlığın geliştirilmesinde görev yapabilirler (Şen, 2011).

Yaş, genetik yatkınlık, kronik rahatsızlık gibi etmenlere bağlı olarak ortaya çıkan üriner inkontinansın korunabilmek için hayat tarzında değişiklikler yapılmalı ve pelvik taban kasları güçlendirilmelidir. Pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi ve hayat tarzında yapabilecek değişikliklere ilişkin olarak hemşireler hastalara eğitim verebilirler (Abalı ve Şahin, 2010).

Yukardaki bilgiler ışığında; MS'in yaygın semptomu olan üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesi ile hastalık üzerindeki kontrolün geliştirileceği, bakımda daha etkin hedeflerin belirleneceği ve böylece bireyin yaşam kalitesinin de artırılabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Multiple sklerozlu hastalarda üriner inkontinans hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sorunlardan birisidir. Hastalığın erken döneminden itibaren gelişen kas güçsüzlüğü, yürüyüş bozukluğu üriner inkontinansda önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmanın amacı; MS'li kadın hastalarda üriner inkontinans şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multiple Skleroz

2.1.1. Multiple Skleroz Tanımı

Multiple skleroz (MS), genç ve orta yaş yetişkinlerinde sıkça rastlanan, ağırlaşarak devam eden, spinal kordun beyaz cevheri ile beyni etkileyen Santral Sinir Sisteminin yayılan demiyelinizasyonu ile devam eden bir nörolojik rahatsızlık olarak belirtilmektedir (Khan ve ark., 2011). Bu rahatsızlık erkeklere kıyasla kadınlarda 2 kat fazla rastlanmaktadır. Multiple sklerozun görülme yaşlarının 20 ile 40 arasında olduğu belirtilmektedir (Akdemir ve Birol, 2011; Berto ve ark., 2011).

Sebebi tam olarak tespit edilemeyen bu hastalık Santral Sinir Sistemi içinde miyelin kılıfların zarar görmesiyle ifade edilmektedir (Costello ve ark., 2003). Miyelin kılıfta ortaya çıkan kısmi ya da tam dejenerasyon, kendini Santral Sinir Sistemi kapsamında miyelin kılıfta ortaya çıkan plaklar veya lezyonlarla ortaya koymaktadır (Chang ve ark., 2011). Söz konusu lezyonlar ve plaklar; omurilik, optik sinir, beyincik, beyin, periventriküler beyaz madde ve serebrum beyaz cevherde yer almaktadır. Miyelin kaybıyla birlikte Santral Sinir Sistemindeki elektriksel iletim verimliliği azalmaktadır. Bu durum ise motor fonksiyonlarda, bilişsel ve duyuşsal işlevlerde bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte bazı aksonlarda ortaya çıkan hasarlar iyileşmesi olası olmayan sinirsel bozuklukların sebebi olarak ifade edilmektedir (Khan ve ark., 2011).

İlk defa Multiple skleroz tanımı 1822 yılında İngiliz bir soylunun günlüğünde yapılmıştır. İlerleyen süreçte Fransız Dr. Jean Cruveilhier yapmış olduğu bir otopside skleroz adacıklarından bahsetmiştir. Günümüzdeki patolojik ve klinik nitelikleriyle ilk defa Jean-Martin Charcot tarafından 1868 senesinde tanımlanmıştır. Yapmış olduğu otopsilerinde sertleşen plaka alanlarının olduğunu belirtmiş ve plaklarda doku sertleşmesi isimlendirmiştir (İdiman, 2002: 161).

2.1.2. Multiple Skleroz Epidemiyolojisi

Multiple skleroz hastalığının çoğunlukla 20 ile 40 yaş arasında başladığı ifade edilmektedir. Bu rahatsızlığın görülme olasılığı bulunan coğrafi bölgeye göre farklılık göstermektedir. Bu sebepten dolayı dünyanın tüm bölgelerinde eşit sıklıkla görülmemektedir. Dünyada en çok bu hastalığın görüldüğü bölgeler; Kuzey Amerika,

İsrail, Yeni Zenlanda, Kanada, Avustralya'nın güneyi ve orta ile Kuzey Avrupa'dır. Bu bölgelerde prevalansın 100/100.000 yüksek olduğu belirtilmektedir (Eraksoy ve Akman, 2004). İkincil olarak tehlike arz eden bölgeler ise; Avustralya'nın kuzeyi, Güney Afrika (Beyazlar), Güney Amerika, Güney Akdeniz bölgesi ve Avrupa'nın güneyidir. Bu bölgelerde ise prevalansın 5 ile 29/ 100.000 olduğu söylenmektedir. Bu hastalığın en az görüldüğü bölgeler ise Meksika, Asya ve Afrika'nın kalan bölgeleridir. Bu bölgelerde prevalansın 5/100.000'den düşük olduğu belirtilmektedir (Poser ve Brinar, 2004). MS'in soğuk iklim hastalığı olduğu bu yüzden ekvatorun uzaklaştıkça insidansın artış gösterdiği söylenmektedir (Cicarelli ve ark., 2006). Irklar açısından değerlendirildiğinde sarı ile siyah ırkla kıyaslandığında MS'in beyaz ırkta daha çok görüldüğü belirlenmiştir (WHO, 2008). Bununla beraber MS erkeklere kıyasla kadınlarda 2 kat fazla görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2011). MS'de mortaliteden fazla morbiditenin ortaya çıktığı ve bu sebeple hastalarda kaygının ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Öz, 2001).

Multiple sklerozda 15 yaşın altındaki göç durumlarında prevalansın göçün gerçekleştiği coğrafi bölgeye uyum sağladığı, 15 yaşın üstündeki göçlerde ise prevalansın arkada bırakılan ülkenin veya coğrafi bölgenin özellikleriyle uyum gösterdiği belirtilmektedir (Eraksoy ve ark., 2013).

2.1.3. Multiple Skleroz Bulguları

MS'in sebep olduğu lezyonların büyüklüklerine, sıklıklarına ve buldukları bölgelere göre ortaya çıkabilen bulgular farklılık gösterebilmektedir (Akkuş, 2008). En çok rastlanan bulgular ağrı, görme bozuklukları, motor bozukluklar, serebellar bulgular, spastisite, duyuşal bozukluklar, görme bozuklukları, koordinasyon bozukluğu, kognitif yetersizlikler, seksüel disfonksiyon, barsak ve mesane sorunları gibi belirtileri kapsamaktadır (Argyriou ve ark., 2011).

MS'de ortaya çıkan bulguların genel olarak şu sınıflandırmalar altında ele alınması mümkündür:

- **Motor Bozukluklar:** MS'li hastaların %32 ile %41'i arasında ilk belirtiler içerisinde motor tutulumlar bulunmaktadır. Söz konusu tutulumlar genel olarak alt ekstremitelerde kendini hissettirmektedir. Patolojik refleksler ile derin tendon reflekslerinde artış gözlemlenebilmektedir. Refleks spazmlar, spastisite, çabuk yorulma ve koordinasyon bozukluğu diğer motor bulgulardır. Spastisite alt motor nöron bozuklukları sonucunda

ortaya çıkmaktadır. Alt ekstremitelerde kas tönüsü artışı bazı zamanlar ağrılı kramplar biçiminde ortaya çıkabilmektedir. Spastisite ile beraber yorgunluk gözlemlenebilmekte bu iki bulgu sürekli veya geçici olabilmektedir (Er, 2010).

- Görme Sorunları: MS'de ani görme kayıpları, iki veya tek tarafta görmeye azalma, görme bozukluğu, göz küresinde ağrı, çift görme gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Çok az da olsa sürekli veya geçici kırmızı-yeşil türde renk körlüğüne de rastlanılabilmektedir. Pupil değişikliklerine sık rastlanmaktadır. Pupillada ortaya çıkan düzensizlikler; ışık refleksinin azalması ve parsiyel daralma şeklinde olabilmektedir (Argyriou ve ark., 2011).
- Serebral bulgular: Serebellar tutulum sebebiyle tremor, nistagmus, konuşma ile koordinasyon bozuklukları, ataksik yürüme gibi problemler ortaya çıkabilmektedir (Er, 2010).
- Piramidal bulgular: Piramidal yol tutulumu sebebiyle yorgunluk, hemiparezi, parezi, monoparezi, quadriporeziyle beraber spasite benzeri patolojik bulgular ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte iki taraflı yol tutulumu neticesinde disfaji, dizarti görülebilecektir (Er, 2010).
- Cinsel fonksiyon bozuklukları: ejakulasyon ve ereksiyon problemleri, libidoda azalma, genital hislerde azalma ile vajinal lubrikasyonun düşmesi görülebilmektedir (Er, 2010).
- Duyu sorunları: MS'de başlangıç belirtisi olarak, iğnelenme, parestezi ve uyuşukluk gibi duyu sorunları ortaya çıkabilmektedir. MS hastalarında genel olarak pozisyon ve vibrasyon duyusu bozuktur. Bu sebepten dolayı bu hastalarda sensorî ataksi gözlemlenebilmektedir. MS hastaları yürürken ayaklarını olması gerekenden fazla kaldırabilmektedir. Hastalar gözleri kapalı biçimde yürümekte oldukça zorlanabilmektedirler (Argyriou ve ark., 2011).
- Kognitif ve ruhsal sorunlar: MS hastalarında konsantrasyonda düşüş, öfiri, hafıza kaybı, dikkat dağınıklığı, problemlerle baş etmede zorluk ve depresyon ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın ileri aşamalarında yaygın demiyelinizasyonla birlikte açığa çıkan ataklarda koma ve stupor durumu

açığa çıkabilmektedir. Bununla birlikte hastaların %5'inde jenralize ya da fokal nöbetlere rastlanılabilmektedir (Mumenthaler ve Mottole, 2004).

- Barsak-mesane kontrol bozuklukları: Acil idrar yapma hissi, inkontinas, enürezis, idrar yapmayı başlatmada gecikme, sık idrar yapma, idrar yolu enfeksiyonları ile gece sık idrar yapma gibi durumlara sıkça rastlandığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte gaita inkontinansı ve konstipasyona da rastlanabileceği ifade edilmektedir. Bu süreçte konstipasyona sebep olan en önemli sebeplerden biri fiziksel aktivitede olan kayıplardır (Yücetaş, 2008).

MS'li hastaların %80'inden fazlası alt üriner sistem disfonksiyon belirtilerini göstermektedir. Hastalık süresi 10 yılı geçen hastaların %96'dan fazlasında ürolojik bulgulara rastlanmaktadır. Alt üriner sistem bulgularından sık idrara gitme ya da sıkışma bulgularına hastaların %31 ile %85'inde rastlanmaktadır. Bununla birlikte hastaların %37 ile %72'sinde inkontinans görülmektedir. Üriner retansiyonla beraber obstrüktif semptomlarsa hastaların %2 ile %52'sinde görülebilmektedir. MS'li hastalarda benign prostat hiperplazisi, hastalığın uzun sürmesi ya da stres inkontinans gibi farklı sebepler nedeniyle mesane bulguları iyice açığa çıkmaktadır. MS'li hastalarda destrüör sfinkter dissinerjisi bulunmaktaysa bu hastalarda üst üriner sistem bozukluğu riskinin arttığı ifade edilmektedir (Yücetaş, 2008).

2.1.4. Multiple Skleroz Sınıflandırılması

MS hastalığının seyri ve semptomlar açısından bireyden bireye farklılık gösteren türlerde açığa çıkabilmektedir.

2.1.4.1. Relapsing Remitting Multiple Skleroz (RRMS)

MS hastalığının en çok rastlanan türüdür. Hastaların %85'inde görülmektedir. Bu MS tipinde süreç nörolojik semptomlarda şiddetlenme ve düzelmeler biçiminde devam etmektedir. Süreç sırasında gelen ataklar en az 24 saat devam etmektedir. Genellikle iki atak arasında en az bir ay süre bulunmaktadır. Birçok RRMS hastasının zaman SPMS hastasına dönüştüğü ifade edilmekle beraber bu hastaların bir bölümünün RRMS atak türünde kaldıkları ifade edilmektedir (Polman ve ark., 2006).

2.1.4.2. Sekonder Progresif Multiple Skleroz (SPMS)

SPMS başlangıcından sonra yeti kaybı sürecinin ataklı ya da ataksız olabileceği ifade edilmektedir. RRMS'de SPMS'e dönüşüm sürecinin genel olarak 10 yıl sonrasında olduğu ifade edilmektedir (Barnes, 2000). RRMS'li hastaların %40'nın SPMS'ye dönüştükleri söylenmektedir. SPMS'de çoğunlukla görmede azalma söz konusu olmaktadır. Görsel işlev bozuklukları süreklilik arz etmeye başlamaktadır. SPMS hastalığının ilk fazdan ikinci faza geçtiği bir süreç olarak ele alınmaktadır. Bu sebepten dolayı bu hastaların prognozunun daha kötü olduğu ifade edilmektedir (McDonald ve Compston, 2006).

2.1.4.3. Progresif Relapsing Multiple Skleroz (PRMS)

PRMS sekonder progresif MS ile primer progresif MS örtüşmektedir. Temelde progresyon bulunmaktayken, üstüne gelen ataklar bulunmaktadır. MS'li hastaların %5 ile %28'inde PRMS'e rastlanmaktadır. MS hastalarının yarısında ilk on yıllık dönem süreç içerisinde ataklar oluşmaktayken, 20 yıl ya da üzerindeki sürelerde hastalarda ataklar gelişim göstermektedir. Süreç içerisinde ataklar neredeyse tama yakın düzelme göstermektedir. Progresyon açısından PPMS'e benzerlik göstermektedir (Birnbau, 2009).

2.1.4.4. Primer Progresif Multiple Skleroz (PRMS)

MS'li hastaların yaklaşık %10 ile %15'inde görülmektedir. Genel olarak ileri yaşta MS'li hastalarda görülen tipini ifade etmektedir. SPMS ile PRMS ile kıyaslandığında inflamasyon sürecinin daha hafif olduğu ifade edilebilecektir. Fakat progresif atrofi mobilite kayıplarına sebep olmaktadır (Türk Nöroloji Derneği, 2013).

2.1.4.5. Benign Multiple Skleroz

Bu MS tipinde hafif düzeyli ataklar bulunmaktadır. Bu atakları ise tam düzelme izlemektedir. Kalıcı hasar bırakmamakla birlikte süreç içerisinde kötüleşme de söz konusu olmamaktadır. Bu MS tipinde ilk belirtiler ayak ve ellerde ortaya çıkan uyuşmalardır. Fakat hastalığın başlamasından 10 ile 15 sene sonrasında kimi küçük sekeller bırakabilmektedirler. MS'li hastaların %10 ile %15'inde görülebilmektedir (Deniz, 2008).

2.1.4.6. Marbung Varyantı

Oldukça az rastlanan ve malign bir tür olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağır görme kayıpları, progresif bilinç kaybı, solunum yetmezliği, disfaji, hızlı yıkım ve dizarti gözlemlenmektedir. Sürecin akut dissimine ensefalomiyelitten ayrılması mümkün olmamaktadır. Hastaların büyük bölümünde remisyonlar ve akut ataklarla başlamaktadır. İlk atak sonrasında neredeyse tama yakın düzelme söz konusu olmaktadır. Ancak ilerleyen süreçte nörolojik sorunlar açığa çıkmaktadır (Karataş, 2008).

2.1.5. Multiple Skleroz Etiyolojisi

MS hastalığının kesin sebebi bilinmemektedir. Fakat hastalığı oluşturduğu veya tetiklediği düşünülen bazı genetik, çevresel faktörler ile ajanlar bulunmaktadır. Bu bölümde bu faktörlere yer verilecektir.

2.1.5.1. Genetik ve Moleküler Faktörler

Yapılan araştırmalar neticesinde tek yumurta ikizlerinde MS görülme olasılığının %25 ile %30 arasında olduğu ifade edilmektedir. Bu durum genetik etmenlerin sadece ılımlı bir etki bıraktığını ortaya koymaktadır (Nielsen ve ark., 2005). Hastalığın ağır düzeyde sürmesinde tek nükleotid polimorfizmlerin risk unsuru olduğu düşünülmektedir. MS'e eğilim yaratan tek kromozomal lokus olarak HLA-DRB1 bulunabilmiştir. Ayrıca MS yönelik olarak H1A-C*05 allelinin koruyucu olduğuyla ilgili bilgiler de bulunmaktadır (Yeo ve ark., 2007). Bu konuyla ilgili olarak kandaki T hücrelerinin yabancı bir ajana yönelik harekete geçmesinin ardından benzer içeriği olan beyin proteinlerine karşı da reaksiyon ortaya koyması bir hipotez olarak ileri sürülmektedir.

2.1.5.2. Çevresel Faktörler

MS etiyojisi açısından bulunan bölgenin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. MS hastalığı kuzey ile güney bölgelerinde kıyaslandığında ekvatoryal bölgelerde daha az görülmektedir. Çevresel faktörlerin çocukluk çağında daha fazla etkili olduğu düşünülmektedir. Kişinin ilk 15 yılını geçirmiş olduğu bölge önem arz etmektedir. Çocukluk dönemini MS görülme ihtimalinin düşük olduğu yerlerde geçiren birinin görülme ihtimalinin yüksek olduğu yerlere götürülse bile bu kişinin MS olma ihtimalinin düşük olduğu söylenmektedir (Kampman ve Brustad, 2008).

2.1.5.3. Kronik Serebrospinal Venöz Yetmezlik

Kronik Serebrospinal yetmezlikle MS arasında bir ilişkinin olduğu 2008 senesinde iddia edilmiştir. Söz konusu iddiaya göre ana ekstrakraniyal venöz akım çıkış yolu daralmakta ve kan akışı azalmaktadır. Bunun neticesinde ise serebral venöz reflü oluşmaktadır. Bunun neticesinde ise beyin parankiminde demir depolanması artmaktadır. Oluşan demir depoları MS lezyonlarının büyümesine yol açmakta beyin atrofisine sebep olmaktadır. Fakat bu iddianın gerçekliği ispatlanamamıştır (Zivadinov ve ark., 2010).

2.1.5.4. Viral Enfeksiyon

Miyelin hücrelerine reaktif olan T hücrelerinin viral bir enfeksiyonla aktif olması üzerinde durulan hipotezlerden biridir. MS sürecinde ortaya çıkan akut alevlenmelerin söz konusu enfeksiyonun bazı dönemlerde reaktivasyonuna bağlı olarak ortaya çıkacağı ifade edilmektedir (Yücetaş, 2008).

MS sürecinde Epstein-Barr (EBV) adlı virüsün etyoloji kapsamında görev üstlendiğiyle ilgili bazı bulgular bulunmaktadır. MS hastalarında ilk dönemlerde EBV'ye yönelik oluşturulan antikora rastlanmıştır. Bununla birlikte MS plaklarında EBV'nin ekspresyonu gözlenmiştir (Salvetti ve ark., 2009). Bu bulgulara rağmen bunların immün disregülasyonu sebepli olduğu ve MS'e eşlik eden sonuçlar oldukları düşünülmektedir.

2.1.5.5. Vitamin D Düzeyi

MS oluşumunda düşük D vitamininin önemli bir etken olduğu ifade edilmektedir. Özellikle Vitamin D'nin bağışıklık sisteminin verdiği tepkilerin düzenlenmesinde görevleri bulunmaktadır (Demir ve Yıldız, 2015). Bu açıdan bağışıklık sistemiyle ilgili olarak proinflamatuvar sitokinlerin üretimleri düşerken anti-inflamatuvar sitokinlerin üretimlerinde artış söz konusu olmaktadır. MS'in coğrafik insidansında, güneş ışığının yüksek enlemlerde daha az etkili olması ve bu sebeple düşük vitamin D seviyelerine maruz kalınmasının etkileri olabilecektir. Yüksek vitamin D seviyesinin serumda MS riskini düşürdüğüyle ilgili kanıtlar bulunmaktadır (Munger KL ve ark., 2006). Bu vitaminin koruyucu etkisini, güneş ışığı az almasına rağmen bu vitamin açısından zengin besinler tüketen toplumlar da görülebilmektedir (Kampman ve Brustad, 2008). Bu iddia aynı zamanda monozigotik ikizlerdeki MS sıklığındaki diskordansı ifade etmek içinde bir alt yapı oluşturmaktadır (Islam ve ark., 2007).

2.1.5.6. Hepatit B Aşısı

Hepatit B aşısının MS’de alevlenmelere veya MS’e yol açtığı iddia da edilmektedir. Fakat Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından yapılan araştırmalar neticesinde söz konusu ilişkinin bilimsel açıdan ortaya konulamadığı ifade edilmiştir (Zivadinov ve ark., 2010).

2.1.6. Multiple Skleroz Fizyopatolojisi

MS santral sinir sisteminin inflamatuvar ve demiyelizan bir rahatsızlığıdır. MS’de demiyelizan lezyonlara plak denilmektedir. Bu plaklarda endüre bölgeler takip edilmekte ve bunlar skleroz olarak ifade edilmektedir. MS hastalığı olan bireylerde spinal kord ile beyindeki demiyelinize bölgeler gözlemlendiğinde; oligodendrosit yıkımı, miyelin kayıpları, akson sapının etkilendiği ile reaktif astrohliozis olduğu görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2011).

Klinik olarak MS’li hastalarda ortaya çıkan durum lezyonların bulunduğu bölgelerle ilgili olmaktadır. Sinirsel inflamasyon düştüğünde tam olarak olmasa remiyelinizasyon gözlemlenmektedir. MS makrofajlar ile lenfositlerden meydana gelen perivenüler infiltrasyonla beraber anılmaktadır (Çamcı, 2018). Söz konusu infiltrasyon beyin sapı, spinal kordu, beyin parankimi ve optik siniri etkilemektedir. Lezyon durumunun ortaya çıkmasında öncü etkenlerden bir tanesi de kan beyin bariyerinde ortaya çıkan sorunlardır. Makrofajlar ile lenfositlerin yüzeylerinde artan adezyon molekülleri bu hücrelerin kan beyin bariyerini aşmasına sebep olan sistem olarak ifade edilmektedir (Leqoux ve Arbour, 2015).

İmmünglobulin G (IgG)’in yükselişi beyin omurilik sıvında (BOS) elektroforezde oligoklonal bant formasyonu biçiminde gözlenmektedir. Bu süreç MS hastalığında B hücrelerin aktif hale gelmesiyle beraber humoral immünitinin de etkin olduğunu açığa çıkarmaktadır (Akdemir ve Birol, 2011).

İnflamasyon sürecinin başlamasında beyaz madde plaklarında yer alan interlökin 12 (IL-12)’nin oldukça önemli görevi olduğu görülmüştür. Ayrıca erken dönemdeki lezyonlarda oldukça fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte lenfositlerde proinflamatuvar sitokinlerinin salınması kapsamında stimülasyon açısından gereken bir madde olan B7-1’in de MS’in ilk lezyonların oldukça fazla olduğu ifade edilmektedir (Windhagen ve ark., 1995).

MS inflamasyonu kapsamında bazı hücreler suçlanmaktadır. Bu hücrelerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Huan ve ark., 2005):

- T hücrelerinin immün regülasyon bozuklukları,
- Dendritik hücreler,
- Th17,
- Mikrogliya,
- B lenfositler,
- Doğal katil hücreler (NK).

2.1.7. Multiple Sklerozda Tanı

MS hastalığının tanısının konulmasında bazı yardımcı testler ve klinik bulgulardan yararlanılmaktadır. Özellikle hastalığın tanısında MRG'ye ve klinik bulgulara dayanan McDonald kriterlerinden yararlanılmaktadır.

MS hastalığının tanısında kullanılan yöntemler şu şekilde sıralanmaktadır (Stankiewicz ve ark., 2011):

1. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): MS tanısında beyin MRG'si en önemli inceleme olarak ifade edilmektedir. MS'li hastaların %85 ile %95'nin beyin MRG'sinde patolojik bulgulara rastlanmaktadır. Sinir dokuları arasındaki lezyonların dağılımları bu sayede değerlendirilebilmektedir.
2. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) incelemesi: Ig G yükselme ile T supresor lenfositlerinde düşüş gözlemlenmektedir. Fakat bu değişimler yalnızca MS'e has olmamaktadır. Farklı bakterial veya viral rahatsızlıklarda da gözlemlenebilmektedir.
3. Bilgisayarlı Tomografi: Büyük çaptaki lezyonlar açısından uygunluk göstermektedir. Bu tanı yöntemi küçük boyuttaki lezyonları belirlemeyebilmektedir.
4. Manyetik Rezonans Spektroskopi (MRS): MS hastalarının lezyonlarını kapsayabilen ak maddesinde ortaya çıkan biyokimyasal farklılıkları tespit etmekte kullanılmaktadır. Bu açıdan beyin dokusu metabolitleri incelenmektedir.
5. Myelografi: MS spinal kordu kapsadığında kullanılabilir.
6. Uyarılmış potansiyeller: Maliyeti düşük, uygulanabilen, kolay bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Somatosensoriyel, görsel ve duysal uyarılmış potansiyellerle lezyonların varlıkları belirlenebilmektedir.

Uyarılan potansiyellerse duyu boyunda ileti hızının ve patolojinin konumunun ölçülmesinde yarar sağlamaktadır. İlaveten yavaşlatılan sinir iletimi demyelinizasyonunu ortaya koymaktadır. Radyoloji de ortaya konulamayan sessiz plakların varlığını ortaya koyabilmektedir (Çamcı, 2018).

7. Kan testi: Akut alevlenme süreçlerinde kan lenfositlerinde B ve T hücrelerinin dağılımlarında birtakım değişiklikler ifade edilmektedir. Aktif hale geçen T hücrelerindeki yükselme ile T supresor lenfositlerinde azalan immün aktivesi belirlenebilecektir (Avcı, 2006).
8. Schumacher Kriteri: Söz konusu kriter klinik olarak net ve kesin olan MS tanımlaması yapmaktadır. Bu kriterlerden birincisi 10 ile 50 yaş grubunda olan hastalarda beyaz cevher lezyonunu ortaya koyan bulgulara rastlanmasıdır. İkinci kriter nörolojik muayene sırasında nesnel bulgulara rastlanmasıdır. Üçüncü kriter, en az iki adet olmak şartıyla işlevsel önem arz eden semptomlar ortaya koyan ve her biri 24 saatten fazla devam eden, en az 1 ay arayla gözlemlenen ve remisyonun zorunlu olmadığı atakların var olması ya da en az 6 aya kadar süren aynı dissemine paternin yavaş ile progresif ilerleyişin var olmasıdır. Dördüncü kriter, tecrübeli bir doktor tarafından tanının konmasıdır. Beşinci kriter ise makul bir farklı açıklamanın olmamasıdır (Yücetaş, 2008).
9. Poser Kriterleri: ilk başlarda araştırma protokolleri kapsamında ele alınmıştır. Daha sonra tanı kriteri olarak kullanılmaya başlamıştır. Klinik bakımdan değerlendirildiğinde laboratuvar destekli kesin MS (LSDMS) klinik açıdan kesin MS (CDMS) tanısı için gerekli kriterleri kapsamaktadır. Bahsi geçen iki atak ve klinik kanıtı olan iki ayrı lezyonun var olması veya kliniksel kanıtı olan bir lezyon ile ayrı bir lezyonun kanıtın bulunması CDMS olarak ifade edilmektedir. Ortaya çıkan atakların santral sinir sisteminin farklı bölgelerini tutmalı, ataklar arasında en az 1 ay süre olmalıdır. Bu atakların en az 24 saat devam etmesi gerekmektedir. Ateş görülmesi durumunda semptomlarda artış olması mümkündür. Bu sebepten dolayı ataklarda ateş varlığı tespit edilmelidir (Yücetaş, 2008).

10. Paty Kriterleri: MS tanısında Manyetik Rezonans Görüntüleme oldukça önemlidir. Fakat MS açısından belirlenen bazı MRG kriterlerine de uyulması önemlidir. Söz konusu kriterleri farkına varmak ve bunları uygulamak hataların önlenmesi açısından önemlidir. Paty kriterleri, University of Columbia MRG destekli MS tanısı kapsamında kullanılmaktadır. MS tanısı koyulmasına destek sağlayan semptomlar; dört tane beyaz cevher lezyonu veya biri periventriküler yerleşim gösteren üç tane beyaz cevher lezyonu ve çapları 3 milimetreden büyük olan beyaz cevher lezyonlardır. MS tanısı açısından spesifik semptomlar ise; çapları 6 milimetreden büyük olan lezyonların var olması, lezyonun uzun aksına ait ovoid biçimin lateral ventrikül tabanına dik açıyla yerleşmiş olması veya infratentorial ya/ya da korpus kallozum boyunca yerleşim gösteren lezyonun var olmasıdır (Yücetaş, 2008).
11. Mc Donalds Kriterleri: MS'in farklı yerleşim ve zaman dağılımları göz önünde bulundurulmak şartıyla MRG'da; T2 kesitlerinde en az 9 tane hiperintens lezyon, kontrast tutan bir lezyon, korteks komşuluğunda bir lezyon, infratentoriyel bir lezyon olmak üzere en düşük üç tane periventriküler lezyon olarak ifade edilebilecektir (Yücetaş, 2008).

2.1.8. Multiple Sklerozda Tedavi

Multiple Sklerozda kesin bir tedavi bulunmamaktadır. Fakat tedavi süreci semptomların geçirilmesine yönelik yapılmaktadır. MS tedavisinde multidisipliner bir süreç izlenmektedir. Bu açıdan bu süreç içerisinde hemşire, nörolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, nörolog, fizyoterapist gibi uzmanlar bulunmaktadır. Multiple Sklerozun bakteriyel veya viral bir enfeksiyondan sonra ortaya çıktığına dair çalışmalar bulunduğu için tedavi sürecinde bu enfeksiyonların ortadan kaldırılmasıyla ilgili tavsiyelerde bulunmaktadır (Tuncay, 2013).

Süreçte ilaç tedavisinin amacı, nökslerin sıklığının ve şiddetinin azaltılması, sinirsel fonksiyonların iyileştirilmesi, sürecin ilerlemesinin yavaşlatılması ya da azaltılmasıdır. Bu bakımdan ilaç tedavisi atakların hafif geçmesini sağlamakta ve atak sayısını azaltmaktadır (Akdemir ve Birol, 2011).

İmmün Sisteme Düzenleyen İlaçlar

Multiple Sklerozda hastaların relapslarının tedavi edilmesinde interferon betadan yararlanılmaktadır. Bu ilaçlar ilk ve ikinci ataklardan sonra kullanılması halinde

relapsların sıklıkları düşmektedir. Bu ilaç beta miyeline saldırılara engel olmakta ve miyeline zarar veren T hücrelerinin kan beyin bariyerinden geçmesine izin vermemektedir. İnterferonun Avonex ve Betaseron adlı iki çeşidi bulunmaktadır. Özellikle relapsing remitting MS hastalarında betaseron kullanılmaktadır. Bu hastalarda betainterferonun atak sayısının azaltılmasında istatistiksel anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür (Khan ve ark., 2011). Glatiramer asetat (Capaxone) miyelin kaybının önlenmesi adına kullanılan diğer bir ilaçtır. Miyelin kaybının yavaşlattığı için bu ilaç hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaktadır. Genel olarak bu ilaçların yan etkileri karaciğer enzimlerini artırmaları ve lökosit sayısını azaltmalarıdır. Bununla birlikte konfüzyon, kaygı ve depresyon gibi ruhsal sorunlara neden olarak intihar olasılığını artırmaktadırlar. Bazı kadınlarda da menstrual problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bunlar dışındaki yan etkilerse enjeksiyon bölgesi kapsamında, aşırı duyarlılık, ağrı, grip ve inflamasyondur (Tuncay, 2013).

Adrenokortikostreoid Tedavi

Prednisone (Orasone, Deltason, Mertikorten), adrenokortikosteroid hormon (ACTH) ve Methylprednisone (Solu-medron, medron) gibi ilaçlar kullanılmaktadır. ACTH ile kortikosteroidler sinir iletimlerinin iyileştirilmesi için kullanılmaktadır (Özmen, 2015). Bu ilaç tipleri genel olarak akut atakların azaltılması açısından kullanılmaktadır. Akut süreçlerde steroidler 5 gün 1000 mg olarak kullanılmaktadır (Akdemir ve Birol, 2011). IV metilprednisolon ve oral prednisone en fazla kullanılanlarıdır. Yeni plak kapsamında ödemin ve inflamasyonun düşürülmesi neticesi işlevlerin hızlı geri dönüşüne neden olmaktadır. Optik nörit gelişen bireylerde fazla dozlarda IV steroid kullanımlarının belirtileri azalttığı tespit edilmiştir. Ancak bu ilaç gruplarının uzun dönemli kullanımının kansere ve enfeksiyona yakalanma riskini artırdığı belirtilmektedir (Tuncay, 2013).

İmmünosupresifler

Multiple Skleroz tedavisi sürecinde otoimmün durumunun görülmesi sebebiyle siklofosfamid, metotreksat, siklosporin, mitoksantron ve azotiopirin gibi sitotoksik immünosupresif ajanlardan yararlanılmaktadır. Söz konusu ajanların terapötik oranları oldukça fazladır. Buna rağmen bu ilaçlar genel olarak ağır süreçlerde kullanılmaktadır. İmmünosupresiflerin yan etkileri içerisinde kanser oluşumu ile kemik iliğinde baskılama gibi olgular yer almaktadır (Akdemir ve Birol, 2011).

Kas Gevşeticiler

Kaslarda ortaya çıkan spazmların sebep olduğu belirtilerin ortadan kaldırılması veya azaltılması için diazepam, baklofen, dantrolene, baklofen benzeri kas gevşeticilerden yararlanılmaktadır. Diazepam ve baklofen merkezi sinir sistemi reflekslerinin baskılanmasına neden olarak kas hareketlerinin düzenlemesine etki etmektedir (Başçı, 2016).

2.2. Üriner İnkontinans Kavramı

2.2.1. Kontinans Mekanizması

Kontinans, işemenin bilinçli olarak yapıldığı süreçlerde, idrarı mesanede tutabilme becerisi olarak ifade edilmektedir. Alt üriner sistemlerin olağan işlevlerini yapabilmesi ve kontinans denetiminin sağlanabilmesi için şunların sağlanması gerekmektedir (Kaymaz, 2017):

- Periferik ve merkezi sinir sistemleri kapsamında yer alan nöral merkezler içerisinde entegrasyon ve uyumun devam ettirilmesi,
- Pelvis taban kasları, üretra ve mesanenin fiziksel özelliklerinin iyi ve nöral aktivitenin uyumlu olması gerekmektedir.

İşeme siklusu kapsamında depolanma/dolma sürecinde mesane basıncının artmasıyla birlikte kontinans sağlanmaktadır. İdrar volümü mesanenin dolmuş fazında artış göstermesine rağmen fizyolojik şartlarda mesane içi basınç en düşük seviyede tutulmaktadır. Mesanenin sahip olduğu adaptasyon becerisi, mesane duvarında var olan kasların ve bağ dokularının elastiki nitelikleri sayesinde gerçekleşmektedir.

Kontinans sistemi kapsamında iki önemli aşama bulunmaktadır. Süreç iki aşama üzerinden yürütülmektedir. Bunlar dolmuş fazı (Dolum-Depolama) ve işeme fazıdır. (Baykuş, 2016):

Dolum Fazı (Dolum-Depolama Fazı)

Mesanede idrarın tutulması ile makul zamanlarda ve makul yerlerde dışarı atılması süreçleri üretra ile mesanenin birbirlerine zıt ancak birbirlerine adapte olmuş işlevleri sayesinde yürütülmektedir. Bir tanesinin kasılmasıyla birlikte diğeri gevşemektedir.

Ürterlerden idrar 2 ile 3 dakikada bir kez veya her 10 saniye bir tekrarlanan peristaltik hareketlerle 3 cm/sn hızla mesaneye iletilmektedir. Mesane duvarının gerilmesi, mesane içindeki basınç üreterin kapalı kalmasını temin etmekte ve böylece idrarın geri gelmesi engellenmektedir (Baykuş, 2016).

Mesanede idrarın toplanmasını daha kolay hale getiren refleksler birbirlerini tamamlamaktadırlar. Mesanede idrar miktarı 200 ml'ye erişince idrara çıkma isteği ortaya çıkmaktadır. Bu öncü uyarılar trigon kasının gerilmesi, detrusorun gerilmesi, üretradaki dış sfinkter kasların desteğiyle beraber perinede ve pelvik tabanda gerilimin artışıyla birlikte başlamaktadır. Pelvik pleksustaki sempatik baskılamayla beraber mesanenin dolum fazında parasempatik ileti durmaktadır. Mesanedeki idrar miktarı 400 ile 500 ml arasına ulaşınca, en yüksek kapasitesine yakınlaşmış olmaktadır. Fakat buna rağmen mesane içi basınç üretra içindeki basınçtan az olmaktadır. Bu süreç içerisinde ise idrara çıkma isteği giderek artış göstermiştir. Bilinçli kontrol edilen kaslar idrarı uygun zaman ve mekana erişinceye kadar tutmaya uğraşmaktadır (Kaymaz, 2017).

İşeme Fazı

İşeme fazı esnasında detrusör mesane tam olarak boşalincaya kadar kasıl olmaktadır. Bununla birlikte bu süreçte parasempatik sinir sistemi baskın olmaktadır. İşeme işlevinin yürütülebilmesi için periferik ve merkezi sinir sisteminin koordineli biçimde çalışması gerekmektedir. İşeme aşamasında mesanede idrarın tutulmasını sağlayan refleksler ters çalışmaktadır.

İşeme sürecinde şu unsurlar gerçekleşmektedir (Kulaksızoğlu, 2017):

- Üretral çizgili kası ile pelvik taban kasları gevşemektedir. Bu sayede intraüretral basınç azalır.
- İntravezikal basınç ile detrusor kontraksiyon artar. İşeme esnasında intravezikal basıncın hiçbir zaman 60 cm H₂O'yu aşmaması gerekmektedir. Aşılması halinde ise vezikoüretral reflü ortaya çıkar.
- Üretral düz kaslar ile detrusor kasılarak üretranın kısalıp genişlemesine imkan sağlar.
- Proksimal üretra ile mesane boyu az aşağı inerek idrar akışının kolaylaşmasını sağlar. Proksimal üretranın üçte birlik bölümü mesane boynuyla beraber huni gibi genişler.
- Üretra aksına doğru mesane eğilir, üretrovezikal açı düzleşerek idrar çıkışı başlar.

İşeme süreci bittiğinde ise şu unsurlar gerçekleşmektedir (Kulaksızoğlu, 2017):

- İşemenin bitmesi için üretral çizgili kaslar ve pelvik taban kasları kasılır.
- Mesanenin boyu simfizise doğru yükselir.

- Üretral basıncın artması söz konusu olur.
- İdrarın akış süreci orta üretrada sonlanır. Proksimal üretrada kalmış birkaç damla idrarsa mesane içine döner.
- β adrenerjik sempatik reseptörler refleks olarak detrusor kasını gevşetir ve intravezikal basınç olağana döner.
- Siklus tekrar başa dönmektedir. Bununla birlikte “Spinal İşeme Merkezi” istem dışı inhibisyonla dolum fazı tekrar başlamaktadır.

Görüldüğü gibi pelvik kasları işeme fazı kapsamında önemli görev üstlenmektedir.

2.2.2. Üriner İnkontinans

Üriner inkontinans her yaşta kadında görülebilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalık bireyleri etkilediği gibi bireylerin ailelerini, sosyal yaşamlarını, ruhsal durumlarını etkileyebilmektedir. Bu hastalık bireylerin ekonomik durumlarını etkileyerek bireylerin maddi sıkıntılar çekebilmelerine neden olabilmektedir (Kaya ve ark., 2015).

Uluslararası İnkontinans Topluluğu (International Continence Society- ISC) üriner inkontinansı, hijyen ve sosyal sorunlara sebep olan ve nesnel olarak ortaya konabilen istemsiz idrar kaçırma olarak ifade etmiştir. Bu açıdan miktarı ne ölçüde olursa olsun istemsiz olarak idrar kaçırmaya üriner inkontinans adı verilmektedir (Kulaksızoğlu, 2017).

Alt üriner sistem kapsamında üretra ve mesane yer almaktadır. İdrarın dolumu ve boşaltımı söz konusu iki yapının birbirlerine adapte olarak çalıştıkları vezikoüretral birim ile yürütülmektedir. İdrar kaçırma ise genel olarak üretradan olmaktadır. Ancak üretradan farklı bir yerden idrar kaçağı ortaya çıkarsa ekstraüretral inkontinans olarak ifade edilmektedir. Bunun nedeni üriner ektopik üreter veya bir fistül olabilir (Baykuş, 2016).

Üriner inkontinans kronik veya akut biçimde görülebilir. Akut biçimde ortaya çıkan üriner inkontinansa en fazla konstipasyona bağlı fekal baskı, üriner sistem enfeksiyonları, diğer bazı akut rahatsızlıklar ve bazı ilaçlar sebep olmaktadır. Kronik üriner inkontinans ise genel olarak kendi içerisinde beş tipe ayrılmaktadır. Bunlar tipler ise şu şekilde sınıflandırılır (Karadakovan ve Aslan, 2011):

- Stres üriner inkontinans,

- Sıkışma üriner inkontinans,
- Miks üriner inkontinans,
- Taşma üriner inkontinans,
- Fonksiyonel üriner inkontinans.

2.2.3. Üriner İnkontinans Tipleri

Bir önceki başlıkta ifade edildiği gibi üriner inkontinans tipleri beş başlık altında ele alınmaktadır. Ancak bu çalışma kapsamında ise stres, sıkışma ve miks üriner inkontinans üzerinde durulacaktır.

2.2.3.1. Stres Üriner İnkontinans

Stres üriner inkontinans, karın içindeki basıncı yükselten fiziksel hareketler ve aktiveler neticesinde ortaya çıkmaktadır. Egzersiz yaparken, hapşırırken, öksürürken, gülerken istemsiz olarak ortaya çıkan idrar kaçırmalarını ifade etmektedir. Bu duruma idrar kaçırmaya alışkanlığı olanların %50'si ile %70 arasında karşılaşılmaktadır (Onur ve Bayrak, 2015).

Üriner inkontinansın ortaya çıkmasında önem arz eden sebeplerden bir tanesi pelvik taban kaslarının güçsüz olmasıdır. Miktar olarak stres üriner inkontinans bir veya birkaç damla olabileceği gibi bir pedin ıslanmasına yetecek düzeyde de olabilecektir. Fakat çoğunlukla inkontinans atağıyla birlikte kaçırmaya düzeyi az miktarda olmaktadır. Üretral sfinkter yetmezliği veya üretral hiper mobilite sebebiyle stres üriner inkontinans ortaya çıkabilmektedir. Özellikle genç kadınlarda oldukça sık rastlanan üriner inkontinans sebebi olmaktadır (Onur ve Bayrak, 2015).

2.2.3.2. Sıkışma Üriner İnkontinans

Tuvalete gitme gereksinimi hissedildiği anda tuvalete gitmeye imkan tanımadan gelen, geciktirilmesi oldukça zor olan, zorlayıcı idrar yapma durumuyla karşılaştıran bir idrar kaçırmaya tipi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sıkışma üriner inkontinans detrusor aşırı aktivitesi neticesinde görülmektedir. Kişi idrarını kaçırmaya başlamasıyla birlikte idrarının büyük bölümünü boşaltıncaya kadar süreci denetim altında tutamamaktadır. Bu üriner inkontinans tipinin cinsiyet ayrımı bulunmamaktadır. Bununla birlikte yaşlılarda en fazla rastlanan inkontinans tipi olarak karşımıza çıkmaktadır (Sivaslıoğlu, 2011).

2.2.3.3. Miks Üriner İnkontinans

Üretral sfinker yetersizliği veya mobilitesi ile detrusor aşırı aktivitesi neticesinde ortaya çıkan iki veya daha çok üriner inkontinans tipinin beraber görülme durumunu ifade etmektedir. Bu açıdan bireylerde egzersiz, hapşırma, öksürük ve efor ile acil işeme isteğini izleyen tuvalete yetişmeden idrar kaçıрма durumunun beraber görüldüğü durumları ifade etmektedir. Yetişkin hastaların yaklaşık olarak üçte birinde miks üriner inkontinansa rastlanmaktadır. Buna göre üriner inkontinans sorunu olan kadınlarda görülen inkontinans oranları şu şekilde ifade edilebilir (Onur ve Bayrak, 2015):

- Sıkışma tip üriner inkontinans %15,9,
- Karışık tip üriner inkontinans %34,3,
- Stres tip üriner inkontinans %49,8.

2.2.4. Üriner İnkontinansın Belirti ve Bulguları

Üriner inkontinansın belirlenebilmesi açısından hasta ve hasta yakınlarının beyanlarıyla birlikte şiddetin ve tipin tespit edilmesi açısından anamnez oldukça önem arz etmektedir. Hastanın önceden üriner enfeksiyon geçirip geçirmediği, üriner inkontinans bulunmaktaysa bunun tipi, karın içi basınç artışı, gece ve gündüz idrara gitme sıklığı, obesite, kronik konstipasyon, sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, kalp yetmezliği, diüreeze sebep veren DM, Parkinson, multiple skleroz benzeri hastalıklara sahip olup olunmadığı değerlendirilir. Bununla birlikte pelvik, spinal veya pelvik cerrahi girişimler de dikkatlice ele alınır. Doğum biçimi, gebelik, doğum sayısı, hormon replasmanı, semptomların başlangıcı gibi bulguların da değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın aşırı aktif mesane belirtileri açısından kullanılan ilaçlar olup olmadığı da belirlenmek durumundadır (Yılmaz ve ark., 2011).

Üriner inkontinansın belirti ve bulgularının değerlendirilmesi kapsamında destek sağlayacak soruların şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Onur ve Bayrak, 2015):

- Gülerken, öksürürken ya da herhangi bir şeyi kaldırırken idrar kaçıрма söz konusu oluyor mu? Bununla birlikte idrar kaçırmaya ne sıklıkta oluyor?
- Ani bir şekilde idrara sıkışıp tuvalete koştuğunda idrar kaçırdığınızı oluyor mu?
- Gün içinde kaç defa tuvalete gidiyorsunuz?

- Gece uyuduktan sonra ne kadar tuvalete gidiyorsunuz? Gece uyanmanıza neden olan bir ani sıkışma hissi oluyor mu?
- İdrar kaçırma sebebiyle pet kullanıyor musunuz? Peti ne kadar sürede bir değiştiriyorsunuz?
- İç çamaşırınızda hiç idrara rastladınız mı?
- İdrar yapma sırasında bir yanma hissi oluyor mu?
- İdrarınızı yaptığınızda idrar kesenizi tam boşaltmadığınız hissi oluyor mu?

Tablo 2.1’de ise inkontinans ile anamnez tiplerinin ayrıştırılması yer almaktadır.

Tablo 2.1. İnkontinans ile Anamnez Tiplerinin Ayrıştırılması

	Stres Üriner inkontinans	Sıkışma Üriner inkontinans
İnkontinans Episodlarının Değerlendirilmesi	Hapşırma, öksürme ya da fiziksel aktivite neticesi idrar kaçırma	Ani bir biçimde ortaya çıkan sıkışma hissi ve tuvalete yetişememe
Giderek ağırlaşan etmenler	İkınma, öksürük	Su akışı, dolu mesane
İdrara çıkma sıklığı	Normal	Sıklığın artması
Kaçırılan idrar miktarı	Az miktar	Fazla miktar

Kaynak: Sivaslıoğlu, 2011: 18.

2.2.5. MS Hastalarında Üriner İnkontinans

Nörojenik alt üriner sistem bozuklukları genel olarak hastaların %2 ile %12’si arasında ilk başvuru semptomu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda bu oranın %34’e kadar yükseldiği de görülmektedir (Çetinel, 2005).

Eksternal üretral sfinkterin ve mesane detrüsör kasının innervasyonu lateral korikospinal ile retikülospinal yollar üzerinden oluştuğu ve MS plaklarının ise bu bölgeleri genel olarak etkilemesinden dolayı alt üriner sistem disfonksiyonuna MS’li hastalarda sıkça rastlanmaktadır. Alt üriner sistem disfonksiyon semptomlarına MS’li hastaların %80’inden fazlasında rastlanmaktadır (Çırak ve ark., 2008). Hastalık süresi 10 yılın üzerinde olan hastalarda bu oran ise %96’lara kadar ulaşmaktadır. MS hastalarında alt üriner sistem semptomlarından sık idrara gitme ya da sıkışma, hastaların %34-%85’inde görülmekteyken, üriner retansiyonla birlikte süren obstrüktif

semptomlar %2-%52 ve inkontinans ise %37-%72 oranında görülmektedir. MS'li hastanın 50 yaşından büyük olması halinde stres inkontinans, benign prostat hiperplazisi gibi nedenler ya da MS hastalığının uzun sürmesinden dolayı mesane semptomları iyice belirgin hale gelmektedir. Ayrıca detrusör sfinkter dissinerjisi olan bireylerde üst üriner sistem bozukluğu riskinin daha çok arttığı ifade edilmektedir (Yüçetaş, 2008).

MS hastalarında yürütülen ürodinamik çalışmalar, alt üriner sistem semptomlarının detrusor sfinkter dissinerjisi, detrusor hiperaktivitesi ve detrusor hipokontraktilitesine bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (Fjorback ve ark., 2007). Alt üriner sistem semptomları olan MS'li hastalarda detrusor hiperaktivitesi %72, detrusor hipokontraktilitesi %20 ve detrusor sfinkter dissinerjisi %25 oranında izlenmektedir. Fakat hastaların pek çoğunda ürolojik durumlar birlikte rastlanır. Bununla ilgili olarak detrusor hiperaktivitesi olan hastaların %43'ünde detrusor sfinkter dissinerjisinin olması örneği verilebilecektir. Mesane depolama semptomları ya da detrusor hiperaktivitesi nokturi, sık idrara çıkma ile inkontinansdır. İşemede görülen semptomlarsa kesikli işeme, düşük akım, tam boşaltamama hissi ve idrara başlarken beklemedir. MS hastalarında alt üriner sistem semptomları, günlük yaşam aktivitelerini negatif etkilese de hastalara çoğunlukla ürolojik değerlendirme yapılmamakta ve bu açıdan tedavi uygulanmamaktadır (Şen ve ark., 2015).

MS'de demyelinizan alanın yerine bağlı olarak hastalar farklı biçimlerde etkilenmektedirler. Hastaların %10'unda seksüel ya da mesane semptomları ortaya çıkmaktadır. Hastalık süresince hastaların büyük bir bölümünde genital tutulum ortaya çıkmaktadır. Hastaların genel olarak şikayetleri ise yetişememe, inkontinans, impotans veya retansiyon biçiminde olabilmektedir. Üretral sfinkter EMG çoğunlukla olağan olmaktadır (Çırak ve ark., 2008).

Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzu nörojenik işeme bozuklukları kapsamında alt üriner sistemin durumunun tespit edilmesi açısından invaziv ürodinamik incelemeleri A seviyesinde tavsiye etmekte ve MS'li hastalarda altın standart incelemenin videoürodinami olduğunu ifade etmektedir. Alt üriner Sistem İşlev Bozukluğu ile Genito-Üriner Ağrı Sendromları değerlendirilmesinde videoürodinamik yöntemler en nesnel tanı metotlarıdır. Bu yöntemlerin tedavi sürecini etkileyebilecekleri durumlarda kesinlikle kullanılması gerekmektedir. Ancak burada üzerinde durulması gereken nokta Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu'na sebep olan

farklı nörolojik durumların burada ayrı ayrı ele alınmamış olmasıdır. Bununla birlikte üst üriner sistemdeki bozulma bakımından MS'le ilişkili olan Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluğu, omurilikte yararlanmalar neticesinde ortaya çıkan işeme bozukluklarından farklı etkiler sergilemektedir (Kabay ve ark., 2008). MS'le ilgili olarak Alt Üriner Sistem İşlev Bozukluklarında antimuskarinik kullanımıyla ilgili çalışmalar hem kanıt seviyesi, hem sayı, hem de yararlanan yeni nesil moleküller açısından yeterli değildir. Bu durum diğer tedavi yöntemleri içinde benzerdir (Çetinel, 2005).

MS'li hastalarda rastlanan inkontinans, azalmış mobilite ile gerçek mesane disfonksiyonu kombinasyonundan meydana gelebilmektedir. MS'li hastaların yaklaşık üçte birinde azalan mesane kapasitesi ile detrusör hiperaktivitesi görülmektedir. Tedavi sürecinde antikolinergik ilaçlar faydalı olmaktadır (Gallien ve ark., 2005). Mental fonksiyonlar azaldığında, sık tuvalete gitme, davranış değişikliği, sedatiflerden kaçınma istenmeyen durumların azalmasına destekçi olurlar. Az olasılıkla çocuklarda farklı bir nörojenik bulgu olmadan nörojenik mesane gelişebilmektedir. Söz konusu nonnörojenik mesane çoğunlukla genç kızlarda rastlanan bir olgudur. Olağan tuvalet eğitimi sürerken, okul döneminde bu kızlar mesane kontraksiyonlarını baskı altına alır ve tutarlar. Bunun kökeninde ise evden uzak bir alanda tuvalet kullanma korkusu bulunabilmektedir. Bunun neticesinde ise mesane duyarsız ve gergin hale gelmektedir. Sfinkterler intermitant biçimde gevşemekte ve sonunda idrar kaçırma söz konusu olmaktadır. Boşaltma sırasında akım yavaş olmaktadır. Bunun neticesinde ise tam olarak boşaltım gerçekleşmeden tuvalet bitmektedir. Gelişen bu durum aynı zamanda bağırsak fonksiyonlarına da etki etmektedir (Çırak ve ark., 2008). Üretral dilatasyon bu süreçlerde geçici olarak faydalı olabilmektedir. Bu süreçte zamanlanmış voiding takvimi tutulması ile mesane elastikiyeti sağlanıncaya kadar kateterizasyon ile birlikte ruhsal destek sağlanması gerekmektedir (Onal ve ark., 2009).

Voiding bozukluğunun tedavisi nörolojik hastaların sağlıkları kadar yaşam kalitelerini de olumlu etkilemektedir. Bu bozukluğunun bir sistem altında değerlendirme altına alınması, hastalığın temeline de inilmesine yardım edecektir. Böylece asıl sebep tedavi edilebilecektir (Onal ve ark., 2009).

2.2.6. Üriner İnkontinansın Korunma

Üriner inkontinansın önlenmesi ve korunması açısından korunma yöntemleri üçe ayrılmaktadır. Bu yöntemler şunlardır (Oskay, 2002):

- Primer koruma: İnkontinansın gelişim sebeplerinin önlenmesi açısından yapılan koruma şeklidir.
- Sekonder koruma: En kısa zamanda inkontinansı tespit etmek ve bunların oluşumuna neden olan ilerletici etmenleri ortadan kaldırmayı ifade etmektedir.
- Tersiyer koruma: Üriner inkontinansın negatif neticeler ortaya çıkarmamasını, etkilenen bireyin hastalığın getirmiş olduğu bireysel kısıtlamalardan korunmasını ve komplikasyonların oluşmamasını sağlamaktır.

İnkontinansın önlenmesi açısından yararlanılabilecek önlemlerin şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Arslan ve ark., 2004):

- Her gün 6 ile 8 bardak arası sıvı alınması gerekmektedir. Spor yapıldığında ve sıcak havalarda sıvı alımının artırılması gerekmektedir.
- Her gün 3-4 saatte bir idrara çıkmak ile gecede bir defa idrara çıkmak olması gereken düzeydir.
- Bağırsakları ya da mesaneyi boşaltmak için zorlamamak gerekmektedir.
- Okullarda mesane eğitimi ile pelvik taban egzersizlerinin önemi anlatılmalıdır.
- Sigara, konstipasyon, şişmanlık ve bazı ilaçların inkontinansın risk etmenleri arasında bulunduğuna dikkat edilmesi gerekmektedir.
- İdrar yaparken ağrı, herhangi bir biçimde idrar kaçırma, herhangi bir sebepten dolayı kanama olması halinde en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması gerekmektedir.
- Üriner inkontinansın gerçekleşmesi için tuvalet kağıdı ile tuvalet konforunun sağlanması gerekmektedir.

2.2.7. Üriner İnkontinansın Tedavi

Üriner inkontinanslı hastaların tedavisinde amaç, bireylerin idrarlarını yeninde tutabilmesinin sağlanmasıdır. Bu açıdan tedavi süreçleri konservatif tedavi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi olarak kollara ayrılmaktadır.

2.2.7.1. Konservatif Tedavi Yöntemleri

Üriner inkontinansa tedavi yöntemleri; mesane yönetimi, pelvik taban kas egzersizleri, tutumsal yaşam tarzı değişiklikleri, elektriksel stimülasyon, biofeedback, vajinal konlar, dijital palpasyon şeklinde çeşitli kollara ayrılmaktadır.

2.2.7.1.1. Mesane Yönetimi

İlk başta hastalara alt üriner sistemin işleyişi ile belirtilerin ne biçimde ortaya çıktığı ifade edilir. Bu doğrultuda hastaya mesane çizelgesi doldurtulur ve bu çizelgeyle birlikte problemlerin görülmesi amaçlanır. Bu çizelgeyle birlikte farklı öneriler ve tavsiyeler hastaya sunulur. Tedavinin ardından mesane çizelgesi aynı zamanda tedavinin ne kadar işe yaradığını ortaya koyar. Mesane eğitiminde hedef, kontinans durumunu olağan düzeye getirmek veya belli aralıklarla idrar yapılmasını sağlayarak inkontinans durumuna engel olmaktır (Oz ve ark., 2009).

2.2.7.1.2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri

Üriner inkontinans hastalarına pelvik taban kasları egzersizlerinin yaptırılmasının sebebi, pelvik taban üstündeki basıncın artırılmadan bu kasların gevşetilmesi ile kasılmasının öğretilmesidir. Bu egzersizler ilk defa Kegel tarafından ifade edilmesi sebebiyle “Kegel Egzersizleri” olarak da anılmaktadır. Üretradaki dış mekanik basıncın artırılması ve pelvik organlarındaki yapısal desteğin artırılması kegel egzersizleriyle sağlanmaktadır. Bu egzersizlerle birlikte kontinans sağlanır. Mesane eğitimi ile pelvik taban kas egzersizlerinin beraber uygulanması üriner inkontinansın iyileşmesinde oldukça etkilidir (Demirci ve Coşar, 2009).

Pelvik taban kas egzersizlerinin avantajı maliyetlerin az olması, düşük riskli olmaları ve hastanede kalmaya gerek duyulmadan ev programları biçiminde yapılıyor olmalarıdır.

Pelvik taban kas egzersizlerinin düzenli bir biçimde 6 ile 8 hafta uygulanması gerekmektedir. Ancak etkisinin görülmesi açısından en az 3 ay boyunca bu egzersizlerin yapılması önemlidir. Pelvik kas egzersizlerindeki genel komutların ise şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Kaya, 2013):

1. Pelvik taban kasları rektumdan gaita veya gaz geçmesini önlemeye çalışırken yararlanan kaslardır. Söz konusu kaslar kasıldığında anüs ve vajina etrafından sıkışma hissedilecektir.

2. Egzersiz sırasında iyi hissedildiğinde pelvik tabanın pubik kemikten içe ve yukarı doğru hareket etmesi sağlanmalıdır.
3. Egzersizler yapılırken aşağıya baskı olmaması veya ıkınılmaması gerekmektedir. Bu durumlar pelvik taban üzerinde zorlanmalara sebep verir.
4. Egzersizler yapılırken asla nefes tutulmamalıdır.
5. Her kasılmanın ardından kaslar tamamen gevşetilmelidir. Bunun sebebi kasların ağrımamasını önlemek ve kaslara oksijen gitmesini sağlamaktır.
6. Egzersizler esnasında uyluk kasları ile kalçaların gevşetilmesi önemlidir. Sırtın egzersiz zemininden kalkmaması ve düzgün egzersiz sırasında uylukların fazla hareketli olmaması önemlidir.

2.2.7.1.3. Tutumsal Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Üriner inkontinansı olan hastaların gün içinde tuvalete erişimleri sınırlı olduğundan veya inkontinans açısından risk altında olmalarından dolayı daha az sıvı tüketerek ortaya çıkabilecek semptomları azaltmaya çalışmaktadırlar. Bu hastalara gün içinde altı bardak su içmeleri önerilmektedir. İçilen sular idrarın çok konsantre olmasına mani olarak idrarın mesanenin daha fazla irrite etmesini engellemektedir (Demiray ve Özyurt, 2013).

Kafein diüretik özellik gösteren bir madde olmakla birlikte bu maddenin pek çok bireyde mesane irritanı olduğu da gösterilmiştir. Kafein birden bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkan sorunlardan kaçınmak için kafeinin kademeli olarak bırakılması tavsiye edilmektedir. Burada kafeinsiz ve kafeinli içecek karışımlarından yararlanılabilecektir (Demirci ve Coşar, 2009).

Üriner inkontinanstaki obezite bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Vücut kitle indeksi fazla olan kadınlarda üriner inkontinansın ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Bununla birlikte bu kişilerde inkontinansın daha şiddetli olması olasıdır. Bu açıdan kilo fazlası olan bireylerin kilo vermesi tavsiye edilmektedir (Firdolaş, Penbegül ve Dağgüllü, 2010).

Kabızlık ve fekal inkontinans probleminin üriner inkontinansa katkısının olduğu bilinen bir durumdur. Lifli gıda tüketimi ile yeterli miktarda sıvı alımının bağırsak hareketlerinin düzenlenmesinde etkili olduğu ifade edilmektedir (Demiray ve Özyurt, 2013; Kadıoğlu ve Beji, 2016).

2.2.7.1.4. Elektriksel Stimülasyon

Elektriksel stimülasyon sürecinde orta frekanslı interferensiyal akımdan ya da alçak frekanslı faradik akımdan yararlanılmaktadır. Orta frekanslı akımlar, daha derine etki ettiği ve daha çok yayıldığı için bu akımlardan daha fazla yararlanılmaktadır. Bu akımlarla birlikte etki mekanizması kapsamında kas gücünde artış olmaktadır. Bu açıdan pasif bir kegel egzersizi yapılmış olmaktadır. Üretral basınç artmakta, kortikal bilinç yükselmekte ve lokal dolaşım düzelmektedir (Karan ve Eskiuyurt, 2002).

2.2.7.1.5. Biofeedback

Biofeedback, fizyolojik olayların bir ekran ve ses düzeni üzerinden görsel ve işitsel sinyaller biçiminde hastaya yansıtılmasını ifade etmektedir. Elektriksel stimülasyonla kıyaslandığında bu süreçte hasta daha mobil durumda olmaktadır. Yapısal açıdan aktif bir yöntem olması sebebiyle kas gücü artışı daha fazla olmaktadır. Haftada üç defa 25 ile 35 dakikalık seanslarda uygulanmaktadır. 10 ile 20 seans sonrasında tedavi sonlanmaktadır (Karan ve Eskiuyurt, 2002).

2.2.7.1.6. Vajinal Konlar

Vajinal konlar kegel egzersizlerinin öğrenilmesi ile kas gücünün artırılması için kullanılmaktadır. Gün içinde iki defa 10'ar dakika, ilerleyen süreçlerde 20 dakika tutulmaktadır. Kasların güçlenmesiyle birlikte ağırlıkların artırılması söz konusu olmaktadır. Bunların en büyük avantajı gözlem gerektirmemeleridir (Karan ve Eskiuyurt, 2002). Vajinal konların stres üriner inkontinanslı hastalarda pelvik taban kas egzersizleriyle birlikte uygulandıklarında daha etkili oldukları görülmüştür (Keşanlı, 2013).

2.2.7.1.7. Dijital Palpasyon

Hastanın parmağını vajne yerleştirmesi istenir ve gaz ile idrar kaçışını durdurur gibi pelvik kaslarını kasma istenir. Ayrıca bu palpasyon bireyin kendi bedeni hakkındaki bilincini de yükseltmektedir (Kaya, 2013).

2.2.7.2. Farmakolojik Tedavi

Üriner inkontinansla farmakolojik tedavi genel olarak iki türde yürütülmektedir. Bunlar şu şekilde ifade edilebilir (Anafarta, Arıkan ve Bedük, 2011):

- Östrojen tedavisi: post menopozal ve perimenopozal dönemlerde üretral mukozada atrofik değişimler meydana gelmekte ve bu durum üretral

kapanma basıncında düşüslere sebep olmaktadır. Bu durumun ortadan kaldırılması açısından lokal ve sistemik östrojen tedavisi uygulanabilmektedir.

- Diğer ilaçlarla tedavi.

Üriner inkontinans süreçlerinde farmakolojik tedavilerin genel olarak amacı; destrüsör aktivitesinin düşürülmesiyle birlikte istemsiz olarak ortaya çıkan kasılmaların ortadan kaldırılması ve mesanenin kapasitenin artırılmasıdır. Mesane kapasitesinin artırılması açısından yararlanılan ilaçlardan bazıları şunlardır; Antimuskarinikler, karışık etkili ilaçlar, Adele relaksanları, Alfa reseptör blokerleri, trisiklik antidepresanlar, vazopressin analogları, beta reseptör agonistleri, K⁺ kanal açıcılar, Ca⁺⁺ kanlı blokerleri, norepinefrin reuptake inhibitörleri, serotonin reuptake inhibitörleri, vanilloidlerdir (Anafarta, Arıkan ve Bedük, 2011).

2.2.7.3. Cerrahi Tedavi

Üriner inkontinansın tedavisinde seçilen bir diğer yöntem cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavi sürecine başlamadan önce hastanın tekrar bir değerlendirme sürecine tabi tutulması gerekmektedir. Bu kapsamda fiziksel muayene, detaylı öykü, ürojinekolojik ve ürodinamik değerlendirmelerin ardından elde edilen neticelere göre karar verilmesi yerinde olacaktır (Demirci, 2002).

Üriner inkontinans tedavisinde farklı cerrahi uygulamalardan yararlanılmaktadır. Bu farklı cerrahi uygulamaları şu şekildedir:

- Vajinal cerrahi işlemler: KA- Kelly-Kennedy plikasyonu,
- Retroputik operasyonlar: Burch, Marshall Marchetti Krantz (MMK), Paravajinal tamir,
- Kombine uygulamalar: Sling, Vajinal duvar sling, İğne teknikleri, Subüetral sling, TVT.
- Periüretal enjeksiyonlar,
- Laparoskopik yöntemler.

2.3. Yaşam Kalitesi Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık kavramı, yalnızca hastalık halinin olmaması değil, aynı zamanda sosyal, fiziksel ve bilişsel yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Teknolojide ortaya çıkan gelişmeler kendini sağlık alanında da göstermiş ve bu durum bireylerin yaşam sürelerini de artırmıştır. Bu kapsamda sağlık

bakımın hedefi, kişilerin yaşam sürelerini uzatmaktan çok, bağımsızlığını, becerisini artırarak kişilerin kaliteli yaşam sürebilmelerini sağlamak olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi kavramını, kişilerin yaşadıkları değer ve kültür sistemi içinde hedefleri, standartları, beklentileri doğrultusunda hayat içinde yer aldıklarını algılaması olarak ifade etmiştir (WHO, 2018).

Tıbbi açıdan yaşam kalitesi kavramı laboratuvar işlemleriyle ele alınabilecek nesnel konu olmamakla beraber, bireysel hayatlar açısından ele alınabilecek kişisel bir konudur. Yaşam kalitesi kavramı geniş bir kavram olmakla beraber içerisinde, bağımsızlık seviyesi, fiziksel sağlık, bilişsel sağlık, sosyal ilişkiler gibi etmenleri içerisindedir. Bu açıdan yaşam kalitesi kavramı dört ana başlık kapsamında ele alınmaktadır. Bu başlıklar şu şekildedir (Karahana, 2016):

- Ruhsal esenlik: hayattan doyum sağlama, Anksiyete, beden imajı, meşguliyet, otonomi ve dinlenmeyle ilgili haller, hayatın anlamı, bir işi tamamlama, mutluluk ve hayatın normallığı gibi durumlar ruhsal esenliği meydana getirmektedir.
- Fiziksel esenlik: günlük hayat aktivitelerini yapabilmek, cinsellik, iştahın olması, yemek yeme, güçlülük/zindelik, hastalık-sağlık algısı, yorgunluk gibi unsurlar fiziksel esenliği meydana getirmektedir.
- Kişisel ve sosyal esenlik: Kişisel işlevlere sahip olma, başkalarından destek görme, sosyal aktivelere katılma, mahremiyet, çevre tarafından kabul görme, hayatı ve kendini sorgulama hali, roller gibi durumlar kişisel ve sosyal esenliği ifade etmektedir.
- Maddi/parasal esenlik: Barınma hali, iş güvencesi, güvenlik duygusu ve ev durumuyla ilgili durumları içermektedir.

2.4. Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Üriner inkontinans yaşam kalitesi üzerindeki etkileri bu bölümde, davranışsal etki, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon başlıkları altında ele alınacaktır.

2.4.1. Davranışsal Etki

Üriner inkontinansın etkisiyle idrarını kontrol edemeyen bireyler davranışsal olarak üriner inkontinans semptomlarını saklamaya çalışmaktadır. Günlük yaşamlarını sürdürmeye yönelik olarak; rutin tuvalet planı, mesane boşaltımında obsesyonlar,

tuvaleti olan yerlerde çalışmaya özen gösterme, aktiviteler sırasında veya evden çıkarken idrar kaçırmaya olup olmadığını kontrol etme, çocuk bezi veya ped kullanma, giysi, ayakkabı ve iç çamaşır seçiminde bazı kısıtlamalar getirme gibi davranışların geliştirilmesi söz konusu olmaktadır. Yürütülen araştırmalarda kadınların %3'ünün evden çıkmadan önce koruyucu pek kullandıklarını ve bununla birlikte fiziksel aktivite, ulaşım ve giysi seçimi gibi konularda sınırlamalar getirdiklerini gözlemlemiştir. Söz konusu davranışların sürekli olmasının gerekmesi de bireylerin yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır (Kuhn ve ark., 2006). Alınan davranışsal önlemler tedavi aşamasına geçilmesini geciktirmektedir. Bu açıdan kadınların üçte ikisinin sosyal ve tıbbi yardımdan yararlandıkları fakat bu yardımın üriner inkontinans görüldükten en az 2 ile 5 yıl sonra olduğu belirlenmiştir (Ertem, 2009).

Üriner inkontinansı önemli bir sağlık problemi olarak değerlendirmeme veya sağlık problemi olarak görmeme, hekimin bu sorunu önemsiz göreceğini düşünme, hastalığın varlığını reddetme, operasyon korkusu, herhangi bir müdahale olmaksızın iyileşebilme ümidi, maliyet benzeri sebeplerden dolayı da tedavi arayışına girmeme davranışı sergilenebilmektedir (Brittain ve ark., 2008). Fakat belirtilerin rahatsız edici görülmemesi ve yaşam kalitesinde bir soruna sebep olmadığı algılanması da tedaviye yönelme davranışının gecikmesine neden olabilmektedir.

2.4.2. Psikososyal Etkilenme

Birçok araştırma üriner inkontinansın anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Dugan ve ark., 2000). Bununla birlikte bazı araştırmalarda ise psikolojik iyilik ile üriner inkontinans arasında zayıf bir ilişkinin var olduğu ifade edilmektedir (Fultz ve Herzog, 2001). Literatürde inkontinansı olan kadınların olmayan kadınlarla karşılaştırıldıklarında anksiyete düzeylerinin daha fazla, depresyon yatınlıklarının daha fazla olduğu görülmüştür. Üriner inkontinansın stres artırıcı özelliği olmasıyla birlikte kadınların iş ve eş ilişkilerinde önemli sorunlara neden olduğu ifade edilmektedir. Üriner inkontinansın bireyin kendine güveninde azalmaya sebep olduğu ve bireyin kendinden utanmaya başlamasına sebep olduğu ifade edilmektedir (Özdemir, 2009).

Üriner inkontinansın yaşam kalitesine etkilerine ait verilerin çoğunlukla batılı ülkelerden elde edildiği görülmektedir. Üriner inkontinansı olan Müslüman kadınların kendilerine olan güvenlerinin azaldığı ve kendilerini durmadan kirli hissettikleri ve bu

nedenle dini inançlarını yerine getiremediklerinden dolayı kendilerini suçlu hissettikleri ifade edilmiştir. Üriner inkontinansı olan Taywan'lı kadınların az bölümünün hayatlarından memnun oldukları ve bununla birlikte psikolojik durumlarını iyi olduklarını söylemiştir. Üriner inkontinansla semptomların neden olduğu baskı fazlaştıkça bu durumdan psikolojik yönden etkilenme düzeyi o oranda artış göstermektedir. Böylece yardım talep etme ve tedavi görme ihtimalleri de fazlaştırmaktadır (Lin ve Dougherty, 2003).

2.4.3. Sosyal İzolasyon

Üriner inkontinans sebebiyle ortaya çıkan sorunlar kendini pek çok alanda göstermektedir. Üriner inkontinans bireylerin sosyal, fiziksel, ruhsal iyilik halini, çalışma hayatını, cinsel yaşamını, flört ilişkilerini, ekonomisini ve aile yaşantısını etkilemektedir (Addis, 2008). İdrar kaçıran birey hayat tarzını birçok yönden bırakmak durumunda kalmaktadır. Kadınların çoğunlukla fiziksel ve sosyal aktiviteleri sınırlı olmaktadır. Bu nedenle ev dışında bir aktiviteye dahil olmaktan kaçınılmaktadırlar. Bunun neticesinde ise sosyal izolasyon durumu ortaya çıkmaktadır. Sosyal izolasyonla yüz yüze kalan kadınların evde kalma süreleri artmaktadır. Bununla birlikte bu kadınlar yalnız yaşamakta ve sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimleri artmaktadır (Córcolesve ark., 2008). Bu yaşananlardan kadınların eğlence hayatları, ev işleri ve hobileri negatif etkilenmektedir (Gasquet ve ark., 2006).

Hastalarda üriner inkontinans miktarı ve sayısı arttıkça hastaların kendilerini sosyal yaşamdan daha fazla izole ettikleri görülmüştür. Kişilerin kendilerini daha fazla izole etmelerinin onların yaşam kalitelerini negatif yönde etkilediği görülmüştür (Sarıcı, 2009). Bu yönde yapılan bir araştırmaya göre kadınların %70,3'ünün üriner inkontinansa bağlı olarak dini görevlerini sınırlandırdıkları belirtilmiştir (Kurul, 2013).

Üriner inkontinansı olan kadınların çalışma hayatıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada çok aktif mesaneli kadınların ne düzeyde idrar yaptıklarına dikkat edilmeksizin işsiz olma ihtimallerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Bu kadınların çalışma performanslarında bir azalmanın söz konusu olduğu ortaya konulmuştur (Fitzgerald ve ark., 2000). Üriner inkontinansla birlikte dizüri, sık idrara çıkma, suprapubik hastalıklar, nokturi, sıkışma gibi rahatsızlıkların da yaşam kalitesini negatif etkilediği görülmektedir. Üriner inkontinansı olan kadınlar seksüalitesini ve çekiciliğini kaybettiğini düşünmektedir. Üriner inkontinanslı kadınlarda cinsel disfonksiyona oldukça rastlanmakta ve bu durum kadınların yaşam kalitelerini oldukça

azaltmaktadır (Weber, 2007). Cinsel açıdan aktif olan 24-83 yaş arası aşırı aktif mesane ya da üriner inkontinans olan 633 kadının incelendiği bir araştırmada cinsel ilişki esnasında üriner inkontinansı prevalansının %36,2 olduğu saptanmıştır (Espuñave ark., 2008).

2.5. MS Hastalarında Üriner İnkontinansın Değerlendirilmesi

MS genç bireylerde en fazla rastlanan progresif nörolojik hastalıklardan bir tanesidir. Bu hastalıkta ortalama yaş 30 olmakla birlikte Avrupa’da prevalansı yüz bin kişide 108 kişi biçimindedir (Phe ve ark., 2016). MS hastalarında rastlanan temel semptomlar halsizlik, bilişsel disfonksiyonlar, kas spastikleri, alt üriner sistem semptomları (AÜSS), depresyon, bağırsak disfonksiyonları, seksüel bozukluk ve ağrılardır. Söz konusu bulgular bir araya geldiklerinde hastaların yaşam kalitelerinde oldukça büyük olumsuzluklara sebep olmaktadır. Alt üriner sistem ve mesane disfonksiyonu semptomları en fazla rastlanan sorunlar olup, süreç içerisinde hastaların yaklaşık %80 - %100’ünde görülebilmektedir (Fjorback ve ark., 2007).

Üriner inkontinans (idrar kaçırma), mesaneden isteksiz olarak idrar kaçırılması anlamına gelmektedir. Normal bir insanda mesane dolduğunda mesanenin boşaltılma isteği ortaya çıkmaktadır. Ancak mesane sisteminde bir bozulma söz konusu olduğunda ise idrar kaçırma sorunu ortaya çıkmaktadır (Bilgin ve ark., 2016).

Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, sosyal açıdan önem arz eden bir sorundur. Bu hastalıklar birlikte bireylerin kendilerine olan güvenleri azalmakta ve bunun neticesinde yaşam kaliteleri azalmaktadır. Bu hastalığın tedavisi ise çok disiplinli bir süreci gerektirmektedir. Günümüzde yaşanan gelişmelerle nörolojide oldukça önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Söz konusu ilerlemelerle birlikte üriner inkontinansın teşhis edilmesi, tedavisi, değerlendirilmesi açısından nörofizyolojik çalışmalar daha kolay yürütülebilmeye başlamıştır (İlçe ve Ayhan, 2011).

MS’in kronik komplikasyonları arasında üzerinde en az durulan ve göz ardı edilen konulardan biri mesane fonksiyon bozukluklarıdır. Üriner inkontinansın azaltılmasında hemşirelerin önemli rolü vardır. Üriner inkontinansa yönelik davranışsal tedavilerin uygulanması ve takibinde hemşirelerin sorumlulukları bulunmaktadır. MS’li bireylerle çalışan hemşireler, hastayı bir bütün olarak ele almalı, tüm günlük yaşam aktivitelerini ve genellikle göz ardı edilen üriner inkontinans bulgularını sorgulamalı, bu bulgu ile ilgili sorunları tanılamalı,

sorunlara yönelik uygun hemşirelik sürecini, rehabilitasyonu başlatmalı ve değerlendirmelidir.

2.6. Multiple Sklerozun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Hemşirelik Bakımı

Multiple Skleroz tedavisiyle ilgili gelişmeler 1900'lü yılların sonlarına doğru gelişim kaydetmeye başlamıştır. Belirtilerin fazla olması, sürecin ilerleyici olması ve pronozun öngörülememesi sebebiyle fizyoterapist, psikiyatrist, nörolog, hemşire gibi farklı disiplinlerin bulunduğu bir tedavi süreci izlenmeye başlamıştır (Ülker, 1995).

Dünyanın farklı ülkelerinde MS'le ilgili olarak özel eğitilmiş hemşireler, hastaların eğitimi, değerlendirilmesi, bakımı ve danışmanlık hizmeti verilmesi konularında önemli görevler üstlenmektedir. Bununla birlikte günümüzde pek çok ülkede hemşirelerin yalnızca bakım ile tedavi edici rolde değil, bununla birlikte sağlığın sürdürülmesi ve korunması açısından etkin rol alması gerektiği ön planda tutulmaktadır (Ülker, 1995).

MS hastalığının sebep olduğu semptomlar hemşirelik bakımını vazgeçilmez hale getirmektedir. Bu açıdan hemşirelerin hastaların, baş etme mekanizmaları, depresyon, beslenme yetersizliği, sosyal destek sistemleri, yorgunluğa sebep olan ilaç kullanımı gibi hallerini değerlendirerek bir bakım hizmeti sunmalıdır. Bununla birlikte söz konusu etmenlere dayalı olarak eğitimleri vermesi gerekmektedir (Üstün, 2006).

MS, tedaviyle birlikte tamamen iyileştirilebilen bir hastalık olmakla beraber, atak sıklığı, hastalık süreci gibi durumlar tedavi süreciyle bir nebze değiştirilebilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Sürecin farklılaştırılmasında ise hemşirelerin büyük etkileri olmaktadır. Hastaların takibinin yapılması, hastanın uyku ve beslenme düzeninin ayarlanması, ilaçlarının düzenli kullanımının sağlanması gibi görevler hemşireler tarafından yerine getirilebilmektedir (Murray, 2006).

MS tedavisi sürecinde dört önemli bölüm bulunmaktadır. Bu bölümlerden ilki atakların önlenmesi, bunlardan ikincisi koruyucu tedavi, üçüncü semptomatik tedavi ve dördüncüsü rehabilitasyon sürecidir. Söz konusu süreçler içerisinde hemşireler aktif olarak rol almak durumundadır (Murray, 2006).

MS'in tedavisi sırasında atakların önlenmesi oldukça önemlidir. Bu açıdan steroid tedavisi esnasında hastaların daha önceden bir enfeksiyonu olup olmadığı kontrol edilmesi ve böyle bir enfeksiyon varsa tedavi edilmelidir. Hemşirelerin tedavi sürecinde yer almasıyla birlikte diyet içeriği, enfeksiyonlardan korunma, ilaç kullanımı

sebebiyle ortaya çıkabilecek komplikasyonlar ile komplikasyonlardan korunmayla ilgili eğitim vermeleri gerekmektedir (Akdemir ve Birol, 2003).

Koruyucu tedavi kapsamında glatiramer asetat, interferonlar, azotiopürin, ve İntravenöz immunglobulin kullanılması söz konusu olmaktadır. Koruyucu tedavi iki ile üç ataktan sonra ön plana çıkmaktadır. Hastada omurilik tutulumu bulunmaktaysa ikinci atak sonrasında sürecin başlaması mümkün olmaktadır (Tanık, 2006). Bu bakımdan koruyucu tedavide hemşirelerin ilaç takiplerini yapmaları son derece önemli hale gelmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin ilaç kullanımıyla ilgili olarak hastaları eğitmeleri gerekmektedir.

MS'de semptomatik tedavi sürecinde ağrı, spastisite, yorgunluk, tremor, mesane disfonksiyonu, vertigo, seksüel disfonksiyon gibi kronik sorunlar tedavi edilmeye çalışılmaktadır (İdiman, 2002).

MS'de ağrı söz konusu olduğunda gabapentin, karbamazepin, trisiklik, difenilhidantoin gibi ajanlardan yararlanılmaktadır. Spastisitede tizanidine, baklofen, dantrolen, benzodiazepin, 3,4- diaminoptridin, 4-aminoyridin ile botulium A toksini kullanılabilir. İlaç tedavisi başarısız olması halinde myelotomi, dorsal rizotomi gibi prosedürler kullanılabilir.

Tremor da primidon, izoniazid (pridoxinle beraber), gabapentin, karbamazepin benzeri ajanlar kullanılabilir. Propranolol, klonazepam ve ondansetronun da kullanılabilmesi mümkündür. Tek taraflı ciddi tremorda ise talamik stimülasyon ve talamotomi kullanılabilir.

Paroksizmal semptomlarda valproat, karbamazepin ile gabapentin benzeri antikonvülzan ajanlar tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte benzodiazepinler de kullanılabilir. Konstipasyonda laksatif ile birlikte diyet tedavisi önerilmektedir. Mesane fonksiyon bozuklukları söz konusu olduğunda sık idrara çıkma halinde oxybutynin ve propantelin benzeri antikolinergik ajanlar; üriner retansiyon bulunmaktaysa betanekol klorid (kolinerjik); enürezis bulunmaktaysa imipramin kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin etkisiz olması halinde ise kateterizasyon yapılabilecektir.

Tedavi sürecinin dördüncü bölümü olan rehabilitasyonda fizyoterapi süreçleri önem kazanmaktadır. Özgürlüğün azalmasının önlenmesi, fonksiyonların en üst düzeyde devam etmesi gibi süreçler açısından rehabilitasyon süreci oldukça önemlidir.

Bu süreçlerde de hemşirelerin hastalarla birlikte olması etkin rehabilitasyonun yürütülebilmesi açısından önemlidir (İdiman, 2002).

2.7.Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinde Hemşirelik Bakımı

Üriner inkontinans yaşayan hastalarda, inkontinansın değerlendirilmesi, hastalığın ilerlemesini önlenmesi ve hastalık sürecinde etkin olarak görev almada hemşirelerin sorumlulukları bulunmaktadır (Kaplan ve Demirci, 2010). Hemşireler yükledikleri eğitici rolle birlikte üriner inkontinansın tedavi edilmesinde ve önlenmesinde eğitim verme görevini yüklenir ve böylelikle sağlığın geliştirilmesinde görev yapabilirler (Şen, 2011).

Yaş, genetik yatkınlık, kronik rahatsızlık gibi etmenlere bağlı olarak ortaya çıkan üriner inkontinansın korunabilmesi için hayat tarzında değişiklikler yapılmalı ve pelvik taban kasları güçlendirilmelidir. Pelvik taban kaslarının ne biçimde güçlendirileceği ve hayat tarzının ne biçimde değiştirileceğiyle ilgili olarak hemşireler hastalara eğitim verebilirler (Abalı ve Şahin, 2010).

Hastaların kabızlıktan ve obeziteden korunması adına hemşireler bazı girişimlerde bulunmak durumundadır. Bununla birlikte hastaların alkol, kafeinli içecek, sigara tüketiminden uzak tutulmalarını sağlamak ile hastaların makul sıvı alımında bulunabilmelerini sağlamak da hemşirelerin üstlenebilecekleri görevler arasında yer almaktadır (Abalı ve Şahin, 2010).

Üriner inkontinansı olan hastaların, diyabetten ve kronik akciğer hastalıklarından korunmalarıyla ilgili neler yapacakları açıklanmalıdır. Doğurgan dönemdeki kadınların birçok doğum yapmasının ardından üriner inkontinansın ortaya çıkabileceğinin ifade edilmesi gerekmektedir (Kuyumcu ve ark., 2011).

Ağır eşyaların kaldırılması neticesinde abdominal basınç artması sonucunda üriner inkontinansın görülebileceği bireyler ifade edilmelidir. Üriner inkontinans söz konusu olmadan kegel egzersizleri yapılarak pelvik taban kaslarının güçlü tutulması sağlanmalıdır. Hastaların kegel egzersizlerini düzgün yapabilmesi adına onları eğitmek önemli olacaktır. Burada üriner inkontinansın gelişim göstermesini durdurmak amaçlanmaktadır (Onur ve Bayrak, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, çalışma grubu, verilerin toplanması, uygulanması ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma; Multiple Sklerozlu Kadınlarda Üriner İnkontinansın Şiddeti ve Yaşam Kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde, 12.07.2016-20.08.2017 tarihleri arasında, Nöroloji Anabilim Dalı MS Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı 213 kadın MS hastasından oluşmuştur. Hastalara “idrara kaçırma sorunuz var mı?” diye sorularak üriner inkontinans sorunu olan hastalar belirlenmiştir. Bu soruya 100 kadın hasta “Evet” cevabı verdiği için araştırmanın örnekleme bu hastalar alınmıştır. Diğer 113 hasta araştırmaya alınmamıştır.

3.4. Araştırmaya Alınacak Hasta Kriterleri

Çalışma örneklemini iletişim kurma güçlüğü ve zihinsel problemi olmayan, “idrara kaçırma sorunuz var mı?” sorusuna “Evet” cevabını veren, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Etik ve yasal Boyutu

Bu araştırma için, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı onay alınmıştır. Aynı zamanda MS'li kadınlardan çalışmaya katıldıklarını beyan eden Bilgilendirilmiş Onam Formu alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Multiple Skleroz Hasta Bilgi Formu, İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) (Incontinence Quality of Life (I-QOL) Instrument) kullanılmıştır.

3.6.1. Multiple Skleroz Hasta Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalık hakkında bilgiler alma ve veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmış (Şen ve ark., 2015; Tuncay, 2013; Üstün, 2006) kişisel bir formdur. Bu formun içeriğinde MS'li kadın bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, yaşadığı yer, gelir düzeyi vb.) klinik özellikleri, üriner inkontinans durumu ve eğitim alma durumları gibi bilgiler içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. İnkontinans şiddet indeksi (İŞİ)

Sandvik ve ark. (1993) tarafından idrar kaçırma yakınması olan kadınlara uygulanarak geliştirilen "İŞİ", evrensel olarak kabul gören, kolay uygulanan, kısa ve basit bir indekstir. Hazar ve Şirin (2008) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçekte 2 soru bulunmaktadır. Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz sorusunun 4 maddesi vardır. Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz sorusu ise 3 maddeden oluşmaktadır. Skor, birinci sorudaki puan ile ikinci sorudaki puanın çarpılmasıyla elde edilir. Şiddet indeksi skoru: 1-2 Puan= Hafif, 3-6 Puan= Orta, 8-9 Puan= Şiddetli, 12 Puan= Çok Şiddetli olarak değerlendirmektedir (Hazar ve Şirin 2008).

3.6.3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)(Incontinence Quality of Life (I-QOL)Instrument) İYKÖ:

Wagner ve Hu (1998) tarafından Üriner inkontinans'lı hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutları; davranışların sınırlandırılması (1,2,3,4,10,11,13,20 maddeler), psikososyal etkilenme (5,6,7,9,15,16,17,21,22 maddeler) ve sosyal izolasyondur (8,12,14,18,19 maddeler). İYKÖ'de, bütün maddeler beşli likert tipi değerlendirilmekte (1= çok fazla, 2= oldukça, 3= orta düzeyde, 4= biraz, 5= hiç) ve hesaplanan toplam puanın daha iyi anlaşılabilmesi için, likert tipleri yeniden hesaplanarak 0-100 puan arasında bir değer almaktadır (Schurchve ark., 2007). Ülkemizde, İYKÖ'nin geçerlilik ve güvenilirliği Özerdoğan ve

ark (2004) tarafından yapılmıştır. İYKÖ'nün geneline ait Cronbach Alfa katsayısı 0,96, davranışların sınırlandırılması alt boyutu için 0,88, psikososyal etkilenme alt boyutu için Cronbach Alfa katsayısı 0,92 ve sosyal izolasyon alt boyutu 0,90 olarak bulunmuştur. Her bir alt boyut kendi içinde 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

3.7. Verilerin Toplanması ve Uygulanması

Veriler toplanırken, MS'li kadınlara, çalışma konusu hakkında öncelikle sözel olarak araştırmanın amacı, yararları, alınan bilgilerin bilimsel amaç için kullanılacağı ve gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı açıklanmıştır. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için gönüllü olan bireylerden çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onam formu alınmıştır. Hasta mahremiyeti ve üriner inkontinans sorunlarının dile getirilmesindeki çekinceler göz önünde bulundurularak, görüşmeler araştırmacı ile MS'li kadınlar arasında birebir olarak nöroloji polikliniğine muayeneye geldiklerinde polikliniğin uygun bir odasında, soru cevap şeklinde yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Anket formlarının toplam süresi 15-20 dakika olarak planlanmış ve bu süre zarfında uygulanmıştır.

3.8. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (22.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde (çarpıklık ve basıklık değerleri 1,96 ile -1,96 arasında olması ve olmaması durumu) bağımsız iki grup karşılaştırılırken bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken Varyans Analizi uygulanmasına karar verilmiştir. Araştırmada çarpıklık ve basıklık değerlerinin 1,96 ile -1,96 arasında olması nedeniyle parametrik testler olan bağımsız gruplar için t student testi ve Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Multiple sklerozlu kadınlarda üriyer inkontinans ve yaşaam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptanması amacıyla yapılan çalışmanın bulguları; MS'li kadınların demografik ve klinik özelliklerine yönelik bulgular, MS'li kadınların üriyer inkontinans durumları, MS'li kadınlarda yaşaam kalitesi, MS'li kadınlarda üriyer inkontinans ve yaşaam kalitesi arasındaki ilişki başlıkları altında toplanmıştır.

MS'li Kadınlarda Demografik ve Klinik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. MS'li Kadınlarda Demografik Özellikleri Dağılımı(n=100)

	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	3	3.0
İlkokul	33	33.0
Ortaokul	10	10.0
Lise	17	17.0
Üniversite	35	35.0
Yüksek Lisans/Doktora	2	2.0
Medeni Durum		
Evli	76	76.0
Bekar	24	24.0
Çocuk Durumu		
Yok	17	17.0
Var	83	83.0
1 Çocuk	12	12.0
2 Çocuk	38	38.0
3 Çocuk	22	22.0
4 Çocuk	9	9.0
5 Çocuk	2	2.0
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	79	79.0
Geniş aile	13	13.0
Parçalanmış aile	4	4.0
Yalnız yaşama	3	3.0
Diğer	1	1.0
Yaşanılan Yer		
İl	78	78.0
İlçe	15	15.0
Köy	7	7.0

Tablo 4.1. MS'li Kadınlarda Demografik Özellikleri Dağılımı(n=100) (Devamı)

	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	31	31.0
Çalışmıyor	63	63.0
Emekli	6	6.0
Meslek		
Ev hanımı	63	63.0
İşçi	6	6.0
Memur	18	18.0
Serbest	4	4.0
Çiftçi	9	9.0
Gelir Durumu		
Gelirim giderimden az	25	25.0
Gelirim giderime eşit	73	73.0
Gelirim giderimden çok	2	2.0
Yaş: Min:19 Max:76 Ortalama:37.85 Std. Sapma:11.29		
BKI: Min:18.0 Max:38.0 Ortalama:25.44 Std. Sapma:5.75		

Araştırmaya katılan hastaların %35'i üniversite mezunu ve %33'ü ilkokul mezunudur. MS'li kadın hastaların %76'sı evlidir ve %83'ünün çocuğu vardır. %79'u çekirdek aileye sahiptir ve %78'i ilde yaşamaktadır. %63'ü çalışmamakta ve ev hanımıdır. Hastaların %73'ünün geliri giderine eşittir. MS'li kadın hastaların ortalama yaşı 37,85±11,29 ve ortalama BKI değerleri 25,44±5,75'dir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. MS'li Kadınların Klinik Özelliklerinin Dağılımı(n=100)

	Sayı	%
MS Tanısını Alma Süresi		
1 yıldan az	13	13.0
1-5 yıl	31	31.0
6-10 yıl	30	30.0
11-15 yıl	16	16.0
16 yıl ve üzeri	10	10.0
MS Tipi		
Relapsing-Remitting Form	70	67.0
Sekonder Progresif Form	11	11.0
Primer Progresif Form	13	13.0
Progresif Relapsing Form	3	3.0
Bening multipl skleroz	3	3.0
MS Ataklarını Yaşama Sıklığı		
Atak yok	6	6.0
Yılda 1	51	51.0
Yılda 2	32	32.0
Yılda 3	10	10.0
Yılda 4	1	1.0
Ailede MS Hastası Olma		
Annem	7	7.0
Kardeşim	7	7.0
Diğer	86	83.0
MS'dan Başka Kronik Hastalık Durumu		
Evet	17	17.0
Hayır	83	83.0
Yardımcı Araç Kullanma Durumu		
Evet	13	13.0
Hayır	87	87.0
Fizyoterapi Alma		
Evet	11	11.0
Hayır	89	89.0
İlk MS Belirtisini Yaşama: Min:1 ay Max:27 yıl Ortalama: 8 yıl Std. Sapma:5.2 yıl		
MS Nedeniyle Hastaneye yatarak kaç defa tedavi alma: Min:1 Max:20 Ortalama:5 Std. Sapma:4.6		
Son MS Atağını Geçirme Zamanı : Min:2 gün Max:9 yıl Ortalama:8 ay Std. Sapma:5.3 ay		

MS'li kadın hastaların %30'u 6-10 yıldır MS tanısı ile yaşamakta ve %67'sinin MS tipi Relapsing-Remitting Form'dur. %51'i yılda 1 kere MS atağı yaşarken, %32'si yılda 2 kere MS atağı yaşamaktadır. Hastaların %7'sinin annesi ve %7'sinin kardeşi MS hastasıdır. %83'ünün MS dışında başka kronik hastalığı bulunmamaktadır (Tablo 4.2).

MS'li kadın hastaların %13'ü yardımcı araç kullanırken, %11'i fizyoterapi almaktadır. Hastaların ortalama ilk MS belirtisi yaşamaları 8 yıl öncedir, MS nedeniyle hastaneye yatarak kaç defa tedavi alma ortalama 5 defa, son MS atağı geçirme zamanı ortalama olarak ise 8 ay öncesidir (Tablo 4.2).

Üriner İnkontinans Durumuna Yönelik Bulgular

Tablo 4.3. MS'li Kadınlarda Üriner İnkontinans Durumunun Değerlendirilmesi

	Sayı	%
Üriner İnkontinans Tipi		
Sıkışma (Acil) inkontinans	50	50.0
Stres inkontinans	42	42.0
Miks Tip inkontinans	8	8.0
İdrar inkontinansı için tedavi alma durumu		
Evet	25	25.0
Hayır	75	75.0
İdrar inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilme durumu		
Evet	33	33.0
Hayır	67	67.0

MS'li kadınların Üriner İnkontinans tipi incelendiğinde %50'sinde Sıkışma (Acil) inkontinans ve %42'sinde stres inkontinans bulunmaktadır. Hastaların %25'i üriner inkontinansı için tedavi almış ve %33'üne üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. İnkontinans Şiddet İndeksine Yönelik Bulgular

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Bassıklık
İnkontinans şiddet indeksi	1.00	12.00	3.80	3.69	1.298	0.374

İnkontinans şiddet indeksine yönelik bulgular incelendiğinde ortalamanın $3,80 \pm 3,69$ değerlerde olduğu görülmektedir. Şiddet indeksinin 3-6 puan arasında olması hastalarda genel olarak orta şiddete sahip bir üriner inkontinans sorunu olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

İnkontinans şiddet indeksi ölçek değerlendirmesinde çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin 1.96 ile -1.96 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durumda ölçeğin normal dağılım gösterdiği varsayılmış ve parametrik testler olan

bağımsız gruplar için t student testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır (Tablo 4.4).

MS'li Kadınların Demografik-Klinik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi

Tablo 4.5. MS'li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi

	Ortalama \pm ss	t. F
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	5.66 \pm 5.68	F: 2.067
İlkokul	3.78 \pm 3.35	p: 0.076
Ortaokul	5.10 \pm 4.43	
Lise	5.47 \pm 4.58	
Üniversite	2.57 \pm 2.55	
Yüksek Lisans/Doktora	2.00 \pm 0.00	
Medeni Durum		
Evli	3.80 \pm 3.59	t: 0.013
Bekar	3.79 \pm 4.08	p: 0.990
Çocuk Durumu		
Yok	2.00 \pm 1.27	t: 1.538
Var	3.57 \pm 3.46	p:0.131
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	4.00 \pm 3.77	F: 2.828
Geniş aile	2.07 \pm 1.55	p:0.029
Parçalanmış aile	5.50 \pm 4.79	
Yalnız yaşama	1.00 \pm 0.00	
Yaşanılan Yer		
İl	3.43 \pm 3.46	F: 2.672
İlçe	5.80 \pm 4.37	p:0.074
Köy	3.57 \pm 3.86	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	1.77 \pm 2.09	F: 7.646
Çalışmıyor	4.71 \pm 3.90	p:0.001
Emekli	4.66 \pm 4.27	
Meslek		
Ev hanımı	4.93 \pm 3.99	F: 4.790
İşçi	1.00 \pm 0.00	p:0.001
Memur	2.00 \pm 2.65	
Serbest	1.50 \pm 0.57	
Çiftçi	2.33 \pm 1.50	
Gelir Durumu		
Gelirim giderimden az	4.91 \pm 3.78	F:1.718
Gelirim giderime eşit	3.60 \pm 3.68	p:0.185
Gelirim giderimden çok	1.00 \pm 0.00	

MS'li kadınların demografik özellikleri ve İŞİ ilişkisi incelendiğinde, eğitim durumuna, medeni duruma, çocuk durumuna, yaşanan yere ve gelir durumuna göre İŞİ farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bununla beraber aile yapısına, çalışma durumuna ve meslek durumuna göre İŞİ istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır (Tablo 4.5).

Aile yapısına göre incelemede çekirdek aile ve parçalanmış aile yapısına sahip olanların İnkontinans Şiddet İndeksinin geniş aile ve yalnız yaşayanlardan daha yüksektir (Tablo 4.5).

Çalışma durumuna göre bakıldığında çalışmayan ve emekli olanların İnkontinans Şiddet İndeksinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.(Tablo 4.5)

Meslek durumuna göre incelendiğinde ise ev hanımlarının İnkontinans Şiddet İndeksinin diğer bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Yaşa ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkontinans Şiddet İndeksi

		Yaş	BKI
İnkontinans Şiddet İndeksi	r	.462**	.088
	p	.000	.383
	n	100	100

Yaşa ve BKI indeksine göre İŞİ incelendiğinde, BKI indeksine göre farklılık bulunmazken, yaş ve İŞİ arasında ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). İlişki pozitif yönlüdür. MS'li kadın hastaların yaşları arttıkça İŞİ yükselmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. MS'li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi

	Ortalama \pm ss	t. F
MS Tanısını Alma Süresi		
1 yıldan az	1.91 \pm 1.56	F: 6.916 p: 0.000
1-5 yıl	2.93 \pm 3.04	
6-10 yıl	3.83 \pm 3.23	
11-15 yıl	3.93 \pm 4.12	
16 yıl ve üzeri	8.70 \pm 4.42	
MS Tipi		
Relapsing-Remitting Form	3.22 \pm 3.46	F: 2.014 p:0.099
Sekonder Progresif Form	5.81 \pm .16	
Primer Progresif Form	5.15 \pm 4.07	
Progresif Relapsing Form	5.66 \pm 5.50	
Bening multipl skleroz	2.33 \pm 1.52	
Ailede MS Hastası Olma		
Annem	7.42 \pm 5.71	F: 3.612 p:0.031
Kardeşim	3.42 \pm .76	
Diğer	3.62 \pm 3.48	
MS'dan Başka Kronik Hastalık Durumu		
Evet	4.76 \pm 3.25	t: 1.147 p:0.254
Hayır	3.63 \pm 3.78	
Yardımcı Araç Kullanma Durumu		
Evet	7.53 \pm 4.44	t: 4.228 p:0.000
Hayır	3.24 \pm 3.24	
Fizyoterapi Alma		
Evet	8.27 \pm 3.92	t: 4.679 p:0.000
Hayır	3.24 \pm 3.29	

MS'li kadınların Klinik Özellikleri ve İŞİ ilişkisi incelendiğinde, MS tipine ve MS'den başka kronik hastalığın olması durumuna göre İnkontinans Şiddet İndeksinin farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0.05$). Bununla beraber MS tanısı alma süresine, ailede MS hastası olma durumuna, yardımcı araç kullanma durumuna ve fizyoterapi alma durumuna göre İŞİ istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). MS tanısı alma süresinde ve ailede MS hastası olma durumunda farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır (Tablo 4.7).

MS tanısı alma süresine göre incelendiğinde, 16 yıl ve üzeri zamandır MS tanısına sahip olan hastaların İŞİ diğerlerine göre oldukça yüksektir. MS tanısı alma süresi arttıkça İŞİ de yükselmektedir (Tablo 4.7).

Ailede MS hastası olma durumuna göre incelendiğinde, annesi MS olan hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 4.7).

Hastaların yardımcı araç kullanma durumları ve fizyoterapi alma durumlarına göre İŞİ incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastalarda İŞİ daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Üriner İnkontinans Durumu ve İnkontinans Şiddet İndeksi İlişkisi

	Ortalama \pm ss	t. F
Üriner İnkontinans Tipi		
Sıkışma (Acil) inkontinans	5.44 \pm 4.12	F: 19.779 p:0.000
Stres inkontinans	1.47 \pm 1.08	
Miks Tip inkontinans	5.12 \pm 3.35	
İdrar inkontinansı için tedavi alma Durumu		
Evet	8.92 \pm 3.49	t: 13.354 p:0.000
Hayır	2.09 \pm 1.58	
İdrar inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilme durumu		
Evet	6.93 \pm 4.57	t: 7.103 p:0.000
Hayır	2.31 \pm 1.91	

Tablo 4.8' e göre Üriner İnkontinans durumu ve İŞİ ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan Üriner İnkontinans durumlarına göre İŞİ istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0.05$).

Sıkışma (Acil) inkontinans ve Miks Tip inkontinans tipine sahip hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi Stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Üriner inkontinansı için tedavi alan ve Üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8).

MS'li Kadınlarda İnkontinans Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.9. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğine Yönelik Bulgular

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Bassıklık
Davranışların Sınırlandırılması	20.0	100.0	65.4	24.4	-0.459	-1.006
Psikososyal Etkilenme	24.4	100.0	79.0	22.5	-1.001	-0.295
Sosyal İzolasyon	20.0	100.0	72.2	25.1	-0.528	-1.044
Genel İnkontinans Yaşam Kalitesi	24.4	100.0	72.7	22.94	-1.251	-0.921

İYKÖ puanlarına yönelik bulgular incelendiğinde Davranışların Sınırlandırılması alt boyutunda ortalamanın 65.4 ± 24.4 ; Psikososyal Etkilenme alt boyutunda ortalamanın 79.0 ± 22.5 ; Sosyal İzolasyon alt boyutunda ortalamanın 72.2 ± 25.1 , genel puan ortalamasının 72.7 ± 22.94 olduğu görülmüştür. Üriner İnkontinans yaşam kalitesi algısının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir (Tablo 4.9).

İYKÖ puanlarının değerlendirilmesinde tüm alt boyutların çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin 1.96 ile -1.96 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durumda ölçeğin normal dağılım gösterdiği varsayılmış ve parametrik testler olan bağımsız gruplar için t student testi ve ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi uygulanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. MS'li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi

	Davranışların Sınırlandırılması Ortalama ± ss	Psikososyal Etkilenme Ortalama ± ss	Sosyal İzolasyon Ortalama ± ss	Genel Ortalama ± ss
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	60.00±30.31	82.96±13.39	76.00±31.74	73.03±23.11
İlkokul	62.95±23.28	78.35±22.92	69.21±26.20	71.49±22.62
Ortaokul	59.50±27.68	69.87±28.30	69.20±27.65	65.65±27.91
Lise	60.44±24.83	77.38±26.23	65.88±29.15	68.60±5.56
Üniversite	73.14±24.16	84.63±18.36	80.91±18.28	79.49±19.90
Yüksek Lisans/Doktora	50.00±0.00	48.84±0.00	32.00±0.00	45.45±0.00
F	1.221	1.509	1.356	1.492
p	0.305	0.195	0.246	0.200
Medeni Durum				
Evli	64.86±23.70	80.27±20.94	71.63±25.50	73.08±22.06
Bekar	67.08±27.34	75.55±37.34	74.00±24.60	71.77±26.05
t	0.384	0.873	0.400	0.237
p	0.701	0.385	0.690	0.813
Çocuk Durumu				
Yok	79.79±23.43	86.66±18.25	81.66±24.74	83.03±21.08
Var	63.09±24.69	76.38±23.12	68.52±25.64	70.44±23.47
t	2.036	1.395	1.560	1.642
p	0.054	0.170	0.125	0.107
Aile Yapısı				
Çekirdek aile	63.92±25.44	92.47±8.33	70.68±25.60	71.26±23.43
Geniş aile	75.96±13.40	77.83±22.39	86.15±16.21	85.03±11.03
Parçalanmış aile	50.00±27.46	62.33±3.84	60.00±31.32	57.27±30.77
Yalnız yaşama	82.50±21.79	28.88±3.51	80.00±20.00	86.36±13.75
F	1.512	3.662	1.965	2.355
p	0.205	0.008	0.106	0.060
Yaşanılan Yer				
İl	66.02±24.58	79.88±21.92	73.33±25.18	73.52±22.66
İlçe	59.33±27.73	74.12±25.76	65.33±26.73	67.01±26.51
Köy	71.42±8.99	81.48±25.78	74.28±22.84	76.66±18.65
F	0.693	0.413	0.656	0.564
p	0.503	0.663	0.521	0.571
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	77.98±21.04	88.24±18.77	82.06±21.01	83.10±19.35
Çalışmıyor	60.63±23.46	75.14±22.73	68.25±25.85	68.15±22.78
Emekli	50.41±29.30	70.66±29.41	62.66±26.85	64.18±28.20
F	7.206	4.055	3.780	5.122
p	0.001	0.020	0.026	0.008

Tablo 4.10. MS'li Kadınların Demografik Özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi (Devamı)

	Davranışların Sınırlandırılması Ortalama ± ss	Psikososyal Etkilenme Ortalama ± ss	Sosyal İzolasyon Ortalama ± ss	Genel Ortalama ± ss
Meslek				
Ev hanımı	57.93±23.60	74.03±23.72	66.09±25.82	66.65±23.11
İşçi	87.91±8.27	98.88±1.21	92.00±9.79	93.33±5.47
Memur	77.50±23.45	88.39±18.09	83.77±18.22	83.38±19.29
Serbest	75.62±18.52	81.48±28.31	79.00±31.72	77.57±28.05
Çiftçi	73.88±22.11	80.73±17.88	75.55±24.85	77.07±20.59
F	4.953	2.905	3.170	3.731
p	0.001	0.026	0.017	0.007
Gelir Durumu				
Gelirim giderimden az	54.78±24.66	65.18±25.90	56.17±27.24	60.00±24.89
Gelirim giderime eşit	67.73±23.83	82.34±20.36	76.12±22.67	75.56±21.38
Gelirim giderimden çok	86.25±8.83	95.55±6.28	100.00±0.00	93.18±5.78
F	3.366	5.726	7.681	4.919
p	0.039	0.005	0.001	0.009

Hastaların demografik özellikleri ve İYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim durumuna, medeni duruma, çocuk durumuna ve yaşanılan yere göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Aile yapısına göre Psikososyal Etkilenme alt boyutu, çalışma durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları, meslek durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları ve gelir durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Farklılıkların hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır (Tablo 4.10).

Aile yapısına göre Psikososyal Etkilenme durumu incelendiğinde, çekirdek aile ve geniş ailelerde İnkontinans Yaşam Kalitesi algısı diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.10).

Çalışma durumuna göre çalışan bireylerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

Meslek durumuna göre işçilerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları en yüksekken, ev hanımlarının en düşüktür (Tablo 4.10).

Gelir durumuna göre incelendiğinde kişilerin gelirleri arttıkça Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları yükselmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Yaşa ve Beden Kitle İndeksine Göre İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

		Yaş	BMI
Davranışların Sınırlandırılması	r	-.406**	-.043
	p	.000	.668
	n	100	100
Psikososyal Etkilenme	r	-.381**	-.090
	p	.000	.382
	n	100	100
Sosyal İzolasyon	r	-.415**	-.117
	p	.000	.248
	n	100	100
Genel	r	-.415**	-.108
	p	.000	.294
	n	100	100

Yaşa ve BKİ indeksine göre yaşam kalitesi incelendiğinde, BKİ indeksine göre farklılık bulunmazken, yaş ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İlişki tüm alt boyutlar için negatif yönlüdür. MS'li kadın hastaların yaşları arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. MS'li Kadınların Klinik Özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi

	Davranışların Sınırlandırılması Ortalama ± ss	Psikososyal Etkilenme Ortalama ± ss	Sosyal İzolasyon Ortalama ± ss	Genel Ortalama ± ss
MS Tanısını Alma Süresi				
1 yıldan az	73.75±30.59	83.33±19.99	80.66±23.18	79.24±24.26
1-5 yıl	70.16±18.34	85.25±16.34	76.00±20.65	77.45±17.22
6-10 yıl	64.08±25.82	77.77±23.14	74.80±23.39	72.40±23.67
11-15 yıl	67.50±24.93	82.36±25.20	75.25±28.74	76.84±24.51
16 yıl ve üzeri	39.25±12.80	53.11±21.93	36.40±11.69	44.27±13.26
F	3.951	4.696	7.055	5.334
p	0.005	0.002	0.000	0.001
MS Tipi				
Relapsing-Remitting Form	71.71±21.88	84.47±19.37	76.71±23.23	78.23±20.20
Sekonder Progresif Form	42.95±23.44	56.56±24.28	61.81±26.91	52.80±23.56
Primer Progresif Form	52.88±25.77	65.92±26.19	56.00±27.71	58.25±25.85
Progresif Relapsing Form	57.50±28.17	77.77±12.57	76.00±31.24	64.54±25.71
Bening multipl skleroz	68.33±10.13	90.36±1.28	78.66±16.65	79.69±7.94
F	5.134	5.827	2.583	5.062
p	0.001	0.000	0.042	0.001
Ailede MS Hastası Olma				
Annem	64.28±24.73	84.12±16.40	74.28±20.24	74.67±19.60
Kardeşim	66.07±22.16	78.09±23.14	72.00±28.56	72.33±23.33
Diğer	64.48±24.82	78.03±23.23	71.22±25.60	71.78±23.41
F	0.014	0.230	0.048	0.051
p	0.986	0.795	0.953	0.951
MS'dan Başka Kronik Hastalık Durumu				
Evet	48.52±21.25	67.77±21.83	56.23±22.95	56.94±19.75
Hayır	68.56±23.77	80.84±22.29	75.17±24.48	75.20±22.45
t	3.216	2.032	2.931	2.855
p	0.002	0.045	0.004	0.005
Yardımcı Araç Kullanma Durumu				
Evet	41.92±21.06	58.97±27.04	50.46±25.11	50.83±23.29
Hayır	68.90±23.09	82.30±20.22	75.44±23.67	76.21±21.03
t	3.971	3.686	3.523	3.987
p	0.000	0.000	0.001	0.000
Fizyoterapi Alma Durumu				
Evet	42.50±22.99	58.98±22.34	54.90±25.99	52.06±22.12
Hayır	68.23±23.27	81.75±21.37	74.33±24.39	75.45±21.76
t	3.464	3.307	2.475	3.348
p	0.001	0.001	0.015	0.001

MS'li kadınların Klinik Özellikleri ve İYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, sorgulanan tüm hastalık durumlarına Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları alt boyutları istatistiksel olarak farklılık

göstermektedir ($p < 0.05$). Farklılıkların hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır (Tablo 4.12).

MS tanısı alma süresine göre İnkontinans Yaşam Kalitesi algısı farklılık göstermektedir. 16 yıl ve üzeri zamandır MS hastalığına sahip olan bireylerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.12).

MS tipine göre incelendiğinde Sekonder Progresif Form ve Primer Progresif Form MS tipine sahip olan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür (Tablo 4.12).

Başka kronik hastalığın olması durumu incelendiğinde MS'den başka kronik hastalığı olan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşük saptanmıştır (Tablo 4.12).

Yardımcı araç kullanma ve fizyoterapi alma durumlarına göre incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Üriner İnkontinans Durumu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi

	Davranışların Sınırlandırılması Ortalama ± ss	Psikososyal Etkilenme Ortalama ± ss	Sosyal İzolasyon Ortalama ± ss	Genel Ortalama ± ss
Üriner İnkontinans Tipi				
Sıkışma (Acil) inkontinans	56.35±23.36	69.97±23.41	63.68±26.33	63.30±22.85
Stres inkontinans	80.35±18.03	92.11±12.63	86.16±17.42	86.49±14.84
Miks Tip inkontinans	43.43±16.89	59.99±25.19	52.00±13.52	50.36±16.42
F	20.001	17.094	15.364	19.569
p	0.000	0.000	0.000	0.000
Üriner inkontinansı için tedavi alma Durumu				
Evet	44.80±22.21	59.28±24.31	54.24±23.66	52.87±22.19
Hayır	72.26±21.25	86.13±17.28	78.18±22.84	79.78±18.82
t	5.533	5.974	4.498	5.862
p	0.000	0.000	0.000	0.000
Üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilme durumu				
Evet	59.64±24.66	74.16±24.01	66.85±25.80	57.74±21.59
Hayır	78.83±18.30	90.65±13.17	84.66±18.76	79.90±20.18
t	5.415	4.135	4.173	4.904
p	0.000	0.000	0.000	0.000

Tablo 4.13' e göre Üriner İnkontinans durumu ve İYKÖ ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan Üriner İnkontinans durumlarına göre İnkontinans Yaşam Kalitesi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

Sıkışma (Acil) inkontinans ve Miks Tip inkontinans tipine sahip hastaların İnkontinans Yaşam Kalitesi Stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.13).

Üriner inkontinans için tedavi alan ve Üriner inkontinans tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların İnkontinans Yaşam Kalitesi diğerlerine göre daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.13).

İnkontinans Şiddet İndeksi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi

Tablo 4.14. İnkontinans Şiddet İndeksi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği İlişkisi
Pearson Korelasyon Testi

		IŞI
Davranışların Sınırlandırılması	Pearson Correlation	-.680
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Psikososyal Etkilenme	Pearson Correlation	-.693
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Sosyal İzolasyon	Pearson Correlation	-.612
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100
Genel	Pearson Correlation	-.655
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	100

IŞI ve İYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları ile IŞI arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur ($p < 0.05$). Üriner İnkontinans sorunu hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo 4.14).

5.TARTIŞMA

MS, bireylerde fizyolojik işlevlerde azalma ya da değişimin yanı sıra psikolojik, sosyo-ekonomik problemlere neden olabilen, yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü olumsuz yönde etkileyen ilerleyici bir hastalıktır (Mollaoğlu ve ark., 2006; Smeltzer ve ark., 2007; Atagün ve ark., 2011; Duffany ve ark., 2011). MS’de merkezi sinir sistemi demiyelinizasyonu, pek çok semptomun yaşanmasına neden olabilmektedir. MS’li hastalarda semptomlar arasında özellikle mesane problemleri önemli olarak görülmektedir. MS tanısı alan hastaların büyük bir kısmında, mesanenin duyuşal, motor ve sfinkter fonksiyonları etkilenmekte ve sıklıkla ani idrara çıkma, sık idrara çıkma ve üriner inkontinans görülmektedir (Çetinel, 2005; Yücetaş, 2008; Şen ve ark., 2015). Üriner inkontinans yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, sosyal açıdan önem arz eden bir sorundur. Üriner inkontinans, bireylerin kendilerine olan güvenleri azalmakta ve yaşam kaliteleri azalmaktadır (Fjorback ve ark., 2007). Yapılan çeşitli araştırmalarda MS’li hastalarda üriner inkontinans sıklığı %52 – 97 arasında olduğu ifade edilmektedir. MS’li hastaların %5’inde ilk belirti olarak ortaya çıkmakta ve hastalık ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Üriner inkontinans kişinin; sosyal, mesleki ve seksüel yaşamını olumsuz etkilemektedir (Bonniaud ve ark., 2008; Gulick, 2011; Moore ve ark., 2011; Hasio ve ark., 2012). Mesane fonksiyon bozukluğu, hastanın yaşam kalitesini ve sosyal aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (Nortvedt ve ark., 2007; Patil ve ark., 2012).

Bu araştırmada Multiple Skleroz Hasta bilgi formu, İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ), İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ) kullanılarak MS’li kadın hastalarda inkontinans şiddet indeksi ve üriner inkontinans yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. MS’li Kadın Hastaların Üriner İnkontinans Durumu ve Şiddeti

Kadınlarda üriner inkontinans önemli sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Üriner inkontinans durumunu ve şiddetini etkileyen birçok faktör söz konusu olmakla beraber genel olarak sıklığının tespit edilmesi zordur. Genel üriner inkontinans sıklığının %10 dolayında bulunduğu araştırmalar olduğu gibi, %50’nin üzerinde rapor eden araştırmalar da söz konusudur (Diokno ve ark., 1986; Hampel ve ark., 1997).

Türkiye’de üriner inkontinans prevalansının % 9.6 ile % 25.8 arasında değiştiğini ifade eden çalışmalar mevcuttur (Koçak ve ark., 2005; Beji ve ark., 2010). Bu çalışmada ise, 213 kadın MS hastasının 100’ünde (% 46.9) üriner inkontinans olduğu belirlenmiş ve İnkontinans Şiddet İndeksi, üriner inkontinans sorunu olan hastalara uygulanmıştır. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)’ne göre örnekleminizde yer alan hastaların inkontinans şiddet indeksi orta derecede bulunmuştur. Literatürde MS’li kadın hastalarda üriner inkontinans sıklığını araştıran çalışmalara rastlanmamış olmakla beraber Terzi (2013) kadınlar üzerine yaptığı çalışmada inkontinans prevalansını %44.8 olarak tespit etmiştir. Yine Çiftçi ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada kadınlarda üriner inkontinans görülme sıklığını %36,6 olarak tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde bu çalışmada üriner inkontinans prevalansının yüksek çıkması doğrudan MS hastalığı ile ilişkilendirilebilir.

MS’li kadın hastaların üriner inkontinans tipi incelendiğinde %50’inde sıkışma (acil) inkontinans ve %42’inde stres inkontinans bulunmaktadır. Şen ve ark. (2015) çalışmalarında hastaların %37,5’inde üriner inkontinans tipinin aciliyet hissiyle olduğu belirlenmiştir. Gündüz ve ark. (2006) 30 hasta üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların %77’sinde sık idrara gitme ve sıkışma, %60’ında da idrar kaçırma sorunu olduğu saptanmıştır. Murphy ve ark. (2012) 143 kadın hasta ile yaptığı çalışmalarında, kadınların %55.9’u strese bağlı idrar inkontinansı yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik ve farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin, örneklem grubunun ve çalışma yönteminin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

MS’li kadınların %25’i üriner inkontinansı için tedavi almıştır. Hastaların %33’üne üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilmiştir. Acar ve Yurtsever (2010) çalışmasında üriner inkontinansı olan 65 yaş ve üzeri olan 124 kadının %30.6’sının üriner inkontinans nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu ve %75’inin hiç tedavi olmadığını bildirmiştir. Akıncı (2009) çalışmasında üriner inkontinanslı kadınların %33.3’ünün ilaç tedavisi aldığını ve araştırmaya katılan kadınlardan hiçbirinin daha önce eğitim almadığını saptamıştır. Bizim çalışmamızda literatürle benzerlik göstermektedir. Kadınların üriner inkontinans sorunu yaşamalarına rağmen birçoğunun utanma, çekinme ve önemsememe gibi nedenlerden dolayı doktora başvurmadığı düşünülmektedir (Özdemir, 2009). MS hastalarıyla çalışan sağlık çalışanlarının üriner inkontinansa duyarlılığının artması, daha fazla bilimsel

çalışmalara yer verilmesi ve hasta eğitimleri yapılmasıyla bireylerin bilinçleneceği düşünölmektedir.

İnkontinans şiddet indeksine yönelik bulgular incelendiğinde ortalamanın $3,80 \pm 3,69$ olduğu belirlenmiştir. şiddet indeksinin 3-6 puan arasında olması hastalarda genel olarak orta şiddete sahip bir üriiner inkontinans sorunu olduğunu göstermektedir. Goris ve ark. (2010) çalışmalarında, MS'li kadın hastalarda üriiner inkontinans probleminin önemli olduğu ve hastaların orta-yüksek seviyede üriiner inkontinans indeksine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde MS hastalarında üriiner inkontinans şiddeti ile yapılmış çalışma kısıtlılıdır. Bununla beraber Güler ve Yağcı (2006) tarafından kadınlarda üriiner inkontinans şiddetinin araştırıldığı çalışmada, MS hastalığının üriiner inkontinans için önemli bir risk faktör olduğunu ifade etmiştir. Benzer şekilde Yavuz (2008) üriiner inkontinansa yönelik genel değerlendirme yaptığı çalışmasında, MS hastalığının üriiner inkontinansta önemli bir risk faktörü olduğunu ifade etmiştir.

MS'li kadın hastaların yaşları arttıka inkontinans şiddeti yükselmektedir. Literatür taraması kapsamında MS'li hastalarda yaş ve inkontinans şiddeti arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla beraber Akgün (2009) çalışmasında 40 yaş üzeri kadınlarda üriiner inkontinansın görölme sıklığının arttığını ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

Aile yapısına göre incelemede çekirdek aile ve parçalanmış aile yapısına sahip olanların inkontinans şiddet indeksinin geniş aile ve yalnız yaşayanlardan daha yüksektir. MS'li kadın hastaların bakım ihtiyaçlarının yüksek olması ve bu ihtiyacın farklı aile yapılarına göre farklı şekillerde karşılanıyor olması, inkontinans şiddet indeksini farklılaştırıyor olabilir. Literatürde bu karşılaştırmanın yapıldığı başka bir araştırmaya rastlanmamıştır. İleride yapılacak olan araştırmalarla bu ilişkinin araştırılması önerilmektedir.

Çalışma durumuna göre bakıldığında çalışmayan ve emekli olanların inkontinans şiddet indeksinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öte yandan meslek durumuna göre incelendiğinde ise ev hanımlarının inkontinans şiddet indeksinin diğer bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışan MS'li kadınların fizyolojik rahatsızlıklarının daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir. MS'li kadınların fizyolojik rahatsızlıklarının daha az olması, çalışmaları önünde engel teşkil etmeyecektir. MS'e bağlı olarak fizyolojik rahatsızlıkların yüksek

olması, kadınların çalışmaları önünde bir engel olabilir. Ford ve ark. (2001)'nin yapmış olduğu araştırmasında MS'li hastaların %70'inden fazlasının işsiz olduğu ve bunlarında yarısının hastalıklarının bir sonucu olduğunu belirtmiştir.

MS tanısı alma süresine göre incelendiğinde, 16 yıl ve üzeri zamandır MS tanısına sahip olan hastaların inkontinans şiddet indeksi diğerlerine göre oldukça yüksektir. MS tanısı alma süresi arttıkça inkontinans şiddet indeksinde yükselmektedir. MS hastalığının süresi arttıkça hastaların fizyolojik rahatsızlıkları da artmaktadır. Bu durum uzun yıllar boyunca MS hastası olan bireylerin inkontinans şiddet indeksinde arttırıyor olabilir. Mutluay (2006) çalışmasında MS'li hastalarda hastalığın süresi arttıkça fiziksel yeterliliğin azaldığını ifade etmiştir. MS'li hastalarda fiziksel yetilerdeki azalma üriner inkontinans için önemli bir risk faktörü olarak görülebilir.

Aile MS hastası olma durumuna göre incelendiğinde, annesi MS olan hastaların inkontinans şiddet indeksi diğerlerine göre daha yüksektir. Bireylerin MS'e karşı genetik yatkınlığının olması, hastalığın seyri üzerinde olumsuz etkiler yaratıyor olabilir.

MS'li kadın hastaların yardımcı araç kullanma durumları ve fizyoterapi alma durumlarına göre inkontinans şiddet indeksi incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastalarda inkontinans şiddet indeksi'nin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum aslında MS hastalık süresi ile ilişkilidir. MS hastalık süresinin uzaması hastaların yardımcı araç kullanma durumlarını ve fizyoterapi alma durumlarını arttırmaktadır. Bu durum aynı zamanda üriner inkontinas sıklığında etkili olabilir. Güler ve Yağcı (2006) kadın üriner inkontinansını değerlendirdikleri çalışmalarında ise fizyoterapi alan kadınların inkontinans şiddetinin azaldığını ifade etmişlerdir. Mutluay (2006) çalışmasında MS'li hastalara verilecek olan rehabilitasyon hizmetlerinin, hastalarda sıklıkla karşılaşılan alt üriner sistem infeksiyonları önlemede önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Yine Özcan (2012) çalışmasında üriner inkontinansı olan 65 yaş üstü kadınlara verilen kegel egzersizlerinin hastalarda üriner inkontinansı şiddetini azaltmada önemli bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Bununla beraber çalışmada uygulanacak olan rehabilitasyon hizmetinde hastanın özelliklerinin (MS tipi, fizyolojik rahatsızlıkları gibi) dikkate alınmasının önemli olduğu ifade edilmiştir. Her hastaya uygun şekilde rehabilitasyon uygulanmasının, tedavinin başarısı adına önemli olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızın literatürden farklı olmasının sebebi MS hastalarında üriner inkontinansın göz ardı

edilmesi, hasta eğitimlerinin ve rehabilitasyonun yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Üriner inkontinans durumu ve inkontinans şiddet indeksi ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan üriner inkontinans durumlarına göre inkontinans şiddet indeksi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Sıkışma (acil) inkontinans ve miks tip inkontinans tipine sahip hastaların inkontinans şiddet indeksi stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha yüksektir. Bunun nedeninin, stres üriner inkontinans tipinde inkontinans atağıyla birlikte bir veya birkaç damla kaçırma varken; sıkışma ve miks üriner inkontinasta ise idrarın büyük bölümü boşaltılıncaya kadar denetim altında tutamamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Onur ve Bayrak, 2015; Sivaslıoğlu, 2011).

Üriner inkontinans için tedavi alan ve üriner inkontinans tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların inkontinans şiddet indeksi diğerlerine göre daha yüksektir. Karan ve ark. (2000) üriner inkontinans sorununa karşı kadınların utanma, çekinme, önemsememe gibi nedenlerden dolayı doktora geç başvurduklarını belirtmiş ve hastaların, hastanın kapasitesi ve verimi düşmeden tedavi edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

5.2.MS'li Kadınların Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi

Üriner inkontinans bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Üriner inkontinans farklı hastalıklar sonucunda ortaya çıkabilmekte, bireyin sosyal ve psikolojik durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Üriner inkontinans yaşam kalitesini belirgin şekilde bozabilmekte ve sosyal ilişkilerin bölünmesine, utanma ve hayal kırıklığına bağlı psikolojik sıkıntılara, cilt bütünlüğünün bozulmasına ve üriner enfeksiyonlara bağlı hastaneye yatışlara neden olabilir (Langa ve ark., 2002). Üriner inkontinans kadınların sağlığını tıbbi, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak ciddi boyutta etkilemektedir (Aslan, 2002; Acar ve Yurtsever, 2010). Üriner inkontinans tedavi edilmesine karşın fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkileri açısından önemli toplumsal sorunlardan biri olarak görülmektedir. Bununla beraber kadınların çoğunlukla sağlık kurumuna başvurma ve tedavi olmada gecikmeleri ve durumu önemsememeleri, yaşam kalitesine yönelik tehdidi arttırmaktadır (Dinç ve Beji, 2008). Sağlık ekibi içerisinde önemli konuma sahip olan hemşirelerin üriner inkontinansın önlenmesi ve bu sorunun giderilmesine ilişkin aktif rol üstlenmeleri, özellikle üriner inkontinansın gelişim

göstermesinde risk faktörleri olarak kabul gören gebelik, doğum, doğum sonu dönemde pelvik taban kasların güçlendirilmesi gibi durumlara ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol almaları önemli olarak görülmektedir (Acar ve Yurtsever, 2010; Aslan, 2002; Kök ve ark., 2006).

İnkontinans yaşam kalitesi ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde; davranışların sınırlandırılması alt boyutunda ortalamanın $65,4 \pm 24,4$; psikososyal etkilenme alt boyutunda ortalamanın $79,0 \pm 22,5$; sosyal izolasyon alt boyutunda ortalamanın $72,2 \pm 25,1$ olduğu belirlenmiştir. İnkontinans yaşam kalitesi algısının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir. Literatürde MS hastalarında inkontinans yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Janssens ve ark. (2003) MS hastaları ile yaptıkları çalışmada SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmış ve hastaların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu ifade edilmiştir. Henriksson ve ark. (2001) yaptıkları çalışmalarında MS hastalığı ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişken, Janardhan (2000) orta derecede bir ilişki olduğunu ve O'Connor (2001) ise zayıf bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Farklı bir örnekte Demirci ve ark. (2012) 18 yaş ve üzeri 259 kadınla yaptığı üriner inkontinans ve yaşam kalitesi çalışmasında davranışların sınırlandırılması alt boyutunda ortalamanın $77,60 \pm 18,30$; psikososyal etkilenme alt boyutunda ortalamanın $80,21 \pm 25,96$; sosyal izolasyon alt boyutunda ortalamanın $72,38 \pm 24,47$ olarak bulmuştur. İlçe ve Ayhan (2011) çalışmasında yaşlılarda üriner inkontinans sorununun sıklıkla yaşandığını ve bu durumun bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Bu durum farklı MS'li hasta örneklem gruplarında farklı demografik özelliklerin ve yaşam standartlarının, yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir.

Yaşa göre incelendiğinde MS'li kadın hastaların yaşları arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Yapılan benzer çalışmalarda da genç bireylerin yaşam kalitesi yaşlılara göre daha yüksek bulunmuştur. Şöyleki, Direk (2017) çalışmasında ileri yaş MS hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Hamler (2006) çalışmasında yaşı ilerlemiş olan MS hastalarının yaşam kalitesi diğerlerine göre daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Bizim çalışmamız da literatürü destekler niteliktedir.

Aile yapısına göre psikososyal etkilenme durumu incelendiğinde, çekirdek aile ve geniş ailelerde inkontinans yaşam kalitesi algısı diğerlerine göre daha yüksektir.

Stenager ve arkadaşlarının (1994) MS hastaları ile yapmış oldukları çalışmanın sonucunda, hastaların %56.4 'unun yakın akrabalarından, çoğunlukla eşlerinden yardım aldığı saptanmıştır. Bu duruma göre çekirdek ve geniş ailelerde MS hastasının yardım gereksiniminin karşılanıyor olması yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilir. Yine yalnız ve parçalanmış ailelerde MS'li hastanın aile iletişiminin daha zayıf olması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Zengin ve ark. (2017) araştırmalarında MS hastalarında sosyal destek faktörünün önemli olduğunu ve hastaların ailelerinde ve yakın çevrelerinden sosyal destek alma durumlarının yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Çalışma durumuna göre çalışan bireylerin davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları diğerlerine göre daha yüksektir. Farklı bir açıdan MS hastalığının fizyolojik engellerinin sınırlı olmaması, bireylerin çalışmalarına engel olmamaktadır. Bu nedenle çalışan MS hastalarının yaşam kalitesi algıları daha yüksek olabilir. Ford ve ark. (2001) tarafından yürütülen çalışmada MS'li hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve hastaların önemli bir kısmının çalışmamasının nedeni hastalıklarının fizyolojik etkileri olarak ifade edilmiştir. Yine bizim çalışmamızda meslek durumuna göre işçilerin davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları en yüksekken, ev hanımlarının en düşük olduğu görülmüştür. Buna sebep olarak ev hanımlarının eğitim düzeylerinin düşük olması, sürekli ev ortamında bulunmaları, iş yükünün yüksek olması, eve bağımlı olmaya bağlı bazı psikolojik stresörlere maruz kalmaları olarak düşünülebilir.

Gelir durumuna göre incelendiğinde kişilerin gelirleri arttıkça davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları yükselmektedir. Bu durum yine çalışma durumu ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca gelir durumunun artması hastaların tedaviye yönelik imkanlarını arttırabilir ve bu durum hastaların fizyolojik rahatsızlıklarını azaltmada önemli olarak görülebilir. Yine gelir düzeyi yüksek olan kişilerin günlük aktivitelerini sürdürmede yardımcı insan gücü ya da alım gücü nedeniyle diğer yardımcı araç-gereç kullanma olanağının olmasına bağlı kendilerini daha enerjik hissetmeleri ile ilişkilendirilebilir.

MS'li kadınların klinik özellikleri ve inkontinans yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde sorgulanan tüm hastalık durumlarına davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları alt boyutları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

MS tanısı alma süresine göre inkontinans yaşam kalitesi algısı farklılık göstermektedir. 16 yıl ve üzeri zamandır MS hastalığına sahip olan bireylerin davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür. Cookfair (1997) MS'li bireylerde yapılan çalışmada hastalık süresi arttıkça, MS belirtilerinin birey üzerinde oluşturduğu fonksiyon kayıplarının arttığı belirlenmiştir. Zwibel (2009) çalışmalarında MS'in hastalar üzerinde önemli problemler yarattığını ve hastalık süresi uzadıkça hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmiştir. Yahia ve ark. (2011) çalışmalarında MS hastalığının ilerlemesiyle beraber hastaların öz bakım ihtiyaçlarının arttığını ve bu durumun hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesinin düşmesinin nedeni, hastalık süreci, zaman içerisinde yeni MS ataklarının hasta üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri ve kronik bir hastalığın birey üzerindeki psikososyal etkileri ile ilişkilendirilebilir.

Ms tipine göre incelendiğinde sekonder progresif form ve primer progresif form MS tipine sahip olan hastaların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür. Storr ve ark. (2006) çalışmalarında semptomları fazla olan ve yoğun ağrı çeken hastaların yaşam kalitesi algılarının düştüğünü saptamıştır. Direk (2017) çalışmasında MS tipine göre yaşam kalitesinin farklılaşmadığını tespit etmiştir.

Başka kronik hastalığın olması durumu incelendiğinde MS'den başka kronik hastalığı olan hastaların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür. Uzun süreli tedavilerde ve ilaç kullanım durumlarında yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir.

Yardımcı araç kullanma ve fizyoterapi alma durumlarına göre incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastaların davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür. Direk (2017) çalışmasında MS'li hastalarda rehabilitasyon alma durumunun yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığını tespit etmiştir. Patti ve ark. (2007) çalışmasında rehabilitasyon çalışmalarının hastaların yalnızca ataklarının hafif geçmesini sağladığını bununla beraber yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını belirtmiştir. Beal ve Stuijbergen (2007) çalışmasında rehabilitasyon uygulamalarının hastanın hissettiği

ağrıyı azalttığını bununda yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmiştir.

Üriner inkontinans durumu ve inkontinans yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan üriner inkontinans durumlarına göre inkontinans yaşam kalitesi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Lin ve Dougherty (2003) Tayvanlı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında üriner inkontinans sorununun kadınlarda psikolojik etkilere neden olduğunu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. Nortvedt ve ark. (2007) ve Patil ve ark. (2012) çalışmalarında mesane fonksiyon bozukluğunun, hastanın yaşam kalitesini ve sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Walton (2010) çalışmasında ise spastisite ile hijyen, rahatlık, yürüyüş, güvenlik, bağırsak ve mesane fonksiyonları arasında da ilişki bulunduğunu, idrar yolları enfeksiyonu ya da kabızlık spastisitenin artmasına neden olabildiğini belirtmiştir.

Sıkışma (acil) inkontinans ve miks tip inkontinansa sahip hastaların inkontinans yaşam kalitesi stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha düşüktür. Koçak ve ark. (2005), Özerdoğan ve ark. (2004) çalışmalarında miks tip üriner inkontinans olanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Hagglund ve ark. (2001) çalışmasında, sıkışma (acil) ve miks tip inkontinansın psikolojik, fiziksel ve sosyal fonksiyonları stres inkontinansın daha fazla etkilendiğini bildirmiştir. Bizim çalışmamızda literatürü desteklemektedir. Bunun nedeni sıkışma üriner inkontinansın tuvalete gitme gereksinimi hissedildiği anda tuvalete gitmeye imkan tanımadan gelmesi, geciktirilememesi, stres üriner inkontinansa göre daha fazla idrar kaçağının olması ve gece sık idrara çıkmanın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. (Sivashoğlu, 2001; Özerdoğan ve ark., 2004).

Üriner inkontinansı için tedavi alan ve üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların inkontinans yaşam kalitesi diğerlerine göre daha düşüktür. Özerdoğan (2003) 20 yaş üstü kadınların üriner inkontinans prevalansını araştırdığı çalışmasında, tıbbi yardım için başvuruda bulunmanın kadınların yaşam kalitelerini etkilemediğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda da MS'li kadınlar tıbbi yardım için başvuru yapacak ve tedavi olacak kadar etkilenmiş ve bu durumun üriner inkontinans yaşam kalitesi ölçeğine yansıdığı görülmektedir.

5.3. MS'li Kadınların İnkontinans Şiddet İndeksi ve İnkontinans Yaşam Kalitesi İlişkisi

İnkontinans şiddet indeksi ve inkontinans yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde davranışların sınırlandırılması, psikososyal etkilenme ve sosyal izolasyon alt boyutları ile inkontinans şiddet indeksi arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur. Üriner inkontinans sorunu hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Özerdoğan ve ark. (2004) ile Tennstedt ve ark. (2007) yaptıkları çalışmalarda da, kadınlarda üriner inkontinans şiddeti arttıkça yaşam kalitelerinin de azalma olduğu rapor edilmiştir. Turner ve ark. (2009) araştırmalarında Multipl Skleroz'da ölüm oranının az olmasına rağmen genç yaşta ortaya çıkmasının ve hastalar üzerinde fiziksel kısıtlamalara neden olmasının hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bonniaud ve ark. (2008) çalışmalarında MS hastalarında en sık görülen problemlerden birinin üriner inkontinans olduğunu ve bu sorunun hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Tarhan ve ark. (2007) vaka ve kontrol grubu kullanarak yaptığı çalışmada üriner inkontinansın yüksek olduğu hastalarda yaşam kalitesinin düşük olduğu, hastalığın süresi ve özürlülük durumunun da üriner sorunlar üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Murphy ve ark. (2012) çalışmalarında idrar inkontinansı sorunu yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. MS hastalığına yönelik olarak çok çeşitli tanı ve tedavi yöntemleri olmasına karşın, hastalar sıklıkla tanı almadan ve tedavi edilmeden hayatlarına devam ettirilmesinin yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilediği ifade edilmektedir (Sadiq ve Brucker, 2015; Khalaf ve ark., 2015). Goris ve ark. (2010) çalışmalarında inkontinans sorununun MS'li kadın hastalarda fiziksel işlev ve duygusal rol işleyişi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmada inkontinans sorunu olan MS'li kadın hastaların yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar MS'li kadın hastaların emosyonel durumlarının iyileştirilmesinde, hemşirelik rolleri gereği eğitimlerin vermesinin önemini arttırmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada MS'li kadın hastalarda Üriner İnkontinans ve İnkontinans Yaşam Kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadın MS hastalarında Üriner İnkontinans önemli bir sorun olarak dikkat çekmekle beraber literatürde bu konuda yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

1. Araştırmaya katılan hastaların %35'i üniversite mezunu ve %33'ü ilkokul mezunudur. MS'li kadın hastaların %76'sı evlidir ve %83'ünün çocuğu vardır. %79'u çekirdek aileye sahiptir ve %78'i ilde yaşamaktadır. %63'ü çalışmamakta ve ev hanımıdır. Hastaların %73'ünün geliri giderine eşittir. MS'li kadın hastaların ortalama yaşı $37,85 \pm 11,29$ ve ortalama BKİ değerleri $25,44 \pm 5,75$ 'dir (Tablo 4.1).

2. MS'li kadın hastaların %30'u 6-10 yıldır MS tanısı ile yaşamakta ve %67'sinin MS tipi Relapsing-Remitting Form'dur. Hastaların %51'i yılda 1 kere MS atağı yaşarken, %32'si yılda 2 kere MS atağı yaşamaktadır. %7'sinin annesi ve %7'sinin kardeşi MS hastasıdır. %83'ünün MS dışında başka kronik hastalığı bulunmamaktadır. %13'ü yardımcı araç kullanırken, %11'i fizyoterapi almaktadır. MS'li kadın hastaların ortalama ilk MS belirtisi yaşamaları 8 yıl öncedir, MS nedeniyle hastaneye yatarak kaç defa tedavi alma ortalama 5 defa, son MS atağı geçirme zamanı ortalama olarak ise 8 ay öncesidir (Tablo 4.2).

3. Hastaların Üriner İnkontinans tipi incelendiğinde %50'sinde Sıkışma (Acil) inkontinans ve %42'sinde stres inkontinans bulunmaktadır. Hastaların %25'i üriner inkontinansı için tedavi almıştır ve %33'üne üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilmiştir (Tablo 4.3).

4. İnkontinans şiddet indeksine yönelik bulgular incelendiğinde ortalamanın $3,80 \pm 3,69$ olduğu belirlenmiştir. Şiddet indeksinin 3-6 puan arasında olması hastalarda genel olarak orta şiddete sahip bir üriner inkontinans sorunu olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

5. Hastaların demografik özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi ilişkisi incelendiğinde, eğitim durumuna, medeni duruma, çocuk durumuna, yaşanılan yere ve gelir durumuna göre İnkontinans Şiddet İndeksinin farklılık göstermediği sonucuna

varılmıştır. Bununla beraber aile yapısına, çalışma durumuna ve meslek durumuna göre İnkontinans Şiddet İndeksi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Aile yapısına göre incelemede çekirdek aile ve parçalanmış aile yapısına sahip olanların İnkontinans Şiddet İndeksinin geniş aile ve yalnız yaşayanlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışma durumuna göre bakıldığında çalışmayan ve emekli olanların İnkontinans Şiddet İndeksinin çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek durumuna göre incelendiğinde ise ev hanımlarının İnkontinans Şiddet İndeksinin diğer bireyler göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

6. MS'li kadın Hastaların Klinik Özellikleri ve İnkontinans Şiddet İndeksi ilişkisi incelendiğinde, MS tipine ve MS'den başka kronik hastalığın olması durumuna göre İnkontinans Şiddet İndeksinin farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır. Bununla beraber MS tanısı alma süresine, ailede MS hastası olma durumuna, yardımcı araç kullanma durumuna ve fizyoterapi alma durumuna göre İnkontinans Şiddet İndeksi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

MS tanısı alma süresine göre incelendiğinde, 16 yıl ve üzeri zamandır MS tanısına sahip olan hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi diğerlerine göre oldukça yüksektir. MS tanısı alma süresi arttıkça İnkontinans Şiddet İndeksi'de yükselmektedir.

Aile MS hastası olma durumuna göre incelendiğinde, annesi MS olan hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi diğerlerine göre daha yüksektir.

MS'li kadın hastaların yardımcı araç kullanma durumları ve fizyoterapi alma durumlarına göre İnkontinans Şiddet İndeksi incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastalarda İnkontinans Şiddet İndeksi'in daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

7. Üriner İnkontinans durumu ve İnkontinans Şiddet İndeksi ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan Üriner İnkontinans durumlarına göre İnkontinans Şiddet İndeksi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Sıkışma (Acil) inkontinans ve Miks Tip inkontinans tipine sahip hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi Stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha yüksektir.

Üriner inkontinansı için tedavi alan ve İdrar inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların İnkontinans Şiddet İndeksi diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 4.8).

8. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde Davranışların Sınırlandırılması alt boyutunda ortalamanın $65,4\pm 24,4$; Psikososyal Etkilenme alt boyutunda ortalamanın $79,0\pm 22,5$; Sosyal İzolasyon alt boyutunda ortalamanın $72,2\pm 25,1$ olduğu belirlenmiştir. İnkontinans yaşam kalitesi algısının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir (Tablo 4.9).

9. Hastaların demografik özellikleri ve İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim durumuna, medeni duruma, çocuk durumuna ve yaşanan yere göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları farklılık göstermemektedir. Aile yapısına göre Psikososyal Etkilenme alt boyutu, çalışma durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları, meslek durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları ve gelir durumuna göre Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Aile yapısına göre Psikososyal Etkilenme durumu incelendiğinde, çekirdek aile ve geniş ailelerde İnkontinans Yaşam Kalitesi algısı diğerlerine göre daha yüksektir.

Çalışma durumuna göre çalışan bireylerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre daha yüksektir.

Meslek durumuna göre işçilerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları en yüksekken, ev hanımlarının en düşüktür.

Gelir durumuna göre incelendiğinde kişilerin gelirleri arttıkça Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları yükselmektedir (Tablo 4.10).

10. MS'li kadın Hastaların Klinik Özellikleri ve İYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde sorgulanan tüm hastalık durumlarına Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

MS tanısı alma süresine göre İnkontinans Yaşam Kalitesi algısı farklılık göstermektedir. 16 yıl ve üzeri zamandır MS hastalığına sahip olan bireylerin Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşük bulunmuştur.

MS tipine göre incelendiğinde Sekonder Progresif Form ve Primer Progresif Form MS tipine sahip olan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür.

Başka kronik hastalığın olması durumu incelendiğinde MS'den başka kronik hastalığı olan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşük saptanmıştır.

Yardımcı araç kullanma ve fizyoterapi alma durumlarına göre incelendiğinde, yardımcı araç kullanan ve fizyoterapi alan hastaların Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon algıları diğerlerine göre oldukça düşüktür (Tablo 4.12).

11. Üriner İnkontinans durumu ve İnkontinans Yaşam Kalitesi ilişkisi incelendiğinde, tüm sorgulanan Üriner İnkontinans durumlarına göre İnkontinans Yaşam Kalitesi istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Sıkışma (Acil) inkontinans ve Miks Tip inkontinans tipine sahip hastaların İnkontinans Yaşam Kalitesi Stres inkontinans tipine sahip hastalardan daha düşük bulunmuştur. Üriner inkontinansı için tedavi alan ve Üriner inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verilen hastaların İnkontinans Yaşam Kalitesi diğerlerine göre daha düşüktür (Tablo 4.13).

12. İŞİ ve İYKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde Davranışların Sınırlandırılması, Psikososyal Etkilenme ve Sosyal İzolasyon alt boyutları ile İnkontinans Şiddet İndeksi arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur. Üriner İnkontinans sorunu hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo 4.14).

6.2. Öneriler

Araştırma sonucunda öneriler şu şekildedir:

- Bireylerin üriner inkontinans sorunlarını dile getirmede yaşadıkları zorlukları göz önünde bulundurarak etkili iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve uygulanması, bireylerin bu konuda cesaretlendirilmesi, kendilerini rahat ifade edebilecekleri uygun görüşme ortamlarının sağlanması,
- MS hastalığının üriner inkontinans için bir risk faktörü olduğu bu nedenle MS'li bireylere verilen eğitimlerde bu konunun gözardı edilmemesi, en az diğer komplikasyonlar kadar üzerinde durulması, tedavi seçeneklerinin anlatılması, sorun yaşayan bireylere danışmanlık yapılması ve tedavi amacıyla uygun bölümlere yönlendirilmesi,
- MS'li bireylerde üriner inkontinans şiddetinin rutin olarak değerlendirilmesi, kontrol altına almak için gerekli eğitim ve desteğin sağlanması, üriner inkontinans şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin açıklanması,
- Bu çalışmada kadın MS hastalarında Üriner İnkontinans önemli bir sorun olarak görülmüş ve MS ilerledikçe Üriner İnkontinans sorununda arttığı sonucuna varılmıştır. MS hastaların bu konuda bilgilendirilmeleri önemlidir. Bu konuda özellikle hemşirelik eğitimlerinin düzenlenmesi,
- MS hastalarında Üriner İnkontinans sorunun önlenmesine yönelik çeşitli tedavi yöntemlerine hastalığın başında başlanması,
- Bu araştırma yalnızca kadın MS hastaları üzerinde yürütülmüştür. İleride yapılacak olan çalışmalarda erkek hastalarda dahil edilerek karşılaştırmalar yapılabilir ve daha fazla sayıda araştırma yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abalı, S., Şahin, N. H. (2010). Yaşlılıkta Jinekolojik Sorunlar ve Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 7 (2): 10-19.
- Acar, N. B., Yurtsever, S. (2010). Üriner inkontinansı olan yaşlı kadınlarda yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Anabilim Dalı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Addis, I.B. (2008). Social Impact of Urinary Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction. In R.S.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı, SANERC, Yayın No:2, İstanbul, 78:704-705.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2011). Multipl skleroz, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 5. Baskı, Ankara, 848- 853.
- Akgün, G. (2009). 40 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Akncı, N.A. (2009). Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Akkuş, Y. (2008). Multiple Sklerozlu Hastalarda Ev Ziyareti Yoluyla Verilen Bakım Hizmetinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Anafarta, K., Arıkan, N., Bedük, Y. (2011). Temel Üroloji, P. 533-567. İçinde: Arıkan N, Ergen A, Jinekolojik Üroloji 4.Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Argyriou, A.A., Karanasios, P., Ifanti, A.A., Iconomou, G., Assmakopoulos, K., Makridou, A., Giannakopoulou, F. ve Makris, N. (2011). Quality of life and emotional burden of primary caregivers: a case-control study of multiple sclerosis patients in Greece, *Quality Life Research*. DOI 10.1007/s11136-011-9899-2

- Arslan, N., Soylu, A., Türkmen, M., Kavukçu, S. (2004). Tuvalet Konforunun Üriner İnkontinans Üzerine Etkisi. *Türk Pediatri Arşivi*; 39: 21- 4.
- Aslan, E. (2002). Üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisi. Kızılkaya Beji, N. (Ed.). Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Yayını, Emek Matbaacılık, İstanbul, 51-60.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches In Psychiatry* 3(3): 513-552.
- Avcı, F.D. (2006). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Multiple skleroz hastalarında alt ekstremitte Duyu değişikliklerinin denge üzerine etkisi. İzmir.
- Barnes, D. (2000). MS: Questions and Answers. Weybridge: Merit Publishing International.
- Başçı, D. (2016). Multipl Skleroz Hastalarında Bilişsel İşlevin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Baykuş, N. (2016). 18 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinansın Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.
- Beal, C.C. ve Stuijbergen, A. (2007). Loneliness in women with multiple sclerosis. *Rehabilitation Nursing*, 32(4), 165-171.
- Beji, K. N., Özbaş, A., Aslan, E., Bilgiç, D., Erkan, H. (2010). Overview of social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urologic Nursing*, 30(6): 327-335.
- Berto, P., Amato, M.P., Bellantonio, P., Bortolon, F., Cavalla, P., Florio, C., Lugaresi, A., Montanari, E., Rottoli, M., Simone, I.L., Zaffaroni, M. (2011). The direct cost of patients with multiple sclerosis: a survey from Italian MS centres, *Neurology Science*, DOI 10.1007/s10072-011-0578-4
- Bilgili, N., Akın, B., Ege, E., Ayaz, S. (2008). Kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen risk faktörleri. *T Klin J Med Sci* 28(4):487-93.

- Bilgin, Y. Y., Yagci, I., Tunc, S., & Demir, A. (2016). Urinary incontinence due to mirtazapine use: a case report/Mirtazapin kullanimina bagli idrar kacirma: Bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(S3), 5-8.
- Birnbaum, G. (2009). Multiple sclerosis: Clinician's guide to diagnosis and treatment. New York: Oxford University Press.
- Bonnaud, V., Bryant, D., Parratte, B., Guyatt, G. (2008). Development and validation of the short form of a urinary quality of life questionnaire: sfqualiveen. *J Urol* 180(6): 2592-8.
- Brittain, K., Shaw, C., Tansey, R. ve Williams, K. (2008). How people decide to seek health care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1516–1524.
- Buchanan, R.J., Radin, D., Huang, C., Zihu, L. (2010). Caregiver perceptions associated with risk of nursing home admission for people with multiple sclerosis. *Disabil Health J*; 3(2): 117-24.
- Chang, Y.J., Hsu, M.J., Chen, S.M., Lin, C.H., Wong, A.M.K. (2011). Decreased central fatigue in multiple sclerosis patients after 8 weeks of surface functional electrical stimulation. *Journal of Rehabilitation Research Develop*, 48(5), 555–564.
- Ciccarelli, O., Toosy, A. T., Marsden, J. F., Wheeler-Kingshott, C. M., Miller, D. H., Matthews, P. M., & Thompson, A. J. (2006). Functional response to active and passive ankle movements with clinical correlations in patients with primary progressive multiple sclerosis. *Journal of neurology*, 253(7), 882-891.
- Córcoles, M. B., Sánchez, S. A., Bachs, G. J., Moreno, D. M., Navarro, P. H., & Rodríguez, V. J. (2008). Quality of life in patients with urinary incontinence. *Actas urologicas espanolas*, 32(2), 202-210.
- Costello, K., Halper, J., Harris, C.(2003). Nursing Practice in MS. A Core Curriculum. New York: Demos Medicine Publisher.
- Çamci, M.S. (2018). Multiple Skleroz Hastalarında Fovea Ve Optik Sinir Başının Optik Koherens Tomografi Anjiografi Görüntüleme Yöntemi İle

Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi.

- Çelik, Y. et al. (2011). Prevalence of multiple sclerosis in the metropolitan area of Edirne city, Turkey. *Balkan Med J*; 28: 193-6.
- Çetinel, B. (2005). İdrar kaçırma (üriner inkontinans): Tanılama, sınıflandırma, değerlendirme ve tipleri. *Türk Üroloji Dergisi*, 31: 246-52.
- Çırak, B., Sımk, Z., Arslanoğlu, A. ve Cangüven, Ö. (2008). Nörolojik Hastalıklarda Üriner İnkontinans Tanı Ve Tedavi Yöntemleri. *Yeni Üroloji Dergisi* 4 (1): 1-7
- Çiftçi, Ö., Günay, O. (2011). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 33(4):301-8.
- Demir, A.,& Yıldız, E. (2015). Multiple Skleroz ve Beslenme. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*, 7(3):144-148.
- Demiray, Ö., Özyurt, C., (2013). İdrar Kaçırma Önlenebilir Mi? *J Female Funct Urol*; 3: 11-15.
- Demirci, F. (2002). Üriner İnkontinans Cerrahi Ve Farmakolojik Tedavi Yöntemleri, Kadınlarda Üriner İnkontinans Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Kızılkaya Beji N. (Edt.), İstanbul Üniversitesi F. N. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul, 91-102.
- Demirci, N., Coşar, F. (2009). Üriner İnkontinans Tedavisinde Davranışsal Tedavi Yöntemleri, S.D.Ü. *Tıp Fak. Derg.:*16(3)/ 35-40.
- Demirci, N., Aba, Y.A., Süzer, F., Karadağ, F., Ataman, H. (2012).18 Yas Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19).
- Deniz, B.E. (2008). Multiple Skleroz'lu hastalara ait MRG bulgularının morfometrik olarak değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Anatomi Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Eskişehir.
- Dinç, A., Beji, K. N. (2008). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde üriner inkontinans ve korunma yolları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 16(62): 143-149.

- Diokno, A.C., Brock, B.M., Brown, M.B., Herzog, A.R. (1986). Prevalence of urinary incontinence and other urological symptom in the noninstitutionalized elderly. *J Urol*;136(5):1022-5.
- Direk, M. (2017). Multiple skleroz hastalarında yürüme bozukluğu ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Duffany, K.O., Finegood, D.T., Matthews, D., Mckee, Martin, Narayan, K.M.V., Puska, P., et al. (2011). Community interventions for health (CIH): A novel approach to tackling worldwide epidemic of chronic diseases. *CVD Prev Control* 6(2): 47-56.
- Dugan, E., Cohen, S. J., Bland, D. R., Preisser, j.S., Davis, C. C, Suggs, P. K. (2000).The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. *Journal of American Geriatrics Society*,48(4),413- 416.
- Er, F. (2010). Multiple Sklerozlu Hastalarda Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Eraksoy, M., Akman Demir, G. (2004) Merkez sinir sisteminin miyelin hastalıkları. A. Emre ÖGE (editör). İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. 43
- Eraksoy, M., Bulut, S., Alp, R. (2013). Multipl Skleroz. Emre, M. (Editör). Nöroloji Temel Kitabı .Birinci Baskı, İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri, 1112-1135.
- Ertem, G. (2009). Investigating urinary incontinence patients coping with their illness. *International Journal of Human Sciences*, 6(1), 177-187
- Espuña Pons, M., Puig Clota, M., González Aguilón, M., Zardain, P. C., & Rebollo Álvarez, P. (2008). Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia: Validación de la versión española del" Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)". *Actas Urológicas Españolas*, 32(2), 211-219.
- Etemadifar, M., Janghorbani, M., Shaygannejad, V., Ashtari, F. (2006). Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *Neuroepidemiology* 27:39-44.

- Fırdolaş, F., Penbegül, N., Dağgüllü, M. (2010). Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Konservatif Yaklaşımlar *Turk Urol Sem*; 1: 27-31.
- Fitzgerald, S. T., Palmer, M. H., Berry, S. J., & Hart, K. (2000). Urinary incontinence: impact on working women. *Aaohn Journal*, 48(3), 112-118.
- Fjorback, M.V., Van Rey, F.S., Rijkhoff, N.J., Nohr, M., Petersen, T., Heesakkers, J.P. (2007). Electrical stimulation of sacral dermatomes in multiple sclerosis patients with neurogenic detrusor overactivity. *Neurourol Urodyn*. 26(4):525-30.
- Ford, H.L., Gerry, E., Johnson, M.H., Tennant, A. (2001). Health status and quality of life of people with multiple sclerosis. *Disabl Rehabil*. 23:516-21.
- Fultz, N.H. ve Herzog, R.(2001). Self reported social and emotional impact of urinary incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49(7), 892– 899.
- Gallien, P., Reymann, J.M., Amarenco, G., Nicolas, B., de Seze M., Bellissant, E. (2005). Placebo controlled, randomised, double blind study of the effects of botulinum A toxin on detrusor sphincter dyssynergia in multiple sclerosis patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 76(12):1670-6.
- Gasquet, I., Tcherny-Lessenot, S., Gaudebout, P., Goux, B.B., Klein, P. ve Haab, F. (2006). Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: a national cross-sectional survey. *European Urology*, 50(4), 818–825.
- Georgiev, D., Milanov, I., Tzonev, V., Kalafatova, O. (1994). The epidemiology of multiple sclerosis in Sofia. In Firnhaber W, Lauer K eds. Multiple Sclerosis in Europe. An Epidemiological Update. Alsbach: Leuchtturm- Verlag/LTV Press, 322-5.
- Goris, S., Sungur, G., Tasci, S., Mirza, M., Ceyhan, O., & Tekinsoy, P. (2010). The effect of urinary incontinence and sexual dysfunction on the quality of life among women with multiple sclerosis. *Pak J Med Sci*, 26, 277-281.
- Gulick, E.E. (2011). Bowel management related quality of life in people with multiple sclerosis: psychometric evaluation of the QoL-BM measure. *Int J Nurs Stud* 48: 1066-70.

- Güler, T. C., & Yağcı, N. (2006). Kadın Üriner İnkontinansı Ve Fizyoterapi Yaklaşımları. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (011), 205-218.
- Gündüz, B., Erhan, B., Coşkun, E., Tekin, N. (2006). Multiple sklerozlu hastalarda nörojenik mesane. *Turk J Phys Med Rehab* 52: 102-4.
- Hagglund, D., Olsson, H., Leppert, J. (1999). Urinary incontinence: An unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. *Fam Pract* 16(5):506-9.
- Hamler, B. (2006). About multiple sclerosis. Exercises for multiple sclerosis. A Healty Living Books. 25-32. Hatherleigh Pres.
- Hampel, C., Wienhold, D., Benken, N., Eggersmann, C., Thüroff, J.W. (1997). Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 32(Suppl 2):3-12.
- Hazar, H. ve Şirin, A. (2008). İnkontinans Şiddet İndeksinin Geçerlik Ve Güvenirliği Çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 9(3):5-8.
- Henriksson, F., Fredrikson, S., Masterman, T., et al. (2001). Costs, quality of life and disease severity in multiple sclerosis: a cross-sectional study in Sweden. *Eur J Neurol* 8:27-35
- Hasiao, C.Y., Chang, C., Chen, C.D. (2012). An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung J Med Sci*; 28: 442-7.
- Huan, J., Culbertson, N., Spencer, L. (2005). Decreased FOXP3 levels in multiple sclerosis patients. *J Neurosci Res*.81(1):45-52.
- Ilçe, A., & Ayhan, F. (2011). Yaşlılarda Üriner Ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme Ve Eğitim. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1).
- Islam, T., Gauderman, W.J., Cozen, W., Mack, T.M. (2007). Childhood sun exposure influences risk of multiple sclerosis in monozygotic twins. *Neurology*. 69(4):381-8.

- İdiman, E. (2002). Demyelinizan hastalıklar: Oğul E. (Ed), Klinik Nöroloji, Bursa, Nobel-Güneş Yayınevi. 159-185.
- Janardhan, V., Bakshi, R. (2000). Quality of life and its relationship to brain lesion and atrophy on magnetic resonance images in 60 patients with multiple sclerosis. *Arch Neurol* 57:1485-1491.
- Janssens, A. C., Van Doorn, P. A., De Boer, J. B., Kalkers, N. F., van der Meché, F. G., Passchier, J., & Hintzen, R. Q. (2003). Anxiety and depression influence the relation between disability status and quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 9(4), 397-403.
- Kabay, S.C., Yucel, M., Kabay, S. (2008). Acute effect of posterior tibial nerve stimulation on neurogenic detrusor overactivity in patients with multiple sclerosis: urodynamic study. *Urology*. 71(4):641-5.
- Kadioğlu, M., Beji, N.K. (2016). Üriner İnkontinans Tedavisinde Önerilen Yaşam Biçimi Uygulamalarına Güncel Yaklaşım, *Hsp*;3(3):201-207.
- Kampman, M.T., Brustad, M. (2008). Vitamin D: a candidate for the environmental effect in multiple sclerosis - observations from Norway. *Neuroepidemiology*.30(3):140-6.
- Kaplan, S., Demirci, N. (2010). Üriner İnkontinansda Konservatif Tedavi Metotları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (13), 1-14
- Kapucu, S., Akkuş, Y., Akdemir, N. (2011). Knowledge of patients with multiple sclerosis about their disease and prevention of complication. *J Neurol Sci* 28(3): 362-375.
- Karadakovan, A. ve Aslan, F.E. (2011). Üroloji, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Kitabevi.
- Karahan, S. (2016). Yanık Hastasının Yaşam Kalitesinin Bakım Veren Bakım Verme Yükü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Karan, A., Aksaç, B., Ayyıldız, H., Işıkoğlu, M., Yalçın, O., Eskiyyurt, N. (2000). Üriner İnkontinanslı Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Objektif Değerlendirme Parametreleri ile İlişkisi. *Geriatry*. 3(3);102-6.

- Karan, A., Eskiuyurt, N. (2002). Üriner inkontinansda fizik tedavi ve rehabilitasyon, In: Beji NK, editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, İstanbul, Emek Matbaacılık, 129-146.
- Karataş, M. (2008). Multiple Sklerozda Ayırıcı Tanı. *Journal of Neurological Sciences*, 25(2).
- Kaya, S. (2013). Üriner İnkontinans Semptomu Olan Kadınlarda Mesane Eğitimi İle Birlikte Pelvik Taban Kas Eğitiminin Etkinliğinin Araştırılması, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.
- Kaya, S., Akbayrak, T., Orhan, C., & Beksaç, S. (2015). Kadınlarda farklı üriner inkontinans tiplerinde hasta özelliklerinin ve üriner parametrelerin karşılaştırılması: retrospektif bir çalışma. *J Exerc Ther Rehabil*, 2(3), 93-101.
- Kaymaz, A.K. (2017). Stres Üriner İnkontinans Hastalarında Kegel Egzersizinin Ve Biofeedback Kullanımının Üriner İnkontinansa, Yaşam Kalitesine Ve Cinsel Fonksiyona Etkisi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
- Keşanlı, H. E. (2013). Stres İnkontinanslı Olgularda Pelvik Taban Egzersizlerine Ek Olarak Uygulanan Vajinal Kon'un Etkinliği Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Khalaf, K.M., Coyne, K.S., Globe, D.R., Armstrong, E.P., Malone, D.C., Burks, J. (2015). Lower urinary tract symptom prevalence and management among patients with multiple sclerosis. *Int J MS Care* 17(1):14-25.
- Khan, F., Amatya, B., Turner-Stokes, L. (2011). Symptomatic therapy and rehabilitation in primary progressive multiple sclerosis, *Neurology Research International*. doi:10.1155/2011/740505.
- Koçak, I., Okyay, P., Dündar, M., Erol, H., Beser, E. (2005). Female urinary incontinence in the west of Turkey: Prevalence, risk factors and impact on quality of life. *European Urolog*, 48: 634-641.
- Koçer, E., Koçer, A., Yaman, M., Eryılmaz, M., Özdem, Ş., Börü, Ü.T. (2011). Multipl skleroz olgularında yaşam kalitesi: Fiziksel özürlülük ve depresyonun etkisi? *JMOOD* 1(2): 61-7.

- Kuhn, A., Vits, K., Kuhn, B. ve Monga A. (2006). Do women with urinary incontinence really know where all the toilets are? The toilet paper, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 129(1), 65- 68.
- Kulaksızoğlu, S. (2017). 15-49 Yaş Kadınlarda Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Kurul, Ş. (2013). Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesine Etkisi, Tedavi Öncesi-Sonrası Dönemde Objektif Ve Subjektif Parametrelerin Karşılaştırılması Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Kuyumcu, M.E., Yeşil, Y., Cankurtaran, M. (2011). İç Hastalıkları Pratiğinde Önemsenmeyen Bir Hastalık: Üriner İnkontinans. *İç Hastalıkları Dergisi* 18: 91-99.
- Langa, K.M., Fultz, N.H., Saint, S., Kabeto, M.U., Herzog, A.R. (2002). Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States. *J Am Geriatr Soc* 50(4):733-7.
- Leqoux, L., Arbour, N. (2015). Multiple Sclerosis and T Lymphocytes: An Entangled Story. *J Neuroimmune Pharmacol*. May 7.
- Lin, S.Y. ve Dougherty, M.C. (2003). Incontinence impact, symptom distress and treatment seeking behavior in women with involuntary urine loss in Southern Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 40(3), 27–34.
- McDonald, I., Compston, A.(2006). The symptoms and signs of multiple sclerosis. In: Compston A, editor.McAlpine's Multiple Sclerosis. 4th ed. London: Churchill Livingstone; pp. 287–347.
- Milanov, I., Georgiev, D., Kmetska, K., Jordanova, L., Topalov, N. (1997). Prevalence of Multiple Sclerosis in Bulgaria. *Neuroepidemiology* 16:304-7.
- Milanov, I., Topalov, N., Kmetski, T. (1999). Prevalence of multiple sclerosis in Gypsies and Bulgarians. *Neuroepidemiology* 18:218-22.
- Mirza, M. (2002). Multiple sklerozun etyoloji ve epidemiyolojisi. *Erciyes Tıp Derg* 24(1):40-47.

- Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K, Tuncay, F.Ö. (2006). Multiple Sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3):1-7.
- Moore, K., Tawadros, C., Betts, C. (2011). Multiple sclerosis and bladder dysfunction. *British Journal Of Neuroscience Nursing* 7(5): 645- 54.
- Mumenthaler, M. ve Mottle, H. (2004). Multiple sclerosis, Nerology, Enlarged edition, Stuggart/Germany, 465- 485.
- Munger, K.L., Levin, L.I., Hollis, B.W., Howard, N.S., Ascherio, A. (2006). Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of multiple sclerosis. *JAMA*. Dec 20. 296(23):2832-8.
- Murphy, A.M., Bethoux, F., Stough, D., Goldman, H.B. (2012). Prevelance of stres urinary incontinence in women with multiple sclerosis. *Int Neurourol J* 16(8): 86-90.
- Murray, T.J. (2006). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *BMJ*, 332: 525– 527.
- Mutluay, F. K. (2006). Multipl skleroz rehabilitasyonu. *Türk Nöroloji Dergisi*, 12(2), 134-143.
- Nielsen, N. M., Westergaard, T., Rostgaard, K., Frisch, M., Hjalgrim, H., Wohlfahrt, J., & Melbye, M. (2005). Familial risk of multiple sclerosis: a nationwide cohort study. *American journal of epidemiology*, 162(8), 774-778.
- Nortvedt, M.W., Riise, T., Frugard, J., Mohn, J., Bakke, A., Skar, A.B. et al. (2007). Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 13(1):106-12.
- O'Connor, P., Lee, L., Ng PT, Narayana, P. (2001). Determinants of overall quality of life in secondary progressive MS: a longitudinal study. *Neurology* 57:889- 891.
- Onal, B., Siva, A., Buldu, I., Demirkesen, O., Cetinel, B. (2009). Voiding dysfunction due to multiple sclerosis: a large scale retrospective analysis. *Int Braz J Urol*. 35(3):326-33.

- Onur, R. ve Bayrak, Ö. (2015). Kadınlarda üriner inkontinans, Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. TÜD / Türk Üroloji Akademisi Yayını No:2. s.41-52
- Oskay, Ü.Y. (2002). Üriner inkontinansın önlenmesi ve kontinansın geliştirilmesi, In: Beji NK editor. Kadınlarda üriner inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı, Emek matbaacılık, İstanbul, 61-72.
- Öz, B., Şengül, I., Ölmez, N., & Memiş, A. (2009). Associated factors with urinary tract infection in spinal cord injured patients with applied bladder management/Mesane rehabilitasyonu uygulanan spinal kord yaralanmalı hastalarda uriner sistem enfeksiyonu ile ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55-60.
- Öz, F., (2001). “Bir Etik Problem: Psikiyatride İlaç Araştırmaları ve Hemşirelik”, http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_41.pdf.
- Özcan, M. (2012). Üriner İnkontinansı Olan 65 Yaş Üstü Kadınlara Verilen Kegel Egzersizine İlişkin Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Özdemir, E. (2009). Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi”nde 20 Yaş ve Üzeri Evli Kadınlarda Üriner İnkontinansın Yaşam Kalitesi ve Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Özerdoğan, N., Kızılkaya, N.B., Yalçın, Ö. (2004). Urinary incontinence: its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in region of Turkey. *Gynecologic Obstet Invest.* 58: 145-150.
- Özerdoğan, Ö.N. (2003). Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya illerinde 20 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner inkontinansın Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Tez). İstanbul: istanbul Üniv.
- Özmen, S. (2015). Multiple Sklerozlu Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. T.C Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Patil, N.J., Nagaratna, R., Garner, C., Raghuram, N.V., Crisan, R. (2012). Effect of integrated Yoga on neurogenic bladder dysfunction in patients with multiple

- sclerosis- A prospective observational case series. *Complement Ther Med.* 20:424-30.
- Patti, F., Russo, P., Pappalardo, A., Macchia, F., Civalleri, L. ve Paolillo A; FAMS study group. (2007). Predictors of quality of life among patients with multiple sclerosis: an Italian cross-sectional study. *Journal of Neurological Science*, 252(2), 121-129.
- Pekbay, Y. (2018). Çocuklarda İdrar Kaçırma, <https://www.cocukuroloji.com/tr/hastaliklar/Gunduz-cocuklarda-idrar-Kacirma>, erişim tarihi: 12.01.2018.
- Phe, V., Chartier-Kastler, E., Panicker, J.N. (2016). Management of neurogenic bladder in patients with multiple sclerosis. *Nat Rev Urol.* 13(5):275-88.
- Piperidou, H.N., Heliopoulos, I.N., Maltezos, E.S., Milonas, I.A. (2003). Epidemiological data of multiple sclerosis in the province of Evros, Greece. *Eur Neurol.* 49:8-12.
- Polman, C.H., Huijbregts, S.C., Kalkers, N.F., de Sonnevile, L.M.J., de Groot, V. (2006). Cognitive impairment and decline in different MS subtypes. *J of the Neurol Sciences* 245;187-94.
- Poser, C.M., Brinar, V.V. (2004). Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: An Historical Review. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* 106:147-158.
- Sadiq, A., Brucker, B.M. (2015). Management of neurogenic lower urinary tract dysfunction in multiple sclerosis patients. *Curr Urol Rep.* 16(7):519.
- Salveti, M., Giovannoni, G., Aloisi, F. (2009). Epstein-Barr virus and multiple sclerosis. *Curr Opin Neurol.* 22(3):201-6
- Sarıcı, D.Y. (2009). Üriner İnkontinans Tedavisinde Pelvik Taban Egzersizleri Nöromodülasyon-Biofeedback İçin Evde Egzersiz Eğitim Uygulaması Kısa Dönem Sonuçlar. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Schurch, B., Denys, P., Kozma, C. M., Reese, P. R., Slaton, T., & Barron, R. (2007). Reliability and validity of the Incontinence Quality of Life questionnaire in patients with neurogenic urinary incontinence. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 88(5), 646-652.

- Sivaslıoğlu, A.A. (2011). Pratik Ürojinekoloji. İzmir, Modern Tıp Kitabevi.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2007). Chronic illness and disability. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical *Nursing*, Chapter 10.165-88.
- Stankiewicz, J.M., Glanz, B.I., Healy, B.C. (2011) Brain MRG lesion load at 1.5T and 3T versus clinical status in multiple sclerosis. *J Neuroimaging*.21(2):e50-6
- Stor, L.K., Sørensen, P.S. ve Ravnborg, M. (2006). The efficacy of multidisciplinary rehabilitation in stable multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 12(2), 235-242.
- Şen, E. (2011). Kadınlarda İdrar Kaçırma Korunma ve Tedavide Cerrahi Dışı Yöntemler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 20 (1): 7-13.
- Şen, H. M., Sancak, E. B., Uludağ, A., & Karaman, H. I. Ö. (2015). Multipl Sklerozlu Hastalarda Ürolojik Problemler için Yeterli Tıbbi Değerlendirme Yapılıyor Mu?. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 1-4.
- Tanık, N. (2006). Multiple Skleroz'da Depresyon ve hastalık parametreleri ile ilişkisi. Yüzüncü yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Van, Uzmanlık Tezi.
- Tarhan, F., Kuyumcuoğlu, U., Yüçetaş, U., İlhan, S., Börü, Ü.T., Erdoğan, H. (2007). Multipl sklerozlu hastalarda uluslar arası prostat semptom skoru ve aşırı aktif mesane sorgulaması ile hastalıkla ilgili ölçütler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Turk Urol derg*. 33(2): 218-22.
- Tennsted, S.L., Fitzgerald, M.P, Nager, C.W., Xu, Y., Zimmern, P., Kraus, S., et al. (2007). Urinary Incontinence Treatment Network. Quality of life in women with stress urinary incontinence.*Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 18(5):543-9.
- Terzi, H. (2013). 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörler. *Ege Tıp Dergisi*, 52(1), 15-19.
- Tuncay, F. Ö. (2013). Multiple Sklerozlu Bireylere Uygulanan Soğutucu Giysi (Cooling Suit) Yönteminin Yorgunluk Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

- Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Turner, A.P., Kivlahan, D.R., Haselkorn, J.K. (2009). Exercise and quality of life among people with multiple sclerosis: Looking beyond physical functioning to mental health and participation in life. *Am J Phys Med Rehabil*; 90: 420-8.
- Tülek, Z. (2016). Multipl Skleroz ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 2(2), 26-36.
- Türk Börü, U., Alp, R., Sur, H., Gül, L. (2006). Prevalence of multiple sclerosis door-to-door survey in Maltepe, Istanbul, Turkey. *Neuroepidemiology*. 27:17-21.
- Türk Nöroloji Derneği (2013). Multipl Skleroz Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2. Baskı, 1-14.
- Ülker, S. (1995). (Eds.). Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. Ankara. Aydoğdu Ofset.
- Üstün, E. (2006). Multiple Sklerozlu hastalarda yorgunluk ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin incelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Walton, K. (2010). A practical approach to spasticity management in patients with multiple sclerosis. *British Journal Of Neuroscience Nursing* 7(4): 586-92.
- Weber, A.M. (2007). Epidemiology and Psychosocial Impact of Pelvic Floor Disorders. In M.D. Walters, M.M. Karram (Eds). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery*, (3rd Ed). Philadelphia: Mosby Elseiver; 44-54.
- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). (2008). http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en, erişim tarihi: 20.01.2018.
- Windhagen, A., Newcombe, J., Dangond, F. (1995). Expression of costimulatory molecules B7-1 (CD80), B7-2 (CD86), and interleukin 12 cytokine in multiple sclerosis lesions. *J Exp Med*. 182(6):1985-96.

- Yahia, A., Ghroubi, S., Mhiri, C., Elleuch, M.H. (2011). Relationship between muscular strength, gait and postural parameters in multiple sclerosis. *Ann Phys Rehabil Med* 54: 144-55.
- Yavuz, B. (2008). Üriner İnkontinans. *Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Dergisi*, 15(2), 21-22.
- Yeo, T.W., De Jager, P.L., Gregory, S.G. (2007). A second major histocompatibility complex susceptibility locus for multiple sclerosis. *Ann Neurol*.61(3):228-36.
- Yılmaz Özpolat, A., İlhan Atagün, M., Devrim Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz, M. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 3: 513-552.
- Yücetaş, U. (2008). Multipl Sklerozlu Hastalarda Üriner Semptom Sorgulamaları Ve Ürodinamik Bulguların Hastalıkla İlgili Parametreler Ve Yasam Kalitesi İle İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi.
- Zengin, O., Erbay, E., Yıldırım, B., & Altındağ, Ö. (2017). Quality of Life, Coping, and Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 23(4).
- Zivadinov, R., Schirda, C., Dwyer, M.G. (2010). Chronic cerebrospinal venous insufficiency and iron deposition on susceptibility-weighted imaging in patients with multiple sclerosis: a pilot case-control study. *Int Angiol*;29(2):158-75.
- Zwibel, H. (2009). Quality of life in patients with relapsing multiple sclerosis: Making the intangible tangible. *J Neurol Sci* 287(1): 11-6.

EKLER

Ek-1. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:.....Anket No:
2. BMI:.....
3. Eğitim durumunuzu belirtir misiniz?
 - Okur-yazar değil
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Üniversite
 - Yüksek lisans / Doktora
4. Medeni durumunuzu belirtir misiniz?
 - Evli
 - Bekar
5. Çocuğunuz var mı?
 - Varsa çocuk sayısı:.....
 - Yok
6. Aile yapınız nedir?
 - Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar)
 - Geniş aile (yakın akraba(lar), anne, baba ve çocuklar)
 - Parçalanmış aile (ebeveynlerden herhangi biri, çocuklar)
 - Yalnız yaşıyorum
 - Diğer.....
7. Nerede yaşıyorsunuz?
 - İl
 - İlçe
 - Köy
8. Çalışma durumunuz nedir?
 - Çalışıyor
 - Çalışmıyor
 - MS e bağlı malulen emekli
 - Emekli
- Hastalıktan dolayı çalışmayı bıraktı ise süresi.....
9. Mesleğiniz nedir?

- Ev Hanımı
- İşçi
- Memur
- Serbest Meslek
- Çiftçi
- Diğer

10. Gelir durumunuzu belirtir misiniz?

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderime eşit
- Gelirim giderimden çok/yüksek

11. MS tanısına kadar süre önce aldınız?

- 1 yıldan az
- 1-5 yıl
- 6-10 yıl
- 11-15 yıl
- 16 yıl ve üzeri

12. MS tipi:.....

- Ataklar ve iyileşmeler şeklinde olan (Relapsing-Remitting Form)
- Başlangıçta ataklar ve iyileşmeler şeklinde başlayıp giderek kötüleşen(SekonderProgresif Form; İkincil İlerleyici tip)
- İlk ataktan itibaren ilerleme gösteren (Primer Progresif Form; birincil ilerleyici tip)
- Her atakta artarak kötüleşen(Progresif Relapsing Form; İlerleyici atakların olduğu tip)
- Bening multipl skleroz

13. İlk MS belirtilerini ne kadar süre önce yaşadınız?

.....

14. İlk belirti ve bulgular nelerdi?

.....

15. MS hastalığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yatarak tedavi aldınız?

.....

16. Hastalık (MS) ataklarını ne sıklıkla yaşıyorsunuz?

- Atak yok
- Yıldadefa
- Diğer.....

17. Son MS atağını ne kadar süre önce geçirdiniz?.....

18. MS ilaç tedavinizi belirtir misiniz?

.....
.....
.....

19. Ailenizde MS hastası var mı?

- Annem
- Babam
- Anneannem/Babaannem
- Dedem
- Kardeşim
-

20. MS'den başka kronik hastalığınız var mı?

- Evet (belirtir misiniz?).....
- Hayır

21. Yardımcı araç kullanıyor musunuz? (Baston, Tekerlekli sandalye, Walker vb.)

- Evet(belirtir misiniz?).....
- Hayır

22. Fizyoterapi (fizik-tedavi) alıyor musunuz?

- Evet ise sıklığı.....
- Hayır

23. Sizde hangi üriner inkontinans tipi görülmektedir?

Sıkışma (Acil) inkontinans: Acil inkontinans, aniden ortaya çıkan bir olaya eşlik eden

istem dışı Üİ'dir. İdrar yapma sıklığında artma, ani ve ertelenemeyen şiddetli idrar yapma

hissi ve bu hissin bastırılmayıp kaçırma ile sonuçlanmasıdır.

Stres inkontinans: Stres inkontinans, karın içi basıncını arttıran aktiviteler sırasında (gülerken, hapsirirken, egzersiz yaparken, yürürken, öksürürken) istemsiz idrar kaybidir

Miks Tip inkontinans: Mikst tip inkontinans, stres inkontinans ve acil inkontinansın her ikisinin de birlikte görüldüğü Üİ tipidir.

24. İdrar inkontinansı için tedavi alıyor musunuz?

- Evet ise hangi tedaviler.....
- Hayır

25. İdrar inkontinansı tedavisine yönelik bilgi verildi mi?

- Evet ise
- Hayır

Ek-2. İnkontinans Şiddet İndeksi (İŞİ)

Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?	Her defasında ne kadar miktarda idrar kaçıyorsunuz?
1. Ayda bir kezden az	1. Birkaç damla
2. Ayda birkaç kez	2. Küçük lekeler
3. Haftada birkaç kez	3. Daha fazla
4. Her gün veya her gece	

Ek-3. İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği (İYKÖ)

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

Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın,

Katılacağınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "*Multiple Sklerozlu Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" dir.

Bu araştırmanın amacı, Multiple Sklerozlu Kadın hastaların üriner inkontinans ve yaşam kalite düzeyleri değerlendirilerek üriner inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmeyi istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmada uygulanacak üç anket formu vardır.

Birinci bölümde sosyo-demografik veriler ve hastalık hakkında 29 soru yer almaktadır.

İkinci kısımda ise üriner inkontinans şiddetini ölçen 2 soru yer almaktadır.

Üçüncü kısımda ise 22 sorudan oluşan ve yaşam kalitesini belirlemeyi sağlayan "*Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği*" yer almaktadır. Anketin doldurulması 15-20 dakika sürecektir.

Araştırma 10 Nisan 2016 tarihinde araştırma uygulanmaya başlanacaktır. Çalışmaya Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne kayıtlı Multiple Sklerozlu kadınlardan 100 kadın hasta çalışmaya dahil edilecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sonucunda; MS'in yaygın semptomu olan üriner inkontinansın değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin belirlenmesi ile hastalık üzerindeki kontrolün geliştirileceği, bakımda daha etkin hedeflerin belirleneceği ve böylece bireyin yaşam kalitesinin de artırılacağı düşünülmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda "*0553 4834852*" numaralı telefondan araştırmacı "*Özgül YAŞAR*"a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı red edebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da engel bir duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerine ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çocuğumun çalışmaya katılmasını isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, çocuğuma ait örneklerin transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin çocuğuma yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

İZİNLER

Ek-5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-903/ 2138

12.05.2016

Sayın; Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

İlgi: 04.05.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenizde belirtilen; "*Multipl Sklerozlu Kadın Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" konulu çalışmanın anket uygulamasını hastanemiz Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığında uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE
Başhekim

Ek-6. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Multiple Sklerozlu Kadın Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	Prof. Dr. Mukadder Mollaoglu			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıklar Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSMİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Multiple Sklerozlu Kadın Hastalarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	DİL GİLENDİRİLMİŞ GÖSÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOTEKNOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	PLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
DİĞER	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-03/13	Tarih: 25.03.2016				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye isim sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

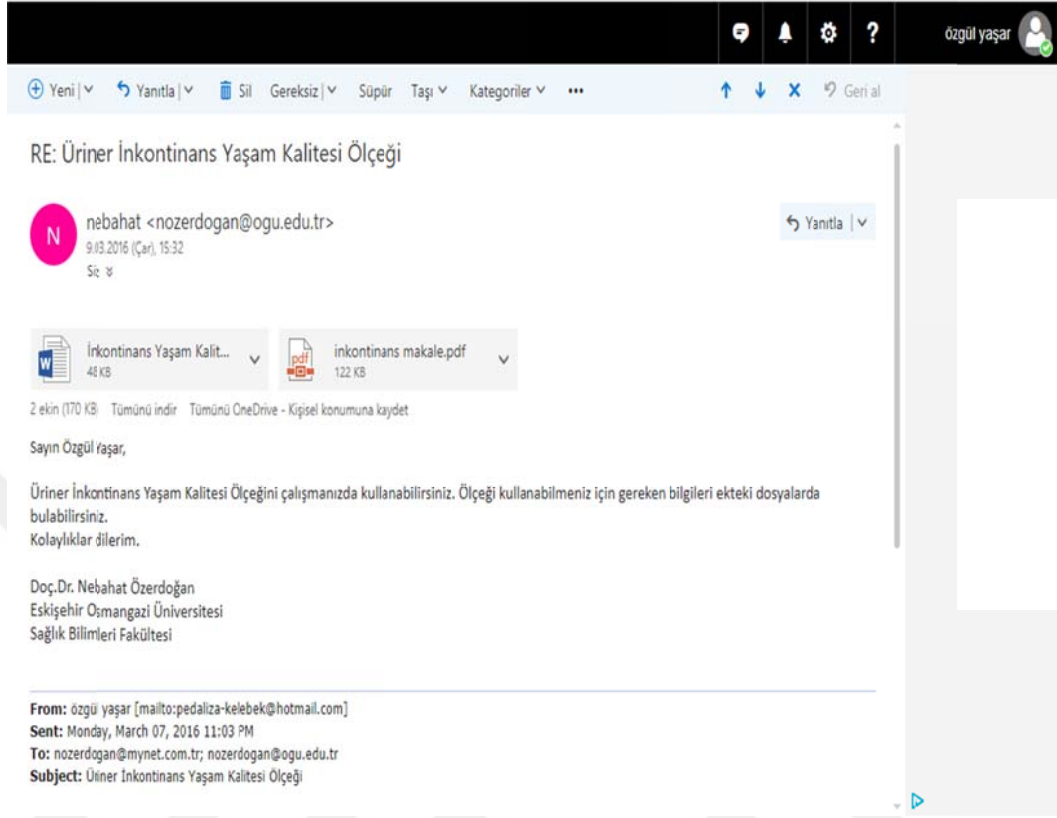
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Şahane Elengöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Serpil Degerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Dilem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Sulhan Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Zehra Gölbaş	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Çamur Kılıçkaya	Eczacılık Uzmanlık Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E	K	E	H	E	H	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

Ek-7. Ölçek İzin Yazışmaları



RE: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği

N nebahat <nozerdogan@ogu.edu.tr>
9/03/2016 (Çar), 15:32
Siz

İnkontinans Yaşam Kalit... 48 KB
inkontinans makale.pdf 122 KB

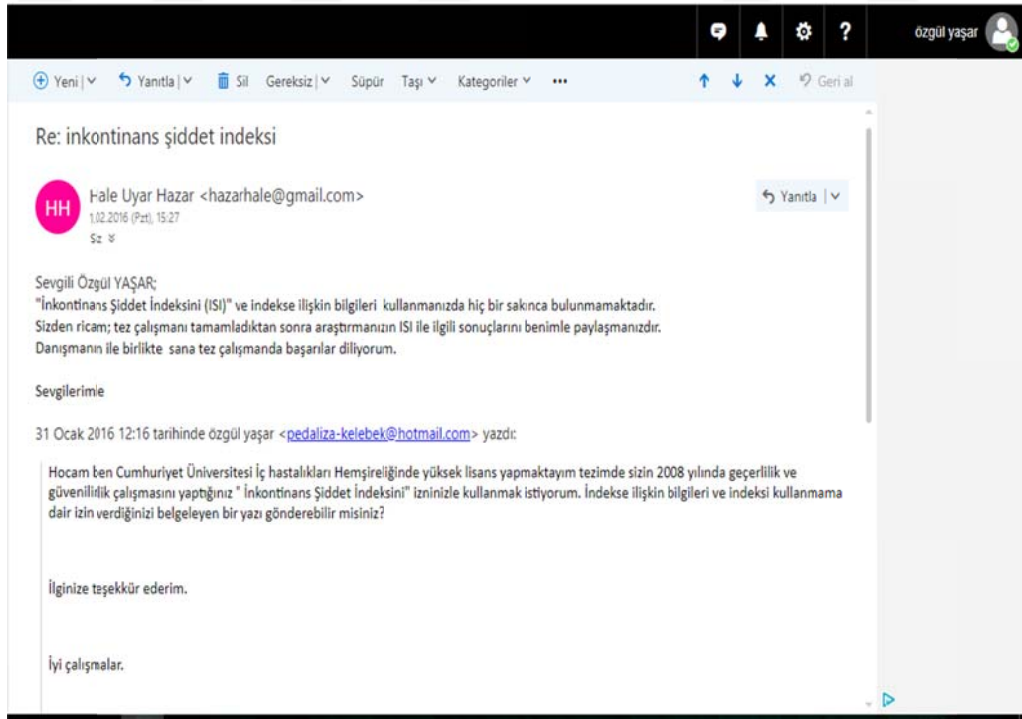
2 ekin (170 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Özgül Yaşar,

Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği kullanabilmeniz için gereken bilgileri ekteki dosyalarda bulabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim.

Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

From: özgül yaşar [mailto:pedaliza-kelebek@hotmail.com]
Sent: Monday, March 07, 2016 11:03 PM
To: nozerdogan@mynet.com.tr; nozerdogan@ogu.edu.tr
Subject: Üriner İnkontinans Yaşam Kalitesi Ölçeği



Re: inkontinans şiddet indeksi

HH Hale Uyar Hazar <hazarhale@gmail.com>
1/02/2016 (Pzt), 15:27
Siz

Sevgili Özgül YAŞAR;
"İnkontinans Şiddet İndeksinin (ISI)" ve indekse ilişkin bilgileri kullanmanızda hiç bir sakınca bulunmamaktadır.
Sizden ricam; tez çalışmanı tamamladıktan sonra araştırmanızın ISI ile ilgili sonuçlarını benimle paylaşmanızdır.
Danışmanım ile birlikte sana tez çalışmada başarılar diliyorum.

Sevgilerime

31 Ocak 2016 12:16 tarihinde özgül yaşar <pedaliza-kelebek@hotmail.com> yazdı:

Hocam ben Cumhuriyet Üniversitesi İç hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans yapmaktayım tezimde sizin 2008 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "İnkontinans Şiddet İndeksinin" izninizle kullanmak istiyorum. İndekse ilişkin bilgileri ve indeksi kullanmama dair izin verdiğinizizi belgeleyen bir yazı gönderebilir misiniz?

İlginize teşekkür ederim.

İyi çalışmalar.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı Özgül YAŞAR SOYAL
Doğum Yeri ve Tarihi Alaşehir/1986
Medeni Hali Evli
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Akdağmadeni Devlet Hastanesi
E-posta Adresi pedaliza-kelebek@hotmail.com

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

Lise Alaşehir Atatürk Lisesi
Lisans Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Unvan Hemşire

İŞ TECRÜBESİ

Cumhuriyet üniversitesi Hemşire, 2009-2018
Uygulama ve Araştırma
Hastanesi
Yozgat Akdağmadeni Hemşire, 2018-Halen
Devlet Hastanesi